

TITULO: “¿Identificar el estadio de cambio de la conducta humana permite adecuar las intervenciones de enfermería para el mantenimiento de la salud?”.

AUTORES: Beortegui, E. / Henriquez, A. / Martínez, A. / Canga, N.

CENTRO DE TRABAJO: Clínica Universitaria de Navarra. E.U. de Enfermería.

I. INTRODUCCIÓN.

Si hacemos un repaso histórico, en la denominada “Primera revolución epidemiológica” (100 años, que van desde 1850 hasta 1950), la mayoría de las causas de muerte eran debidas a enfermedades infecciosas. Estas muertes se debían sobre todo a factores ambientales. Al mejorar estas condiciones, poco a poco se fue dando paso a otras causas de morbilidad y mortalidad.

Hoy día, tenemos múltiples evidencias para afirmar, que de las muertes que se producen cada año en nuestro país, muchas pueden evitarse si la población no se expone al tabaco, dieta insana y, la mayoría de las enfermedades actuales se deben al estilo de vida de las personas. Hemos dado paso a la “Segunda Revolución epidemiológica”.

Contra alguno de estos factores de riesgo, se ha combatido eficazmente con políticas y estrategias sanitarias globales, sin embargo, es clave que estos factores de riesgo, tienen una fuerte carga individualista y están unidos a opciones libres de la conducta humana.

Es evidente que en el horizonte de la “Segunda Revolución epidemiológica”, existe una dependencia muy grande del concepto de salud, con el término conducta. Antes se definía la enfermedad en función de la patología, ahora la salud se define en función de la conducta. Por lo tanto, el hombre tiene que luchar contra sus hábitos personales y modificar su conducta, si quiere prolongar su vida y mejorar su salud.

De ahí que la educación para la salud, y por tanto el profesional de enfermería, ha de abrir su horizonte de estudio a la conducta, al comportamiento humano y al contexto socio-cultural. El papel del educador/a en salud no se limita solamente a cambiar el ambiente, tiene que ayudar a la persona a automodificarse y a modificar su conducta.

Sin embargo el cambio o modificación de la conducta humana no es un proceso estático, sino dinámico, que consta de varias etapas. El modelo “Estadios de cambio de la conducta humana” que Prochaska creó para dejar de fumar, se ha extendido para intentar explicar otras formas de comportamiento, sobre todo aditivas. Este autor definió las siguientes etapas:

Precontemplación: la persona no se preocupa por la conducta insana, piensa que no le perjudica.

Contemplación: hay un planteamiento serio de cambio de conducta, y la persona piensa que debe dar el paso definitivo para el cambio.

Acción: la persona realiza los pasos necesarios para cambiar.

Mantenimiento: la persona ha cambiado y evita recaer.

Recaída: la persona vuelve a la conducta que había intentado cambiar.

Estos estadios de la conducta humana forman parte de un proceso cíclico, se pasa por las diferentes fases y las personas, generalmente, necesitan varios intentos antes de cambiar definitivamente de conducta.

Ante estas evidencias que nos muestra la literatura, se suma que en nuestra experiencia asistencial, uno de los diagnósticos que con más frecuencia enunciarnos es "Alteración en el mantenimiento de la Salud". Los factores relacionados con este diagnóstico, en un 95%, son siempre hábitos o conductas insanas.

El tipo de educación que realizábamos era lineal, es decir, a todo paciente con hábito insano se aconseja que lo abandone, y se le explican los riesgos que éste conlleva para la salud. El mensaje se intentaba personalizar, refiriéndose a su condición clínica para aumentar la efectividad del consejo.

II. OBJETIVOS.

Todo lo expuesto anteriormente nos llevó a que nos planteásemos la realización de este estudio descriptivo con el fin de:

1. Identificar el estadio de cambio (Modelo de Prochaska) en que se encuentran los pacientes de la muestra.
2. Detectar las características singulares que definen cada uno de los estadios.
3. Comprobar si el "Modelo de Prochaska" permite adecuar las intervenciones de enfermería, según el estadio de cambio detectado.

III. MATERIAL Y METODO.

Muestra

Para ello elegimos una muestra consecutiva de 40 pacientes, diagnosticados de diversas patologías, y a los cuales se les detectó uno o varios hábitos insanos, ingresados en la Clínica Universitaria de Navarra, durante los meses de febrero y marzo de 1998.

Material

Como carecíamos de instrumento para la recogida de datos, se elaboró un cuestionario específico para el trabajo.

A los pacientes que reunían los criterios de inclusión para participar en el estudio, se les explicó el propósito del mismo y se pidió el consentimiento informado. La tasa de participación fue del 100%.

De cada paciente se recogió el cuestionario, con preguntas cerradas, que incluían 27 ítems sobre:

- * Características sociodemográficas del paciente.
- * Historia de la Enfermedad.
- * Historia del hábito insano.
- * Grado de motivación para el cambio de conducta.

Método

Realizamos una revisión de la teoría “Estadios de cambio de la Conducta Humana”, (Modelo de Prochaska) y analizamos los resultados obtenidos en el estudio encuestacional, realizado a todos los pacientes de la muestra.

IV. RESULTADOS.

De la muestra estudiada se detectó que el 47,5% tenía hábito tabáquico, el 15% alcohol, el 22,5% transgresiones de la dieta y el 2,5% falta de ejercicio. Un 12,5% de los pacientes tenía más de un hábito insano.

Un dato a destacar es que el 85% de los pacientes había recibido consejo médico explícito en más de una ocasión para que abandonase el hábito.

Respecto a la identificación de los estadios de cambio (siguiendo el Modelo de Prochaska), un 42,5% estaba en **Fase de precontemplación**.

La media de edad de estos pacientes era de 58 años, con un rango que oscila de 26 a 77. El 76,4% presentaban enfermedades crónicas (IAM, DM, EPOC, CIRROSIS ETILICA, HTA, etc.), siendo la media de evolución de la enfermedad de 15 años. De estos pacientes, el 64,7% no tiene ningún interés en dejar el hábito y en el 100% de los casos nunca han hecho intentos previos para cambiar de conducta.

Sin embargo, el 64,4% afirma que pueden dejarlo y tienen mucha seguridad de que lo pueden conseguir con éxito.

Un 12,5% estaba en fase de **contemplación**: la media de edad era de 54 años con un rango que oscila de 34 a 72, el 80,4% tenía estudios primarios y el 80,7% presentaban enfermedades crónicas con una media de evolución de 11 años. Predominaba en el 80% el hábito tabáquico.

Todos los pacientes contempladores habían hecho intentos previos de cambio de conducta y habían recaído en el 100% de los casos.

El 60,3% tenía interés en volver a intentar abandonar el hábito, pero tenían poca seguridad en conseguirlo, un 40,5% no se siente capaz de conseguirlo.

Los que estaban en estadio de **acción** (35%) tenían una media de edad de 54 años, con un rango que oscila de 29 a 76, eran varones en un 85,7%. El 70,6% presentaba enfermedades cuya media de tiempo de diagnóstico era de 2 meses, más del 50% tenía cáncer. Todos habían hecho intentos previos de abandonar el hábito, al mismo tiempo que afirman tener mucho interés en abandonarlo definitivamente y tienen mucha seguridad en conseguirlo.

El 78,4% ya ha abandonado el hábito, con una media de mes y medio desde la fecha de abandono, y el resto ya se había fijado una fecha dentro de los próximos 30 días.

El 5% estaba en fase de **mantenimiento**: tenían una media de edad de 56 años, eran varones en un 50%. La patología que presentaban todos los pacientes era Cirrosis Etílica, cuyo tiempo de diagnóstico oscilaba de 7 meses a una año y, el abandono de hábito, en este caso etílico, coincidía exactamente con el tiempo del diagnóstico. También habían hecho intentos previos de abandono y mostraban muchísimo interés en mantenerse sin recaer en el alcohol.

Un 5% estaba en fase de **recaída**: la media de edad de estos pacientes era de 41 años. Presentaban enfermedades crónicas con varios años de evolución (16 años).

Habían hecho varios intentos de abandono y habían recaído en todas las ocasiones. Sin embargo, afirmaban tener muchísimo interés en volver a intentarlo, y mucha seguridad en poder conseguirlo.

V. DISCUSION DE LOS RESULTADOS.

En cuanto a los hábitos, solamente la prevalencia del tabaco se aproxima a la realidad. Las cifras bajas en cuanto a la falta de ejercicio (teniendo en cuenta que un 60% de la población española es sedentaria), y consumo de alcohol, se debe a que los pacientes no las consideran conductas insanas. Además, en el caso del alcohol, es difícil detectar unas cifras aproximadas, porque muchos pacientes lo ocultan por miedo a ser juzgados por los profesionales de la salud y por la sociedad.

Es importante destacar que el 85% habían recibido consejo médico explícito, y unido a ello, campañas de sensibilización a través de los medios de comunicación. Sin embargo, seguían manteniendo el hábito durante muchos años. Este dato nos da a entender que la eficacia del consejo médico y de las medidas globales, es relativa (oscila entre un 5%-10%) y sin embargo, la literatura muestra que las intervenciones de enfermería, protocolizadas y con seguimiento, aumentan hasta un 20-25% la eficacia del breve consejo médico. En cuanto a las características de los cinco estadios, las variables sociodemográficas : edad, sexo, nivel de educación, ocupación, etc, no han demostrado ninguna correlación significativa con pertenecer a una fase determinada del Modelo de Prochaska. Sin embargo, estos datos no los podemos extrapolar a toda la población, por las características de nuestra muestra, cuya media de edad es de 56 años.

Solamente podemos constatar, que la patología y, sobre todo, el tiempo de diagnóstico de la misma (aguda o crónica) es la variable que más influye para pertenecer a una fase u otra del Modelo de Prochaska. Así, en nuestra muestra, la mayoría de los pacientes precontempladores, tenían enfermedades crónicas, en contrapartida con los que pertenecían a la fase de acción, cuyas enfermedades eran más graves y de reciente diagnóstico.

Respecto a la motivación, interés y seguridad en abandonar el hábito, es contradictorio, que los pacientes en fase de acción que han tomado la firme decisión de abandonarlo, tengan dudas de su seguridad en conseguir el éxito. En contrapartida, los precontempladores afirman estar muy motivados y con mucha seguridad de no fracasar. Esto se puede explicar, porque los pacientes en esta fase no reconocen que tienen una conducta insana, se muestran evasivos al hablar de ello, nunca han intentado cambiar, por lo tanto, es difícil que conozcan el esfuerzo que supone cambiar un hábito de tantos años y que se ha convertido, en muchos casos, en una conducta aditiva.

VI. CONCLUSIONES.

1.La mitad de los pacientes se encuentra en fase de precontemplación, sin embargo, el periodo agudo de la enfermedad y la gravedad del diagnóstico mueve a los pacientes a pasar a la fase activa de la acción, por lo que la hospitalización es un momento clave para intervenir y promover un cambio de conducta.

2.Podemos afirmar que el modelo Prochaska nos ha permitido identificar la fase en la que está el paciente y realizar una Educación Sanitaria más concreta. Nuestras intervenciones para el mantenimiento de la salud se han adecuado a cada una de estas fases. Sin embargo, no podemos afirmar que hayan sido más eficaces. Esta hipótesis será objeto de nuestro próximo estudio.

VII. BIBLIOGRAFIA.

1. Cabezas C, Aubá J, Massons J. Estilo de vida saludables: tabaco y alcohol. De Ergon. Madrid 1997.
2. Martínez Gonzalez, M.A. Medicina Preventiva y Salud Pública. De New Book. Pamplona 1997.
3. Polaino-Lorente A. Educación para la salud. De Herder. Barcelona 1987.
4. Prochaska J, Di Clemente C. The Process of smoking cessation: An Analysis of Precontemplation, Contemplation, and preparation States of Change. Journal of Consulting and Clinical Psychology 1991;59 (2): 295-304.
5. Prochaska J, Di Clemente C. Stages and Processes of Self-change of smoking: Toward an integrative model of change. Journal of Consulting and Clinical Psychology 1983; 51 (3):290-395.

Los Diagnósticos de Enfermería desde

La Atención Hospitalaria

- **“Diagnóstico de fatiga: Estudio comparativo en niños oncológicos”**. Navarro, M^ªE. / Irigoyen, M^ªI. / Iriarte, E. / Echezarreta, S. E.U.E. Universidad de Navarra.
- **“Introducción del uso de los Diagnósticos de Enfermería en un servicio de Urgencias”**. Pensado, H. / Candela, MD. / Chamorro, A./ Fernández, C. / Martínez, A. Clínico Univ. San Carlos(S.U.), E.U.E., Fis. y Pod.(U.C.M.)
- **“Nivel de Cuidados y Diagnósticos de Enfermería relacionados con 12GRD”**. Ferrús, L. / Pintado, D. / Sánchez, L. / González, R./ Honrado, G. / Martos, C. / Richart, D. / Torrent, A. Consorcio del Hospital de la Cruz Rojo.
- **“Plan de cuidados en el paciente con patología tráqueo-bronquial, durante la fotorresección con láser”**. Peña, Isabel. / García, Montserrat. Hospital Clínico Universitario. Valladolid.
- **“Planes de cuidados estandarizados a las personas intervenidas de prótesis total de rodilla”**. Marín, I. / Fuchs, e. / Pajín, MA. / Soriano, E. / Escolano, M. Hospital de Traumatología y Rehabilitación “Vall d’Hebron” Barcelona.
- **“Diagnósticos de Enfermería más frecuentes en niños hospitalizados en una unidad de traumatología”**. Pérez, P. / Fernández, M. / Ramió, A. / Santaliestra, T. / Agustín, C. / Tordera, J. / Ojeda, F. / Gil, L. E.U.I. Sant Joan de Déu. Hospital Materno Infantil Sant Joan de Déu.
- **“AVC, diagnósticos de enfermería y tiempo de cuidados”** (Resultados preliminares). Sánchez, L. / Ferrús, L. / Pintado, D. / Honrado, G. / González, R. / Caro, B. / Losilla, P. Consorcio del Hospital de la Cruz Roja (Barcelona).

TÍTULO: “Diagnóstico de fatiga: Estudio comparativo en niños oncológicos”.

AUTORES: Navarro, M^ªE. / Irigoyen, M^ªI. / Iriarte, E. / Echezarreta, S.

CENTRO DE TRABAJO: E.U.E. Universidad de Navarra.

I.- INTRODUCCIÓN

El diagnóstico de fatiga se define como “el estado subjetivo en el que el individuo experimenta una sensación mantenida y abrumadora de agotamiento y disminución de la capacidad de trabajo físico y mental, que no se alivia con el descanso”.(1)

“Se diferencia del cansancio, en que éste es un estado transitorio, temporal (Rhoten, 1982), producido por la falta de sueño, nutrición inadecuada, estilo de vida sedentario, o un aumento temporal en el trabajo o responsabilidades sociales. La fatiga, sin embargo, es una sensación penetrante, subjetiva y patética, que no puede eliminarse, pero es posible ayudar al individuo a adaptarse a ella. Sus manifestaciones pueden ser según el mismo autor, disminución en la atención, percepción lenta o dificultosa, dificultad de pensamiento, disminución de la motivación, disminución del rendimiento, pérdida de coordinación...” (1)

“La dificultad de la formulación de este diagnóstico, puede basarse en que se trata de una experiencia subjetiva, con elementos fisiológicos, de situación y psicológicos.”(1)

“La edad pediátrica presenta unas consideraciones especiales como:

- los bebés y los niños pequeños son incapaces de expresar fatiga.
- entre los niños en riesgo de padecerla, se incluyen los que tienen una enfermedad aguda o crónica.
- los niños dependen de los padres / cuidadores, para modificar su entorno y mitigar los efectos de la fatiga.” (1)

En la planta de Hospitalización de pediatría de la Clínica Universitaria de Navarra, se atienden a niños y adolescentes que en una gran proporción padecen enfermedades oncológicas, e ingresan para tratamiento farmacológico, radioterapia y / o cirugía mayor.

Los avances terapéuticos que se han producido hasta el momento, han permitido mejorar la calidad de vida de estos enfermos, pero debido a la intensidad con la que se aplican y a las características específicas de este grupo de edad, los periodos de hospitalización son frecuentes, y en ocasiones de larga duración, hecho que influye en el niño, en el cuidador y en la familia.

Ante esto un grupo de enfermeras de este servicio, nos propusimos objetivar el nivel de fatiga que presentan los niños y adolescentes y sus cuidadores, durante el periodo en el que permanecen ingresados, y si existen diferencias entre ambos grupos.

OBJETIVOS

- Determinar el grado de fatiga en el niño y en los padres.
- Proponer una modificación en las actividades de enfermería, para aumentar el bienestar familiar.

MATERIAL Y MÉTODO

Muestra

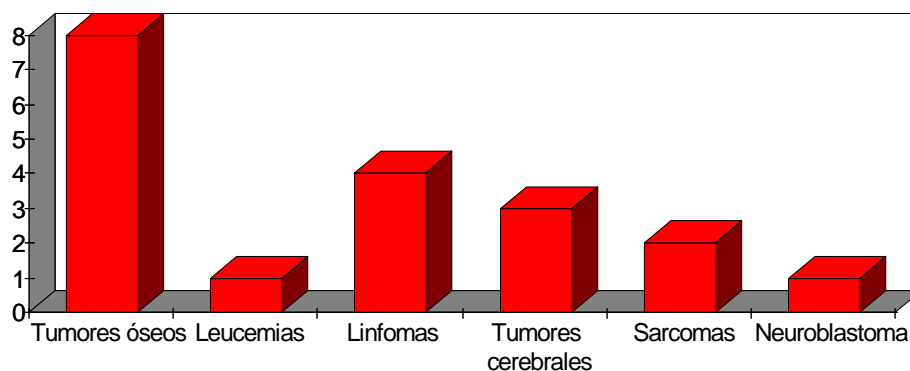
La muestra está constituida por 19 niños y adolescentes ingresados en la planta de hospitalización de pediatría de la Clínica Universitaria de Navarra y sus 19 cuidadores habituales, padre o madre.

La media de edad de los enfermos es de 13 años, y el tiempo transcurrido desde el comienzo de la enfermedad de 1,5 años.

Las enfermedades que padecen son:

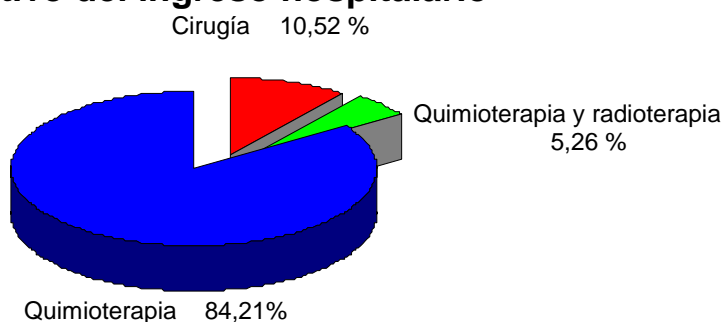
Tumores óseos	8
Leucemias	1
Linfomas	4
Tumores cerebrales	3
Sarcomas	2
Neuroblastoma	1

ENFERMEDADES



El motivo de ingreso en el momento de realizar el estudio

Motivo del ingreso hospitalario



Material

Como se ha hecho referencia en la introducción, carecíamos de un instrumento que nos permitiera cuantificar los diversos grados de fatiga, para lo cual se realizó una revisión bibliográfica. En diversos artículos se hace referencia a escalas tipo Likert de 5 ó 7 ítems, que a través de nombres o verbos expresan distintos niveles de

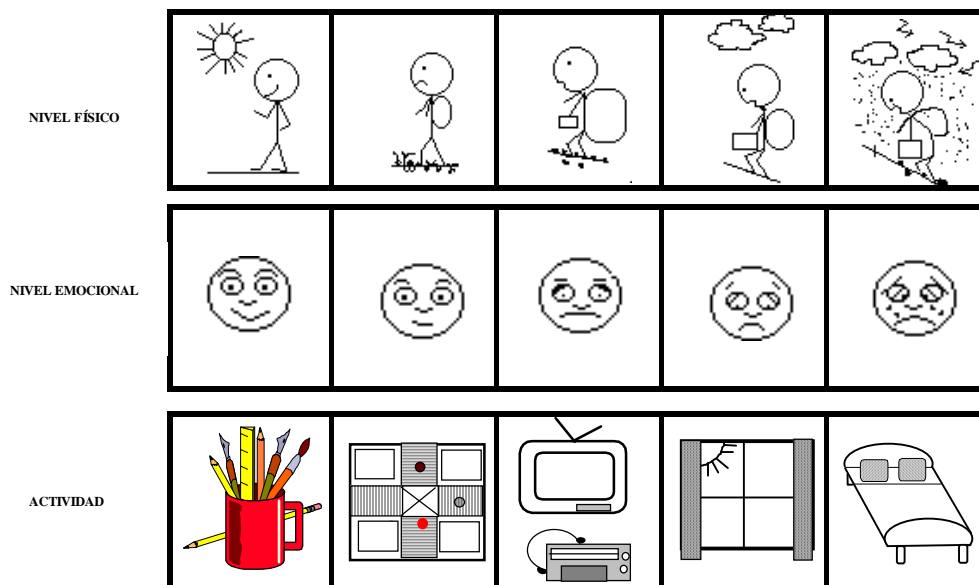
fatiga. En otros casos realizan la medida utilizando una escala visual analógica de 10 cm, en la que la persona marca el lugar de la línea en la que se encuentra. Como la mayor parte de la literatura es en Inglés, al traducir literalmente la nomenclatura de las escalas, no se adapta a las características de nuestro grupo. Por ello y tomando como guía lo anteriormente mencionado, hemos elaborado una escala propia de 5 adjetivos que pueden agrupar las características del diagnóstico de fatiga:

Flojo	débil para realizar algo.
Cansado	sin fuerza, resultado de haberse fatigado. Hastío, tedio, fastidio
Desfallecido	decaído, con la fuerza, y el vigor disminuido
Agotado	consumido del todo.
Hundido	sumido, metido en lo hondo. Abrumado, oprimido, confundido

A cada palabra se le asigna un número del 1 al 5, que sirve como calificativo de la intensidad del adjetivo.

Flojo	1
Cansado	2
Desfallecido	3
Agotado	4
Hundido	5

Dado que 3 familias son de origen portugués, se tradujo la escala a este idioma. La mayor dificultad se planteaba ante los niños pequeños, en los que por su edad de desarrollo no era posible la utilización de la escala anterior, por ello elaboramos una escala gráfica en la que se recogen los tres componentes del diagnóstico de fatiga, el nivel de actividad física, el nivel emocional y la capacidad de actividad intelectual. Cada uno de estos aspectos aparece representado por diferentes dibujos.



Al realizar la valoración al niño se le pidió que él se identificara con el niño del dibujo y con las distintas caras. Así mismo le pedimos que nos indicara qué actividad le gustaría realizar en ese momento. En el caso de los niños portugueses contamos con la colaboración de una alumna de enfermería que realizaba las funciones de intérprete y que conocía a fondo el estudio.

Método

Se realizó una revisión bibliográfica en las bases de datos CINHALL y MEDLINE desde 1984 hasta el momento actual, utilizando como palabras claves: fatiga, diagnóstico de enfermería, niños, adolescentes, cuidador...

En nuestra cultura el término “fatiga” como tal, según las distintas regiones en las que se observe su utilización, presenta diferentes significados, desde el cansancio físico, hasta la disnea, pasando por la náusea. Por ello, al solicitar la participación en el estudio, se explicó el concepto de fatiga según la definición del diagnóstico, que abarca, como se menciona anteriormente, el aspecto físico, emocional y la capacidad mental. Esta característica también aparece reflejada en la literatura revisada, en la que se asocia a enfermedades como la esclerosis múltiple o el infarto de miocardio, en las cuales se observa una disminución de las habilidades individuales, mentales y motoras, que repercuten en las actividades de la vida diaria y se manifiestan de diferente forma en cada individuo (4)

Una vez elaboradas las escalas se pidió consentimiento a la familia para realizar la medición en el niño, explicando el estudio, los objetivos que nos planteamos al realizarlo y que la participación en el mismo era libre y anónima. El grado de participación fue del 95 %. (19 familias de 20).

Una vez obtenido el consentimiento se entregó un impreso al familiar para que indicara su nivel de fatiga, el mismo cuando se trataba de un adolescente, y en el caso de los niños menores de 10 años se presentaba la escala visual para su autoevaluación. En estos niños, 6, los padres colaboraron de forma intensa para que el niño se situara en el lugar del dibujo correspondiente, sin expresar cuál era el que más le gustaba de todos ellos, o en qué situación le hubiera gustado encontrarse.

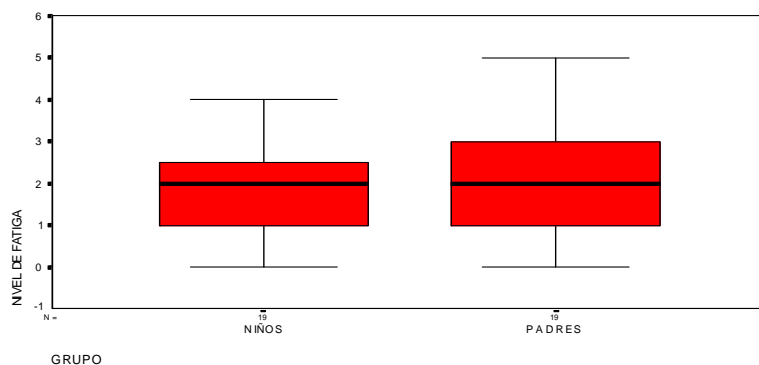
Salvo en el caso de los niños pequeños, mientras las familias cumplimentaban las escalas, la enfermera no estaba presente y se les dejaba 24 horas para hacerlo, de manera que no se sintieran coaccionados por nuestra presencia.

Se realizó un estudio transversal, de dos muestras independientes (pacientes y cuidadores), de variable medida en escala ordinal, aplicando el test de la U de Mann-Witney.

RESULTADOS

La media del grado de fatiga que presentaban los niños era de 1,9474 (1,1773;19) , la de los padres de 2,1053 (1,5597;19). Ambos grupos se definieron en un grado 2 de fatiga, es decir, mediante el adjetivo “cansado”.

El valor de U obtenido fue de U=176,5 con una probabilidad de $p= 0,9081$, lo que indica que no existen diferencias significativas entre ambos grupos



DISCUSIÓN

La escala elaborada por el equipo nos ha resultado útil, tanto en los niños pequeños como en los adolescentes y en los padres.

La ausencia de diferencias significativas entre ambos grupos, nos sugiere, que aunque los padres no lo manifiestan abiertamente, presentan unos niveles de fatiga similares a los de sus hijos.

Al realizar el estudio hemos descubierto aspectos en el cuidador que hasta ese momento no habíamos apreciado - quizás influenciado porque nuestra relación con los padres tiene lugar principalmente en presencia del niño- y en esta circunstancia tienden a disimular su fatiga. De esto, deducimos que en las unidades de pediatría es necesaria una valoración específica al familiar encargado del niño y una atención de enfermería dirigida al cuidador, para favorecer su descanso, facilitarle periodos en los que puedan recrearse, promover hábitos saludables etc... redundando en el bienestar de la familia.

BIBLIOGRAFÍA

1. Carpenito LJ. Manual de diagnósticos de enfermería. 5ª Edición. Nueva York: Interamericana, McGraw-Hill. 1996; 865-873.
2. Polaino-Lorente A, Ochoa B. Un estudio acerca de la satisfacción de los padres con la hospitalización de sus hijos. Acta Pediátrica Española 1998; 56 (2):37-45.
3. Moore K, Shober MJ. Fatigue associated with congestive heart failure: use of Levine's Conservation Model. Journal of Advanced Nursing 1993; 18: 260-268.
4. Ream E, Richardson A. Fatigue: a concept analysis. Int. J. Nurs. Stud 1996; 33 (5): 519-529.
5. Alberdi Castell RM. Calidad de vida, calidad de atención. Revista Rol de Enfermería . 145: 67-71.
6. Gillian B, Graydon J. A comparison of two methods of measuring fatigue in patients on chronic haemodialysis: visual analogue vs Likert scale. Int. J. Nurs. Stud. 1996; 33 (3): 338-348.

TITULO: “Introducción del uso de los Diagnósticos de Enfermería en un servicio de Urgencias”.

**AUTORES: Pensado, H. / Candela, MD. / Chamorro, A. / Fernández, C. / Martínez, A.
CENTRO DE TRABAJO: H. Clínico Univ. San Carlos (S.U.), E.U.E., Fis. y Pod.
(U.C.M.)**

INTRODUCCIÓN

El Hospital Universitario Clínico San Carlos, es el Centro de referencia del Área 7 de Atención Especializada de Madrid (supone territorialmente el 0.45 % de la extensión regional de la Comunidad Autónoma; en éste área viven 570.000 habitantes, con una densidad poblacional de 17.000 habitantes por Km², constituyendo el 12,4 % del total de madrileños; además consta de 1458 camas hospitalarias) . Abarca básicamente la población de los distritos de Chamberí, Latina, alguna sección de Centro y diversos municipios del sureste madrileño. También es Hospital de referencia para otras áreas de salud y diferentes provincias españolas en lo que respecta a algunas patologías y tratamientos.

Es un Hospital que pertenece a la Red del INSALUD, catalogado de nivel III. Dispone de todas las especialidades médico-quirúrgicas, y atiende con medios propios, cualquier demanda sanitaria que se pudiera plantear.

El Servicio de Urgencias, posee igualmente, todas las especialidades médico-quirúrgicas dentro del mismo área asistencial. Durante el año 1996 se atendieron 127.271 pacientes en Urgencias, con una media de 347 al día.

Nuestro estudio se centra en el ámbito del uso de los Diagnósticos de Enfermería, los cuales desde que fue introducido el término en 1953 por V. Fry, se han constituido como el principal “consenso para impulsar el avance científico y profesional” (P.A. Palomino Moral).

El Diagnóstico de Enfermería* nos ofrece múltiples ventajas, definidas por varios autores (Baer; Luis Rodrigo, M.T.), las cuales se extienden desde: “organizar, desarrollar y definir el conocimiento enfermero”, establecer las razones específicas para brindar cuidados al enfermo/usuario basados en una valoración enfermera”, “organizar el contenido del currículum enfermero”, “establecer el coste de los cuidados enfermeros” o “la base sólida para la conceptualización y puesta en práctica del rol independiente de la profesión”, entre otras muchas, todas ellas dirigidas hacia el logro de una mejor calidad de salud del paciente y hacia el progreso profesional de la Enfermería.

Enfocamos el estudio, desde la visión del Modelo de Enfermería de Dorothea Orem(1980), el cual es una excelente base para Enfermería en los Servicios de Urgencia, donde la principal actividad de Enfermería es establecer o elegir prioridades; ofrece una buena forma de realizar una rápida valoración que identifica los problemas inmediatos amenazadores para la vida; incluyendo, por supuesto, a toda la gama de personas que acuden a un Servicio de Urgencias.

Pretendemos así mismo, mejorar el canal de comunicación con los diferentes Profesionales de Enfermería, facilitando la continuidad de la atención ya sea hacia una Unidad de Hospitalización, o hacia un Servicio de Atención Primaria o un Servicio de Urgencias Extrahospitalario, así como interhospitalario.

* Diagnóstico de Enfermería: Juicio clínico sobre las respuestas de una persona o grupo de procesos vitales/problemas de Salud, reales o potenciales que proporcionan la base de los cuidados para el logro de los objetivos, de los que la enfermera es responsable (N.A.N.D.A.) 1994.

OBJETIVOS

OBJETIVO GENERAL

Introducir el uso del Diagnóstico de Enfermería en el Servicio de Urgencias, para mejorar la continuidad de cuidados del paciente y unificar los criterios del Profesional de Enfermería; bajo el Modelo conceptual de Dorothea Orem.

OBJETIVOS ESPECÍFICOS

Elaborar un documento que permita la recogida de datos y la elaboración de una Historia de Enfermería en Urgencias.

Facilitar una Valoración de Enfermería de Urgencias, que priorice la consecución de los cuidados y sea ordenada; teniendo en cuenta del Modelo conceptual de D. Orem.

Permitir el establecimiento de o los Diagnósticos de Enfermería pertinentes.

Aplicar el Modelo conceptual de Dorothea Orem en el Servicio de Urgencias y determinar el sistema de compensación aplicable a cada paciente.

MATERIAL Y MÉTODOS.

Revisión bibliográfica y rastreo en MEDLINE, referente al proceso diagnóstico de Enfermería en general y en el ámbito de la Urgencia en particular (palabras clave para búsqueda en MEDLINE: “diagnostic” o “diagnosis”; “nursing”; “emergency”).

Teoría general de Enfermería de Dorothea Orem (1980); como modelo de enfermería de referencia, aplicable en la atención de Enfermería al paciente en un Servicio de Urgencias.

Diagnósticos enfermeros de la N.A.N.D.A.: definiciones y clasificación, según la revisión de 1997-1998. Todos los Diagnósticos fueron sometidos a discusión, para discriminar todos aquellos que no pudiesen ser aplicados en el ámbito de la Urgencia/Emergencia.

Cumplimiento de las normas de Iyer (1989), para la correcta anotación de registros de la documentación.

Directrices a la hora de formular un Diagnóstico.

Uso de “Guía básica de datos significativos para la valoración de necesidades”.

RESULTADOS

La culminación de nuestro trabajo ha sido la elaboración del documento de Historia de Enfermería de Urgencias, el cual está ordenado del siguiente modo:

- Encabezamiento o filiación del paciente, con datos importantes a su entrada.
- Valoración primaria. Registro de constantes vitales ordenadas según prioridad de tratamiento: vía aérea y respiración así como nivel de consciencia, circulación y otras constantes, así como la valoración de pérdidas sufridas por el paciente (diuresis, otras: heces, por S.N.G., sangre, etc...).
- Valoración secundaria o de Enfermería. En la que se indican e identifican las alteraciones prioritarias existentes de las necesidades del paciente. Únicamente se han reflejado en este apartado las necesidades que pudiesen ser fundamentales para valorar en Urgencias.
- Registro del tratamiento. Administrado en el Servicio, ya sea médico como de enfermería.
- Registro de procedimientos de Enfermería. Realizados en Urgencias, ordenados por prioridad de tratamiento: vía aérea y respiración, circulación y otros.
- Diagnóstico de Enfermería. En este apartado, una vez discriminados los diagnósticos (clasificados según los patrones funcionales de M. Gordon) que no pudiesen presentarse en una urgencia, indicamos una lista completa de la que se puede indicar con una cruz, cuál es el diagnóstico pertinente a cada paciente.
- Sistema de compensación. Según D. Orem (totalmente compensador, parcialmente compensador o apoyo educativo) establece en su Modelo conceptual de Enfermería.
- Registro del destino del paciente (alta a domicilio, ingreso en planta, ingreso en observación, ...) e identificación del Profesional de Enfermería, durante su estancia en el Servicio.

DISCUSIÓN

La introducción del Diagnóstico de Enfermería dentro de un Servicio de Urgencias, no es novedoso en nuestro país; en nuestra Comunidad Autónoma, se aplican en un Servicio de Urgencia extrahospitalaria como es el 061-INSALUD, a través de determinados Profesionales de Enfermería. También, en un Servicio de Urgencias hospitalario, como es el del Hospital de Guipúzcoa (Osakidetza), se vienen aplicando desde hace ya algunos años.

El haber conseguido cambiar nuestro Registro de Urgencias a una Historia de Enfermería, va a suponer un gran avance en nuestro ejercicio diario, ya que de este modo podremos mejorar la calidad de atención de nuestros pacientes, así como de nuestra profesión, fomentando la comunicación entre nosotros dentro de nuestro Servicio, así como con el resto de Profesionales dentro de nuestro nivel de atención como de otros.

La mayor dificultad que podemos encontrarnos, es el volumen diario de atención que soportamos, que es aproximadamente de unas 400 urgencias diarias, además de una constante saturación del Servicio; la aplicación de los Diagnósticos, dado este volumen es algo novedoso, puesto que en el Hospital de Guipúzcoa soportan una demanda de unas 200 urgencias diarias y además hay que tener en cuenta que en el Servicio 061-INSALUD, la atención al paciente suele ser individual.

La aplicación del Modelo conceptual de D. Orem, ha supuesto un avance en la priorización de la atención de urgencia en los pacientes; siendo el único modelo, del que se ha estudiado su aplicación en Urgencias. Además, la recopilación y el procesamiento estadístico de los diferentes sistemas de compensación aplicados a cada paciente, nos podría ayudar a administrar los recursos tanto materiales como humanos dentro de un Servicio de Urgencias, dependiendo de la predominancia de un sistema, ya sea totalmente compensador (mayor necesidad de recursos), parcialmente compensador o apoyo educativo.

Desde hace algún tiempo, se está llevando a cabo un estudio en nuestro Servicio para evaluar la viabilidad de la aplicación de nuestra Historia de Enfermería, mediante estudio prospectivo, elaborando diferentes historias; del que finalmente esperamos obtener un resultado favorable.

BIBLIOGRAFÍA

- Riehl-Sisca J. Modelos conceptuales de Enfermería. Doyma S.A.; 1992.
- Iyer PW, Tapich B, Bernocche-Losey D. Proceso y diagnóstico de enfermería. 3ª Ed. McGraw-Hill Interamericana; Madrid. 1997.
- Carpenito LJ. Manual de diagnóstico de enfermería. 5ª Ed. Interamericana-McGraw-Hill. Madrid. 1995.
- Kershaw B, Salvage J. Modelos de Enfermería. Doyma S.A; 1985.
- Diagnósticos enfermeros de la N.A.N.D.A. Definiciones y Clasificación 1997-1998.[editores]. Harcourt Brace de España S.A.; 1997.
- Martín Landa C, Fernández Maderal B, García Tello C, López Sardinero MT, Sánchez Acha Y, Pérez Lozano J. Programa de calidad en la transmisión de información sobre pacientes trasladados a otros centros. En: [editores]. GRUPO ECA. Comunicaciones al IX Congreso Nacional de Enfermería de Urgencia; 7-9 de noviembre 1996; Sevilla, España. Málaga: Andalucía; 1996. p. 56-62.
- Herrero Rico JJ, Ibáñez Gallardo D, Sánchez Calpena C, Cantos Vizcaíno E, Rico Beltrá M, Pérez Valeriano F. Informes de Enfermería al alta en una unidad de Urgencias generales. En: [editores]. GRUPO ECA. Comunicaciones al IX Congreso Nacional de Enfermería de Urgencia; 7-9 de noviembre 1996; Sevilla, España. Alicante: Comunidad Valenciana. p. 63-7.
- Macho Narganes MP, López-Cózar Monsalve M, Cabello Pérez TM. Enfermería de Urgencias: registros, continuidad de cuidados y Enfermería de calidad. En: [editores]. GRUPO ECA. Comunicaciones al IX Congreso Nacional de Enfermería de Urgencia; 7-9 de noviembre 1996; Sevilla, España. p. 96-8.
- Barreda Forés E, Martinavarro Agut E. Registros de Enfermería: valoración de su implantación y cumplimentación. En: [editores]. GRUPO ECA. Comunicaciones al IX Congreso Nacional de Enfermería de Urgencia; 7-9 de noviembre 1996; Sevilla, España. Castellón: Comunidad Valenciana. p. 137-147.
- Parrilla Saldaña J, Peñalver Jiménez C, Quero Haro A, Chaves Maya A, Ruiz Fabrelles C, Funuyet Guirado J. Calidad asistencial en los cuidados de enfermería realizados a pacientes de respiratorio y digestivo a través de la valoración de registros en las necesidades básicas alteradas. En: [editores]. GRUPO ECA. Comunicaciones al IX Congreso Nacional de Enfermería de Urgencia; 7-9 de noviembre 1996; Sevilla, España. p.154-5.
- García García N, Elvira Cortaberría N, Romero-Nieva Lozano J, Del Pino Paton, JL. Valoración de enfermería en un Servicio de Urgencias. En: [editores]. GRUPO ECA. Comunicaciones al IX Congreso Nacional de Enfermería de Urgencia; 7-9 de noviembre 1996; Sevilla, España. Madrid: Comunidad de Madrid. p. 158-180.
- Perera Vega MA. El registro de Enfermería en el medio Extrahospitalario. En: [editores]. EDICOMPLET. Ponencias al VIII Congreso Nacional de Medicina de Emergencias; 29 de mayo a 1 de junio 1996; Las Palmas de Gran Canaria, España. p. 69-74.
- García Irima M. Registro de Enfermería prehospitalaria. En: [editores]. EDICOMPLET. Ponencias al VIII Congreso Nacional de Medicina de Emergencias; 29 de mayo a 1 de junio 1996; Las Palmas de Gran Canaria, España. Las Palmas de Gran Canaria; Comunidad Canaria. p. 75-6.

II Simposium Internacional de Diagnósticos de Enfermería

III Congreso Regional de Castilla y León

AENTDE

- Guía cumplimentación del Sistema de Registros de Enfermería. Hospital de la Princesa; Madrid. 1991.
- Registro de Enfermería del Servicio de Urgencias. Hospital Clínico Universitario San Carlos; Madrid.
- Registro de Enfermería del Servicio de Urgencias. Hospital de Guipúzcoa; Guipúzcoa.
- Informe de Asistencia sanitaria de Unidad de Soporte Vital Avanzado. S.A.M.U.R. Protección Civil Ayto. de Madrid; Madrid.
- Registro de Enfermería del Servicio de Urgencias. Hospital de Móstoles; Móstoles.
- Registro de Enfermería del Servicio de Urgencias. Hospital Universitario 12 de Octubre; Madrid.
- Registro de Enfermería del Servicio de Urgencias. Hospital Universitario la Paz; Madrid.
- Registro de Enfermería del Servicio de Urgencias. Fundación Jiménez Díaz (Clínica de la Concepción); Madrid.
- Registro de Enfermería del Servicio de Urgencias. Hospital Universitario Puerta de Hierro; Madrid.
- Registro de Enfermería del Servicio de Urgencias. Hospital Universitario de Getafe; Getafe.
- Registro de Enfermería del Servicio de Urgencias. Hospital Insular de Gran Canaria; Las Palmas de Gran Canaria.

TÍTULO: “Nivel de Cuidados y Diagnósticos de Enfermería relacionados con 12GRD”.

AUTORES: Ferrús, L. / Pintado, D. / Sánchez, L. / González, R. / Honrado, G. / Martos, C. / Richart, D. / Torrent, A.

CENTRO DE TRABAJO: Consorcio del Hospital de la Cruz Rojo.

Introducción

El gran desarrollo de nuevas tecnologías y la complejidad de la estructura y organización sanitaria han conducido a buscar sistemas más costeables de la prestación de servicios.

Por otra parte, el incremento de la complejidad de algunos procedimientos y el desarrollo de alternativas a la hospitalización (hospitales de día, cirugía mayor ambulatoria, la hospitalización a domicilio), que conllevan una disminución de la estancia media, han hecho evolucionar al sistema sanitario hacia unos nuevos sistemas de pago a los proveedores de servicios, basados en la complejidad de los procesos que se atienden.

El sistema de medición de la producción hospitalaria más potente, extendido y validado son los GRD (Grupos Relacionados con el Diagnóstico) ⁽¹⁾. Los GRD son un sistema de medida del case-mix hospitalario, que agrupa los procesos sobre la base de dos criterios: las Categorías Diagnósticas Mayores (CDM) y el isoconsumo de recursos.

Para la determinación del coste de los cuidados de enfermería de los GRD se utilizó un coste fijo por día ⁽²⁾ que se diferenciaba sólo si podía tratarse de cuidados de rutina (unidad de hospitalización convencional) o cuidados intensivos.

Uno de los sistemas de medida del coste de los cuidados de enfermería es el PRN⁽³⁾ (Project Research Nursing). Este sistema mide el nivel de cuidados (tiempo de cuidados) requeridos para cada paciente y día. Consta de una nomenclatura de 99 actividades específicas de cuidar. Cada una de las actividades específicas de cuidar tiene diferentes niveles de intervención de enfermería (según el número de veces que hay que hacer la actividad, según el número de personas que deben intervenir, según la superficie a curar o según la ayuda que requiera el paciente para hacer la acción - autónomo, ayuda parcial, ayuda completa) y acaba por transformarse en un instrumento que dispone de 249 factores o intervenciones distintas de enfermería. Estas 99 actividades específicas de cuidar se agrupan en 8 componentes de cuidados relacionados con las necesidades de Virginia Henderson y las actividades técnicas (higiene, respiración, movilización, eliminación, alimentación, comunicación, métodos de diagnóstico y tratamientos).

Al valorar la complejidad de los GRD, también pueden considerarse los Diagnósticos de Enfermería que estén asociados a un determinado GRD.

Los Diagnósticos de Enfermería, como juicio clínico sobre la respuesta de un individuo, familia o comunidad, a los procesos vitales o problemas de salud reales o potenciales, proporcionan una base para la selección de las intervenciones de enfermería que conduzcan a los objetivos de los que la enfermera es responsable.

Con la finalidad de estudiar la relación entre el sistema de clasificación por GRD y el nivel de cuidados de enfermería, se ha desarrollado un proyecto financiado por el Fondo de Investigación Sanitaria (FIS 97/0022). Uno de los objetivos específicos de este proyecto era el describir los diagnósticos de enfermería asociados a cada uno de los GRD estudiados.

Esta comunicación presenta los diagnósticos de enfermería asociados a 12 GRD y el nivel de cuidados de enfermería en términos de tiempo de cuidados para cada uno de ellos.

Material y método

Se ha utilizado la nomenclatura de actividades del sistema PRN y los tiempos estándar para determinar sólo el tiempo de cuidados directos e indirectos requerido (no se ha considerado el tiempo de desplazamientos, actividades administrativas y de mantenimiento ni los tiempos de comunicación con relación al paciente).

Para la formulación de diagnósticos de enfermería se ha utilizado la taxonomía de la NANDA ⁽⁴⁾.

Para conocer el nivel de cuidados, durante todos los días de estancia de un paciente que era candidato a poder ser clasificado en uno de los GRD que estaban incluidos en el estudio, enfermeras formadas en el uso del sistema PRN, registraban las actividades de cuidados realizadas en las 24 horas precedentes a la recogida de datos.

La captación de los procesos susceptibles de ser clasificados en los GRD del estudio se hacía desde el servicio de Urgencias o la Unidad de Admisiones. Se seleccionaban todos los pacientes tributarios a excepción del GRD Parto (373) que se registraban los datos sólo una vez de cada cuatro partos. La recogida de datos se realizaba durante toda la estancia del paciente (urgencias, unidad de hospitalización y reanimación quirúrgica). También se ha valorado el tiempo de quirófano pero no se presenta en esta comunicación.

Para la formulación de diagnósticos de enfermería, enfermeras formadas en el uso de la taxonomía de la NANDA, revisaban las actividades de cuidados realizadas a cada paciente y las condiciones del mismo y a partir de esta información determinaban los diagnósticos de enfermería que presumiblemente tenía el paciente.

Para el registro de los datos se disponía de un impreso que permitía recoger, para cada día de estancia, las actividades realizadas y los diagnósticos de enfermería que estaban activos.

Para el procesamiento de los datos se ha utilizado un programa informático que permite asociar a cada intervención de enfermería el estándar de tiempo asignado y el paquete estadístico SPSS para Windows.

Resultados

Se inició el estudio el 17-02-97 y se iniciaron procesos nuevos hasta al 30-06-97. El 61.2% de los procesos observados (601) corresponden a los GRD que estaban incluidos en el estudio.

Tabla 1: Frecuencia de los GRD estudiados

GRD	N	Frecuencia relativa (*) %
AVC (014)	62	76.5
PQ de cadera (211)	31	86.1
PQ de ext.inferior (209)	63	98.4
IAM (122)	30	83.3
Cesárea (371)	53	94.6
Colecistectomía (494)	36	94.7
Parto (373)	53	18.6
Hernias (162)	104	74.8
PQ rodilla (222)	33	84.6
Quimioterapia (410)	50	72.5
Varices (119)	39	86.7
Cataratas (039)	47	54.0

(*) Frecuencia relativa con relación al total de procesos clasificados en el GRD correspondiente

En la tabla 2 se presenta para cada GRD el tiempo medio de cuidados para todo el proceso, la estancia media, la edad media y el número de diagnósticos de enfermería formulados para cada GRD.

Tabla 2: Estancia media, edad media, promedio de diagnósticos de enfermería formulados y media del total de horas de cuidados directos e indirectos (PRN) para cada uno de los GRD estudiados.

GRD	EM	Edad	Diagn.	Horas Cuidados
014 - AVC	18.3	74	6.5	70.0
39 - Cataratas	1.8	72	2.1	1.7
119 - Varices	2	53	1.7	2.8
122 - IAM	10	67	3.9	26.1
162 - Hernias	3.7	55	2.4	3.1
209 - PQ de Ext.Inferior	14.5	71	5.4	44.6
211 - PQ de cadera	15	78	6.1	56.1
222 - PQ de rodilla	2.8	51	2.3	4.7
371 - Cesárea	6.4	29	2.8	11.5
373 - Parto	3.8	28	2.2	6.2
410 - Quimioterapia	2.1	62	3.6	3.9
494 - Colecistectomía	4.2	55	2.8	6.7

EM= Estancia media; GRD: Grupos Relacionados con el Diagnóstico

A continuación se presentan los diagnósticos de enfermería más prevalentes para algunos de los GRD estudiados.

Tabla 3: Frecuencia de diagnósticos de enfermería para el Infarto agudo de miocardio IAM (122)

DIAGNOSTICO DE ENFERMERÍA		FRECUENCIA	%
642	Alteración en el mantenimiento de la salud	30	100
652	Déficit de autocuidado: baño/higiene	30	100
654	Déficit de autocuidado: uso del WC	28	93.3
932	Temor	12	40
6111	Deterioro de la movilidad física	4	13.3
651	Déficit de autocuidado: alimentación	2	6.7
931	Ansiedad	2	6.7

Tabla 4: Frecuencia de diagnósticos de enfermería para el Procedimiento quirúrgico de cadera (211)

DIAGNOSTICO DE ENFERMERÍA		FRECUENCIA	%
642	Alteración en el mantenimiento de la salud	31	100
652	Déficit de autocuidado: baño/higiene	31	100
654	Déficit de autocuidado: uso del WC	31	100
6111	Deterioro de la movilidad física	28	90.3
653	Déficit de autocuidado: vestido/arreglo personal	20	64.5
822	Confusión aguda	12	38.7
651	Déficit de autocuidado: alimentación	11	35.5
1615	Síndrome de desuso	11	35.5
932	Temor	5	16.1
162121	Deterioro de la integridad cutánea	3	9.7

Tabla 5: Frecuencia de diagnósticos de enfermería para quimioterapia (410)

DIAGNOSTICO DE ENFERMERÍA		FRECUENCIA	%
642	Alteración en el mantenimiento de la salud	43	86
621	Alteración del patron del sueño	41	82
321	Alteración en el desempeño del rol	26	52
711	Transtorno de la imagen corporal	19	38
932	Temor	12	24
731	Desesperanza	9	18

5111	Afrontamiento individual inefectivo	7	14
6112	Intolerancia a la actividad	5	10
811	Déficit de conocimientos (especificar)	3	6
931	Ansiedad	2	4
1513	Patrón respiratorio ineficaz	2	4
9212	Duelo anticipado	2	4

También se presenta para algunos de los diagnósticos de enfermería más prevalentes la frecuencia absoluta y relativa para cada uno de los GRD estudiados.

