

XI JORNADA de TRABAJO

veinte años impulsando los lenguajes enfermeros



AENTIDE
20 ANIVERSARIO 1996-2016

6 de mayo de 2016
HOSPITAL 12 DE OCTUBRE (Madrid)

Ponencias y Comunicaciones



AENTIDE

ASOCIACIÓN ESPAÑOLA DE
NOMENCLATURA, TAXONOMÍA
Y DIAGNÓSTICOS DE ENFERMERÍA



Servicio Madrileño de Salud
Gerencia de Atención Primaria

Comunidad de Madrid



Hospital Universitario
12 de Octubre

Comunidad de Madrid

I.S.B.N.: 978-84-608-8081-3

Edita: AENTDE

Feixa Llarga, s/n

L'Hospitalet de Llobregat

Madrid Mayo 2016



Licencia Creative Commons

Reconocimiento – NoComercial – CompartirIgual (by-nc-sa): No se permite un uso comercial de la obra original ni de las posibles obras derivadas, la distribución de las cuales se debe hacer con una licencia igual a la que regula la obra original.

Cómo citar este libro:

Asociación Española de Nomenclatura, Taxonomía y Diagnósticos de Enfermería. AENTDE. (Editores). XI Jornada de trabajo AENTDE. "20 años impulsando los Lenguajes Enfermeros". Madrid. AENTDE. 2016.

Nota: Se han utilizado directamente los textos enviados por los autores.

El Índice

El Índice.....	1
La Presentación	4
Los Comités.....	6
Las Ponencias.....	7
MI VIDA EN AENTDE	8
MEDIDA DEL NIVEL DE DEPENDENCIA EN CUIDADOS EN PACIENTES HOSPITALIZADOS: VALIDEZ EXTERNA DE LA ESCALA INICIARE 2.0.	16
EVALUACIÓN DE LA UTILIZACIÓN DE LA METODOLOGÍA DE ENFERMERÍA EN ATENCIÓN PRIMARIA Y SU REPERCUSIÓN EN LOS INDICADORES DE RESULTADOS EN SALUD DE LA POBLACIÓN.	19
INFLUENCIA DE LAS CARACTERÍSTICAS DE LAS ENFERMERAS Y SU ENTORNO DE PRÁCTICA EN EL DIAGNÓSTICO ENFERMERO EN EL ÁMBITO DE ATENCIÓN PRIMARIA	28
¿EXISTE RELACIÓN ENTRE LA SALUD PERCIBIDA DE LA PERSONA CUIDADORA Y LAS NECESIDADES DE CUIDADOS EN PACIENTES HOSPITALIZADOS? VALIDACIÓN DE LA ESCALA CUIDARE.	33
THE BEGINNINGS OF NANDA – AND IMPLICATIONS FOR NURSING TERMINOLOGY KNOWLEDGE TODAY	35
Los Pósters.....	50
REVISIÓN DEL DIAGNÓSTICO “TRASTORNO DE LOS PROCESOS DE PENSAMIENTO” EN LAS MUJERES VÍCTIMAS DE VIOLENCIA DE PAREJA	51
DIAGNÓSTICOS DE ENFERMERÍA EN ATENCIÓN PRIMARIA: ¿REALIDAD O UTOPIA? 58	
PROPUESTA DE DIAGNÓSTICO DE ENFERMERÍA: RIESGO DE MUTILACIÓN GENITAL FEMENINA.....	62
APRENDIZAJE DE LOS LENGUAJES ENFERMEROS EN LOS ESTUDIOS DE GRADO EN ENFERMERÍA DE GUADALAJARA	66
EVALUACIÓN DE LOS DIAGNÓSTICOS DE ENFERMERÍA EN LA UNIDAD DE REHABILITACIÓN DEL HOSPITAL DE ZAMUDIO	71
VISOS EPISTEMOLÓGICOS DE LA TAXONOMÍA NANDA-I EN RELACIÓN AL SUSTENTO TEÓRICO DE ENFERMERÍA	75
EL GÉNERO EN LA TAXONOMÍA NANDA/NOC/NIC: LA PERSPECTIVA DE GÉNERO EN LAS NIC RELACIONADAS CON LA PROMOCIÓN DE LA SALUD	80
INSTRUMENTO DE EVALUACIÓN ESTANDARIZADO PARA LA CALIFICACIÓN DE CASOS CLÍNICOS EN TRABAJOS FIN DE GRADO	82
PROCESO DE ATENCIÓN DE ENFERMERÍA EN UN CASO DE FUGA DISOCIATIVA	84
PROCESO DE ATENCIÓN DE ENFERMERÍA EN UN CASO DE AMPUTACIÓN INFRACONDÍLEA EN UN PIE DIABÉTICO	86
VALIDACIÓN DE CONTENIDO DE LA CLASIFICACIÓN NANDA-I PARA ABORDAJE DE LA CRONICIDAD EN ATENCIÓN PRIMARIA	88
PACIENTE FRÁGIL EN ATENCIÓN DOMICILIARIA: ESTUDIO DE UN CASO.....	90

INCIDENCIA Y EVOLUCIÓN DE ÚLCERAS EN PIE DIABÉTICO EN UNA UNIDAD DE HEMODIÁLISIS	92
PLATAFORMA DE APRENDIZAJE VIRTUAL EN CUIDADOS ENFERMEROS. IMPLEMENTACIÓN DE LA FASE DE VALORACIÓN	97
PLAN DE CUIDADOS ESTANDARIZADO: POSTQUIRÚRGICO TARDÍO EN MUJERES EMBARAZADAS MASTECTOMIZADAS.....	99
PROCESO DE ATENCIÓN DE ENFERMERÍA EN UN CASO DE PRIMER BROTE PSICÓTICO	104
MANEJO DEL LENGUAJE ENFERMERO ESTANDARIZADO EN LA CONSULTA DE ATENCIÓN PRIMARIA.....	106
VALIDACIÓN DE UNA NUEVA INTERVENCIÓN ENFERMERA MEDIANTE TÉCNICA DE CONSENSO POR GRUPO DE EXPERTOS	109
VALIDEZ DE CONSTRUCTO DEL RESULTADO NOC "SATISFACCIÓN PACIENTE/USUARIO: GESTIÓN DEL DOLOR"	114
CASO CLÍNICO DE PACIENTE CON PARKINSON BASADO EN PATRÓN FUNCIONAL DE NUTRICIÓN-METABÓLICO (M. GORDON).....	118
MEDICIÓN DE CARGAS DE TRABAJO ENFERMERO A TRAVÉS DE LA CLASIFICACIÓN NIC EN UNA UNIDAD DE ANESTESIA Y REANIMACIÓN	123
PLAN DE CUIDADOS DE LA PUÉRPERA CON TEMOR EN EL SERVICIO DE REANIMACIÓN	129
CUIDADOS AL PACIENTE POSTQUIRÚRGICO CON DOLOR	131
VALIDACIÓN DE UNA HERRAMIENTA DE VALORACIÓN DE ÚLCERAS POR PRESIÓN BASADA EN LA NOC: INTEGRARE.....	133
CALIDAD DE VIDA DE LOS PROFESIONALES DE ENFERMERÍA TUTORES DE CASO EN PROGRAMAS DE ATENCIÓN A PERSONAS CON TRASTORNO MENTAL GRAVE: PERSPECTIVA DE GÉNERO	137
RIESGO DE GLUCEMIA INESTABLE: A PROPÓSITO DE UN CASO	140
¡POR FIN SOY YO OTRA VEZ!.....	143
VINCULACIONES TAXONÓMICAS NNN CON ESCALA RDIC-LAC: RIESGO-DETERIORO DE LA INTEGRIDAD CUTÁNEA DEL ÁREA DE PAÑAL EN EL LACTANTE	149
CUIDADOS DE ENFERMERÍA EN PACIENTE CON ESQUIZOFRENIA PARANOIDE.....	151
EVALUACIÓN PRELIMINAR DE LAS PROPIEDADES PSICOMÉTRICAS DEL INSTRUMENTO CONOCIDIET-DIABETES	161
PAE EN PACIENTE PALIATIVO EN ENFERMERÍA RURAL.....	163
EVALUACIÓN DE LAS PROPIEDADES PSICOMÉTRICAS DE DOS RESULTADOS NOC EN UNA MUESTRA PORTUGUESA: RESULTADOS PRELIMINARES.....	167
EVALUACIÓN DE LA USABILIDAD DE UN SOFTWARE PARA REGISTRAR EL PROCESO DE ENFERMERÍA	169
MONITORIZACIÓN DE LA CALIDAD DE INFORMES DE CUIDADOS MEDIANTE MUESTREO PARA LA ACEPTACIÓN DE LOTES.....	171
NUEVAS APLICACIONES DE LA TAXONOMÍA NOC: MEDIR LA SATISFACCIÓN DEL PACIENTE	173
NUEVAS APLICACIONES DE LA TAXONOMÍA NOC: MEDIR LA SOBRECARGA DEL CUIDADOR	180
MODELO AREA, FACILITADOR DE LA GESTIÓN DE CUIDADOS EN PERSONAS SIN HOGAR CON ENFERMEDAD MENTAL.....	182
CUIDADOS DE ENFERMERÍA EN PACIENTE CON RABDOMIOSARCOMA ORBITARIO	187

CASO CLÍNICO: ADOLESCENTE CON FIBROSIS QUÍSTICA.....	192
PLAN DE CUIDADOS EN PACIENTE MAYOR CON FRACTURA DE CADERA.....	196
¿EXISTE RELACIÓN ENTRE LOS NIVELES DE DEPENDENCIA DE LOS PACIENTES HOSPITALIZADOS Y LA RATIO ENFERMERA-PACIENTE?	201
VALIDACIÓN DE UNA HERRAMIENTA DE VALORACIÓN DE ÚLCERAS POR PRESIÓN BASADA EN LA NOC: INTEGRARE.....	205
UTILIZANDO EL PENSAMIENTO CRÍTICO PARA LA PRECISIÓN DIAGNÓSTICA: UN CASO CLÍNICO	207
PROBABILIDAD DE "INTEGRIDAD TISULAR" (1101) EN PACIENTES OSTOMIZADOS SEGUIDOS EN CONSULTA DE ESTOMATERAPIA	209
TAXONOMÍA DEL RIESGO DE CAÍDAS AL ALTA EN UN PACIENTE ASTURIANO CON ICTUS.....	214
DETERIORO DE LA DEGLUCIÓN EN UN PACIENTE CON ICTUS TRAS EL ALTA HOSPITALARIA	219
Las Entidades Colaboradoras.....	224

La **P**resentación

Estimadas compañeras y compañeros:

Desde AENTDE nos es grato presentar este libro con las ponencias y comunicaciones que se han expuesto en la XI Jornada de Trabajo “Veinte años impulsando los lenguajes enfermeros”, en la que celebramos nuestra andadura como asociación científica. A lo largo de este tiempo se ha dado firmeza y solidez a un camino que ha necesitado del trabajo, la ilusión y la constancia en el ejercicio, de un colectivo profesional que se ha empeñado en dar nombre y dotar de identidad su quehacer diario, el cuidado.

Tanto las ponencias como las comunicaciones, esta vez en formato póster, que aquí recogemos traducen el camino recorrido en este tiempo, el avance de la investigación que se está llevando a cabo no sólo para depurar el lenguaje enfermero, sino también para determinar qué intervenciones consiguen los mejores resultados en relación a las respuestas humanas a distintas situaciones de salud.

El desarrollo de los lenguajes enfermeros estandarizados, que posibilitan el dar nombre a lo que hacemos, necesita del desarrollo de ideas, de proyectos compartidos. En este sentido los trabajos presentados, nos permiten seguir avanzando y aunque necesitamos seguir trabajando, se pone en valor lo que tenemos, lo que se ha conseguido con el trabajo de todos.

Una vez más AENTDE ha convocado al colectivo a un foro en torno a los lenguajes enfermeros estandarizados, un acto que en esta ocasión tiene la intención de conjugar la celebración con el conocimiento, de demostrar cómo todos los que hacemos AENTDE estamos contribuyendo a impulsar los lenguajes enfermeros durante 20 años.

Nos sentimos muy agradecidos tanto a ponentes como a comunicantes, por compartir sus experiencias y conocimientos y ponerlos a disposición no sólo de los asistentes a la jornada, sino también a todos los que consulten este ejemplar.

¡Gracias por ayudarnos a seguir caminando!

Ángel Martín García
Presidente del Comité Organizador

Susana Martín Iglesias
Presidenta de AENTDE

Los Comités

Organizador

Presidente

Ángel Martín García

Secretaria

Cristina Oter Quintana

Vocales

Almudena Alameda Cuesta

Silvia Arranz Alonso

Luz Divina Barrios García

Consuelo Bermejo Pablos

José Luis Cobos Serrano

M^a Llanos Escudero Moreno

Rosario Fernández Flórez

Inmaculada García Ferradal

M^a Andión Goñi Olangua

Santiago Pérez García

M^a Luisa de la Puerta Calatayud

Científico

Presidenta

Susana Martín Iglesias

Secretario

José Luis Aréjula Torres

Vocales

Roser Álvarez Miró

Pilar Arranz García

Dolors Giró Formatger

M^a Teresa Lluch Canut

Ana María Porcel Gálvez

Roberto Rodríguez Rego

José Manuel Romero Sánchez

Las Ponencias

MI VIDA EN AENTDE

Autora

Aurora Quero Rufián

Hay ocasiones en las que no es fácil comenzar a hablar, y esta es una de ellas, porque se pretende que hable de mí, cosa que jamás pensé que tendría que hacer, pero parece que en esta ocasión estoy obligada a ello.

No encuentro justificación alguna, salvo la edad. Esto son cosas que suceden por el paso del tiempo transcurrido, y como en las sociedades pasadas los “mayores” conservamos y mantenemos, en alguna medida, el patrimonio y la memoria de colectividad. Quizás esto no sea tan necesario hoy que tenemos grandes archivos de memoria y discos duros, e incluso “muy duros”,..., pero quizás, a veces, es preciso recordar no el qué, sino el cómo fueron algunas cosas, el calor o el frío que sentimos en algunos momentos.

Todo esto lo digo, como motivación personal, para empezar a hablar, que es difícil. Por otro lado, son muchos los recuerdos y poco el tiempo.

Quizás lo más sencillo es comenzar diciendo como en las historias y los cuentos “Érase una vez”...

Pues sí:

Era que se era, una vez, una enfermera de Granada, que se llamaba Aurora, y que además, desde 1985, era profesora de Fundamentos de Enfermería de la EUE Virgen de las Nieves (esa soy yo)... Y había también un Simposium de AENTDE en Valencia, en el que fue elegida Vocal de la Junta de AENTDE, gracias a que había un hada madrina que se llamaba Mercedes Ugalde... y ahí pues empezó todo, por mayo de 2004.

Podría seguir así, pero ahora debo hablar un poco de mi historia en torno de AENTDE. Además con el privilegio del paso del tiempo y de eso llamado “memoria selectiva”, que olvida y recuerda arbitrariamente... Porque estando en AENTDE, todo ha ido muy rápido: se casan mis hijos, nacen mis nietos, se mueren familiares muy queridos y cercanos; viajo, participo, aprendo, comparto, lloro, río, vivo...

Para facilitaros la comprensión de “mi historia”, en lo que hoy nos concierne aquí, la he dividido en tres etapas:

Mi vida antes de AENTDE.

Mi etapa como vocal de AENTDE.

La presidencia en AENTDE.

En cualquier caso, espero no aburrirlos, y os prometo ser breve.

Mi vida antes de AENTDE, o ¿por qué ingresé en AENTDE?

Este periodo, considero que para vosotros no es importante. Pero para mí, sí, porque explica quién soy y cómo soy. Lo que va a condicionar mi estancia en la Junta de AENTDE, durante diez años. De esta etapa, quizás lo único importante es que sepáis que:

Yo soy enfermera, me siento enfermera, y he estado, creo que aún lo estoy, muy comprometida con mi profesión.

Me siento muy afortunada por mi trayectoria personal en la que se ha fusionado un recorrido por la práctica clínica como enfermera y supervisora en las unidades de

Cuidados intensivos y Nefrología durante 11 años, y luego una trayectoria teórica y docente, durante 30 años, como Profesora de Fundamentos de Enfermería en la Escuela Virgen de las Nieves de Granada. Ello me da dado unas referencias y ha conformado mi modo de ser y mi perspectiva a la hora de abordar los problemas ligados a la cuestión enfermera. Ser profesora de, y transmitir a los alumnos, Fundamentos de Enfermería no es una cuestión baladí.

También he creído, y creo en lo que hago, y trato de mostrarme y actuar de manera coherente con mis principios, básicamente ligados a mi profesión: el cuidado y respeto a las personas en cualquier circunstancia y en cualquier manera. Y siempre que se pueda el afecto.

Esto es lo más interesante que debéis conocer de esta etapa sin AENTDE. Quizás añadir que ya por entonces la cuestión de las taxonomías me inquietaba, y cuando yo ingresé en AENTDE en 1998, ya había navegado mucho por los vericuetos de los lenguajes enfermeros.

Mi primer libro que compré sobre el tema fue en 1987, el Tratado de Enfermería. Diagnósticos y Métodos de Campbell, que marcó el inicio de los diagnósticos de enfermería en España. Poco después se empezó a oír “esa cosa llamada Taxonomía NANDA”.

Conocí a Lynda Carpenito en Granada en 1991, en un curso sobre Diagnósticos de enfermería, 1er Nivel, del que aún conservo los apuntes y que fue determinante para mí, tras oírla, para reorientar la enseñanza de la metodología enfermera. Recuerdo que discutíamos sobre si el “estreñimiento” era o no un diagnóstico enfermero y decía: Cuando la enfermera enseña cómo prevenir su problema, aunque ¡ahora! sí tome la medicación que prescribe el médico, es un diagnóstico (problema enfermero) porque ¡no queremos que esté con medicación para toda la vida! Y añadía, los diagnósticos los valida el paciente; suponen un diálogo con él y no son una etiqueta con la que se describe su problema. La persona, siempre, siempre antes que el paciente.

Dentro de las actividades docentes que realizaba con los alumnos recuerdo con especial cariño el Libro de los Alumnos de Primero de la Escuela de Enfermeras. Este libro que fui haciendo cada año con la colaboración de todos y cada uno de los alumnos desde la promoción 1994-1997 hasta la del 2005-2008, con el objetivo de que aprendieran la importancia para la profesión de los diagnósticos enfermeros y les ayudase a identificar el conocimiento propio del área de la enfermería desde primero; y al que en sucesivas ediciones fuimos también añadiendo contenidos de las clasificaciones NOC y NIC. Muchos de aquellos alumnos me escriben hoy para decirme que ahora que son enfermeras, el libro les es de mayor utilidad.

Igualmente en mi empeño docente por la formación de los alumnos y adiestrarlos en el uso y comprensión de los lenguajes comencé a elaborar periódicamente un listado con la conversión de los diagnósticos de la Taxonomía I a la Taxonomía II. Realizaba las correspondientes actualizaciones de los diagnósticos, cada vez que se añadían nuevos, o se quitaban, cambiaban de nombre, de dominio, o clase...para regalárselas a mis alumnos y colegas. Y posteriormente la he hecho extensiva al Plan Integral de Cuidados de Andalucía (PICUIDA), Junta de AENTDE y con la posibilidad de colgarla en la Web...

Por entonces era socia de la AEED y fue en 1989, en las X Jornadas de Trabajo en Madrid, donde se creó el grupo de trabajo Seminario Permanente de diagnósticos de Enfermería en el que participé y aprendí...y más tarde fui socia de AENTDE...Las dos

únicas asociaciones enfermeras a las que he pertenecido por su importante relación con mi mundo laboral.

En el año 92 trabajé en el primer proyecto financiado a enfermeras por el FIS, “Validación de los diagnósticos de enfermería de la NANDA: una experiencia en cuatro áreas asistenciales”, cuyos resultados se publicaron en Enfermería Clínica en el año 1.994 y del que llevamos una comunicación a Barcelona, en el Iº Simposium AENTDE de 1996.

El interés por los diagnósticos enfermeros se extendía. En 1994, aparecía la publicación Diagnósticos enfermeros. Adaptación al contexto español, de Andrés Cuesta, Mª Amparo Benavent y J, Adolf Guirao, en el que se analizaban las etiquetas NANDA con el saludable intento de adaptarlas al entorno español y otras que desarrollaban ellos, entre las que ha tenido un recorrido extraordinario “Sedentarismo” que pasó a ser etiqueta NANDA en 2004 y que actualmente se denomina “Estado de vida sedentario”. Era el primer diagnóstico de un enfermero español que se incluía en la Taxonomía NANDA-I.

Fue, en 1995, cuando tuve un encuentro, fortuito y significativo, con un libro llamado “Diagnósticos de Enfermería. Taxonomía NANDA. Traducción, revisión y comentarios”, cuyas autoras eran Mercedes Ugalde Apalategui y Assumpta Rigol i Cuadra, profesoras de la Escuela Universitaria de Enfermería de la Universidad de Barcelona, miembros de NANDA y de AFEDI, asociaciones de las que casi nadie, por entonces, había oído hablar. Este libro me ayudó a clarificar muchas dudas, ya que un valor añadido del mismo, su gran ventaja con respecto a otros, era el objetivo que se proponían las autoras al escribirlo.: “El objetivo del libro no es tan sólo dar a conocer la traducción de la taxonomía, por lo que pensamos que sería enriquecedor realizar una edición comentada que permitiera una lectura más crítica y también compartir sus experiencias”.

Aquel mismo año de 1995, publicaba yo, en la revista Index, el artículo “El Diagnóstico de Enfermería: una aproximación a la realidad española”. Y más tarde en 1997 “Validación de la taxonomía diagnóstica de la NANDA en una Unidad de Psiquiatría y Salud Mental”, en la revista Garnata, un balance del proyecto de investigación en el que participaba.

Por entonces, ya era socia de AENTDE y escribí a Mercedes Ugalde para que me dijera dónde podríamos publicar los resultados del área de salud mental.

También en ese año, 1997, conocí a Marjory Gordon, en las Iª Jornadas de Trabajo Diagnóstico de Enfermería: Razonamiento diagnóstico, que organizaba AENTDE y que tuvieron lugar en Madrid en el mes de octubre: Hacía una llamada a las enfermeras para que asumiesen más responsabilidades en su trabajo, para que fueran capaces de analizar, emitir juicios clínicos..., que supieran que la intuición es importante porque está ligada a la experiencia, pero que debe someterse a procesos lógicos para evitar el riesgo de fallar.

En resumen, esa era yo, ese era mi perfil cuando Mercedes me propuso que me presentara a la Junta de AENTDE. Interesada y formada en lenguajes enfermeros y para aportar si podía. Y también para aprender. Nunca busqué mi interés personal, ni pretendí aumentar mi currículum. En mi opinión, el conocimiento y las ganas de colaborar deben conformar el perfil de quienes deseen entrar en la Junta de AENTDE. La Junta debe ser el espacio del conocimiento y la colaboración, del diálogo para

desarrollar proyectos comunes y compartidos por todos sus miembros y que beneficien a los socios y la comunidad enfermera.

Mi etapa como vocal

En mayo de 2004 iniciaba mi andadura como miembro de la Junta.

Aunque, como ya veis por mi trayectoria, mi conocimiento y sobre todo mi compromiso con los lenguajes enfermeros era evidente, mi miedo en aquellos momentos era ver qué podría yo aportar. Si sería útil para una asociación a la que tanto respetaba. Mi compromiso con la profesión, que me llevó a comprometerme con los lenguajes, reforzó mi compromiso con AENTDE.

La primera reunión de la Junta a la que asistí fue el 18 y 19 de junio de 2004. Rosa González nos convocaba; Adolf Guirao era el vicepresidente, y asistíamos: María Gírbés, Rosa Roure, Mercedes Ramos, M^a Isabel Saracibar, Roser Álvarez (como tesorera) Dosi Bardají (como secretaria), Nieves Montesinos, Paqui Pérez y yo. La vuelta a Granada la hice en tren, de noche, 10 horas, ya que el día 19 celebraba los 30 años con mis compañeras/os de promoción de enfermeras.

Recuerdo de aquellos inicios el esfuerzo que me suponía dejar mi familia y Granada algunos fines de semana del año para marchar a Barcelona, y que luego, sobre todo al principio, se veían compensados por las relaciones entre nosotros. Barcelona, la Escuela de Enfermería y la sede de AENTDE de la planta 3^a, se convirtieron en mi segundo espacio de trabajo, siempre me sentí muy bien acogida por todos los miembros de la Junta, expertos en lenguajes, y en afectos, a los que llevo muy en el corazón.

Cuidado, respeto y afecto para con los miembros de la Junta. Por tanto, desde este planteamiento, siento y recuerdo ahora mi contribución con AENTDE y mi compromiso, en el que estaba incluida, mucha o poca, toda mi capacidad de trabajo. Y enseguida a la tarea. Nada más llegar comencé a colaborar en el proyecto de AENTDE: Estudio de validez de contenido diagnóstico de la Taxonomía II-NANDA, liderado por Adolf, captando enfermeras expertas que participasen en el mismo y fueron muchas las que lo hicieron.

Fruto de este entorno, en el que todos teníamos cabida y opinión, y nuestras sinergias no sumaban sino que multiplicaban, fue en el año 2006 el VI Simposium de Granada, que para mí como presidenta del comité organizador pienso que constituye un hito, un antes y un después, en la historia de AENTDE... Asumí además, gran parte de la Secretaría Técnica en aquel Congreso, con el consiguiente esfuerzo que eso conlleva, pero imprescindible por el ahorro y beneficio que supuso para AENTDE, siempre tan limitada en las vías de financiación. Ha sido un modo de gestión de Simposium, tremendamente eficaz y rentable, que posteriormente con igual éxito hemos repetido en Sevilla, con Ana Porcel como presidenta del Comité Organizador.

El Congreso de Granada, fue un hito no sólo por el éxito económico, que fue extraordinario, y también el académico, sino especialmente porque se convirtió en un escaparate en el que se vio reflejado el potencial y posibilidades de la enfermería andaluza, española y de AENTDE y que será el punto de partida para nuestra posterior proyección internacional al contar en Granada con la presencia de Sue, Dickon y Heather. Qué duda cabe que la celebración en Madrid del Congreso internacional NANDA I- AENTDE asienta sus bases en Granada, así como la proyección internacional que posteriormente hemos alcanzado.

De esta etapa, quisiera destacar mi colaboración con el Colegio de Enfermería de Granada, en la elaboración de un libro de bolsillo a modo de guía-resumen sobre los Diagnósticos y los Resultados e Intervenciones más adecuadas, que se pueden estandarizar para cada una de las catorce necesidades básicas del Modelo de Cuidados de Virginia Henderson. Es fácil de llevar para favorecer su uso en la práctica clínica por todas las enfermeras. Participamos en su elaboración, profesoras de la escuela, enfermeros asistenciales, supervisoras, enfermeros gestores de casos de hospitales y atención primaria.

Y aunque todo parezca que fluía con naturalidad, no siempre las cosas fueron fáciles: ocasiones complejas cuando no tensas, marcha de compañeros queridos y valiosos de los que mucho aprendí...María Girbes, (Adolf) Silamani, Esperanza Ferrer..., aunque como he señalado antes, la memoria es muy selectiva y evoca los recuerdos positivos.

La presidencia en AENTDE.

En mayo, como ahora, en 2010 llegaba a la presidencia de AENTDE. Apoyada en Susana Martín, como vicepresidenta, y con la reincorporación de Merche Ugalde, como vocal. Mil gracias de nuevo, a las dos.

Ser presidencia de AENTDE creo que para todos supone un reto personal que se resume en ¿qué podré hacer y adónde debemos ir?

Aunque hay mucho camino que se recorre al andar simplemente si seguimos andando, yo tenía claro un objetivo: potenciar la participación de todos los miembros de la Junta. Ya en la primera reunión de la Junta que celebramos el 17 de septiembre de 2010 como presidenta de AENTDE, pude constatar que este compromiso personal era compartido por el resto de la Junta. Como se recoge en el acta de dicha reunión Susana exponía “su prioridad de trabajar en equipo” y Teresa LLuch “expresaba su ilusión y necesidad de trabajar entre tod@s”.

Echamos a andar, desde el convencimiento de que la aportación de cada uno de los vocales es fundamental. Consciente del trabajo y valía personal de cada uno de los miembros de la Junta en sus diferentes puestos de responsabilidad profesional. Reconociendo el esfuerzo personal que se hace para asistir a las reuniones y el carácter generoso y altruista de la participación en la Junta, y en la que, por tanto, todos debíamos ser iguales para hablar, opinar y decidir. El fin de semana en Barcelona debía ser un hecho placentero para todos. Debíamos acudir contentos y regresar satisfechos: ese fue mi objetivo, aunque a veces costó conseguirlo.

La Junta es un espacio exquisito de relaciones.

Y aquí puse, todo mi empeño, tratando de evitar los liderazgos personales e incentivando el liderazgo del grupo. Aunque preparábamos previamente las reuniones Susana, como vicepresidenta y yo, las reuniones fueron abiertas, al menos a mí me lo parecieron, y por supuesto siempre lo intenté. Todos estaban informados de todo, nada se ocultaba, y la opinión de todos era respetada. Para mí fue un tiempo en el que al final de mi etapa como presidenta sentía que, como dice el poeta, “en todos los labios había risas, inspiración en todos los cerebros” (G. Aguirre).

Gracias a este ambiente y la colaboración de los miembros de la Junta, a las que de nuevo quiero manifestar mi reconocimiento y agradecimiento, se hicieron muchas cosas, se asumieron dificultades y se superaron obstáculos.

Se cambió la web con el objetivo de usarla como herramienta de divulgación de la Asociación y José Luis Aréjula se responsabilizó de gestionarla desde el primer momento.

Fue en las VIII Jornadas de Trabajo de A Coruña 2011, cuando por primera vez admitimos comunicaciones en formato de póster, continuando haciéndose en las de Barcelona 2013, Bilbao 2015 y ahora en Madrid 2016.

Un gran esfuerzo supuso la Coordinación de la edición española y la primera edición hispanoamericana de los diagnósticos enfermeros NANDA 2012-2014. Un acercamiento en profundidad a la obra, en la que participaron en su revisión todos los miembros de la Junta, con trasiego ingente de correos entre Susana, Heather y yo, y que al final tuvo sus frutos, y que consolidaba nuestra proyección internacional como asociación.

Durante esta etapa tuvieron lugar los Simposium de Gijón 2012 y Sevilla 2014. Un lujo para mí participar con los miembros de la Junta en la elaboración de los programas, en la sede, en los comités científicos y organizadores..., en la difusión, en las colaboraciones, aprovechando las experiencias anteriores. Con gusto preparé sus conferencias inaugurales sobre “Lenguajes y personas” e “Identidad, utilidad y calidad”, así como la de las Jornadas de Barcelona 2013 sobre “La importancia de la investigación en taxonomías”.

Quizás a nivel institucional uno de los aspectos más significativos haya sido la firma de diferentes convenios. El primero de ellos, que tuve ocasión de firmar el 17 de mayo de 2010 con la Directora de la Escuela de Enfermería de Barcelona tiene mucha importancia, porque nos permitía continuar en la Sede de la misma en el espacio ubicado en la 3ª planta de la Escuela.

Como ampliación del mismo, en 2013, se firmó el convenio mediante el cual AENTDE dona el Fondo Histórico y Documental de la Asociación al Centro de Recursos para el Aprendizaje y la Investigación (CRAI), que lo ha catalogado y etiquetado como “Donación de AENTDE”. Este acuerdo debemos agradecerlo al empeño y la gestión de Mercedes Ugalde. Con este convenio se crea un estrecho vínculo con la Universidad de Barcelona y se alcanzaba uno de los objetivos de nuestra asociación, creando lazos con otras organizaciones con el fin de promover la cooperación y la investigación en relación con los lenguajes enfermeros.

También en 2013 se firmó el convenio de AENTDE con la Asociación de Enfermería Comunitaria (AEC).

Una de las tareas, que como presidenta con más cariño he realizado han sido los diferentes editoriales de El CORREO, ese compromiso periódico de AENTDE con los asociados y los profesionales enfermeros en general y que han abarcado desde el desarrollo profesional impulsado por el avance de los lenguajes, la importancia de la publicación del decreto 1093/2010, de 3 de septiembre sobre el informe de cuidados de enfermería, o mi querida y añorada Escuela de Enfermeras Virgen de las Nieves.

Como presidenta de AENTDE, he sido invitada a participar como ponente en diferentes Congresos y Jornadas Nacionales en Sevilla, Gijón, Jaén, etc., siempre con el tema del cuidado y los lenguajes enfermeros: “Los Lenguajes enfermeros. Su presencia en Salud Mental”, “Metodología enfermera y humanización de los cuidados” o “La Asociación Española de Nomenclatura, Taxonomía y Diagnósticos Enfermeros”, fueron algunos de los temas desarrollados. En otras ocasiones, invitaciones a México y

Colombia, las delegué en Susana en quien siempre encontré un gran apoyo y una buena disposición para asistir.

También ha sido un periodo de estrechamiento de lazos con otras asociaciones enfermeras de carácter Internacional, especialmente NANDA y ACENDIO. Las diferentes colaboraciones y nuestra presencia en Houston, Sao Paulo, Madeira... han creado un nuevo marco de relaciones con estas instituciones.

En marzo de 2011 se celebra la 8ª Conferencia Europea de ACENDIO en Madeira y la presidenta de ACENDIO, Kaija Saranto me invita a acompañarles. En ella Susana fue elegida como vocal de ACENDIO.

En junio de 2011, tuvo lugar en Sao Paulo, la Primera Bienal de Simposium NANDA I: Hablando el mismo idioma. Una iniciativa internacional para los Diagnósticos de Enfermería. Era el primer evento internacional de NANDA, fuera de España, al que acudí acompañada de Mercedes Ugalde, donde fuimos extraordinariamente bien acogidas por la Junta Directiva de NANDA. Allí ya se plantearon los cambios de la Taxonomía III, que después también nos expuso Heather en Gijón 2012.

De nuevo en Mayo de 2012, marzo, junto con Susana Martín y Mercedes Ugalde, a Houston para acompañar a NANDA- I en su cuarenta aniversario. Allí entregamos a Jane Brokel, la presidenta de NANDA, un listado de diagnósticos que no se habían revisado desde 1972 y que consideramos importante que sean analizados y actualizados con la evidencia científica actual.

En 2013 en una reunión AENTDE/ACENDIO celebrada en Madrid, se trabajó un documento relevante para la creación del Observatorio Europeo de Estándares Enfermeros.

Mi último compromiso como presidenta de AENTDE, fue por un lado revisar los estatutos y por otro propiciar en la Junta la incorporación de personas muy valiosas, preparadas y comprometidas con la enfermería; nuevos miembros, que colaboren con la asociación y la impulsen desde la investigación en lenguajes, desde la gestión, la docencia y la asistencia. Con el convencimiento, como ya he comentado en alguna ocasión, de que las instituciones son lo que reflejan las personas que están dentro de ellas y las habitan.

Y ya, fuera de la Junta, continúo con la huella que ha dejado en mí AENTDE. Sigo revisando y tutorizando trabajos y artículos de antiguos alumnos. Contemplo y asisto, con infinita alegría, como miembro de tribunal, a las cada vez más frecuentes tesis doctorales sobre lenguajes enfermeros. ¡Tesis de enfermeras sobre cosas de enfermería! Trabajos que vinculan Diagnósticos, Resultados, intervenciones, que validan diagnósticos... Trabajos de Fin de Grado sobre planes de cuidados. ¡Quién nos lo iba a decir hace unos años! Y yo creo que esto es un bucle que nos devuelve, en parte, a nuestros orígenes: ese espacio universitario y docente en el que, no se nos debe olvidar, surge nuestra asociación. Este es un ámbito en el que AENTDE tiene que seguir haciéndose fuerte, para así proyectarse y consolidarse de manera permanente en todos los sectores de la enfermería nacional.

Aún sigo colaborando. Con Paloma Echevarría en el libro Investigación y Metodología y Lenguajes enfermeros, en el que he elaborado un capítulo con Mercedes Ugalde y Sergio Barrientos.

Bueno, y ya no os canso más.

Hablar de mí, como veis, al final, es hablar de enfermería, lenguajes enfermeros, docencia y esas cosas en las que todos nos movemos. Siempre me pasa igual.

Estoy muy agradecida con AENTDE, por haberme permitido conocer a compañeros y compañeras extraordinarios. También quiero compartir con vosotros la suerte que he tenido como enfermera. Ahora que echo la mirada hacia el pasado me doy cuenta de a cuánta gente, a cuántas enfermeras importantes de aquí y de fuera de España he conocido y cuánto he aprendido de ellas y con ellas. Mi reconocimiento para todas estas personas.

No puedo terminar sin tener un recuerdo especial para todos aquellos que nos encontramos en la última Junta de Sevilla. Y al ser mi despedida como presidenta queda un rescoldo muy especial en mi corazón. Por ello necesito mencionarlos y expresarles personalmente mi agradecimiento y reconocimiento, a: Charo, José Luis, José Manuel, Merche, Rosa Rifà, Roser Álvarez, Roser Cadena, Susana y Teresa. Tanto me apoyaron que todo lo realizado fue, en la mayor parte, mérito suyo.

Muchas gracias por vuestra paciencia.

Gracias.

FELIZ ANIVERSARIO DE TODO CORAZÓN



MEDIDA DEL NIVEL DE DEPENDENCIA EN CUIDADOS EN PACIENTES HOSPITALIZADOS: VALIDEZ EXTERNA DE LA ESCALA INICIARE 2.0.

Autor

Sergio Barrientos Trigo

El continuo aumento de la esperanza de vida ha originado un envejecimiento de la población favoreciendo el incremento de los niveles de cronicidad, dependencia y, por tanto, los costes socioeconómicos. Todo ello, unido a los cambios en los roles familiares tradicionales, marcados fundamentalmente por un descenso de la natalidad y la incorporación de la mujer al mercado laboral está forzando la búsqueda de un nuevo paradigma en el modelo de cuidados, recayendo la responsabilidad en los servicios públicos.

Diferentes estudios establecen una relación directamente proporcional entre la edad, gravedad y complejidad de los procesos (Moreno-Millán, Molina-Morales y Amate-Fortes, 2010), lo que produce mayores demandas de atención y mayor utilización de los servicios sanitarios (OECD, 2011; Vadla et al., 2011). La encuesta de morbilidad hospitalaria indica que el 55% de las estancias causadas en hospitales españoles son producidas por pacientes mayores de 65 años (50% hombres, 50% mujeres) (INE, 2013) por lo que, en definitiva, este grupo etario presenta características de dependencia y discapacidad superiores al resto.

Estos datos junto al desarrollo de las Tecnologías de la Información y la Comunicación (TICs) están originando una nueva tipología de paciente que presenta mayores expectativas hacia los servicios de atención sanitarios, voluntad de participación y protagonismo en la toma de decisiones en aquellos aspectos que le afectan, y accesibilidad a la información sobre su problema o situación de salud (Perestelo-Pérez, Pérez-Ramos, González-Lorenzo, Rivero-Santana & Serrano-Aguilar, 2010; Cullati, Courvoisier, Charvet-Bérard & Perneger, 2011).

En el otro lado de la ecuación se encuentran los Servicios de Salud, inmersos en una coyuntura económica difícil que obliga a la constricción financiera y la optimización de los recursos disponibles. Esto se traduce en un aumento de la presión asistencial y en un impulso por lograr la efectividad y la eficiencia a través de la gestión clínica, la acreditación o la reorganización de los servicios (Rodés, Font, Trilla, Piqué y Gomis, 2008; Specchia et al., 2010; Belzunegui, Busca, López-Andújar y Tejedor, 2010). La experiencia y la investigación han demostrado el papel fundamental que juegan los servicios enfermeros en el abordaje de pacientes complejos y dependientes.

La enfermería basada en resultados es un campo de estudio reciente y en expansión (Winton, Bremner, Geelhoed & Finn, 2014) cuyo objetivo principal es analizar los resultados finales de las intervenciones realizadas por los servicios sanitarios (Morales, 2004). Esta necesidad de estudio surge por el protagonismo que han tomado los estándares de calidad en la planificación sanitaria, constituyendo su eje principal. Los resultados en salud son las coordenadas de búsqueda para alcanzar la calidad ya que indican el efecto que se le puede atribuir a la presencia o ausencia de una intervención sobre un estado de salud previo (McCallum, 1993; Escuela Andaluza de Salud Pública, 2012).

La Clasificación de Resultados de Enfermería (NOC) ofrece un marco incomparable para la investigación en resultados. Para ello se acuña el término Resultado Sensible a la Práctica Enfermera (RSPE) que define los estados variables de la persona, comportamiento o percepciones, muy concretos que son susceptibles de respuesta ante una intervención enfermera (Morales, Morilla, Torres, Porcel y Canca, 2012; Moorhead, Johnson, Maas y Swanson, 2009). Los resultados tienen tres características: son estadios finales, requieren de alguna acción para que se produzcan y debe existir un componente temporal a través del cual el proceso precede al resultado (Nies et al., 1999).