Tabla 6: Frecuencia del diagnóstico Alteración en el mantenimiento de la salud (642) para cada GRD

	GRD	N	FREC.	%
039	Cataratas	47	47	100
122	IAM	30	30	100
162	Hernias	104	104	100
209	P.Q. Ext. Inferior	63	63	100
211	P.Q. cadera	31	31	100
222	P.Q. rodilla	33	33	100
371	Cesárea	53	53	100
373	Parto	53	53	100
494	Colecistectomía	36	36	100
119	Varices	39	38	97.4
014	AVC	62	59	95.2
410	Quimioterapia	50	43	86.0

Tabla 7: Frecuencia del diagnóstico Déficit de autocuidado: baño/higiene (652) para cada GRD

	GRD	N	FREC.	%
122	IAM	30	30	100
209	P.Q. Ext. Inferior	63	63	100
211	P.Q. cadera	31	31	100
371	Cesárea	53	50	94.3
014	AVC	62	51	82.3
494	Colecistectomía	36	26	72.2
162	Hernias	104	54	51.4

373	Parto	53	19	35.8
222	P.Q. rodilla	33	8	24.2
119	Varices	39	1	2.6
039	Cataratas	47	1	2.1
410	Quimioterapia	50	1	2

Tabla 8: Frecuencia del diagnóstico Deterioro de la movilidad física (6111) para cada GRD

	GRD	N	FREC.	%
014	AVC	62	46	95.2
209	P.Q. Ext. Inferior	63	58	92.1
211	P.Q. cadera	31	28	90.3
222	P.Q. rodilla	33	16	48.5
122	IAM	30	4	13.3
162	Hernias	104	1	1
039	Cataratas	47	0	0
119	Varices	39	0	0
371	Cesárea	53	0	0
373	Parto	53	0	0
410	Quimioterapia	50	0	0
494	Colecistectomía	36	0	0

Tabla 9: Frecuencia del diagnóstico Temor (932) para cada GRD

	GRD	N	FREC.	%
122	IAM	30	12	40
410	Quimioterapia	50	12	24
211	P.Q. cadera	31	5	16.1
371	Cesárea	53	5	9.4
162	Hernias	104	4	3.8
494	Colecistectomía	36	1	2.8
373	Parto	53	1	1.9
209	P.Q. Ext. Inferior	63	1	1.6
014	AVC	62	0	0
039	Cataratas	47	0	0
119	Varices	39	0	0
22	P.Q. rodilla	33	0	0

Tabla 10: Frecuencia del diagnóstico Confusión aguda (822) para cada GRD

	GRD	N	FREC.	%
211	P.Q. cadera	31	12	38.7
014	AVC	62	11	17.7
209	P.Q. Ext. Inferior	63	11	17.5
222	P.Q. rodilla	33	1	3
039	Cataratas	47	0	0
119	Varices	39	0	0
122	IAM	30	0	0
162	Hernias	104	0	0
371	Cesárea	53	0	0
373	Parto	53	0	0
410	Quimioterapia	50	0	0
494	Colecistectomía	36	0	0

Discusión

Se observa que, en general, los GRD que tienen un mayor nivel (tiempo) de cuidados también tienen una mayor estancia media y un mayor número de diagnósticos de enfermería formulados.

Hay un predominio de los diagnósticos de enfermería físicos sobre los de orientación psicológica o social que coincide con bibliografía revisada. Esto nos hace pensar que a pesar de que el hospital tiene definido un marco de referencia elaborado por un grupo de enfermeras del hospital y difundido ampliamente, no está suficientemente integrado en la práctica cotidiana.

Parece que la presencia de diagnósticos de enfermería está relacionada con un mayor nivel de cuidados.

De todos modos debemos resaltar que no se ha hecho una valoración exhaustiva del paciente para formular los diagnósticos, se formulaban fundamentalmente a partir de las acciones realizadas por las enfermeras. En la bibliografía revisada se ha encontrado también un estudio realizado a partir de las actividades (1993 Jul; 4(3):107-113 (E.U.I. Bellvitge) *The nature and use of nursing diagnosis in hospitals*).

Por otra parte debemos señalar que no se ha realizado un test de concordancia entre las observadoras para la formulación de diagnósticos. Tampoco se ha hecho para las enfermeras, pero se trataba de enfermeras que utilizan de forma periódica (cada 2 meses) el sistema PRN y todos los formularios han estado revisados por dos observadoras.

De estos resultados preliminares de momento podemos afirmar que disponemos de una base de datos de gran potencialidad que nos permitirá poder adjudicar el coste de los cuidados de enfermería a cada GRD y ver los diagnósticos de enfermería relacionados y la influencia que estos tienen en el consumo de recursos de enfermería.

El análisis con una mayor profundidad de cada uno de los GRD y de los diagnósticos de enfermería nos puede permitir avanzar en el conocimiento de las características de los cuidados de enfermería para ambas taxonomías.

BIBLIOGRAFÍA

- (1) Casas M. *Los Grupos de Diagnósticos Relacionados. Experiencia y perspectivas de utilización.* Barcelona: SG-Masson, 1991.
- (2) Sovie, MD. *Variable Cost of Nursing Care Hospitals.* En Fitzpatrick JJ.et alt.(Ed.) *Annual Review of Nursing Research*, Springer Publisher, New York, 1988, 6(6):131-50.
- (3) Tilquin C, Saulnier D, Vanderstraeten G. *El método PRN.* Rev ROL de Enfermería, 1991; 153:37-42.
- (4) Ugalde M y Rigol A. *Diagnósticos de enfermería. Taxonomía NANDA* Barcelona: Masson, 1995.

TÍTULO: “Plan de cuidados en el paciente con patología tráqueo-bronquial, durante la fotorresección con láser”.

AUTORES: Peña, Isabel. / García, Montserrat.

CENTRO DE TRABAJO: Hospital Clínico Universitario. Valladolid.

INTRODUCCIÓN

En España el Diagnóstico Enfermero es un instrumento cotidiano en el campo docente, sin embargo no ocurre así en la práctica clínica. Pensamos que el desarrollo de nuestra profesión no es posible sin una mejora continua en la identificación de problemas que atienden las enfermeras y sin un Plan de Cuidados que los resuelvan eficazmente. Como afirma Carpenito la utilización de una taxonomía de Diagnósticos de Enfermería ayuda a identificar el ámbito de actuación de las enfermeras proporcionando un marco de referencia común. A pesar de ello encontramos entre las enfermeras españolas una corriente de opinión que considera el uso del Diagnóstico poco útil o muy discutible. Centrándonos en nuestro medio y dentro del Área Quirúrgica,, donde las actuaciones llevadas a cabo requieren cada día, más procedimientos técnicos, ésta opinión no sólo es compartida sino que, a veces sin darnos cuenta, nos vemos atrapadas por dichas actividades de tipo técnico; a las cuales no podemos negar su importancia, siempre sin olvidar:

- . Cual es nuestro ROL, es decir, las actividades que son competencia y responsabilidad nuestra.
- . Al paciente como eje central de todas nuestras actuaciones.

Por ello hemos querido desarrollar un Plan de Cuidados en el paciente sometido a fotorresección tráqueo-bronquial con LASER que recoja los Diagnósticos de Enfermería que presentan dichos pacientes con el objeto de:

- . Demostrar que en el Área Quirúrgica es posible aplicar el Diagnóstico de Enfermería, utilizándolo como instrumento de trabajo.
- . Comparar dicho Plan con los Protocolos existentes en nuestro quirófano para dicha intervención.

MATERIAL Y MÉTODOS

Para la elaboración del Plan de Cuidados se llevaron a cabo las siguientes fases:

Identificar los problemas que detectamos y resolvemos las enfermeras en los pacientes sometidos a este tipo de intervención, basándonos en la consulta bibliográfica , así como en nuestra experiencia profesional.

Etiquetar los problemas identificados según la clasificación de Categorías Diagnósticas aceptadas por la NANDA y siguiendo el Modelo Bifocal de J.L. Carpenito.

Desarrollar para cada Diagnóstico: definición, factores relacionados, criterios de resultado u objetivos y actividades de enfermería.

La comparación entre los Protocolos existentes y el Plan de Cuidados se realiza contabilizando las actividades de enfermería que aparecen en cada uno de ellos.

RESULTADOS

PLAN DE CUIDADOS

1. DIAGNÓSTICO TEMOR / ANSIEDAD

Estado en el que un individuo experimenta una sensación de trastorno fisiológico o emocional en relación con una fuente identificable o no que la persona percibe como peligrosa.

El temor difiere de la ansiedad en que la persona puede identificar las amenazas, mientras que en la ansiedad no están claramente identificadas.

Relacionado con:

- Llegada a un entorno extraño y contacto con personal sanitario desconocido.
- El grado de conocimiento y aceptación de su enfermedad, así como de la intervención que se le va a realizar.
- Retraso sobre el horario previsto.
- Miedo a no despertar de la anestesia, a los procedimientos invasivos previos a la anestesia.

OBJETIVO

El paciente expresará sus dudas y temores y se mostrará relajado y cooperador.

CUIDADOS

- Recibir al paciente a su llegada al área quirúrgica
- Presentarse al paciente, conocer su nombre y contrastar los datos del protocolo preoperatorio.
- Invitar al paciente a que exprese sus dudas, temores y preocupaciones, aclarando sus dudas de forma: clara y concisa.
- Si la intervención se va a retrasar se comunicará lo antes posible al paciente y a su familia.
- Informar al paciente sobre los procedimientos que le estamos realizando en cada momento (venoclisis, control de constantes ...)
- Evitar maniobras innecesarias (excesivo ajetreo, ruidos, conversaciones entre el personal).
- Permanecer junto al paciente hasta que la anestesia haya hecho efecto.

2- DIAGNÓSTICO RIESGO DE LESIÓN

Estado en el que un individuo corre el riesgo de lesionarse a causa de una deficiencia fisiológica o falta de conciencia.

Relacionado con:

- Traslados cama-camilla-mesa quirúrgica y viceversa.

- Colocación e inmovilización en postura quirúrgica
- Mesas de instrumental sobre el paciente
- Maniobras de intubación oro-traqueal con vaina de broncoscopio rígido
- Uso del equipo de LASER

OBJETIVO

El paciente no presentará lesiones accidentales derivadas de actuaciones realizadas en el quirófano o durante los traslados.

CUIDADOS

- Antes de efectuar el traslado de la camilla a la mesa quirúrgica y viceversa asegurar los frenos de ambas .
- Movilizar al paciente con mecánica corporal adecuada para evitar traumatismos y tensiones en ligamentos y músculos.
- Proteger prominencias óseas
- Almohadillar los soportes de la mesa quirúrgica
- Relacionado con:
- Técnicas invasivas o semiinvasivas: venoclisis, sondaje vesical, intubación

OBJETIVO

El paciente no presentará en el post-operatorio procesos infecciosos atribuibles a intervenciones realizadas en el quirófano

CUIDADOS

- Verificar que el paciente llega en correctas condiciones al área quirúrgica: higiene corporal, cabello cubierto por gorro
- Retirar el pijama del paciente antes de su entrada en el quirófano y cubrirle con sábana o ropa limpia
- Mantener las condiciones de asepsia y esterilidad del quirófano y material
- Mantener puertas y ventanas del quirófano cerradas
- Respetar estrictamente protocolos de control de infección

4- DIAGNÓSTICO RIESGO DE ASFIXIA

Estado en el que un individuo corre riesgo de ahogarse.

Relacionado con:

- Estenosis de la luz traqueo-bronquial
- Prótesis dental o piezas propias móviles
- Aspiración contenido gástrico

OBJETIVO

El paciente no presentará signos de falta de aire para respirar añadidos a los de su propia patología.

CUIDADOS

- Colocación de mascarilla de Oxígeno
- Verificar la retirada de prótesis dentales y comprobar el estado de su dentadura para detectar la presencia de piezas móviles que pudieran desprenderse durante la intubación o maniobras realizadas con el broncoscopio rígido
- Comprobar que está en ayunas
- Después de la intervención mantener la cabeza del paciente ladeada, para facilitar el drenaje de vómito, o proceder a aspirar en caso de hipersecrección de moco o saliva

5- DIAGNÓSTICO RIESGO DE HIPOTERMIA

Estado en el que un individuo presenta o está en riesgo de presentar una disminución mantenida de la temperatura corporal debido a factores externos

Relacionado con:

- Exposición del cuerpo del paciente con poca protección de ropas al ambiente de quirófano
- Administración I.V. de líquidos fríos
- Ausencia de actividad muscular
- Utilización de anestésicos

OBJETIVO

El paciente mantendrá la temperatura corporal dentro de límites normales

CUIDADOS

- Arropar al paciente en todo momento colocando además un calentador de la superficie corporal
- Mantener la temperatura ambiente de quirófano alrededor de 21° C.
- Utilizar un calentador de fluidos I.V.

POSIBLES COMPLICACIONES

Las posibles complicaciones que pueden presentarse son:

Hipoxia, hemorragia, broncoespasmo, edema de laringe.

Nuestro objetivo es determinar el comienzo o estado del problema. Para ello en el post-operatorio inmediato para valorar el estado del paciente utilizaremos los siguientes

CRITERIOS DE VIGILANCIA:

- En cuanto a la monitorización vigilaremos que la Sat. O₂ , E.C.G., y T.A. estén dentro de límites normales y
- Existencia de patrón respiratorio normal en cuanto a frecuencia y profundidad de respiración, movimientos torácicos y ausencia de ruidos respiratorios, puesto que

la aparición de estridor o estertores nos alertaría sobre la aparición de edema de

laringe o acúmulo de secrecciones o sangre respectivamente.

En el Protocolo existentes en nuestro quirófano en relación a la fotorresección tráqueo-bronquial con LASER aparece tan sólo una actividad propia de enfermería,, todo lo demás se refiere a aparataje, material, instrumental,etc. Mientras que el Plan de Cuidados contiene 29 actividades en relación a las 5 categorías diagnósticas identificadas y desarrolladas.

CONCLUSIONES

En el Área Quirúrgica y para cada intervención es posible desarrollar un Plan de Cuidados a partir de Diagnósticos de Enfermería.

La utilización de los Planes de Cuidados nos ayuda a los profesionales de Enfermería a centrar nuestra atención en el cuidado del paciente. Proporcionándole una atención integral.

Como no podemos negar la importancia de las actividades técnicas en el Área Quirúrgica; debería existir para los diversos procesos quirúrgicos Protocolos técnicos junto con el desarrollo de los Diagnósticos de Enfermería identificados

TÍTULO: “Planes de cuidados estandarizados a las personas intervenidas de prótesis total de rodilla”.

AUTOR: Marín, I. / Fuchs, e. / Pajín, MA. / Soriano, E. / Escolano, M.

CENTRO DE TRABAJO: Hospital de Traumatología y Rehabilitación “Vall d’Hebron” Barcelona.

INTRODUCCIÓ

La infermeria, avui dia, es troba involucrada en canvis de valors, en demandes de les necessitats sanitàries de la població i en canvis organitzatius de les institucions.(1, 7, 10)

La infermera actualment reconeix per una banda que el seu àmbit professional està relacionat amb tres rols professionals: el rol delegat, el rol interdependent i el rol autònom, i per una altra, que el millor marc reconegut per a la pràctica d’infermeria és l’adopció dels models conceptuals per a la seva pràctica professional.(2, 3, 9)

L’objectiu d’aquest treball és identificar l’autèntic significat del rol autònom que aporta el valor del treball infermer, i així definir-ne la cartera de serveis, millorar-ne la qualitat de les actuacions, formular objectius d’atencions, avaluar-ne els resultats i identificar camps d’investigació.

L’estandardització dels plans de cures és l’instrument, amb un llenguatge comú dels processos assistencials, que ens permet de participar en l’elaboració de les guies i definir el rol autònom professional.(4, 11)

Amb aquest objectiu s’inicia l’estandardització dels plans de cures atenció de les patologies més freqüents que es troben en la Unitat d’Hospitalització del nostre hospital.

ÀMBIT D’ACTUACIÓ

Hospital de nivell terciari que està integrat, juntament amb uns altres tres centres assistencials, en el complex hospitalari més important de Catalunya. Pertany al centre corporatiu Institut Català de la Salut, i alhora és dins la Xarxa Hospitalària Pública (XHUP).

Aquest treball ha estat realitzat en col·laboració amb el personal d’infermeria de la nostra unitat assistencial i alumnes d’Infermeria.

La Unitat d'Hospitalització consta de seixanta-vuit llits i es divideix en dues unitats:

- * **Secció de Seqüeles Osteoarticulars i Unitat d'Espines Bífides.**
- * **Secció de Seqüeles Neurotraumatològiques.**

El total de població ingressada en el nostre servei fou de 1.574 pacients en el període de dos anys.

MOSTRA I MÈTODE

* DISSENY DE L'ESTUDI

Estudi descriptiu i retrospectiu dels diagnòstics detectats en el processos pel personal d'infermeria segons el model conceptual de Virgínia Henderson la llista de problemes d'infermeria de Riopelle (Annex 5) de las patologies més prevalens de la unitat.

* POBLACIÓ DE REFERÈNCIA

Patologies en més prevalens ;

*Pacients amb afeccions osteoarticulars.

Pròtesi total de genoll (PTG).

Artritis reumatoides (AR).

Espines bífides (EB).

*Pacients amb seqüeles neurotraumatològiques.

Accident vascular cerebral (AVC).

Traumatisme craniencefàlic (TCE).

Síndrome de Guillen Barre (SGB).

(Annex 1-2)

POBLACIÓ DE REFERENCIA

Seqüeles osteoarticulars

	PACENTS <i>Ingr./Servei</i>	MITJANA <i>EDAT</i>	HOMES	DONES	ESTANCIA <i>MITJANA</i>
<i>PTG</i>	385	71	73%	24%	25
<i>AR</i>	33	52	23%	76%	22
<i>EB</i>	64	20	64%	35%	27

Seqüeles neurològiques

<i>AVC</i>	134	64	63%	36%	88
<i>TCE</i>	91	38	72%	27%	90
<i>GB</i>	8	53	75%	28%	103

* CRITERIS D'INCLUSIÓ

Tots els pacients ingressats en la Unitat afectats de les susdites patologies.

* PERÍODE D'ESTUDI

Període comprès entre el gener de 1996 i el 31 de desembre de 1997.

* MIDA DE LA MOSTRA

Es realitzà l'estudi de 537 pacients.

POBLACIÓ DE REFERENCIA		
PACENTS <i>Ingr./Servei</i>		<i>Mostra</i> <i>n=</i>
<i>PTG</i>	385	<i>n= 342</i>
<i>AR</i>	33	<i>n=33</i>
<i>EB</i>	64	<i>n= 25</i>
<i>AVC</i>	134	<i>n= 42</i>
<i>TCE</i>	91	<i>n= 91</i>
<i>GB</i>	8	<i>n= 4</i>

● **INSTRUMENTS**

Elaboració d'una graella de recollida de dades.

Revisió d'històries clíniques.

Elaboració dels registres del estàndars

RESULTATS

Identificació dels diagnòstics infermers en el processos d'atenció de infermeria per patologies més freqüents a la unitat i recompta total de diagnòstics identificats en totes les patologies d'elecció (annex 3-4).

Diagnòstics més freqüents Guillen Barre (n= 4)

Cod	4.2	6.2	8.2	9.1	9.12	
Tot	2	2	1	1	1	7
%	50	50	25	25	25	

Diagnòstics més freqüents Artritis reumatoide (n= 33)

Cod	2.2	2.3	3.1	4.2	5.1	6.2	8.2	9.1	9.5	
Tot	1	1	1	12	1	1	2	9	11	39
%	3	3	3	36	3	3	6	27	33	

Diagnòstics més freqüents en PTR (n= 342)

Cod	1.2	2.2	2.3	2.6	3.1	4.2	5.1	6.2	8.2	9.1	9.6	10.4	13.2	
Tot	35	79	1	1	41	337	80	1	320	1	1	1	1	899
%	10.2	23	0.3	0.3	11.9	98.5	23.4	0.3	93.5	0.3	0.3	0.3	0.3	

Diagnòstics més freqüents en Espina Bífida (n= 25)

Cod	1.2	2.2	2.4	2.6	3.1	3.5	4.2	5.3	6.2	8.2	9.1	9.2	9.5	10.8	13.1	
Tot	2	2	1	1	9	4	7	1	3	6	1	1	1	1	2	42
%	8	8	4	4	36	16	28	4	12	24	4	4	4	4	8	

Diagnóstics més freqüents TCE (n=91)

Cod	1.2	2.2	2.3	2.4	3.1	3.5	4.2	6.2	8.2	8.4	9.1	9.4	9.5	9.7	9.8	9.12	9.13	10.5	10.6	10.7	12.2	14.2	
Tot	2	1	1	18	2	15	31	5	10	14	6	6	7	1	1	2	2	3	3	2	1	4	137
%	2.2	1.1	1.1	20	2.2	16	34	5.5	11	16	6.6	6.6	7.7	1.1	1.1	2.2	2.2	3.3	3.3	2.2	1.1	4.4	

Diagnóstics més freqüents AVC (n= 42)

Cod	1.1	2.1	2.2	2.3	2.4	3.1	3.5	3.6	3.7	4.2	4.4	5.1	5.3	6.2	8.2	8.3	8.4	9.4	10.3	10.4	10.6	12.1	
Tot	2	1	2	2	26	4	16	1	2	36	1	1	1	7	10	1	22	10	8	4	1	2	160
%	4.7	2.3	4.7	4.7	61	9.5	38	2.3	4.7	86	2.3	2.3	2.3	16	24	2.3	52	24	19	9.5	2.3	4.7	

Diagnóstics totals per procés

Cod	1.1	1.2	2.1	2.2	2.3	2.4	2.6	3.1	3.5	3.6	3.7	4.2	4.4	5.1	5.3	6.2	8.2	8.3	8.4					Tot	
PTR		35		79	1		1	41				337		80		1	320						895	4	899
AVC	2		1	2	2	26		4	16	1	2	36	1	1	1	7	10	1	22				135	25	160
TCE		2		1	1	18		2	15			31				5	10		14				99	38	137
EB		2		2		1	1	9	4			7			1	3	6						36	6	42
A.R				1	1			1				12		1		1	2						19	11	39
G.B												2				2	1						5	2	7
Total	2	39	1	85	5	45	2	57	35	1	2	425	1	82	2	19	349	1	36				1189	95	1284
Cod	9.1	9.2	9.4	9.5	9.6	9.7	9.8	9.12	9.13	10.3	10.4	10.5	10.6	10.7	10.8	12.1	12.2	13.1	13.2	14.2					
PTR	1				1						1								1				4		
AVC			10							8	4		1			2							25		
TCE	6		6	7		1	1	2	2			3	3	2			1				4		38		
EB	1	1		1											1				2				6		
A.R	9			11																			11		
G.B	1							1															2		
Total	18	1	16	19	1	1	1	3	2	8	5	3	4	2	1	2	1	2	1	4			95		

Diagnòstics més freqüents per procés	PTG	E.B	AR	TCE	AVC	G BARRE
Dificultat /Incapacitat per a moure's	98.5%	28				
Afectació de la integritat dels teguments	93.5%	24%	6%		24%	25%
Dificultat / Incapacitat per a reposar-se	23.4%					
Alimentació inadequada: Excés	23%					
Constipació		36%				
Dificultat / per realitzar l'higiene vestir-se i desvestir-se		16%		16%		50%
Dolor agut			33%	7.7%		
Ansietat moderada			27.2%			25%
Dificultat /Incapacitat per a alimentar-se				20%	61%	
Incontinència fecal i urinària				16%		
Dificultat /Incapacitat per a preservar la seva salut					24%	
Risc d'accidents						25%

DISCUSSIÓ

L'elaboració dels processos d' infermeria i la utilització dels diagnòstics infermers creà la necessitat d'estandarditzar les cures per processos assistències, per a la qual cosa es realitzà l'estudi en dues fases:

1a Fase: Estudi descriptiu, per conèixer la realitat.

2a Fase: Elaboració de l' estàndard.

En la primera fase s'han revisat 537 pacients i s'han detectat un total de 1.284 diagnòstics d'infermeria en les patologies: (PTG, TCE, AVC, EB, AR, GB.)

Per cada patologia s'han elaborat estàndards de plans de cures on es recull (Etiqueta diagnòstica, formulació diagnòstica, objectius, activitats) quedant en relevància els primers quatre primers diagnòstics.

Secció de Seqüeles Osteoarticulares i Unitat d'Espines Bífides

PTG:

Dificultat i incapacitat per moure's (incidència 98'5%)

Afecció de la integritat dels teguments (incidència 93'5%)

Incapacitat de reposar (incidència 23'4%)

Alimentació inadequada per excés (incidència 23%)

EB:

Restrenyiment (incidència 36%)

Dificultat / incapacitat per moure's (incidència 28%)

Afecció de la integritat dels teguments (incidència 24%)

Dificultat per realitzar la higiene, vestir-se/despullar-se (incidència 16%)

AR:

Dificultat i incapacitat per moure's (incidència 36%)

Dolor agut (incidència 33%)

Ansietat moderada (incidència 27'2%)

Afecció de la integritat dels teguments (incidència 6%)

Sección de Seqüeles Neurotraumatològiques.

TCE:

Dificultat i incapacitat per moure's (incidència 34%)

Dificultat i incapacitat per alimentar-se i hidratar-se (incidència 20%)

Dificultat i incapacitat per realitzar la higiene (incidència 16%)

Incontinència fecal i urinària (incidència 16%)

Dolor agut (incidència 7.7%)

AVC:

Dificultat i incapacitat per moure's (incidència 86%)

Dificultat i incapacitat per alimentar-se i hidratar-se (incidència 61%)

Dificultat per realitzar la higiene (incidència 52%)

Dificultat per preservar la seva salut (incidència 24%)

Afecció de la integritat dels teguments (incidència 24%)

GB:

Dificultat i incapacitat per moure's (incidència 50%)

Dificultat per realitzar la higiene, vestir-se i despullar-se (incidència 50%)

Afecció de la integritat dels teguments (incidència 25%)

Ansietat moderada (incidència 25%)

Risc d' accidents (incidència 25%)

Problemes d'infermeria que es fan més rellevants en les necessitats bàsiques:

Analitzant els resultats de forma global hem detectat que els problemes més rellevants són:

Moure's i mantenir una postura adequada, amb 426 (33%) diagnòstics detectats, amb una incidència major en el diagnòstic 4.2. " Dificultat i incapacitat per moure's" amb 389 diagnòstics.

Estar net, polit i protegir els teguments, amb 396 (30.8%) diagnòstics detectats, amb una incidència major en el diagnòstic 8.2. "Afecció de la integritat dels teguments" 349.

Menjar i beure , amb 138 (10.7%) diagnòstics detectats, amb una incidència major en el diagnòstic 2.2. "Alimentació inadequada per excés" 85 diagnòstics.

Dificultats d'eliminació, amb 99 (7.7%) diagnòstics detectats, amb una incidència major en el diagnòstic 3.1. "Restrenyiment" 57 diagnòstics.

En una segona fase, després de l' anàlisi dels resultats se seguí la següent metodologia per a l'elaboració de l'estàndard (annex 7-8):

- Revisió bibliogràfica
- Sessions de treball amb tot el personal de la Unitat per unificar criteris i aclarir dubtes:
 - Es consensuaren els processos susceptibles de ser estandarditzats.
 - Es revisaren els problemes i /o diagnòstics identificats de cadascuna de les patologies.
 - S'aclariren de conceptes i dubtes.

Elaboració del registre. Criteris:

- Definició del problema
- Identificació de la causa
- Definició de diagnòstic : etiqueta diagnòstica + etiologia + manifestacions, amb diferents opcions per establir-ne el criteri.
- Determinar objectius, amb diferents nivells de resolució de problemes.

II Simposium Internacional de Diagnósticos de Enfermería

III Congreso Regional de Castilla y León

AENTDE

- Definició i agrupació de les activitats segons els següents. Criteris:
Valoració. Suplència. Ajuda. Control. Educació

- Reunions conjuntes per consensuar els registres elaborats on es posen a discussió els estàndards y les modificacions.

Prova pilot de l'aplicació dels estàndards en la població de referència en un 10%.
(Actualment som en aquesta fase).

- Després caldrà;
- Posada en marxa de l'estandardització de cura en la Unitat.
- Validació de l'estàndard a través d'un estudi descriptiu.

CONCLUSIONS

L'estandardització de cures suposa:

- Identificar el rol autònom, definint quins son els problemes que les infermeres atenen, en un lloc específic, identificant quina es la demanda de les cures d'infermeria que es genera
- Clarificar la professionalització en l'àmbit assistencial
- Millorar la integració del professional no familiaritzat amb el tipus de pacient
- Determinar diferents nivells de resolució de problemes infermers, que vindran determinats per la complexitat dels pacients y el temps d'estada.
- Revisar les actuacions de la infermeria en el processos assistencials:
 - Incorporar noves activitats o desmarcar altres per aconseguir la resolució de problemes
 - Determinar l'utilització de recursos en grups de pacients homogenis
 - Evitar la duplicitat d'accions innecessàries
- Aminorar el temps d'infermeria en la planificació diària de les cures i prioritzar-ne l'acció
- Facilitar l'avaluació de les cures d'infermeria
- Determinar els processos comuns, marcant al mateix tems l'especificat de les cures del pacient
- Recolzar la metodologia científica en els processos d'atenció.
 - Unificar criteris d'actuació d'infermeria
 - Aportar un llenguatge comú.
- Afavorir la revisió periòdica dels estàndards
- En resum, millorar la qualitat, el cost i l'eficàcia.

BIBLIOGRAFIA

1.- DEE ANN GILLIES; Gestión de enfermería, Barcelona, Ediciones científicas y técnicas - Masson y Salvat. 1994

RIOPELLE, L. et. al: Un proceso centrado en las necesidades de la persona. Madrid., Interamericana - McGraw - Hill. 1993.

2.-LUIS M.T.: Diagnosticos Enfermeros un instrumento para la practica asistencial. Madrid, Mosby Doyma. 1996

3.- WESLEY R.L.; Teorias y modelos de enfermería. Mejico Interamericana - McGraw - Hill , 1997.

4.-WESORICK BONIEE.; Standares de calidad para cuidados de enfermeria, Barcelona - Mosby Doyma. 1993

5.-RIOPELLE , L. et. al.: Aplicación del proceso de enseñanza - aprendizaje. Madrid.: Interamericana - McGraw - Hill , 1993.

6.-CHALIFOUR L. et. al: La relación de ayuda en los cuidados de enfermería. Barcelona. J. Sg. Editores., 1994.

7.- KOZIER, L. et. al: Conceptos y temas de la practica de la enfermeria. México. Interamericana - McGraw - Hill. 1995.

8.-GUINEA ECUATORIAL: Proceso de duelo ayuda y aprendizaje de la familia y el paciente. Barcelona: 1997.

9.- FERNANDEZ CARMEN I NOVELL GLORIA; Proceso de Atención de Enfermería Barcelona - Masson y Salvat. 1993

10.-ROL 1994, 191- 192; 33,40 "Donde comienza la calidad científica" Serrano R., Saracibar I.

11.-ROL 1995, 198; 29,36 "Desde un sistema de enfermeria" Serrano R.

ANNEXOS

ANNEX 6

PROBLEMES D'INFERMERIA A PARTIR DEL MODEL DE V.HENDERSON

1.Necessitat de respirar

- 1.1 Dificultat per mantenir les vies respiratòries permeables
- 1.2 Dificultat per respirar

2.Necessitat de menjar i beure

- 2.1 Alimentació inadequada Déficit.
- 2.2 Alimentació Excés.
- 2.3 Dificultat per seguir el seu règim,
- 2.4 Dificultat per alimentar-se i per hidratar-se.
- 2.5 Hidratació excessiva en quantitat i qualitat.
- 2.6 Hidratació inadequada: Déficit
- 2.7 Nausees i vòmits.
- 2.8 Rebuig a seguir el seu règim.

3. Eliminar

- 3.1 Constipació.
- 3.2 Deshidratació.
- 3.3 Diarrea.
- 3.4 Incontinència fecal i urinària.
- 3.5 Incontinència urinària.
- 3.6 Retenció urinària

4.Necessitat de moure's i mantenir adequada

- 4.1 Circulació inadequada.
- 4.2 Dificultat i incapacitat per moure's
- 4.3 Edema dels membres.
- 4.4 Rebuig a fer activitats físiques

5. Necessitat de dormir i reposar

- 5.1 Dificultat incapacitat per a reposar,
- 5.2 Esgotament

6 . Necessitat de vestir-se i desvestir

- 6.1 Desinterès per la seva vestimenta.
- 6.2 Dificultat vestir-se i desvestir-se,

7.Necessitat de mantenir la temperatura del cos dins dels límits normals

- 7.1 Hipertermia.
- 7.2 Hipotermia.

8 Necessitat d'està net i polit i de protegir els seus teguments

- 8.1 Alteració de la mucosa bucal.
- 8.2 Afectació cel·lo integritat dels teguments,
- 8.3 Desinterès pel les normes d'higiene.
- 8.4 Dificultat / incapacitat per netejar-se.
- 8.5 Rebuig a fer-se les cures d'higiene.

9Necessitat d'evitar els perills

- 9.1 Ansietat moderada,
- 9.2 Ansietat severa / extrema.
- 9.3 Dol.
- 9.4 Dificultat / incapacitat per preservar la seva salut.
- 9.5 Dolor agut,
- 9.6 Dolor crònic,
- 9.7 Estat depressiu,
- 9.8 Pertorbació de l'autoestima
- 9.9 Pertorbació de l'autoimatge.
- 9.10 Por.
- 9.11 Rebuig a conformar-se amb el tractaments.
- 9.12 Risc d'accident.
- 9.13 Ric de violència envers als altres.
- 9.14 Ric de violència envers ell mateix.

10.Comunicar-se amb el seu entorn

- 10.1 Agressivitat,
- 10.2 Afectació a la integritat de la funció i dels rols sexuals,
- 10.3 Comunicació ineficaç en l'àmbit afectiu.
- 10.4 Comunicació ineficaç en l'àmbit intel·lectual.
- 10.5 Comunicació ineficaç en l'àmbit sensor i motor.
- 10.6 Confús.
- 10.7 Aïllament social,
- 10.8 Pertorbació de la comunicació familiar.

11.Actuar segons les seves creences i els seus valors

- 11.1 Dificultat per actuar segons les seves creences i els seus valors.
- 11.2 Inquietud relacionada amb la significació de la seva existència,
- 11.3 Sentiment de culpabilitat.

12. Ocupor-se de la seva pròpia realització

- 12.1 Dificultat per assumir el seu rol.
- 12.2 Dificultat per realitzar-se.
- 12.3 Sentiment d'impotència.

13. Esborgir-se

- 13.1 Desinterès pel fer activitats d'esbarjo.
- 13.2 Dificultat / incapacitat per fer activitats d'esbarjo,
- 13.3 Rebuig a fer activitats d'esbarjo.

14. Aprendre

- 14.1 Dificultat pel aprendre.
- 14.2 Manca de coneixements.
- 14.3 Rebuig a aprendre.



Activitats:

- Identificar el grau de dependència en les AVD cada
- Donar l'alimentació en boca.
- Instar el pacient que es posi els aliments a la boca, que utilitzi els coberts, que realitzi la higiene, que es vesteixi i que es pentini.
- Posar els aliments i objectes que utilitza el pacient en el seu camp visual.
- Ajudar el pacient a tallar els aliments.
- Realitzar la higiene diàriament i quan ho necessiti.
- Proporcionar al malalt els estris per a la realització de la higiene.
- Vestir i desvestir el pacient.
- Proporcionar al malalt la roba personal i ajudar-lo a vestir-se i a despullar-se.
- Mantenir un ordre a l'hora d'ajudar el pacient a vestir-se i a despullar-se per tal de disminuir la confusió.
- Fomentar l'atenció i l'ajuda al pacient mentre se'l vesteix o mentre menja.
- Suplir totalment les transferències.
- Ensenyar al pacient l'existència i l'ús dels aparells d'adaptació (cadira de rodes, caminadors, crosses).
- Ensenyar al pacient com ha de col·locar-se a l'hora de realitzar les transferències.
- Col·locar fèrules i aparells ortopèdics.
- Ajudar en les transferències.
- Controlar que acudeixi a fisioteràpia i teràpia ocupacional cada dia.
- Potenciar la realització dels exercicis i activitats que practiquen a fisioteràpia i teràpia ocupacional.
- Mantenir una posició funcional, el cos ben alineat i les extremitats ben recolzades (prevenció de deformitats).
- Control de coixins sota l'extremitat afectada per afavorir l'extensió de l'articulació.
- Donar instruccions simples i clares.
- Animar i fomentar la independència, perquè el pacient faci sol tot el que pugui.
- Controlar senyals de fatiga.
- Fomentar l'autoestima del pacient i felicitar-lo pels avenços aconseguits.



Activitats:

Identificar les persones de suport dins de la unitat familiar.

Determinar el nivell de coneixements. AUTORES:

Iris Marín Romero, infermera d'hospitalització

Elsa Fuchs Fàbregas, supervisora d'hospitalització

M^a Antònia Pajín Santos, supervisora de suport

Enriqueta Soriano Marín, adjunta d'hospitalització

Mariona Escolano Gibert, supervisora de docència

*Hospital de Taumatologia i Rehabilitació Vall d'Hebron 489 35 38
Barcelona*

Determinar la capacitat de la família per aprendre.

Estar alerta davant dels signes de poca col·laboració familiar.

Identificar els factors de motivació.

Proporcionar la informació rellevant de la situació.

Establir les prioritats d'educació.

Identificar els continguts de l'aprenentatge.

Establir objectius en termes d'aprenentatge.

Identificar resultats.

Facilitar l'aprenentatge.

Proporcionar informació escrita o guia com a referència.

Proporcionar un rol actiu.

Proporcionar retroalimentació.

Tenir en compte l'educació informal.

Controlar periòdicament el seguiment de l'aprenentatge.

ANOTACIONS.....
.....
.....
.....

TÍTULO: “Diagnósticos de Enfermería más frecuentes en niños hospitalizados en una unidad de traumatología”.

AUTORES: Pérez, P. / Fernández, M. / Ramió, A. / Santaliesra, T. / Agustín, C. / Tordera, J. / Ojeda, F. / Gil, L.

CENTRO DE TRABAJO: E.U.I. Sant Joan de Déu.

Hospital Materno Infantil Sant Joan de Déu.

1. INTRODUCCIÓN

En coherencia con una de las líneas de investigación de la AENTDE, que indica se describan los diagnósticos de Enfermería más útiles en nuestra cultura, hemos realizado el presente trabajo de investigación con el objetivo de describir los DdE más frecuentes en una unidad de traumatología infantil. A partir de los resultados obtenidos y mediante estudios posteriores, se podrán estandarizar planes de cuidados. La dirección del proyecto la llevó a cabo : Paqui Pérez Robles. EUE San Juan de Dios de Barcelona.

Hemos realizado el estudio en el Hospital de San Juan de Dios de Barcelona. Se trata de un hospital Materno-infanto-juvenil con 370 camas de atención a enfermos agudos. Integrado en la XHUP (red de hospitales de utilización pública); es un Hospital Universitario (UB). Es una organización basada en el respeto a la persona, en la competencia profesional y en la asistencia integral.

El hospital SJD se inspira en los principios ideológicos de la Orden Hospitalaria De San Juan de Dios. Resaltamos entre otros :

- “El enfermo o acogido es el centro de nuestra institución”.
- “Compaginamos los avances técnicos con la humanización”.

La filosofía asistencial se basa en la concepción de la persona como un todo integrado que vive en continua interacción con el medio que lo rodea. El objetivo principal de los profesionales de enfermería de nuestro centro está centrado en proporcionar al enfermo y sus familias los cuidados necesarios para conseguir una rápida reintegración a su entorno habitual o integrarlo al máximo al hospital si sus condiciones de salud así lo exigen.

El modelo conceptual de V. Henderson responde de forma satisfactoria a la filosofía asistencial del hospital, así como a los principios ideológicos de la Orden Hospitalaria de San Juan de Dios; esto justifica la adopción del modelo como vehículo para ofrecer cuidados.

El problema se nos planteó al observar que parte de las actividades autónomas no quedaban suficientemente reflejadas en el dossier del cliente.

Esto generó dos preguntas a la investigación:

¿Las enfermeras administran cuidados autónomos a sus pacientes? En caso afirmativo ¿cuál es su naturaleza?.

Nos planteamos realizar un estudio para describir la naturaleza de los cuidados autónomos y averiguar los problemas de salud que estos trataban de prevenir resolver o reducir. Para nombrar estos problemas de salud utilizamos un vocabulario común contenido en la Taxonomía Diagnóstica de la NANDA.

El marco teórico que orienta el enfoque y posterior discusión del estudio que presentamos lo constituye el modelo conceptual de la Dra. Virginia Henderson y la Taxonomía Diagnóstica de la NANDA.

El estudio se inició en Junio de 1997 y finalizó en Mayo de 1998.

Pretendemos con este estudio contribuir a la mejora de la práctica asistencial enfermera al favorecer la integración de la teoría, y la consolidación de los fundamentos teóricos de nuestra disciplina a través de la investigación .

Los objetivos específicos del estudio han sido:

- Averiguar si las enfermeras registran los cuidados autónomos que ofrecen a sus clientes
- Describir la naturaleza de estos cuidados
- Describir los principales problemas que las enfermeras tratan desde su competencia autónoma
- Describir las principales causas que provocan la aparición de los problemas de salud
- Reenunciar los problemas haciendo uso de un vocabulario común contenido en la taxonomía diagnóstica de la NANDA.

2. METODOLOGÍA

El método seguido en el estudio consta de tres etapas.

- 2.1 ETAPA DESCRIPTIVA
- 2.2 ETAPA INDUCTIVA.
- 2.3 ETAPA ANÁLITICA.

3. DESARROLLO DEL MÉTODO

▪ 2.1 ETAPA DESCRIPTIVA

Consiste en un estudio observacional descriptivo de corte transversal.

2.1.1 Identificación y descripción de las actividades autónomas e interdependientes.

La población estudiada fueron los profesionales de enfermería representantes de todos los turnos de trabajo de la planta 10 del HSJD de Barcelona de la especialidad de traumatología infantil. Este estudio comprendía el análisis de 120 casos seleccionados de manera aleatoria con carácter prospectivo y 200 casos consecutivos con carácter retrospectivo a través de la revisión de historias clínicas. Las variables se seleccionaron de acuerdo con el modelo conceptual de V. Henderson y se estructuraron en dos grandes bloques: actividades autónomas y actividades interdependientes

Se utilizaron las siguientes técnicas:

Técnicas de archivo y análisis de documentos
Técnicas de observación y registro de datos
Encuestas

El periodo de recogida de datos abarcó de junio de 1997 a mayo de 1998

Los datos de los pacientes se han obtenido mediante un seguimiento diario de los niños hospitalizados en traumatología. Los pacientes han sido observados con el fin de describir las actividades autónomas que les realizaban las enfermeras responsables. La recogida de datos se hizo a partir de una parrilla de observación en la que constaban los datos de filiación e ingreso y 130 ítems de actividades de cuidado ubicados en las 14 necesidades fundamentales que propone la Dra. V. Henderson.

Las parrillas de observación y registro de datos fueron validadas mediante un estudio piloto con 10 pacientes y 8 enfermeras de la planta donde se realizó el estudio.

La revisión de las 200 historias consistió en la observación de la documentación enfermera para describir y registrar en otra parrilla de observación la naturaleza de las actividades autónomas en caso de que estas fueran registradas en los dossiers de cuidados. Esta revisión se hizo con el fin de describir si las enfermeras registran las actividades autónomas, para ello consideramos que la revisión de historias debería de hacerse antes de iniciar la observación prospectiva de casos para evitar así un sesgo en la información debido a la presencia del investigador.

Para el análisis de datos se utilizaron técnicas descriptivas mediante la aplicación de programa estadístico SPSS.

▪ 2.2 ETAPA INDUCTIVA.

Consistió en la inducción de los diagnósticos de enfermería a partir del análisis cuantitativo y cualitativo de las actividades de cada caso recogido.

A continuación describimos las grandes líneas de ambos análisis:

Análisis cuantitativo:

Consistió en hacer un recuento de las diferentes actividades autónomas por necesidades teniendo en cuenta el diagnóstico médico, la edad y el sexo (se cuantificó la variabilidad, es decir, el número de actividades diferentes en cada necesidad).

El recuento se registró en una matriz de datos creada para ello. Una vez finalizado el recuento se procedió al tratamiento estadístico de los datos.

Análisis cualitativo:

Se realizó de la siguiente forma a partir del estudio de datos recogidos en cada caso:

Descripción de las actividades que se han realizado secuencialmente según el orden de aparición en la escala de observación. Ubicación de las actividades en la necesidad fundamental correspondiente.

Descripción de los modos de suplencia utilizados en cada actividad y evolución del mismo, con el objetivo de analizar si los modos van cambiando por otros más próximos a la independencia.

Descripción de los DdE que las enfermeras de cada unidad proponen.

Descripción de las causas identificables en las escalas de observación que motivan la aparición del problema.

Descripción y orden de las necesidades con mayor actividad. Porcentajes. Este porcentaje se hace sumando el número de veces que se ha realizado cada actividad por cada una de las actividades. Tiene el objetivo de describir la necesidad más potente, a la que dedican más tiempo las enfermeras.

Identificación de las hipótesis diagnósticas. Revisión de los diagnósticos más frecuentes y pertinentes, según el caso, ubicados en esa necesidad.

Aproximación de los DdE contrastando su pertinencia, basándose en el estudio de sus definiciones y de sus características definitorias.

Descripción de las causas más frecuentes que atribuyen las enfermeras.

Aproximación de las causas a través del análisis de las actividades realizadas.

Aproximación diagnóstica. con o sin causa.

Validación de la aproximación diagnóstica con las actividades globales del caso.

Se intenta globalizar, comprobar y verificar si el caso estaría tratado de forma completa con el DdE propuesto.

Otras propuestas diagnósticas que no constan en las escalas de observación y se consideran de alta probabilidad que puedan aparecer.

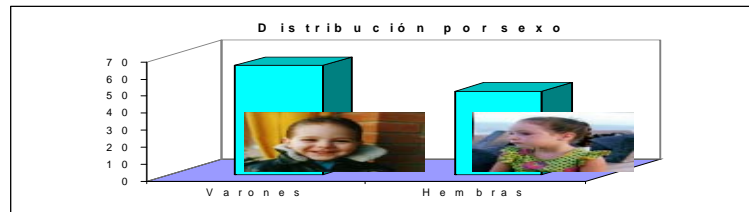
▪ 2.3 ETAPA ANÁLITICA

La contrastación empírica de los DdE descritos será objeto de una próxima investigación que concluirá el presente estudio.

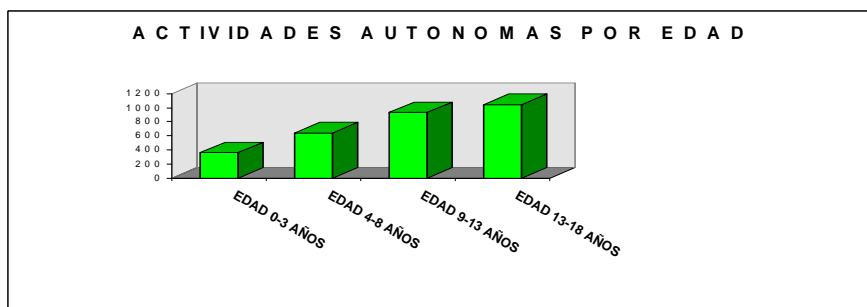
4. CONSIDERACIONES FINALES

4.1 De los resultados

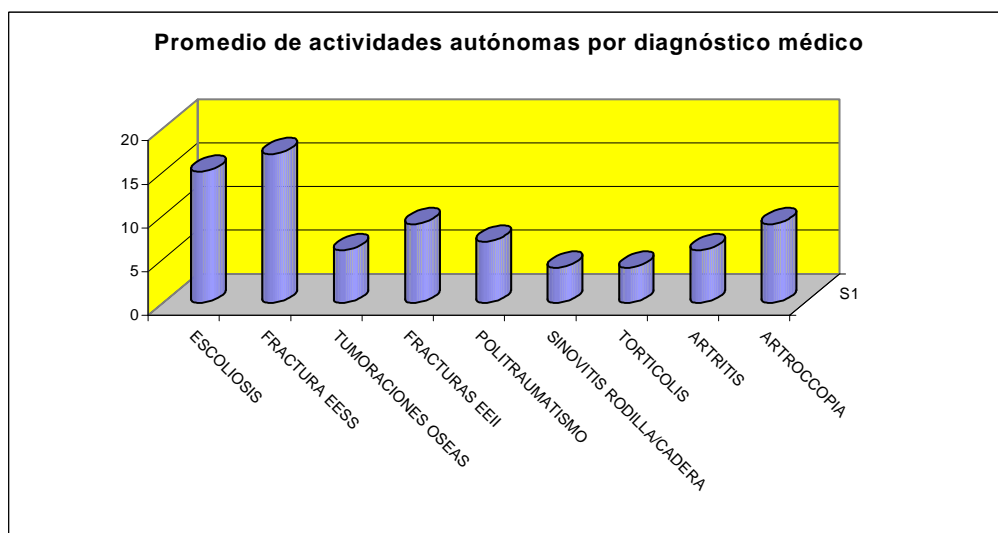
- De la revisión de 200 historias constatamos que en 95% de los casos estudiados se registraban, de forma incompleta, la valoración del cliente mientras que las actividades autónomas realizadas tenían una escasa presencia en el dossier de cuidados. No podemos aportar datos definitivos ya que actualmente está pendiente de una nueva explotación estadística.
- De los 113 casos válidos 64 (56,6%) fueron varones y 49 (43,4%) hembras.



- En cuanto al promedio de actividades autónomas por edad se observó una media de 1045 actividades en el grupo de edad 14-18 años, mientras que el grupo de edad de 0-3 años obtuvo una media de 365 actividades.