En este sentido, la comunidad científica ha puesto énfasis en la creación y desarrollo de herramientas que favorezcan el análisis de los estándares de calidad y los RSPE. Por ello, entre las principales líneas de investigación, destacan los estudios de validación de instrumentos, encaminados a cuantificar los cuidados que los y las pacientes precisan para gestionar los recursos enfermeros de forma más eficiente.

La validación de instrumentos encaminados a cuantificar los cuidados se ha convertido en un área prioritaria de la calidad asistencial. Entre ellos, el Inventario del Nivel de Cuidados mediante Indicadores de la Clasificación de Resultados de Enfermería (INICIARE 2.0) y Care Dependency Scale (CDS). La investigación que hemos realizado ha utilizado la CDS como gold standard, por ser una escala validada para medir un constructo semejante a INICIARE 2.0, sin embargo CDS sólo se ha validado en pacientes geriátricos, con deterioro cognitivo y no utiliza lenguaje enfermero estandarizado. INICIARE 2.0 compuesta por 60 ítems, mostró muy buenas propiedades psicométricas durante su proceso de validación interna. Integra la solidez de un modelo conceptual enfermero y la validez e internacionalización de los Sistemas Estandarizados de Lenguajes Enfermeros (SELEs), al formular los ítems a partir de los Indicadores de Resultados de la Nursing Outcomes Classification (NOC).

El objetivo de esta investigación fue evaluar la validez externa de la herramienta INICIARE-60 en pacientes ingresados en hospitales del Sistema Sanitario Público Andaluz con diferentes modelos de gestión y diferentes grados de complejidad, así como determinar la sensibilidad y especificidad del instrumento, para establecer los diferentes niveles de dependencia en necesidades de cuidado.

Para ello se realizó un estudio descriptivo de validación clinimétrica. Este estudio se realizó al amparo de un proyecto de investigación financiado por la Consejería de Salud de la Junta de Andalucía en la convocatoria 2012 y cuya Investigadora Principal es la doctora Ana María Porcel Gálvez, constituyendo además mi proyecto de tesis doctoral. El contexto donde se ha desarrollado este estudio ha sido el Sistema Sanitario Público Andaluz (SSPA), participando 11 hospitales con diferentes modelos de gestión (4 modelos) y diferentes niveles de complejidad (3 niveles). Se utilizó una muestra estratificada por conglomerados en función del tamaño de hospital medido en número de camas, tipo de unidad (médica y quirúrgica), sexo y edad agregada (menores y mayores de 65 años).

La muestra resultante fue de 1.165 pacientes hospitalizados durante los meses de febrero a junio del año 2013. El instrumento INICIARE-60 obtuvo buenas puntuaciones de fiabilidad y validez. Sin embargo, al eliminar 5 ítems, tal como indicaba el análisis de fiabilidad, mejoraron los indicadores. La versión INICIARE-55 obtuvo excelente puntuación de fiabilidad (alfa de Cronbach=0,98) y validez. El Análisis Factorial Exploratorio indicó una estructura compuesta por 7 factores que explican el 76,8% de

la varianza. Los 7 factores fueron denominados como Necesidad de Respiración, Necesidad de Alimentación-hidratación, Necesidad de Eliminación, Necesidad Instrumental, Necesidad de Reposo-Sueño, Necesidad Psicosocial y Necesidad de Comunicación. La nueva versión de 55 ítems presenta una convergencia muy fuerte con Care Dependency Scale que utilizamos como escala patrón oro ($\rho=0,9$) con una alta sensibilidad (86,4%), especificidad (88%) y precisión diagnóstica (87%).

Las necesidades de cuidados de enfermería en relación al nivel de dependencia de los y las pacientes con diferentes grados de complejidad oscilan en un rango de 55 a 275 puntos. Se identifican cuatro puntos de corte: 1. Gran dependencia (55-219), 2. Dependencia moderada (220-243), 3. Riesgo de dependencia (244-259) y 4. Independencia (260-275).

A modo de conclusión podemos afirmar la herramienta INICIARE-55 está especialmente indicada para evaluar las necesidades de cuidados de enfermería de pacientes hospitalizados y es muy útil para evaluar los cuidados en relación al nivel de dependencia.

EVALUACIÓN DE LA UTILIZACIÓN DE LA METODOLOGÍA DE ENFERMERÍA EN ATENCIÓN PRIMARIA Y SU REPERCUSIÓN EN LOS INDICADORES DE RESULTADOS EN SALUD DE LA POBLACIÓN.

Autor

Francisco Javier Pérez Rivas

Introducción

Enfermería es una disciplina profesional con un marco legal, un conocimiento específico y una mirada diferente de los fenómenos relacionados con el proceso salud-enfermedad, siendo el cuidado, la esencia y razón de ser de la disciplina enfermera.

En el ámbito de Atención Primaria (AP) la enfermera comunitaria es el profesional encargado de liderar la prestación de cuidados, procurando elevar el nivel de autocuidados de su población de referencia.

Para la prestación de los cuidados de enfermería se reconoce que se requiere la aplicación de un método que permita la organización de las acciones a llevar a cabo. La metodología enfermera (ME) o también denominada proceso de enfermería es el método que con mayor frecuencia seleccionan las teóricas para describirlo.

La ME o proceso enfermero representa la forma de prestación de los cuidados profesionales por parte de las enfermeras a las personas, familias o comunidades. También se puede considerar la aplicación del método científico en la práctica asistencial enfermera, requiriendo para ello tanto la cumplimentación de todas las etapas del proceso como la utilización de conocimientos contrastados en cada una de las etapas.

La utilización de la ME favorece la actuación reflexiva y el desarrollo del pensamiento crítico, pero a su vez, disponer de habilidades de pensamiento crítico es necesario para aplicar el proceso enfermero con rigor metodológico y mejorar la capacidad de resolución de los problemas en la práctica profesional.

En muchos países, las distintas etapas del proceso enfermero se incluyen como requisitos de buena práctica en sus estándares de prestación de servicios. En España, también forman parte del conjunto mínimo de datos de los informes clínicos en el sistema nacional de salud.

El plan de cuidados de enfermería es el registro o documentación del proceso de enfermería que, entre otras utilidades, sirve de herramienta de comunicación enfermera para asegurar la continuidad de los cuidados a los pacientes. Es la manera de denominar al soporte que permite la formalización (organizada) de los elementos o etapas del proceso enfermero.

El desarrollo y utilización de lenguajes enfermeros estandarizados es esencial para el desarrollo de la enfermería ya que, normalizar la nomenclatura de los fenómenos clínicos de interés para la profesión enfermera, facilita la comunicación entre profesionales y la continuidad de cuidados, potencia el desarrollo del rol autónomo de la profesión, contribuye a mejorar la calidad de la atención y la seguridad del paciente y permite participar en los registros electrónicos de salud. Las taxonomías NANDA, NOC, NIC son las clasificaciones de lenguajes estandarizados enfermeros más utilizadas a nivel internacional.

El registro de la atención de enfermería en la historia clínica electrónica (HCE) se suele realizar en torno a las distintas etapas del proceso enfermero, mediante la utilización de lenguajes y clasificaciones estandarizadas. La utilización del proceso enfermero en la HCE permite, además de poder establecer sistemas de apoyo en la toma de decisiones de los profesionales, visibilizar la práctica enfermera y facilitar los modelos de gestión y planificación sanitaria. Estos registros permiten también evaluar el grado de influencia que la Enfermería tiene en los resultados de salud sensibles a la práctica enfermera, tanto en los resultados disciplinares o más específicos como en los multidisciplinares o más globales.

La aplicación informática más extendida en España para el registro de la HCE es OMI-AP. Esta aplicación permite el registro de los elementos básicos del cuidado (diagnósticos, intervenciones y resultados) al tener incorporadas las clasificaciones de lenguaje estandarizados NANDA, NIC, NOC. En todas las Áreas de AP de Madrid, incluida el Área 11, se dispone del módulo de registro de planes de cuidados en OMI-AP desde el año 2001.

El Área 11 de AP de Madrid ha desarrollado, durante más de una década, diversas estrategias para sistematizar la utilización del proceso enfermero con el objetivo de mejorar la cobertura y la calidad de los cuidados que se prestan. Se llevaron a cabo actuaciones docentes y de investigación, se elaboraron programas y protocolos, se desarrollaron sistemas de información específicos de cuidados y se implantaron medidas de actuación en el ámbito de la gestión.

Pese a los beneficios descritos por diversos autores sobre la utilización de la ME y los esfuerzos realizados por instituciones, asociaciones científicas y la propia administración por implantar esta metodología de trabajo, todavía hay un número importante de enfermeras que basan su toma de decisiones en hábitos adquiridos, en lugar de aplicar habilidades de pensamiento crítico y la ME.

Existe escasa bibliografía y limitada a determinados contextos (ámbito hospitalario) sobre la efectividad de la utilización del proceso enfermero en la práctica clínica.

Objetivos

Objetivo general:

- Determinar si la población asignada a enfermeras de AP que utilizan la metodología enfermera (enfermeras-ME) como herramienta de trabajo habitual en su práctica asistencial presenta mejores indicadores de resultados en salud intermedios que la población asignada a enfermeras que no la utilizan (enfermeras- no_ME).

Objetivos específicos:

- Evaluar si las enfermeras-ME atienden a un mayor porcentaje de su población asignada.
- Estudiar si las enfermeras-ME realizan mayor número de consultas, tanto en el centro de salud como en el domicilio del paciente.
- Describir si las coberturas alcanzadas en los servicios de promoción de la salud y los de carácter preventivo de la cartera de servicios de AP son más elevadas en las enfermeras-ME.

- Evaluar la efectividad de la utilización de la ME en la promoción de estilos de vida saludables: tabaquismo y ejercicio.
- Analizar si los pacientes con patología crónica (DM, HTA, HLP y obesidad) asignados a enfermeras-ME presentan mejores indicadores de control de su patología.
- Evaluar si los pacientes asignados a enfermeras-ME presentan menor gasto farmacéutico.

Metodología

Tipo de estudio: Estudio observacional transversal de tipo analítico.

Ámbito de estudio: Área 11 de Salud de la Comunidad de Madrid

Período evaluado: Desde el 1 de enero de 2004 hasta el 1 de enero de 2007.

Población de estudio: Pacientes de los 34 centros de salud del Area 11 de AP, nacidos antes del 1 de enero de 1990 (> 14 años) y que no han cambiado de enfermera en el periodo evaluado.

Variables de estudio:

- *Variables Independientes:*
 - *Del Profesional*
 - - Variables de Filiación: centro de salud, CIAS, edad, sexo y titulación académica.
 - - Variables de Utilización de la Metodología de Enfermería: Frecuencia de diagnósticos de enfermería, Calidad global e Indicador sintético de planes de cuidados: ICE (Indicador de Cuidados Enfermeros).
 - *Del Paciente*
 - Variables de Filiación: centro de salud, enfermera y médico de referencia, edad, sexo y comorbilidad.
- *Variables dependientes*
 - Actividad Asistencial: Usuarios o personas distintas atendidas, consultas en el centro de salud y en domicilio y presión asistencial.
 - Cartera de Servicios: Cobertura alcanzada en los Servicios de promoción de la salud y los de carácter preventivo de la Cartera de Servicios de Atención Primaria.
 - Estilos de vida: Consumo de tabaco y práctica de ejercicio físico.
 - Control de patología crónica: Hemoglobina Glicosilada (HbA1c) para el control de la DM, Tensión Arterial Diastólica (TAD) para el control de la HTA, Colesterol Total (COL-TOTAL) para la Hipercolesterolemia (HLP) e Índice de Masa Corporal (IMC) para el control de la obesidad.
 - Gasto farmacéutico: Evaluación del gasto en prescripción farmacológica (€) por paciente y año.

Métodos de recogida de la información:

Se han utilizado cuatro fuentes de datos primarias: Historia Clínica Electrónica (OMI-AP) para la obtención de datos clínicos de los pacientes, FARM@DRID para la información relacionada con la prescripción farmacológica y el gasto farmacéutico, SISCEN para la obtención de datos de actividad asistencial y SAINT-NÓMINAS para la información de los profesionales.

La explotación de la información sobre la historia clínica electrónica se ha realizado a través de sentencias SQL (Structured Query Language).

Análisis estadístico

Los resultados se analizaron mediante los programas estadísticos SPSS 17.0 y EPIDAT 3.0.

Se presentan las variables cuantitativas mediante medidas de tendencia central y de dispersión y las cualitativas mediante su distribución de frecuencia absoluta y porcentaje.

La evaluación de la asociación entre variables cualitativas se realizó mediante el test de “Chi cuadrado de Pearson”. La relación lineal entre variables cuantitativas se midió mediante el coeficiente de correlación de Pearson. Para comparar la diferencia de medias entre 2 variables cuantitativas se consideró la prueba T de Student. El Test de Anova de un factor se utilizó para la comparación de la distribución de una variable continua normal en función de una serie de categorías. Cuando en el análisis de asociación entre variables se obtuvieron diferencias estadísticamente significativas, se utilizó la regresión lineal múltiple para medir la fuerza de la asociación.

Resultados

Descripción de la población de estudio

De las 217 enfermeras incluidas en el estudio, 127 utilizaban ME. Las enfermeras-ME presentan una edad media inferior a las que no la utilizan (45.4 vs 49.3) ($p < 0,01$). No existen diferencias en cuanto a sexo, ni a titulación. Tampoco existen diferencias en la edad, el sexo y la especialidad (Médicos de Familia vs Médicos Generales) de los médicos con los que trabajan estas enfermeras.

La población asignada a las enfermeras-ME presenta una mayor comorbilidad que las que no la utilizan ($p < 0,01$). No se encuentran diferencias ni en la edad media, ni en el sexo.

Actividad asistencial

Las enfermeras-ME han atendido, de media, durante los tres años del periodo evaluado 142 personas ‘distintas’ más que las enfermeras-no_ME ($p < 0,01$).

Las enfermeras-ME realizan más consultas, tanto en el centro de salud, (11732 vs 11408) como en el domicilio (732 vs 650), presentando también mayor presión asistencial (19.9 vs 19.3).

Cartera de Servicios

Las enfermeras-ME obtienen unas coberturas superiores en todos los Servicios de promoción de la salud y los de carácter preventivo de la Cartera de Servicios de AP, salvo en el Servicio de Vacunación Antigripal de grupos de riesgo menores de 65 años.

Las coberturas alcanzadas en los Servicios de atención a pacientes con patología crónica no mostró diferencias significativas entre los dos grupos, salvo dos excepciones: ‘Atención a pacientes crónicos: Obesos’ y ‘Atención domiciliaria a pacientes inmovilizados’. Las enfermeras-ME lograron una mayor cobertura (8,6% y 8,5%, respectivamente) para estos dos servicios.

Estilos de vida

La población asignada a enfermeras-ME presenta mayor registro en la HCE de los determinantes de estilos de vida saludable (consumo de tabaco y práctica de ejercicio físico).

El porcentaje de pacientes fumadores en la población de las enfermeras-ME es del 18,8 %, inferior al porcentaje de fumadores en el grupo de enfermeras-no_ME que es del 19,5 % ($p<0,01$). No se observan diferencias significativas entre los dos grupos en el porcentaje de pacientes que practica ejercicio físico de manera regular.

Control patología crónica

Los pacientes diagnosticados durante el periodo de estudio de una patología crónica (DM, HTA e HLP) asignados a enfermeras-ME presentan mejores indicadores de control de su patología: mayor porcentaje de pacientes con buen control de HbA1c (66.7 vs 60.3%), TA (53.3 vs 50.6%) y Col-TOTAL (39.4 vs 35.6%), respectivamente ($p<0,05$).

El promedio de la última determinación de HbA1c en los pacientes DM, de TAD en los pacientes HTA y de COL-Total en los pacientes HLP es inferior en los pacientes asignados a enfermeras-ME.

En los pacientes obesos, el promedio de disminución entre la primera y la última determinación del IMC es superior en el caso de los pacientes asignados a enfermeras-ME, siendo también inferior el promedio de la última determinación ($p<0.01$).

Gasto farmacéutico

Los pacientes pensionistas asignados a enfermeras-ME presentan un menor gasto farmacéutico que los pacientes asignados a enfermeras-no_ME ($p<0.01$).

Discusión

El hecho de que las enfermeras-ME hayan atendido de media casi 150 personas distintas más (un 8,5%) indica que este grupo de enfermeras, a través de distintas estrategias (captación activa, mayor accesibilidad de agenda, coordinación con profesional médico,...), ha conseguido abordar las necesidades de cuidados de un mayor porcentaje de su población asignada. Además de atender a más personas, les han prestado más servicios, para lo cual han tenido que realizar un mayor número de consultas lo que ha condicionado también una mayor presión asistencial.

Las enfermeras-ME obtienen mejores coberturas en todos los servicios de promoción y prevención en los que la enfermera tiene autonomía para incluir a los pacientes y para realizar las intervenciones recogidas en el servicio. El único servicio donde la cobertura es mayor en el grupo de enfermeras-no_ME es en el de 'vacunación antigripal en menores de 65 años pertenecientes a grupos de riesgo'. Muchos de estos pacientes no pasan habitualmente por la consulta de la enfermera por lo que no tiene el acceso directo al paciente para poder realizar la intervención, sino que precisan que el médico derive al paciente. En el servicio de 'Vacunación de la Gripe a mayores de 65 años', en el que la enfermera tiene mayor accesibilidad a este grupo de población, ya no se produce esta situación. Algo similar ocurre en el servicio de 'Detección precoz de Cáncer de Mama', donde tampoco existen grandes diferencias. En este caso la existencia de un programa de cribado poblacional a nivel de la Comunidad de Madrid (DEPRECAM), que realiza citación de manera centralizada y homogénea a todas las mujeres, junto a las campañas divulgativas que se realizan periódicamente,

condicionan que la realización de las mamografías no dependa tanto de la labor que su médico y su enfermera puedan realizar. Además, la enfermera no puede realizar directamente la mamografía, por lo que su labor es de información y motivación pero no de prestación directa del servicio. No ocurre lo mismo en el caso del servicio de 'Detección precoz de Cáncer de Cérvix' en el que además de realizar ese trabajo de información y motivación también puede realizar la intervención (citología), existiendo en este caso una gran diferencia de cobertura en las enfermeras-ME. También existen grandes diferencias en servicios como el de 'Prevención y detección de Problemas en el Anciano' (11,8%) o en el de 'Atención a la mujer en el climaterio' (8,1%), centrados en etapas vitales del individuo, dónde las enfermeras-ME pueden realizar un abordaje integral y holístico de la persona en esa etapa de cambio.

En los servicios de atención a pacientes con patología crónica solo existen diferencias, a favor de las enfermeras-ME, en la cobertura de los servicios de 'Atención a pacientes obesos' y 'Atención al paciente inmovilizado' que son los dos servicios dónde la enfermera tiene más capacidad de captación y de intervención de manera autónoma. Sin embargo, en aquellos servicios cuya captación se realiza habitualmente en consulta médica (HTA, EPOC, DM e HLP) no se aprecian diferencias.

En relación con los estilos de vida se sabe que la modificación de los mismos es un tema complejo que requiere una serie de competencias como son el liderazgo, la capacidad para motivar al paciente y a su familia al cambio o el saber implicar al paciente en la gestión de su salud y de su autocuidado, en el que las enfermeras-ME pueden desempeñar un papel fundamental. Concretamente en el consumo de tabaco, estas enfermeras abordan de una manera más integral los determinantes de salud relacionados con el paciente y con su entorno que influyen en el hábito tabáquico, desarrollando distintos planes de cuidados en función de la fase del cambio en la que se encuentre el paciente y obteniendo mejores tasas de deshabituación. El hecho de que en la población asignada a enfermeras-ME el porcentaje de pacientes fumadores sea inferior al encontrado en la población asignada a enfermeras-no_ME es muy relevante si tenemos en cuenta el impacto del consumo de tabaco en la morbilidad, la mortalidad y los coste económicos y sociales.

La atención a los pacientes crónicos precisa un abordaje flexible, individualizado, adaptando el cuidado de la salud a las distintas fases de la enfermedad, las necesidades de la persona, sus intereses, sus seres queridos y el medio cultural en el que hay que proveer la atención. La enfermera que utiliza el proceso enfermero, al centrar su foco de atención en las vivencias y respuestas humanas ante la enfermedad y no en la propia enfermedad, realiza este abordaje más integral, consiguiendo mejorar la efectividad de su atención y mejores indicadores de control de sus pacientes. Uno de los aspectos más relacionados con el control de las patologías crónicas es el cumplimiento o adherencia terapéutica, existiendo múltiples evidencias de que el incumplimiento o la falta de adherencia terapéutica a largo plazo es la causa principal del control inadecuado de las patologías crónicas. Muchas de las variables que están influyendo sobre la falta de adherencia pueden ser abordadas por una enfermera que utilice el proceso enfermero y lleve a cabo una estrategia global que aborde aspectos cognitivos, de modificación de comportamientos, afectivos,.. Uno de los diagnósticos de enfermería más frecuentes en pacientes con patología crónica en AP es el 'Manejo inefectivo del régimen terapéutico', en el que las enfermeras-ME procuran que el paciente sea capaz de manejar su régimen terapéutico de manera

autónoma. Los pacientes con patología crónica también pueden presentar otros problemas de cuidados o diagnósticos de enfermería como son 'Déficit de conocimientos', 'Negación ineficaz', 'Afrontamiento inefectivo', 'Deterioro de la adaptación', 'Desequilibrio nutricional por exceso' o 'Sedentarismo', que pueden ser abordados por las enfermeras-ME mediante un adecuado plan de cuidados, contribuyendo a un mejor control de su patología.

El rol que debe desempeñar la enfermera en la contención y racionalización del gasto farmacéutico, a través de su intervención en estrategias de modificación de estilos de vida, así como de seguimiento y cumplimiento terapéutico, es fundamental. Son numerosos los estudios que ponen de manifiesto que la modificación de estilos de vida en pacientes con patología crónica además de mejorar los indicadores clínicos de control, disminuyen de manera significativa la utilización de medicamentos y por lo tanto el coste o gasto farmacéutico. Los pacientes asignados a enfermeras-ME fuman menos, están menos obesos y presentan mejores indicadores de control de patología crónica, por lo que esta situación, unida a la mayor adherencia terapéutica ya comentada, puede estar condicionando un menor uso de medicamento y el consiguiente ahorro en gasto farmacéutico.

Conclusiones

- Las enfermeras_ME del Área 11 de AP de Madrid atienden a un mayor porcentaje de su población asignada, realizan más actividad asistencial, tanto en el domicilio como en el centro de salud y presentan mejores coberturas en los servicios de promoción y prevención de la cartera de servicios de AP de Salud que las enfermeras-no_ME.
- La población asignada a enfermeras-ME presenta mayor registro de los determinantes de estilos de vida saludable y menor consumo de tabaco.
- Los pacientes con patología crónica (HTA, DM, HLP y Obesidad) asignados a enfermeras-ME presentan mejores indicadores de control de su enfermedad.
- Los pacientes pensionistas asignados a enfermeras-ME presentan unos mejores indicadores de gasto farmacéutico.
- La utilización de la ME puede contribuir a la mejora de la salud de la población, por lo que consideramos prioritario establecer las medidas de implementación necesarias para garantizar la extensión de la ME entre las enfermeras en AP y considerar los indicadores de prestación de cuidados, como indicadores de buena praxis profesional.

Bibliografía

1. Alfaro Lefevre R. Aplicación del proceso enfermero. Fomentar el cuidado en colaboración. 5ª ed. Barcelona: Masson; 2003.
2. Anderson JW, Jhaveri MA. Reductions in medications with substantial weight loss with behavioral intervention. *Curr Clin Pharmacol* 2010;5(4):232-238.
3. Cárdenas J, Salinero MA, Gómez P, de Burgos C, Abánades JC, Arnal R, et al. Effectiveness of standardized Nursing Care Plans in health outcomes in patients

- with type 2 Diabetes Mellitus: a two-year prospective follow-up study. *PLoS One* 2012;7(8):e43870.
4. Duffy JR. The clinical leadership role of the CNS in the identification of nursing-sensitive and multidisciplinary quality indicator sets. *Clinical Nurse Specialist* 2002 *Clin Nurse Spec*;16(2):70-76.
 5. García Abad MA, García García E, Pérez Jimena MD, Orea Vázquez MA. Evaluación de la efectividad enfermera en el autocuidado del paciente fumador. *Prev Tab* 2005;7 (Supl. 1):135-136.
 6. Garcia MD, Orozco D, Gil V. Relación entre cumplimiento farmacológico y grado de control en pacientes con hipertensión, diabetes o dislipemia. *Med Clin (Barc)* 2001;116 (Supl.2):141-146.
 7. González Salcedo P, Chaves Reyes AM. Proceso de atención de enfermería desde la perspectiva docente. *Investigación en Enfermería: Imagen y Desarrollo* 2009;11(2):47-76.
 8. Igea Moreno M, Lozano García Y, González Gascón R. Implantación de la metodología enfermera en los sistemas informáticos de Atención Primaria. *Enferm Global* 2005;4(1):1-6.
 9. Lawrence TP. Treating obesity and preventing costly chronic health conditions. *Group Practice Journal* 2011:26-30.
 10. Marriner A, Téllez Vallejo A. El Proceso de atención de enfermería: un enfoque científico. México: El Manual Moderno; 1983.
 11. Martínez Riera JR. Crisis y enfermeras. *Rev ROL Enf* 2012;35(2):108-119.
 12. Miguel García A, De Miguel Salinas F. Abordaje del tabaquismo: planes de cuidados de enfermería. *Nure Inv [en línea]* 2009 [acceso 15 de septiembre de 2011];6(43):1-14.
 13. Morales Asencio JM. Investigación de Resultados en Enfermería el camino hacia la efectividad de los cuidados. *Index Enferm* 2004;13(44-45):37-41.
 14. Morales Asencio JM. Investigación en implementación de servicios enfermeros de atención a pacientes crónicos y dependientes. *Index Enferm [en línea]* 2009 [acceso 10 de noviembre de 2012];18(4):249-252.
 15. NANDA-I. Diagnósticos enfermeros: Definiciones y Clasificación 2009-2011. Madrid: Elsevier España SA; 2010.
 16. Pérez Rivas FJ, Santamaría García JM, Minguet Arenas C, Beamud Lagos M, García López M. Implementation and Evaluation of the Nursing Process in Primary Health Care. *Int Jnl Nurs Knowledge* 2012;23(1):18-28.
 17. Sánchez Monfort J, Sánchez Jover I. Evaluación de un protocolo de tabaquismo adaptado al proceso enfermero. *Nueva Enfermería del Siglo XXI* 2004;56:26-31.
 18. Santamaría García JM. Apuntes sobre el cuidado: por qué es y como es. Madrid: Observatorio de Metodología Enfermera, FUDEN; 2008.

19. Sargent GM, Forrest LE, Parker RM. Nurse delivered lifestyle interventions in primary health care to treat chronic disease risk factors associated with obesity: a systematic review. *Obes Rev* 2012;13(12):1148-1171.

INFLUENCIA DE LAS CARACTERÍSTICAS DE LAS ENFERMERAS Y SU ENTORNO DE PRÁCTICA EN EL DIAGNÓSTICO ENFERMERO EN EL ÁMBITO DE ATENCIÓN PRIMARIA

Autora

Iris Lumillo Gutiérrez

Introducción

Cada vez existe más evidencia del impacto del uso del proceso enfermero y especialmente del diagnóstico enfermero (DE) en la salud de la población. Son diversas las investigaciones que relacionan el uso del diagnóstico enfermero con la mejora del manejo clínico y adherencia terapéutica en problemas de salud crónicos. Incluso, se ha asociado con menores gastos farmacéuticos y mayores coberturas de salud.

Paralelamente, el diagnóstico enfermero fomenta el desarrollo del pensamiento crítico enfermero, así como la calidad de la documentación clínica, lo cual contribuye a la mejora de la comunicación entre enfermeras, favoreciendo la visibilidad de las intervenciones y la continuidad del cuidado. Esto permite la medición correcta de la calidad de la atención y realizar una evaluación coste-efectiva de los cuidados.

A pesar de ello, la utilización del diagnóstico enfermero es deficiente en muchos países. Son muchos los factores que se relacionan con la implantación y consolidación del diagnóstico enfermero como la falta de formación, la baja motivación laboral, la excesiva carga de trabajo, y la persistencia de sistemas de trabajo tradicionales en los que la labor de las enfermeras se centra en las tareas colaborativas con otros profesionales, con escaso desarrollo del rol independiente. Pero de forma subyacente a todos ellos destacan la actitud hacia el diagnóstico, considerándose una actitud más o menos favorable un importante factor predictor del uso del diagnóstico.

En un estudio en el que se analizan las características de las enfermeras y su actitud hacia el diagnóstico, se concluye que tienen una actitud más positiva las enfermeras que tienen más formación en materia de diagnóstico, un mayor grado de contacto con éste o trabajan en puestos de gestión. Sin embargo, en este estudio no se pudo establecer una relación causa-efecto entre actitudes y uso, y algunos aspectos estudiados inducen a pensar que pueden existir otros factores externos a la enfermera no estudiados, como son los entornos de práctica.

En otros estudios se analiza la influencia de los entornos de práctica en relación al grado de participación de las enfermeras en la gestión del centro, la utilización de modelos teóricos de cuidados, o las cargas de trabajo como determinantes en los registros de cuidados, la calidad de la atención, y los resultados en salud de los pacientes.

Por ello, las políticas de las instituciones, como la implementación de taxonomías enfermeras, formación en metodología enfermera, disminución de cargas de trabajo, podrían ser un factor determinante en la utilización y registro del diagnóstico enfermero. Por lo que el objetivo de este estudio fue evaluar el perfil de las enfermeras, incluyendo aspectos sociodemográficos y profesionales, y el entorno de la práctica, en su actitud hacia el diagnóstico y su utilización en un contexto de atención primaria de salud.

Métodos

Se llevó a cabo un diseño transversal mediante encuesta en formato electrónico. La muestra fue de conveniencia en enfermeras que trabajen en atención primaria, a través de las direcciones de enfermería del ámbito de Atención Primaria de Cataluña.

Las variables fueron:

- Demográficas: edad, género y datos profesionales (años de experiencia como enfermera, campo de trabajo, formación posgrado)
- Autoevaluación sobre el uso que realizan del diagnóstico enfermero, utilizando una escala likert de 5 puntos donde 1 refiere a nunca y 5 a siempre.
- Actitudes de las enfermeras hacia el diagnóstico enfermero, mediante la Escala de Posicionamiento hacia el Diagnóstico Enfermero (EPADE). Se trata de una escala de 20 ítems que mide el diferencial semántico desarrollado por Lunney y Krenz. Cada ítem consiste en un par de adjetivos opuestos bipolares, que representan las propiedades polares del DE, separadas por una línea de 7 puntos, en la que se solicita al participante colocar una marca donde en el punto que represente más su sentimiento sobre el concepto. Las puntuaciones van en un rango de 20 a 140 puntos, siendo las más altas las que representan una mejor actitud.
- Entornos de práctica enfermera mediante Practice Environment Scale of the Nursing Work Index (PES-NWI). Los entornos de práctica se definen como las características de la organización en un entorno de trabajo que facilitan o limitan la práctica enfermera. El instrumento está compuesto por cinco subescalas: 1) Participación de las enfermeras en los asuntos del centro; 2) Fundamentos de la atención enfermera; 3) Capacidad de las direcciones enfermeras en cuanto a la capacidad, liderazgo y apoyo; 4) Recursos adecuados de persona y 5) Relaciones entre enfermeras y médicos. Las encuestadas han de evaluar el grado que están de acuerdo con el atributo de la organización, en una escala de 4 puntos donde 1 se refiere a “totalmente en desacuerdo” y 4 a “totalmente de acuerdo”.

La recopilación de datos se llevó a cabo mediante encuesta en formato electrónico. Las direcciones enfermeras de todos los ámbitos de Atención Primaria de Cataluña enviaron por correo electrónico a todas las enfermeras bajo una carta de presentación del estudio, invitándolas a participar voluntariamente en este estudio. Se eliminaron todos los datos incompletos o incorrectos. Los datos fueron recogidos de junio a septiembre de 2015.

Consideraciones éticas

El proyecto fue aprobado por el comité de ética de investigación clínica correspondiente al área donde se llevó a cabo el estudio. Se garantizó el anonimato de los participantes y la confidencialidad de los datos. Cada participante leyó un formulario de consentimiento informado y mostró su conformidad y voluntad de participar haciendo clic en un cuadro de confirmación antes de acceder a la encuesta.

Resultados

Descripción de la muestra

Doscientas treinta y nueve enfermeras cumplieron la encuesta correctamente, formando la muestra final. La mayoría de las participantes fueron mujeres (88,70%) con una edad media de 40,42 años (DE: 10,21). Alrededor del 15% de las participantes

trabajaron en el campo de la administración y otros servicios de apoyo, siendo así el campo asistencial el más frecuente en la muestra. El promedio de experiencia como enfermera fue 22,31 años (DE: 10,50). La gran mayoría de la muestra tenía algún tipo de formación de postgrado (90,80%).

Selección y validación de clústeres

Antes de evaluar la asociación entre las variables estudiadas y el diagnóstico enfermero, las participantes fueron clasificadas en dos grupos de clúster en función de la actitud (negativa, neutra o positiva), y en función de su utilización (perfiles similares de nivel de uso).

Cada una de las agrupaciones enfermeras fue: actitud negativa (n = 32); neutra (n = 122) y positiva (n = 85). La clasificación de la muestra en función de la auto-evaluación de la frecuencia de uso del DE determinó 3 grupos compuestos por las participantes que marcaron un bajo uso (n = 46), un uso medio (n = 70) y uso elevado (n = 123) del diagnóstico enfermero.

Influencia de las características de las enfermeras en el diagnóstico enfermero.

Al analizar la influencia de las características de las enfermeras en la actitud hacia el diagnóstico enfermero, no se obtuvieron resultados significativos para ninguna de las variables demográficas a excepción de la edad, ($p = 0,014$) que se asoció con la utilización del DE, evidenciando que cuanto más edad presentaban las enfermeras, mayor fue el uso del DE. Sólo la variable profesional de campo de trabajo, se asoció significativamente con la actitud hacia el diagnóstico ($p = 0,031$). Además, las enfermeras involucradas en la gestión presentaron mejores actitudes que las que trabajaban en el campo asistencial.

En cuanto a la utilización del diagnóstico, se encontró asociación con la experiencia como enfermera ($p = 0,035$), las enfermeras con más experiencia presentaron mayores niveles de uso.

Influencia del entorno de la práctica en el diagnóstico de enfermería.

Los análisis realizados evidenciaron que aquellas enfermeras que alcanzaron puntuaciones globales más altas en PSE-NWI, pertenecían a grupos con una actitud más positiva ($p = <0,001$) y una mayor tasa de utilización del DE ($p = 0,034$), con diferencias significativas entre los grupos.

Se encontraron resultados similares para las subescalas del PES-NWI "participación de la enfermera en los asuntos de centro" y "fundamentos enfermeros para la calidad de la atención" para los dos grupos de actitud y de utilización. Además, la subescala de "capacidad, el liderazgo y el apoyo de las direcciones enfermeras" también fue significativamente, una asociación positiva con la actitud hacia el DE, pero no para su utilización. Puntuajes logrados en "Dotación de personal y recursos adecuación" y "subescalas colegiados relaciones enfermera-médico" no fueron significativamente diferentes entre los grupos.

Discusión

Los resultados de este estudio, en consonancia con otros, apoyan a la afirmación sobre la fuerte relación entre la actitud de las enfermeras y el nivel de uso del diagnóstico. Pero a pesar de esta afirmación, pueden existir otros factores que condicionen esta actitud y uso que se realiza del diagnóstico enfermero.

Los factores sociodemográficos de las enfermeras hasta ahora no se habían relacionado con la actitud y uso del diagnóstico, pero en este estudio sí se ha

evidenciado. Las enfermeras con más edad y experiencia profesional, presentan mejores niveles de uso del diagnóstico, pero no se ha obtenido esta afirmación con la actitud hacia el diagnóstico. Esto puede tener una explicación, y es que las enfermeras que tienen más experiencia, probablemente tengan contratos laborales más permanentes que las enfermeras con menos edad. Este suceso puede deberse a un factor de la organización, ya que la presencia de una política financiera de pago basada en el rendimiento en las instituciones en las que se llevó a cabo el estudio, premia el uso del DE. Estos pagos financieros sólo se hacen para el personal que trabaja en puestos permanentes, ocupadas principalmente por enfermeras con experiencia, mientras que las enfermeras jóvenes ocupan puestos de trabajo, principalmente temporales. Este incentivo podría ser una razón por la cual las enfermeras con más experiencia utilizan regularmente el DE, a diferencia de los más jóvenes, pero no mejoró la actitud. Y es que los investigadores en los sistemas de recompensas en las organizaciones, defienden que los incentivos no alteran las actitudes que subyacen a los comportamientos y no crean un compromiso permanente de cualquier acción, sino un cambio transitorio en el comportamiento.

El campo de trabajo es otra variable profesional que vale la pena comentar. Como se ha señalado, esta variable se relaciona con la actitud, y ha mostrado que los gestores de enfermería tenían una actitud más positiva que los que realizan tareas de atención asistencial. Esto va en consonancia con otros estudios, en los cuales se argumenta que la conciencia de los directivos españoles respecto a los beneficios de la utilización del DE, en la práctica podría estar relacionada con este hallazgo. De hecho, los gerentes de enfermería fueron los responsables del desarrollo de estrategias para la implementación del diagnóstico y proceso enfermero en el contexto español.

A pesar de que anteriormente ha sido examinada la influencia de los factores organizativos e institucionales específicas sobre la utilización del DE como por ejemplo las cargas administrativas, implantación de la historia clínica electrónica, programas educativos o las reglas de competencias enfermeras, no hay estudios que evalúen cómo han encontrado la percepción de la influencia de los entornos de práctica enfermera en el diagnóstico enfermero. Los resultados de este estudio apoyan que la utilización del DE y la actitud es igualmente influenciados por los entornos. Por lo tanto, la actitud y la utilización del DE podrían ser incluidos como otra de las variables organizativas que se encontraron asociados con los entornos de práctica. Esta asociación podría explicarse debido a un mayor control sobre la práctica enfermera y las decisiones sobre la atención al paciente es una característica principal de entornos favorables de la práctica profesional. El diagnóstico enfermero es un marco de la práctica de los cuidados de enfermería, lo que facilita la conceptualización del dominio en enfermería, por tanto, el aumento de la rendición de cuentas y autonomía profesional de las enfermeras.

El estudio de Mensik et al., sostuvo que la incorporación de un marco enfermero en la práctica clínica demuestra que la organización ha adoptado la enfermería como profesión y facilita el desarrollo profesional. Este hecho es apoyado por la asociación encontrada en este estudio entre actitud y uso del DE con la subescala de PES-NWI "participación en los asuntos del centro", que representa el papel participativo de las enfermeras y su valoración por el centro. Esto supone que la organización de la atención en torno al DE, como marco de la práctica, sería mejor aceptado en instituciones donde la contribución de las enfermeras es bien reconocida.

Se ha encontrado una asociación idéntica a lo expuesto anteriormente en la subescala "fundamentos para la calidad de la atención", lo que representa un modelo de atención enfermero. El proceso enfermero, se ha sugerido como método apropiado para aplicar la atención enfermera, sus bases científicas, tecnologías, y los supuestos humanistas, fomentan el pensamiento crítico y califican la atención de enfermería. La relación entre las características del proceso enfermero y el constructo representado por la subescala de "fundamentos para la calidad de la atención" podría ser una razón por la cual las instituciones donde se construyó una base sólida de atención de calidad, el diagnóstico enfermero es mejor aceptado y utilizado en el contexto de proceso de enfermería.

Otra asociación con la escala de entornos de práctica, ha sido la subescala de "capacidad, liderazgo y apoyo de las direcciones" y las actitudes hacia el diagnóstico. No obstante no se obtuvo relación con el nivel de uso. Para dar una explicación a este hecho, se han encontrado resultados similares en un estudio en el que se evaluó la percepción de las enfermeras hacia la documentación según el tipo de gestión en el centro en el ámbito de atención primaria. Este estudio puso en evidencia que los gestores con un enfoque más enfermero podría dar lugar a una percepción más positiva de la documentación pero no al rendimiento de la documentación. El diagnóstico enfermero y la documentación son conceptos relacionados, ya que se considera un elemento fundamental de los registros enfermeros, además, pueden ser útiles para estimular las enfermeras a estructurar sus informes.

Los factores "relación enfermeras y médicos" no se han visto asociados con ninguno de los dos aspectos del diagnóstico estudiados. Esto podría explicarse porque el diagnóstico enfermero representa una competencia independiente de la enfermera, ya que llevan a intervenciones enfermeras independientes. Y por último, la subescala "adecuación de los recursos" tampoco mostró tener una asociación significativa, aunque estudios anteriores sí demostraron la carga de trabajo como factor relacionado con el registro y uso del diagnóstico enfermero. Por este motivo, es necesario que futuras investigaciones evalúen más que la carga de trabajo, el impacto real de esta carga en el diagnóstico enfermero.