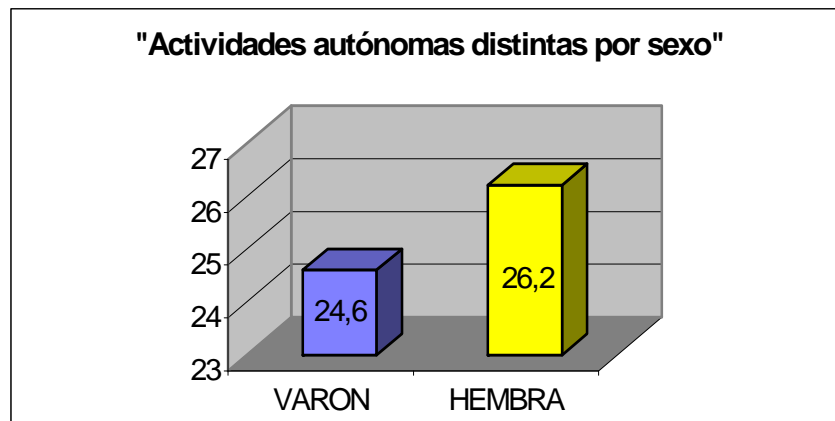


- En cuanto al promedio de actividades autónomas según los diagnósticos médicos más frecuentes se observó que exigían más actividades autónomas de la enfermera aquellos niños que padecían problemas de salud con exigencia de inmovilidad prescrita. En niños politraumatizados se realizaron

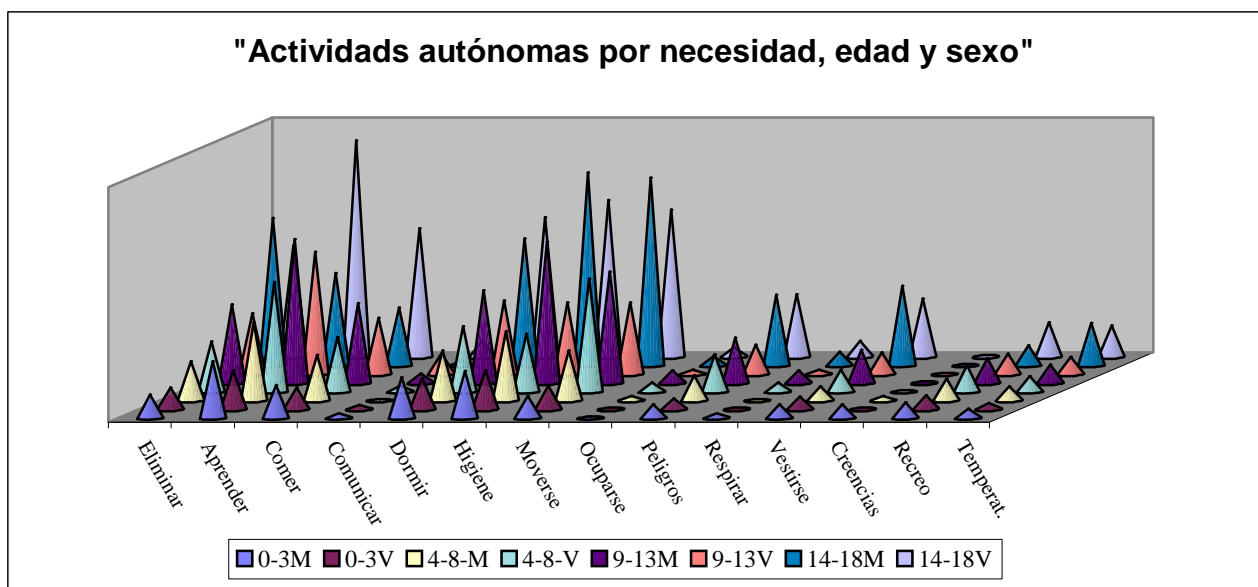


una media de 1098,8 actividades autónomas, mientras que en los pacientes aquejados de sindactilias solo se efectuaron una media de 48 actividades autónomas.

- El promedio de actividades por sexo observamos una cifra ligeramente mayor en niñas que en niños. Las niñas necesitaron una media de actividades autónomas enfermeras distintas de un 26,2 frente a un 24,6 de los niños.



- El promedio de actividades autónomas según necesidad, edad y sexo observamos que la necesidad de aprender en niños en el grupo de edad 14-18 años se invirtieron una media de 138 actividades autónomas distintas, mientras que en las niñas del mismo grupo de edad fueron de 59.

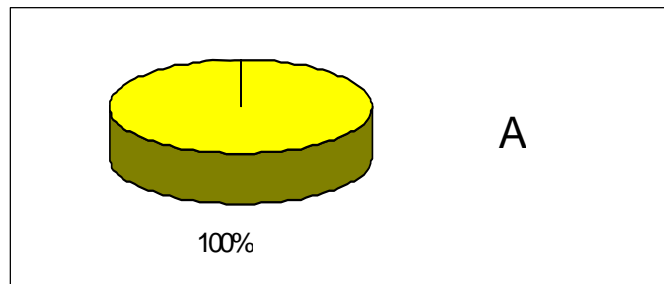


- En la necesidad de higiene en niñas del grupo de edad 14-18 años obtuvieron una media de actividades autónomas de 123, mientras que en niños de la misma edad fueron de 120.

- La necesidad de moverse en niñas del grupo de edad 14-18 años tuvo una media de 120 actividades autónomas mientras que en niños del mismo grupo de edad la media fue de 94.
- En cuanto a los DdE relacionados a los 9 diagnósticos médicos más frecuentes, obtuvimos los siguientes resultados:

1) DdE identificados en los 17 casos de pacientes con DM Fracturas en extremidades superiores:

En los 17 casos se identificaron los mismos DdE: Riesgo de déficit de actividades recreativas y Riesgo de manejo ineficaz del régimen terapéutico (A).

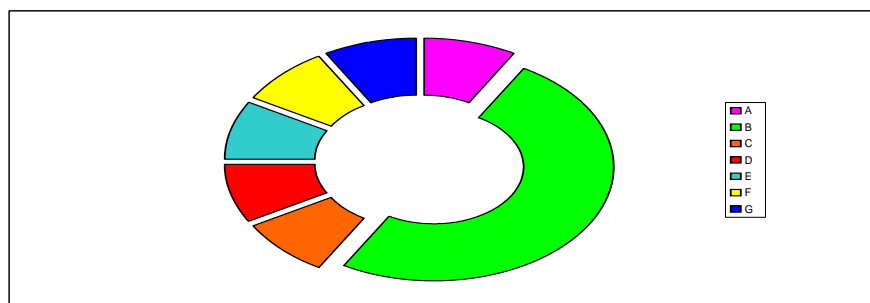


2) DdE identificados en los 15 casos de pacientes con DM Escoliosis:

En el 60% de los casos se identificaron: Riesgo de déficit de actividades recreativas, Riesgo de Síndrome de desuso, Déficit del autocuidado vestido / acicalamiento y Déficit del autocuidado baño / higiene (B).

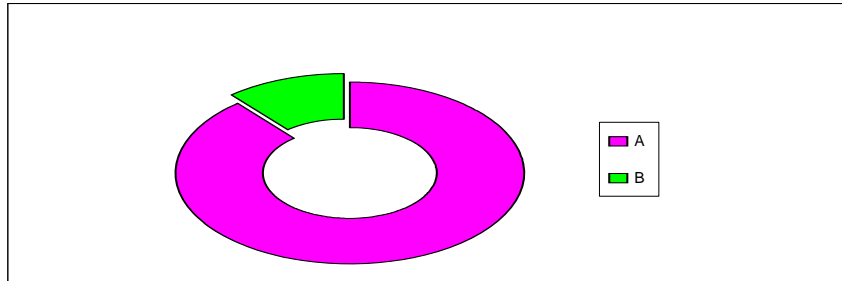
En los casos restantes se identificaron por cada caso los siguientes DdE:

- 6,6%: Riesgo de déficit de actividades recreativas y Riesgo de Síndrome de desuso (A).
- 6,6%: Riesgo de déficit de actividades recreativas, Déficit de autocuidado vestido / acicalamiento, Déficit del autocuidado baños/higiene y Deterioro de la comunicación verbal (C).
- 6,6%: Riesgo de déficit de actividades recreativas, Riesgo de Síndrome de desuso, Déficit del autocuidado vestido/acicalamiento, Déficit del autocuidado baños/higiene y Deterioro de la comunicación verbal (D).
- 6,6%: Riesgo de déficit de actividades recreativas, Riesgo de Síndrome de desuso, Déficit del autocuidado vestido/acicalamiento, Déficit del autocuidado baños/higiene y Alteración de la nutrición por exceso (E).
- 6,6%: Riesgo de déficit de actividades recreativas, Riesgo de Manejo ineficaz del régimen terapéutico, Riesgo de Síndrome de desuso, Déficit del autocuidado vestido/acicalamiento y Déficit del autocuidado baños/higiene (F).
- 6,6%: Riesgo de déficit de actividades recreativas, Riesgo de Manejo ineficaz del régimen terapéutico, Riesgo de Síndrome de desuso (G).



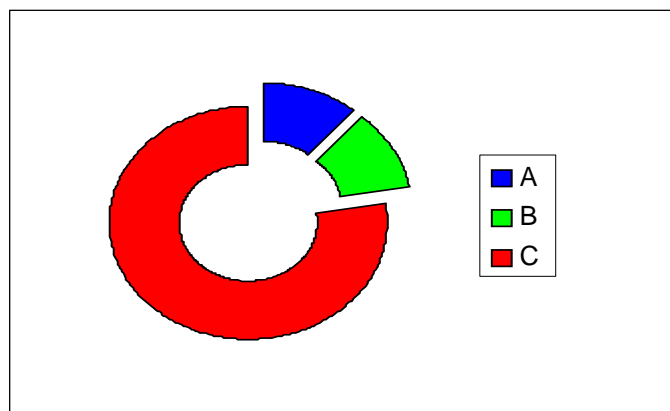
3) DdE identificados en los 9 casos de pacientes con DM Fracturas en extremidades inferiores:

- El 88,8% de los casos identificamos: Riesgo de déficit de actividades recreativas y Riesgo de manejo ineficaz del régimen terapéutico (A).
- El 11,11% restante: Riesgo de déficit de actividades recreativas y Riesgo de Síndrome de desuso (B).



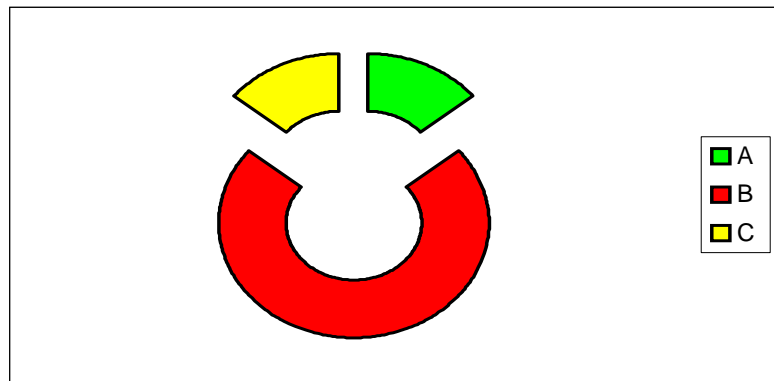
4) DdE identificados en los 9 casos de pacientes con DM Artroscopia:

- El 77,7%: Riesgo de déficit de actividades recreativas, Riesgo de estreñimiento y Deterioro de la movilidad física (C).
- El 11,11%: Riesgo de déficit de actividades recreativas y Riesgo de manejo ineficaz del régimen terapéutico (A).
- El 11,11%: Riesgo de déficit de actividades recreativas, Deterioro de la movilidad física y Alteración de la nutrición por exceso (B).



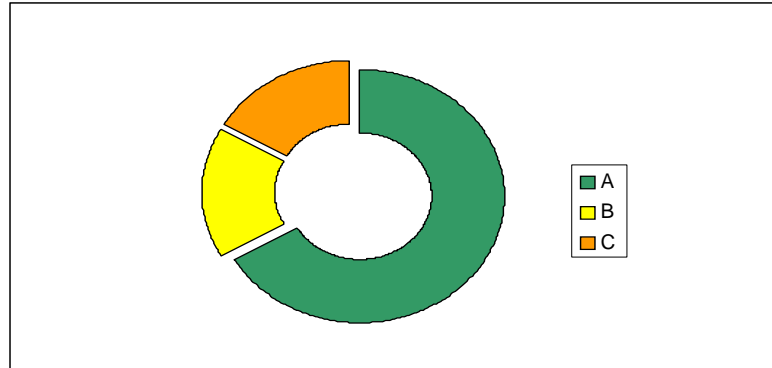
5) DdE identificados en los 7 casos de pacientes con DM de Politraumatismo:

- El 71,42%: Riesgo de déficit de actividades recreativas y Riesgo de Síndrome de desuso (B).
- El 14,28%: Riesgo de déficit de actividades recreativas y Riesgo de manejo ineficaz del régimen terapéutico (A).
- El 14,28%: Riesgo de déficit de actividades recreativas, Riesgo de manejo ineficaz del régimen terapéutico, Riesgo de Síndrome de desuso, Déficit de autocuidado: vestido/acicalamiento y Déficit de autocuidado: baños/higiene (C).



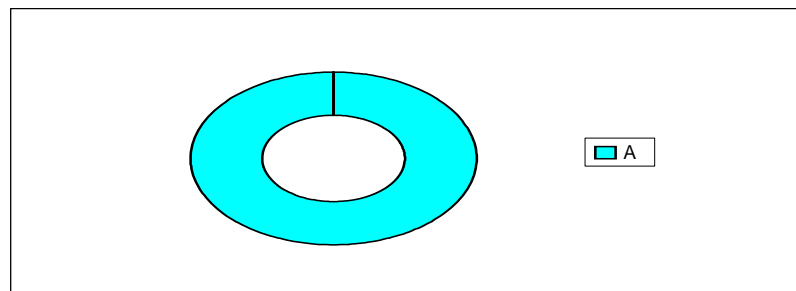
6) DdE identificados en los 6 casos de pacientes con DM Artritis:

- El 66,66%: Riesgo de déficit de actividades recreativas y Riesgo de Síndrome de desuso.
- El 16,66%: Riesgo de déficit de actividades recreativas, Riesgo de Síndrome de desuso, Déficit de autocuidado vestido/acicalamiento y Déficit de autocuidado: baños/higiene.
- El 16,66%: Riesgo de déficit de actividades recreativas, Riesgo de Síndrome de desuso, Déficit de autocuidado vestido/acicalamiento y Déficit de autocuidado: baños/higiene, Riesgo de manejo ineficaz del régimen terapéutico y Riesgo de Hipertermia.



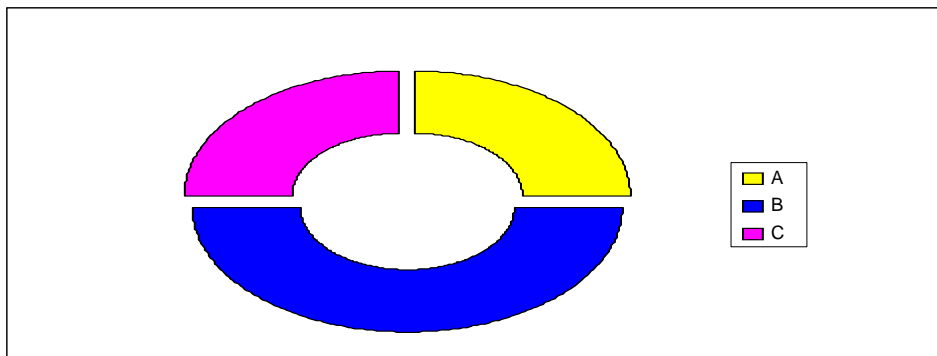
7) DdE identificados en los 6 casos de pacientes con DM Tumores óseos:

- En los 6 casos se identificaron los mismos DdE: Riesgo de déficit de actividades recreativas y Riesgo de manejo ineficaz del régimen terapéutico.



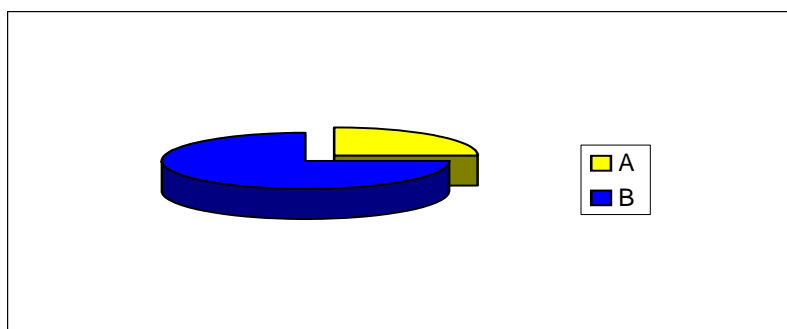
8) DdE identificados en los 4 casos de pacientes con DM Sinovitis de cadera / rodilla:

- El 50%: Riesgo de déficit de actividades recreativas, Riesgo de Síndrome de desuso, Déficit de autocuidado: vestido / acicalamiento y Déficit de autocuidado: baños / higiene (B).
- El 25%: Riesgo de déficit de actividades recreativas y Riesgo de Síndrome de desuso (A).
- El 25%: Riesgo de déficit de actividades recreativas y Deterioro de la movilidad física (C).



9) DdE identificados en los 4 casos de pacientes con DM Tortícolis:

- El 75%: Riesgo de déficit de actividades recreativas, Riesgo de Síndrome de desuso, Déficit de autocuidado: vestido / acicalamiento y Déficit de autocuidado: baños / higiene.
- El 25%: Riesgo de déficit de actividades recreativas y Riesgo de Síndrome de desuso.



4.2 De las limitaciones del estudio

En cuanto al estudio cuantitativo:

- Fase retrospectiva, podemos identificar un sesgo de selección de casos.

En cuanto al estudio cualitativo:

- Se trata de una muestra concreta en una unidad de hospitalización infantil de traumatología ¿ qué DdE tendrían estos mismos niños en la unidad de cuidados intensivos?.
- Otra de las limitaciones que puede presentar nuestro estudio ha sido, a pesar de la formación previa, los diferentes niveles de formación y motivación de las enfermeras del estudio. Esta cuestión determinó que algunos de los casos parecieran diferentes según la enfermera que cumplimentaba la parrilla de observación. Debido a estos errores se han tenido que desechar 9 casos.
- Sesgo interpretativo.

4.3 De su utilidad y relevancia

Creemos que los resultados de nuestro estudio son de gran utilidad ya que permitirá estandarizar planes de cuidados con base al modelo de V. Henderson y utilizar la taxonomía diagnóstica de la NANDA.

También resolverá el problema de las deficiencias en cuanto al registro de las actividades autónomas ya que ante la evidencia de un problema de salud del cliente que es competencia autónoma de la enfermera esta ha de dejar constancia escrita de su actuación para prevenirlo, resolverlo o reducirlo. En definitiva si se identifica el problema se ha de identificar las estrategias de resolución.

Su utilidad también viene dada en cuanto a la unificación de criterios y lenguaje enfermero que supone trabajar con estándares de cuidados.

Creemos que también es relevante en el ámbito de gestión ya que se podrá averiguar el coste del producto enfermero.

4.4 De las recomendaciones y propuestas

- * Hemos comprobado y en nuestro estudio las desventajas que supone el hecho de no registrar de forma completa los cuidados de enfermería en la historia permanente del paciente . Si los cuidados hubieran sido registrados en su totalidad, los objetivos del estudio se hubieran alcanzado con la revisión de las 200 historias. Realmente si queremos investigar en Enfermería debemos anotar todas nuestras actuaciones profesionales.
- * Consideramos que una estrategia para reforzar la identidad profesional y aumentar así la capacitación enfermera como profesional capaz de tomar decisiones altamente responsables es la identificación y consolidación de su marco teórico.
- * Disponer de un lenguaje profesional común, concretamente la taxonomía diagnóstica de la NANDA, nos ha facilitado el estudio y facilitará la práctica enfermera a partir de la aplicación de los resultados del estudio. Si embargo en relación a la identificación de las causas o factores relacionados de los

problemas surgidos en el estudio hemos tenido dificultades ya que cada enfermera hacía servir su lenguaje personal para describirlos, teniendo que establecer tipologías para unificar criterios. Los factores relacionados que nos propone la NANDA, en general son poco operativos en nuestra cultura ya que difícilmente se pueden dirigir las actuaciones autónomas a combatirlos, pues en su mayoría son de competencia médica

En cuanto a los resultados del estudio nos hemos formulado algunas preguntas que podrían ser hipótesis de estudios posteriores:

- * Referente al número de actividades por sexo observamos una cifra sensiblemente mayor en la necesidad de higiene que exigían las niñas que en los niños. Nos planteamos la siguiente cuestión : ¿la mujer tiende a tener una actitud de cuidado con su propio cuerpo superior a la que tiene el hombre? ¿ tendrá algo que ver este hecho con la mayor esperanza de vida de la mujer, aún en culturas donde están sometidas a los mismos estímulos y condiciones de vida que los hombres?

En la necesidad de moverse fueron los niños los que exigieron mayor cantidad de actividades autónomas respecto a las niñas ¿ estamos ante una satisfacción de necesidades basada en la segregación de roles por sexo?

En la necesidad de aprender los niños exigieron más actividades que las niñas, nos planteamos la siguiente pregunta ¿ los niños tienen menos conocimientos en cuidados de salud que las niñas?

En cuanto al promedio de actividades autónomas que necesitaron el grupo de adolescentes, superaron en gran medida al de otros grupos de menor edad, este fenómeno se debe a que los ingresos de estos jóvenes se producen por problemas de salud más agresivos, en su mayoría originados por accidentes de tráfico.

En cuanto a los diagnóstico de enfermería observados según las 8 patologías médicas más frecuentes, observamos:

- * Que el promedio de actividades autónomas según los diagnósticos médicos más frecuentes se observó que exigían más actividades autónomas de la enfermera aquellos niños que padecían problemas de salud con exigencia de inmovilidad prescrita.

BIBLIOGRAFÍA:

- * Adam, E. Hacia donde va la enfermería. Madrid: Interamericana ,1982.
- * Alfaro, R. Aplicación del proceso de enfermería: guía práctica. Barcelona: Doyma, 1992.
- * Kershaw, B. Modelos de enfermería. Barcelona : Doyma ,1988
- * Kozier. Enfermería fundamental. Madrid : Interamericana, 1993.2v
- * Henderson, V. La naturaleza de la enfermería. Madrid: Interamericana 1994.
- * Marriner, A. Modelos y teorías de enfermería. Barcelona: Ediciones Rol, 1989.
- * Phaneuf, M. El proceso de atención de enfermería. Madrid: Interamericana,1993.
- * Riopelle, L. et al. Cuidados de enfermería: aplicación del proceso enseñanza-aprendizaje. Madrid : Interamericana 1993.
- * Riopelle, L. Répertoire des diagnostics infirmières selon le modèle conceptuel de V. Henderson. Montréal:McGraw-Hill;1986.
- * Riopelle, L. et al. Cuidados de enfermería: un modelo centrado en las necesidades de la persona. Madrid: Interamericana,1993.
- * Kérovac, S.(et al), Pensamiento enfermero. Barcelona: Masson S.A, 1996.
- * Fernández Ferrin, C (et al), Enfermería fundamental. Barcelona : Masson S.A,1995(Master de Enfermería).
- * Adam, Evelyn. Être infirmiere: un modèle conceptuel. 3ªed. Québec: Editions Eludes Vivantes, 1991.
- * Bizier, Nicole. De la pensée au geste. 3ªde. Québec: Décaire Editeur inc,1993.
- * Pérez, F. y Ramió, A. Marco conceptual de enfermería ¿una novedad?. Labor Hospitalaria nº231, 1994,p.8-12.
- * Fernández, C.Gusiñe, F. Pardo, A. Sales, D. Modelos conceptuales de enfermería. Rol , nº78,1985,p.49-51.
- * Sastre, H. López,S.¿ Cuidados por actividades ? ¿Cuidados por pacientes ?. Rol nº141, 1990,p23-26.
- * Granadero, E. Arangüena, C. Sánchez, A.M. Programa Virginia: método para desarrollar un plan de cuidados informatizados, Enfermería Clínica,nº1 vol.6,E.F.1996,p29-35.
- * Riopelle, L, El dilema de los cuidados enfermeros: un modelo conceptual o el diagnóstico enfermero. Enfermería Clínica nº4 vol.3, 1993,p.7-8.
- * Riu, M.et al. Producto enfermero .Medida del tiempo por procesos. Rol diciembre 1996, nº220, p.23-27.

Agradecimientos:

A Marta Fernández y José Tordera por la explotación estadística de los datos, por la cantidad de horas de trabajo que invirtieron y el entusiasmo que demostraron.

A Rosa Mata directora de la EUE de San Juan de Dios por facilitarnos todos los recursos que han sido necesarios y por motivarnos y reforzarnos cada día para conseguir los objetivos.

A Jordi Cayetano, director de enfermería del Hospital de San Juan de Dios de Barcelona, por facilitarnos una unidad de enfermería donde poder realizar el estudio, implicar a todas las enfermeras en el estudio y aportar todos los recursos que se han necesitado para poderlo llevar a cabo.

A las secretarias de la escuela: Núria Mercadé, Judit Boluña y Lourdes Torres sin las cuales no habiéramos podido realizar el estudio ni presentar los resultados.

A José Manuel Lafuente y Elsa Castellà, ambos profesores de la EUI de Sant Joan de Déu, por su disponibilidad en todo momento.

**TÍTULO: “AVC, diagnósticos de enfermería y tiempo de cuidados”
(Resultados preliminares)**

**AUTORES: Sánchez, L. / Ferrús, L. / Pintado, D. / Honrado, G. / González, R. /
Caro, B. / Losilla, P.**

CENTRO DE TRABAJO: Consorcio del Hospital de la Cruz Roja (Barcelona).

INTRODUCCIÓN

El accidente vasculocerebral (AVC) es una enfermedad de los vasos sanguíneos del sistema nervioso que se caracteriza por su instalación brusca y espectacular. La deficiencia neurológica en un accidente cerebrovascular depende de la localización del infarto o la hemorragia en el cerebro y de las dimensiones de la lesión. La hemiplejía es el signo clásico de enfermedad vascular, pero un AVC origina varias manifestaciones más como obnubilación, déficit sensitivo, disfagia, ceguera, disartria, etc.

Por ello, en todos los pacientes que sufren un AVC, cabe esperar la existencia de debilidad o parálisis en el lado contrario a la lesión, pérdida de memoria, labilidad emocional, etc..

En este contexto, es evidente que los cuidados de enfermería, tanto en la fase aguda de la enfermedad como durante el proceso de rehabilitación, son esenciales y laboriosos. La persona afectada de AVC experimentará una limitación importante en su funcionalidad, en su capacidad de autocuidado y en la satisfacción de necesidades básicas. En conjunto, existirá una limitación importante para realizar las actividades de la vida diaria.

Diversos autores, consideran que durante las 72 horas siguientes a un AVC ya deben empezarse a considerar las necesidades del paciente a largo plazo. A medida que vaya estabilizándose, la provisión de cuidados agudos perderá relevancia ante la necesidad de ayudarlo a adaptarse a sus incapacidades.

El cuidado de una persona que ha sufrido un AVC es una situación compleja, donde los cuidados deben planificarse en vistas a una recuperación lenta y laboriosa. Hay que trabajar de forma rigurosa, basándose en un conocimiento preciso de la enfermedad, del ser humano, del contexto socio-familiar del usuario...

La planificación de los cuidados, ante la diversidad de respuestas humanas frente a una situación de enfermedad (diagnósticos enfermeros), resulta imprescindible para asegurar la calidad de los cuidados y la rigurosidad de un trabajo profesional bien realizado.

En el Consorci de l'Hospital de la Creu Roja (CHCR) y en la Ciutat Sanitària Universitària de Bellvitge(CSUB), se ha desarrollado un proyecto financiado por el FIS (97/0022) para estudiar la relación entre el sistema de clasificación por GRD y el nivel de cuidados enfermeros. En este proyecto, además del objetivo principal antes citado, se plantearon otros específicos. Uno de ellos, consistía en analizar cuales eran los diagnósticos enfermeros (DE) que se presentaban asociados a los diferentes GRD estudiados. Concretamente, en esta comunicación presentamos los resultados preliminares obtenidos en el GRD AVC (014) en el

Consorti de l'Hospital de la Creu Roja (CHCR). Analizamos los DE que con más frecuencia se presentaron asociados al GRD 014, así como al nivel de cuidados para cada grupo de cuidados (higiene, respiración, movilización...) en los diferentes DE que permanecían activos.

MATERIAL Y MÉTODO

Se ha utilizado la nomenclatura y los tiempos estándar del sistema PRN (Project Reserach Nursing) para determinar el nivel de cuidados enfermeros para cada usuario con AVC y la taxonomía NANDA (..) para formular los DE.

Durante 5 meses, enfermeras formadas en el uso del sistema PRN registraron las actividades de cuidados realizadas cada 24 h., durante todos los días de estancia de los pacientes que previsiblemente serían etiquetados con el GRD 014. Por otro lado, enfermeras formadas para la formulación de DE determinaban y registraban el día de aparición y de resolución de los DE a partir de las actividades que se habían realizado y de las observaciones anotadas por las enfermeras en el curso clínico.

Para el registro de los datos se disponía de un impreso que permitía recoger, para cada día de estancia, las actividades realizadas y los diagnósticos de enfermería que estaban activos.

Para el procesamiento de los datos se ha utilizado un programa informático que permite asociar a cada intervención de enfermería el estándar de tiempo asignado y el paquete estadístico SPSS para Windows.

RESULTADOS

Se han observado 62 procesos de AVC, que representan el 76,5% del total de los habidos durante el periodo de estudio. La media de edad fue de 74,5 \pm 9,3 años, con una estancia media de 18,3 \pm 15,3 días. Los DE que estos usuarios han presentado con más frecuencia han sido, de mayor a menor frecuencia de aparición:

Tabla 1: Frecuencia de los diagnósticos de enfermería más prevalentes en el GRD 014 (Accidente vascular cerebral)

CÓDIGO NANDA	ETIQUETA DIAGNÓSTICA	FRECUENCIA	%
D642	ALTERACIÓN EN EL MANTENIMIENTO DE LA SALUD	59,00	95,20
D652	DÉFICIT DE AUTOCUIDADO: BAÑO/HIGIENE	51,00	82,30
D6111	DETERIORO DE LA MOVILIDAD FÍSICA	46,00	74,20
D654	DÉFICIT DE AUTOCUIDADO: USO DEL WC	43,00	69,40
D1615	SÍNDROME DEL DESUSO	41,00	66,10
D2111	DETERIORO DE LA COMUNICACIÓN VERBAL	33,00	53,20
D651	DÉFICIT DE AUTOCUIDADO: ALIMENTACIÓN	29,00	46,80

Cada proceso de AVC presentó un promedio de $6,5 \pm 2,5$ DE .El promedio del total de cuidados por cada usuario fue de $229,9 \pm 117,6$ minutos.

En los diagnósticos analizados se puede apreciar un nivel de cuidados enfermeros total (tiempo/minuto) superior cuando éstos están activos, excepto en el diagnóstico *Alteración en el mantenimiento de la Salud (D642)*

Tabla 2: Minutos de cuidados directos e indirectos según estén o no activos los diferentes diagnósticos de enfermería para el GRD Accidente Vascular Cerebral (014)

DIAGNÓSTICOS	ACTIVO	NO ACTIVO
D642 - ALTERACIÓN EN EL MANTENIMIENTO DE LA SALUD	223,88	275,28
D652 - DÉFICIT DE AUTOCUIDADO: BAÑO/HIGIENE	253,25	114,37
D6111 - DETERIORO DE LA MOVILIDAD FÍSICA	236,36	209,57
D654 - DÉFICIT DE AUTOCUIDADO: USO DEL WC	251,51	188,53
D1615 - SÍNDROME DEL DESUSO	259,67	158,39
D2111 - DETERIORO DE LA COMUNICACIÓN VERBAL	250,75	209,06
D651 - DÉFICIT DE AUTOCUIDADO: ALIMENTACIÓN	269,09	194,64

También se observa en el diagnóstico *Alteración en el mantenimiento de la Salud (D642)* que para cada grupo de cuidados, el nivel de cuidados es superior cuando este DE no está activo, excepto en el grupo de cuidados relacionados con la COMUNICACIÓN (donde el nivel de cuidados es ligeramente superior cuando el DE sí esta activo).

En todos los DE que se han presentado asociados al GRD analizado, excepto en el diagnóstico *Alteración en el mantenimiento de la Salud (D642)*, hemos observado que el grupo de cuidados directamente relacionado con la etiqueta diagnóstica presenta un nivel de cuidados muy superior cuando el DE está activo frente a cuando no lo está.

También se observa que los componentes de cuidados directamente relacionado con la etiqueta diagnóstica presentan un nivel de cuidados muy superior cuando el DE está activo frente a cuando no lo está. Llama también la atención que en el diagnóstico *Deterioro de la comunicación verbal (D211)*, ésta diferencia es mínima. Es decir, tanto si el DE está activo como si no, el tiempo dedicado a las actividades de comunicación es similar.

Taula 3: Minutos de cuidados directos e indirectos para cada agrupación de cuidados, según esté o no activo el diagnóstico DÉFICIT DE AUTOCUIDADO: BAÑO/HIGIENE (D652) para el GRD Accidente Vascular Cerebral (014)

GRUPO DE CUIDADOS	D652 ACTIVO	D652 NO ACTIVO
HIGIENE	37,03	14,63
RESPIRACIÓN	8,20	7,53
MOVILIZACIÓN	49,60	9,28
ALIMENTACIÓN	55,60	11,30
ELIMINACIÓN	26,12	6,30
COMUNICACIÓN	17,08	18,55
DIAGNÓSTICO	20,74	21,33
TRATAMIENTO	38,88	25,45
TOTAL DE CUIDADOS	253,25	114,37

Taula 4: Minutos de cuidados directos e indirectos para cada agrupación de cuidados, según esté o no activo el diagnóstico DÉFICIT DE AUTOCUIDADO: ALIMENTACIÓN (D651) para el GRD Accidente Vascular Cerebral (014)

GRUPO DE CUIDADOS	D651 ACTIVO	D651 NO ACTIVO
HIGIENE	39,45	27,70
RESPIRACIÓN	9,61	6,71
MOVILIZACIÓN	53,94	32,81
ALIMENTACIÓN	65,14	32,85
ELIMINACIÓN	27,77	18,31
COMUNICACIÓN	17,08	17,56
DIAGNÓSTICO	19,96	21,63
TRATAMIENTO	36,14	37,07
TOTAL DE CUIDADOS	269,09	194,64

Taula 5: Minutos de cuidados directos e indirectos para cada agrupación de cuidados, según esté o no activo el diagnóstico DETERIORO DE LA COMUNICACIÓN VERBAL (D2111) para el GRD Accidente Vascular Cerebral (014)

GRUPO DE CUIDADOS	D2111 ACTIVO	D2111 NO ACTIVO
HIGIENE	37,13	29,39
RESPIRACIÓN	6,21	9,97
MOVILIZACIÓN	49,46	36,18
ALIMENTACIÓN	60,76	35,52

ELIMINACIÓN	27,09	18,49
COMUNICACIÓN	17,37	17,29
DIAGNÓSTICO	15,42	26,28
TRATAMIENTO	37,31	35,94
TOTAL DE CUIDADOS	250,75	209,06

Taula 6: Minutos de cuidados directos e indirectos para cada agrupación de cuidados, según esté o no activo el diagnóstico SÍNDROME DEL DESUSO (D1615) para el GRD Accidente Vascular Cerebral (014)

GRUPO DE CUIDADOS	D1615 ACTIVO	D1615 NO ACTIVO
HIGIENE	37,47	23,17
RESPIRACIÓN	9,51	4,66
MOVILIZACIÓN	51,65	21,60
ALIMENTACIÓN	59,23	21,54
ELIMINACIÓN	25,42	16,49
COMUNICACIÓN	17,03	18,06
DIAGNÓSTICO	20,49	21,66
TRATAMIENTO	38,87	31,21
TOTAL DE CUIDADOS	259,67	158,39

Taula 7: Minutos de cuidados directos e indirectos para cada agrupación de cuidados, según esté o no activo el diagnóstico DÉFICIT DE AUTOCUIDADO: USO DEL WC (D654) para el GRD Accidente Vascular Cerebral (014)

GRUPO DE CUIDADOS	D654 ACTIVO	D654 NO ACTIVO
HIGIENE	36,76	26,57
RESPIRACIÓN	7,83	8,59
MOVILIZACIÓN	49,11	30,77
ALIMENTACIÓN	53,93	37,10
ELIMINACIÓN	25,99	16,67
COMUNICACIÓN	17,45	17,10
DIAGNÓSTICO	21,42	19,71
TRATAMIENTO	39,02	32,02
TOTAL DE CUIDADOS	251,51	188,53

Taula 8: Minutos de cuidados directos e indirectos para cada agrupación de cuidados, según esté o no activo el diagnóstico DETERIORO DE LA MOVILIDAD FÍSICA (D6111) para el GRD Accidente Vascular Cerebral (014)

GRUPO DE CUIDADOS	D6111 ACTIVO	D6111 NO ACTIVO
HIGIENE	35,79	25,26
RESPIRACIÓN	5,88	15,14
MOVILIZACIÓN	47,68	27,40
ALIMENTACIÓN	51,33	38,12
ELIMINACIÓN	25,51	14,16
COMUNICACIÓN	17,21	17,72
DIAGNÓSTICO	17,65	30,96
TRATAMIENTO	35,31	40,81
TOTAL DE CUIDADOS	236,36	209,57

Por último cabe destacar un claro predominio de DE que hacen referencia a la dimensión física de la persona, frente a los psicológicos i/o sociales, prácticamente inexistente entre los más frecuentes.

DISCUSIÓN

De los resultados obtenidos y de todo lo comentado hasta el momento, cabe destacar como elemento de discusión i/o reflexión:

- Excepto en el diagnóstico *Alteración en el mantenimiento de la Salud (D642)*, el nivel de cuidados total es superior cuando los DE están activos. Este resultado nos hace pensar en una posible relación entre mayor o menor nivel de cuidados y la presencia o no de DE.
- A excepción del anteriormente citado, el nivel de cuidados(tiempo) del o de los componentes de cuidados directamente relacionados con la etiqueta diagnóstica es superior cuando el DE está activo. Por ello, parece que la presencia de una u otra etiqueta diagnóstica podría orientar sobre la necesidad de más tiempo de enfermería en un grupo de cuidados que en otro.
- En el diagnóstico *Deterioro de la Comunicación Verbal (D211)*, la diferencia del nivel de cuidados cuando el DE está activo o no , es muy insignificante. Es un hecho conocido que Enfermería no registra todas las actividades relacionadas con la comunicación, pero, estos resultados podrían inducir a pensar que, de manera rutinaria, se le dedica el mismo tiempo a todos los usuarios independientemente del problema de cada uno
- Se observa que el nivel de cuidados total es superior en el diagnóstico *Alteración en el mantenimiento de la Salud (D642)* cuando no está activo. Este resultado parece coherente si tenemos en cuenta que en estado crítico (mayor

nivel de cuidados total) no es el momento más apropiado de realizar actividades educativas encaminadas a la prevención y promoción de la salud,

Los resultados que hemos presentado en esta comunicación, pueden servir como punto de partida de futuros trabajos , como por ejemplo la elaboración de planes de cuidados estandarizados en base a los GRD. Pero también deberían hacernos reflexionar sobre la práctica enfermera actual y , sobretodo, permitir la aparición de nuevos interrogantes que guíen el desarrollo y la investigación en los cuidados enfermeros.

Los Diagnósticos de Enfermería desde la Atención Hospitalaria

- “Diagnóstico Enfermero y Planes de Cuidados en la práctica asistencial”. Rodríguez, M./ Durán, A. / Ecija, P. / Giró, D. / Minchola, S. / Vas, N. Duran y Reinalds, Clínica la Esperanza, Vall d’Hebron.
- “Los Diagnósticos de Enfermería en Atención Hospitalaria, situación actual en Murcia”. Almansa P. / García, I. / Marín Fca. / Hermoso S. EUE. Universidad de Murcia, DUE. Cartagena.
- “Los Diagnósticos de Enfermería como herramienta de gestión”. Pérez, Y. / Brea, P. Hospital Virgen de la Poveda. Servicio Regional de Salud. CAM.
- “Plan de cuidados de enfermería del paciente con EPOC ”. Roviralta M. / García, M.Á. Hospital Universitario "Germans Trias i Pujol". Badalona
- “Adaptación de los Diagnósticos de Enfermería elaborados en 1086 por la División de Salud Mental y Psiquiatría (dependiente de la ANA) a una sala de Psiquiatría de un Hospital General Universitario”. Cotanda, S. / Aguilera, A. / Heliodoro, F. Hospital General Universitario de Valencia.
- “Las competencias de enfermería se ven clarificadas con las etiquetas diagnósticas y su empleo permite identificar etiquetas no validas”. Oteiza, M. / Mendiluce, N. / Urdanoz, MJ. / Tanco, G. / Carrascal, EM. Clínica Universitaria de Navarra.

TÍTULO: “Diagnóstico Enfermero y Planes de Cuidados en la práctica asistencial”.

**AUTORES: Rodríguez, M./ Durán, A. / Ecija, P. / Giró, D. / Minchola, S. / Vas, N.
CENTRO DE TRABAJO: Duran y Reinalds, Clínica la Esperanza, Vall d’Hebron.**

INTRODUCCIÓN

Los tumores de testículo germinales constituyen el 1 - 1,5 % de las neoplasias masculinas. La edad media de los enfermos oscila entre los 15 y 35 años, configurando un grupo con unas características especiales en lo referente a los cuidados, dado el impacto del diagnóstico y la juventud de los pacientes.

La terapéutica base consiste en quimioterapia, ya que este tipo de neoformación es quimiocurable por excelencia. El hospital Durán y Reynals es centro de referencia en España, con alta prevalencia de este tipo de enfermedad.

Por todo ello decidimos elaborar un plan de cuidados estandarizados que nos permitiera ofertar y registrar la atención al paciente de forma integral. Reflejando, no sólo los problemas interdependientes, sino también los diagnósticos enfermeros.

OBJETIVOS

- Aumentar la garantía de continuidad en los cuidados de enfermería.
- Garantizar registros adecuados con un lenguaje propio y común.
- Unificar criterios para futuras investigaciones.

MÉTODO

Estudio retrospectivo descriptivo.

Muestra de 35 pacientes (total de enfermos diagnosticados de neoplasia testicular germinal atendidos durante los años 96-97).

Determinación de la tipología de las alteraciones de las necesidades comunes en todos ellos.

Formulación de los diagnósticos enfermeros comunes y planteamiento de objetivos asequibles y actividades de enfermería consensuadas que responden a la demanda del producto enfermero.

CONCLUSIONES

La estandarización de cuidados permite el desarrollo profesional. Ofrece una nueva dimensión a la enfermería por la utilización de un lenguaje propio y común que facilita la definición del producto enfermero y justifica nuestra actuación en la sociedad.

TÍTULO: “Los Diagnósticos de Enfermería en Atención Hospitalaria, situación actual en Murcia”.

AUTORES: Almansa P. / García, I. / Marín Fca. / Hermoso S.

CENTRO DE TRABAJO: EUE. Universidad de Murcia, DUE. Cartagena.

INTRODUCCIÓN

La premisa fundamental en la que se basa nuestro trabajo es la creencia en que los diagnósticos enfermeros son un instrumento imprescindible en el avance de Enfermería como ciencia y como profesión.

Son de sobra conocidos, por todos los que nos reunimos hoy aquí, los argumentos a favor de la necesidad de incorporar una taxonomía que proporcione un lenguaje profesional para identificar los problemas que las enfermeras tratan de forma independiente.

Para no resultar reiterativos o demasiado obvios, creemos innecesario justificar la utilidad de los diagnósticos enfermeros, en este foro. Partimos pues de la idea de que estaríamos de acuerdo en considerar que la puesta en práctica y la validación de los DdE constituye una prioridad dentro de la investigación enfermera.

Afortunadamente, como afirma la profesora Luis Rodrigo¹, los diagnósticos “han dejado de ser una opción conceptual o un “*lujo*” que sólo pueden permitirse algunos, para convertirse en una necesidad ineludible”

A pesar de todo, la tozuda realidad, vuelve a poner de manifiesto que estamos hablando de una concepción diferente de la profesión que sigue siendo una utopía en numerosos ámbitos, que van desde la docencia hasta la gestión, de forma que creemos que no es exagerado afirmar que el abismo que separa la teoría de la práctica en muchos aspectos, es aún mayor cuando se trata de diagnosticar.

El modelo de práctica bifocal diseñado por L. Carpenito en 1980, identifica dos situaciones clínicas en las que intervienen las enfermeras. No sólo hace referencia a los DdeE sino que considera al mismo nivel de importancia los Problemas Interdependientes. Ambos tipos de problemas son compatibles en la práctica enfermera y representan diferentes niveles de responsabilidad en la identificación y tratamiento de un problema.

Ha sido el interés por conocer la realidad de nuestro entorno hospitalario referente a la formulación de diagnósticos enfermeros y problemas interdependientes lo que nos llevó a realizar un estudio, cuyos objetivos son:

¹ LUIS RODRIGO, M.T.: “ La investigación como base para el establecimiento de la taxonomía diagnóstica de enfermería”. Revista Enfermería Clínica. 89-90. Vol. 3. Núm. 3.

1. Identificar los juicios diagnósticos independientes o interdependientes, recogidos por los profesionales clínicos en los registros enfermeros.

2 Determinar el número total de juicios emitidos y analizar su relación con la taxonomía NANDA.

MATERIAL Y MÉTODO

El presente trabajo es un estudio descriptivo y retrospectivo de los diagnósticos enfermeros y los problemas interdependientes recogidos en los registros clínicos.

Ámbito de estudio: se reduce a los tres Hospitales principales de Murcia: Hospital "Virgen de la Arrixaca", Hospital General Universitario y Hospital "Morales Meseguer".

La *muestra* total evaluada ha sido de 673 historias clínicas elegidas aleatoriamente, correspondientes a un periodo de 7 meses comprendido entre noviembre de 1996 y mayo de 1997. (7 meses).

Criterios:

1. Se han considerado válidos todos los problemas enunciados por las enfermeras aunque no estuvieran redactados en dos o tres partes, (el formato PES propuesto por Gordon y aceptado por el resto de autoras).
2. Se han considerado válidos todos los problemas que representan campos de actuación independientes, aunque no siguieran la taxonomía NANDA.
3. Se han considerado incorrectos los diagnósticos que incluyen terminología médica o resultan poco claros y confusos.
3. Se han estudiado los problemas interdependientes por entender que forman parte de la responsabilidad enfermera y suponen una aproximación necesaria como punto de referencia para llegar a los diagnósticos.

La metodología utilizada fue el análisis de contenido de la documentación enfermera incluida en las historias clínicas seleccionadas.

RESULTADOS

Los resultados obtenidos en el presente estudio son los siguientes:

A lo largo de las 673 historias revisadas hemos podido identificar un total de 37 DdE lo que supone un porcentaje del 5'49%. de los que 25 son correctos, mientras que los 12 restantes han sido considerados incorrectos.

El total de problemas interdependientes recogidos es de 10, lo que supone un porcentaje del 1'48%.

El enunciado del diagnóstico en tres partes no se ha dado en ningún caso, mientras que en 4 casos la formulación se realiza en dos partes y en 21 sólo se enuncia la etiqueta.

De los 25 diagnósticos considerados correctos, 19 responden a las etiquetas propuestas por la taxonomía NANDA. Los 6 restantes son términos que identifican problemas independientes aunque el enunciado es libre.

La agrupación de los diagnósticos por patrones en orden de frecuencia fue:

Patrón 1 Intercambio: 18 diagnósticos, un 72%

Patrón 9 Sentimientos/sensaciones: 5; un 20%

Patrón 6: Movimiento: 2; un 8%

DISCUSIÓN

En el desarrollo del estudio se puso de manifiesto la dificultad de recoger información, por la inexistencia de un sistema de registro unificado y completo, limitándose la documentación enfermera a la clásica gráfica de constantes hemodinámicas, una hoja de valoración más o menos completa y la hoja de observaciones enfermeras. En consecuencia, la información sobre los diagnósticos y problemas interdependientes, se recoge indistintamente en una de estas hojas.

Coincidimos con las autoras que han señalado la escasez de registros enfermeros como una de las mayores dificultades para estudiar la práctica profesional.

Un 80% (Patrón 1 y 6) de los diagnósticos correctos así como los considerados incorrectos hacen referencia a la dimensión biológica, quedando los problemas psicosociales reducidos a la ansiedad (3) y el dolor (1). Coincide con otros estudios consultados en que existe una tendencia a recoger en mayor medida, aquellos problemas que pueden ser identificados mediante una valoración objetiva, podríamos decir más biomédicos.

Pensamos que la dificultad para diagnosticar áreas de actuación más biológicas que psicosociales se debe a que la mayoría de los enfermeros que actualmente trabajan en la asistencia hospitalaria obtuvieron el título como ATS (aunque posteriormente hayan convalidado).

El diagnóstico más utilizado, identificado un número mayor de veces es el de "Riesgo de infección". Varios autores ya han señalado que algunas etiquetas son consideradas como un "cajón de sastre" y que son utilizadas para describir situaciones muy diferentes. Creemos que este es el caso de "Riesgo de infección", etiqueta que puede ser confusa por sí sola, si no se especifican los factores de riesgo.

Siendo el número total de diagnósticos tan poco significativo, en relación a la muestra evaluada, creemos que las diferencias que se observan entre los hospitales no merecen ser comentadas.

CONCLUSIONES

Los resultados obtenidos en el presente trabajo ponen de manifiesto que:

1. La emisión de juicios diagnósticos y la identificación de problemas interdependientes es una asignatura pendiente para la mayoría de los profesionales que en la actualidad desempeñan su actividad en los hospitales de nuestra región.
2. La escasa incidencia de diagnósticos identificados, suele explicarse como una consecuencia de la falta de formación en el tema, sin embargo, creemos que las instituciones no proporcionan los registros adecuados que obliguen a los profesionales a escribir juicios clínicos, lo puede ser interpretado como un paso poco importante o innecesario.
3. La implantación de un registro completo resulta un paso necesario e imprescindible para realizar trabajos de investigación en base a la fuente primaria más importante: la documentación clínica.

BIBLIOGRAFÍA

- ALFARO, R.: Aplicación del Proceso de Enfermería: guía práctica. 3ª Ed. Doyma 1.996.
- CARPENITO, L.J.: Diagnóstico de Enfermería. 4ª ed. Madrid. Interamericana. McGraw-Hill. 1993.
- GORDON, M.: Diagnóstico enfermero. Proceso y aplicación. 3ª ed. Madrid. Doyma. 1996.
- KEROUAC, S et al.: El pensamiento enfermero. Barcelona. Masson. 1996.
- LUIS RODRIGO, M.T.: Diagnósticos enfermeros. Un instrumento para la práctica asistencial. 2ª ed. Barcelona. Doyma. 1996.
- LUIS RODRIGO, M.T.: "*La investigación como base para el establecimiento de la taxonomía diagnóstica de enfermería*". Revista Enfermería Clínica. 89-90. Vol. 3. Núm. 3.
- NANDA: Diagnósticos enfermeros. Definiciones y clasificación. 1997-1998. Madrid. Harcourt. 1997.
- UGALDE, M.: Diagnóstico de Enfermería. Taxonomía NANDA. Barcelona. Masson. 1995.

TÍTULO: “Los Diagnósticos de Enfermería como herramienta de gestión”.
AUTORES: Pérez, Y. / Brea, P.
CENTRO DE TRABAJO: Hospital Virgen de la Poveda. Servivio Regional de Salud. CAM.

1.- INTRODUCCIÓN Y OBJETIVOS.

En los centros sanitarios y hasta hace unos años, la gestión de los servicios de enfermería por parte de sus responsables y directivos se centraba, fundamentalmente, en la **gestión de recursos humanos** (análisis, cuantificación y planificación de las cargas de trabajo del Personal de Enfermería) y en la **gestión de recursos materiales** consumidos por la actividad de éstos.

Sin embargo, en los últimos años, los cambios producidos en la cultura organizativa hospitalaria y la búsqueda de la eficiencia de los servicios asistenciales, han dado lugar a la asunción de una cierta Acultura empresarial@ de modo que, actualmente, se concibe el Hospital como una **EMPRESA QUE PRODUCE SERVICIOS SANITARIOS**.

En la línea de estos cambios culturales y organizativos, y dentro del proceso productivo del Hospital/Empresa, el **PRODUCTO ESPECÍFICO** que aporta la Enfermera son **LOS CUIDADOS**. Por ello, en la actualidad se viene preconizando la urgente necesidad de que los directivos de enfermería no sean tan sólo expertos gestores de los recursos necesarios para proporcionar cuidados, sino también gestores del producto mismo: Es decir, **GESTORES DE CUIDADOS**.

Como responsables de Enfermería, entendemos que gestionar cuidados pasa, obligadamente, por el conocimiento profundo y el ágil manejo de los **Diagnósticos Enfermeros**, ya que nos permiten:

- Determinar la naturaleza y el alcance de los problemas de enfermería que presentan los clientes.
- Conocer y planificar las intervenciones cuidadoras encaminadas a cubrir necesidades y solucionar/paliar problemas de salud.
- Conocer los recursos que implican cada actividad cuidadora.

Partiendo de estas premisas, consideramos necesario realizar un análisis de los **Diagnósticos de Enfermería** más frecuentes en nuestro Hospital, con el fin de conocer:

1.- Las necesidades alteradas que presentan los distintos pacientes ingresados.

2.- Los índices de intervenciones cuidadoras correspondientes a cada área de actividad.

3.- Los recursos consumidos por la actividad enfermera.

2.- METODOLOGÍA

El estudio se ha realizado en el Hospital Virgen de la Poveda (un hospital público perteneciente al Servicio Regional de Salud de la Comunidad de Madrid), dedicado a la atención de pacientes con enfermedades crónicas, progresivas e incurables, pacientes convalecientes y susceptibles de cuidados paliativos.

La recogida de datos fue realizada por el Jefe de Unidad de Enfermería y el Diplomado en Enfermería responsable del paciente, de forma conjunta y en cada caso.

Los datos se recogieron durante el mes de Febrero de 1.998, siendo sujetos de estudio la totalidad de los pacientes ingresados en dicha fecha (Total pacientes: 194).

La fuentes utilizadas han sido:

- Para la formulación de los diagnósticos, la Taxonomía 1 R NANDA.
- Para la identificación de necesidades alteradas, la Jerarquía de Necesidades según Maslow.
- Para la determinación de intervenciones cuidadoras y áreas de actividad, el Proyecto Signo II de Enfermería.

! Se recogieron un total de 29 **Diagnósticos de Enfermería**, de los cuales se seleccionaron un total de 19, rechazándose los 10 restantes debido a su baja incidencia.

DIAGNÓSTICOS DE ENFERMERÍA

1 R NANDA

- Afrontamiento individual/familiar ineficaces.
- Alteración de la membrana de la mucosa oral.
- Alteración de la deglución.
- Alteración del ciclo vigilia-sueño.
- Alteración de los procesos de pensamiento.
- Alteración de la nutrición.
- Alteración en el mantenimiento de la salud.
- Alteraciones Senso-perceptivas.
- Ansiedad.
- Déficit en actividades recreativas.
- Déficit de autocuidado.
- Déficit de autoestima.
- Deterioro de la interacción social.
- Deterioro potencial de la integridad cutánea.
- Deterioro de la integridad cutánea.

- Diarrea.
- Dificultad para el mantenimiento del hogar.
- Dolor.
- Estreñimiento.
- Incontinencia urinaria total.
- Incontinencia fecal.
- Patrón respiratorio ineficaz.
- Potencial de lesión.
- Potencial de infección.
- Potencial de violencia.
- Potencial de aspiración.
- Sufrimiento espiritual.
- Trastorno de la comunicación verbal.
- Trastorno de la movilidad física.

! Una vez identificados estos Diagnósticos, se agruparon por **Áreas de Necesidades**.

DIAGNÓSTICOS DE ENFERMERÍA POR ÁREA DE NECESIDADES ALTERADAS (MASLOW)	
NECESIDADES FISIOLÓGICAS	Alteración de la membrana de la mucosa oral
	Alteración de la deglución
	Alteración del ciclo vigilia-sueño
	Alteración de la nutrición
	Déficit autocuidado
	Deterioro potencial de la integridad cutánea
	Deterioro de la integridad cutánea
	Diarrea
	Dificultad para el mantenimiento del hogar
	Dolor
	Estreñimiento
	Incontinencia urinaria total
	Incontinencia fecal
	Patrón respiratorio ineficaz
	Potencial de lesión
	Potencial de infección
	Potencial de aspiración
	Trastorno de la comunicación verbal
	Trastorno de la movilidad física

NECESIDAD DE SEGURIDAD/PROTECCIÓN ã	Ansiedad
	Potencial de lesión
	Potencial de infección
	Potencial de violencia
	Potencial de aspiración
NECESIDAD DE AMOR/PERTENENCIA ä	Afrontamiento individual/familiar ineficaces
	Deterioro de la interacción social
	Sufrimiento espiritual
NECESIDAD DE AUTOESTIMA å	Déficit de autoestima
NECESIDAD DE AUTORREALIZACIÓN æ	Afrontamiento individual/familiar ineficaces
	Déficit en actividades recreativas
	Trastorno de la comunicación verbal
NECESIDAD DE CONOCER/COMPRENDER ç-è	Alteración de los procesos de pensamiento
	Alteración en el mantenimiento de la salud
	Alteraciones senso-perceptivas
	Déficit autocuidado
	Dificultad para el mantenimiento del hogar
	Potencial de lesión

! Los cuidados de enfermería correspondientes a cada paciente, se planificaron y cumplimentaron en la parrilla Signo II, que recoge un total de 105 **Intervenciones Cuidadoras**, agrupadas en 10 **Áreas de Actividad Enfermera**.

ÁREAS DE ACTIVIDAD ENFERMERA (SIGNO II)

- 1.- Respiración.
- 2.- Alimentación/Hidratación.
- 3.- Eliminación.
- 4.- Actividad-Movilidad/Reposo-Sueño.
- 5.- Higiene.
- 6.- Comunicación/Relación/Enseñanza.
- 7.- Observación.
- 8.- Seguridad/Confort.
- 9.- Terapias/Cuidados Especiales.
- 10.- Métodos Diagnósticos.

3.- RESULTADOS Y CONCLUSIONES.

Una vez recogidos y analizados todos los datos, observamos que existían 3 grupos diferenciados de pacientes caracterizados por:

- Distintas necesidades alteradas.
- Distintos diagnósticos de enfermería.
- Y distintas áreas de actividad cuidadora.

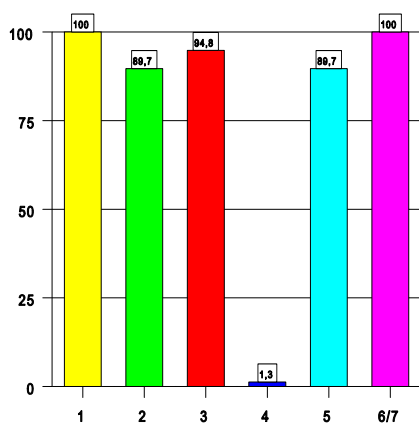
De tal manera que pudimos clasificar a los pacientes ingresados en **3 Niveles de Dependencia**:

- Pacientes de **Cuidados Mínimos**.
- Pacientes de **Cuidados Medios**.
- Pacientes de **Cuidados Máximos**.

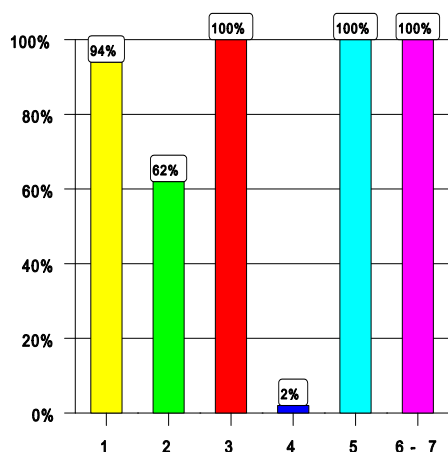
Con respecto a los **diagnósticos de enfermería**, la incidencia de cada uno de ellos en los pacientes de Cuidados Mínimos, Medios y Máximos fué la siguiente:

! El índice de pacientes con necesidades alteradas en cada **Nivel de Dependencia**, fue el siguiente:

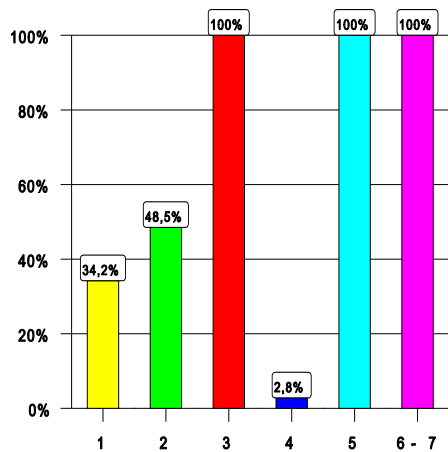
! INDICE DE PACIENTES CON NECESIDADES ALTERADAS



CUIDADOS MÁXIMOS



CUIDADOS MEDIOS

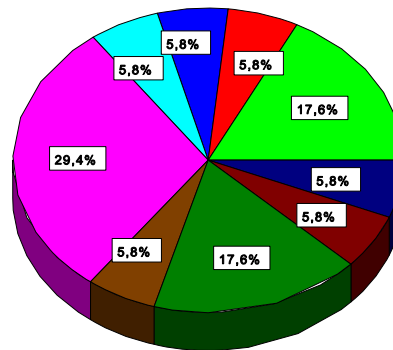


CUIDADOS MÍNIMOS

! En relación al peso de las **Intervenciones de Enfermería en cada Área de Actividad**, el resultado fue el siguiente:

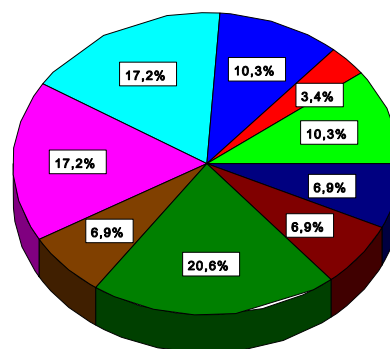
Cuidados Mnimos

Cuidados Mnimos: 17 Intervenciones



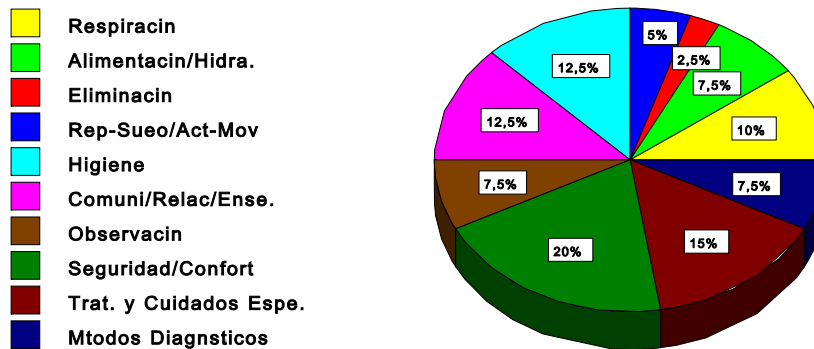
Cuidados Medios.

Cuidados Medios: 29 Intervenciones



Cuidados Mximos.

Cuidados Mximos: 40 Intervenciones.



Esta clasificaci3n de pacientes nos permitir3 en los pr3ximos meses:

- Elaborar Planes de Cuidados Estandarizados por cada grupo de pacientes.
- Determinar los Recursos Humanos y Materiales necesarios para proporcionar dichos cuidados a cada nivel de pacientes.
- Medir el coste de cada actividad enfermera.
- Medir el coste total de todo el proceso de atenci3n de enfermer3a a cada paciente, seg3n Nivel de Dependencia.

El resultado de este estudio nos permite afirmar que **el conocimiento y manejo de los Diagn3sticos de Enfermer3a constituye una herramienta adecuada para una GESTI3N EFICIENTE DE LOS SERVICIOS DE ENFERMER3A.**

TÍTULO: “Plan de cuidados de enfermería del paciente con EPOC”.

AUTORES: Roviralta M. / García, M.Á.

**CENTRO DE TRABAJO: Hospital Universitario "Germans Trias i Pujol".
Badalona**

La elección de un modelo de cuidados destinado a proporcionar mayor seguridad y calidad en la atención integral del paciente, ha llevado a la Dirección de Enfermería del Hospital Universitario "Germans Trias i Pujol" a implantar planes de cuidados estandarizados como método de trabajo. De esta forma, ante situaciones clínicas determinadas, se unifican los criterios de actuación de los profesionales incrementando la eficacia y la eficiencia de los servicios prestados.

1. Objetivo.

A partir del desarrollo de experiencias piloto de planes de cuidados individualizados de pacientes ingresados en el servicio de Neumología con el diagnóstico de ingreso de EPOC, se elaboró el plan de cuidados estandarizado para estos pacientes. La codificación diagnóstica se realizó con el sistema GDR (grupo de diagnósticos relacionados).

2. Material y método.

Se incluyeron 246 pacientes diagnosticados de EPOC e ingresados en la Unidad de Neumología en el período comprendido entre marzo de 1997 a febrero de 1998.

Previa formación específica del personal de la Unidad basada en el modelo de cuidados de Virginia Henderson, se realizó progresivamente el siguiente proceso:

- a. Realización y aplicación de planes de cuidados individualizados.
- b. Consulta bibliográfica.
- c. Elaboración del plan estandarizado de la EPOC (experiencia piloto).
- d. Validación en la práctica.
- e. Introducción de modificaciones.
- f. Revisión continua.

3. Resultados.

Los resultados obtenidos fueron:

3.1. Elaboración y aplicación práctica del Plan de Cuidados Estandarizado de la EPOC, que incluye la detección de problemas, desarrollo de objetivos y actividades y su evaluación. En el Plan se reflejan dos tipos de problemas :

3.1.1. Diagnósticos de enfermería:

- Ansiedad relacionada con la amenaza de su integridad física o psíquica.

- Limpieza ineficaz de las vías aéreas relacionada con la disminución de la movilidad y/o la falta de conocimientos de los métodos eficaces para expectorar.
- Déficit de autocuidado parcial o total relacionado con la fatiga y/o la falta de conocimientos para realizar las actividades de autocuidado.
- Intolerancia a la actividad relacionada con la falta de fuerza fisiológica para realizar las actividades cotidianas.
- Miedo relacionado con la incapacidad para afrontar la realidad que conlleva su tratamiento.
- Dificultad para dormir o reposar relacionada con la dificultad respiratoria y/o la falta de conocimientos de los medios de descanso.
- Déficit de conocimientos relacionado con la falta de información y/o dificultad de integración de todo aquello que concierne a su enfermedad.

3.1.2. Problemas interdependientes, potenciales y/o reales:

- Riesgo de alteración de la mucosa oral y/o nasal secundaria a la oxigenoterapia y/o medicación inhalada.
- Fiebre.
- Flebitis.
- Riesgo de accidente secundario a la posible alteración del nivel de conciencia.
- Hipoxemia.
- Hipercapnia.
- Insuficiencia respiratoria.
- Sobreinfección respiratoria.
- Neumotórax.
- Disritmias cardíacas.
- Cor pulmonale.

3.2. Desde marzo de 1997, aplicación del Plan de cuidados Estandarizado a un total de 77 pacientes. Por ahora, los indicadores son cuantitativos.

4. Conclusiones.

4.1. Observamos que este método de trabajo aporta:

- Información precoz y completa del paciente.
- Rápida detección de problemas.
- Mayor comunicación entre turnos.
- Unifica criterios de actuación.

4.2. Permitirá el desarrollo de indicadores cualitativos partiendo de los indicadores cuantitativos obtenidos.

5. BIBLIOGRAFÍA.

- CARPENITO, L.J. "Manual de diagnósticos de enfermería". Ed. Mc Graw/Interamericana.
- RIOPELLE, L., GRONDIN, L. y PHANEUF, M. "Cuidados de enfermería: un proceso centrado en las necesidades de la persona". Ed. Mc Graw/Interamericana.
- WILSON, S.F. y THOMPSON, J.M. "Transtornos respiratorios". Ed. Mosby/Doima. Barcelona. 1993.

TÍTULO: “Adaptación de los Diagnósticos de Enfermería elaborados en 1986 por la División de Salud Mental y Psiquiatría (dependiente de la ANA) a una sala de Psiquiatría de un Hospital General Universitario”.

AUTORES: Cotanda, S. / Aguilera, A. / Heliodoro, F.

CENTRO DE TRABAJO: Hospital General Universitario de Valencia.

INTRODUCCIÓN:

En el año 1995 el equipo de enfermería de la unidad de psiquiatría del Hospital General Universitario de Valencia nos propusimos utilizar una valoración con el fin de identificar los problemas de enfermería que presentaban los enfermos al ingreso, realizando un seguimiento y la correspondiente evaluación final, con el fin de conocer las características de los enfermos y que problemas se quedaban pendientes en el momento del alta. Estos registros no tuvieron una continuidad por problemas internos y de liderazgo.

En 1997 un grupo de enfermeras/o nos propusimos abordar un trabajo de investigación sobre los problemas de enfermería que presentaban los enfermos que reingresaron en la sala durante el año 1996, para averiguar si se podían evitar los reingresos tratando los problemas desde las Unidades de Salud Mental.

Realizamos una búsqueda de posibles trabajos que se hubieran hecho sobre el tema, no encontrando ninguno. Para la recogida de datos buscamos, en la bibliografía de que disponíamos, los diagnósticos que mejor se adaptan, a nuestro criterio, a la enfermedad mental y a las particularidades de los enfermos que la padecen.

La elección fue, como ya he dicho en el título, los diagnósticos que la División de Salud Mental y Psiquiatría de la Asociación Norteamericana de Enfermeras (ANA) elaboró en 1986, **los patrones de respuesta humana en ...**

Al tratarse de un trabajo retrospectivo y no haberse utilizado en los registros de enfermería una taxonomía normalizada, aunque sí una información muy abundante y matizada, nos vimos en la necesidad de interpretar y traducir nuestro lenguaje a la taxonomía adoptada.

METODOLOGÍA:

La metodología que seguimos fue extraer de las historias clínicas la información que nos permitiera hacer la adaptación de los diagnósticos a la valoración de los problemas que nos encontrábamos, por lo que nos vimos en la necesidad de subdividir los problemas en **por defecto, por exceso y**, según el caso, **en su desarrollo, en su ejecución, en su mecánica o subjetivamente.**

En el caso de los **patrones del sueño** diferenciamos si la alteración se producía al inicio, como despertar precoz, pudiendo coincidir ambos, o se producía una alteración por exceso. En **la memoria** diferenciamos si era la reciente o inmediata o si era la lejana. En **la orientación** tuvimos en cuenta si era la espacial y/o la temporal. En los **patrones de respuesta abusivos** consideramos debían reflejarse las conductas violentas como las **agresiones verbales**, así como las **auto y hetero agresiones.**

No obstante observamos que habían una serie de variables que nosotros creíamos importantes y no venían reflejadas en las allí recogidas, en los **procesos fisiológicos**, dado que no tenía ninguna variable recogimos:

- Ingesta alterada por defecto, por exceso, en su mecánica.
- Eliminación alterada por defecto, por exceso, subjetivamente.
- Frecuencia cardíaca alterada por bradicardia, por taquicardia.
- Presión arterial alterada por defecto, por exceso.
- Termorregulación alterada por hipotermia, febrícula, fiebre.
- Integridad cutánea alterada por heridas incisas cortantes, por quemaduras, por estrangulamiento, por contusiones.

También añadimos en los **patrones cognitivos** dos problemas que nosotros detectábamos como esenciales en la valoración de los reingresos por la incidencia que tiene en ellos, estos eran:

- Incumplimiento del tratamiento alterado por defecto, por exceso (sin intención autolítica).
- Consumo de sustancias tóxicas.

Para poder recoger los datos correctamente elaboramos un guión en el que se especificaba cada uno de los problemas y matizaba como debían valorarse, con el fin de que al hacer la recogida de estos todos interpretáramos la alteración sin lugar a dudas.

RESULTADOS:

Los casos que estudiamos fueron los 94 reingresos que se produjeron en el año 1996, que por ser un número no muy grande nos dispersaba mucho los resultados, lo que nos obligo a reagrupar los problemas a los enunciados iniciales, como se puede comprobar en la tabla siguiente.

TABLA 1. Diagnósticos de enfermería presentes en los reingresos.

Diagnósticos de Enfermería	Mujeres		Hombres		Total	
	N	%	N	%	N	%
Problemas de la Actividad:						
Comportamiento motor alterado.	2	7.1	2	5.1	4	6.0
Autocuidado alterado.	2	7.1	1	2.6	3	4.5
Alteración del sueño.	10	35.7	20	51.3	30	44.7
Dos problemas.	10	35.7	13	33.3	23	34.3
Tres problemas o más.	4	14.4	3	7.7	7	10.5
Total	28	100.0	39	100.0	67	100.0
nivel de significación						N.S.
Problemas cognitivos:						
Incumplimiento del tratamiento.	6	20.7	4	8.5	10	13.2
Consumo de sustancias tóxicas.	1	3.4	8	17.0	9	11.8
Alteración del contenido del pensamiento.	10	34.6	3	6.4	13	17.1
Alteración del proceso del pensamiento.	5	17.2	2	4.2	7	9.2
Dos problemas	6	20.7	20	42.6	26	34.2
Tres problemas	1	3.4	10	21.3	11	14.5
Total	29	100.0	47	100.0	76	100.0
Nivel de significación						0.005
Problemas ecológicos:						
Mantenimiento comunitario alterado.	1	9.0	7	100.0	8	44.5
Incapacidad para el mantenim. del hogar.	10	91.0	0	0.0	10	55.5
Total	11	100.0	7	100.0	18	100.0

Nivel de significación						0.0005
Patrones emocionales:						
Respuesta alterada.	24	100.0	41	100.0	65	100.0
Nivel de significación						N.S.
Patrones fisiológicos:						
Alteraciones de la ingesta.	8	100.0	3	100.0	11	100.0
Nivel de significación						N.S.
Patrones interpersonales:						
Proceso de comunicación alterado.	12	41.5	11	24.4	23	31.1
Alteración de los patrones conducta/respuesta.	1	3.4	9	20.0	10	13.5
Dos problemas.	15	51.7	20	44.4	35	47.3
Tres problemas o más.	1	3.4	5	11.2	6	8.1
Total	29	100.0	45	100.0	74	100.0
Nivel de significación						0.05
Problemas perceptivos:						
Bienestar alterado.	7	28.0	4	18.2	11	23.4
Percepción sensorial alterada.	3	12.0	12	54.5	15	31.9
Dos problemas o más.	15	60.0	6	27.3	21	44.7
Total	25	100.0	22	100.0	47	100.0
Nivel de significación						0.05
Problemas validativos:						
Proyecto vital alterado.	8	100.0	2	100.0	10	100.0
Nivel de significación						0.05

Tabla 2: Problemas de enfermería más importantes que aparecen solos o en combinación.

Problemas de Enfermería	Mujeres		Hombres		Total	
	N	%	N	%	N	%
Alteración del sueño.	21	52.5	34	62.9	55	58.5
Alteración en el contenido del pensamiento.	16	40.0	24	44.4	40	42.5
Incumplimiento terapéutico	12	30.0	29	53.7	41	43.7
Consumo de sustancias tóxicas.	4	10.0	29	53.7	33	35.2
Interacción social alterada	16	40.0	21	38.9	36	38.3
Comportamiento motor alt.	16	40.0	11	20.4	27	28.7
Autocuidados alterados	7	17.5	11	20.4	18	19.1
Conducta/impulso alterada	16	40.0	26	48.1	30	31.9
Respuesta alterada (agresividad)	24	60.0	41	75.9	65	69.1
Autoconcepto alterado	8	20.0	3	5.5	11	11.7
Rol de actuación alterado.	14	35.0	17	31.5	31	33.0
Percepción sensorial alterada.	10	25.0	16	29.6	26	27.6
Proceso de comunicación alt.	12	30.0	11	20.4	23	24.5
Bienestar alterado.	19	47.5	7	12.3	26	27.6
Total	195	41.1	279	58.9	474	100.0

CONCLUSIONES:

El problema más significativo son **los patrones de respuesta abusivos en expresado como agresividad** en cualquiera de sus formas: verbal, hetero/auto agresiones, con el 69.1% de los casos. En importancia le siguen: **alteraciones del sueño** con un 58.5%, **incumplimiento terapéutico** con un 43.7%, **alteración del contenido del pensamiento** con un 42.5%, **interacción social alterada** con un 38.3%, **consumo de sustancias tóxicas** con un 35.2%, etc.

Las características de los problemas detectados como más importantes nos permite asegurar que con un seguimiento más exhaustivo por el equipo de enfermería del Centro de Salud Mental se podrían evitar una parte importante de los reingresos, consiguiendo una importante mejora en su calidad de vida y de la atención de estos enfermos.

Este trabajo de investigación ha permitido crear una inquietud en el equipo de enfermería de la unidad de psiquiatría del Hospital General Universitario de Valencia por lo que en el mes de Julio de este año comenzamos un nuevo proyecto prospectivo de investigación que seguirá una línea con éste.

TÍTULO: “Las competencias de enfermería se ven clarificadas con las etiquetas diagnosticas y su empleo permite identificar etiquetas no validas”.

AUTORES: Oteiza, M. / Mendiluce, N. / Urdanoz, MJ. / Tanco, G. / Carrascal, EM.
CENTRO DE TRABAJO: Clínica Universitaria. Universidad de Navarra.

INTRODUCCIÓN:

En el año 1989, iniciamos en nuestra Unidad de hospitalización la implantación del Proceso de Atención de Enfermería, lo que supuso cambios significativos en la labor profesional diaria. Las modificaciones en los documentos, junto con el establecimiento de un programa educativo para el equipo de enfermeras sobre la utilización del diagnóstico enfermero, permitió su implantación en la práctica clínica. La experiencia adquirida durante estos nueve años, corrobora la opinión de Abdellah y Levine (1965): *“El diagnóstico de enfermería es la determinación de la naturaleza y magnitud de los problemas de enfermería presentados por clientes o familias concretas que están recibiendo unos cuidados de enfermería. La capacidad de la enfermera para realizar un diagnóstico de enfermería y prescribir actuaciones que den como resultado respuestas específicas en el cliente, es crucial para el desarrollo de la enfermería.”*

El objetivo de este trabajo, es transmitir las reflexiones y conclusiones sugeridas por el empleo de algunas etiquetas diagnosticas de la NANDA, que además ha contribuido a identificar y clarificar las competencias propias de enfermería, conduciendo a limitar o excluir su uso.

MATERIAL Y MÉTODO:

Se han estudiado 100 hojas de Planificación de Cuidados de Enfermería, analizando el contenido de la definición y las actuaciones de enfermería planificadas en las etiquetas diagnosticas: Exceso de volumen de líquidos, Alteración de la perfusión hística periférica, Déficit de conocimientos, Riesgo de alteración de la función respiratoria y Alteración de la eliminación urinaria. Las actuaciones planificadas resultaban insuficientes para resolver el problema de salud del paciente y precisaban del apoyo de órdenes médicas. De todas ellas, analizamos los cuidados que habitualmente registrábamos, según la clasificación de Campbell: valoración / observación, terapéuticos y de educación para la salud.

RESULTADOS

* Las actuaciones de enfermería planificadas para los diagnósticos de: **"Exceso de volumen de líquidos"** y **"Alteración de la perfusión hística periférica"**, eran en su totalidad de valoración y de educación para la salud, sin que dichas

actividades resolvieran en ningún caso el problema de base o las posibles complicaciones.

* La etiqueta diagnóstica "**Déficit de conocimientos**" se programaba en aquellos casos en los que existía desconocimiento de todo lo circundante a la patología o al ámbito clínico, pudiendo recogerse sus actividades en el marco del diagnóstico "**Alteración en el mantenimiento de la salud**" y siendo la falta de conocimientos una de sus causas.

* El "**Riesgo de alteración de la función respiratoria**", las actuaciones planificadas eran de valoración, de prevención o terapéuticas, pero en todos los casos resultaba más claro incluirlas en otras etiquetas diagnósticas como "Limpieza ineficaz de las vías aéreas" o "Alteración en el mantenimiento de la salud"..., al no poder modificar de forma independiente el intercambio gaseoso y sin embargo sí poder mantener permeable la vía aérea, liberándola de secreciones.

* "**Alteración de la eliminación urinaria**" se utilizó inicialmente y con poca frecuencia, al resultar muy amplio y por tanto ambiguo.

CONCLUSIONES

1. La utilización del diagnóstico de enfermería nos ha permitido identificar etiquetas diagnósticas que en nuestra opinión no son válidas, por precisar de cuidados interdependientes para resolver los problemas de salud planteados.
2. El adiestramiento en la aplicación práctica del diagnóstico de enfermería, lleva a los profesionales a investigar y desarrollar las etiquetas diagnósticas, con el fin de lograr un lenguaje común que nos permita identificar y establecer el campo propio de enfermería: "los cuidados" .
3. Los diagnósticos de enfermería ayudan a establecer los cuidados con un fundamento científico.



**ORGANIZACION
COLEGIAL DE ENFERMERIA**
CONSEJO DE COLEGIOS DE ENFERMERIA
CASTILLA Y LEON



A.E.N.T.D.E.

ABSTRACTS

**"II SIMPOSIUM INTERNACIONAL
DE DIAGNOSTICOS
DE ENFERMERIA"**

**"III CONGRESO REGIONAL DE
CASTILLA Y LEON"**

Valladolid 20, 21 y 22 de mayo de 1998

ABSTRACTS

**"II SIMPOSIUM INTERNACIONAL
DE DIAGNÓSTICOS DE ENFERMERÍA"**

**" III CONGRESO REGIONAL DE ENFERMERÍA
DE
CASTILLA Y LEÓN"**

VALLADOLID 20, 21 Y 22 DE MAYO DE 1998



UNIVERSITAT DE BARCELONA



Centre de Recursos per a l'Aprenentatge
i la Investigació

Biblioteca de Bellvitge

PRESENTACIÓN

El Comité Científico quiere expresar su satisfacción por la acogida que ha tenido el II Simposium Internacional de Diagnósticos de Enfermería, que este año se celebra conjuntamente con el III Congreso Regional de Enfermería de Castilla y León.

En el primer Simposium, el interés se centró en analizar el Diagnóstico Enfermero como lenguaje profesional, porque se veía la necesidad de establecer un lenguaje común para describir la práctica de enfermería; en esta ocasión, el objetivo va encaminado a realizar un análisis reflexivo y una puesta en común de cómo los Diagnósticos Enfermeros pueden impulsar de forma más clara y evidente, la especificidad del servicio que ofrecemos a la sociedad, es decir, de cómo los cuidados enfermeros contribuyen a mejorar e incrementar la calidad de vida y de salud de nuestros ciudadanos. Es nuestro deseo, que las comunicaciones y pósters que constan en este libro de abstracts, contribuyan por su contenido y calidad, al objetivo mencionado.

Este Comité ha pretendido seguir unos criterios metodológicos y científicos para la selección y aceptación de las comunicaciones y/o pósters. La razón de mantener dichos criterios, es la de conseguir que nuestros trabajos estén impregnados de un hacer científico y cualitativo, y que sus contenidos sirvan de discusión para clarificar ideas, unificar criterios entre los profesionales de Enfermería y en definitiva, aumentar el cuerpo de conocimientos de la profesión.

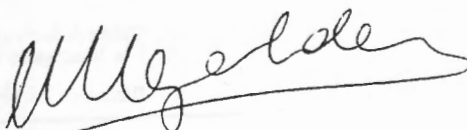
Somos conscientes del esfuerzo que en estos momentos supone llevar a la práctica la metodología enfermera en los diferentes ámbitos de trabajo y es por este motivo que animamos a las direcciones de enfermería para que faciliten y apoyen el proceso de cambio.

Finalmente queremos aprovechar la oportunidad para invitar a todos los profesionales de enfermería a seguir trabajando en una línea de rigor y calidad, esperando que en el próximo Simposium el número de comunicaciones sea aún mayor que en éste.

Gracias a todos por vuestra colaboración, esfuerzo y aportaciones.

Os deseamos una feliz estancia en Valladolid.

Valladolid, 20 de mayo de 1998



Mercedes Ugalde Apalategui
Presidenta del Comité Científico

PROGRAMA DE COMUNICACIONES

DIA 21/5/98 de 18,30h. A 20h

SALA A: LOS DIAGNÓSTICOS DE ENFERMERÍA DESDE LA PERSPECTIVA DE LA DOCENCIA-ASISTENCIA

Coordinadora: Dosi Bardaji Fandos

COMUNICACIONES

- Los Diagnósticos de Enfermería: Valoración y percepción de los estudiantes de Enfermería
Autores: Serrano,I/García,A/Navarro,MªE/Irigoyen,I

- Un nuevo enfoque en la alteración de la protección
Autores: Ruíz,MªL/Bilbao,C/Rodríguez,C/Rizo,P/Saez,A/Porras,A

- El Diagnóstico Enfermero, un nexo entre la docencia y la asistencia
Autores: Rodríguez,C/Guerrero,C/Ruiz MªL/Calvo,E/Domínguez,C/Toronjo,A.

- Evolución de la aplicación del P.A.E. en los estudiantes de Enfermería en su práctica clínica
Autores: Zaragoza,A/Narvaiza,MªJ/Udobro,R/Senosiain,J. Mª

- Estrategias de intervención para el desarrollo profesional
Autores: Acebedo,S/Rodero,V/Vives,C.

- Método para la estandarización de planes de cuidados enfermeros en base a Diagnósticos de Enfermería en el Hospital Municipal de Badalona, y E.U.I. de Sant Joan de Dèu
Autores: Pérez, P./Ortega,L.

DIA 21/5/98 de 18,30h. A 20 h.

SALA B y C: LOS DIAGNÓSTICOS DE ENFERMERÍA DESDE LA ATENCIÓN PRIMARIA Y ANTECEDENTES HISTÓRICOS

Coordinadora: Pilar Vilagrasa Ortí

COMUNICACIONES

- Diagnósticos Enfermero en Diabéticos controlados en Atención Primaria
Autores: Duarte,G/Montesinos,N.

- Los Diagnósticos de Enfermería en Atención Primaria de Segovia
Autores: Vaticón,MªT/Gordaliza,T.

- Diagnósticos de Enfermería en niños de 2 a 5 años incluidos en el Programa del niño sano
Autores: Pérez,G/Duarte,G/Montesinos,N.

- Diferencias entre la Enfermería Hospitalaria y la Comunitaria en la identificación de los Diagnósticos de Enfermería

Autores: Salvadores,P/Campos,L/Díaz,M^aS/Uliarte,M^aR.

- Evolución histórica del Diagnóstico de Enfermería en España

Autores: Pérez,Fco.J/Castro,M^aP/Sánchez,A.

- Ecos de los Diagnósticos de Enfermería en las publicaciones de Enfermería

Autores: Barquero,A/Márquez,M/Carrasco,M/Macias,A/Feria,D.

DIA 22/5/98 de 16h. A 18 h.

SALA A: LOS DIAGNÓSTICOS DE ENFERMERÍA DESDE LA ATENCIÓN PRIMARIA Y HOSPITALARIA

Coordinadora: María Puyo Castañera

- El consenso como estrategia de implementación del Diagnóstico Enfermero

Autores: Duarte,G/Montesinos,N.

- Cuidados a pacientes Diabéticos en hospitalización a domicilio

Autores: Fernández,R

- Estudio de 2 Diagnósticos de Enfermería: Alteración de los Patrones de sexualidad y Temor en una paciente de 23 años (ABS), tratada con braquiterapia endocavitaria

Autores: Brao,I./Arnaiz,G/Bellobi,C/Sánchez,A.

- Análisis de la ansiedad en un paciente con un proceso tumoral

Autores: Sainz,A/Costa,C/Alcalá,A/Manjavacas,A.

- Aplicación de una metodología de Diagnósticos Enfermeros en una Zona Básica de salud

Autores: Fernández,P/Gómez,C/Martínez,A/Rico,M/Urrea/M.L.

- El proceso desde el principio hasta lograr que el Diagnóstico sea un instrumento de trabajo

Autores: Carrascal,E/Tina,P/Saracíbar,I/Serrano,R.

- ¿Identificar el estadio de cambio de la conducta humana, permite adecuar las intervenciones para el mantenimiento de la salud?

Autores: Beortegui,E/Canga,N/Henríquez,M^aA/Martínez,A.

DIA 22/5/98 de 16h. A 18 h.

SALA B: LOS DIAGNÓSTICOS DE ENFERMERÍA DESDE LA ATENCIÓN HOSPITALARIA

Coordinadora: Esther Reyes Díaz

- Diagnóstico de Fatiga: Estudio comparativo en niños oncológicos

Autores: Navarro,M^aE/Irigoyen,M^aI/Iriarte,E/Echezarreta,S.

- Introducción del uso del Diagnóstico de Enfermería en un servicio de Urgencias
Autores: Pensado,H/Candela,MD/Chamorro,A/Fernández,L/ Hernández,C/Martínez,A.
- Nivel de cuidados y Diagnósticos de Enfermería relacionados con 12 G.R.D (resultados preliminares).
Autores: Ferrús,L/Pintado,D/Sánchez,L/González,R/Honrado,G/ Martos,C/Richart,D/Torrent,A.
- Plan de cuidados en el paciente con patología tráqueo-bronquial, durante la fotorresección con láser
Autores: Peña,I/García,M.
- Planes de cuidados estandarizados a las personas intervenidas de prótesis total de rodilla
Autores: Marín,I/Fuchs,E/Pajín,MA/Soriano,E/Escolano,M.
- Diagnósticos de Enfermería más frecuentes en niños hospitalizados en una unidad de traumatología
Autores: Pérez,P./Ramió,A./Fernández,M/Santaliestra,T/ Agustín,C/Tordera,J
- A.V.C. Diagnóstico de Enfermería y tiempo de cuidados (resultados preliminares).
Autores: Ferrús,L/Sánchez,L/Pintado,D/Honrado,G/González,R/ Caro,B/Losilla,B.

DIA 22/5/98 de 16h. A 18 h.

SALA C: LOS DIAGNÓSTICOS DE ENFERMERÍA DESDE LA ATENCIÓN HOSPITALARIA

Coordinadora: Carmen Barcena Calvo

COMUNICACIONES

- Diagnóstico Enfermero y Planes de cuidados en la práctica asistencial
Autores: Rodríguez,M/Durán,A/Ecija,P/Giró,D/Minchola,S/Vas,N.
- Los Diagnósticos de Enfermería en Atención Hospitalaria, situación actual en Murcia
Autores: Almansa,P./García,I/Marín,F./Hermoso,S.
- Los Diagnósticos de Enfermería como herramienta de gestión
Autores: Pérez,Y/Brea,P.
- Plan de cuidados estandarizado: E.P.O:C.
Autores: Roviralta,J.M/García,MªA
- Adaptación de los Diagnósticos de Enfermería elaborados en 1986 por la División de Salud Mental y Psiquiatría(dependiente de la A.N.A.) a una sala de Psiquiatría de un Hospital General Universitario
Autores: Cotanda,S/Aguilera,A/Heliodoro,F.
- Las competencias de Enfermería se ven clarificadas con las etiquetas diagnósticas y su empleo permite identificar etiquetas no válidas
Autores: Oteiza,M/Mendiluce,N/Tanco,G/Urdanoz,MªJ/ Carrascal,E.

PRESENTACIÓN DE PÓSTERS

Coordinador: José Luis Nierfa

EXPOSICION EN EL HALL JUNTO A LAS SALAS A, B, C Y SALA DE EXPOSICIONES

- Diagnósticos de Enfermería en psicogeriatría: un instrumento de calidad
Autores: Santamaría, M^aT/ Hernández, S.A.
- Atención Primaria: Estudio de los Diagnósticos de Enfermería en la atención a población adulta
Autores: Amo, D/ Arlándiz, D/ Claudel, E/ Farré, J/ Granollers, S/ Rodríguez de Medina, B.
- Diagnósticos Enfermeros prevalentes en un programa de atención domiciliaria
Autores: Cegri, Fco/ Areny, T/ Calderón de la Barca, C/ Valls, M^a M.
- Diagnósticos Enfermeros en la prevención y tratamiento de las úlceras por presión
Autores: Valls, M^aM./ Cegri, Fco.
- Una propuesta para la enseñanza de pregrado de los Diagnósticos enfermeros
Autores: Sánchez, J./ Marrero, M./ Acosta, E.G.
- Identificación del Diagnóstico de Enfermería de confusión aguda, en un grupo de pacientes de traumatología
Autores: Jiménez, A/ Roure, R.
- Protocolo de atención al paciente oncológico en radioterapia: Principales diagnósticos de Enfermería
Autores: García Triviño, E/ García Caselles, M.
- Los Diagnósticos de Enfermería desde la perspectiva de los alumnos
Autores: Aranceta, I/ Aja, N/ Encinas, E/ Ortega, S./ Trespaderne, I
- Formación en Diagnósticos de Enfermería del personal de los equipos de Atención Primaria
Autores: García, R.F/ Gago, M/ Romero, J/ Jiménez, A/ Gaztelu, V.
- Validación de Diagnósticos Enfermeras
Autores: Valera, N/ Uceira, S/ Grandio, MC/ Castro, A/ Romero, M.
- ¿Sugieren las etiquetas diagnósticas actuaciones independientes?
Autores: Almansa, P/ Lidón, B/ Hernández, R/ Manzanera, J/ Oliva, N.
- Estrategias formativas para la integración de los Diagnósticos de Enfermería (N.A.N.D.A.) en Atención Primaria
Autores: Canals, M/ Hernández, N/ Fortín, M/ Calamote, F/ Valdivieso, A/ Hernández, B.
- Aplicación de Diagnósticos de Enfermería en el Programa de visita domiciliaria
Autores: Gago, M/ García, R.F./ Romero, J/ Jiménez, A/ Gaztelu, V.

Título : LOS DIAGNÓSTICOS DE ENFERMERÍA: VALORACIÓN Y PERCEPCIÓN DE LOS ESTUDIANTES DE ENFERMERÍA.

Autores: Serrano Monzó, Inmaculada; García Gurría, Alicia; Navarro Martín, María E; Irigoyen Aristorena, Isabel.

Centro de trabajo: EUE Universidad de Navarra

INTRODUCCIÓN

Desde que comenzó en nuestro país la introducción y posterior manejo de los Diagnósticos de Enfermería, podemos encontrar documentación suficiente acerca de las distintas aplicaciones de los mismos en las diversas áreas, sobretodo de índole práctica tanto asistencial, como investigadora. Sin embargo y a pesar de ser unos pilares en donde se fundamenta y posibilita todo cambio, pocas han sido las aportaciones realizadas desde el ámbito docente. Motivadas por este dato, un grupo de profesores nos propusimos valorar el grado de conocimientos y aceptación de los diagnósticos de enfermería entre los alumnos de nuestro Centro.

OBJETIVOS

- 1-Identificar cómo definen los alumnos el diagnóstico de enfermería
- 2-Evaluar la aceptación de los diagnósticos entre los estudiantes de enfermería
- 3-Determinar las áreas de mayor dificultad para el aprendizaje de los diagnósticos
- 4- Explorar en la población estudiada, la importancia de los diagnósticos de enfermería

MATERIAL Y MÉTODO

Este trabajo se ha realizado en la Escuela Universitaria de Enfermería de la Universidad de Navarra, entre los alumnos pertenecientes a segundo y tercer curso. Para poder llevar a cabo la consecución de los objetivos se diseñó un cuestionario semiestructurado de preguntas abiertas y cerradas que fueron cumplimentadas por los estudiantes de segundo y tercer curso, asistentes a una clase teórica, sin previo aviso de la realización del mismo. El análisis de los datos obtenidos se efectúa mediante el programa SPSS realizándose el tratamiento estadístico descriptivo y un estudio comparativo entre los dos cursos mediante el test de independencia X², en varios de los ítems.

RESULTADOS OBTENIDOS

La muestra total que respondió el cuestionario fue de 295, lo que supone el 70,4% de la totalidad de alumnos matriculados en los dos cursos. De los cuales 131 (66,1%) pertenecen a tercer curso, y 164 (82%) correspondientes a segundo curso.

DISCUSIÓN

Es interesante observar cómo, los alumnos de tercero a pesar de tener un mayor conocimiento, tanto teóricos como prácticos sobre los diagnósticos de enfermería, no queda reflejado a nivel conceptual. Sin embargo su mayor experiencia práctica si ha servido a la hora de relacionar el diagnóstico con la emisión de un juicio propio de enfermería.

Título: UN NUEVO ENFOQUE EN LA ALTERACIÓN DE LA PROTECCIÓN

Autores: Ruiz, M^a Luisa. Bilbao, Concha. Rodríguez, Catalina. Rizo, Pascual. Sáez, Ana. Porras, Antonio.

Centro de trabajo: Escuela Universitaria de Ciencias de la Salud de Málaga

A raíz de los casos clínicos que se tratan con los alumnos de tercer curso en la Diplomatura de Enfermería de la Escuela Universitaria de Ciencias de la Salud de Málaga, se ha identificado la necesidad de revisar la definición y el uso del diagnóstico enfermero denominado "alteración de la protección" tipificado por la NANDA en 1990 y que, según la bibliografía consultada, no ha sufrido modificaciones significativas en su aplicación.

Conscientes de sus posibilidades, al tiempo que de sus limitaciones, un grupo de profesores del Departamento de Enfermería pertenecientes a las áreas de Enfermería Médico-Quirúrgica, Salud Mental y Fundamentos de Enfermería, han analizado la posibilidad de un desdoblamiento del propio diagnóstico, según atienda a aspectos de exceso o déficit de protección, así como ampliar su definición y descentralizar su enfoque físico para permitir una orientación más integral u holística que contemple la influencia de los datos psicológicos y sociales que puedan ser atribuidos.

Para ello, con el apoyo del trabajo reflexivo en el aula y la utilización que se ha venido haciendo según los trabajos enfermeros publicados en los dos últimos años, se han seleccionado dos procesos concretos que favorecen el análisis como son la esquizofrenia, por exceso en la protección del individuo, y los deterioros cognitivos en los procesos neurológicos, por el déficit de esa protección individual.

Basados en los datos objetivos y en la planificación de los cuidados enfermeros, centrados en proteger a los individuos, se concluye que este diagnóstico podría sufrir un desdoblamiento en dos:

Alteración de la protección por exceso. Centrado en los procesos de salud mental que manifiestan deterioros en la interpretación del entorno o alteración de los procesos de pensamiento que desencadenan conductas exageradas y que desvirtúan la realidad.

Alteración de la protección por defecto. Centrado en los procesos neurológicos o bajo sedación que manifiestan un deterioro cognitivo que dificulta la respuesta o bien para las que aún no disponemos de criterios de valoración o identificación.

En uno u otro aspecto, el trabajo enfermero se ve condicionado a la previsión de todos los problemas que, de forma encadenada, puedan derivarse de la carencia de una respuesta válida por lo que son muchas las actividades que se planifican y mucho el tiempo que se ocupa en su realización.

Tras este trabajo se ha planteado la validación, a través de su revisión, por lo que se propone un proyecto de investigación multicéntrico en colaboración con las unidades de cuidados críticos y de salud mental para redefinir las características definitorias, los factores relacionados y los criterios de resultados.

Título: EL DIAGNÓSTICO ENFERMERO. UN NEXO ENTRE LA DOCENCIA Y LA ASISTENCIA

Autores: Rodríguez Ponce,C.; Bilbao Guerrero,C.; Ruiz García,M^AL.; Calvo Charro,E.; Domínguez Losada,C.; Toronjo Gómez, A.

Centro de trabajo: Escuela Universitaria de Ciencias de la Salud de Málaga

INTRODUCCIÓN

Preocupadas por la necesidad de implantar el diagnóstico enfermero como instrumento útil de trabajo en el campo asistencial, un grupo de profesoras de esta Escuela y un colectivo de enfermeras asistenciales del Complejo Hospitalario Regional de Málaga estamos llevando a cabo una experiencia conjunta para realizar de la forma más metodológica y traumática posible tal implantación.

OBJETIVO

Identificar los problemas interdependientes y/o los diagnósticos de enfermería que con mayor incidencia se producen en dos unidades asistenciales escogidas como lugar de pilotaje, para posteriormente diseñar, de acuerdo con la metodología escogida los protocolos y/o el plan de cuidados correspondiente.

METODOLOGÍA

- Curso teórico previo de 30 hrs de duración.
- Seminarios mensuales: 1 al mes para profundizar, discutir y consensuar conceptualizaciones enfermeras que consideramos muy importantes: filosofía enfermera, modelo a adoptar,....
- Reuniones de trabajo periódicas, cada 1 – 2 semanas, para a partir de una lista indiferenciada de problemas elaborada por las enfermeras asistenciales, ir desmenuzando paso a paso, en base a la definición de Problema interdependiente/ Diagnóstico enfermero, el grupo al que pertenecía cada uno. Para los problemas interdependientes elaboramos protocolos de intervención. Para los diagnósticos de enfermería diseñamos instrumentos eficaces de valoración que permitan identificar con certeza la existencia de los diagnósticos posibles para posteriormente elaborar el plan de cuidados correspondiente

RESULTADOS

- En las dos unidades hemos elaborado la lista de "problemas" posibles.
- En la unidad I, los hemos diferenciado en los dos grupos reseñados, aunque mantenemos alguna duda. En la unidad II, estamos en este paso pues las dudas son mayores.
- En la unidad I, hemos elaborado los protocolos enfermeros de cuidados correspondientes. Hemos seleccionado los diagnósticos enfermeros y estamos en fase muy avanzada del diseño de un instrumento de valoración que nos permita, en función de la presencia o ausencia de las características definitorias de las etiquetas diagnósticas seleccionadas fundamentar la formulación de los mismos.

CONCLUSIONES

Quizá cuantitativamente hablando hasta ahora podamos aportar pocas, pero el grado de satisfacción expresado por ambos colectivos ha sido valorado de muy alto; se ha roto el divorcio docentes-asistenciales y estamos cada día más convencidas de que, quizá con algún ajuste metodológico, este es un sistema correcto de trabajo para obtener resultados eficaces.

Título: EVOLUCIÓN DE LA APLICACIÓN DEL PAE EN LOS ESTUDIANTES DE ENFERMERÍA EN SU PRÁCTICA CLÍNICA

Autores: Zaragoza Salcedo, Amparo; Narvaiza Solís, M^a Jesús; Udobro San Gregorio, Rosa; Senosiain García, Juana M^a.

Centro de Trabajo: EUE Universidad de Navarra

INTRODUCCIÓN

Entre los métodos educativos que ayudan al alumno a pensar críticamente, resolver problemas e integrar teoría y práctica está el estudio de caso. Los alumnos realizan un caso práctico aplicando el PAE a un paciente (H^a de enfermería) en las prácticas de Fundamentos y E. Médico-Quirúrgica. Queremos averiguar si esto ayuda a comprender /aplicar el PAE.

OBJETIVOS

- 1- Conocer si los alumnos de 2º curso mejoran en la comprensión-utilización del PAE, con respecto a 1º.
- 2- Averiguar la evolución que tienen de 1º a 2º curso, en su percepción sobre la aplicación del PAE.
- 3- Determinar las mejoras a realizar desde la docencia.

MATERIAL Y MÉTODOS

Sujetos de Estudio: De 187 alumnos que realizaron una H^a de enfermería y un cuestionario sobre el PAE en 1º y 2º curso, se eligen al azar 40 estudiantes respecto al cuestionario, y 44 en relación a las H^a de enfermería.

Material: 1- Cuestionario: (en total 80 cuestionarios). 2- H^a de Enfermería elaboradas por las mismas alumnas en 1º y 2º (en total 88 H^a de Enfermería).