¿EXISTE RELACIÓN ENTRE LA SALUD PERCIBIDA DE LA PERSONA CUIDADORA Y LAS NECESIDADES DE CUIDADOS EN PACIENTES HOSPITALIZADOS? VALIDACIÓN DE LA ESCALA CUIDARE.

Autora

Ana María Porcel Gálvez

En España nueve de cada diez personas cuidadoras declara cuidar todos o casi todos los días de la semana. El hecho de cuidar no está exento de repercusiones para la salud de la persona cuidadora. Estudios realizados han puesto de manifiesto la sobrecarga física y emocional que repercuten sobre la salud física, la salud psicológica, familiar, social y laboral; con el riesgo de que este cuidador se convierta en un paciente secundario (1,2). Además de los efectos deletéreos en el cuidador, también repercuten indirectamente en la persona que cuida, y se relaciona con mayores tasas de institucionalización, mayor deterioro funcional y mortalidad por cualquier causa (3).

Gran parte de los cuidados se dispensan dentro del seno familiar, especialmente cuidados de personas dependientes. Este tipo de cuidados se denomina cuidados informales o familiares (4), fuertemente feminizados, la gran mayoría son mujeres, debido en parte, a la atribución de este papel mediante el proceso de socialización al rol de género femenino (5). Sin embargo, existe escasa evidencia sobre qué ocurre cuando este sistema se traslada al ámbito hospitalario, cómo afecta a la salud percibida de la persona cuidadora y cómo se relaciona con la dependencia en cuidados (6).

Existen instrumentos para valorar el efecto de cuidar sobre los cuidadores (7), pero validados en contextos muy específicos (no hospitalarios), y en pacientes con patologías neurodegenerativas. Por otro lado, investigaciones recientes han incorporado los lenguajes estandarizados en la valoración de pacientes dependientes, con buenos resultados metodológicos que implementan evidencias a resultados en salud (8).

Ante este escenario y al amparo del proyecto de investigación "Validación externa del Inventario de Nivel de Cuidados mediante Indicadores de la Clarificación de Resultados de Enfermería (INICIARE), para la Evaluación del Nivel de Dependencia en Pacientes Hospitalizados: Estudio multicéntrico (INICIARE 2.0)" financiado por la Consejería de Salud de la Junta de Andalucía en la Convocatoria 2012, surge la necesidad de indagar, en un contexto hospitalario con diferentes modelos de gestión y grados de complejidad, mediante la construcción de una herramienta a partir de indicadores de resultados en salud, la salud percibida de la persona cuidadora que acompaña al destinatario de cuidados durante su estancia, y la relación entre la salud percibida del cuidador y el nivel de dependencia de los pacientes hospitalizados.

Para ello, se realizó un estudio descriptivo, observacional y trasversal como componente principal, y un segundo componente de validación clinimétrica en 11 hospitales del Sistema Sanitario Público Andaluz en unidades de hospitalización médica y quirúrgica. El tamaño muestral se estableció en 670 sujetos y se estimó en base a la prevalencia de cuidadores informales en la población andaluza.

En base a esta metodología, se validó una escala a la que hemos denominado CUIDARE, con alta fiabilidad ($\alpha=0,818$) y validez (65,6% de la varianza explicada), que mide la salud percibida de la persona cuidadora en el ámbito hospitalario. Existiendo asociación estadística entre el nivel de dependencia del paciente y la salud percibida de su cuidador/a ($p=,000$). Los pacientes con gran dependencia en cuidados se asocian a niveles más comprometidos de salud percibida de la persona cuidadora.

Bibliografía

1. Roger MR, Bonet IÚ, Gallego CF, Pisa RL, Ribas AP, Viñets LG, et al. Impacto del hecho de cuidar en la salud de los cuidadores familiares. *Atención primaria*. 2000; 26 (4):217–23.
2. Fuentelsaz-Gallego C, Úbeda-Bonet I, Roca-Roger M, Fuara-vendrell T, Salas-Pérez A. Características y calidad de vida de los cuidadores informales de enfermos de sida. 2006; 16 (3):137–43.
3. Moreno-Gaviño L, Bernabeu-Wittel M, Álvarez-Tello M, Rincón Gómez M, Bohórquez Colombo P, Cassani Garza M. Sobrecarga sentida por la figura del cuidador principal en una cohorte de pacientes pluripatológicos. *Atención primaria*. Elsevier; 2008; 40 (4):193–8.
4. Wright K. *The economics of informal care of the elderly*. London: Centre for Health Economics; 1983.
5. Larrañaga I, Martín U, Bacigalupe A, María Begiristáin J, José Valderrama M, Arregi B. Impacto del cuidado informal en la salud y la calidad de vida de las personas cuidadoras: análisis de las desigualdades de género. *Gac Sanit*. 2008; 22 (5):443–50.
6. Quero A. Los cuidados no profesionales en el hospital: la mujer cuidadora. *Enfermería Clínica*. 2003 Jan; 13 (6):348–56.
7. Crespo M, Rivas MT. La evaluación de la carga del cuidador: una revisión más allá de la escala de Zarit. *Clínica y Salud*. 2015;26(1):9–16.
8. Porcel A. Construcción y validación de un sistema de evaluación del nivel de dependencia para el cuidado de pacientes hospitalizados. Universidad de Granada; 2011.

THE BEGINNINGS OF NANDA – AND IMPLICATIONS FOR NURSING TERMINOLOGY KNOWLEDGE TODAY

A presentation on the 20th Anniversary of the Asociación Española de Nomenclatura, Taxonomía y Diagnósticos de Enfermería (AENTDE) Madrid, Spain. May 6, 2016

Author

Mary Ann Lavin

Preface

This paper is a reflection on NANDA history from someone with a limited historical recall, in fact no historical nursing recall for the years 1978 to 1994. These were the years in which I earned a doctor of science degree from Harvard School of Public Health ('78) and then promptly entered a cloistered, contemplative convent for 16 years. After graduating from Harvard, I decided I had done everything I had ever wanted to do except become a cloistered nun, a desire I had since childhood. I assumed that if I did not do it, I would regret not trying. As you can imagine, the classification of nursing diagnoses was not the subject of my contemplative life within a cloistered monastery. Hence, the historical gap in my recall. Therefore, this paper talks about NANDA beginnings from 1973-1978, whose themes seem surprisingly apropos even today, and applies those themes to NANDA-International (NANDA-I) today. For reasons beyond the control of the author, however, the presentation was delivered by Skype rather than in person. The following is the formal paper upon which the Skype presentation was based.

Introduction

It is said that the First National Conference on the Classification of Nursing Diagnoses in 1973 birthed NANDA or the North American Nursing Diagnosis Association (Gordon, 1998). Figuratively speaking, this is true. The emergence of NANDA is not the subject matter of this presentation as much as the assumptions underlying nursing classification as presented at the First Conference (Gebbie & Lavin, 1974; Gebbie & Lavin, 1975). The classification of nursing diagnoses and, hence the First Conference, grew from conversations begun in the last half of 1972. This conversation occurred when Joan Carter, MS, RN, Director of Nursing at Saint Louis University's hospital called at the School of Nursing. Here is how the conversation went:

Joan: You realize, Mary Ann, that documentation is becoming computerized. My question is:
How is nursing going to enter nursing data into the computer?

Mary Ann: How will physicians enter data into the computer?

Joan: By medical diagnoses.

Mary Ann: Then we will do it by nursing diagnoses.

Joan: But, physicians have a medical diagnosis classification, the ICD.

Mary Ann: Well, then, we will create our own classification. I'll talk to Kristine and get back to you.

The second conversation was casual. It occurred in the cardiovascular nursing laboratory round 5 pm on the same day. It went something like.

- Mary Ann: Joan Carter wants a way of entering nursing data into the computer. I said we would create a classification of nursing diagnoses like the ICD. How shall we do this?
- Kristine: Let's call a conference.
- Mary Ann: How about Conference on Classification of Nursing Diagnoses.
- Kristine: How about First Conference on Classification of Nursing Diagnoses.
- Mary Ann: I like that better.
- Kristine: Even better: The First National Conference on the Classification of Nursing Diagnoses.
- Mary Ann: How can we call it "national?" We don't represent any national organization.
- Kristine: We will invite nurses from across the nation; therefore, it is "national."
-

I remember my dismay. Here we were, two master's degree nurses, one in her late twenties and the other in her early thirties, sitting in the basement of a school of nursing planning a "national" conference. Dismayed or not, what developed from the Conferences was a set of assumptions which, in retrospect, provide a structure for one way of conceptualizing the scope of nursing terminology knowledge.

Assumptions that supported the conference and the work of its participants

There were several assumptions that undergirded preparation for and the work of the conference itself. Eight are discussed here. There are the role of the Saint Louis University School of Nursing, the conference audience and its decision-making power, audience selection, conference theme, use of community development methods to insure sustainability, co-coordinator behavior, leadership, and dissemination of information.

- **Role of Saint Louis University School of Nursing.** Over the course of the next two weeks or so, we obtained the Dean's approval -- and not just her approval. In the absence of permission by Saint Louis University to hold the conference on campus, our Dean, Sister Mary Teresa Noth, said it was fine to hold it in a downtown hotel without a business center. She would have all the equipment e.g., typewriters, copiers, etc. moved to the hotel and allow Saint Louis University students, faculty and staff to help with conference planning and management. Given Sister Mary Teresa's support, a planning committee was formed. In addition, Kris appointed small group leaders from among Saint Louis clinical nurses to apply so that the audience was weighed in their favor to empower them in speaking University School of Nursing faculty and students. She taught/reviewed small group facilitation techniques to enhance group process and to encourage forward movement on small group tasks/work at the conference.

- **Audience and decision-making power at the conference.** Before placing ads for the conference, Kris and I discussed the audience. Even though we realized the value of educators and researchers in the work of classification, we wanted clinical nurse input as they were likely to have the greatest experience with and insight into the presentation of patient or client problems, conditions or issues. We, therefore, encouraged at the conference and to play an important role in conference decision-making. This intent was noted years later by Dr. Marjory Gordon (1998), a participant at the First Conference and subsequent NANDA leader. She stated:

Kris Gebbie's and Mary Ann Lavin's belief that all nurses should have the opportunity to participate in the development of classifications used in nursing practice has influenced many decisions about the process of identification and classification of nursing.

- **Competitive application process.** To heighten the appeal of the conference, Kris and I decided to make attendance competitive, requesting an essay on something like why a classification of nursing diagnoses is critical to the advance of the profession. We indicated we would accept 100 essays. We received 97 and accepted all. Ninety five attended the conference. Fortunately for the sake of dissemination, they represented all regions of the United States. Twenty-four were from the Northeast, 23 from the South and Southwest, 34 from the Midwest, and 14 from the West, Northwest and Pacific.
- **An animating conference theme.** The conference took place in the early 70's. An animating theme of the conference was the call of the time, "create your own future." We saw the conference and its participants as helping to create a nursing future, begun first in New York State in 1972, when New York included the term "nursing diagnosis" in its Nurse Practice Act. New Jersey State did the same in 1973. To empower participants in assuming responsibility for the future of nursing classification, Kris was especially good at reminding those who thought we had the answers that we did not by saying:

"This is your conference. You are the ones creating your own future. We are simply coordinating your conference. How do you want to answer your question? What is the position or direction you as participants want to take?"
- **Community development infrastructure to insure sustainability.** While creating our own future was an animating theme, the infrastructure used to build a successful and sustainable group dynamic was the community development method. Community development methods rely neither on social planning nor on revolution to achieve its goals. Social planning refers to the work accomplished by a group of elite who decide what a community needs and then set up the methods needed to attain the social planners' goals for the community. Revolution refers to a change of the current order to achieve a new order. Community development refers to the empowerment of all community members to achieve the goals they themselves identify. Both Kris and I used community development methods prior to the First Conference. Kris taught and wrote about community organization principles in community mental health (Deloughery, Gebbie & Neuman, 1971) prior to her arrival at Saint Louis University. I learned community development methods in the 1960's when a Bolivian social worker and I helped a community organize

itself to achieve its own community-identified goal of forming a tuberculosis clinic (Lavin, Bust, Le, Campbell, Bostic, et al., 2008)

- ***A priori co-coordinator behavior assumptions regarding co-coordinator behavior.*** Kris and I knew a priori that a community development method required our relinquishing leadership to insure group and not personal sustainability. We also knew that neither one of us could or would profit economically from the conference or its work or else participants might suspect our motives. Thus all proceeds from the conference and the group were returned to Saint Louis University School of Nursing, where Dean Noth used the funds to support a clearinghouse, a newsletter, and eventually a NANDA scholarship fund. The work was carried on primarily by the:
 - Saint Louis University Clearinghouse, a team of faculty led by Ann Becker, MSN, RN, responsible for the work of organizing the conferences and clearing for review the diagnoses submitted by nurses throughout the country.
 - Anne Perry, EdD, RN, who founded and edited the Nr Dx newsletter, which preceded the NANDA journal
 - Boston College faculty member, Dr. Marjory Gordon, who chaired the Task Force on Nursing Diagnosis, led a group of nurse theorists who met regularly at a hotel near the St. Louis International Airport, and helped organize nursing diagnosis chapters that met throughout the country.
- ***Leadership assumptions.*** To prepare for the conference, Kris formed a cadre of small group leaders/facilitators. Her background in community mental health and her leadership skills came to the fore in the development of four “maxims” or assumptions to undergird leadership at the conference and within its small groups (Gebbie & Lavin, 1975:2-30). These were:
 - “We will not satisfy everyone, but we will be intelligible to many.”
 - “If it comes to a pinch of time and energy during the conference, detail must be sacrificed to comprehensiveness.”
 - “We must neither reject existent material for new only for sake of newness nor wed ourselves too rigidly to the present only to encourage rapid acceptance.”
 - “We must keep looking ahead. At no time was this conceived as a week complete in itself.”
- ***Dissemination of conference information assumptions.*** One of the most basic assumption was that the work of the conference required widespread dissemination of information. To achieve such, the following goals were identified and reiterated by leaders and participants alike, throughout the conference.
 - Think about, apply and test the system/classification of nursing diagnoses clinically.
 - Disseminate classification information within local and regional (and now, national and international) arenas.
 - Conduct research on classification systems and on individual diagnostic concepts.

- Plan for on-going and widening validation of a classification system by pertinent national nursing/organizations and official classification/accreditation groups/organizations.

Purpose

First National Conference assumptions. Community development methods are successful and often exceed expectations when all participants agree on supporting assumptions. In other words, to empower community members to act together to accomplish communally agreed upon goals, assumptions need to be articulated and agreed upon. The fourfold purpose of this paper is to:

- Elaborate on the assumptions that supported the First National Conference on the Classification of Nursing Diagnoses.
- Examine First Conference assumptions and determine if they remain operant within NANDA-I and the larger terminology community of today.
- Illustrate First Conference assumptions as domains with a multidimensional terminology knowledge object (TKO).
- Reflect upon a multidimensional TKO with the participants at the AENTDE Conference in Spain.

Methods

The methods used in developing this paper were purpose driven. To achieve the first purpose, the Proceedings of the First National Conference on the Classification of Nursing Diagnoses were reviewed and the assumptions extracted. To achieve the second purpose, these assumptions were then examined to determine if they remained evident today. To achieve the third purpose, these assumptions were illustrated within a multidimensional TKO, operational today. To achieve the last purpose, discussion engendered by the 2016 AENTDE conference participants as placed within the framework of the TKO.

Results

Purposes #1 and 2 results: First Conference assumptions within a 2016 terminology context.

- **Classifications require content.** Because a classification of nursing diagnoses requires diagnoses, a literature review was conducted. Abstracts from 134 related articles were copied and disseminated at the conference and included in the Proceedings (Gebbie & Lavin, 1975). In other words, the First Conference did not lack content for their classification activity. By the end of the conference, participants agreed upon 34 diagnoses, although they could not reach agreement on a classification system/framework. As a result, the diagnoses were listed by the most basic of all classifications: alphabetical.

The fact that a list of diagnoses represented the participants' most concrete and agreed upon output, in retrospect, may be seen as predictive of a future focus on the definitional aspects of diagnoses, their development, validation and classification, i.e., the work of NANDA. The most prominent champion of this work was Marjory Gordon (Gordon, 2016, 2008, 1993).

For the purposes of this paper, diagnoses and their development represent the content domain of a nursing terminology knowledge object.

That nursing diagnoses are the phenomena of concern of nursing practice is a phrase commonly used throughout nursing literature. Although the term “phenomena” was used by Fr. Hangartner at the First Conference in explaining the principles of classification (Gebbie & Lavin, 1975:13), it was also used in the nursing literature in the same year by an author, who was also participant at the First Conference (Bircher, 1975). Andrea Bircher wrote (with bold highlighting added):

A workable taxonomy would provide potential points of reference, purpose, and direction and would facilitate communication and collaboration in nursing practice, nursing education, and nursing research. Such a taxonomy would constitute a systematic ordering of the unique body of knowledge of nursing and would provide a foundation of level-one theory. On this basis could be built higher-level theories that are grounded in observable phenomena. This development, in turn, would create a bridge across the knowledge-practice gap and would allow more effective application of scientific knowledge to specific clinical patient-care and nursing problems. A workable taxonomy of nursing diagnoses would articulate areas of unique concern to nurses and nursing and would allow more unequivocal communication of the focus, limits, and nature of the realm of nursing to other professions, third-party payers, governmental agencies, and the public.

The work of developing, testing, and validating nursing diagnoses within a taxonomy continues today (Pérez Rivas, 2016; Frauenfelder, Achterberg, Needham & Müller Staub, 2016; Pascoal, Venicios de Oliveira Lopes, Martins de Silva, Resende Chaves, Amorim Beltrão, et al, 2015). Organizational leadership and grass roots activity in nursing diagnoses are continued in the NANDA-I biennial conferences led by the NANDA-I Board and its Executive Director, Dr. Heather Herdman.

- ***A classification must be workable and compatible with and across disciplines and other classifications.*** This heading summarizes assumptions put forward at the First Conference by Carl Hangartner, S.J., Saint Louis University Department of Education, and George Gantner, M.D., Saint Louis University School of Medicine and a member of the Committee on Nomenclature of the College of American Pathology. It was this group that, in 1965, developed the Systematized Nomenclature of Pathology (SNOP), which by 1970 became the Systematized Nomenclature of Medicine (SNOMED).

Workability, compatability and expanding knowledge: Clinical data analytics/big data science. Father Hangartner’s presentation was built on the need for a classification system to be both workable and compatible. More specifically, he explained, it must be

- Workable insofar as it avoids excessive complexity, excessive simplicity and vague definitions; and insofar as it is clear to members of the profession and other professional partners
- Compatible with other classification systems so that information across disciplines and platforms may be entered and retrieved in a manner so as to and expand knowledge.

His first point, workability, refers to classification as an intra- and inter-professional communication/ documentation tool. The second point links compatibility of coded, classifications across systems to the expansion of knowledge.

There were First Conference participants who viewed standardized clinical information as an essential means of expanding nursing knowledge derived from electronically entered, stored and retrieved nursing data and of communicating more effectively within and between hospital systems. Prominent in this group was Dr. Harriet Werley, who even in 1973 stressed a need for defining a set of minimum data requirements. She with Dr. Norma Lang described this approach in their text, Identification of the Nursing Minimum Data Set (Werley & Lang, 1988). This work contributed to the foundation of nursing informatics and big data science, primarily by identifying critical data elements essential to entry, retrieval and analysis within and across multiple hospital systems, using a variety of platforms. Their work continues today, one example being the work of Pruinelli, Delaney, Garcia, Caspers & Westra (2016). Prominent leaders are Dr. Connie White Delaney, Dean and Professor, University of Minnesota School of Nursing, Dr. Bonnie Westra, Associate Professor and Director, University of Minnesota Center for Nursing Informatics, and the University of Minnesota itself in its role of sponsoring annual Nursing Knowledge: Big Data Science conferences. These conferences are open to all interested nurses nationally and internationally. Clinical data analytics/big data science provide nurses with the tools needed to conduct large scale translational research, epidemiologic, quality improvement studies and evidence discovery applications, including the identification of diagnoses that form the basis of nursing action but are not as yet classified.