Método: Análisis a posteriori: 1- Estudio de las preguntas: identificando aspectos positivos y dificultades vistas por los alumnos al aplicar el PAE. Se utilizó el Test de Contingencia Chi cuadrado de Pearson (SPSS);

2- Estudio comparativo de la aplicación del PAE realizado en 1º y 2º curso: Se utilizan los mismos criterios para considerar correctas las distintas etapas. Los datos obtenidos se evaluaron porcentualmente respecto a si los alumnos mejoran, siguen igual o empeoran en la aplicación del PAE.

RESULTADOS

Preguntas abiertas: En la evolución de 1º a 2º el mismo nº de alumnos (80%) cree que la aplicación del PAE ayuda a conocer de forma integral al paciente y un 30% a integrar teoría-práctica. Existe una diferencia significativa ($p=0,0004$) en otros aspectos: flexibilidad en su uso y mejora de la relación con el paciente. En 2º curso el PAE les ayuda a organizar cuidados y ser más responsables. En 1º curso el 37,5% refiere dificultades para elaborar la H^a, y un 20% desconocimiento de patologías. Tanto en 1º como en 2º coinciden en la dificultad de realizar correctamente las etapas del PAE. **Historias de enfermería:** El 56,8% del total enuncia bien los diagnósticos; de éstos, el 64% mejora todo el PAE, y el 36% presenta deficiencias formales. Sin embargo, el 43,2% del total mantiene/aumenta deficiencias, de ellos el 21,1% tiene errores de concepto en el proceso diagnóstico.

CONCLUSIONES: 1- La realización de una H^a de enfermería es muy positiva para el aprendizaje del PAE;

- 2- Las respuestas de los alumnos indican mayor comprensión/dominio en el uso del PAE en 2º curso;
- 3- Más de la mitad enuncia los diagnósticos correctamente en 2º, y la mayoría de ellos mejoran además en otras etapas del PAE;
- 4- El resto de los alumnos mantiene deficiencias o errores en la aplicación del PAE;
- 5- Es necesaria la enseñanza del PAE como un proceso dinámico, centrado en la individualidad de la persona en una situación real.

Título : ESTRATEGIAS DE INTERVENCIÓN PARA EL DESARROLLO PROFESIONAL

Autores: Acebedo Urdiales, S; Rodero Sánchez, V; Vives Relats, C.

Centro de Trabajo: EUE Universidad Rovira i Virgili

INTRODUCCIÓN

Esta comunicación es el resultado de una investigación previa sobre el momento actual del ejercicio profesional, la cual nos ha permitido analizar la situación y poner en marcha junto con diferentes instituciones, estrategias de intervención que permitan un trabajo en común que posibilite el desarrollo profesional.

OBJETIVOS

Tiene como objetivo presentar el trabajo sobre la implantación de estándares de cuidados y gestión de casos que estamos llevando a desarrollando docentes de la URV con profesionales del ICS (Áreas Básicas) e instituciones hospitalarias (Pius Hospital de Valls) y geriátricos (Residencia Alt Camp).

MATERIAL Y MÉTODOS

En principio este trabajo se inició con la gestión de casos que se trabajaba con el modelo de Virginia Henderson y los diagnósticos de la NANDA.

Con esta primera inmersión no obtuvimos los resultados previstos. En el análisis de los motivos encontramos que cuatro podrían ser las dificultades:

- La falta de situaciones de cuidados estandarizados que sirvieran de guía.
- Las dificultades en la recogida de información (valoración e historia).
- La falta de conocimientos en cuanto a las fuentes de dificultad.
- La identificación de las intervenciones que desde nuestra disciplina podemos aportar en la resolución de los problemas de salud.

A partir del análisis de las dificultades iniciamos las estrategias que estamos siguiendo en estos momentos y que se concretan en los siguientes puntos que se desarrollan a lo largo de la comunicación:

- 1- Análisis y/o valoración de las necesidades y demanda de cada uno de los centros.
- 2- Puesta en práctica de un plan de acción, diferente para cada centro:
 - Formación en grupos reducidos.
 - Elaboración conjunta de estándares centrados en situaciones de cuidados y estudio de diagnósticos prevalentes.
 - Sesiones clínicas en las que se estudia según el centro de estándares, la valoración o la intervención.
- 3- Puesta en marcha de un curso de postgrado de 150 horas, dirigido a aquellos profesionales interesados en la profundización de las fuentes de dificultad, la comunicación terapéutica y la gestión de procesos.

RESULTADOS OBTENIDOS

En este momento estamos elaborando guías de planes de cuidados estandarizados por grupos de trabajo y unidades de servicio.

En algunas unidades se están implantando y validando los planes de cuidados estandarizados.

Al mismo tiempo se está estudiando cómo adaptar y/o cambiar la documentación que existe en cada centro al nuevo sistema de trabajo.

De forma simultánea se realizan las sesiones clínicas para reconducir el proceso.

DISCUSIÓN Y CONCLUSIONES

La demanda por parte de las instituciones y la disponibilidad de los profesionales refleja un cambio en las actitudes desde una intervención pasiva centrada en la rutina hacia una intervención más activa de análisis y de reflexión de lo que hacemos y cómo lo hacemos.

Podemos afirmar que se está iniciando un proceso de avance de la disciplina.

Título: MÉTODO PARA LA ESTANDARIZACIÓN DE PLANES DE CUIDADOS ENFERMEROS EN BASE A DIAGNÓSTICOS DE ENFERMERÍA EN EL HOSPITAL MUNICIPAL DE BADALONA.

Autores: Paqui Pérez y equipo de trabajo: 20 enfermeras del Hospital Municipal de Badalona, y tres profesores EUE Sant Joan de Déu.

Centro de Trabajo: EUI San Juan de Déu y Hospital Municipal de Badalona

INTRODUCCIÓN: El método que presentamos está enmarcado en el proyecto de colaboración entre el Hospital Municipal de Badalona y la EUI Sant Joan de Déu para elaborar una sistemática de trabajo enfermero propio. Se expone el trabajo de análisis efectuado por un grupo de enfermeras asistenciales y docentes, que ha de culminar en la puesta en marcha de la estandarización y adaptación individualizada de planes de cuidados enfermeros; acompañado todo ello por el plan de sistemas informático integral del hospital mediante la historia clínica electrónica del cliente, que favorece la agilidad y efectividad en la resolución de los procesos asistenciales.

OBJETIVO:

- Identificar las actividades enfermeras autónomas e interdependientes.
- Estandarizar planes de cuidados enfermeros en base a los diagnósticos de enfermería y a la adopción del modelo de la Dra. V. Henderson.
- Elaborar la documentación necesaria.
- Implantar el dossier de cuidados.
- Controlar y evaluar el proceso de cambio.

MATERIAL Y METODOS.

MARCO TEÓRICO: Modelo conceptual de V. Henderson, DdE Taxonomía diagnóstica de NANDA.

MUESTRA: 460 pacientes del HMB representantes de todas las unidades de enfermería, Medicina Interna, Cirugía, Urgencias y Quirófanos.

1ª PARTE INDUCTIVA : Descripción de las actividades autónomas e interdependientes en la muestra . Inducción de los DdE a partir del análisis cuantitativo y cualitativo de las actividades de cada caso recogido.

2ª PARTE DEDUCTIVA: Contrastación empírica de los DdE surgidos en la etapa anterior

_ Validación de los DdE. Estandarización de los planes de cuidados.

3ª Elaboración del dossier de cuidados.

4º Informatización de los planes de cuidados.

5º Implantación , seguimiento y análisis del cambio .

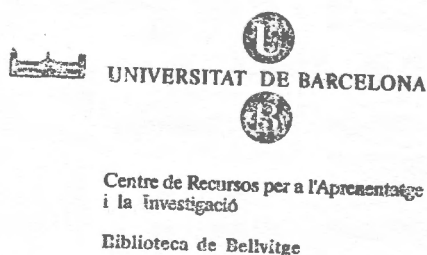
6º Establecer mediadas correctoras si procede.

DISCUSIÓN

Avance de resultados de la 1ª parte Inductiva.

CONCLUSIONES

Avance de la 1ª parte Inductiva.



Título: DIAGNÓSTICO ENFERMERO EN DIABÉTICOS CONTROLADOS EN ATENCIÓN PRIMARIA.

Autores: Duarte Clíments, G., Montesinos Afonso, N.

Centro de Trabajo: Gerencia de Atención Primaria de Tenerife, C.S Santa Úrsula

INTRODUCCIÓN.

La Diabetes tiene una prevalencia en Canarias superior a la media nacional, por ello es un problema prioritario en el Plan de Salud de nuestra comunidad autónoma. El diagnóstico enfermero es un descriptor de los problemas de salud que presentan los pacientes distintos a su patología.

OBJETIVOS.

Conocer los diagnósticos enfermeros más prevalentes en pacientes diabéticos controlados en consultas de enfermería comunitaria.

MATERIAL Y MÉTODO

Utilizamos una valoración individual por patrones funcionales y diagnósticos enfermeros (NANDA I), seleccionados y consensuados por un grupo de 40 enfermeras comunitarias de nuestra Gerencia. Se aplica en 74 pacientes diabéticos de un total de 181.

RESULTADOS.

60,8% mujeres con edad media de 63,6 años, 39,2% hombres con edad media de 64,5. Según tipo de Diabetes 3 DM tipo I, 71 DM II (21 insulinotratados). Media de DdE por paciente 5,7. DdE más prevalentes:

- Alteración de la nutrición por exceso 66 %.
- Dolor 45 %.
- Incumplimiento del tratamiento:dieta, ejercicio, medicación, 45 %.
- Alt. senso-percep.: visual, auditiva, sensibilidad pies, 31 %.
- Alt. del patrón del sueño, 29,7 %.
- Sobreesfuerzo del rol de cuidador, 24,3 %.

CONCLUSIONES.

A partir de los problemas más frecuentes, surge un perfil distinto del diabético. ¿ Debemos enfocar nuestra atención en estos problemas ? El DdE refleja problemas del paciente.

Título: LOS DIAGNÓSTICOS DE ENFERMERÍA EN ATENCIÓN PRIMARIA DE SEGOVIA

Autores: M^a Teresa Vaticón Fernández y Teresa Gordaliza Rodríguez

Centro de Trabajo: C. S. San Pablo (VA) y C.S. Segovia Rural (SG).

INTRODUCCIÓN

Es indiscutible la importancia de los Diagnósticos de Enfermería y las muchas ventajas que éstos aportan.

OBJETIVOS

Los objetivos de nuestro trabajo son saber qué conocimientos tienen las enfermeras de Atención Primaria en Segovia sobre los D.E., si se utilizan en la práctica diaria, y cuáles son las dificultades que se encuentran para su utilización.

MATERIAL Y MÉTODO

Este trabajo se llevó a cabo mediante la elaboración de un cuestionario que se pasó a todo el personal de enfermería durante los meses de Diciembre de 1997 y Enero de 1998.

RESULTADOS

De los 116 cuestionarios enviados se obtuvo una respuesta del 70,68%. Los principales resultados obtenidos son:

- El 92,68% de las enfermeras tienen conocimientos sobre los D.E.
- Los D.E. están poco implantados en la Atención Primaria de Segovia.
- Las principales dificultades para trabajar con D.E. son conocimientos insuficientes, dificultad para su elaboración y falta de práctica.

CONCLUSIÓN

Los encuestados sugieren más información, más formación y mayor apoyo a todos niveles.

Título: DdE EN NIÑOS DE 2 A 5 AÑOS INCLUIDOS EN EL PROGRAMA DEL NIÑO SANO.

Autores: Montesinos Afonso, N., Pérez Díaz, G., Duarte Clíments, G.

Centro de Trabajo: Centro de Salud de Sta. Úrsula. Tenerife

INTRODUCCIÓN.

Entre los objetivos prioritarios de la Atención Primaria de Salud están la promoción de la salud y la prevención de la enfermedad, esto es especialmente importante en la población infantil. En este sentido, los programas del Niño Sano y de Vacunación Infantil han alcanzado coberturas superiores al 90 % en nuestra Comunidad, Canarias. En este trabajo hemos introducido la metodología diagnóstica en ambos programas para mejorar nuestra eficacia en la detección de problemas de salud.

OBJETIVOS

Conocer los DdE más frecuentes en una población infantil de 2 a 5 años incluidos en el Programa del Niño Sano.

MATERIAL Y MÉTODO

Se estudió un cupo de pediatría del C.S. Laguna - Geneto, en la zona norte del Area de Salud de Tenerife. En este cupo hay 191 niños de 2 a 5 años incluidos en el Programa del Niño Sano, de los cuales fueron revisados para este estudio 63 niños.

Se aplicó una valoración estandarizada por patrones funcionales de salud, previamente consensuada por un grupo de enfermeras comunitarias. Se utilizaron las etiquetas diagnósticas de la Taxonomía NANDA I.

RESULTADOS

Los 63 niños representan el 33 % del total, de ellos 31 son niños y 32 niñas.

Se obtuvieron 74 DdE en total, con una media de 1,73 por niño.

Los patrones funcionales que generaron más etiquetas - problema fueron el Nutricional - Metabólico 2,43 %, el de Eliminación 12,16 % y el de Reposo - Sueño 6,7 %.

Por etiquetas diagnósticas las más frecuentes fueron:

- Alteración de la nutrición por exceso, defecto o potencial: 24,32 %.
- Conductas generadoras de salud: 21,6 %.
- Alteración de la eliminación: estreñimiento, incontinencia fecal o urinaria: 12,16 %
- Alto riesgo de asfixia: 10,8 %.
- Alto riesgo de deterioro de la integridad cutánea: 8,1 %.
- Alteración del patrón del sueño: 6,75 %.

Agrupando las etiquetas según diagnósticos de salud, de riesgo y de problemas reales:

- Conductas positivas: 21,6 %.
- Riesgo de problemas: 24,3 %.
- Problemas reales: 54,1 %.

CONCLUSIONES

En coherencia con el programa del niño sano, hay pocas etiquetas que reflejen problemas por niño. Esto viene a subrayar el papel preventivo y de promoción de la salud de la enfermera - 45,3 % de diagnósticos positivos o de riesgo -.

Creemos que es necesario investigar de forma específica en DdE aplicado a niños en el ámbito de la enfermería comunitaria. Consideramos que el DdE es una metodología útil para detectar y describir problemas de salud en atención primaria.

Título: DIFERENCIAS ENTRE LA ENFERMERÍA HOSPITALARIA Y LA COMUNITARIA EN LA IDENTIFICACIÓN DE LOS DIAGNÓSTICOS DE ENFERMERÍA

Autores: Salvadores, P; Campos, L; Díaz, M^a S; Uliarte, M^a R.

Centro de Trabajo: EUE Universidad del País Vasco

INTRODUCCIÓN

Fry insistía en la necesidad de individualizar los cuidados. A partir de entonces, y especialmente hasta los años setenta, ha habido continuos debates y confusiones sobre el uso del término "diagnóstico" y las connotaciones médicas que implicaba (Carlson, *et al*, 1985).

Según Gordon, cuando hablamos de diagnósticos de enfermería, nos estamos refiriendo a los problemas de salud reales o potenciales, que las enfermeras, en virtud de su formación y especificidad están capacitadas y autorizadas a tratar.

Por otra parte, la Enfermería ha ido ampliando su campo laboral, y esto ha tenido importantes consecuencias para la profesión.

Nuestros **objetivos** eran conocer si la Enfermería identifica los diagnósticos de Enfermería, como nomenclatura propia o si de lo contrario no conoce la formulación de los mismos, y si existen diferencias según el ámbito laboral.

HIPÓTESIS

- El grado de identificación de los D.d.E., en general, es bajo.
- La enfermería comunitaria presenta mayor nivel de identificación de los D.d.E. que la enfermería hospitalaria.

METODOLOGÍA

Nuestro estudio se ha realizado a través de un **cuestionario**. A los encuestados se les dio una lista de Diagnósticos de Enfermería aprobados por la NANDA, en ella tenían que indicarnos si se trataban cada uno de ellos de Diagnósticos de Enfermería, signos o síntomas, o bien eran Diagnósticos Médicos o ninguno de los anteriores.

RESULTADOS

- En general, existe un elevado índice de error al identificar los Diagnósticos de Enfermería.
- Existen diferencias significativas entre los dos grupos, enfermería hospitalaria y comunitaria, siendo ésta misma la que mejor identifica los D.d.E.

DISCUSIÓN Y CONCLUSIONES

El profesional de enfermería ha sufrido un largo proceso de interiorización del patrón médico, lo cual le impide poder identificar correctamente los D.d.E. como nomenclatura propia. La Enfermería hospitalaria es la que más organiza los cuidados en torno al Diagnóstico Médico.

La relación entre D.d.E. responsabilidad y autonomía es obvia, además de fundamental.

Título: EVOLUCIÓN HISTÓRICA DEL DIAGNÓSTICO DE ENFERMERÍA EN ESPAÑA

Autores: Fco. Javier Pérez Rivera, M^a Paz Castro González, Antonio Sánchez Vallejo

Centro de Trabajo: EUE de León. CdeS San Andrés. Hospital Psiquiátrico Sta. Isabel

INTRODUCCIÓN

El Diagnóstico de Enfermería que debe servir de impulsor de nuestras competencias, tiene ya una historia en nuestro país, esa es la que pretendemos recuperar y poner en común a través de este trabajo.

Cuyo objetivo es conocer la evolución de la producción científica en diagnósticos de enfermería.

MATERIAL Y MÉTODOS

Estudio cuantitativo y cualitativo descriptivo retrospectivo a través de la revisión manual de los artículos sobre diagnósticos de enfermería o planes de cuidados publicados en ROL, Enfermería Clínica y Enfermería Científica desde la aparición de estas revistas utilizando índices bibliométricos y análisis cualitativo.

RESULTADOS

Encontramos 64 artículos siendo el lugar de trabajo fundamental las E.U.E. 66% seguidos de Atención Primaria 17% y Hospital 15%. En los últimos años se incrementa los autores de Atención Primaria.

El tipo de diseño es de revisión y comentarios en 44%, originales 39%, casos clínicos 13%, protocolos 7%. En los últimos años está aumentando el número de originales.

El área temática corresponde con un 20% para cada uno a Proceso de Atención de Enfermería en general, valoración y diagnósticos. Ultimamente se escribe más sobre diagnósticos.

En cuanto a los autores de referencia son fundamentalmente Maslow, Campbel, Carpenito, V. Henderson, Oren, Alfaro, Gordon, Kim. En los últimos tiempos, se sigue a autores españoles como Marta Durán o M^a Teresa de Luis.

El marco conceptual dominante es el de Virginia Henderson, también modelos de autocuidados y en algún caso modelos holísticos. En los artículos más antiguos aparecen modelos biomédicos.

CONCLUSIONES

Se ha evolucionado de artículos escritos por profesoras explicando los conceptos del PAE a un mayor peso de los artículos originales y escritos desde profesionales asistenciales fundamentalmente de Atención Primaria.

Título: ECOS DE LOS DE EN LAS PUBLICACIONES DE ENFERMERIA

Autores: Barquero Gonzalez , A.; Marquez Garrido M.; Carrasco Acosta MC.; Macias Rodríguez, AC; Feria Lorenzo, DJ.

Centro de Trabajo: EUE de Huelva . Hospital Infanta Elena deHuelva.

INTRODUCCIÓN

El objeto de nuestra comunicación es el de analizar la producción existente, en los medios de difusión enfermera, relacionada con los DdE.

Planteados desde hace más de cuatro décadas (desde 1973), no será hasta 1990 cuando la NANDA defina el término Diagnóstico de Enfermería. Durante todos estos años los Diagnósticos enfermeros han sido objeto de estudio, debate y difusión por parte de éste colectivo, el resultado ha sido muy variopinto convirtiéndose para numerosos profesionales en una herramienta de trabajo indispensable; para otros, en tema de debate y experimento y en otros muchos casos los DdE aún siguen siendo objeto de análisis no llegando a ser aceptados. Somos conscientes de que toda innovación produce rechazo en un primer momento, pero esto debe ser analizado por el colectivo afectado y debe salir a la luz en los medios que más difusión y alcance tienen dentro del mismo.

OBJETIVOS

Revisar la producción enfermera en las principales revistas de difusión de Enfermería desde 1982 a la actualidad.

Analizar los términos referidos al PAE y más concretamente el relacionado con la etapa diagnóstica y la evolución (léxico, conceptos, definiciones, aplicabilidad) sufrida durante estos años.

Observar el tipo de artículos aparecidos, analizando cuántos son referidos a conceptualizar sobre los DdE y cuántos dedicados a diagnósticos específicos.

Describir el origen de las publicaciones (docentes, asistenciales de AP de AE)

MATERIAL Y MÉTODO

Tipo de estudio: Descriptivo

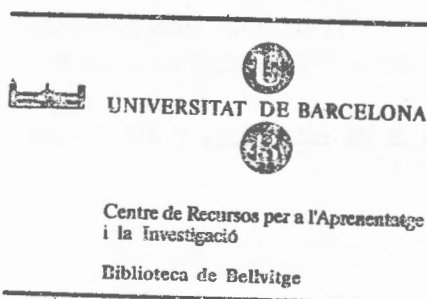
Metodología: Análisis de contenido

Material analizado: Revistas Rol de Enfermería, Nursing, Enfermería Científica, Index de Enfermería, Revista internacional de Enfermería ICN, Hygia, Enfermería Radiológica, Enfermería Intensiva, BEC, Enfermería Actualidad, Enfermería Andaluza, Enfermería Integral, Sesiones para la Salud, BI de la SEEN, Cuadernos de Enfermería, Cosas de Enfermería, Escuela de Enfermería, Profesión Enfermería, Revista de Enfermería.

Base de Datos: TESEO (MEC), HealthStar, Medline

RESULTADOS Y CONCLUSIONES

En la actualidad estamos en la fase de análisis de datos, por lo que nos es imposible adelantar los resultados ni las conclusiones.



Título: EL CONSENSO COMO ESTRATEGIA DE IMPLEMENTACIÓN DEL DIAGNÓSTICO ENFERMERO.

Autores: Duarte Climents, G.; Montesinos Afonso, N

Centro de Trabajo: C.S. Santa Ursula. Tenerife

INTRODUCCION

El Diagnóstico enfermero es un proceso con distintas estrategias para su implementación práctica. Creemos que el consenso profesional mediante técnicas de discusión en grupo y grupos nominales es una vía eficaz para llevar a la práctica el diagnóstico en enfermería comunitaria.

OBJETIVOS:

Consensuar una valoración estándar para el adulto y el niño.

Seleccionar etiquetas de uso preferente para el DdE en enfermería comunitaria.

MATERIAL Y METODO:

Se invitaron a participar en el proceso a 40 enfermeras comunitarias. Se les suministró bibliografía y formación básica conceptual.

Procesos en grupos de 5 - 8 profesionales sobre valoración y etiquetas, después consenso en gran grupo.

RESULTADOS OBTENIDOS:

Valoración estándar por patrones funcionales para el adulto y el niño en enfermería comunitaria.

64 etiquetas seleccionadas de la Taxonomía NANDA 1 como de uso preferente en enfermería comunitaria.

CONCLUSIONES:

El consenso mediante técnicas grupales es una vía válida para implementar el proceso diagnóstico en enfermería comunitaria.

Título: CUIDADOS A PACIENTES DIABÉTICOS EN HOSPITALIZACIÓN A DOMICILIO

Autores: Rosa Fernández Grande y colaboradoras.

Centro de Trabajo: Unidad de Hospitalización a Domicilio, Hospital Marina Alta. Denia .Alicante

INTRODUCCIÓN

Tras sucesivos ingresos de pacientes diabéticos en la unidad de Hospitalización a Domicilio, y en los cuales se identifican alteraciones en determinadas necesidades que se repiten significativamente; se decide elaborar un plan de cuidados estandarizado que facilite y agilice la atención en los aspectos mas coincidentes.

OBJETIVOS

- Garantizar una atención homogénea a estos pacientes.
- Adoptar un lenguaje común en el equipo de atención.
- Clarificar el plan aplicado a el relevo sanitario correspondiente (centro de salud, planta de hospitalización y otros).

MATERIAL Y MÉTODO

Con el propósito de revisar los problemas hallados y las actividades empleadas para su resolución se realiza a través de las Historias Clínicas, un estudio retrospectivo y descriptivo sobre la identificación de diagnósticos de enfermería emitidos y plan de cuidados aplicado a los pacientes con diabetes mellitus insulino dependiente ingresados el último año en la unidad de Hospitalización a Domicilio.

Características de la muestra:

- Son un total de 40 casos que significan un 10% del global de ingresos de la unidad.
- Tienen como diagnóstico médico principal o asociado el de diabetes mellitus insulino dependiente.
- Su edad media es de 58,3 +/- 12,5

RESULTADOS

Los diagnósticos identificados mas frecuentes, han sido:

- Riesgo de alteración de la glucemia relacionado con desequilibrio metabólico: 95%
- Déficit de conocimientos relacionado con técnicas de autoinyección y autoanálisis: 80%
- Déficit de conocimientos relacionado con cuidados generales de la diabetes: 80%
- Déficit de conocimientos relacionado con dieta, ejercicio físico e insulina: 75%

Se describen los objetivos definidos en cada diagnóstico y las actividades empleadas para la consecución de los mismos.

Se acuerda la programación y secuencias de visitas domiciliarias para la aplicación del plan.

Se presenta el documento en sesión de enfermería, quedando incorporado en la práctica diaria como plan de cuidados estandarizado para estos procesos.

CONCLUSIONES

- La aceptación de los diagnósticos es unánime ya que han sido emitidos por las propias enfermeras de la unidad.
- A nivel asistencial, facilita la aplicación de actividades homogéneas ante procesos parecidos.
- Mejora la adecuación al personal de nueva incorporación a la forma de trabajo de la unidad.
- Permite evaluar resultados con más facilidad.
- Facilita el relevo sanitario al concretar, diagnósticos, actividades y resultados en el informe de enfermería al alta.

Título: ESTUDIO DE DOS DIAGNÓSTICOS DE ENFERMERÍA: ALTERACIÓN EN LOS PATRONES DE LA SEXUALIDAD Y TEMOR EN UN PACIENTE DE 23 AÑOS (A.B.S) , TRATADA CON BRAQUITERAPIA ENDOCAVITARIA

Autores: Brao, I; Arnaiz, G; Bellobi, C; Sánchez, A.

Centro de trabajo: Institut Català d'Oncologia. Barcelona

INTRODUCCIÓN

El trabajo que desarrollamos describe la aplicación del Proceso de Atención de Enfermería en una paciente de 23 años diagnosticada de Adenocarcinoma de células claras tratada con Braquiterapia endocavitaria mediante la implantación de un molde vaginal personalizado utilizando como radioisótopo el Iridio 192. Hemos seguido el modelo de Virginia Henderson para la recogida de datos y hemos utilizado las etiquetas diagnósticas de la NANDA para la formulación del diagnóstico enfermero. El PAE ha seguido las etapas de: valoración y diagnóstico, planificación y ejecución de resultados.

OBJETIVO

El objetivo de este trabajo es explicar cómo además de aplicar un plan de cuidados estandarizado, éste se ha individualizado tras la detección de dos diagnósticos enfermeros:

Temor y Alteración en los patrones de la sexualidad.

MATERIAL Y MÉTODO

Antes del ingreso la paciente fue citada a la consulta de enfermería dónde se realizó una entrevista estandarizada de enfermería. Tras el ingreso, debido a que enfermería no tenía la información suficiente para la elaboración de un plan de cuidados, se elaboró una segunda entrevista individualizada para la paciente y la familia. Tras el alta, se siguió citando a la paciente y la familia a la consulta de enfermería y se realizaron cuestionarios telefónicos.

RESULTADOS

Mediante el apoyo psicológico por parte de enfermería se logró la realización del tratamiento. La educación sanitaria sobre sexualidad permitió que la paciente expresara sus preocupaciones y disminuyó la angustia y el miedo. La implicación de la familia en el proceso ha supuesto una mejor relación/comunicación paciente-familia.

CONCLUSIONES

La aplicación del modelo de V. Henderson y la interrelación entre cada una de las 14 necesidades nos han sido necesarias para poder valorar el estado de la paciente como un todo y considerarla como un ser humano único y complejo con componentes biológicos, psicológicos, socio-culturales y espirituales. El uso de diagnósticos enfermeros según una taxonomía nos parece una forma unificada de trabajar. La entrevista de enfermería es un buen método para la recogida de datos y para poder, mediante un análisis, detectar los posibles problemas.

La planificación de cuidados al alta y un seguimiento de éstos es, también, un buen método para completar todo el proceso.

Título: ANÁLISIS DE LA ANSIEDAD EN UN PACIENTE CON UN PROCESO TUMORAL

Autores: Sáinz Otero, Ana. Costa Alonso, Cristina. Alcalá Rodríguez, Adela. Manjavacas Ruiz, Ana

Centro de Trabajo:*E.U. Ciencias de la Salud. U. de Cádiz / **H. U. Puerta del Mar. Cádiz

INTRODUCCIÓN

El análisis de ansiedad que vamos a realizar es sobre un adolescente con un proceso tumoral endocraneal. En este caso la enfermera, enfoca su estudio y cuidado desde una perspectiva holística, para poder resolver los problemas físico y psicosociales del paciente, brindándole el apoyo, cuidado y ayuda necesaria tanto a él como a su familia, dirigidos primordialmente a reducir el "miedo" y "ansiedad" que están siempre presentes en las enfermedades oncológicas.

OBJETIVOS

- 1) Reconocer e identificar situaciones desadaptativas de la enfermedad.
- 2) Utilizar criterios reales para el diagnóstico de enfermería ante la ansiedad.
- 3) Manejar los efectos psicológicos y emocionales en el paciente con ansiedad.
- 4) Ayudar al enfermo y familia a afrontar la situación.

MATERIAL Y MÉTODO

- 1) Realización de un estimado de salud que nos evidencie la situación de R.S.M. y su familia.
- 2) Análisis de la etapa de desarrollo de R.S.M. a la luz de las teorías de Piaget y Erikson.
- 3) Establecimiento del nivel de ansiedad de R.S.M. según Peplau.
- 4) Determinación de los cuidados sobre la ansiedad real y potencial para el paciente y su familia.

RESULTADOS

- 1) La enfermedad en R.S.M., aparte de los problemas físicos, está teniendo repercusiones psíquicas y sociales como problemas de autoimagen, de interrelación con sus iguales y de afectación del entorno familiar.
- 2) Siguiendo las teorías de Piaget R.S.M. se encuentra en la fase de desarrollo de operaciones formales y según Erikson en la quinta edad de desarrollo.
- 3) El paciente y su familia están pasando por un nivel de ansiedad severo, según Peplau.
- 4) Los cuidados sobre la ansiedad real o potencial los tenemos que basar en tres puntos:
 - * Ganarse la confianza del paciente.
 - * El paciente y familia deben ser orientados a autoreconocer su ansiedad.
 - * Adiestrar al paciente y familiar en el empleo de técnicas que hagan disminuir su ansiedad.

CONCLUSIONES

Todas las personas en algún momento de la vida sufren ansiedad; el manejo de las etapas de crecimiento y desarrollo son muy importantes en el conocimiento de la conducta humana, por tanto el conocer las características propias de la etapa adolescente, nos ayudará a comprender ciertas conductas ansiosas producto de esta etapa.

La enfermedad como fuente generadora de ansiedad, afecta a la esfera biopsicosocial de la persona. La hospitalización afecta a los niveles de ansiedad tanto del adolescente como de su familia.

Título: APLICACIÓN DE UNA METODOLOGÍA DE DIAGNÓSTICOS ENFERMEROS EN UNA ZONA BÁSICA DE SALUD

Autores: Fernández, P.; Gómez, C.; Martínez, A.; Rico, M.; Urrea, ML

Centro de Trabajo: Centro de Salud Fronteras. Torrejón de Ardoz . Madrid

OBJETIVOS

General: Describir los resultados obtenidos de la aplicación de una metodología de diagnósticos enfermeros durante tres años en una Zona Básica de Salud.

Específicos:

1. - Describir las características de la población donde se han identificado problemas enfermeros.
2. - Describir la utilización del Proceso de Atención de Enfermería para la identificación y tratamiento de los problemas enfermeros.
3. - Describir la eficacia de esta metodología en la resolución de los problemas enfermeros planteados.

MATERIAL Y MÉTODO

Tipo de estudio: Descriptivo-retrospectivo

Población de estudio: Diagnósticos enfermeros formulados por las enfermeras de los equipos de Fronteras I y II, desde 1995 a 1998.

Ambito de estudio:

- Temporal: 1995-1998.

- Geográfico: Zona Básica de Salud "Fronteras" en Torrejón de Ardoz (Madrid).

1. -Búsqueda y extracción de la muestra de estudio del total de los diagnósticos enfermeros comunicados en el periodo de tiempo del estudio.
2. - Diseño de una plantilla para la recogida de datos.
3. - Análisis de los datos obtenidos.
4. - Resultados y conclusiones

Fruto de la inquietud y necesidad de desarrollo de la enfermería en España, los profesionales de enfermería del Área III de Madrid, elaboraron un catálogo de diagnósticos enfermeros que recoge los problemas más comunes que identifican las enfermeras en la práctica asistencial.

Las etiquetas diagnósticas de este catálogo están enunciadas según la taxonomía NANDA y otras han sido elaboradas por los propios profesionales.

Tras tres años de aplicación de esta metodología, en el trabajo diario de las enfermeras de una Zona Básica de Salud perteneciente al Área III de Madrid, este estudio pretende describir y difundir los resultados obtenidos.

Título: EL PROCESO DESDE EL PRINCIPIO HASTA LOGRAR QUE EL DIAGNÓSTICO SEA UN INSTRUMENTO DE TRABAJO

Autores: E. Carrascal; P. Tina; I. Saracíbar; R. Serrano.

Centro de Trabajo: Clínica Universitaria. Universidad de Navarra

INTRODUCCIÓN

A finales de la década de los 80 existía en el equipo de enfermería la percepción de que algo debería mejorar en el modo de *cuidar* a los pacientes. Tuvimos en cuenta las características de nuestra Clínica, se realizan tratamientos y estudios diagnósticos con frecuencia complejos, la estancia del paciente es corta y además al ser un hospital universitario, contamos con la presencia de alumnos de enfermería y de medicina. Fue así como nos planteamos Qué hacer y cómo iniciar el cambio?.

Comenzamos por estudiar los documentos de enfermería, con el fin de analizar las actividades realizadas por las enfermeras en su trabajo diario. Vimos que los cuidados se establecían basándose en la intuición y en la experiencia clínica, pero sin una metodología, que permitiera conocer el motivo por el que se había establecido, o bien se suprimía o continuaba realizándose, hasta el alta del paciente. Decidimos en el año 1988-1989 implantar el Proceso de Atención de Enfermería en una Unidad de Medicina Interna y otra de Cirugía Cardiovascular.

Los pasos dados fueron los siguientes:

- 1- Cambios en la **organización del trabajo** de enfermería. Se asignó un número de pacientes a cada enfermera y se unificaron los registros de enfermería en una única carpeta para cada enfermo. La actividad de enfermería se centra en la valoración del paciente, planificación y ejecución de los cuidados, manejando los documentos de enfermería de forma integrada y delegando los aspectos burocráticos y de colaboración en las auxiliares de enfermería.
- 2- Cambios en la **documentación de enfermería** que nos sirvieran de base para obtener una metodología de trabajo más lógica y científica y que en un futuro nos permitiera unificar los registros de enfermería, e informatizar los cuidados. Iniciamos la planificación de cuidados de enfermería utilizando inicialmente sólo 37 etiquetas diagnósticas de la NANDA y clasificamos los cuidados de enfermería según Campbell: valoración/observación, terapéuticos y de educación/salud.
- 3- **Soporte educativo**. Se precisó de un apoyo continuado, para adquirir los conocimientos necesarios sobre el PAE y lograr que valoren el método científico como algo esencial, y a la vez, adquieran la destreza necesaria en su aplicación en la práctica diaria.

RESULTADOS

El objetivo final de la implantación del PAE, es que la enfermera asuma científicamente el cuidado y la documentación de cada paciente. Deseamos lograr una plantilla adiestrada en el método, que justifique conceptualmente las acciones de enfermería, preparando a cada profesional para ser un "factor de cambio" en el lugar de trabajo.

Logros

- **Organización del Trabajo:** Hemos logrado que cada enfermera asuma el cuidado integral del paciente. Distribuir las cargas del trabajo de enfermería y fomentar el trabajo en equipo entre enfermeras, auxiliares y alumnas de enfermería.
- **Documentación de Enfermería:** Se ha conseguido una mejora en el nivel científico de las acciones de enfermería, identificar el campo propio y adiestrarse en la aplicación del diagnóstico de enfermería. Hemos obtenido una Guía de Cuidados Estandarizados y planes de cuidados de los procesos más frecuentes.

- **Mejora Educativa:** Se ha establecido en la Unidad un programa de Formación Continuada que soporte conceptualmente la metodología en la práctica diaria.

Retos

- **Organización del Trabajo :** Lograr que los tiempos máximos de la enfermera estén adscritos a la atención directa/indirecta del paciente, procurando minimizar el tiempo dedicado al paso de visita médica.
- **Documentación de enfermería:** Lograr que las enfermeras plasmen por escrito las fases de su atención al paciente y logremos la informatización futura.
- **Lograr expertos:** Formar expertos en cada Unidad en la aplicación del PAE.

Título: ¿IDENTIFICAR EL ESTADÍO DE CAMBIO DE LA CONDUCTA HUMANA PERMITE ADECUAR LAS INTERVENCIONES PARA EL MANTENIMIENTO DE LA SALUD?

Autores: Beortegui Urdanoz, Elena; Canga Armayor, Navidad; Henriquez, M^a Ángeles; Martínez Sosa, Amalia.

Centro de Trabajo: E.U.E. Clínica Universitaria. Universidad de Navarra.

INTRODUCCIÓN

La morbi-mortalidad actual se debe a la exposición de factores de riesgo que están unidos a opciones libres de la conducta humana. Ésta no es estática, sino que pasa por diferentes fases evolutivas, hasta producirse el cambio definitivo. El papel educador de la enfermera consiste, en detectar las conductas insanas, identificar el estadio de cambio de las mismas y adecuar sus intervenciones para mejorar el mantenimiento de la salud.

OBJETIVOS

- 1- Identificar el estadio de cambio en que se encuentran los sujetos de la muestra.
- 2- Detectar las características singulares que definen cada uno de los estadios.
- 3- Adecuar las intervenciones de enfermería según el estadio de cambio detectado.

MATERIAL Y MÉTODO

- Muestra consecutiva: 40 pacientes diagnosticados de diversas patologías y a los cuales se les detectó uno o varios hábitos insanos, ingresados durante los meses de febrero y marzo en la clínica universitaria de Navarra.
- Material: Cuestionario con preguntas cerradas que incluye ítems sobre características sociodemográficas, historia de la enfermedad y del hábito insano, motivación para cambiar de conducta.
- Método: Revisión de la teoría "Estadios de Cambio de la conducta humana" (Prochaska y Di Clemente) y análisis de los resultados obtenidos en el estudio encuestacional realizado a todos los sujetos de la muestra.

RESULTADOS

De la muestra estudiada el 47,5% tenían hábito tabáquico, 15% alcohol, 22,5% transgresiones dietéticas, 2,5% falta de ejercicio físico y 12,5% más de un hábito insano. Respecto a los estadios de cambio destacamos que el 42,5% estaban en fase de Precontemplación, 12,5% Contemplación, 35% Acción, 5% Mantenimiento y 5% Recaída. Un dato a destacar es que el 85% recibió consejo médico explícito para abandonar el hábito. Los precontempladores consideran que el hábito no les perjudica y no se plantean dejarlo. Los contempladores comienzan a concienciarse del daño de su hábito y buscan información. En la fase de acción y mantenimiento la persona realiza los pasos necesarios para cambiar, busca relaciones de apoyo, recursos de ayuda, etc.

DISCUSIÓN Y CONCLUSIONES

El modelo de Prochaska y Di Clemente "estadios de cambio" permite adecuar las intervenciones de enfermería en el mantenimiento de la salud. La gravedad del diagnóstico mueve al paciente a pasar a la etapa activa de la acción, por lo que es un momento clave para intervenir y promover un cambio de conducta. Las intervenciones adecuadas a cada etapa son diferentes: en las primeras fases, se promueve un cambio de actitudes, en la fase de acción y mantenimiento la persona necesita ánimo, apoyo e instrucciones.

Título: DIAGNÓSTICO DE FATIGA: ESTUDIO COMPARATIVO EN NIÑOS ONCOLÓGICOS HOSPITALIZADOS

Autores: Navarro Martín, María E; Irigoyen Aristorena, M^a Isabel; Iriarte Goñi, Elena; Echezarreta, Silvina.

Centro de Trabajo: E.U.E. Clínica Universitaria. Universidad de Navarra.

INTRODUCCIÓN

La fatiga se define como el "El estado subjetivo en el que un individuo experimenta una sensación mantenida y abrumadora de agotamiento y disminución de la capacidad de trabajo físico y mental que no se alivia con el descanso"

En la planta de hospitalización de pediatría de la Clínica Universitaria de Navarra, se atienden a niños y adolescentes, que en una gran proporción padecen enfermedades oncológicas, ingresados para tratamiento farmacológico, radioterapia y/o cirugía mayor.

Los avances terapéuticos que se han producido hasta el momento, han permitido mejorar la calidad de vida de estos enfermos, pero debido a la intensidad con la que se aplican y a las características específicas de este grupo de edad, los periodos de hospitalización son frecuentes y en algunas ocasiones de larga duración, hecho que influye en el niño, en el cuidador y en la familia.

OBJETIVO

- 1- Determinar el grado de fatiga en el niño y en los padres.
- 2- Proponer una modificación en la atención de enfermería, para aumentar el bienestar familiar.

MATERIAL

Muestra: 19 niños y adolescentes ingresados en la planta de hospitalización de Pediatría de la Clínica Universitaria de Navarra y 19 cuidadores habituales (padre o madre).

Material: Escala visual de fatiga, adaptada al niño, que recoge la capacidad de trabajo físico y mental, dividiendo ésta última en el aspecto psicológico y la actividad intelectual.

Escala tipo Likert, que contiene 5 términos que describen los correspondientes grados o niveles de fatiga.

Ambas escalas fueron elaboradas por el equipo investigador.

Método: Revisión bibliográfica de las bases de datos Medline y Cinhal desde 1984 hasta el momento actual.

Estudio transversal, de dos muestras independientes, de variable medida en escala ordinal, aplicando el test de la U de Mann-Whitney.

RESULTADOS

Grado de fatiga de los niños: X niños=2,1053

Grado de fatiga de los padres: X

padres=1,9474

$U=176,5$

$p=0,9801$

DISCUSIÓN

- 1- El grado medio de fatiga de ambos grupos es 2.
- 2- No hay diferencias significativas entre la media del grado de fatiga de los padres y la de los niños.

CONCLUSIONES

- 1- La enfermedad oncológica en los niños y adolescentes, y en sus cuidadores, origina el diagnóstico de "Fatiga", con un grado similar entre ambos, aunque sería conveniente aumentar la muestra para lograr una mayor potencia del estudio.
- 2- Es posible establecer un instrumento objetivo de medida del nivel de fatiga.
- 3- La atención de enfermería debe modificarse para aumentar el bienestar de la familia del niño hospitalizado.

Título: INTRODUCCIÓN DEL USO DEL DIAGNÓSTICO DE ENFERMERÍA (D.E.) EN UN SERVICIO DE URGENCIAS (S.U.)

Autores: Pensado Freire, H; Candela Zamora, M.D.; Chamorro Díez, A; Fernández Carmena, L; Hernández Martín, C; Martínez Pastor, A.

Centro de Trabajo: Hospital Clínico. Universidad San Carlos. E.U.E. Fisioterapia y Podología (U.C.M.)

INTRODUCCIÓN

El uso del *Modelo Conceptual de D. Orem* y del D.E. en un S.U., nos parece esencial para la priorización en la atención del paciente en Urgencias, mejorando la resolución de los problemas vitales del enfermo. Además podría ser un excelente canal de comunicación con los diferentes Profesionales de Enfermería, facilitando la continuidad de la atención ya sea hacia Unidad de Hospitalización o Atención Primaria o S.U. Extrahospitalario.

OBJETIVOS

GENERAL: Introducir el uso del Diagnóstico de Enfermería en el S.U., para mejorar la continuidad de cuidados del paciente y unificar los criterios del Profesional de Enfermería; bajo el Modelo Conceptual de D. Orem.

ESPECÍFICOS: Elaborar un documento que permita la recogida de datos y la elaboración de una Historia de Enfermería en Urgencias; Facilitar una Valoración de Enfermería en Urgencias, que priorice la consecución de los cuidados y sea ordenada; teniendo en cuenta el Modelo Conceptual de D. Orem; Permitir el establecimiento del o los D.E. pertinentes; Aplicar el Modelo Conceptual de D. Orem en el S.U. y determinar el sistema de compensación aplicable a cada paciente.

MATERIAL Y MÉTODOS

Como nomenclatura de referencia, tomamos los Diagnósticos de la NANDA (Revisión 97-98), de los cuales los sometimos a discusión, discriminando los que no serían aplicables en Urgencias. Revisión bibliográfica y búsqueda de artículos en MEDLINE, referente al proceso diagnóstico enfermero. Revisión de Registros de Enfermería de Urgencias disponibles, de centros hospitalarios de Madrid y España.

RESULTADOS

La culminación de nuestro trabajo, fue la elaboración del documento Historia de Enfermería de Urgencias, el cual está ordenado del siguiente modo.

- Encabezamiento o filiación del paciente, con datos importantes a su entrada: antecedentes personales, motivo de consulta, entrega de objetos personales, alergias, procedencia.
- Valoración Primaria. Registro de constantes vitales ordenadas según prioridad de tratamiento: vía aérea y respiración, así como el nivel de consciencia, circulación, otras constantes además de la valoración de pérdidas (diuresis...).
- Valoración Secundaria. Propia de Enfermería, para indicar e identificar las alteraciones prioritarias de las necesidades del paciente.
- Registro del tratamiento administrado.
- Registro de procedimientos de Enfermería, realizados en Urgencias.
- Diagnóstico de Enfermería. Ofreciendo un listado de los que podrían presentarse en una situación de urgencia.
- Sistema de Compensación; según Modelo Conceptual de D. Orem.
- Registro del destino del paciente e identificación del Profesional de Enfermería.

DISCUSIÓN

Según las fuentes documentales obtenidas, sólo tenemos conocimiento del uso del D.E. en un S.U. de España con un volumen medio de atención (V.M.A.) de < 200 urgencias/día, pero nuestro S.U. soporta un V.M.A. de aproximadamente 400 urgencias/día. Desde este momento comenzamos, la aplicación real de nuestra práctica diaria dentro del S.U.; pero el haber conseguido la introducción del D.E. en el Registro de Enfermería y el haberlo denominado como Historia de Enfermería, nos parece un avance muy importante dado que no conocemos ningún S.U. hospitalario que aplique los D.E.

GRD	EM	Edad	Diagn. Enferm.	Horas	GRD	EM	Edad	Diagn. Enferm.	Horas
12	12	72	...	...	12	12	72	...	...
13	13	73	...	...	13	13	73	...	...
14	14	74	...	...	14	14	74	...	...
15	15	75	...	...	15	15	75	...	...
16	16	76	...	...	16	16	76	...	...
17	17	77	...	...	17	17	77	...	...
18	18	78	...	...	18	18	78	...	...
19	19	79	...	...	19	19	79	...	...
20	20	80	...	...	20	20	80	...	...

Título: NIVEL DE CUIDADOS Y DIAGNÓSTICOS DE ENFERMERÍA RELACIONADOS CON 12 GRD (RESULTADOS PRELIMINARES)

Autores: Ferrús L, Pintado D, Sánchez L, González R, Honrado G, Martos C, Richart D, Torrent A.

Centro de Trabajo: Consorci de l'Hospital de la Creu Roja

INTRODUCCIÓN

Se ha desarrollado un proyecto financiado por el FIS (97/0022) para determinar los diagnósticos de enfermería, el nivel de cuidados y como consecuencia el costo de los mismos, para 12 GRD en el CHCR y 5 GRD en la CSUB. Se presentan resultados preliminares de los 12 GRD del CHCR.

OBJETIVOS

Determinar los diagnósticos de enfermería asociados a los 12 GRD (014, 039, 119, 122, 162, 209, 211, 222, 371, 373, 410 y 494 y el nivel de cuidados de enfermería para cada uno de ellos.

MATERIAL Y MÉTODO

Se ha utilizado la nomenclatura y los tiempos estándar del sistema PRN para determinar el nivel de cuidados de enfermería para cada paciente y la taxonomía de la NANDA para formular los DE. Durante 5 meses, enfermeras formadas en el uso del sistema PRN registraron las actividades de cuidados realizadas cada 24h, durante todos los días de estancia, de los pacientes que previsiblemente serían etiquetados con los GRD estudiados. Enfermeras formadas para la formulación de DE determinaban y registraban el día de aparición y de resolución de los DE a partir de las actividades que se habían realizado y de las observaciones anotadas por las enfermeras en el curso clínico.

RESULTADOS

Se han observado 601 procesos que representan el 61,6 % de los 12 GRD atendidos durante el periodo de estudio.

Por cada GRD se presenta la estancia media, la media de edad, la media de diagnósticos de enfermería por proceso y el promedio de horas de cuidar para todo el proceso.

GRD	EM	Edad	Diagn. Enferm.	Horas cuidados	GRD	EM	Edad	Diagn. Enferm	Horas cuidados
14	18.3	74	6.5	70.0	211	15	78	6.1	56.1
39	1.8	72	2.1	1.7	222	2.8	51	2.3	4.7
119	2	53	1.7	2.8	371	6.4	29	2.8	11.5
122	10	67	3.9	26.1	373	3.8	28	2.2	6.2
162	3.7	55	2.4	3.1	410	2.1	62	3.6	3.9
209	14.5	71	5.4	44.6	494	4.2	55	2.8	6.7

EM= Estancia media; GRD: Grupos Relacionados con el Diagnóstico

DISCUSIÓN

Parece que los pacientes con mayor estancia media tienen un mayor número de etiquetas diagnósticas y más horas de cuidados. Por otra parte, el disponer de esta información nos permite poder adjudicar un coste a cada proceso y relacionarlo con los diagnósticos de enfermería asociados.

Título : PLAN DE CUIDADOS EN EL PACIENTE CON PATOLOGÍA TRÁQUEO-BRONQUIAL DURANTE LA FOTORESECCIÓN CON LÁSER.

Autores: Isabel Peña García y Montserrat García Miguel

Centro de Trabajo: Hospital Clínico Universitario de Valladolid

INTRODUCCIÓN

Muchos de los procesos llevados a cabo en el Área Quirúrgica requieren cada día más procedimientos técnicos y la fotorresección endobronquial con LÁSER no es una excepción.

Aunque no podemos negar la importancia de estas actividades de tipo técnico no debemos olvidar:

- Cuál es nuestro rol, es decir, las actividades que son competencia y responsabilidad nuestra.
- Cuál es nuestro centro de interés que es el cuidado del paciente según sus necesidades.

Por ello hemos querido desarrollar un plan básico de cuidados en el paciente sometido a fotorresección

endobronquial con LÁSER que recoja los Diagnósticos de Enfermería y Complicaciones Potenciales que presentan estos pacientes.