Workability, compatibility and expanding knowledge: Clinical information/data exchange. At the First Conference, workability and compatibility were themes also developed by George E. Gantner, MD. He stressed the value of working well with others in the classification field and the value of being included, along with other disciplines, in a standardized nomenclature such as SNOMED. It was, he said, the only system that had room for nursing terms and provided a nursing classification with system-wide workability and compatibility. In today's terms, the workability and compatibility of which Gantner speaks may be thought of as interoperability or the seamless exchange of clinical data or information. Gantner also recommended that diagnoses be collected from as wide a range as possible. Certainly, the ANA recognized terminologies (Table 1) represent a wide ranging list (American Nurses Association, 2015). Its listing below is augmented by author division of its content into three nursing terminology knowledge domains and by comments, highlighted in blue.

Table 1 ANA recognized terminologies according to their contributions within three terminology knowledge domains: clinical data/information content, data analytics, and clinical data/information exchange across systems. Highlighted areas represent adaptations by the author.

ANA Recognized Terminology Year developed, Year ANA-recognized issue ¹	Clinical data/ information content	Data analytics	Clinical data/information exchange
NANDA – Nursing Diagnoses, Definitions and Classification 1973, 1992	Diagnoses		
Omaha System 1975, 1992	Diagnoses, Interventions, Outcomes	Ratings	
Nursing Minimum Data Set 1985, 1999		Data Management Elements, e.g., nursing care, demographic and service elements ²	
Nursing Interventions Classification (NIC) 1987, 1992	Interventions		
Perioperative Nursing Data Set (PNDS) 1988, 1999	Diagnoses, Interventions, Outcomes		
Clinical Care Classification (CCC) System 1988, 1992	Diagnoses, Interventions, Outcomes	Ratings	
Nursing Management Minimum Data Set (NMMDS) 1989, 1998		Management Data Elements ³	
International Classification of Nursing Practice (ICNP®) 1989, 2000	Diagnoses, Interventions, Outcomes		Reference Terminology: Nursing Practice Terms Recommended by the ICN and IHTSDO as a conduit to SNOMED-CT for nursing terms
Nursing Outcomes Classification (NOC) 1991, 1997	Outcomes	Includes rating system	
Logical Observation Identifiers Names and	Assessments Outcomes		Reference Terminology:

Codes (LOINC) 1994, 2002			<p>Nursing Assessments and Outcomes</p> <p>Recommended by the ANA for use in exchange of information regarding nursing assessments and outcomes in the Consolidated Continuity of Care Document (ANA, 2015)</p>
ABC Codes 1995, 2000	Billing codes	Billing metric base	
<p>SNOMED-CT 2000 – developed under SNOMED-CT name, 1999 – recognized SNOMED as a nursing-inclusive terminology</p>	<p>Diagnoses, Interventions, Outcomes, Findings</p>		<p>Reference Terminology: Nursing Clinical Terms</p> <p>Recommended by the ANA for use in exchange of information regarding problems, interventions, and findings in the Consolidated Continuity of Care Document (ANA, 2015)</p>

¹Retrieved on May 14, 2016 from: <http://www.nursingworld.org/DocumentVault/Position-Statements/Practice/Inclusion-of-Recognized-Terminologies.pdf> [Note: ANA member ID and password needed for full access.]

²Access the following synopsis for additional information on the NMDS elements: http://www.nursing.umn.edu/prod/groups/nurs/@pub/@nurs/documents/asset/nurs_71413.pdf

³Access the following implementation guide for additional information on the NMMDS elements: (http://www.nursing.umn.edu/prod/groups/nurs/@pub/@nurs/documents/content/nurs_content_498749.pdf)

Even as the 2015 ANA position paper cited above on the inclusion of recognized ANA terminologies in EHRs recommended the conversion of data to SNOMED-CT or LOINC when exchanging nursing information across systems using different nursing

terminologies, it safeguarded EHR user terminology choice by further saying “health information exchange between providers using the same terminology does not require conversion of the data to SNOMED CT® or LOINC® codes”

Although the inclusion of this latter statement in the 2015 ANA position paper accommodates those classifications that are not mapping to the ICNP® or developing equivalency tables with the ICNP®, it is good for these same classifications to revisit the warning to terminology developers given by Carl Hangartner, SJ, at the 1973 Conference on the Classification of Nursing Diagnosis. He said, “My impression is that classification builders sometimes become so wedded to a particular plan, which seems to them to be the only way to really deal with their area of interest, that they are willing to choose an incompatible system” (Gebbie & Lavin, 1973: 12).

Just as the International Classification of Disease loses nothing in terms of its ability to define and disseminate its disease diagnoses in keeping with its own methodology when it uses SNOMED-CT as a reference terminology, so a nursing terminology loses nothing in terms of its ability to define its own content in keeping with its own taxonomic and definitional methodologies when it uses the ICNP®, LOIC or SNOMED-CT as reference terminologies. Perhaps an example more specific to nursing is in order. Consider the CCC-ICNP® Equivalency Table for Nursing Diagnoses (International Classification of Nursing Practice, 2016). Because each CCC diagnosis possesses an equivalent name in the ICNP® and because the ICNP® serves as a conduit to SNOMED-CT, this insures that the CCC data/information will not only be shared across systems that use the CCC but also shared with systems that use other nursing classifications within ICNP® and SNOMED-CT. Furthermore, the use of CCC by the ICNP® does not detract from the development of the CCC. In fact, a hyperlink is available to all ICNP® users (<http://www.sabacare.com/About/>), with preceding instructions on the ICNP® page saying, “Please review the terms of the use of CCC before downloading” (<http://www.icn.ch/what-we-do/ICNP®-download-redirect/>). This “sabacare” hyperlink leads to a succinct but comprehensive summary of the CCC and serves as an instructional, educational, and marketing tool.

The equivalency table between the CCC and ICNP® is just one example of the ICNP® equivalency tables. These tables are the product of on-going work between the International Council of Nursing and the International Health Technology Standards Development Organisation (<http://www.ihtsdo.org/about-ihtsdo/partnerships/icn;> <http://www.icn.ch/what-we-do/ICNP®-download-redirect/>).

NANDA-I is not included in the 2016 update of the Unified Medical Language System of the National Library of Medicine. Such inclusion is the first step in developing an equivalency table with the ICNP®. It is also the first eligibility requirement needed to connect with LOINC or SNOMED-CT in creating a Consolidated-Continuity of Care Document, required under the U.S. Affordable Care Act. Apart from the requirements of anyone U.S. law, however, inclusion in the UMLS is the first step in n with the ICNP®, LOINC or SNOMED-CT for interoperable purposes in general. Older UMLS versions through 2015 do include NANDA terms, last updated in 2003. Except for historical reasons, their utility within the UMLS is limited, at best. For full disclosure purposes, I

was the NANDA President the last time NANDA diagnoses were submitted to the UMLS.

If NANDA-I were to heed the 1973 warning from Fr. Hangarter that language developers not become so wedded to one classification/taxonomy method that they sacrifice compatibility, then perhaps a first step is to examine a terminology's reason for existence. According to the 2015-2017 Nursing Diagnoses: Definitions and Classification, NANDA-I "exists to develop, define and promote terminology that accurately reflects nurses' clinical judgments" (Herdman and Kamitsuru, 2014). This *raison d'être* is not consistent with the proceedings from the First Conference. They wanted to identify, define, and classify diagnoses for the purpose of creating a workable and compatible classification for data entry, storage and retrieval purposes. The existential question facing NANDA-I today is whether or not it will be able to adapt their *raison d'être* for an interoperable world. Perhaps, groups such as AENDTE may want to address this issue as well.

NANDA-I members may want to consider a more patient- and population-centered way in which to express the goal of their terminology as well. Consider, for example, the following. The goal (of terminology development) is to create a system where patients/clients and the population are the beneficiaries when nurses produce, enter, and communicate across all systems comparable, quality care data that is evidence based (McCormick, Sensmeier, Dykes, Grace & Matney, 2015). In other words, it is not about the preservation of the terminology or even the body of knowledge *per se*. It is about putting the terminology and the body of knowledge into practice by documenting, communicating, and improving patient care and population health via interoperable electronic healthcare record systems, worldwide.

While there was a considerable lag between the discussion of SNOMED at the First Conference and the appearance of nursing literature on SNOMED, there were a number of informaticists who discussed SNOMED even before its ANA recognition as a nursing terminology in 1999 (Henry, Campbell & Holzemer, 1993; Henry & Holzemer, 1994; Henry, Holzemer, Reilly & Campbell, 1994; Lange, 1996; Campbell, Carpenter, Sneiderman, Cohn, Chute & Warren, 1997). A prominent leader within NANDA is a former President and within ANA and the informatics world, including her work today with the Nursing Special Interest Group of the International Healthcare Technology Standards Development Organisation is Dr. Judith Warren. An example of current work of Dr. Warren and other prominent leaders includes an article titled *Toward Interoperability: A New Resource to Support Nursing Terminology Standards* (Warren, Matney, Foster, Auld & Roy, 2015). The "new resource" is the website *Nursing Resources for Standards and Interoperability* available through the U.S. National Library of Medicine (https://www.nlm.nih.gov/news/nursing_resources_page.html). Prominent in ICNP® is Dr. Amy Coenen, Director of the International Classification for Nursing Practice (ICNP®) Programme within the ICN eHealth Programme. She is also a member of the World Health Organization (WHO) Family of International Classification working groups and the International Health Terminology Standards Development Organisation (IHTSDO) Nursing Special Interest Group. Prominent in the American Nurses Association is Dr. Carol Bickford, Informaticist, Senior Policy Fellow within the

ANA Nursing Practice and Work Environment Department and retired Navy Nurse Corps Officer.

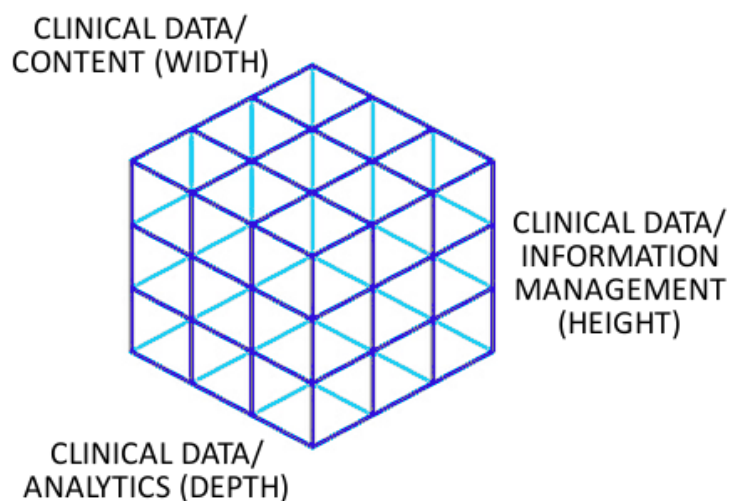
Purpose #3 results. Illustration of First Conference assumption-related domains within a multidimensional terminology platform

From the above discussion, we may say that the assumptions present even as early as the 1973 First Conference on the Classification of Nursing Diagnoses contained implicitly or explicitly the basis for identifying three terminology knowledge areas. These are:

- Clinical content/data (assessments, diagnoses, interventions, outcomes and/or findings)
- Clinical data analytics/big data science, leading to application of sophisticated research and quality improvement studies but also requiring the development of nursing metrics, e.g., ratings/indices.
- Clinical data/information management, facilitated by standards, reference terminologies, mapping techniques.

These three divisions may be described as domains that allow for the structuring of a terminology knowledge object or TKO (Figure 1).

Figure 1. Structure of a multidimensional, clinical terminology knowledge object



There are other ways the same domains may be configured. For example, they may be envisioned as circles/nodes at the endpoint of spokes from a central platform. Each domain node may generate its own apps, in effect creating metaphorically moons circling a series of planets circling an ANA terminology recognition center. Or, the three domains may even have a partially interactive relationship if they were envisioned as a Venn diagram. Neither illustration, however, captures the fully interactive nature of the three domains within a TKO. In other words, there is no single terminology within the content domain that stands alone. It is coded for a reason: that the nursing information the code represents may be entered within an electronic health record (data management domain), stored and retrieved for patient care purpose and for research/evaluative purposes, let alone other administrative and billing purposes. The point at which the risk for a terminology group seems too great

or the barriers too high for full interoperability to occur across domains and across healthcare systems is the point at which the group needs to rethink its current assumptions as well as its reason for existence. Hopefully, this presentation helps in a small way to move forward a conversation on the current assumptions under which members of the terminology community operate and contribute to the structuring of nursing terminology knowledge.

Purpose 4: Reflect upon a multidimensional TKO with the participants at the AENTDE Conference in Spain.

During the discussion, two questions epitomized concerns about the implications of the presentation. They are paraphrased here, with expanded answers. The first was: Given that developing diagnoses is one of the main functions of NANDA-I, how would new diagnoses be discovered using the newer model? The answer is the figure does not replace or supplant the work of NANDA-I within the clinical data/content domain. So, that work continues. If NANDA-I expanded its current reason for existence to include clinical data analytics/big data science, it would have at its hands newer tools for diagnosis discovery. For examples, nurses are expert at providing care e.g., relaxation measures, positioning, mindfulness strategies, or cognitive behavior interventions, that increase one's tolerance for or reinterpretation of pain. A multidimensional, big data search of narrative reports by nurses may reveal that nurses are already diagnosing increases or decreases in pain tolerance given various interventions. Yet, there is no pain tolerance diagnosis in NANDA-I definitions and classification. However, unless NANDA-I connects with ICNP®, LOINC and SNOMED, its database is going to be limited to those systems only used by NANDA-I, creating a biased database and one of relatively limited size. Other nursing diagnoses to be uncovered especially by means of clinical analytics/big data science are risk diagnoses nurses anticipate, watch out or remain vigilant for, and act to prevent (Meyer and Lavin, 2005).

The second question was: Given the barriers that prevent change, what would you recommend for change from the current model that NANDA-I uses to a three domain model? As you know, NANDA-I is the largest collection of nursing diagnoses. It has made an important contribution to the field of terminology development. If it is correct to assume that for it to remain viable, it must be interoperable across disciplines, systems, and platforms and if it is correct to assume that this means developing equivalency tables with ICNP® so that its equivalent data may be entered into LOINC and SNOMED, and if it correct to assume that NANDA-I wants to maintain its leadership role within the nursing diagnosis and taxonomy world, then it will require out-of-the-box thinking and community development methods, where the community is the worldwide NANDA-I terminology community with its many creative and innovative thinkers.

References

1. American Nurses Association. (2015). Inclusion of recognized terminologies within EHRs and other health information technology solutions. Retrieved on May 1, 2016 from (<http://www.nursing.world.org/DocumentVault/Position-Statements/Practice/Inclusion-of-Recognized-Terminologies.pdf>); and from <http://www.nursingworld.org/MainMenuCategories/Policy->

- Advocacy/Positions-and-Resolutions/ANAPositionStatements/Position-Statements-Alphabetically/Inclusion-of-Recognized-Terminologies-within-EHRs.html).
2. Campbell, J.R., Carpenter, P., Sneiderman, C., Cohn, S., Chute, C.G. & Warren, J. (1997). Phase II evaluation of clinical coding schemes: completeness, taxonomy, mapping, definitions, and clarity. CPRI Work Group on Codes and Structures. *Journal of the American Medical Informatics Association*, 4(3):238-251.
 3. Deloughery, G. L., Gebbie, K. M., & Neuman, B. M. (1971). *Consultation and Community Organization in Community Mental Health Nursing*. Baltimore: Williams & Wilkins.
 4. Frauenfelder, F., van Achterberg, T., Needham, I., Müller Staub, M. (2016). Nursing diagnoses in in-patient psychiatry. *International Journal of Nursing Knowledge*, 27(1):24-34.
 5. Gordon, M. (2008). *Assess Notes: Assessment and Diagnostic Reasoning (Davis's Notes)*. Philadelphia, PA: F.A. Davis Company.
 6. Gebbie, K. M., & Lavin, M. A. (1975). *Classification of Nursing Diagnoses: Proceedings of the First National Conference*, St. Louis, October 1-5, 1973. St. Louis: Mosby.
 7. Gordon, M. (1994). *Nursing Diagnosis: Process and Application*. St. Louis: Mosby.
 8. Gordon, M. (1998). Nursing Nomenclature and Classification System Development. *Online Journal of Issues in Nursing*, 3(2). Retrieved May 01, 2016, from <http://www.nursingworld.org/MainMenuCategories/ANAMarketplace/ANAPeriodicals/OJIN/TableofContents/Vol31998/No2Sept1998/NomenclatureandClassification.html>
 9. Gordon, M. (2016). *Manual of Nursing Diagnoses*. Burlington, MA: Jones & Bartlett Learning.
 10. Henry, S.B., Holzemer, W.L., Reilly, C.A. & Campbell, K.E. (1994). Terms used by nurses to describe patient problems: can SNOMED III represent nursing concepts in the patient record? *Journal of the American Medical Informatics Association*, 1(1):61-74.
 11. Henry, S.B. & Holzemer, W.L. (1994). Can SNOMED International represent patients' perceptions of health-related problems for the computer-based patient record? *Proceedings of the Annual Symposium on Computer Applications in Medical Care*, 184-187.
 12. Henry, S.B., Campbell, K.E. & Holzemer, W.L. (1993). Representation of nursing terms for the description of patient problems using SNOMED III. *Proceedings of the Annual Symposium on Computer Applications in Medical Care*, 700-704.
 13. Herdman, T.H. & Kamitsuru, S. (Eds.). (2016). *NANDA-International Nursing Diagnoses: Definitions and Classification, 2015-2017*. Oxford: Wiley Blackwell.
 14. *International Classification of Nursing Practice*. (2016). CCC™-ICNP®® Equivalency table for nursing diagnoses, ICNP®. Geneva, Switzerland: International Council of Nurses. Retrieved on May 3, 2016 from (http://www.icn.ch/images/stories/documents/pillars/Practice/ICNP®/CCC-ICNP®_Equivalency_Table_for_Nursing_Diagnoses.pdf).

15. International Healthcare Technology Standards Development Organisation. (2016). IHTSDO: Welcome to IHTSDO. Retrieved on May 1, 2016 from (<http://www.ihtsdo.org/about-ihtsdo/partnerships/icn>).
16. International Council of Nurses. (2016). International Classification of Nursing Practice (ICNP®). Retrieved on May 1, 2016 from (<http://www.icn.ch/what-we-do/ICNP®-download-redirect/>).
17. Lange, L.L. (1996). Representation of everyday clinical nursing language in UMLS and SNOMED. Proceedings of the AMIA Annual Fall Symposium, 140-144.
18. Lavin, M.A., Bust, D.E., Le, B., Campbell, D.C., Bostic, M., Hering, M.M., Wilder, E., Hilton, C.L. & Miller, P.D. (2008). Community organization principles and sustainable interprofessional health care practices, in Royeen, C., Jensen, G.M. & Harvan, R.A. (eds). Interprofessional Health Education and Practice. Boston: Jones & Bartlett Publishers.
19. McCormick, Sensmeier, J., Dykes, P.C. Weston, M.J. (2015). Exemplars for advancing standardized terminology in nursing to achieve sharable, comparable quality data based on evidence. Online Journal of Nursing Informatics, 19(2). Online Journal of Nursing Informatics, 19 (2). Retrieved on May 1, 2016 from (<http://www.himss.org/ResourceLibrary/GenResourceDetail.aspx?ItemNumber=42774>)
20. Meyer, G. & Lavin, M.A. (2005). Vigilance: the essence of nursing. Online Journal of Issues in Nursing,10 (3). Retrieved on May 6, 2016 from (<http://www.nursingworld.org/MainMenuCategories/ANAMarketplace/ANAPeriodicals/OJIN/TableofContents/Volume102005/No3Sept05/ArticlePreviousTopic/VigilanceTheEssenceofNursing.html>).
21. Pérez Rivas FJ, Martín-Iglesias S, Pacheco Del Cerro JL, Minguet Arenas C, García López M, Beamud Lagos M. Effectiveness of Nursing Process Use in Primary Care. Int J Nurs Knowl. 2016 Jan;27(1):43-8. doi: 10.1111/2047-3095.12073. Epub 2015 Jan 27.
22. Pruinelli, I., Delaney, C., Garcia, A., Caspers, B. & Westra, B.L. (2016). Nursing Management Minimum Data Set: Cost-effective tool to demonstrate the value of nurse staffing in the big data science era. Nursing Economics 34(2):66-89.
23. Saba, V. (2012). CCC Clinical Care Classification System: About. Retrieved on May 3, 2016 from (<http://www.sabacare.com/About/>).
24. U.S. National Library of Medicine. (2016). Nursing resources for standards and interoperability. Retrieved on May 1, 2016 from: (https://www.nlm.nih.gov/news/nursing_resources_page.html).
25. Warren, J.J., Matney, S.A., Foster, E.D., Auld, V.A. & Roy, S.L. (2015). Toward interoperability: a new resource to support nursing terminology standards. Computers, Informatics, Nursing: CIN, 33(12):515-519.
26. Werley, H. H., & Lang, N. M. (1988). Identification of the Nursing Minimum Data Set. New York: Springer Pub.

Los Pósters

REVISIÓN DEL DIAGNÓSTICO “TRASTORNO DE LOS PROCESOS DE PENSAMIENTO” EN LAS MUJERES VÍCTIMAS DE VIOLENCIA DE PAREJA

Autor/es

Matilde Tenorio-Matanzo.

Palabras clave

Trastorno de los procesos de pensamiento, Violencia de pareja, Alteraciones cognitivas.

Introducción

El diagnóstico “Trastorno de los procesos de pensamiento” fue retirado de la Clasificación NANDA en la edición 2012-2014 al no contar con suficientes evidencias para su validación y quedar pendientes de desarrollo los factores relacionados. En julio de 2014, Tenorio Matanzo propone la revisión de este diagnóstico en base a los hallazgos encontrados en su tesis “Alteración de los procesos de pensamiento en las mujeres víctimas de violencia de pareja”.

Objetivos

Identificar si las alteraciones de los procesos cognitivos que experimentan las mujeres víctimas de violencia de pareja pueden ser etiquetados bajo el diagnóstico Trastorno de los procesos de pensamiento.

Marco referencial

El marco referencial (Figura 1) está constituido por un modelo elaborado por la investigadora (Tenorio-Matanzo, 2014) en el que se interrelacionan el Modelo de Adaptación de Roy (2008) como base teórica enfermera, los efectos del estrés sobre el organismo y el Modelo del Estrés y el Afrontamiento de Lázarus y Folkman (1986).

Partimos del supuesto de que los actos violentos y las estrategias del maltratador suponen unos estímulos focales externos que originan en la mujer un estrés intenso y crónico al que tendrá que hacer frente como estímulo interno. El estrés activa el mecanismo regulador a través de los cuatro ejes, neural, neuroendocrino, endocrino y psiconeuroinmunológico. El exceso de cortisol segregado afectará a todos los órganos diana, y, en concreto, a las funciones cerebrales. De esta forma también se verá afectado el mecanismo cognitivo de las mujeres quienes, tendrán dificultades para identificar el maltrato y el peligro que significa.

A los efectos nocivos que suponen los estímulos focales, se le pueden añadir los estímulos contextuales y residuales procedentes de las respuestas inadecuadas de las personas significativas o de los sistemas de apoyo y de la educación y experiencia vivida, estímulos que vienen determinados, en muchos casos, por una estructura social patriarcal que incrementa la percepción de vulnerabilidad de la mujer.

Durante el proceso de maltrato, el agresor habrá ido destruyendo la identidad de la víctima en todos y cada uno de los procesos adaptativos, de forma que cuando ésta analice sus recursos para salir de la situación, se encontrará incapaz porque su pareja

ha minado su salud, ha destruido su autoconcepto, la ha aislado de cualquier otro referente personal y no sabrá que hacer para asumir un nuevo rol.

Se encontrará sin recursos de afrontamiento y todos sus modos adaptativos estarán comprometidos. Este hecho justificaría la intervención de Enfermería que, desde el Modelo de Adaptación de Roy (2008) deberá ayudar y promocionar la adaptación de las mujeres en los cuatro modos adaptativos: fisiológico, autoconcepto, función del rol e interdependencia.

Material y Métodos

Tipo de investigación: cualitativa con posición teórica fenomenológica y metodología de análisis del discurso. Técnica de recogida de información: entrevistas en profundidad.

Población: Mujeres víctimas de violencia de pareja, residentes en el Centro de Recuperación Integral para Mujeres, Niñas y Niños Víctimas de la Violencia Machista ubicado en la Comunidad de Madrid.

Muestra: 9 mujeres seleccionadas por conveniencia con las que se saturó la información.

Análisis: Se ha clasificado la información en base a los cuatro canales cognitivo-emocionales y sus correspondientes procesos. Así mismo se analiza la evaluación cognitiva.

Resultados

Todas las mujeres víctimas de violencia de pareja incluidas en este estudio tienen alterados los cuatro canales cognitivo-emocionales y sus correspondientes procesos cognitivos, tal y como se refleja en las tablas 1-4.

PERCEPCIÓN E INTERPRETACIÓN DE LA INFORMACIÓN	
SENSACIÓN/PERCEPCIÓN	<p>Dificultad para interpretar el maltrato por las estrategias del maltratador</p> <p>Primera fase:</p> <p>Perciben actitudes extrañas, pero no identifican la violencia</p> <p>Intenta comprender los comportamientos extraños</p> <p>Buscan explicaciones e interpretan erróneamente los datos</p> <p>La negación de la violencia es un mecanismo defensivo</p> <p>Los roles de género fomentan la negación</p> <p>Justifican el maltrato con actitudes de cuidado y protección</p> <ul style="list-style-type: none"> . Por culpa de otra mujer . Es un enfermo . Hay contrariedades cotidianas . No tuvo suficiente afecto <p>Están afectadas por la confusión, la desorientación, la violencia impredecible y la ambigüedad de la situación</p>

	<p>Intentan identificar las causas y adaptarse a las exigencias del maltratador hasta darse cuenta de que esa estrategia de afrontamiento es ineficaz.</p> <p>Segunda fase:</p> <p>Descubren que no hay relación causa-efecto para la violencia, lo que les produce sentimientos de indefensión y vulnerabilidad.</p> <p>El reconocimiento del maltrato es lento y difícil por:</p> <ul style="list-style-type: none"> . Normalización del maltrato en las relaciones de pareja . Identificación del maltrato exclusivamente con la violencia física <p>La estrategia de alternancia de actos violentos con el arrepentimiento es muy efectiva para distorsionar las percepciones de la mujer por la necesidad de mantener la esperanza en su proyecto de vida.</p>
CODIFICACIÓN Y FORMACIÓN DE CONCEPTOS	<p>Creer en las vejaciones y los insultos que reciben de su pareja</p> <p>Creer que ellas son las culpables del fracaso de la relación</p> <p>No se identifican como mujeres maltratadas a pesar de ser conscientes del peligro</p> <p>Necesitan alejarse del maltratador para pensar con claridad</p> <p>Comprender e identificar el maltrato es fundamental para su recuperación</p>
ALERTA/ATENCIÓN	<p>Se inicia sólo cuando identifican el peligro</p> <p>Mantienen una hipervigilancia extrema</p>
MEMORIA	<p>Todas padecen de olvidos frecuentes y bloqueos de pensamiento</p> <p>Existen con frecuencia graves dificultades en el proceso de recuperación</p> <p>Como defensa aparece la memoria selectiva, obviando datos importantes que han sido demasiado traumáticos</p>

Tabla 1

APRENDIZAJE	
PREVIO	<p>Los valores y creencias personales previas son determinantes para la percepción e interpretación del maltrato.</p> <ul style="list-style-type: none"> . La mujer necesita una pareja y tener hijos . La mujer debe supeditarse y servir al hombre . La exigencia de estos valores procede de la familia, la sociedad y la religión . El maltrato es normal . El maltrato sólo es violencia física

DURANTE EL PROCESO	<p>Aprenden a sobrevivir</p> <p>El aprendizaje está mediatizado por el estrés, la hipervigilancia, la atención selectiva hacia los comportamientos del maltratador, el miedo y el aislamiento</p> <p>Aprenden a que hagan lo que hagan no sirve para controlar los estallidos de violencia</p> <p>Aprenden a vivir con ese sufrimiento tensión constante</p> <p>Aprenden a identificar el maltrato, aunque les cueste verlo</p> <p>Aprenden a callar cuando no obtienen respuestas positivas</p> <p>Aprenden a no denunciar cuando la experiencia ha sido negativa</p>
--------------------	--

Tabla 2

JUICIO	
RESOLUCIÓN DE PROBLEMAS Y TOMA DE DECISIONES	<p>Inicialmente muestran haber tenido capacidad de resolución de problemas y de toma de decisiones autónomas. Esta capacidad va deteriorándose según se desarrolla el proceso de maltrato.</p> <p>Las estrategias más efectivas para anular su capacidad de juicio son:</p> <p>Miedo: Según avanza el proceso, se pasa de un estado de hipervigilancia al miedo y al pánico, que bloquean la mente de la mujer:</p> <p>El miedo las paraliza, controla todos sus movimientos y pensamientos, causa reacciones y pensamientos impulsivos, no reflexivos</p> <ul style="list-style-type: none"> . Puede afectar seriamente a la decisión de no separarse . Mantengan la percepción de peligro de muerte inminente . Renuncien a sus intenciones de escapar . Puede minimizarse la percepción del riesgo, como mecanismo de defensa, y no adoptar las medidas de protección adecuadas . Retiren las denuncias <p>“Luz de gas” Al inicio la manipulación es muy sutil Progresivamente va controlando la mente de la mujer haciéndola:</p> <ul style="list-style-type: none"> . Dudar de sus pensamientos y sentimientos . Creerse culpable . Dudar de su cordura . Perder su identidad

Tabla 3

EMOCIÓN	
PRIMEROS INDICIOS	<p>Amor que les impide ver el maltrato</p> <p>Perdonan por amor</p> <p>La fase de luna de miel es efectiva por la necesidad de sentirse amada</p> <p>Compasión: Interpretan erróneamente las primeras señales.</p>
VIOLENCIA INSTAURADA	<p>Amor:</p> <ul style="list-style-type: none"> . No quieren denunciarle por amor . Pueden reiniciar la convivencia y retirar la denuncia . La necesidad de ser amada puede llevar a: Permitirle la violencia, caer sistemáticamente en el ciclo de la violencia y tener una dependencia emocional <p>Culpa:</p> <ul style="list-style-type: none"> . Inducida por el maltratador . Autoinculpación por no saber hacerle feliz y no cumplir con las expectativas del rol . Inducida por el entorno social <p>Dolor emocional: Por no sentirse amadas</p> <p>Miedo:</p> <ul style="list-style-type: none"> . Incrementa los niveles de estrés y afecta gravemente al proceso cognitivo <p>Vergüenza:</p> <ul style="list-style-type: none"> . Por no ajustarse al rol que se espera de ella . Por la percepción de la sociedad sobre las mujeres maltratadas <p>Soledad:</p> <ul style="list-style-type: none"> . Derivada del asilamiento físico y/o emocional . Descrita como una experiencia muy dolorosa <p>Indefensión:</p> <ul style="list-style-type: none"> . Incrementa el sentimiento de soledad cuando no recibe los apoyos de los allegados o los sistemas de apoyo <p>Impotencia:</p> <ul style="list-style-type: none"> . Procede del análisis de sus escasos recursos para salir de la situación de maltrato . Puede ocasionar ideaciones suicidas e intentos autolíticos <p>Desesperanza:</p> <ul style="list-style-type: none"> . Es el fruto de la indefensión e impotencia . Perciben la devastación física y psicológica
PROCESO DE SEPARACIÓN	<p>Miedo: Tras la decisión de separarse</p> <p>Pánico en la huida</p> <p>Soledad</p>

Tabla 4

Cuando las mujeres evalúan la situación que están viviendo tienen serias dificultades para hacerlo coherentemente, tanto por los efectos del estrés al que están sometidas como por las estrategias del maltratador. Tal y como se refleja en la tabla 5, cuando en la evaluación cognitiva primaria evalúan el riesgo, el proceso está mediatizado por los efectos del estrés sobre los procesos de percepción/sensación y de codificación y formación de conceptos, lo que les impide identificar el maltrato y el peligro. Cuando son conscientes de ello, mantienen un estado de hipervigilancia y miedo que afecta al proceso de alerta y atención y que incrementa aún más los niveles de estrés.

Cuando hacen balance de sus recursos mediante la evaluación secundaria, la mujer se encuentra sin recursos de afrontamiento y la víctima se siente incapaz de salir de la situación porque las estrategias del maltratador han afectado gravemente sus cuatro modos adaptativos: fisiológico, autoconcepto, rol e interrelaciones.

EVALUACIÓN COGNITIVA	
EVALUACIÓN PRIMARIA	<p>El estrés altera las funciones cognitivas</p> <p>Los procesos de percepción y sensación y de codificación y formación de conceptos están alterados, lo que les impide identificar el maltrato y el peligro</p> <p>Al ser conscientes de ello, se genera un estado de hipervigilancia y miedo que afecta al proceso de alerta y atención</p> <p>Las estrategias del maltratador incrementan el nivel de estrés y el estado de confusión de la víctima</p>
EVALUACIÓN SECUNDARIA	<p>El proceso de maltrato afecta a los cuatro modos adaptativos alterando su estado de salud, su autoconcepto, su función del rol y la interdependencia.</p> <p>La mujer se encuentra sin recursos de afrontamiento</p> <p>La víctima se siente incapaz de salir de la situación.</p>

Tabla 5

Conclusiones

La violencia de pareja puede ser un factor determinante en la aparición del diagnóstico “Trastorno de los procesos de pensamientos” Nuestros hallazgos coinciden con lo propuesto por Escalada Hernández (2015) en su tesis “Validación de contenido del diagnóstico de enfermería “trastorno de los procesos de pensamiento”, al considerar entre los factores relacionados una situación o acontecimiento traumático, temor/miedo y ansiedad, elementos todos ellos presentes en las mujeres víctimas de violencia de pareja.

Bibliografía

1. Escalada Hernández, P. (2015). Validación de contenido del diagnóstico de enfermería “trastorno de los procesos de pensamiento”. (Tesis doctoral). Universidad Pública de Navarra. Navarra.

2. Lazarus, R. S y Folkman, S (1986). Estrés y procesos cognitivos. Barcelona, España: Martínez Roca.
3. Roy, C. (2008). The Roy adaptation model. (3rded.) New Jersey: Pearson.
4. Tenorio Matanzo, M. (2014). Alteración de los procesos cognitivos en mujeres víctimas de violencia de pareja. (Tesis doctoral). Universidad Complutense de Madrid. Madrid.

DIAGNÓSTICOS DE ENFERMERÍA EN ATENCIÓN PRIMARIA: ¿REALIDAD O UTOPIA?

Autor/es

Sandra González-Pérez, Isaías Utiel-Bermejo.

Palabras clave

Diagnóstico, enfermería, atención primaria.

Introducción

La profesión enfermera ha experimentado numerosos cambios a lo largo de la historia, uno de los hitos fue el desarrollo de una nomenclatura y taxonomía propia y la aparición de los diagnósticos de enfermería. A pesar de este gran avance que supone la mejora en la atención integral al paciente, el uso de esta taxonomía en ocasiones queda relegado a un segundo plano en la práctica asistencial.

Objetivos

Conocer el alcance del uso de diagnósticos de enfermería en Atención Primaria de la Comunidad de Madrid, en comparativa con un centro de salud y con una consulta específica de enfermería.

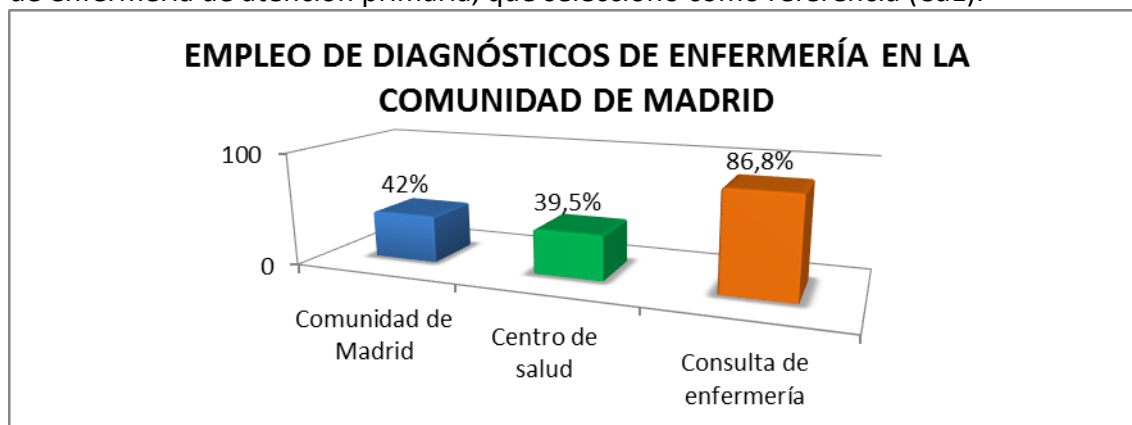
Material y Métodos

Se realiza un estudio epidemiológico, observacional, descriptivo y transversal en el que se analizan los datos recogidos por la Comunidad de Madrid en relación al uso de diagnósticos de enfermería en atención primaria en el año 2015 y se comparan con los obtenidos en un centro de primaria de Madrid y en una consulta de enfermería durante el mismo año.

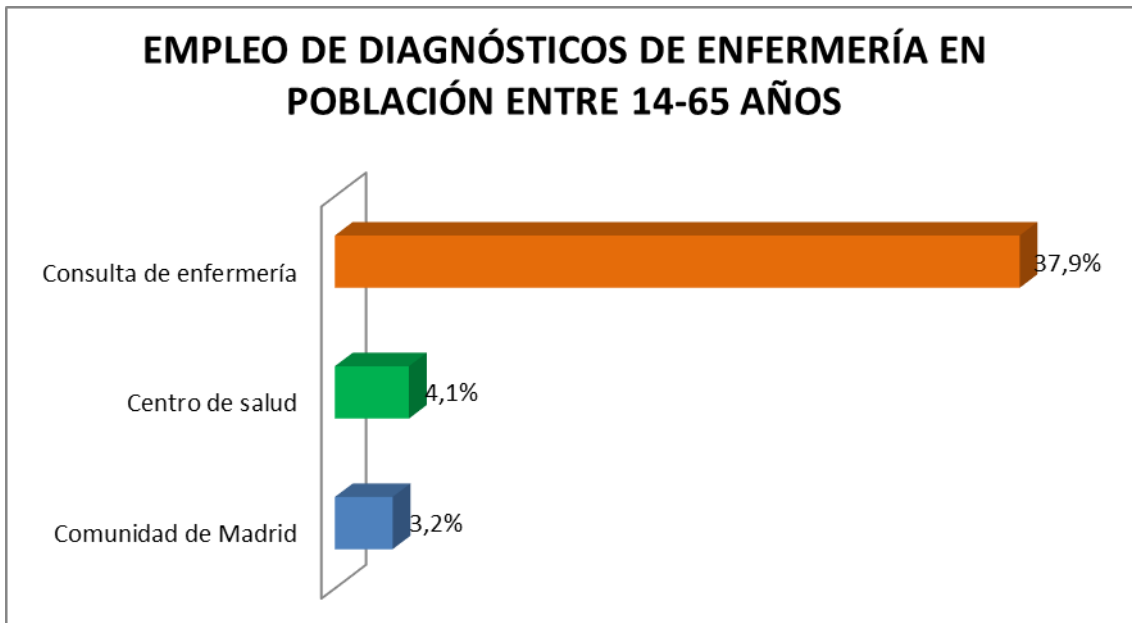
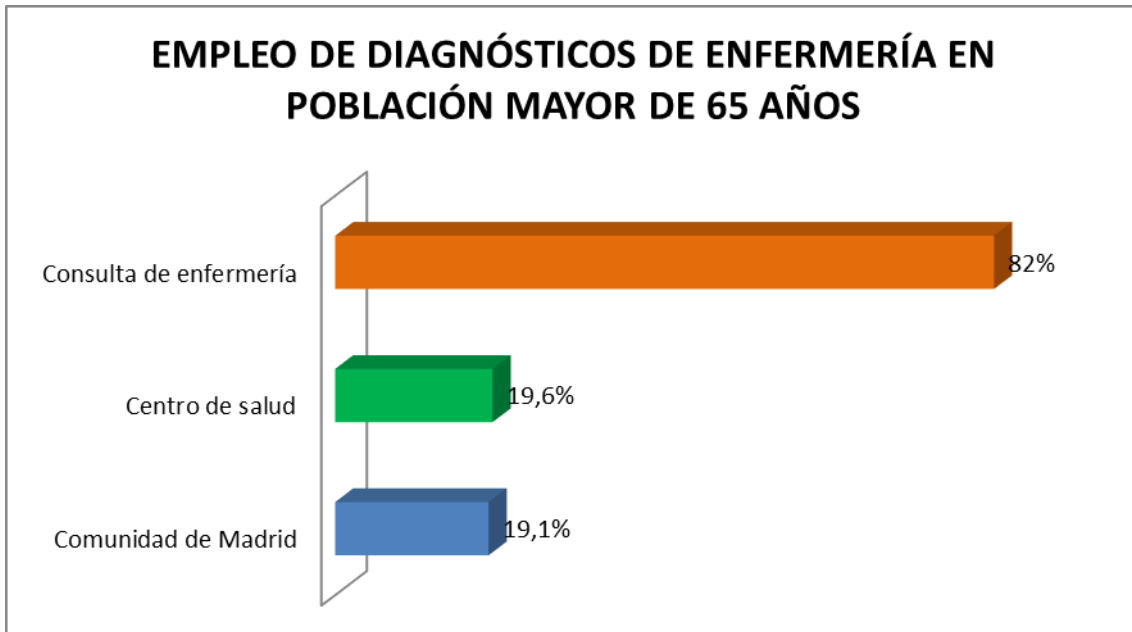
Los datos se obtienen a través del programa informático implantado en atención primaria de la Comunidad de Madrid.