OBJETIVO

Desarrollar un plan básico de cuidados con el objeto de empezar a utilizar el diagnóstico de enfermería como instrumento de trabajo en el Área Quirúrgica.

MATERIAL Y MÉTODO

Se elabora un plan de cuidados siguiendo el Modelo de práctica clínica bifocal de L.J. Carpenito y la clasificación de diagnósticos de la NANDA. Se desarrollan las siguientes categorías diagnósticas:

- Temor y Ansiedad - Riesgo de Lesión - Riesgo de Hipotermia
- Riesgo de Infección - Riesgo de Asfixia

y complicaciones potenciales:

- Hipoxia - Broncoespasmo - Hemorragia - Edema de Laringe

Cada diagnóstico contiene: definición, factores relacionados, criterios de resultados u objetivo y actuaciones de enfermería.

CONCLUSIONES

Se valora fundamentalmente si la aplicación de los diagnósticos de Enfermería en el Área Quirúrgica :

- Proporcionan una atención integral al paciente.
- Ayudan a los profesionales a centrar su atención en el cuidado del paciente.

Título: PLANES DE CUIDADOS ESTANDARIZADOS A LAS PERSONAS INTERVENIDAS DE PRÓTESIS TOTAL DE RODILLA

Autores: Marín Romero, I; Fuchs Fábregas, E; Pajín Santos, M.A.; Soriano Marín, E; Escolano Gibert, M.

Centro de Trabajo: Hospital de Traumatología y Rehabilitación Vall d' Hebró. Barcelona

INTRODUCCIÓN

La estandarización de los planes de cuidados es el instrumento con un lenguaje común de los procesos asistenciales que nos permitirá participar en la elaboración de las guías clínicas y definir el rol autónomo profesional. Con este fin se inicia la estandarización de los planes de cuidados de la prótesis total de rodilla en la sección osteoarticular que se encuentra en la unidad de hospitalización de la 4ª planta de nuestro hospital, el cual es de nivel terciario y pertenece al centro corporativo del "Instituto Catalán de Salud", perteneciendo a la Red Hospitalaria Pública (XHUP).

OBJETIVO

Estandarización de los cuidados de enfermería en la rehabilitación de los pacientes intervenidos de prótesis total de rodilla.

MATERIAL Y MÉTODO

Diseño del Estudio: Estudio descriptivo y retrospectivo de los planes de cuidados elaborados por el personal de enfermería de la 4ª planta, según el modelo conceptual de Virginia Henderson y la lista de problemas de L. Riopelle.

Población de Referencia: Todos los pacientes ingresados en dicha unidad para rehabilitación de los pacientes intervenidos de prótesis total de rodilla.

Muestra: N-342

Instrumentos: Elaboración de una parrilla de datos y revisión de historias clínicas.

Período del Estudio: Enero 1996 a diciembre de 1997. Dicho estudio se realizó en dos etapas; 1ª etapa, estudio descriptivo para conocer nuestra realidad; 2ª etapa, elaboración del estándar de cuidados en este episodio.

RESULTADOS

Los diagnósticos de mayor incidencia han sido:

- Dificultad e incapacidad para moverse 98,5%
- Afectación de la integridad de los tegumentos 93%
- Incapacidad para reposar 23,4%
- Alimentación inadecuada por exceso 23%

CONCLUSIONES

- Clarifica la profesionalidad en el ámbito asistencial.
- Determina diferentes niveles de resolución de problemas enfermeros que vendrán determinados por la complejidad de pacientes y el tiempo de estancia.
- Determina la utilización de recursos en grupos de pacientes homogéneos.
- Facilita la evaluación de los cuidados de enfermería.
- Da soporte a la metodología científica en los procesos de atención.

En resumen, mejora la calidad, el coste y la eficacia.

Título: DIAGNÓSTICOS DE ENFERMERÍA MÁS FRECUENTES EN NIÑOS HOSPITALIZADOS EN UNA UNIDAD DE TRAUMATOLOGÍA INFANTIL

Autores: Paqui Pérez Robles. Anna Ramió. Marta Fernández. Teresa Santaliestra. Concepción Agustín. José Tordera. Luisa Gil. Fuensanta Ojeda.

Centro de Trabajo: E.U.I. San Joan de Déu. Hospital San Joan de Déu

INTRODUCCIÓN

En coherencia con una de las líneas de investigación de la AENTDE, la cual propone que describamos los diagnósticos más útiles de nuestra cultura, hemos realizado el presente trabajo de investigación con el objetivo de describir los DdE más frecuentes en una unidad de traumatología infantil.

Una vez descritos y validados los diagnósticos se podrán estandarizar planes de cuidados en base a los mismos, mejorando por una parte, la práctica asistencial enfermera al favorecer la integración de la teoría, y por otra, la consolidación de los fundamentos teóricos de nuestra disciplina a través de la investigación en Enfermería.

OBJETIVOS

- 1- Averiguar si las enfermeras ofrecen cuidados autónomos a sus clientes.
- 2- Descubrir la naturaleza de estos cuidados.
- 3- Describir los principales problemas de salud que las enfermeras tratan desde su rol autónomo.
- 4- Describir las principales causas que provocan la aparición de dichos problemas.
- 5- Renunciar los problemas haciendo uso de un vocabulario común, contenido en la taxonomía diagnóstica de la NANDA.

MATERIAL Y MÉTODO

Marco Teórico: Modelo Conceptual de Virginia Henderson y diagnósticos de Enfermería de la Taxonomía Diagnóstica de la NANDA.

Muestra: 120 pacientes representantes de todos los niños/as ingresados en las unidades de traumatología infantil.

Método:

- 1- Revisión de 200 historias clínicas de niños ingresados en abril de 1997.
- 2- Elaboración de una encuesta dirigida a las enfermeras que tendrán por objeto la recogida de datos, sobre conceptualización teórica enfermera.
- 3- Elaboración de parrillas de observación para registrar los cuidados autónomos.
- 4- Análisis cuantitativo y cualitativo de las actividades autónomas contenidas en cada caso.
- 5- Aproximación diagnóstica según la taxonomía diagnóstica de la NANDA.
- 6- Contrastación empírica de los DdE identificados. Validación de los DdE descritos.

CONCLUSIONES

- El hecho de no registrar limita la investigación en enfermería.
- Otras, pendientes de resultados.

Título: AVC, DIAGNÓSTICOS DE ENFERMERIA Y TIEMPO DE CUIDADOS (RESULTADOS PRELIMINARES)

Autores: Ferrús L, Sánchez L, Pintado D, Honrado G, González R, Caro B, Losilla P.

Centro de trabajo: Consorci de l'Hospital de la Creu Roja

INTRODUCCIÓN

Se ha desarrollado un proyecto financiado por el FIS (97/0022) para determinar los diagnósticos de enfermería, el nivel de cuidados y como consecuencia el costo de los mismos, para 12 GRD en el CHCR y 5 GRD en la CSUB. Se presentan resultados preliminares del GRD 014 (AVC) en el CHCR.

OBJETIVOS

Determinar los diagnósticos de enfermería asociados al GRD 014 (AVC) y analizar el nivel de cuidados de enfermería según los diagnósticos de enfermería (DE) que están activos.

MATERIAL Y MÉTODO

Se ha utilizado la nomenclatura y los tiempos estándar del sistema PRN para determinar el nivel de cuidados de enfermería para cada paciente con AVC y la taxonomía de la NANDA para formular los DE. Durante 5 meses, enfermeras formadas en el uso del sistema PRN registraron las actividades de cuidados realizadas cada 24h, durante todos los días de estancia, de los pacientes que previsiblemente serían etiquetados con el GRD 014. Enfermeras formadas para la formulación de DE determinaban y registraban el día de aparición y de resolución de los DE a partir de las actividades que se habían realizado y de las observaciones anotadas por las enfermeras en el curso clínico.

RESULTADOS

Se han observado 62 procesos de AVC, que representan el 76,5% del total de los habidos durante el periodo de estudio. La media de edad fue de $74,5 \pm 9,3$ años con una estancia media de $18,3 \pm 15,3$ días (mediana = 15,5 días). Los DE que estos pacientes han presentado con más frecuencia han sido: Alteración en el mantenimiento de la salud 95,5%; Déficit de autocuidado: baño/higiene 82,3%; Deterioro de la movilidad física 74,2%; Déficit de autocuidado: uso del WC 69,4%; Síndrome de desuso 66,1%; Deterioro de la comunicación verbal 53,2%; Déficit de autocuidado: alimentación 46,8%. Cada proceso de AVC presentó un promedio de $6,5 \pm 2,5$ DE por paciente. El promedio del total de cuidados por cada estancia fue de $229,9 \pm 117,6$ minutos. El nivel de cuidados de higiene, movilización, eliminación y alimentación está relacionado con los DE Déficit de autocuidado para el baño y la higiene, para ir al WC y para la alimentación, Riesgo del síndrome de desuso y Deterioro de la movilidad física.

DISCUSIÓN

En base a la metodología utilizada (determinación de DE a partir de la recogida de datos al ingreso, de las anotaciones efectuadas a lo largo del mismo y a los cuidados realizados), los DE enunciados reflejan la diversidad de cuidados efectuados, relacionados con las necesidades básicas. Cabe destacar, la presencia mayoritaria de diagnósticos físicos frente a los psicosociales que aparecen escasamente.

Título: DIAGNÓSTICO ENFERMERO Y PLANES DE CUIDADOS EN LA PRÁCTICA ASISTENCIAL

Autores: M. Rodríguez, A. Durán, P. Ecija, D. Giró, S. Minchola, N. Vas.

Centro de Trabajo: Hospital Durán y Reynals. Clínica La Esperanza. Hospital Vall d'Hebró.

INTRODUCCIÓN

Los tumores de testículo germinales constituyen el 1 - 1,5 % de las neoplasias masculinas. La edad media de los enfermos oscila entre los 15 y 35 años, configurando un grupo con unas características especiales en lo referente a los cuidados, dado el impacto del diagnóstico y la juventud de los pacientes.

La terapéutica base consiste en quimioterapia, ya que este tipo de neoformación es quimiocurable por excelencia. El hospital Durán y Reynals es centro de referencia en España, con alta prevalencia de este tipo de enfermedad.

Por todo ello decidimos elaborar un plan de cuidados estandarizados que nos permitiera ofertar y registrar la atención al paciente de forma integral. Reflejando, no sólo los problemas interdependientes, sino también los diagnósticos enfermeros.

OBJETIVOS

- Aumentar la garantía de continuidad en los cuidados de enfermería.
- Garantizar registros adecuados con un lenguaje propio y común.
- Unificar criterios para futuras investigaciones.

MÉTODO

Estudio retrospectivo descriptivo.

Muestra de 35 pacientes (total de enfermos diagnosticados de neoplasia testicular germinal atendidos durante los años 96-97).

Determinación de la tipología de las alteraciones de las necesidades comunes en todos ellos.

Formulación de los diagnósticos enfermeros comunes y planteamiento de objetivos asequibles y actividades de enfermería consensuadas que responden a la demanda del producto enfermero.

CONCLUSIONES

La estandarización de cuidados permite el desarrollo profesional. Ofrece una nueva dimensión a la enfermería por la utilización de un lenguaje propio y común que facilita la definición del producto enfermero y justifica nuestra actuación en la sociedad.

Título: LOS DIAGNÓSTICOS DE ENFERMERÍA EN ATENCIÓN HOSPITALARIA. SITUACIÓN ACTUAL EN MURCIA.

Autores: Almansa Martínez, P.; García Parra I.; Marín Hernández Fca.; Hermoso Madrid S.

Centro de Trabajo: EUE. Universidad de Murcia

INTRODUCCIÓN

La premisa fundamental en la que se basa nuestro trabajo es la creencia en que los diagnósticos enfermeros son un instrumento imprescindible en el avance de Enfermería como ciencia y como profesión. Existen, en la actualidad, suficientes argumentos a favor de la necesidad de incorporar una taxonomía que proporcione un lenguaje profesional para identificar los problemas que las enfermeras tratan independientemente. Sin embargo, no podemos olvidar que todavía es una utopía en un amplio sector de la realidad. Creemos que no es exagerado afirmar que el gran abismo que separa la realidad de la práctica es aún mayor cuando se trata de diagnosticar. Ha sido el interés por conocer la realidad de nuestro entorno hospitalario referente a la utilización de los diagnósticos lo que nos llevó a realizar un estudio, cuyos objetivos son: 1. Identificar los juicios diagnósticos independientes o interdependientes, recogidos en los registros enfermeros. 2 Determinar el número total de juicios emitidos y cuales de ellos se dan con mayor frecuencia.

MATERIAL Y MÉTODO

El presente trabajo es un estudio descriptivo de los juicios diagnósticos recogidos en los registros enfermeros. *Ámbito de estudio:* Los tres Hospitales principales de Murcia. La *muestra* evaluada ha sido de 673 historias clínicas elegidas aleatoriamente, correspondientes al periodo comprendido entre noviembre de 1996 y mayo de 1997. *Criterios:* 1. se han considerado válidos todos los problemas enunciados por las enfermeras aunque no estuvieran redactados en dos o tres partes, ni siguieran la taxonomía NANDA. 2. se han estudiado los problemas interdependientes por entender que forman parte de la actividad enfermera y suponen una aproximación necesaria como punto de referencia para llegar a los diagnósticos enfermeros.

RESULTADOS

De las 673 historias revisadas hemos podido identificar un total de 32 DdE lo que supone un porcentaje del 4'75%. Sólo en 9 casos hemos encontrado etiquetas propuestas por la taxonomía NANDA Los 23 restantes son términos que identifican problemas independientes aunque el enunciado es libre.

CONCLUSIONES

Los resultados obtenidos en el presente trabajo ponen de manifiesto que :

1. La emisión de juicios diagnósticos es una asignatura pendiente para la mayoría de los profesionales que en la actualidad desempeñan su actividad en los hospitales de nuestra región.
2. La escasa incidencia de diagnósticos identificados, suele explicarse como una consecuencia de la falta de formación en el tema, sin embargo, creemos que las instituciones no proporcionan los registros adecuados que obliguen a los profesionales a escribir juicios profesionales, lo puede ser interpretado como un paso poco importante o innecesario.
3. Persiste la creencia histórica según la cual se atribuye el diagnóstico a los profesionales médicos, en cierto modo comprensible si tenemos en cuenta que la mayoría de los enfermeros que actualmente trabajan en la asistencia hospitalaria tuvieron una formación como ATS.

Título: LOS DIAGNÓSTICOS DE ENFERMERÍA COMO HERRAMIENTA DE GESTIÓN

Autores: Yolanda Pérez Polo y Pilar Brea Rivero.

Centro de Trabajo: Hospital Virgen de la Poveda. Servicio Regional de Salud. CAM. Madrid.

INTRODUCCIÓN Y OBJETIVOS

En los últimos años se viene preconizando la urgente necesidad de que los directivos y responsables de Enfermería no sean tan sólo Gestores de Recursos, sino **Gestores de Cuidados**.

Gestionar cuidados pasa obligadamente por el conocimiento profundo y el ágil manejo de los **diagnósticos enfermeros**, como modo de determinar la naturaleza y alcance de los problemas de enfermería que presentan los clientes.

El diagnóstico enfermero describe una combinación de signos y síntomas que indican la alteración de una necesidad fundamental del ser humano y, por tanto, un problema (real o potencial) en algunos de los patrones de salud.

Así pues, las intervenciones de cuidados que la enfermera realiza, una vez identificado y formulado el diagnóstico, presupone el consumo de recursos humanos (tiempo de dedicación de enfermería) y de recursos materiales que constituyen el coste de la actividad cuidadora. Es necesario:

- Conocer las necesidades alteradas del paciente/familia.
- Identificar los problemas de salud.
- Formular el diagnóstico enfermero.
- Planificar las intervenciones cuidadoras.

Para poder **gestionar de forma eficiente los recursos consumidos por la actividad enfermera**.

METODOLOGÍA

Partiendo de estas premisas, en el Hospital Virgen de la Poveda, dedicado a la atención de pacientes con enfermedades crónicas, convalecientes y susceptibles de cuidados paliativos, hemos realizado un análisis de:

- 1- Las **necesidades** alteradas que presentan los distintos pacientes.
- 2- La **relación entre necesidades y patrones de salud** alterados.
- 3- Los **diagnósticos de enfermería** identificados.
- 4- Los **tiempos** de dedicación de enfermería **por área de actividad cuidadora**.

RESULTADOS Y CONCLUSIONES

El análisis realizado nos ha permitido:

- Conocer el índice de pacientes con necesidades alteradas, por nivel y área de necesidades.
- Relacionar las necesidades específicas de los pacientes con los patrones de salud alterados.
- Enmarcar los diagnósticos de enfermería identificados, dentro de cada área de necesidades de salud.
- Conocer el peso de la actividad enfermera correspondiente al tiempo dedicado a cubrir cada área de necesidades.

Y definir el *case-mix* de los pacientes ingresados en el hospital, clasificándolos en tres niveles, en función de necesidades, diagnósticos de enfermería y actividad cuidadora:

- A- Nivel I : Pacientes de Cuidados Mínimos**
- B- Nivel II: Pacientes de Cuidados Medios**
- C- Nivel III: Pacientes de Cuidados Máximos**

Título: PLAN DE CUIDADOS ESTANDARIZADO: EPOC

Autores: Roviralta Juan, M.; García Fernández, M^a A.

Centro de trabajo: Hospital Germans Trias i Pujol de Badalona

INTRODUCCIÓN

La elección de un modelo de cuidados destinado a proporcionar una visión integral del paciente, ha llevado a la Dirección de Enfermería a implantar el Plan de cuidados como método de trabajo.

OBJETIVO

A partir del desarrollo de experiencias piloto de Planes de cuidados individualizados de pacientes ingresados en el Servicio de Pneumología con el diagnóstico de ingreso (GDR) de EPOC, elaborar el Plan de cuidados estandarizado para los pacientes con esta patología.

MATERIAL Y MÉTODO

Se incluyeron un total de 246 pacientes diagnosticados de EPOC e ingresados en la unidad en el periodo comprendido entre Marzo del 97 y Febrero del 98. Previa formación específica del personal de la unidad, se realizó progresivamente el siguiente proceso:

1-Aplicación de Planes de cuidados individualizados. 2- Consulta bibliográfica. 3 –Elaboración del plan estandarizado de la EPOC:

Experiencia piloto. 4- Validación en la práctica. 5 – Introducción de modificaciones. 6 – Revisión continua.

RESULTADOS

1º Elaboración y puesta en práctica del Plan de cuidados de la EPOC, que incluye la detección, desarrollo de objetivos y actividades y evaluación de los siguientes problemas:

Diagnósticos de enfermería

Problemas

interdependientes potenciales y/o reales

- | | |
|---|---|
| - <u>Ansiedad</u> R/C la amenaza de la integridad física y/o síquica.
la mucosa oral | - Riesgo de alteración de
y/o nasal. |
| - <u>Limpieza ineficaz de la vía aérea</u> R/C la disminución de la movilidad
y/o la falta de conocimientos de los métodos eficaces para expectorar. | - Fiebre |
| - <u>Déficit de autocuidado parcial o total</u> R/C la fatiga y/o la falta de
conocimientos para realizar las actividades de autocuidado. | - Flebitis |
| - <u>Intolerancia a la actividad</u> R/C falta de fuerza fisiológica. | - Hipoxèmia. |
| - <u>Déficit de conocimientos</u> R/C la falta de información sobre aquello
que concierne a su enfermedad. | - Hipercapnia. |
| - <u>Riesgo de accidente</u> R/C la posible disminución del nivel de consciencia
respiratoria. | - Insuficiencia |
| - <u>Miedo</u> R/C la incapacidad para afrontar la realidad del tratamiento.
respiratoria. | - Sobreinfección |
| - <u>Dificultad para dormir o reposar</u> R/C la dificultad respiratoria y/o la
falta de conocimientos de los medios de descanso. | - Neumotorax. |
| | - Disritmias cardíacas. |
| | - Cor pulmonale. |

2º - Desde Mayo del 97 aplicación del Plan de cuidados estandarizado a un total de 77 pacientes. Por ahora solo se han medido indicadores cuantitativos.

CONCLUSIONES

A. Observamos que la aplicación de este método de trabajo ha aportado:

- Información precoz y completa del paciente.
- Rápida detección de problemas.
- Mejor comunicación entre turnos .
- Unifica criterios de actuación.

B. Permitirá el desarrollo de resultados cualitativos.



UNIVERSITAT DE BARCELONA



Centre de Recursos per a l'Aprenentatge
i la Investigació

Biblioteca de Bellvitge

Título: ADAPTACIÓN DE LOS DIAGNÓSTICOS DE ENFERMERÍA ELABORADOS EN 1986 POR LA DIVISIÓN DE SALUD MENTAL Y PSIQUIATRÍA (DEPENDIENTE DE LA A.N.A.) A UNA SALA DE PSIQUIATRÍA DE UN HOSPITAL GENERAL UNIVERSITARIO

Autores: Cotanda Sancho, S; Aguilera López, A; Heliodoro Pous, F.

Centro de Trabajo: Hospital General Universitario de Valencia.

Las enfermeras/os tenemos un papel muy importante en el cuidado de los enfermos, pero no reflejamos en las historias los cuidados que prestamos. Cambiar la forma de expresarnos en los registros de enfermería es un reto que tenemos los profesionales, hemos de pasar de las anotaciones paramédicas y/o poco científicas a utilizar la taxonomía que nos caracteriza como profesión.

Con este propósito se inicia un proyecto de investigación en la sala de psiquiatría del Hospital General Universitario de Valencia. El motivo del trabajo ha sido conocer los problemas para poder contrastarlos y realizar un Proceso de Atención de Enfermería que favorezca la mejora, solución y/o minimización de los mismos.

Para la realización del trabajo se han utilizado los diagnósticos de enfermería que en 1986 elaboró la División de Salud Mental y Psiquiatría de la Asociación Norteamericana de Enfermeras (A.N.A), como clasificación de respuestas humanas individuales, los cuales previamente tuvimos que adaptar a la realidad de la población que reingresa, añadiendo las variables no contempladas en éstos.

Los resultados que presentamos son los derivados de esta adaptación: A los 25 diagnósticos recogidos en la División de Salud Mental y Psiquiatría de la ANA, tuvimos que añadir 12 (48%). Atendiendo a la clasificación por Patrones de respuesta humana en los procesos de actividad, añadimos: 1 (33%); a los procesos cognitivos, añadimos 4 (66,7%); a los procesos ecológicos, emocionales, perceptivos y validativos añadimos 0 (0%); a los procesos interpersonales 1 (25%); en los procesos fisiológicos no había ningún patrón especificado por lo que tuvimos que añadirlos todos (100%).

Estos resultados nos permiten concluir que los diagnósticos de enfermería son una herramienta de trabajo, que no puede ser rígida ni inamovible y que tienen que adaptarse a la realidad y características de cada núcleo de población con el que hemos de aplicarlo.

Título : LAS COMPETENCIAS DE ENFERMERÍA SE VEN CLARIFICADAS CON LAS ETIQUETAS DIAGNÓSTICAS Y SU EMPLEO PERMITE IDENTIFICAR ETIQUETAS NO VÁLIDAS.

Autores: M. Oteiza; N. Mendiluce; G. Tanco; M^a.J. Urdanoz; E. Carrascal.

Centro de Trabajo: Clínica Universitaria. Universidad de Navarra

INTRODUCCIÓN

En el año 1989, iniciamos en nuestra unidad de hospitalización la implantación del Proceso de Atención de Enfermería, lo que supuso cambios significativos en la labor profesional diaria. Las modificaciones en los documentos, junto con el establecimiento de un programa educativo para el equipo de enfermeras sobre la utilización del diagnóstico enfermero, permitió su implantación en la práctica clínica. La experiencia adquirida durante estos nueve años, corrobora la opinión de Abdellah y Levine (1965): *“ El diagnóstico de enfermería es la determinación de la naturaleza y magnitud de los problemas de enfermería presentados por clientes o familias concretas que están recibiendo unos cuidados de enfermería. La capacidad de la enfermera para realizar un diagnóstico de enfermería y prescribir actuaciones que den como resultado respuestas específicas en el cliente, es crucial para el desarrollo de la enfermería”*.

El objetivo de este trabajo, es transmitir las reflexiones y conclusiones sugeridas por el empleo de algunas etiquetas diagnósticas de la NANDA, que además ha contribuido a identificar y clarificar las competencias propias de enfermería, conduciendo a limitar o excluir su uso.

MATERIAL Y MÉTODO

Se han estudiado 100 hojas de Planificación de Cuidados de Enfermería, analizando el contenido de la definición y las actuaciones de enfermería planificadas en las etiquetas diagnósticas: Exceso de volumen de líquidos, Alteración de la perfusión hística periférica, Déficit de Conocimientos, Riesgo de Alteración de la función respiratoria y Alteración de la eliminación urinaria. Las actuaciones planificadas resultaban insuficientes para resolver el problema de salud del paciente y precisaban del apoyo de órdenes médicas. De todas ellas, analizamos los cuidados que habitualmente registrábamos, según la clasificación de Campbell: valoración/observación, terapéuticos y educación para la salud.

RESULTADOS

- Las actuaciones de enfermería planificadas para los diagnósticos de **“Exceso de volumen de líquidos”** y **“Alteración de la perfusión hística periférica”**, eran en su totalidad de valoración y de educación para la salud, sin que dichas actividades resolvieran en ningún caso el problema de base o las posibles complicaciones,
- La etiqueta diagnóstica **“Déficit de Conocimientos”** se programaba en aquellos casos en los que existía desconocimiento de todo lo circundante a la patología o al ámbito clínico, pudiendo recogerse sus actividades en el marco del diagnóstico **“Alteración en el mantenimiento de la salud”** y siendo la falta de conocimientos una de sus causas.
- El **“Riesgo de alteración de la función respiratoria”**, las actuaciones planificadas eran de valoración, de prevención o terapéuticas, pero en todos los casos resultaba más claro incluirlas en otras etiquetas diagnósticas como **“Limpieza ineficaz de las vías aéreas”** o **“Alteración en el mantenimiento de la salud”**..., al no poder modificar de forma independiente el intercambio gaseoso y sin embargo sí poder mantener permeable la vía aérea, liberándola de secreciones.
- **“Alteración de la eliminación urinaria”** se utilizó inicialmente y con poca frecuencia, al resultar muy amplio y por tanto ambiguo.

CONCLUSIONES

- 1- La utilización del diagnóstico de enfermería nos ha permitido identificar etiquetas diagnósticas que en nuestra opinión no son válidas, por precisar de cuidados interdependientes para resolver los problemas de salud planteados.
- 2- El adiestramiento en la aplicación práctica del diagnóstico de enfermería, lleva a los profesionales a investigar y desarrollar las etiquetas diagnósticas, con el fin de lograr un lenguaje común que nos permita identificar y establecer el campo propio de enfermería: "los cuidados".
- 3- Los diagnósticos de enfermería ayudan a establecer los cuidados con un fundamento científico.

Título: DIAGNÓSTICOS DE ENFERMERÍA EN PSICOGERIATRÍA: UN INSTRUMENTO DE CALIDAD

Autores: Silvia A. Hernández León; M^a Teresa Santamaría Peña

Centro de trabajo: Hospital Psiquiátrico de Alava

INTRODUCCIÓN:

Según la división clásica de Donabedian (1966) en la evaluación de calidad de la asistencia sanitaria se diferencian datos de ESTRUCTURA, de PROCESO y de RESULTADO.

Partiendo de esta premisa en el Hospital Psiquiátrico de Alava, se desarrollan los datos de proceso mediante la aplicación de diagnósticos de Enfermería en Planes de Cuidados Estandarizados

OBJETIVOS:

- Aumentar la calidad asistencial:
 - * Satisfacer las necesidades del usuario.
 - * Satisfacción personal y profesional.
 - * Eficacia en la tarea diaria.
 - * Optimización de los recursos disponibles.

MATERIAL Y MÉTODO:

La recogida de datos se realiza a partir de los registros de Enfermería, obteniendo una valoración individualizada en función de las necesidades y grados de autonomía del paciente, premisa indispensable para la aplicación de cuidados estandarizados en pacientes psicogerítricos y de esta manera, evaluar los resultados en relación a la calidad asistencial.

RESULTADOS:

- * Visión integral del paciente psicogerítrico.
- * Mayor implicación del equipo de Enfermería en los cuidados.
- * Continuidad de cuidados.
- * Mejora del sistema de comunicación del equipo interdisciplinar.

Título: ATENCIÓN PRIMARIA: ESTUDIO DE LOS DIAGNÓSTICOS DE ENFERMERÍA EN LA ATENCIÓN A POBLACIÓN ADULTA

Autores: Amo Tutusaus, Damià; Arlandiz Puchol, David; Claudel Navarrete, Elisabeth; Farré Roig, Judith; Rodríguez de Medina Nuevo, Belén; Granollers Mercader, Silvia.

Centro de Trabajo: EUI Universitat de Barcelona. D.A.P. Cornellà. Barcelona.

INTRODUCCIÓN

Los alumnos de prácticas de Enfermería Comunitaria II hemos observado una escasa utilización de los diagnósticos de enfermería. Uno de los motivos que se aducen es el desconocimiento de los mismos. Creemos que un estudio de las principales categorías diagnósticas favorecerá su divulgación posterior.

OBJETIVOS

- 1- Elaborar un listado de los principales diagnósticos de enfermería que se derivan de las visitas programadas, urgentes y espontáneas en atención primaria.
- 2- Definir el plan de actuación para los diagnósticos más frecuentes.
- 3- Dar a conocer los resultados del estudio a los miembros del equipo de atención primaria.

MATERIAL Y MÉTODOS

Diseño: Estudio observacional, descriptivo y transversal.

Ámbito del Estudio: 4 consultas de Medicina General de un Centro de Salud.

Sujetos: Clientes mayores de 15 años que son atendidos por enfermería en el centro o en sus domicilios.

Se excluye: extracciones, inyectables, grupos de educación sanitaria y llamadas telefónicas.

Variables del Estudio: Sexo, Edad, Tipo de Visita (domiciliaria, previa o espontánea de enfermería, previa médica, urgencias), Motivo de la visita, Diagnóstico de enfermería y Problemas Interdependientes.

Medidas: Los datos recogidos durante 12 días y revisados por los 6 investigadores, se introdujeron en la base de datos Knosys para su posterior explotación.

RESULTADOS

Se realizaron un total de 353 visitas de las cuales el 78,75% son cita previa y el 5,38% visitas a domicilio. El 63,46% de las personas atendidas son mujeres y el 53,82% son mayores de 65 años.

Los motivos de consulta más frecuentes son el control de la hipertensión arterial y de la diabetes.

De los 338 diagnósticos recogidos, 120 corresponden a la etiqueta diagnóstica manejo efectivo del régimen terapéutico personal, 35 a manejo inefectivo y 43 a alteración de la nutrición por exceso.

DISCUSIÓN Y CONCLUSIONES

- La mayoría de la población atendida acude a la consulta de enfermería con cita previa (programada) para el control de patologías crónicas. Esto confirma el seguimiento que de ellas se hace.
- El diagnóstico de enfermería más frecuente es el manejo efectivo del régimen terapéutico personal. Es gratificante para los profesionales pues demuestra que el esfuerzo para llevar a cabo la educación sanitaria es eficaz.
- El número limitado de categorías diagnósticas halladas en el estudio facilitará su aplicación en las consultas.

Título: DIAGNÓSTICOS ENFERMEROS PREVALECIENTES EN UN PROGRAMA DE ATENCIÓN DOMICILIARIA

Autores: Francisco Cegri Lombardo, Teresa Areny Ribera, Carmen Calderón de la Barca Sánchez, M. Mercè Valls Colomer

Centro de Trabajo: DAP. Sant Martí.. Barcelona

INTRODUCCIÓN

Los diagnósticos enfermeros (DE) nos ayudan a definir los objetivos y a desarrollar los planes de cuidados de enfermería dentro del programa de Atención Domiciliaria (ATDOM).

OBJETIVO

Conocer los DE más prevalentes de los pacientes incluidos en el programa ATDOM de un equipo urbano de atención primaria.

MATERIAL Y MÉTODO

Tipo de estudio: Descriptivo transversal.

Método: Muestreo randomizado del total de historias clínicas incluidas en el programa ATDOM.

Material: El instrumento de medida utilizado es el "Questionari de valoració d'Infermeria" (QVI) basado en el modelo conceptual de Virginia Henderson, validado por la Subdivisión de Atención Primaria de Barcelona ciudad.

RESULTADOS

El total de pacientes incluidos en el programa ATDOM es de 101, de los cuales 68 son mujeres y 33 hombres. La media de edad es 82,7 años, con una desviación estándar de 9,9.

Los DE prevalentes en una muestra de 50 pacientes son los aparecen en las siguientes tablas:

Tabla 1

Deterioro de la movilidad (33 p)
Déficit de autocuidado, baño, higiene (26 p)
Incontinencia urinaria funcional (17 p)
Déficit de autocuidado, vestido, acicalamiento (15 p)
Alteración del patrón del sueño (15 p)
Aislamiento social (10 p)

No hay QVI (9 p)

Paciente (p)

Necesidad (n)

Tabla 2

Nº de necesidades alteradas/paciente

0 - 2 n: 10 p

3 - 5 n: 23 p

6 - 8 n: 5 p

9 - 11 n: 2 p

12 - 14 n: 1 p

CONCLUSION

A partir de los resultados obtenidos se han identificado los dos DE más prevalentes, que son *deterioro de la movilidad* y *déficit de autocuidado, baño e higiene*. Esto nos permitirá definir los objetivos específicos para el paciente y cuidador, y desarrollar actividades para su consecución, incrementando la calidad de los cuidados y promoviendo la investigación.

Título: DIAGNÓSTICOS ENFERMEROS EN LA PREVENCIÓN Y TRATAMIENTO DE LAS ÚLCERAS POR PRESIÓN

Autores: M.Mercè Valls Colomer, Francisco Cegri Lombardo

Centro de Trabajo: ABS La Pau, ABS Sant Martí. Barcelona

INTRODUCCIÓN

La necesidad de utilizar un lenguaje propio y común que nos permita el desarrollo profesional de enfermería ha sido la razón que nos ha motivado para trabajar los diagnósticos enfermeros (DE) dentro del Protocolo de prevención y tratamiento de las úlceras por presión implantado en el centro.

OBJETIVOS

1. Identificar los DE que definen el problema de salud de los pacientes con riesgo o lesión de úlceras por presión.
2. Utilizar los DE en el tratamiento de los pacientes con riesgo o lesión de úlceras por presión.

MATERIAL Y MÉTODO

Material: Taxonomía diagnóstica de la North American Diagnosis Association (NANDA) 1.

Método: Lectura y análisis de las etiquetas diagnósticas (ED). Basándonos en los DE que identifican el problema de salud hemos establecido objetivos específicos del paciente y cuidador, y desarrollado el plan de actividades de enfermería para la consecución de dichos objetivos.

RESULTADOS

Hemos encontrado dos etiquetas diagnósticas cuyas características definitorias y factores relacionados identifican el problema de salud:

1. Riesgo de deterioro de la integridad cutánea.
2. Deterioro de la integridad cutánea.

Y, en consecuencia, se han establecido los objetivos siguientes:

PARA LA 1ª ED

Paciente:

Mantener la integridad cutánea.

Paciente/cuidador:

Identificar factores que provocan la aparición de lesiones.

Identificar la forma de prevenir o disminuir estos factores.

Explicar signos y síntomas que preceden a la aparición de lesiones.

Cuidador:

Expresar el compromiso participar en plan de cuidados.

PARA LA 2ª ED

Paciente:

Recuperar la integridad cutánea.

Paciente/cuidador:

Demostrar la forma correcta de curar la lesión.

Identificar los factores causales de las lesiones.

Identificar la forma de prevenir estos factores.

Conseguir el grado máximo de autonomía.

Cuidador:

Expresar el compromiso participar en plan de cuidados.

CONCLUSIONES

La inclusión de los DE nos permite establecer criterios de valoración, sistematizar actividades susceptibles de ser utilizadas por todos los profesionales de enfermería, aumentar la calidad de los cuidados y promover la investigación.

TÍTULO: UNA PROPUESTA PARA LA ENSEÑANZA DE PREGRADO DE LOS DIAGNÓSTICOS ENFERMEROS.

Autores: Sanchez García Judit, Marrero Montelongo M^a Magdalena, Acosta Suárez Gloria.

Centro de trabajo: Centro de Ciencias de la Salud. Departamento de Enfermería. ULP. Las Palmas de Gran Canarias.

INTRODUCCIÓN

El aprendizaje de los diagnósticos enfermeros es considerado en la actualidad como un área importante en la formación de pregrado de enfermería. Sin embargo, no tenemos constancia ni evidencia del modo en que se organiza su enseñanza desde el punto de vista metodológico ni de la temporalización a seguir a lo largo del currículum. De la experiencia que nos cuentan los colegas que abordan este tema nos atrevemos a afirmar que la enseñanza de los diagnósticos enfermeros se efectúa de manera aislada por asignaturas, haciendo una selección de los mismos bien por patologías o bien por determinadas situaciones de la vida diaria que se enseñan a lo largo del currículum, pero no a partir de criterios definidos ni concretos. Consideramos que primeramente es preciso establecer unas bases o condiciones que sirvan de manera operativa para efectuar un diseño instruccional para la enseñanza de los diagnósticos enfermeros. Este diseño redundará positivamente en la diplomatura de enfermería en general, desde el punto de vista organizativo de la enseñanza de los cuidados enfermeros, objetivo central de la dicha diplomatura, sirviendo de guía ordenada, sistemática y coherente a lo largo de los tres cursos de formación de pregrado.

OBJETIVO:

Proponer las condiciones y criterios en las que se ha de desarrollar la enseñanza de los diagnósticos enfermeros en la formación de pregrado.

MATERIAL Y MÉTODO:

Consulta bibliográfica actualizada sobre pensamiento crítico, proceso diagnóstico enfermeros.

A partir de la bibliografía intentamos describir de una manera secuencial en los tres años de la diplomatura de enfermería, una serie de características, condiciones y criterios que este grupo de trabajo considera necesarios para la enseñanza de los diagnósticos enfermeros.

RESULTADOS

Tras la revisión bibliográfica efectuada y la experiencia docente en este sentido consideramos que las condiciones necesarias para la enseñanza de los Diagnósticos Enfermeros en el currículum se divide en dos grandes áreas:

* Adquisición de conocimientos

* Adquisición de habilidades intelectuales

Nuestra propuesta temporaliza los conocimientos y habilidades intelectuales que debe ir adquiriendo el alumno en lo referente a diagnósticos enfermeros a lo largo de la diplomatura, ubicando dichos contenidos en las diferentes asignaturas, con una doble finalidad: Por un lado poder constatar la proyección que unas asignaturas tienen sobre otras y por otro alcanzar la coherencia necesaria en la enseñanza de los diagnósticos enfermeros para conseguir el mayor acercamiento posible entre la teoría y la práctica.

La descripción de los contenidos que integran tanto el área de adquisición de conocimientos como el área de adquisición de habilidades intelectuales, así como su estructuración y distribución por asignaturas y cursos es el contenido concreto de este trabajo.

Título: IDENTIFICACIÓN DEL DIAGNÓSTICO DE ENFERMERÍA DE CONFUSIÓN AGUDA EN UN GRUPO DE PACIENTES DE TRAUMATOLOGÍA

Autores: Ana Jiménez Vilchez. Rosa Roure Murillo.

Centro de Trabajo: Hospital Universitario Arnau de Vilanova. Lleida.

INTRODUCCIÓN

La Confusión Aguda es un problema de salud que presentan muchas personas mayores cuando ingresan en una Unidad Hospitalaria. Este problema pone en peligro la seguridad del enfermo, aumenta el riesgo de complicaciones, causa gran preocupación a sus familiares y aumenta la carga asistencial del personal sanitario que muchas veces tiene la sensación de incapacidad e impotencia para resolver este cuadro. Por este motivo estamos realizando el estudio en la Unidad de Enfermería de Trauma-N del Servicio de Traumatología del Hospital Universitario Arnau de Vilanova de Lleida en el periodo del día 2 de Junio de 1997 al 30 de Diciembre de 1998.

OBJETIVOS

- 1- Conocer la incidencia de la Confusión Aguda en personas mayores de 65 años.
- 2- Detectar factores físicos, psíquicos y sociales que favorecen la confusión aguda.
- 3- Tratar de identificar situaciones de riesgo ligadas a la Confusión Aguda.

MATERIAL Y MÉTODO

Con un diseño longitudinal analítico de casos y controles anidados en una cohorte, se ha elaborado una hoja de recogida de datos, utilizando el test de evaluación del Estado Cognitivo conocido como MEC (Mini-mental State Examination) de Folsteny validado por Lobo. El análisis de los datos está hecho con el programa Excel.

RESULTADOS

De los 90 pacientes de la muestra hay 13 que ya padecían alguna alteración de la conducta antes de ingresar en el hospital, a causa de Demencia Senil, Alzheimer, etc... Los 77 paciente restantes están orientados al ingresar, es decir, tienen un M.E.C. entre 7 y 10 puntos. Después de 1 a 6 días, 14 enfermos padecieron confusión aguda, bajando la puntuación del test de M.E.C. entre 5 a 0 puntos.

GRUPO DE CASOS: 14.

Sexo: 7 Hombres, 7 Mujeres.

Edad: entre 74-94 años, edad media=83,8 años.

Motivo de Ingreso: 11 pacientes por fractura de fémur y 7 por otras causas.

Patologías de base: Cardiopatías y/o HTA=5. HTA y Diabetes=4. Broncopatía=3. Ninguna=0.

GRUPO DE CONTROLES: 14.

Sexo: 9 Hombres, 5 Mujeres.

Edad: entre 66-91 años, edad media=76 años.

Motivo de Ingreso: 7 pacientes por fractura de fémur y 7 por otras causas.

Patologías de base: Cardiopatías=2. HTA y Diabetes=6. AVC=3. Broncopatías=2. Ninguna=1.

CONCLUSIONES

- 1- La edad media del grupo de casos tiene 8 años más que el grupo de controles.
- 2- No hay diferencias significativas entre el grupo de casos y controles en lo que se refiere a la patología de base.
- 3- En el grupo de casos no hay diferencia significativa en cuanto al sexo, mientras que en el grupo control hay más hombres que mujeres.

Título: PROTOCOLO DE ATENCIÓN AL PACIENTE ONCOLÓGICO EN RADIOTERAPIA: PRINCIPALES DIAGNÓSTICOS DE ENFERMERÍA

Autores: E. García Triviño; M. García Caselles

Centro de Trabajo: Institut Català d'Oncologia. Barcelona.

En el Institut Català d'Oncologia de Barcelona existe un servicio de radioterapia compuesto por dos aceleradores lineales de electrones y dos bombas de cobalto. El personal destinado al uso de dichas máquinas está compuesto por técnicos en radioterapia y enfermeras con títulos de operadoras en instalaciones radioactivas.

Diariamente acuden a nuestro servicio alrededor de unos doscientos cincuenta pacientes ambulatorios a recibir tratamiento. El tiempo medio de estos tratamientos está por los 20-25 días consecutivos, de lunes a viernes.

Debido a la gran demanda de cuidados y atenciones de estos pacientes y junto con la presión asistencial que existe en nuestro servicio, hemos creído conveniente protocolar los problemas más comunes que presentan con la finalidad de : poder realizar un seguimiento más detallado, poder evaluar los cambios del paciente a lo largo del tratamiento, poder educarle hacia unos hábitos higienico-dietéticos adecuados y potenciar sus autocuidados implicando en todo momento a la familia. Esta es la finalidad de nuestra exposición, el presentaros el Protocolo de atención del paciente oncológico en radioterapia : Principales diagnósticos de enfermería.

Mediante la entrevista de enfermería, que tiene lugar el primer día que el paciente contacta con el equipo cuando acude a radioterapia, se recoge información sobre las 14 necesidades existentes según Virginia Henderson de la vida cotidiana del paciente. Se analiza dicha información y se identifican aquellas necesidades que están alteradas, y en función a ellas aplicamos un plan de cuidados específico para cada caso con la intención de restablecer o mantener la independencia del paciente.

Basándonos en nuestra propia experiencia y en las referencias bibliográficas que os ofrecemos, hemos detectado cuáles son los principales problemas fisiológicos que presentan los paciente en radioterapia a lo largo del tratamiento. Por tanto hemos creado unos diagnósticos propios utilizando la taxonomía NANDA. Intentaremos cubrir con ellos las principales y posibles alteraciones que presenten (alteraciones cutáneas, digestivas y respiratorias dependiendo de la zona a tratar) ofreciendo toda aquella atención e información que nos demanden.

Mediante visitas semanales en la consulta de enfermería se pretenderá educar al paciente hacia unos hábitos correctos durante el tratamiento y se intentará facilitarle la readaptación a su entorno familiar y social, así como mantener el seguimiento del plan de cuidados una vez finalizado el tratamiento que nos permita evaluar todos nuestros objetivos y poder llevar a cabo posibles estudios.

Título: LOS DIAGNÓSTICOS DE ENFERMERÍA DESDE LA PERSPECTIVA DE LOS ALUMNOS

Autores: Aranceta , Inés; Aja , Nieves; Encinas, Encarna; Ortega , Susana; Trespaderne , Isabel.

Centro de Trabajo: EUE San Sebastián. U.P.V./E.H.U.

INTRODUCCIÓN

Convencidos de la necesidad de la integración de los Diagnósticos de Enfermería (DdE) como parte de un proceso metodológico en la práctica diaria necesario e imprescindible para la consolidación y desarrollo de nuestra profesión, desde la visión del alumno de 3er curso de esta E.U. de Enfermería, que en breve plazo de tiempo se convertirán en enfermeras/os diplomados. Nos interesaba identificar la percepción que él tiene de la implantación de los DdE en la práctica. Referenciando el trabajo realizado en el "I Simposium Internacional de DdE" en el cual se reflejaba la percepción de los profesionales en Euskadi sobre dicho tema.

OBJETIVOS

- 1.Determinar en que grado los alumnos de la E.U.Enfermería de San Sebastián integran los DdE como asunción profesional.
- 2.Identificar y analizar las causas que motivan la utilización o no de los DdE.

MATERIAL Y MÉTODO

Encuesta al alumnado de 3er curso. El manejo de los datos fueron tratados estadísticamente mediante el programa SPSS.

RESULTADOS

Se han recogido un total de 77 encuestas que corresponden al 75% de alumnos de 3er curso de esta Escuela Universitaria de Enfermería de San Sebastián.

Mayoritariamente (91%) del alumnado considera la metodología en Enfermería como un elemento que favorece una mayor calidad en los cuidados.

El alumnado considera que la valoración del paciente/cliente en las unidades de formación se efectúa en base a problemas(45%), un 20% en base a necesidades y un 27% a patrones. Dicha valoración conlleva a la detección sólo de problemas en un 77%, siendo un 20% los que refieren efectuar la detección de problemas mas la elaboración de DdE. Los DdE no se utilizan en un 53% de las unidades donde han realizado su formación práctica, siendo un 40% los que refieren utilizarlo "a veces". Respecto a la presencia de manuales de DdE en las unidades de formación, los alumnos indican que en un 87% no hay.

DISCUSION Y CONCLUSIONES

Resulta dificultoso la integración entre la teoría y la práctica. En las unidades, Enfermería trabaja en base a detección de problemas, siendo escasas las unidades en las que lo hacen con DdE. La razón mas argumentada para la no utilización de éstos según el punto de vista del alumnado corresponde a "que los profesionales no ven la necesidad de su utilización" y en segundo lugar la falta de conocimientos. Esto último coincide con la opinión de las enfermeras ,del estudio anteriormente mencionado, aunque en primer lugar en dicho estudio apuntaban la falta de tiempo de forma mayoritaria.

Título: FORMACIÓN EN DIAGNÓSTICOS DE ENFERMERÍA DEL PERSONAL DE LOS EQUIPOS DE ATENCIÓN PRIMARIA

Autores: García González, R.F; Gago Fornells, M.; Romero Organvidez, J.; Jiménez Luna, A; Gaztelu ValdésV.

Centro de Trabajo: C.S. Sanlúcar Barrio Alto. Hospital Universitario de Puerto Real. Red de Centros no Reconvertidos de La Línea. Cádiz.

INTRODUCCIÓN

La formación en diagnósticos enfermeros es la base para la instrumentación de planes de cuidados efectivos y eficaces ,según la mayoría de los autores. Pero tan solo los planes de estudio actuales y una formación postgrado cubren esta parcela hoy día .Nuestro trabajo no es más que una aproximación a este campo de la formación y rol profesional en la atención primaria de salud.

OBJETIVO

Valorar el conocimiento sobre los modelos de diagnósticos más usados en atención primaria, por el personal de enfermería.

MATERIAL Y MÉTODO

Realizamos un estudio descriptivo explorador, para 17 enfermeros/as de los equipos básicos de atención primaria ,de nuestra área. Mediante encuesta de consenso ,validada por ensayo piloto interno. Se paso la misma atendiendo a una estructura simple de 16 items cerrados y de escala para evaluar tanto los modelos de enfermería, como sus diferentes diagnósticos. Recabamos información sobre definición, marco de referencia, habilidad para construcción del diagnóstico, diferenciación y/o similitud con el modelo médico, así como opinión de utilidad en la práctica diaria de los mismos.

RESULTADOS

La edad media de las/os enfermeras/os encuestados fue 37+/- 2 años, trabajan en equipo desde hace más de 3, y hace más de 10 que finalizaron sus estudios.

El 96% no había recibido formación pregrado sobre los diagnósticos y modelos de enfermería. Tan solo el 18% se ha formado motu propio en el tema ,no recibiendo formación postgrado específica el 98% de los encuestados.

Desconocían los diagnósticos de enfermería y no se consideraban capaces de catalogarlos el 70%, no diferenciaban el modelo diagnóstico enfermero del médico el 82%. Un 23% se ratificó en su capacidad de elaborar actualmente, un diagnóstico enfermero certero. Para un 82% el diagnóstico de enfermería, no se consideró útil en la práctica diaria, y para un 78% carecía de valor como herramienta profesional de trabajo.

CONCLUSIONES

- El diagnóstico de enfermería continua siendo una herramienta desconocida para la enfermería de nuestras zonas básicas de salud, según los planteamientos en boga.
- Los enfermeros/as que trabajamos actualmente en atención primaria, carecemos de formación pregrado sobre el tema.
- Es necesaria la elaboración de un proceso de formación continuada, que incida sobre los diagnósticos de enfermería, para de esta forma elaborar juicios de valor que estructuren los mismos como un instrumento útil en el trabajo diario.

Título: VALIDACIÓN DE DIAGNÓSTICOS ENFERMEROS

Autores: Varela Feal, N; Uceira Rey, S; Grandío Ferreiro, M.C.; Castro Pastor, A; Romero Martín, M;
Centro de Trabajo: EUE. Ferrol

INTRODUCCIÓN

El diagnóstico enfermero surgió de la necesidad de incorporar en nuestro trabajo cotidiano una práctica sistemática, crítica y común para todos los profesionales, a la vez que se contribuye a determinar el campo propio de actuación, constituyendo, además, un marco sumamente útil para la investigación enfermera ya que definen las situaciones de salud que identifican y tratan las enfermeras en la práctica clínica independiente.

Existen diversas taxonomías de diagnósticos enfermeros desarrolladas hasta el momento, en nuestro país la más difundida ha sido la de la North American Nursing Diagnosis Association (NANDA), cuyos diagnósticos han sido definidos en su mayor parte por enfermeras americanas y canadienses. Esto ha llevado a que en muchas ocasiones nos cuestionemos si esta taxonomía es un instrumento útil en el contexto de la realidad laboral y cultural de las enfermeras españolas

Es obvio que nuestra realidad sociosanitaria es diferente por ello surge la necesidad de validar estos diagnósticos adaptándolas a nuestro contexto y a las distintas áreas de trabajo. Para ello, hemos realizado un análisis de los métodos seguidos para la realización de validaciones de diagnósticos de enfermería.

MATERIAL Y MÉTODOS

Este trabajo está basado en una exhaustiva búsqueda bibliográfica sobre estudios fundamentados en la epidemiología enfermera y publicados en diferentes revistas españolas. Se han revisado las siguientes publicaciones:

- Enfermería Científica: desde Enero de 1991 hasta Diciembre de 1997
- Enfermería Clínica: en los periodos comprendidos entre 1991 hasta 1997
- Enfermería Intensiva: desde el volumen número 3 de 1992 hasta el volumen 8.1997
- Gerokomos: desde el mes de Marzo de 1992 hasta el mes de Noviembre de 1997.
- Revista Española de Enfermería. Rol: comenzando en el año 1991 y finalizando en el número correspondiente a Febrero de 1998.

RESULTADOS

Tras la revisión bibliográfica hemos encontrado ocho artículos en los cuales se analizan las técnicas de validación de diagnósticos enfermeros y los pasos en los que coinciden y difieren a la hora de realizar dicha validación.

CONCLUSIONES

Son escasos los estudios de validación en la práctica clínica siendo la técnica de consenso la más utilizada y válida para el establecimiento de una mayor claridad en la definición y utilización de los diagnósticos enfermeros.

Título: ¿SUGIEREN LAS ETIQUETAS DIAGNÓSTICAS ACTUACIONES INDEPENDIENTES?

Autores: Almansa Martínez, P; Lidón Cerezuela, B; Hernández Torres, R; Manzanera Nicolás, J; Oliva Faura, N.

Centro de Trabajo: EUE Universidad de Murcia

INTRODUCCIÓN

En los últimos 20 años se ha publicado y comentado ampliamente que la utilización de un lenguaje común, no sólo tendría consecuencias positivas para los receptores de los cuidados enfermeros, sino que también resulta indispensable para elevar la Enfermería a la categoría de disciplina científica. La posibilidad de identificar nuevas áreas de competencia enfermera, la delimitación de responsabilidades profesionales y la diferenciación de la aportación específica en el ámbito de los cuidados de la salud, son algunos de los numerosos beneficios que se derivan de la utilización de una taxonomía diagnóstica.

Los estudios que se refieren al grado de aplicación de una taxonomía diagnóstica en la práctica asistencial parecen indicar que el desconocimiento de la misma es una causa suficiente para explicar la escasez de juicios diagnósticos enfermeros. Por esta razón nos planteamos dos objetivos:

- 1- Identificar qué etiquetas diagnósticas sugieren entre los profesionales problemas que pueden ser resueltos, reducidos o prevenidos de forma independiente.
- 2- Determinar si existen diferencias significativas entre los problemas asociados a la dimensión biológica, psicológica, social y espiritual.

MATERIAL Y MÉTODO

Para la recogida de datos elaboramos una encuesta que recogían 5 etiquetas diagnósticas, de los que 12 identifican problemas físicos, y 23 problemas psicosociales. Las etiquetas elegidas son las de mayor nivel de abstracción. Otras variables de interés recogidas son : variables cualitativas (sexo y formación), variables cuantitativas (edad y años de trabajo)

Ámbito de Estudio: Tres hospitales y tres centros de Atención Primaria de Murcia.

RESULTADOS

Los datos se encuentran en proceso de tratamiento, pero se pueden apuntar como resultados provisionales que los diagnósticos que se refieren a los aspectos biológicos como Estreñimiento, Deterioro de la integridad cutánea, Alteración de la nutrición por exceso, Incapacidad para eliminar las secreciones, Deterioro de la movilidad física, Riesgo de alteración por inmovilidad o Riesgo de lesión, son los problemas identificados mayoritariamente como áreas de actuación independiente, mientras que Trastorno del campo de energía, Alteración del desempeño del rol, Impotencia o Desesperanza, no son considerados como problemas de competencia enfermera.

CONCLUSIONES

No nos es posible llegar a conclusiones definitivas por no haber finalizado el tratamiento estadístico de los datos. De forma provisional podemos apuntar la coincidencia con otros trabajos publicados, sobre la mayor identificación por parte de los profesionales enfermeros con las etiquetas que definen problemas biológicos en detrimento de las etiquetas psicosociales.

Título: ESTRATEGIAS FORMATIVAS PARA LA INTEGRACIÓN DE LOS DIAGNÓSTICOS DE ENFERMERIA (NANDA) EN ATENCIÓN PRIMARIA

Autores: Valdivieso, E; Hernandez, N; Canals, M; Calamote, F; Hernandez, B; Fortin, M.

Centro de Trabajo: D.A.P. Tarragona-Valls

INTRODUCCIÓN

La Dirección de Atención Primaria Tarragona-Valls del Institut Català de la Salut, gestiona 11 Áreas Básicas de Salud con una población de referencia de 120.956 habitantes, atendidos por 89 enfermeras.

Desde que se inicio la Reforma de Atención Primaria en 1986, existían grandes expectativas en cuanto al desarrollo profesional de enfermería. Percibimos que , a pesar que en algunas áreas se han producido grandes cambios cualitativos, existen grandes incongruencias entre el trinomio contratos de trabajo-actividad enfermera-evaluación de resultados ya que :

- 1.- Se nos contrata por un perfil profesional enfermero.
- 2.- Se nos exigen tareas que no son competencia de enfermería.
- 3.- Se nos evalúa según indicadores médicos.

Estas premisas, como principal elemento motivador, nos llevan a plantearnos la elaboración de una estrategia global de la atención enfermera en nuestros centros con el OBJETIVO de:

Conseguir una enfermería de atención primaria reconocida por la especificidad de nuestros servicios, tanto dentro de la propia empresa como en el marco de nuestra población

METODOLOGÍA

- 1- Constitución del equipo gestor del cambio.
- 2- Definición de la misión, la visión (meta) y los valores del equipo de enfermería.
- 3- Análisis de la realidad actual.
- 4- Consenso de los objetivos a corto y largo plazo.
- 5- Puesta en practica del plan de acción.
- 6- Evaluación de los resultados.

Se prioriza la integración de los diagnósticos de enfermería (NANDA), basándonos en el modelo de Virginia Henderson y para ello:

Se elabora , en coordinación con la EUI Rovira y Virgili de Tarragona, un programa de formación para todas la enfermeras de la Dirección de Atención Primaria Tarragona-Valls a realizar en un plazo máximo de 1 año.

Se organizan sesiones simultáneas de trabajo que integren en la practica los conocimientos adquiridos y, en las que se elabora un plan estándar de las situaciones de cuidados mas prevalentes en atención primaria de salud.

Se discuten, validan y los planes estándar en grupos de trabajo mas amplios hasta llegar al consenso de los profesionales.

Finalmente se incorpora como instrumento en la practica diaria y a los sistemas de registro del Programa de Atención Domiciliaria esta metodología.

CONCLUSIÓN

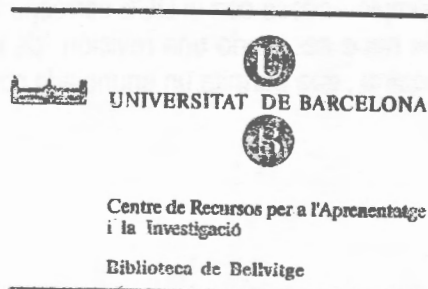
Es imprescindible la formación continuada de los profesionales para:

- 1.- Incorporar diagnósticos de enfermería (NANDA) como metodología de trabajo

2.- Convertir los valores esenciales de nuestra profesión en objetivos de acción

La integración de los diagnósticos de enfermería (NANDA) es una metodología útil como guía para la buena práctica que garantiza y favorece:

- . Una excelencia de los cuidados
- . Un lenguaje común entre los profesionales
- . La cultura de la mejora de la calidad de los servicios
- . La satisfacción de los profesionales y clientes
- . El desarrollo de la profesión
- . La planificación de los servicios enfermeros
- . La eficiencia económica.



Título: APLICACIÓN DE DIAGNÓSTICOS DE ENFERMERÍA EN EL PROGRAMA DE VISITA DOMICILIARIA.

Autores: Gago Fornells, M. García González, R.F. Romero Organvidez, J. Jiménez Luna, A. Gaztelu Valdés, V.

Centro de Trabajo: C.S. Sanlúcar Barrio Alto. Hospital Univ. Puerto Real. Red de Centros no Reconvertidos de La Línea. Cádiz.

INTRODUCCIÓN

La puesta en marcha del programa de visita domiciliaria (PVD) suele ser una buena estrategia para aplicar e instrumentar los diagnósticos de enfermería (DGE).

OBJETIVO: Definir y catalogar los DGE usados en el PVD en relación a los problemas de salud.

MATERIAL Y MÉTODO:

Tipo de estudio: descriptivo observacional.

Tiempo de estudio: 1.1.97 al 31.12.97.

Sujetos: enfermos atendidos en el PVD.

Recogida de datos: historia familiar y listados de problemas.

Variables de estudio: Tanto del enfermo, sexo, edad y problema crónico de salud, como referidas al DGE empleado, atendiendo al formato PES (problema+etiología+signo-síntoma). Utilizando como lista de catálogo consensuada las clasificaciones de Henderson, NANDA I y OCS para enfermería comunitaria.

RESULTADOS: El receptor de cuidados de nuestro PVD, es un hombre para el 40% y mujer en el 60% de los casos y se encuentra afectado por problemas crónicos de salud en un 79.99% de la serie.

Los problemas de salud más frecuentes según orden fueron Upp (38%), incontinencia urinaria (27.3%), inmovilización total en cama (26.7%), rigidez articular (3.5%) e incontinencia fecal (2.5%).

Presentando más de un problema a la vez el 88.62% de los enfermos estudiados (N=136). Los DGE más utilizados pertenecían a la categoría de Henderson 73%, seguido por NANDA I 26%. La clasificación OCS, específica para el uso por la enfermería comunitaria, solo se utilizó para un escaso 1% de los DGE.

CONCLUSIONES:

- La categoría de DGE enunciada por V.Henderson es la más utilizada por enfermería para el PVD.
- La mayoría de los problemas detectados se quedan en un mero enunciado de los mismos, no completándose con el DGE correspondiente.
- Se hace necesario una revisión de las distintas categorías, con el correspondiente consenso del equipo, que permita un enunciado correcto, así como su aplicación y operatividad en la práctica.

Posters

- ["Diagnósticos de Enfermería en Psicogeriatría: un instrumento de calidad"](#). Santamaría Peña, M^a Teresa; Hernández León, Silvia.A. Hospital Psiquiátrico de Alava
- ["Atención Primaria: estudio de los diagnósticos de enfermería en la población adulta "](#). Àmo Tutusaus, Damià; Àrladiz Puchol, David; Claudel Navarete, Elisabeth; Farré Roig, Judith; Rodríguez de Medina Nuevo, Belen; Granollers Mercader, Silvia. Escuela de Enfermería, Universitat de Barcelona, Dirección de Atención Primaria Cornellà. Barcelona.
- ["Diagnósticos enfermeros prevalentes en un programa de Atención Domiciliaria"](#). Cegri lombardo, Francisco; Areny Ribera, Teresa; Calderón de la Barca Sánchez, Carmen; Valls Colomer, M. Mercè. DAP. Sant Martí.
- ["Diagnósticos Enfermeros en la prevención y tratamiento de las úlceras por presión"](#). Valls Colomer, M^a. Mercè; Cegri Lombardo, Francisco. Área Básica de Salud (ABS) La Pau ABS Sant Martí, Barcelona.
- ["Una propuesta para la enseñanza de pregrado de los diagnósticos enfermeros"](#). Sánchez Garcia, j; Marrero Montelongo, M; Acosta Suarez, E.G. Dpto. Enfermería C. de CC: de la Salud U:L:P:G:C
- ["Investigación con diagnósticos de enfermería: confusión aguda en pacientes de traumatología"](#). Jiménez Vilchez, Ana; Roure Murillo, Rosa. Hospital Universitario Arnau de Villanova de Lleida.
- ["Protocolo de atención al paciente oncológico en radioterapia: principales diagnósticos de enfermería"](#). Garcia Triviño, E. ; Garcia Caselles, M. Institut Català d'Oncologia.
- ["Los diagnósticos de enfermería desde la perspectiva de los alumnos"](#). Aranceta, Inés; Aja, Nieves; Encinas, Encarna; Ortega, Susana; Trespaderne, Isabel. Escuela Universitaria de Enfermería de San Sebastián. U.P.V/E.H.U.
- ["Formación en diagnósticos de enfermería del personal de los equipos de atención primaria"](#). García González, R.F.; Gago Fornells, M.; Romero Organvides, J.; Jimenez luna, A.; Gaztelu Valdés, V. Hospital Universitario Puerto Real C. Sbarrio Alto, Red de Centros no Reconvertidos De la Línea (Cádiz).
- ["Validación de diagnósticos enfermeros"](#). Varela Real, N.; Uceira Rey, S.; Grandio Ferreira, MC.; Castro Pastor, A.; Romero Martín, M. Escuela Universitaria de Enfermería (Ferrol).
- ["¿Sugieren las etiquetas diagnósticas actuaciones independientes?"](#). *Almansa Martínez, P.; *Lidón Cerezuela, B.; Hdez Torres, R; Manzanera Nicolás, J.; Oliva Faura, N. * E.U.E. Universidad

de Murcia.

- ["Estrategias formativas para la integración de los diagnósticos de enfermería \(nanda\) en atención primaria"](#). Canals, M.; Hernández, N.; Fortín, M.; Calamote, F.; Valdivieso, A.; Hernández, B. Dirección de Atención Primaria Tarragona-Valls
- ["Aplicación de diagnósticos de enfermería en el programa de visita domiciliaria"](#). Gago Fornells, M.; García González, R.F.; Romero Organvidez, J.; Jiménez luna, A.; Gaztelu Gaztelu Valdés, V. C.S. Barrio Alto. Hospital Universitario Puerto Real. Red de Centros no Reconvertidos De la Linea (Cádiz).

TITULO: “Diagnósticos de Enfermería en Psicogeriatría: un instrumento de calidad”.

AUTORES: Santamaría Peña, M^a Teresa; Hernández León, Silvia.A.

CENTRO DE TRABAJO: Hospital Psiquiátrico de Alava

INTRODUCCIÓN:

Según la división clásica de Donabedian (1966) en la evaluación de la calidad de la asistencia sanitaria se diferencian datos de ESTRUCTURA, de PROCESO y de RESULTADO.

Partiendo de esta premisa en el Hospital Psiquiátrico de Alava se desarrollan los datos de proceso mediante la aplicación de diagnósticos de Enfermería en Planes de Cuidados Estandarizados.

OBJETIVOS:

- Aumentar la calidad asistencial:

- Satisfacer las necesidades del usuario
- Satisfacción personal y profesional
- Eficacia en la tarea diaria
- Optimización de los recursos disponibles.

MATERIAL Y MÉTODO:

La recogida de datos se realiza a partir de los registros de Enfermería obteniendo una valoración individualizada en función de las necesidades y grados de autonomía del paciente, premisa indispensable para la aplicación de cuidados estandarizados en pacientes psicogerítricos y de esta manera, evaluar los resultados en relación con la calidad asistencial.

RESULTADOS:

- Visión integral del paciente psicogerítrico.
- Mayor implicación del equipo de Enfermería en los cuidados
- Continuidad de cuidados
- Mejora del sistema de comunicación del equipo interdisciplinar.

TITULO: “Atención Primaria: estudio de los diagnósticos de enfermería en la población adulta”.

AUTORES: Àmo Tutusaus, Damià; Àrladiz Puchol, David; Claudel Navarete, Elisabeth; Farré Roig, Judith; Rodríguez de Medina Nuevo, Belen; Granollers Mercader, Silvia.

CENTRO DE TRABAJO: Escuela de Enfermería, Universitat de Barcelona, Direcció de Atención Primaria Cornellà. Barcelona.

INTRODUCCIÓN:

Los alumnos de prácticas de Enfermería Comunitaria II hemos observado una escasa utilización de los diagnósticos de Enfermería. Uno de los motivos que se aducen es el desconocimiento de los mismos. Creemos que un estudio de las principales categorías diagnósticas favorecerá su divulgación y posterior utilización

OBJETIVOS:

1. Elaborar un listado de los principales diagnósticos de enfermería que se derivan de las visitas programadas, urgentes y espontáneas en Atención Primaria.
2. Definir el plan de actuación para los diagnósticos más frecuentes.
3. Dar a conocer los resultados del estudio a los miembros del equipo de Atención Primaria

MATERIAL Y MÉTODOS:

Diseño: Estudio observacional, descriptivo y transversal.

Ámbito de estudio: 4 consultas de medicina general de un Centro de Salud

Sujetos: Clientes mayores de 25 años que son atendidos por enfermería en el Centro o en sus domicilios. Se excluyen: extracciones, inyectables, grupos de educación sanitaria y llamadas telefónicas.

Variables de estudio: Sexo, edad, tipo de visita (domiciliaria, previa o espontánea de enfermería, previa médica, urgencias), motivo de la visita, diagnóstico de enfermería y problemas interdependientes.

Medidas: los datos, recogidos durante 12 días y revisados por los 6 investigadores, se introdujeron en la base de datos Knosys para su posterior explotación.

RESULTADOS:

Se realizan un total de 353 visitas de las cuales el 78,75% son con cita previa y el 5,38% visitas a domicilio. El 63,46% de las personas atendidas son mujeres y el 53,82% son mayores de 65 años.

Los motivos de consulta más frecuentes son el control de la hipertensión arterial y de la diabetes.

De los 338 diagnósticos recogidos, 120 corresponden a la etiqueta diagnóstica manejo efectivo del régimen terapéutico personal, 35 a manejo inefectivo y 43 a alteración de la nutrición por exceso.

DISCUSIÓN Y CONCLUSIONES:

- La mayoría de la población atendida acude a la consulta de enfermería con cita previa (programada) para el control de patologías crónicas. Esto confirma el seguimiento que de ellas se hace.
- El diagnóstico de enfermería más frecuente es el manejo efectivo del régimen terapéutico personal. Es gratificante para los profesionales pues demuestra que el esfuerzo para llevar a cabo la educación sanitaria es eficaz.
- El número limitado de categorías diagnósticas halladas en el estudio facilitará su aplicación en las consultas.

TITULO: “Diagnósticos enfermeros prevalcientes en un programa de Atención Domiciliaria”.

AUTORES: Cegri lombardo, Francisco; Areny Ribera, Teresa; Calderón de la Barca Sánchez, Carmen; Valls Colomer, M. Mercè.

CENTRO DE TRABAJO: DAP. Sant Martí.

INTRODUCCIÓN:

Los Diagnósticos Enfermeros (DE) nos ayudan a definir los objetivos y a desarrollar los planes de cuidados de Enfermería dentro del programa de Atención domiciliaria (ATDOM).

OBJETIVOS:

Conocer los DE más prevalentes de los pacientes incluidos en el programa ATDOM de un equipo urbano de atención primaria.

MATERIAL Y MÉTODO:

Tipo de estudio: Descriptivo transversal.

Método: Hago un muestreo randomizado del total de historias clínicas incluidas en el programa ATDOM.

Material: el instrumento de medida utilizado es el “Qüestionari de valoració d’infermeria” (QVI) basado en el modelo conceptual de Virginia Henderson, validado por la Subdivisión de Atención Primaria de Barcelona ciudad.

RESULTADOS:

El total de pacientes incluidos en el programa ATDOM es de 101, de los cuales 68 son mujeres y 33 hombres. La media de edad es de 82,7 años, con una desviación estándar de 9,9.

Los DE prevalcientes en una muestra de 50 pacientes son los que aparecen en las siguientes tablas:

Tabla 1	Tabla 2
Deterioro de la movilidad (33p) alteradas / paciente	Nº de necesidades
Déficit de autocuidado, baño, higiene (26p)	0 – 2 n: 10 p
Incontinencia urinaria funcional (17p)	3 – 5 n: 23 p
Déficit de autocuidado, vestido, acicalamiento (15p)	6 – 8 n: 5 p
Alteración del patrón del sueño (15 p)	9 – 11 n: 2 p
Aislamiento social (10 p)	12 – 14 n: 1 p
No hay QVI (9 p)	
Paciente (p)	Necesidad (n)

CONCLUSIÓN:

A partir de los resultados obtenidos se han identificado los dos DE más prevalcientes, que son deterioro de la movilidad y déficit de autocuidado, baño e higiene. Esto nos permitirá definir los objetivos específicos para el paciente y cuidador, y desarrollar actividades para su consecución, incrementando la calidad de los cuidados y promoviendo la investigación.

TITULO: “Diagnósticos Enfermeros en la prevención y tratamiento de las úlceras por presión”.

AUTORES: Valls Colomer, M^a. Mercè; Cegri Lombardo, Francisco.

CENTRO DE TRABAJO: Área Básica de Salud (ABS) La Pau ABS Sant Martí, Barcelona.

INTRODUCCIÓN:

La necesidad de utilizar un lenguaje propio y común que nos permita el desarrollo profesional de enfermería ha sido la razón que nos ha motivado para trabajar los diagnósticos enfermeros (DE) dentro del protocolo de prevención y tratamiento de las úlceras por presión implantado en el Centro.

OBJETIVOS:

1. Identificar los DE que definen el problema de salud de los pacientes con riesgo o lesión de úlceras por presión.
2. Utilizar los DE en el tratamiento de los pacientes con riesgo o lesión de úlceras por presión.

MATERIAL Y MÉTODO:

Material: Taxonomía diagnóstica de la North American Diagnosis Association (NANDA)¹.

Método: lectura y análisis de las etiquetas diagnósticas (DE). Basándonos en los DE que identifican el problema de salud hemos establecidos objetivos específicos del paciente y cuidador, y desarrollado el plan de actividades de enfermería para la consecución de dichos objetivos.

RESULTADOS:

Hemos encontrado dos etiquetas diagnósticas cuyas características definitorias y factores relacionados identifican el problema de salud:

1. Riesgo de deterioro de la integridad cutánea.
2. Deterioro de la integridad cutánea

Y, en consecuencia, se han establecido los objetivos siguientes:

Para la 1^a DE

Paciente:

Mantener la integridad cutánea

Paciente/cuidador:

Identificar factores que provocan la aparición de lesiones

Para la 2^a DE

Paciente:

Recuperar la integridad cutánea.

Paciente/cuidador:

Demostrar la forma correcta de curar la lesión.

Identificar los factores causales de las lesiones

Identificar la forma de prevenir o disminuir estos factores .

Explicar signos y síntomas que preceden a la aparición de lesiones.

Conseguir el grado máximo de autonomía

Cuidador:

Expresar el compromiso de participar en
- en plan de cuidados

Cuidador:

Expresar el compromiso de
plan de cuidados.

CONCLUSIONES:

La inclusión de los DE nos permite establecer criterios de valoración, sistematizar actividades susceptibles de ser utilizadas por todos los profesionales de enfermería,.

1. LUIS RODRIGO, M^a TERESA: Diagnósticos enfermeros. DOYMA, 1996. 2^a de.

TITULO: “Una propuesta para la enseñanza de pregrado de los diagnósticos enfermeros”.

AUTORES: Sánchez García, j; Marrero Montelongo, M; Acosta Suarez, E.G.

CENTRO DE TRABAJO: Dpto. Enfermería C. de CC: de la Salud U:L:P:G:C

RESUMEN:

El aprendizaje de los diagnósticos enfermeros es considerado en la actualidad como un área importante en la formación de pregrado de enfermería. Sin embargo, no tenemos constancia ni evidencia del modo en que se organiza su enseñanza desde el punto de vista metodológico ni de la temporalización a seguir a lo largo del curriculum. De la experiencia que nos cuentan los colegas que abordan este tema nos atrevemos a afirmar que la enseñanza de los diagnósticos enfermeros se efectúa de manera aislada por asignaturas, haciendo una selección de los mismos bien por patologías o bien por determinadas situaciones de la vida diaria que se enseñan a lo largo del curriculum, pero no a partir de criterios definidos ni concretos. Consideramos que primeramente es preciso establecer unas bases o condiciones que sirvan de manera operativa para efectuar un diseño instruccional para la enseñanza de los diagnósticos enfermeros. Este diseño redundará positivamente en la diplomatura de enfermería en general, desde el punto de vista organizativo de la enseñanza de cuidados enfermeros, objetivo central de dicha diplomatura, sirviendo de guía ordenada, sistemática y coherente a lo largo de los tres cursos de formación de pregrado.

OBJETIVO:

Proponer las condiciones y criterios en las que se ha de desarrollar la enseñanza de los diagnósticos enfermeros en la formación de pregrado.

MATERIAL Y MÉTODO:

Consulta bibliográfica actualizada sobre pensamiento crítico, proceso diagnóstico enfermeros.

A partir de la bibliografía intentamos describir de una manera secuencial en los tres años de diplomatura de enfermería, una serie de características, condiciones y criterios que este grupo de trabajo considera necesarios para la enseñanza de los diagnósticos enfermeros.

RESULTADOS:

Tras la revisión bibliográfica efectuada y la experiencia docente en este sentido consideramos que las condiciones necesarias para la enseñanza de los Diagnósticos Enfermeros en el currículum se divide en dos grandes áreas:

- Adquisición de conocimientos
- Adquisición de habilidades intelectuales.

Nuestra propuesta temporaliza los conocimientos y habilidades intelectuales que debe ir adquiriendo el alumno en lo referente a diagnósticos enfermeros a lo largo de la diplomatura, ubicando dichos contenidos en las diferentes asignaturas, con una doble finalidad: por un lado constatar la proyección que unas asignaturas tienen sobre otras y por otro alcanzar la coherencia necesaria en la enseñanza de los diagnósticos enfermeros para conseguir el mayor acercamiento posible entre la teoría y la práctica.

La descripción de los contenidos que integran tanto el área de adquisición de conocimientos como el área de adquisición de habilidades intelectuales, así como su estructuración y distribución por asignaturas y cursos es el contenido concreto de este trabajo.

TITULO: “Investigación con diagnósticos de enfermería: confusión aguda en pacientes de traumatología”.

AUTORES: Jiménez Vilchez, Ana; Roure Murillo, Rosa.

CENTRO DE TRABAJO: Hospital Universitario Arnau de Villanova de Lleida.

La confusión aguda es un problema de salud que presentan muchas personas mayores cuando ingresan en una Unidad Hospitalaria. Este problema pone en peligro la seguridad del enfermo, aumenta el riesgo de complicaciones, causa gran preocupación a sus familiares y aumenta la carga asistencial del personal sanitario que muchas veces tiene la sensación de incapacidad e impotencia para resolver este cuadro. Por este motivo estamos realizando este estudio en la Unidad de Enfermería de Trauma-N del Servicio de Traumatología del Hospital Universitario Arnau de Vilanova de Lleida en el periodo del día 2 de Junio de 1997 al 30 de Diciembre de 1998.

OBJETIVOS:

- 1- Conocer la incidencia de la Confusión Aguda en personas mayores de 65 años.
- 2- Detectar factores físicos, psíquicos y sociales que favorecen la Confusión Aguda.
- 3- Tratar de identificar situaciones de riesgo ligadas a la Confusión Aguda.

MATERIAL Y MÉTODO:

Con un diseño longitudinal analítico de casos y controles anidados en una cohorte, se ha elaborado una hoja de recogida de datos, utilizando el test de evaluación del Estado Cognitivo conocido como MEC (Mini-mental State Examination) de Folsteiny validado por Lobo. El análisis de los datos esta hecho con el programa Excel.

RESULTADOS:

De los 90 pacientes de la muestra hay 13 que ya padecían alguna alteración de la conducta antes de ingresar en el Hospital, a causa de demencia senil, alzheimer, etc. Los 77 pacientes restantes están orientados al ingresar, es decir, tienen un M.E.C. entre 7 y 10 puntos. Después de 1 a 6 días, 14 enfermos padecieron confusión aguda, bajando la puntuación del test de M.E.C. entre 5 a 0 puntos.

GRUPO DE CASOS: 14.SEXO: 7 hombres, 7 mujeres. EDAD: entre 74-94 años, edad media = 83.8 años. Motivo de ingreso: 11 pacientes por fractura de fémur y 3 por otras causas. Patologías de base: cardiopatías % HTA = 5. HTA y Diabetes = 4. Broncopatías = 3. Ninguna = 2.

GRUPO DE CONTROLES: 14. SEXO: 9 hombres, 5 mujeres. EDAD: 66-91 años, edad media = 76 años. Motivo de Ingreso: 7 pacientes por fractura de fémur y 7 por otras causas. Patologías de base: cardiopatías = 2. HTA y Diabetes = 6. AVC = 3. Broncopatías: 2. Ninguna: 1.

CONCLUSIONES:

1. La edad media del grupo de casos tiene 8 años más que el grupo de controles.
2. No hay diferencias significativas entre el grupo de casos y controles en lo que se refiere a la patología de base.
3. En el grupo de casos no hay diferencias significativas en cuanto al sexo, mientras que en el grupo control hay más hombres que mujeres.

TITULO: “Protocolo de atención al paciente oncológico en radioterapia: principales diagnósticos de enfermería”.

AUTORES: Garcia Triviño, E. ; Garcia Caselles, M.

CENTRO DE TRABAJO: Institut Català d’Oncologia.

En el Institut Català d’Oncologia de Barcelona existe un servicio de radioterapia compuesto por dos aceleradores lineales de electrones y dos bombas de cobalto. El personal destinado al uso de dichas máquinas está compuesto por técnicos en radioterapia y enfermeras con títulos de operadoras en instalaciones radioactivas.

Diariamente acuden a nuestro servicio alrededor de unos doscientos cincuenta pacientes ambulatorios a recibir tratamiento. El tiempo medio de estos tratamientos está por los 20-25 días consecutivos, de lunes a viernes.

Debido a la gran demanda de cuidados y atenciones de estos pacientes y junto con la presión asistencial que existe en nuestro servicio, hemos creído conveniente protocolizar los problemas más comunes que presentan con la finalidad de: poder realizar un seguimiento más detallado, poder evaluar los cambios del paciente a lo largo del tratamiento, poder educarle hacia unos hábitos higienico-dietéticos adecuados y potenciar su autocuidados implicando en todo momento a la familia. Esta es la finalidad de nuestra exposición al presentaros el protocolo de atención del paciente oncológico en radioterapia: principales diagnósticos de enfermería.

Mediante la entrevista de enfermería, que tiene lugar el primer día que el paciente contacta con el equipo cuando acude a radioterapia, se recoge información sobre las catorce necesidades existentes según Virginia Henderson de la vida cotidiana del paciente. Se analiza dicha información y se identifican aquellas necesidades que están alteradas, y en función a ellas aplicamos un plan de cuidados específicos para cada caso con la intención de restablecer o mantener la independencia del paciente.

Basándonos en nuestra propia experiencia y en las referencias bibliográficas que os ofrecemos, hemos detectado cuales son los principales problemas fisiológicos que presentan los pacientes en radioterapia a lo largo del tratamiento. Por lo tanto, hemos creado unos diagnósticos propios utilizando la taxonomía NANDA. Intentaremos cubrir con ellos las principales y posibles alteraciones que presenten (alteraciones cutáneas, digestivas y respiratorias dependiendo de la zona a tratar) ofreciendo toda aquella información y atención que nos demanden.

Mediante visitas semanales en la consulta de enfermería se pretenderá educar al paciente hacia unos hábitos correcto durante el tratamiento y se intentará facilitarle la readaptación a su entorno familiar y social, así como mantener el seguimiento del plan de cuidados una vez finalizado el tratamiento que nos permitirá evaluar todos nuestros objetivos y poder llevar a cabo posibles estudios.

TITULO: “Los diagnósticos de enfermería desde la perspectiva de los alumnos”.

AUTORES: Aranceta, Inés; Aja, Nieves; Encinas, Encarna; Ortega, Susana; Trespaderne, Isabel.

CENTRO DE TRABAJO: Escuela Universitaria de Enfermería de San Sebastián. U.P.V/E.H.U.

Convencidos de la necesidad de la integración de los Diagnósticos de Enfermería (DdE) como parte de un proceso metodológico en la práctica diaria necesario e imprescindible para la consolidación y desarrollo de nuestra profesión, desde la visión del alumno de 3er curso de esta E.U. de Enfermería, que en breve plazo de tiempo se convertirán en enfermeras/os diplomados. Nos interesaba identificar la percepción que él tiene de la implantación de los DdE en la práctica. Referenciando el trabajo realizado en el " I Simposium Internacional de DdE" en el cual se reflejaba la percepción de los profesionales en Euskadi sobre dicho tema.

OBJETIVOS:

1. Determinar en que grado los alumnos de la E.U. Enfermería de San Sebastián integran los DdE como asunto profesional.
2. Identificar y analizar las causas que motivan la utilización de los DdE

MATERIAL Y MÉTODOS:

Encuesta al alumnado de 3er curso. El manejo de los datos fue tratado estadísticamente mediante el programa SPSS.

RESULTADOS:

Se han recogido un total de 77 encuestas que corresponden al 75% de 3er curso de esta Escuela Universitaria de Enfermería de San Sebastián.

Mayoritariamente (91%) del alumnado considera la metodología en enfermería como un elemento que favorece una mayor calidad en los cuidados.

El alumnado considera que la valoración del paciente/cliente en las unidades de formación se efectúa sobre la base de problemas (45%), un 20% sobre la base de necesidades y un 27% a patrones. Dicha valoración conlleva a la detección sólo de problemas en un 77%, siendo un 20% los que refieren efectuar la detección de problemas más la elaboración de DdE. Los DdE no se utilizan en un 53% de las unidades donde han realizado su formación práctica, siendo un 40% los que refieren utilizarlo “ a veces”. Respecto a la presencia de manuales de DdE, en las unidades de formación, los alumnos indican que en un 87 % no hay.

DISCUSIÓN Y CONCLUSIONES:

Resulta dificultoso la integración entre la teoría y la práctica. En las unidades, enfermería trabaja sobre la base de detección de problemas, siendo escasas las unidades en las que lo hace con DdE. La razón más argumentada para la no-utilización de estos según el punto de vista del alumnado corresponde “que los profesionales no ven la necesidad de su utilización” y en segundo lugar la falta de conocimientos. Esto último coincide con la opinión de las enfermeras, del estudio anteriormente mencionado, aunque en primer lugar en dicho estudio apuntaban la falta de tiempo de forma mayoritaria.

TITULO: “Formación en diagnósticos de enfermería del personal de los equipos de atención primaria”.

AUTORES: García González, R.F.; Gago Fornells, M.; Romero Organvides, J.; Jimenez luna, A.; Gaztelu Valdés, V.

CENTRO DE TRABAJO: Hospital Universitario Puerto Real C. Sbarrio Alto, Red de Centros no Reconvertidos De la Línea (Cádiz).

INTRODUCCIÓN:

La formación en diagnósticos enfermeros es la base para la instrumentación de planes de cuidados efectivos y eficaces, según la mayoría de los autores. Pero tan sólo los planes de estudios actuales y una formación postgrado cubren esta parcela hoy en día. Nuestro trabajo no es más que una aproximación a este campo de la formación y rol profesional en la atención primaria de salud.

OBJETIVO:

Valorar el conocimiento sobre los modelos de diagnósticos más usados en atención primaria, por el personal de enfermería.

MATERIAL Y MÉTODO:

Realizamos un estudio descriptivo explorador, para 17 enfermeros de los equipos básicos de atención primaria, de nuestra área. Mediante encuesta de consenso, validada por ensayo piloto interno. Se pasó la misma atendiendo a una estructura simple de 16 ítems cerrados y de escala para evaluar tanto los modelos de enfermería, como sus diferentes diagnósticos. Recabamos información sobre definición, marco de referencia, habilidad para construcción del diagnóstico, diferenciación y/o similitud con el modelo médico, así como opinión de utilidad en la práctica de los mismos.

RESULTADOS:

La edad media de las/os enfermeras/os encuestados fue de 37+/-2 años, trabajan en equipo desde hace más de 3, y hace más de 10 que finalizaron sus estudios. El 96% no había recibido formación pregrado sobre los diagnósticos y modelos de enfermería. Tan sólo el 18% se ha formado motu proprio en el tema, no recibiendo formación postgrado específica el 98% de los encuestados.

Desconocían los diagnósticos de enfermería y no se consideraban capaces de catalogarlos el 70%, no diferenciaban el modelo diagnóstico enfermero del médico el 82%. Un 23% se ratificó en su capacidad de elaborar actualmente, un diagnóstico enfermero certero. Para un 82% el diagnóstico de enfermería, no se consideró útil en la práctica diaria, y para un 78% carecía de valor como herramienta de trabajo.

CONCLUSIONES:

- El diagnóstico de enfermería continúa siendo una herramienta desconocida para la enfermería de nuestras zonas básicas de salud, según los planteamientos en boga.
- Los enfermeros/as que trabajamos actualmente en atención primaria, carecemos de formación pregrado sobre el tema.
- Es necesaria la elaboración de un proceso de formación continuada, que incida sobre los diagnósticos de enfermería, para de esta forma elaborar juicios de valor que estructuren los mismos como un instrumento útil en el trabajo diario.

TITULO: “Validación de diagnósticos enfermeros”.

AUTORES: Varela Real, N.; Uceira Rey, S.; Grandio Ferreiro, MC.; Castro Pastor, A.; Romero Martín, M.

CENTRO DE TRABAJO: Escuela Universitaria de Enfermería (Ferrol).

INTRODUCCIÓN:

El diagnóstico enfermero surgió de la necesidad de incorporar en nuestro trabajo cotidiano una práctica sistemática, crítica y común para todos los profesionales, a la vez que se contribuye a determinar el campo propio de actuación, constituyendo, además, un marco sumamente útil para la investigación enfermera ya que se definen las situaciones de salud que identifican y tratan las enfermeras en la práctica clínica independiente.

Existen diversas taxonomías de diagnósticos enfermeros desarrolladas hasta el momento, sin embargo, en nuestro país la más difundida ha sido la de la North American Nursing Diagnosis Association (NANDA), cuyos diagnósticos han sido definidos en su mayor parte por las enfermeras/os americanas/os y canadienses. Esto ha llevado a que en muchas ocasiones nos cuestionemos si esta taxonomía es un instrumento útil en el contexto de la realidad laboral y cultural de las enfermeras españolas.

Es obvio que nuestra realidad sociosanitaria es diferente por ello surge la necesidad de validar estos diagnósticos adaptándolos a nuestro contexto y a las distintas áreas de trabajo. Por ello hemos realizado un análisis de los métodos seguidos para la realización de validaciones de diagnósticos de enfermería.

MATERIAL Y MÉTODOS:

Este trabajo está basado en una exhaustiva búsqueda bibliográfica sobre estudios fundamentales en la epidemiología enfermera y publicados en diferentes revistas españolas. Se han revisado las siguientes publicaciones.

- Enfermería Científica desde enero de 1991 hasta diciembre de 1997
- Enfermería Clínica en los períodos comprendidos desde 1991 hasta 1997
- Enfermería Intensiva desde el volumen número 3 de 1992 hasta el volumen 8, 1997
- Gerokonos: desde el mes de marzo del año 1992 hasta el mes de noviembre de 1997
- Revista Española de Enfermería. Rol: comenzando en el año 1991 y finalizando en el número correspondiente a febrero de 1998.

RESULTADOS:

Tras la revisión bibliográfica hemos encontrado ocho artículos en los cuales se analizan las técnicas de validación de diagnósticos enfermeros y los pasos en los que coinciden y difieren a la hora de realizar dicha validación.

CONCLUSIONES:

Son escasos los estudios de validación en la práctica siendo la técnica de consenso la más utilizada y válida para el establecimiento de una mayor claridad en la definición y utilización de los diagnósticos enfermeros.

TITULO: “¿Sugieren las etiquetas diagnósticas actuaciones independientes?”.

AUTORES: *Almansa Martínez, P.; *Lidón Cerezueta, B.; Hdez Torres, R;
Manzanera Nicolás, J.; Oliva Faura, N.

CENTRO DE TRABAJO: * E.U.E. Universidad de Murcia.

INTRODUCCIÓN:

En los últimos 20 años se han publicado y comentado ampliamente que la utilización de un lenguaje común, no sólo tendría consecuencias positivas para los receptores de los cuidados enfermeros, sino que también resulta indispensable para elevar la Enfermería a la categoría de disciplina científica.

La posibilidad de identificar nuevas áreas de competencia enfermera, la delimitación de responsabilidades profesionales y la diferenciación de la aportación específica en el ámbito de los cuidados de la salud, son algunos de los numerosos beneficios que se derivan de la utilización de una taxonomía diagnóstica.

Los estudios que se refieren al grado de aplicación de una taxonomía diagnóstica en la práctica asistencial parecen indicar que el desconocimiento de la misma es una causa suficiente para explicar la escasez de juicios diagnósticos enfermeros. <por esta razón nos planteamos dos objetivos:

1. Identificar qué etiquetas diagnósticas sugieren entre los profesionales problemas que pueden ser resueltos, reducidos o prevenidos de forma independiente.
2. Determinar si existen diferencias significativas entre los problemas asociados a la dimensión biológica, psicológica, social y espiritual.

MATERIAL Y MÉTODO:

Para la recogida de datos elaboramos una encuesta que recogía 35 etiquetas diagnósticas de las que 12 identifican problemas físicos, y 23 problemas psicosociales. Las etiquetas elegidas son las de mayor nivel de abstracción. Otras variables de interés recogidas son: variables cualitativas (sexo y formación); variables cuantitativas (edad y años de trabajo). *Ámbito de estudio:* tres hospitales y tres centros de Atención Primaria de Murcia.

RESULTADOS:

Los datos se encuentran en proceso de tratamiento, pero se pueden apuntar como resultados provisionales los diagnósticos que se refieren a los aspectos biológicos como: “ estreñimiento, deterioro de la integridad cutánea, alteración de la nutrición por exceso, incapacidad para eliminar secreciones, deterioro de la movilidad física, riesgo de alteración por inmovilidad o riesgo de lesión”, son

los problemas identificados mayoritariamente como áreas de actuación independiente, mientras que “trastorno del campo de energía, alteración del desempeño del rol, impotencia o desesperanza”, no son considerados como problemas de competencia enfermera.

CONCLUSIONES:

No nos es posible llegar a conclusiones definitivas por no haber finalizado el tratamiento estadístico de los datos. De forma provisional podemos apuntar la coincidencia con otros trabajos publicados, sobre la mayor identificación por parte de los profesionales enfermeros con las etiquetas que definen problemas biológicos en detrimento de las etiquetas psicosociales.

TÍTULO: “Estrategias formativas para la integración de los diagnósticos de enfermería (nanda) en atención primaria”.

AUTORES: Canals, M.; Hernández, N.; Fortín, M.; Calamote, F.; Valdivieso, A.; Hernández, B.;

CENTRO DE TRABAJO: Dirección de Atención Primaria Tarragona-Valls

INTRODUCCIÓN:

La D.A.P. Tarragona-Valls del Institut Català de la Salut engloba 11 Áreas Básicas de Salud con una cobertura poblacional de 120.956 h. Siendo atendidos por 89 enfermeras/os. Después de 11 años de reforma de la A.P.S. donde existían grandes expectativas en cuanto al desarrollo profesional de enfermería, percibimos que aunque en algunas áreas se han producido grandes cambios cualitativos, seguimos siendo contratados por un perfil profesional enfermero, se nos exigen tareas que no son competencia de enfermería y se nos evalúa según indicadores médicos. Lo cual nos lleva a plantearnos la elaboración de una estrategia global de la atención enfermera.

OBJETIVOS:

Conseguir una enfermera de Atención Primaria reconocida por la especificidad de sus servicios.

MATERIAL Y MÉTODOS:

Mediante reuniones de los responsables de cada Centro y siguiendo la estrategia de definir la misión, la visión y los valores de la profesión de enfermería y confrontando con la realidad actual consensuámos cuales eran los objetivos a corto y a medio plazo. Priorizámos la integración del Modelo de V.H. y los diagnósticos de la NANDA en la práctica diaria. Elaboramos en coordinación con la Escuela Universitaria de Enfermería un programa de formación para todas las enfermeras de la DAP a realizar en un plazo máximo de 1 año y simultáneamente la organización de sesiones de trabajo para integrar en la práctica los conocimientos adquiridos.

RESULTADOS:

Actualmente las 2/3 partes de las enfermeras de la DAP han recibido la formación. Cada Centro trabaja y desarrolla un plan estándar de las situaciones en cuidados más prevalentes en A.P.S. que después se discuten en grupos más amplios hasta la aceptación del plan para toda la enfermería.

Los sistemas de registro de la Atención Domiciliaria están incorporando el modelo de V.H- y los diagnósticos de la NANDA.

TÍTULO: “Aplicación de diagnósticos de enfermería en el programa de visita domiciliaria”

AUTORES: Gago Fornells, m.; García González, R.F.; Romero Organvidez, J.; Jiménez luna, A.; Gaztelu Gaztelu Valdés, V.

CENTRO DE TRABAJO: C.S. Barrio Alto. Hospital Universitario Puerto Real. Red de Centros no Reconvertidos De la Línea (Cádiz).

INTRODUCCION:

La puesta en marcha del programa de visita domiciliaria (PVD) suele ser una buena estrategia para aplicar e instrumentar los diagnósticos de enfermería (DGE)

OBJETIVO:

Definir y catalogar los DGE usados en el programa de visita domiciliaria PVD en relación a los problemas de salud.

MATERIAL Y METODO:

Tipo de estudio: descriptivo observacional

Tiempo de estudio: 1.1.97 al 31.12.97

Sujetos: enfermos atendidos en el PVD.

Recogida de datos: historia familiar y listado de problemas

Variables de estudio: Tanto del enfermo, sexo, edad y problema crónico de salud, como referidas al DGE empleado, atendiendo al formato PES (Problema-etología-signo-síntoma). Utilizando como lista de catálogo consensuada las clasificaciones de Henderson, NANDA I y OCS para enfermería comunitaria.

RESULTADOS:

El receptor de cuidados de nuestro PVD, es un hombre para el 40% y mujer en el 60% de los casos y se encuentra afectado por problemas crónicos de salud en un 79,99% de la serie.

Los problemas de salud más frecuentes según orden fueron Upp (38%), incontinencia urinaria (27,3%), inmovilización total en cama (26,7%), rigidez articular (3,5%) e incontinencia fecal (2,5%). Presentando más de un problema a la vez el 88,62% de los enfermos estudiados (N=136) . Los DGE más utilizados pertenecían a la categoría de Henderson 73% seguido por NANDA I 26%. La clasificación OCS, específica para el uso por la enfermería comunitaria, sólo se utilizó para un escaso 1% de los DGE.

CONCLUSIONES:

- La categoría de DGE enunciada por V. Henderson es la más utilizada por enfermería para el PVD.
- La mayoría de los problemas detectados se quedan en un mero enunciado de los mismos, no completándose con el DGE correspondiente.
- Se hace necesario una revisión de las distintas categorías, con el correspondiente consenso del equipo, que permita un enunciado correcto, así como su aplicación y operatividad en la práctica.

Ponencias

● M^a Paz Mompart

“Diagnósticos, intervenciones y resultados. Auditorio para mejorar la calidad de la atención al usuario”

● Julia López

“Propuestas para el desarrollo auditorio profesional”



“Diagnósticos, intervenciones y resultados para mejorar la calidad de la atención al usuario”

1. INTRODUCCIÓN

La necesidad de establecer con claridad la relación entre los conceptos diagnósticos, intervención y resultado se deriva de las circunstancias que definen el desarrollo de la disciplina enfermera y su ejercicio, desde una óptica interna, desde dentro de la propia profesión y su ejercicio y otra externa, desde la sociedad y los servicios sanitarios. Las primeras podrían citarse como: *la madurez profesional, la autonomía, el trabajo multidisciplinar*. Las segundas constituyen una referencia a los desafíos actuales en los servicios de salud, como son *la diversidad de los usuarios, el incremento del dominio (lo que se llama “empowerment”, tanto de usuarios como de las propias enfermeras), la presión de la gestión, la influencia de la información y la tecnología*. Todos estos aspectos, íntimamente relacionados, nos llevan a la consideración de la influencia que pueden tener alguno de los cambios en el ejercicio de la enfermería (los diagnósticos, entre ellos) en la calidad de los cuidados.

2. LA RELACIÓN ENTRE DIAGNÓSTICO, INTERVENCIÓN Y RESULTADOS

Desde hace años, las enfermeras han trabajado en la denominación de los problemas en los que actúan profesionalmente etiquetando las diferentes situaciones que requieren atención de enfermería. Diversos sistemas (NANDA(1995), OMAHA (Martin y Scheet, (1992)) han sido utilizados, con la finalidad de establecer los patrones iniciales de desempeño profesional. Más tarde, los esfuerzos se han ampliado a categorizar estas definiciones en taxonomías que añadieron un nuevo valor a las simples denominaciones, en un trayecto hacia conseguir un trabajo más lógico y ordenado. Más recientemente, se trabaja en el establecimiento con carácter general la descripción de las intervenciones enfermeras más adecuadas a cada situación definida y los resultados más frecuentemente esperados. Llevado a cabo mayoritariamente por enfermeras docentes e investigadoras, coincide este trayecto con los de la profesión enfermera en otros ámbitos e, especialmente en la gestión de los servicios: estandarización de cuidados, sistematización y organización de los servicios y unidades de enfermería.

En líneas generales la triada diagnóstico-intervención-resultado significa una escala que trata de:

- Establecer las necesidades presentes en un a situación determinada y denominar adecuadamente esta situación, en función de las

- características de cuidados presentes en ello. Se denomina aquello en lo que la enfermera ha de poder responsabilizarse de la solución del problema enunciado.
- Determinar la contribución específica de la enfermera a la solución de esta situación completa: la prevención del problema, el alivio del sufrimiento o las consecuencias, la resolución del problema. Se pretende plantear una actuación idónea para cada problema enunciado, aunque no ha de olvidarse las especiales condiciones de cada paciente o usuario, que han de ser evaluadas igualmente por el profesional.
- Prefigurar los resultados esperables de esa situación enfermera definiéndolos en términos de situación del paciente, determinando un patrón también conocido de cada acto enfermero.

Como se ha dicho repetidamente, el proceso es dinámico y en el momento actual, se trabaja en la correlación de los tres elementos, de manera que se estructure un sistema de denominación que abarque el total de la práctica enfermera, desde el análisis de la situación hasta la determinación de las acciones más adecuadas y de las consecuencias esperadas a estas acciones. De manera general, se puede afirmar que esta línea de trabajo, de la denominación hasta la categorización y la definición de acciones y resultados forma parte del panorama de madurez y búsqueda de la autonomía.

¿Qué problemas pueden atisbarse en este panorama?

- La posibilidad de realizar denominaciones deferentes y/o complementarias de las actualmente empleadas en el ámbito de los servicios de salud, generalmente, el de los diagnósticos y las acciones basadas en la ciencia médica. Además, la utilización de denominaciones enfermeras y la determinación de acciones concretas diferenciadas ha de enfrentarse no sólo a la resistencia de otros colegas y del propio sistema, sino también a la actitud inmovilista de algunos de los profesionales de la enfermería.
- La necesidad de llegar a una clasificación unificadora y generalmente aceptada, en el contexto de la enfermería mundial. Sin embargo, en un entorno profesional tan variado como es el de la enfermería internacional, el consenso es problemático, y difícilmente alcanzable. El Consejo Internacional de Enfermeras trabaja en la elaboración del sistema de clasificación internacional de la práctica enfermera (CIPE), desgraciadamente muy poco conocido por la mayoría de nosotros, por falta de difusión adecuada y a través de canales cercanos a las enfermeras.

3. LA MEJORA DE LA CALIDAD DE LOS CUIDADOS

Como se afirma frecuentemente, las enfermeras tienen una gran responsabilidad en la consecución de la calidad de los servicios, ya que de ellas depende en buena medida la posibilidad real de esta calidad. Ciertamente es

que muchas veces es difícil aislar el trabajo enfermero del total de la atención producida y, por tanto, identificar el peso específico de esta labor en la definición de la calidad global conseguida. También que parece que nos encontramos en un periodo en que los centros sanitarios vuelven a situaciones que parecían olvidadas, con una estructura orientada hacia la labor médica. Aún en ese entorno, el trabajo enfermero es responsable de una importante cuota de la calidad de la asistencia prestada, dadas las circunstancias referidas de tipo de acciones que llevan a cabo las enfermeras, número de personas atendidas, tiempo dedicado, recursos empleados, capacidad de decisión, etc.

Como se sabe, la calidad tiene una estrecha relación con el trabajo realizado de acuerdo a un estándar unificado y estable. En definitiva, se puede decir de acuerdo a estos planteamientos que la variabilidad es el error, siendo por el contrario, la estabilidad y la estandarización una garantía de trabajo bien hecho. Las tendencias actuales del diseño organizativo en los sistemas de salud se encaminan justamente a determinar al máximo las circunstancias en las que se lleve a cabo de atención sanitaria a un determinado usuario, dentro de unos estándares bien conocidos. Las experiencias de la medicina basada en la evidencia (MBE) (recientemente, también la enfermería) (Icart, 1998), la gestión de casos, las guías clínicas de progreso y otros instrumentos similares son buen ejemplo de esta tendencia que se encamina justamente a conseguir resultados de calidad total.

¿Cuál es, en consecuencia, el impacto de la elaboración de diagnósticos, categorización de intervenciones y previsión de resultados en el proceso de mejora de la calidad? Parece evidente que en unos servicios de salud que utilizan como instrumento de calidad total diversos modos de estandarización, la trascendencia de un sistema de información, a cerca de las acciones de un grupo importante de sus elementos, como puede ser el de los Diagnósticos de Enfermería, ha de ser detectado. Nadie puede dudar que la reflexión de las enfermeras acerca de su trabajo, etiquetando las situaciones que son de su responsabilidad, previendo las acciones más oportunas en cada una y tendiendo hacia la determinación de los resultados más adecuados es un paso de gran relevancia hacia una mejor atención de enfermería. Pero más aún, la generalización de esta metodología y de estos instrumentos pueden generar una base para establecer la definición más acorde de lo que se denomina producto enfermero, proporcionando incluso un recurso de gestión utilizable ampliamente, con la consecuencia de costo-efectividad buscada por los gestores.

Desde el punto de vista de los otros trabajadores de sistema, la triada diagnóstico, acciones y resultados ha de hacer visualizar con más nitidez el campo de actuación de la enfermera, aquel en el que puede tener un mayor desarrollo y donde su cooperación será más eficaz.

Finalmente, par el usuario, el paciente o el cliente de los servicios de salud, así como a sus familias, este sistema le puede asegurar que los cuidados que se le dan están más acordes a sus necesidades, claramente diagnosticadas, pudiendo además recibir las explicaciones que sean necesarias acerca de su esperado progreso, gracias a la elección de las enfermeras.

Los servicios de salud en su conjunto pueden aprovechar la sistematización de la información generada, que de esta manera puede tender a la homologación con otros sistemas de recogidas de datos y de denominación de situaciones de salud y enfermedad. Ello contribuirá a la posibilidad de generalizar el lenguaje enfermero y a su comprensión por otros componentes del sistema.

Como siempre, las estrategias de cambio se plasman en acciones completas que en este caso se podrían enunciar como siguen: *pasar de la idea a la acción, hablar con los colegas, vender imagen*

En el primero de ellos, los programas de formación juegan un importante papel siempre que se acompañen de la necesaria experiencia clínica, de la aplicación, en situaciones de práctica concreta, insistiendo más en buscar caminos conjuntos docente-asistenciales, por ejemplo, en protocolos de validación que integran enfermeras de uno y otro ámbito en temas específicos de dominio común. Es preciso compartir las experiencias de unos y otros toda vez que la construcción del sistema de diagnósticos se ha de hacer desde las dos orillas del cauce profesional. También hay que ganar la participación decidida de los líderes profesionales, ya sean los que ocupan una posición en las instituciones, o aquellos cuya autoridad profesional es reconocida generalmente.

El segundo, la comunicación con los colegas: al trabajar la enfermera en un ámbito de responsabilidad compartida con otros profesionales, la opinión de éstos es importante a la hora de iniciar y desarrollar cambios, por lo que la actitud más provechosa para las enfermeras es la de aceptar que existan reticencias y esforzarse en eliminarlas mediante el cambio y la demostración de que estos instrumentos de trabajo benefician a todos, por su utilidad en la mejora de la calidad.

En tercer lugar, la “venta de imagen”: es preciso salir del ámbito profesional y acostumbrarnos a explicar los cambios en primer lugar a los usuarios, con una oferta de servicios claros y definidos, a través justamente de su denominación diagnóstica y su categorización, así como de sus resultados. Las instituciones entran también en la categoría de compradores de servicios e igualmente han de ser destinatarias de nuestro mensaje.

BIBLIOGRAFIA

Consejo Internacional de Enfermeras (CIE) (1996) LA CLASIFICACIÓN INTERNACIONAL PARA LA PRÁCTICA DE LA ENFERMERÍA: UN MARCO UNIFICADOR LA VERSIÓN ALFA, Ginebra. (cart, T. (1996) : ENFERMERÍA BASADA EN LA EVIDENCIA (EBE): UN NUEVO DESAFÍO PROFESIONAL. Enfermería Clínica 8 (2) 77-83

Martin, K.S., Scheet, N.J. (1992): THE OMAHA SYSTEM. APPLICATIONS FOR COMMUNITY HEALTH NURSING W.B. Saunders Co, Philadelphia

“Propuestas para el desarrollo profesional”

*Vivimos en una época
de gran cambio,
una época
de nuevos comienzos.
Vivimos una época
en que muchas cosas
llegan a su fin.*

(John Naisbitt, 1994. *Global Paradox*)

1. INTRODUCCIÓN

Buenas tardes.

Agradezco al Consejo de Colegios de Enfermería de Castilla y León y a la asociación AENTDE su confianza al haberme encomendado la tarea de reflexionar hoy, aquí, con ustedes, sobre **propuestas para nuestro desarrollo profesional**, una cuestión apasionante para todos los que sentimos inquietud por el futuro.

Para aproximarme al tema, además acudir a la bibliografía, realice una pequeña consulta a distintas enfermeras de mi entorno, profesionales de la docencia y de la asistencia; con dos preguntas: *Cómo veían la situación actual de enfermería* y *Qué creían podría favorecer nuestro desarrollo profesional*.

¿Cuál es la opinión que me aportan mis compañeras? He de decirles que no muy alentadora: A pesar de los avances que se detectan y las esperanzas que se atisban en la profesión, se refleja cierta decepción y desánimo en expresiones como: la enfermería está parada, está en crisis, sin reconocimiento social ni oficial, sin identidad... Y, junto a esto, aparecen preocupaciones en torno al trabajo, a la inseguridad laboral o el paro.

Como salidas hacia el desarrollo, mis compañeras plantean **mejorar la imagen**, conseguir **nuestro reconocimiento** en el mundo sanitario y en la sociedad; conseguir **mejorar la formación** con mayor conocimiento y dominio de nuestras competencias, y elevar los niveles académicos, etc., etc.

Aun siendo muy consciente del grado de razón que tiene mi compañera y amiga Carmen Fernández, cuando dice que *somos muy pocos* los que estamos convencidos del discurso de nuestra **identidad** y del desarrollo del **rol propio**, voy a apostar por **la esperanza** que nos ofrece Adolf Guirao, cuando afirma que *hoy se empiezan a observar signos de vitalidad en la Enfermería* y

que *se está avanzando* . ¿Por qué apuesto por la esperanza?. Por esos signos que se atisban y por el interés en avanzar (prueba de ello es este Simposium y otros Congreso que se van celebrando en nuestro país, así como el interés por asociaciones científicas...etc.), y porque *la crisis permanente nunca se da*. El estado de **crisis** es siempre transitorio por definición y puede acabar en un crecimiento.

En mi exposición abordaré, partiendo del **problema de identidad**, la **autonomía profesional**, la necesidad de asumir **valores y marcos de referencia**, de adoptar un **lenguaje común y propio**, el **valor profesional de mercado**, y la **investigación** para demostrar nuestra aportación ... Deseo que mi discurso estimule la reflexión y el debate, para aumentar un poco el malestar en algunos o para animar al cambio ya iniciado por otros.

Evelyn Adam, afirma en *Être infirmière* que *mientras las enfermeras se encuentren satisfechas de su situación, no estarán preparadas para cambiar. Lo primero que necesitan es despertar la conciencia de incomodidad. El cambio comienza cuando existe la insatisfacción* ¹.

UN PROBLEMA DE IDENTIDAD.

De las respuestas de mis compañeras, me llamó la atención una constante que aparecía insistentemente: la necesidad de **clarificar nuestra especificidad** - encontrarnos y reconciliarnos con nuestra **propia identidad**- y mantener en torno a ella **un mensaje común, claro y convincente** ante la sociedad, para avanzar en el camino de nuestra profesionalización..

En el fondo del problema puede estar, en que bastantes enfermeras no experimenta ninguna necesidad de cuestionarse su identidad y se sienten a gusto con lo que hacen. El Libro Blanco de Enfermería (Presentado recientemente por el Consejo Nacional de Enfermería) señala que un 47 % de enfermeras españolas no siente ningún nivel de frustración con la situación que tiene y más de un 18% no desea ningún cambio². Comparto la idea de una compañera, *la enfermera se considera buena profesional desarrollando el rol de colaboración, y no desea nada más. Actúa como profesional de la enfermedad (y no de la salud) y centra su atención en los cuidados de tratamiento, que para ella son prioritarios. Se preocupa por perfeccionar su habilidad técnica y por el dominio de los procedimientos; y su principal interés reside en aumentar el número de colegas, para disminuir sus cargas de trabajo... No echa de menos el desarrollo de su rol autónomo, ni la aplicación de una metodología para planificar los cuidados, ni le inquieta la falta de habilidad en la recogida de datos, ni la poca capacidad para la toma de decisiones...*

Otra compañera afirma: *He intuido poca profesionalidad y, sobre todo, relacionada con falta de identidad. Me ha parecido que las enfermeras de áreas más especializadas - en la que la técnica es el elemento clave- las enfermeras se sienten con mayor prestigio y reconocimiento por parte de otros*

¹ Adam,E. *Être infirmière...*, pág. 107

² Consejo General de Enfermería. *Libro Blanco de Enfermería*. Página 79, 129.

II Simposium Internacional de Diagnósticos de Enfermería

III Congreso Regional de Castilla y León

AENTDE

*profesionales, sobre todo médicos. Parece que lo que más ayuda a las enfermeras a reconocerse **profesionalmente es estar muy tecnificadas y muy próximas a los conocimientos médicos** .*

LA DISCIPLINA PROFESIONAL

Antes de plantearnos nuestro desarrollo profesional, me gustaría comentar algunas ideas sobre los criterios o atributos que convienen a una disciplina, tal como hoy se entiende. Es decir, analizar si nuestro colectivo, y nuestra forma de actuar, se adecúan a los parámetros que configuran lo que hoy se considera una **profesión**. El enfermero holandés Van der Bruggen ofrece dos enfoques para determinar cuándo una actividad colectiva se proyecta como una profesión autónoma. Los denomina enfoque por atributos y enfoque de autonomía, de control o de dominio .

Lo que él llama enfoque por atributos es muy conocido y profusamente utilizado -con variantes de matiz en su enunciado- por los que plantean el tema de la profesión. Como es sabido, se trata de someter la actividad y las características de un colectivo -en este caso, del colectivo de enfermería- al contraste de determinados parámetros, o indicadores de profesionalidad .

Se suele considerar que una profesión necesariamente ha de caracterizarse por:

1. - Prestar a la sociedad unos determinados servicios reservados a un grupo profesional; estar preparada para ello con los conocimientos, actitudes y habilidades específicas; y actuar de acuerdo con un código ético.
2. - Asumir la organización y gestión de sus propios programas de formación
3. - Llevar a cabo la gestión y organización autónoma de sus actividades profesionales a nivel local, institucional, nacional e internacional.
4. - Realizar la construcción de su propio campo de saber.
5. - Llevar a cabo programas de investigación científica, en que se funden las actividades prácticas, la formación, la administración, la gestión y la organización del colectivo.

A partir de esta plantilla de contraste, es evidente que el colectivo de Enfermería de nuestro país, **tiene capacidad** para reunir las condiciones necesarias para ser considerada una disciplina profesional. Pero no es menos evidente que, para avanzar en el proceso del desarrollo, esta disciplina necesita profundizar en la **prestación de unos servicios específicos**, en la **gestión de los programas de formación**, y en la **gestión y desarrollo autónomo de sus actividades**. Disponiendo de autonomía, control y responsabilidad sobre su campo de actuación y sobre los métodos que emplea para realizar su tarea, incluyendo las modificaciones. Ha de seguir avanzando en la construcción de su **corpus de conocimientos**, y el desarrollo del **campo de la investigación**.

Ahora bien, si aplicamos los parámetros del *enfoque de autonomía* presentados por el mismo autor, nos daremos cuenta de la fragilidad de nuestra postura profesional. En este enfoque, un grupo profesional se sitúa en un universo de fuerzas, más o menos poderosas y contradictorias. Y, dentro de

este universo, la profesionalización es un proceso, a través del cual, un colectivo profesional **busca, defiende y salvaguarda una posición fuerte para el grupo**, sirviéndose de su saber, con el que ejerce el control del valor de uso y del valor de cambio de la profesión. En definitiva, se caracteriza por el proceso de **dominio que se ejerce sobre la propia profesión**, el aumento de su autoridad y el control de su valor de mercado; que depende de su nivel de saber y de sus conocimientos específicos.

En el aspecto del *control y dominio* coincide B. Ehrenreich, al definir la profesión como *una corporación que tiene autoridad legalmente reconocida para seleccionar a sus miembros y para regular su práctica profesional. Es decir, para monopolizar determinado campo de actividad, sin interferencias exteriores*.

Creo que no podemos afirmar que enfermería esté totalmente libre de interferencias exteriores, o que defienda una posición fuerte dentro de la sociedad, para monopolizar su campo de actividad. Y, en cambio, recibe presiones de las instituciones para priorizar la actividad biomédica sobre la función específica de su rol. Como afirma Rosa M^a. Alberdi, uno de los principales problemas del desarrollo profesional de las enfermeras reside en que *en nuestro país no hemos terminado de interiorizar y, por tanto, de asumir todas las características que definen una profesión*.

LA AUTONOMÍA PROFESIONAL.

El eje de nuestra profesionalización y de nuestro crecimiento como colectivo, sin duda alguna, es nuestra **autonomía**. Es impensable plantear un crecimiento profesional sin hacerlo pivotar en torno a este eje. Es decir:

ser, actuar y proyectarse autonomamente y tener un control de sus saberes, conocimientos y habilidades.

Aunque la enfermera, en nuestro país, parece tener asumida su autonomía, como normal, según el Libro Blanco ³, sin embargo no tiene demasiado claro cuándo ni cuánto ejerce su autonomía, ni cómo o en qué se concreta su aportación autónoma en los modelos sanitarios. Probablemente porque no tiene tampoco demasiado clara la dimensión y el contenido de este concepto.

Para analizar qué significa **ser autónomos** y qué nos exige la **autonomía**, voy a seguir los planteamientos de Pôlet-Masset, en su obra Desarrollar la autonomía en los cuidados enfermeros, por su claridad y riqueza de horizontes.

Es importante partir de una idea transparente de lo que es o lo que entendemos por Autonomía. Pôlet la define como:

*esa calidad dinámica del individuo que **se singulariza y asume su propio ser en el encuentro con el otro y que en ese encuentro, conserva su identidad**.*

Esta definición ve a la autonomía:

- no como un hecho planteado por una situación, ni como algo dado o quitado por los otros, ni como una circunstancia, sino como **una forma**

personal de ser (una calidad) **dinámica** (que genera energía). Se **es o no es** autónomo.

La autonomía, descansa en tres principios que la definen y en torno a los cuales se organiza, que son:

- la presencia del otro:

del enfermo, del compañero de trabajo, del médico,...- La presencia del otro nos obliga a *compartir poder, a ajustar nuestros espacios de autonomía, a hacer opciones, a legir, a hacerse cargo de...* y , por tanto, a ejercer nuestro rol autónomo *con responsabilidad.*

-la existencia de la Ley :

que ordena la libertad individual, y la compatibiliza con las libertades de los otros y con las normas, para evitar el caos de competencias,

la conciencia de Sí Mismo:

al poner de relieve nuestra identidad y singularidad, nos hace ser responsables de lo que hacemos. En esta conjunción de fuerzas y poderes no puede darse la autonomía y el poder personal sin responsabilidad.

Hoffman, asegura que no puede existir la autonomía sin que haya lugar para todos , o sin que haya que comprometerse, teniendo en cuenta **al otro**. En las relaciones enfermera-cliente, el profesional, dice Pôlet, entiende su autonomía como 'hacerse cargo del cliente', adaptarse a sus necesidades específicas ; compartir poder y no la 'toma de poder' sobre el enfermo . La enfermera, en el ejercicio de su autonomía, recibe **un poder personal** y **asume responsabilidades y compromisos.**

La autonomía no es sinónimo de **independencia**. Una verdadera autonomía es **INTERDEPENDENCIA** que se caracteriza por el equilibrio de los roles dentro de la relación, y por la cooperación. **La interdependencia es el estado de un pacto en torno a los roles de cada uno.** Podemos decir que es un proceso que va de la dependencia a la independencia pasando por la contradependencia para conseguir avanzar en el camino d la Interdependencia.

Para desarrollar este tipo de autonomía la persona -aquí la enfermera- necesita tener **unos valores** que den sentido a su ser, a su forma de actuar. Son los que vertebran su identidad. Estos valores orientan el **tipo de lazos que establecemos con el otro**, las **reglas** que los rigen y **los compromisos que de ellos se derivan** .

Por otra parte, la asunción de nuestra responsabilidad, nos obliga a pasar forzosamente por un duelo de pérdidas que **siguen** igualmente un proceso en el que se van ofreciendo alternativas, dentro de las cuales uno ha de elegir el asumir pérdidas a cambio de conseguir mayores cotas de autonomía. Este proceso se lleva a cabo en una escala de tres grados:

- El **primero** va ligado al momento de **abandonar la idea de que otro profesional se hace cargo de todas las decisiones y de la situación global del enfermo** ... La enfermera pierde cierta seguridad, pero, a cambio, consigue la **sensación de afirmación de sí misma** y de ... **poder rechazar el molde que otros han diseñado para ella**

-El **segundo grado** de autonomía lo constituye la **responsabilidad**. Se ha de rendir cuentas a la profesión, a sus empleadores, a sus clientes, y a la sociedad. En contrapartida, se gana fuerza, poder y nitidez en la identidad. *La responsabilidad profesional, que lleva aneja la autonomía, está relacionada-- dice Holden-- con la libertad de elección, con el hacer opciones. Las enfermeras deben estar suficientemente preparadas para manejar la libertad de acción aplicable al ejercicio de la responsabilidad profesional .*

El **tercer grado** es la **interdependencia**. Pacto que supone renuncia, por cada una de las partes. La enfermera ha de adecuar su propio ritmo de trabajo a un ritmo que no es forzosamente el suyo. Supone consensuar, hacerse presente... Adquirir a cambio, el placer de ser reconocido , de la fuerza de participar y compartir.

Resumiendo: según este enfoque, **autonomía NO ES:**

- ni individualismo, ni independencia, ni dependencia,
- ni desorden, ni la actitud libertaria, ni la imposición,
- ni indiferencia, ni poder absoluto, ni ausencia de identidad...

Ser autónomo ES:

- hacer opciones, elegir, asumir responsabilidades,
- situarse en su puesto de interrelación,
- proporcionarse reglas y hacerse cargo de....

Esta noción de autonomía -concluye Pôlet- es capaz de conciliar las aspiraciones personales y profesionales de las enfermeras, sus deseos y los de sus clientes.

DESARROLLO PROFESIONAL

La profesionalidad, nos exigen un crecimiento constante, y un talante de cambio y renovación permanente. Si queremos tener vitalidad, en una sociedad como la nuestra de continuo cambio acelerado, se nos impone un talante abierto a la renovación, para no perder el tren de la historia. La definición aristotélica concibe la vida como movimiento de sí mismo (*kínesis eautós*). Vivir es moverse, progresar, desarrollarse, estar haciéndose permanentemente.

Contamos, según distintos autores de nuestra disciplina, con bastantes elementos que pueden servirnos de factores de crecimiento profesional . Todos abren líneas y marcan espacios de profesionalidad, sirven para la implantación de un *modus operandi* .

¿QUÉ FACTORES IMPULSAN EL DESARROLLO PROFESIONAL.?

1. Asumir Marcos de referencia y Valores enfermeros propios.

El modelo biomédico -en el que hoy nos movemos mayoritariamente- propone un pensamiento demasiado unidireccional, demasiado reduccionista y estrecho para que pueda servir como único punto de referencia a la enfermería....En el campo de la salud y de los cuidados de enfermería se ha propuesto una perspectiva más global y holística que permite aprehender los fenómenos humanos en todas sus dimensiones . (OIIQ) La **salud y el bienestar**, la expansión de la **persona**, un **entorno** sano, y un excelente **servicio de**

cuidados constituyen un sistema de valores sobre los que se ha de fundamentar la profesión.

Nuestro hacer enfermero ha de estar impregnado de un enfoque propio, de una visión particular del mundo y de los fenómenos de su interés disciplinar. Así los fundamentos del ejercicio de nuestra profesión, **o paradigmas, han de estar** ligados a una manera concreta de ver **la persona, la salud, el entorno y el cuidado**.

La enfermería **se centra en el cuidado a la persona** (individual o social). Ella es su objeto de atención; no la enfermedad ni el tratamiento. Desde su propio enfoque, se concibe como un individuo, sano o enfermo, que demanda cuidados de salud y que- de acuerdo con la visión humanista y holística adoptada por ella- es un todo indivisible, único y en evolución, que es libre y que actúa de acuerdo con sus opciones, sus valores, sus creencias. Un ser que se interrelaciona con los otros (familia, grupo, colectividad,...), y con su entorno físico, psicosocial, político, económico, espiritual, cultural y organizacional .

Ser **profesional de la salud** y no de la enfermedad. Con sus cuidados la enfermera ayuda a prevenir la enfermedad y a promover, mantener, mejorar y recuperar la salud . **Entendiendo la salud**, como un proceso dinámico y continuo de desarrollo de las capacidades de la persona, su equilibrio, su independencia, su adaptación al medio, la asunción de sus compromisos vitales.

La enfermera entiende el **cuidado** como un proceso de interrelación dinámica, como un compromiso, de apoyo, de acompañamiento, que se hace presente en todas las actividades de enfermería; ejerce el papel de colaboradora del cliente , que es el auténtico protagonista principal de su propia salud, implicándole en el proceso y favoreciendo el desarrollo de sus potencialidades. La enfermera contempla también todos los elementos que configuran **el entorno** por la influencia que ejerce sobre la persona y sobre la salud.

Actúa desde el conocimiento y la experiencia profesional y avanza adoptando un **modelo conceptual**, que la guíe , oriente y le permita desarrollar su propio **rol autónomo**, y con un **proceso sistemático como instrumento de cuidados , haciendo uso de un lenguaje propio..** y dejando constancia escrita de su atención...

2. **Un lenguaje propio: El Diagnóstico Enfermero .**

Hay una convicción bastante generalizada de que el lenguaje enfermero es hoy otra de las prioridades; *existe consenso en que la utilización del Diagnóstico Enfermero es la piedra angular del desarrollo de la enfermería profesional* .(M. Hernández Padilla). Aunque aquí nos centramos en el Diagnóstico Enfermero (DE) como lenguaje disciplinar, existen y se están desarrollando distintas taxonomías enfermeras que conforman el paisaje lingüístico global de nuestra disciplina.

Van der Bruggen especifica que el DE es **factor de desarrollo profesional** porque nos ofrece un idioma y unas fórmulas estándar que nos permiten entendernos entre nosotros, con otros profesionales de la salud, con los medios informáticos y financieros, los gobiernos, las empresas de salud, etc. Nos permiten forjar nuestro propio vocabulario científico, y así ayuda a mantener la existencia y el desarrollo de una ciencia específica: la Ciencia de Enfermería ...

El DE en cuanto factor de profesionalización, actúa como: elemento **unificador, diferenciador**, base de datos para la **investigación**, y como cualificador en el mercado de valores.

Es evidente la importancia que tiene el hecho de disponer y compartir un lenguaje **universalmente aceptado**, que permita describir uniformemente lo que hacemos, comunicarlo y dejar constancia de ello en los diferentes ámbitos de la atención de la salud y en los medios de comunicación. Un **lenguaje común y propio, además**, nos es necesario para especificar y denominar ante los agentes de salud y ante la sociedad lo que nosotros hacemos, diferente del producto de otras profesiones. Como dice Affara, la falta de un lenguaje propio de los cuidados, y su relegación, han llevado a las autoridades sanitarias y sociales a que **la terminología médica y su clasificación de enfermedades** haya sido aplicada a los cuidados enfermeros. Y peor aún: se ha dejado al sector comercial y a los fabricantes de productos farmacéuticos la responsabilidad de decidir la forma en que los cuidados enfermeros deben aparecer en sus sistemas de producción. Como afirma Pôlet, hasta que los otros profesionales de la salud, no utilicen, para señalar los fenómenos que atendemos, el propio lenguaje enfermero, no podremos decir de verdad que se ha conseguido un verdadero desarrollo profesional.

Hoy existe una conciencia colectiva de que el DE es **indispensable** para **diferenciar nuestro producto** del de otras profesiones. Gordon insiste también, que es urgente concretar **los problemas de salud que resuelve enfermería** con una terminología y un lenguaje propio y común del colectivo. Si asumimos que la enfermera, como parte del sistema de salud, se ocupa de forma particular de las respuestas humanas a los problemas de salud de la persona, y éstas respuestas inciden en el restablecimiento y promoción de la salud y el bienestar, en episodios concretos de enfermedad, en situaciones de desarrollo, **estos problemas han de ser descritos y denominados de forma específica por la enfermera** para que puedan ser **recogidos y contabilizados** en los balances, presupuestos y estudios del sistema sanitario, y para poder **demostrar** así, la aportación específica de enfermería al campo de la salud

Como ya se ha dicho y repetido en múltiples ocasiones, es evidente - y así nos lo recuerdan J. Clarck y N. Lang- que si no estamos en condiciones de **describir y denominar** los cuidados de enfermería, no podremos jamás controlarlos, ni financiarlos, ni llevar a cabo investigaciones en este campo, ni actuar de forma que sean tenidos en cuenta en la elaboración de las políticas sanitarias. Se corre el riesgo de que la aportación de enfermería pase desapercibida, resulte infravalorada, y desaparezca sin dejar huellas.

La Associació Catalana d'Infermeria (ACI) asegura que el producto enfermero no existe, *a menos que haya de él una constancia concreta, y eso hace que no sea valorado, y que sea difícilmente valorable y cuantificable*, y destaca, entre sus líneas de acción, la necesidad de **sistematización y estandarización de los cuidados enfermeros**, de acuerdo con los instrumentos de medida de la actividad asistencial. Señala que el producto enfermero puede ser considerado:

- como **componente de un producto del hospital**, (producto intermedio)
- o como **un producto diferenciado**,

Como un componente de un producto del hospital, serán **otros profesionales** los que se lo atribuirán englobándolo en su propia aportación al producto final. En cambio, si se considera como **diferenciado**, formará parte de la línea de productos del sistema sanitario, y será contabilizado como producto específico en los programas de la administración, y en la distribución de los recursos humanos y materiales. Pero esto no es suficiente. Los DE. y su enfoque habrán de estar presentes, como un elemento más, en la planificación coordinada de la atención al cliente que realiza el equipo de salud, para que tenga sentido y valor.

Como **base para investigaciones**, y con la mirada en el futuro, el DE adquiere una dimensión capital. Ante unos servicios cada vez más complejos y tecnificados, con escenarios nuevos que nos exigirán prestar unos cuidados todavía sin definir, pero sin duda influenciados por factores como los costos sanitarios, los imperativos de la oferta-demanda, la financiación pública-privada, los avances tecnológicos..., se nos demandará una preparación cada vez más amplia, más especialización y fundamentar nuestro trabajo en la investigación. Pero - como afirma la OMS en su documento *Enfermería más allá del año 2000*⁴- el **problema principal** con que nos podemos encontrar es la **ausencia de un lenguaje común** adecuado que nos permita describir los servicios que prestamos al cliente. En este sentido, los DE, al identificar y describir problemas que resolvemos, constituyen un importante elemento para **obtener y proporcionar datos para nuestra investigación**.

Los DE. deberían convertirse, además, para la enfermera en un **valor de cambio en el mercado de valores** profesionales.

3. Valor de mercado y de uso en una profesión. (Diferente de mercado de trabajo)

No sólo vamos a conseguir el desarrollo profesional perfeccionando nuestro producto enfermero, ni sólo desarrollando estrategias para elevar la calidad de nuestros servicios y nuestro funcionamiento colectivo, además -en un mundo competencial como el que vivimos- hemos de estar presentes y competir en los foros de influencia de la sociedad, para hacernos valer. Es decir, hemos de concurrir con nuestros activos a lo que hoy se conoce como el mercado de valores profesionales.

⁴ OMS, *La enfermedad más allá del año 2000*, pág3

Antes de seguir adelante, conviene precisar que lo que hoy se entiende por **valor de mercado** o **valor de cambio** es algo diferente de lo que entendemos por *mercado laboral* (cuestiones salariales, horarios, condiciones de trabajo, empleo-desempleo, etc...). aunque ambos van estrechamente asociados entre sí. Aquí se trata de la venta del valor : prestigio, influencia en las políticas y centros de decisión.

La demostración , no sólo de los costos, sino del valor intrínseco de los servicios enfermeros y las estrategias para hacer llegar a los centros de decisión datos objetivos sobre cómo la enfermería contribuye a mejorar la situación sanitaria constituyen una de las preocupaciones del CIE. Las profesiones - como dice Affara- se ejercen en el marco de un verdadero contrato social , en el que compiten con sus valores , su prestigio, su influencia y la calidad de sus servicios..

Van der Bruggen, nos sitúa también en esta dimensión del contrato de competencias, hablándonos de un mercado social de valores profesionales y del establecimiento del *valor de uso* y el *valor de cambio* de nuestra profesión. Los servicios profesionales en la sociedad se rige -como cualquier otro intercambio humano- por las leyes del mercado: por ejemplo, un profesional de arquitectura, farmacia, medicina...**vende** sus servicios, de acuerdo con unos principios de tasación de valores de uso y de cambio, que suelen estar regulados por los flujos de la *oferta-demanda* y en esta interrelación, se suelen utilizar los mecanismos del *marketing*. La tasación del **precio de mercado** de los servicios profesionales viene, en principio, estipulada en función de :

- la calidad, el rigor científico y los conocimientos en que *se fundan*,
- la *necesidad del uso de su servicio*.
- la *exclusividad* de la oferta (*monopolio*)
- y *la cantidad de existencias en el mercado*.

El **pago del precio**, en este mercado de servicios profesionales, se suele satisfacer:

- con un *alto prestigio y poder social*, que permita estar allí donde se tomen las decisiones...
- y con el reconocimiento de *una remuneración económica* alta.

Los servicios de enfermería son considerados como servicios de alto valor de uso y de cambio . La OMS afirma, por ejemplo, que el ejercicio de la enfermería es un valioso recurso para la salud . El Libro Blanco de Enfermería , destaca que es un elemento clave para lograr la mejora de la calidad asistencial en materia de salud , a juicio de las enfermeras. Y, sin embargo, se da la paradoja de que, en general, esta mismas enfermeras consideran que sus servicios gozan de *poco prestigio, reconocimiento y poder social*. En el ranking de prestigio de las profesiones, la enfermera se percibe con un prestigio social inferior al de los técnicos y peritos, maestros, podólogos, militares, trabajadores sociales...Sólo, detrás de ella, percibe a las secretarias.⁵

5.

La enfermería actual debería entrar con decisión en el concierto de este mercado haciendo evidente las cotas de calidad y de necesidad social de sus servicios.

4. La investigación.

Por todos es conocida la importancia que tiene **la investigación** para abrir caminos y avanzar en todos los ámbitos de actuación, y la necesidad que tenemos de basar nuestras actuaciones y **de inspirar nuestra práctica de cuidados**, en la evidencia que nos ofrece el ir dejando de lado la intuición No menos necesaria es la Investigación para avanzar en el propio **conocimiento** enfermero, en lo que son los fenómeno de interés de la disciplina. ... A la vez disponer de estrategia para la investigación en enfermería contribuirá al desarrollo de la infraestructura y de la base de conocimientos para un enfoque más orientado hacia el futuro de la enseñanza y el ejercicio de la enfermería.

No es mi intención repetir lo que ya se está diciendo en diferentes ámbitos, incluyendo la necesidad de elevar el nivel de formación con licenciatura y doctorado para poder investigar. Pero sí quiero incidir en el papel que debería tener la investigación en este momento para demostrar cuantitativa y cualitativamente la aportación específica de los cuidados enfermeros en el campo de la salud y la incidencia directa sobre las personas atendidas y sobre el colectivo. Según el CIE no se disponen de datos que lo demuestren, y en un momento en que todo debe ser cuantificado, la aportación de enfermería no debería pasar desapercibida o silenciada, sin embargo, es muy poco lo que se ha hecho por demostrar esta aportación.

Esto es lo que ha motivado que grupos de enfermeras de diferentes países estén uniendo sus esfuerzos para cuantificar y demostrar esta aportación. Dado que la situación por la que atraviesa el mundo sanitario tiene connotaciones muy semejantes en los países del mundo occidental: cada vez menos recursos, un aumento constante del gasto, más especialidades y situaciones más complejas ...y una necesidad de justificar los rendimientos... tiene interés compartir los diseños de investigación y trabajar sobre las mismas hipótesis y contrastes de resultados. Es la idea que presentó hace poco en Barcelona la profesora L. Aiken, una de las enfermeras estadounidense que desarrollan este estudio.

Seguro que ustedes, como yo, comparten la necesidad de demostrar nuestra aportación específica a la salud de los Españoles. Dada la envergadura de este tipo de trabajos yo considero que los organismos profesionales como los Colegios, los Consejos Regionales y el Consejo General de Enfermería, deberían unir sus esfuerzos para hacer estas investigaciones, ya que estarían en condiciones de abordarlas como representantes de los colegiados y por que dispondrían de recursos. Aportarían un gran servicio, y yo desde este foro, que me parece adecuado, les lanzo este reto. Unan estrategias y esfuerzos y conecten con estas iniciativas internacionales...

Me pareció también sumamente interesante, tal como se están sucediendo los acontecimientos en nuestro país, otra idea que presento la profesora L Aiken:

demostrar con investigaciones cómo se están moviendo las **tasas** de profesionales en los centros asistenciales. Por todos es admitido que sobre todo en los hospitales:

- ha aumentado la complejidad de las situaciones que tienen las personas a las que se atiende,
- se han reducido sensiblemente las estancias medias,
- suelen ser, con frecuencia, personas más mayores...
- y ha aumentado las exigencias de los usuarios y las demandas de calidad.

Aun asumiendo que haya que hacer cambios organizativos que faciliten el trabajo y se pidan aumento de rendimiento como a cualquier profesional, es evidente, que las situaciones mencionadas exigen una **mayor fuerza** de enfermería. Y esto hay que demostrarlo. Ya que los datos orientan - según las investigaciones- a que en los últimos años la **tasa de los diferentes profesionales** en los centros se ha elevado en algunos casos hasta casi el 50%, y la de enfermería no ha ido en paralelo. Siendo precisamente los profesionales que más presencia continua tienen al lado de la persona que requiere la atención, **su tasa ha disminuido**, según datos que ofreció esta profesora, si se consideran las variables citadas.....

5. Reflexiones sobre otros cambios.

Es evidente que hay otros elementos que contribuyen al desarrollo profesional..., y que, además, se requieren otros apoyos y realizar determinados cambios en la organización de los cuidados. Haré referencia a cambios en las formas de trabajar y organizar nuestra actividad, y en esto tienen algo que ver las propias enfermeras, las gestoras y las organizaciones...

Quiero exponer a la reflexión dos formas de gestionar los cuidados, que en estos momentos, se están dando en enfermería y que yo valoro, por **la filosofía que tienen**: la enfermera que esta junto a la cama del enfermo es la que toma decisiones.

Una de ellas se refiere a la fuerza que está cobrando de nuevo en EE.UU. la figura de los **hospitales magnéticos**, llamados así por el atractivo que provocan en profesionales y usuarios. En ella veo un rayo de esperanza para la profesión por resaltar la importancia de la enfermera dedicada en el cuidado directo. Las **características de estos hospitales magnéticos** son las siguientes:

- La Directora de Enfermería es un miembro formal del Comité responsable de tomar decisiones en el hospital
- Los servicios de enfermería se organizan en una estructura horizontal con poco personal supervisor y la toma de decisiones está descentralizada a nivel de las Unidades, dando a los profesionales enfermeros de las Unidades niveles de autonomía y responsabilidad para que la organización de los cuidados y la plantilla permita cubrir las necesidades de cuidados de sus clientes .
- Se da una buena comunicación entre enfermeras y médicos.

Según la profesora L.Aiken, actualmente gestores de los hospitales de los EE.UU. están pidiendo a la ANA (Asociación Americana de Enfermería) que acredite sus centros como hospitales magnéticos porque en ellos **se aseguran unos buenos cuidados enfermeros**, y, si surgen a los usuarios problemas no esperados, tienen mayores posibilidades de solución

¿Se imaginan lo que supone para los profesionales de enfermería que una persona elija acudir a un centro u otro porque se les aseguran unos buenos cuidados enfermeros? Desde las páginas Web pueden encontrar ustedes cómo hay hospitales que se anuncian ya como hospitales magnéticos, porque a través de la prensa se ha difundido que en estos centros los cuidados enfermeros consiguen mejores resultados en los pacientes, traducido en un índice de menor mortalidad.

La otra forma de gestión que quiero resaltar es la innovación que se ha producido en los últimos años en torno a lo que se ha denominado **la enfermera principal** (traducido en España como la Enfermera Primaria). La clave de esta innovación consiste en que una enfermera es quien se hace cargo del enfermo desde que llega hasta que se va de alta. Ella es responsable de todas las decisiones relativas a los cuidados enfermeros que requiere el cliente y **coordina** el que da el resto de compañeros de los otros turnos. Anima al enfermo a participar en sus cuidados, y ambos comparten las decisiones y trabajan por unos objetivos comunes.

Este sistema no sólo tiene que ver con la organización de los servicios, sino con el hecho de hacer evidentes **las creencias y valores** que impregnan a la enfermería. En este sistema cobra significado la relación enfermera-cliente; esta relación adquiere una dimensión totalmente diferente respecto al crecimiento personal y profesional. Este sistema se apoya en el rol autónomo de la enfermera, que pasa, de ser una mera practicante, a dar a la persona y gestionar unos cuidados basados en el conocimiento y la experiencia, dando relevancia a la planificación, y evaluando los resultados.

En ambos casos, la enfermera se convierte en la persona clave del sistema; y es el contacto principal con los usuarios, familiares y la comunidad. Y así es percibido por ellos. Son dos sistemas a meditar.

Las Direcciones de Enfermería, a mi modo de ver, tienen gran parte de responsabilidad en el rumbo que lleva la profesión. Se les está pidiendo con insistencia que orienten más su gestión hacia los cuidados, y no sólo hacia los números. Y que prioricen los valores y roles específicos de enfermería.

En contraste con los situaciones anteriores, quiero aludir a un estudio reciente en nuestro país sobre el perfil profesional ⁶ requerido por gestores y direcciones de enfermería de hospitales a la enfermera que pide trabajo. En este perfil, se priorizan los aspectos técnicos. Las direcciones de enfermería deberían ser pioneras en la tarea de facilitar el cambio y potenciar los roles y

⁶ López Izuel.

valores enfermeros. Tendría que acabarse ya, de una vez por todas, el que a una enfermera recién graduada, cuando pide trabajo, se le pregunte prioritariamente por las **técnicas** que sabe hacer y no por otros aspectos del cuidado.

Otro tema a meditar sería cómo se van asumiendo **las responsabilidades en los centros de trabajo**. Como dice P. Benner, la responsabilidad debe estar acorde con el desarrollo de las competencias profesionales y experiencia en la práctica clínica de la enfermera. Describe éste como un proceso que va desde novicia a experta, pasando por cinco niveles.⁷ Tema que además facilita el desarrollo de la carrera profesional.

Soy muy consciente de que en mi exposición no trato el tema del **liderazgo** ni la **formación** de manera particular, sí indirectamente, pero me ha parecido que aquí no podía abordarlo todo, ni agotarlo...

CONCLUSIÓN

Como conclusiones de mi exposición, resumo los elementos que considero indispensables para empezar a avanzar en nuestro desarrollo profesional, y de lo cual estoy plenamente convencida:

Asumir **un enfoque enfermero** tomando como guía **uno de los modelos de enfermería** y trabajar con **metodología**...Es impensable hoy no hacer las cosas planificadamente.

Centrar nuestra atención **en el cliente**; considerarnos principalmente **profesionales de la salud** y el bienestar, no de la enfermedad.

Incluir **el entorno** como elemento de nuestro interés: el entorno de las personas y el entorno en que se dan los cuidados, preocuparnos por él.

Considerar **el cuidado como ayuda y soporte**. Ser facilitadores. Acompañar a las personas en sus experiencias individuales de salud.

Asumir, desde la **autonomía y responsabilidad, nuestro propio, rol** desarrollando **las competencias profesionales**, en los diferentes campos de actividad -hospitalario y comunitario- en sus diferentes ámbitos y perspectivas.

Utilizar y desarrollar el **lenguaje enfermero**, haciéndolo imprescindible en el campo sanitario: que haya que utilizarlo o referirse a él.

Fundamentar el trabajo en **el conocimiento, la evidencia y la investigación**.

Colaborar con los otros profesionales **desde la igualdad y la interdisciplinaridad**.

⁷ Benner, P., CIE. Desarrollo de la carrera de enfermeras, págs 7-8

Buscar la calidad y concienciarse de que nuestro trabajo **es necesario para la sociedad** y que nosotros somos los que estamos capacitados legalmente para él por nuestros conocimientos.

Unir esfuerzos los profesionales de la docencia y de la asistencia para avanzar conjuntamente y dialogar, para acercar posturas ya que los intereses son comunes y seguro que las diferencias son más de forma que de fondo...

En mi discurso he puesto cierto énfasis en cambios internos, personales de cada uno de los profesionales, muy necesario pero **insuficiente para avanzar** si el discurso de las instituciones y personas que nos **representan** en la sociedad, no hacen también cambios internos y externos y no están impregnados de los mismos valores. Ellos han de ser garantes de la calidad de los cuidados enfermeros ante la sociedad. Deben impulsar y facilitar los cambios y las investigaciones.. .

Y acabo con un pensamiento de nuestra colega Sally Glen: *La calidad de enfermería no puede medirse en términos de cantidad de actividades, sino únicamente en términos de cualidades personales y profesionales desplegadas en la actividad.. La clave del perfeccionamiento en la práctica ha de ser, por tanto, el perfeccionamiento de las tendencias emocionales y motivacionales. En realidad, el desarrollo profesional requiere el desarrollo personal .*

Muchas gracias por su atención . Y también desde aquí, gracias a las personas que han estado cerca de mí mientras he elaborado esta ponencia .

OBRAS CONSULTADAS

- ADAM, E.**, 1991 *.Être infirmière. 3ª ed.* Laval-Québec (Canadá). Ed.Études Vivantes
- AFFARA, F.A.**, 1995. *Utilidad del diagnóstico de Enfermería. En: Diagnostics infirmiers et efficacité infirmière. Actes des journées d'étude.* París. AFEDI.
- AIKEN, L.H. et al.**, *Hospitales con magnetismo: Un modelo de organización para mejorar los resultados de los pacientes.* En: Enfermería Clínica , vol. 5, nº 6, págs. 259 y sgts.
- AIKEN, L.H. 1998.** *Reestructurar los cuidados en el hospita: Un reto para la gestora de enfermería.*En, Liderazgo y poder para mejorar los resultados de las enfermeras.Master de Gestión en servicios de enfermería. Barcelona.
- AIKEN, L.H. 1998.** *Resultados de la Plantilla del Hospital: Un estudio Competitivo.* En, Liderazgo y poder para mejorar los resultados de las enfermeras.Master de Gestión en servicios de enfermería. Universidad de Barcelona.
- ASSOCIACIÓ CATALANA D'INFERMERIA. (ACI).** 1997,-Varios Autores. *Documento Fonamental.* 5º Congrés d'Infermeria Catalana. Girona.
- ASSOCIACIÓ CATALANA D'INFERMERIA. (ACI).** 1997,-Varios Autores. *Traball de les comssiones.* 5º Congrés d'Infermeria Catalana. Girona.
- ALBERDI, R.Mª**,1998 *...Y mañana ¿qué?. Un análisis sobre las innovaciones del sistema sanitario, así como del presente y futuro del trabajo enfermero.* METAS, nº 1. Enero, págs. 40-48
- CONSEJO GENERAL DE ENFERMERIA,** 1998. *Libro blanco. La aportación de la Enfermería a la salud de los españoles. Meta 2005. Macro-estudio de base.* Madrid.
- **CONSEJO INTERNACIONAL DE ENFERMERAS. (CIE),** 1996. *La formación en enfermería Tendencias actuales y futuras. Una perspectiva.* Ginebra.
- CONSEJO INTERNACIONAL DE ENFERMERAS. (CIE),** 1995. *El desarrollo de la carrera de enfermeras.* Ginebra.
- CONSEJO INTERNACIONAL DE ENFERMERAS. (CIE),** 1996. *El valor de la Enfermería en un mundo cambiante.* Ginebra.
- COULON, Lyn et al.**, 1996. *The pursuit of excellence in Nursing care: What does it mean?.* Journal of Advanced Nursing , nº 24, págs. 817-826.
- **FERNÁNDEZ, C., 1997.** *La investigación en cuidados y el desarrollo disciplinar.* XVIII Jornada de la AEED, Cádiz.
- FLEMING, V.EM,** 1998. *Autonomous or automatons? An exploration through history of the concept of autonomy in midwifwry in Scotland and New Zealand.* Nursing Ethics, 5 (1), págs. 43-50.
- GLEN, S.,** 1998. *The key to quality Nursing care; towards a model of personal and professional developmen.* Nursing Ethics, 5.2.
- HERNÁNDEZ-PADILLA, M.** *Reflexión de los elementos de desarrollo profesional.* Enfermería Clínica, 2. 1. págs. 7 y 8
- HOLDEN, R.J.,** 1991. *Responsability and antonomous Nursing Practice.* Journal of Advanced Nursing. nº 16, págs. 398-403
- KÉROUAC. S. et al.**, 1996. *El pensamiento enfermero.* Barcelona, Masson S.A.

- LEACH, M.K., 1993. *Primary Nursing: autonomy or autocracy?*. Journal of Advanced Nursing. Nº 18. Págs. 394-400.
- LOPEZ-IZUEL et al., *Análisis cualitativo del perfil profesional demandado por los centros hospitalarios*. Enfermería clínica . 2. 5, págs. 18-24.
- LÓPEZ ,J., 1998. *Cartas al Director*. Enfermería Clínica. 8.1. Págs. 39-42.
- NURSING, 1998, *El valor añadido del enfoque de enfermería*, Editorial, marzo.
- NURSING, 1998, *Enfermería basada en la evidencia*. Editorial, febrero.
- ORDEN DE ENFERMERAS Y ENFERMEROS DE QUEBEC, (OIIQ). 1996. *Perspectives du exercice de la profession d'infirmière*. Québec (Canadá).
- ORDEN DE ENFERMERAS Y ENFERMEROS DE QUEBEC, (OIIQ). 1995. *Soins que marquent difference*. Québec. Canadá.
- ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD. (OMS). 1994. *La enfermería más allá del año 2000. Informe de un grupo de estudio de la OMS*. Ginebra.
- ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD. (OMS). 1996. *El ejercicio de la enfermería. Informe de un Comité de Expertos de la OMS*. Serie de Informes Técnicos. 860. Ginebra.
- PÔLET-MASSET, A-M, 1993. *Développer son autonomie en soins infirmiers*. París. Lamarre. Gaëtan Morin.
- SALMON, M., 1994. *La enfermera gestora como líder en el contexto político*. Cfr. *Clausura I Promoción del máster de Gestión de Servicios de Enfermería*. MSGI. Barcelona.
- TAYLOR, J.S. 1997. *Nursing ideology: identification and legitimation*. Journal of Advanced Nursing, Nº 25, págs. 442-446.
- TEIXIDOR, M., 1997. *Los espacios de profesionalización de la enfermería*. Enf. Clínica. 7. 3, págs. 36- 46.
- VAN DER BRUGGEN, H., 1995. *Diagnostics Infirmiers et efficacité infirmière*. Actes des Journées d'Etude. AFEDI. París. AFEDI. págs. 3-8.
- WRIGHT, S. 1993. *Mi paciente-mi enfermera. La práctica de la enfermería primaria*. Barcelona. Doyma.

PELIGRO QUE CORREMOS EN RELACIÓN A LA UTILIZACIÓN DE LOS DIAGNÓSTICOS

Hay dos ideas más en torno a los DE que no me gustaría dejar pasar.

- Una de ellas es el peligro que existe - como señala Affara- de olvidarnos de las recomendaciones de la OMS sobre "cómo hemos de actuar para afrontar la salud para todos en el año 2000", aplicando y centrando los DE. sólo en los problemas psicofísicos de los clientes, y no utilizándolos ni desarrollándolos **en el campo de la prevención de la enfermedad y de la promoción de la salud**. Así estaríamos perpetuando, de algún modo, el modelo biomédico que queremos abandonar.

- La otra idea es que , si los DE no recogen las **diferencias culturales**, si no **consensuamos los problemas con los clientes** y si no hacemos un reconocimiento explícito de la presencia del otro al determinar objetivos e intervenciones, ... **estaremos actuando desde una postura autoritaria y reduccionista**, olvidándonos del derecho de la persona a decidir sobre sí misma y a trabajar en colaboración con nosotros. Personas tan destacadas como Madeleine Leininger nos ponen alerta sobre estas formas incorrectas de utilizar los diagnósticos.