Resultados

Los últimos datos publicados por la Comunidad de Madrid (CM), a fecha de Marzo de 2015, datan de un cumplimiento de diagnósticos de enfermería de un 42%, un 39,5 % de uso en el centro de salud de referencia del estudio (CdS) y un 86,8% en mi consulta de enfermería de atención primaria, que selecciono como referencia (CdE).

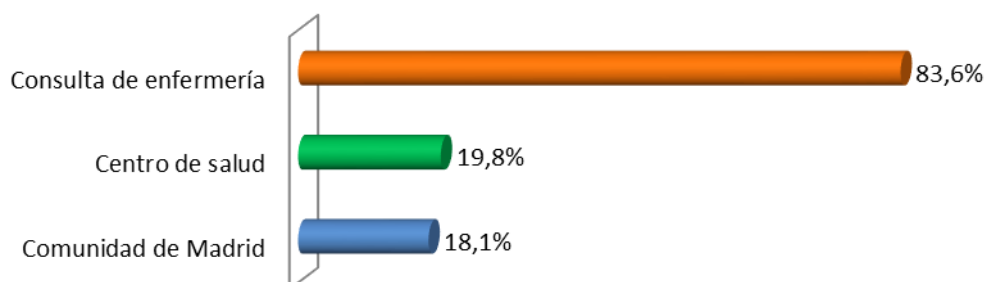


Por grupos de edad, la mayor prevalencia de uso de taxonomía enfermera se encuentra en la población mayor de 65 años; con una prevalencia del 19,1% en la Comunidad de Madrid, un 19,6% en el Centro de salud de referencia y un 82% en mi consulta de enfermería. Estos valores disminuyen considerablemente en la población entre los 14 y 65 años (CM 3,2%, CdS 4,1%, CdE 37,9%); población que normalmente resulta más difícil de captar.

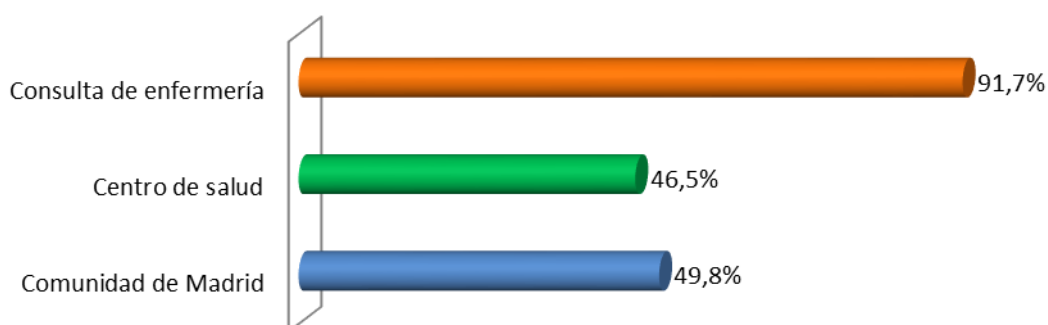


Por grandes grupos de patologías, destaca el uso de diagnósticos en pacientes con patología cardiovascular (CM 18,1%, CdS 19,8%, CdE 83,6%), el mayor frágil (CM 49,8%, CdS 46,5%, CdE 91,7%) y los inmovilizados (CM 57,9%, CdS 52,1%, CdE 85,2%).

EMPLEO DE DIAGNÓSTICOS DE ENFERMERÍA EN EL PACIENTE CON PATOLOGÍA CARDIOVASCULAR



EMPLEO DE DIAGNÓSTICOS DE ENFERMERÍA EN EL PACIENTE MAYOR FRÁGIL



EMPLEO DE DIAGNÓSTICOS DE ENFERMERÍA EN EL PACIENTE INMOVILIZADO



Conclusiones

El empleo de diagnósticos de enfermería en Atención Primaria de la Comunidad de Madrid es bajo, al igual que en el centro de salud de referencia en el estudio. Ello demuestra que la enfermería no utiliza la taxonomía propia como instrumento habitual en la práctica diaria; sin embargo, y comparando dichos datos con los porcentajes de referencia de mi consulta de atención primaria se demuestra que el

empleo de diagnósticos de enfermería durante la práctica asistencial no es una simple utopía, sino algo que puede convertirse en una realidad.

Bibliografía

1. Programa AP- Madrid de Atención Primaria de la Comunidad de Madrid.
2. Gordon M. Pasado, presente y futuro de los diagnósticos de enfermería. Cultura de los cuidados. 2000; (7,8): 128-138.
3. Lama CDR, Vizoso RP, Rúa AC, Fraga IF, Martínez CMG. Opinión de las enfermeras de atención primaria en el área sanitaria de A Coruña sobre la utilización de los diagnósticos de enfermería. Enfermería Clínica. 2004; 14(2): 77-82.

PROPUESTA DE DIAGNÓSTICO DE ENFERMERÍA: RIESGO DE MUTILACIÓN GENITAL FEMENINA

Autor/es

Pilar Almansa-Martínez, Ismael Jiménez-Ruiz, Eva María Rodríguez-Martínez, Laura Giménez-Gombau, María del Mar Pastor-Bravo.

Palabras clave

Mutilación Genital Femenina, circuncisión femenina, diagnóstico de enfermería.

Introducción

La Mutilación Genital Femenina (MGF) es un acto de violencia y discriminación que viola los derechos humanos de las mujeres y niñas, ya que supone un atentado contra su integridad física por motivos no terapéuticos. Esta práctica puede provocar complicaciones a corto y largo plazo, en las esferas física, psicológica, obstétrica, sexual y social.

A pesar de esta amplia gama de consecuencias sobre la salud, existe una red interrelacionada de factores justificadores de la MGF, entre los que destacan: factores socio-culturales, factores higiénico-estéticos, factores religioso-espirituales y factores sexuales (Jiménez-Ruiz I, 2016)

Según UNICEF (2016) el número estimado de sobrevivientes de mutilación genital femenina (MGF) ha aumentado en los últimos años, pasando de 70 a 200 millones de mujeres y niñas en todo el planeta. La mayoría de ellas se localizan principalmente en 30 países del África subsahariana, Oriente Medio e Indonesia. También la practican algunas etnias de India y América Latina, pero los movimientos migratorios están extendiendo la práctica a los países occidentales en especial Estados Unidos y Europa.

Tabla 1. Prevalencia de MGF por países (UNICEF, 2013)

MUY ALTA	MODERADAMENTE ALTA	MODERADAMENTE BAJA	BAJA	MUY BAJA
Somalia 98%	Gambia 76%	Guinea-Bissau 50%	R. Centroafricana 23%	Iraq 8%
Guinea Conakry 96%	Etiopía 74%	Costa de Marfil 38%	Yemen 23%	Togo 4%
Djibouti 93%	Liberia 66%	Nigeria 27%	R. Tanzania 15%	Camerún 1%
Sierra Leona 88%	Burkina Faso 76%	Chad 44%	Benín 13%	Ghana 4%
Egipto 91%	Mauritania 69%	Kenia 27%		Níger 2%
Eritrea 89%		Senegal 26%		Uganda 1%
Mali 89%				

Tabla 2. Etnias que realizan la MGF (UNAF, 2012)

Etnias que realizan la MGF		Etnias que NO realizan la MGF
Sarahule	Edos	Wolof
Djola	Awusa	Serer
Mandinga	Fante	Ndiago
Fulbé (Pular, Tuculer)	Dogon	
Sonike	Bámbara	

Más concretamente, en España y según datos del Padrón Continuo de Población a fecha de 12 de enero de 2014, se cifra en 17.144, las niñas entre 0 y 14 años que residen nuestro país y que proceden de zonas donde se realiza de forma habitual la MGF.

El Consejo Internacional de Enfermeras (CIE) se opone activamente a la MGF y su medicalización. Se compromete a trabajar para eliminarla en colaboración con las enfermeras de todo el mundo, teniendo en cuenta los movimientos de las poblaciones y las diversidades culturales a que dan lugar los flujos migratorios. Es por tanto imprescindible adquirir los conocimientos y desarrollar las capacidades necesarias para prevenirla. Asimismo los y las enfermeras deben conocer las diferentes alternativas a los “ritos de paso” que se están desarrollando tales como la circuncisión por la palabra (CIE, 2010).

Por todo lo expuesto, entendemos que la prevención de este problema de salud, debe formar parte de un lenguaje enfermero estandarizado, como lo es la taxonomía NANDA-I. De ahí el objetivo del presente trabajo.

Objetivos

Desarrollar la propuesta de un diagnóstico enfermero de Riesgo, enfocado a la prevención de la mutilación genital femenina.

Material y Métodos

Para el desarrollo del Diagnóstico se establecieron dos fases:

- La primera fase, consistió en la creación de una comisión de profesionales expertos en MGF, integrado por investigadores del Grupo de Investigación en Enfermería, Mujer y Cuidados de la Facultad de Enfermería de la Universidad de Murcia.
- La segunda fase, se inició con la revisión de la literatura con el fin llevar a cabo un análisis conceptual que aportase consistencia teórica a cada uno de los componentes del diagnóstico.

Resultados

La NANDA-I define el diagnóstico enfermero de riesgo como: *“juicio clínico en relación con la vulnerabilidad de una persona, familia, grupo o comunidad para desarrollar una*

respuesta humana no deseada a una afección de salud/proceso vitales” (NANDA International, 2015, pág. 464)

La propuesta diagnóstica es la siguiente:

- **Etiqueta:** Riesgo de Mutilación Genital Femenina.
- **Definición:** riesgo de sufrir la extirpación total o parcial de los genitales externos femeninos u otras lesiones de los órganos genitales, ya sea por motivos culturales, religiosos o por cualquier otra razón no terapéutica.
- **Factores de riesgo** (UNAF, 2013; Ministerio de Sanidad, 2015; Almansa P et al, 2016):
 - Mujer perteneciente a una etnia y/o país en el que se realiza la MGF.
 - Pertenecer a una familia en la que alguna mujer haya sido mutilada.
 - Pertenecer a una familia en la que el padre o la madre pertenezcan a una etnia y/o país en el que se realiza la MGF.
 - Manifestaciones verbales a favor de la MGF.
 - Desconocimiento familiar de los efectos adversos para la salud física, reproductiva y psicosocial de la MGF.
 - Planificación de viaje familiar al país de origen.

Taxonomía II

- Dominio 11. Seguridad protección
- Clase 3. Violencia

En futura Taxonomía III

- Dominio: Seguridad
- Clase: Peligros para la Salud

Estructura Multiaxial del diagnóstico

Siguiendo la estructura multiaxial de los diagnósticos de Enfermería se han definido las 7 dimensiones de la respuesta humana que se deben considerar durante el proceso diagnóstico, de la siguiente forma:

- **Eje 1 Foco diagnóstico:** Mutilación Genital Femenina. Como parte esencial y raíz del presente diagnóstico se considera que “Mutilación Genital Femenina” forma parte de un único elemento indisociable ya que define de forma específica y concreta el acto a través del cual se producen las respuestas humanas que pueden aparecer de forma conjunta como consecuencia de una MGF. Cada término por sí solo no aportaría el nivel de significado exigido para la descripción de las respuestas humanas que abarca dicho síndrome.
- **Eje 2 Sujeto del diagnóstico:** Individuo mujer o niña (Femenina). El sujeto diagnóstico viene descrito en el foco diagnóstico y estas serán las mujeres o niñas en riesgo de sufrir una Mutilación Genital Femenina.
- **Eje 3 Juicio:** Vulnerabilidad a sufrir deterioro de diversos dominios de salud como consecuencia de una mutilación genital femenina.
- **Eje 4 Localización:** Genitales femeninos.
- **Eje 7 Estado:** Riesgo. Vulnerabilidad para desarrollar en el futuro una respuesta humana no deseable derivada de una mutilación genital.

Conclusiones

El diagnóstico enfermero “Riesgo de Mutilación Genital Femenina”, identifica un nuevo problema de salud relacionado con los movimientos migratorios, que Enfermería, con

la formación adecuada, puede abordar de forma eficiente a través de los factores de riesgo explicitados que aumentan la vulnerabilidad de estas niñas y mujeres.

Implicaciones para la práctica:

La creación de un diagnóstico de riesgo para la prevención de la MGF, sitúa a Enfermería como una pieza clave en su prevención y por lo tanto en el proceso de su erradicación.

Implicaciones para el conocimiento de Enfermería

En este sentido y desde el punto de vista del reconocimiento de la dignidad intrínseca y de los derechos iguales e inalienables de todos los seres humanos, podemos afirmar que la práctica enfermera orientada en la planificación de cuidados transculturales motivados por el reconocimiento de las consecuencias de la MGF, puede ayudar a profundizar en la creación de intervenciones enfermeras específicas y centradas en el cuidado paliativo de las complicaciones, además de detectar con mayor rapidez nuevos casos de MGF para tratar de forma adecuada las secuelas derivadas de esta costumbre.

Bibliografía

1. Almansa Martínez P, Jiménez-Ruiz I, Alcón Belchí C, Pastor Bravo MM, Rodríguez Martínez, EM. (2016). Protocolo para la prevención de la Mutilación Genital Femenina en la Región de Murcia. Asociación DEMUSA. [En línea]. <http://www.demusa.org/proyectos/protocolo-prevenci%C3%B3n-mgf/>
2. Jiménez-Ruiz, I (2015). Enfermería y Cultural: las fronteras del androcentrismo en la Ablación/Mutilación Genital Femenina [Tesis Doctoral]. Murcia: Universidad de Murcia.
3. Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad. Protocolo Común de Actuación Sanitaria ante la Mutilación Genital Femenina (2015). Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad. [En línea] http://www.msssi.gob.es/organizacion/sns/planCalidadSNS/pdf/equidad/Protocolo_MGF_vers5feb2015.pdf.
4. OMS. (2014) Mutilación Genital Femenina. Nota descriptiva N°241. [En línea] <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs241/es/>
5. UNAF. (2012). La MGF en España. Prevención e intervención. Madrid: Unión de Asociaciones Familiares.
6. UNAF. (2013). Guía para Profesionales. La MGF en España. Prevención e Intervención. Madrid : Unión Nacional de Asociaciones Familiares
7. UNICEF. (2013). Female Genital Mutilation/Cutting: A statistical overview and exploration of the dynamics of change. Obtenido de United Nations Children's Fund : http://www.unicef.org/media/files/FGCM_Lo_res.pdf
8. UNICEF. (2015). UNICEF's data work on FGM/C. [En línea]. http://www.unicef.org/media/files/FGMC_2016_brochure_final_UNICEF_SPREAD.pdf

APRENDIZAJE DE LOS LENGUAJES ENFERMEROS EN LOS ESTUDIOS DE GRADO EN ENFERMERÍA DE GUADALAJARA

Autor/es

M^a Isabel Pascual-Benito, Helena Hernández-Martínez, Francisco López-Martínez.

Palabras clave

Lenguajes enfermeros, NANDA, NIC, NOC, Grado Enfermería Guadalajara.

Introducción

Partiendo de los requerimientos que la sociedad necesita y demanda a los profesionales de Enfermería, en términos genéricos, el propósito con el Grado en Enfermería (Directiva 2005/36/CE del Parlamento Europeo y del Consejo de 7 de septiembre sobre el reconocimiento de Cualificaciones Profesionales) es formar enfermeras responsables en cuidados generales con preparación científica y humana, y capacitación suficiente para valorar, identificar y actuar en relación a las necesidades de salud y de cuidados de las personas sanas o enfermas, de las familias y/o la comunidad.

Los fenómenos que conciernen particularmente a las enfermeras son las respuestas humanas a problemas de salud reales o potenciales de las personas, familias o grupos. Estas respuestas abarcan desde las necesidades de salud hasta la recuperación de la enfermedad. Así pues, la función de la enfermera al cuidar a las personas sanas o enfermas es la de evaluar sus respuestas y ayudarlas a la realización de aquellas actividades que contribuyan a su salud o a su restablecimiento o a una muerte digna, ayudándoles a recuperar lo más pronto posible su independencia.

Es importante para los profesionales de enfermería tener un lenguaje estructurado que les permita explicar de qué manera influye en el nivel de salud de la población a la que atiende. Este desarrollo conceptual determina y explica cuál es el servicio específico de la profesión, “que” hacemos (diagnóstico), “cómo” lo hacemos (intervención) y “para qué” lo hacemos (resultado). Estos fenómenos, para manejarse de manera más eficaz, se ordenan y codifican dando lugar a las taxonomías enfermeras. Por lo tanto, es imprescindible que los estudiantes de enfermería desarrollen competencias que les permitan conocer, comprender y utilizar los lenguajes enfermeros.

La distribución de los contenidos del Grado en Enfermería viene distribuida en módulos (Ver Tabla N^o1), tal como indica la orden CIN/2134/2008 de 3 julio, por la que se establece los requisitos para la verificación de los títulos universitarios oficiales que habiliten para el ejercicio de la profesión enfermera.

Tabla N^o 1. Distribución Módulos Grado en Enfermería

Módulos	ECTS
Formación Básica Común	60
Ciencias de la Enfermería	60
Prácticas Tuteladas y Trabajo Fin de Grado	90

Y enumera las competencias que el futuro egresado debe adquirir, en relación con los lenguajes enfermeros, objetivo de este trabajo. La formación enfermera garantizará:

- Ser capaz de prestar una atención sanitaria profesional respondiendo a las necesidades del paciente, planificando, prestando servicios y evaluando los programas individualizados más apropiados a la atención junto al paciente, sus cuidadores y familias y otros trabajadores sanitarios o sociales.
- Conocimiento relevante de y capacidad para aplicar teorías de enfermería y práctica enfermera.

Ante este reto, la formación de los estudiantes en las competencias de resolución de problemas y gestión de casos clínicos, los profesores del Grado en Enfermería de Guadalajara, que imparten su docencia en las asignaturas del Módulo de Ciencias de la Enfermería planifican su docencia utilizando la aplicación de herramientas metodológicas, valoración por Patrones Funcionales de M. Gordon, taxonomías de diagnósticos NANDA-I, de intervenciones NIC y de resultados NOC, de manera secuencial a su crecimiento competencial por cursos académicos.

Objetivos

Los objetivos de este trabajo son:

- Establecer una estrategia de aprendizaje secuencial de los lenguajes enfermos, describiendo la estructura planificada a lo largo de los cuatro cursos académicos.
- Identificar el nivel de competencia que deben adquirir los estudiantes de manera progresiva y acumulativa en cada curso y/o semestre.
- Evaluar nuestra experiencia de enseñanza-aprendizaje de los lenguajes enfermeros.

Material y Métodos

Antes de exponer esta experiencia, que se inicia en el curso académico 2011-2012, se muestra en la siguiente tabla (Ver Tabla Nº2) el plan docente de los Módulos de Ciencias de Enfermería y Prácticas Tuteladas y Trabajo Fin de Grado (TFG) con la distribución de las asignaturas por curso y cuatrimestre.

Tabla Nº 2. Distribución asignaturas Módulos Ciencias de la Enfermería y Prácticas Tuteladas y TFG

Curso	Asignatura	ECTS
1º	<i>Fundamentos teóricos y metodológicos Enfermería</i>	6
	<i>Cuidados básicos para la salud de la persona, la familia y el grupo.</i>	6
	<i>Procesos generales en Enfermería Clínica</i>	6
	<i>Prácticas Clínicas I</i>	6
2º	<i>Enfermería clínica en la edad adulta.</i>	6
	<i>Situaciones agudas y de emergencia</i>	6
	<i>Salud comunitaria y organización enfermera en la comunidad</i>	6
	<i>Prácticas Clínicas II</i>	12
3º	<i>Enfermería clínica en la infancia, adolescencia y envejecimiento</i>	6
	<i>Atención enfermera al desarrollo humano con una perspectiva de género</i>	6
	<i>Gestión de servicios enfermeros; legislación y deontología profesional</i>	6

	<i>Enfermería clínica en la edad adulta. Procesos crónicos, avanzados y terminales</i>	6
	<i>Instrumentos del cuidado enfermero con la comunidad</i>	6
	Practicum General I	18
	Practicum General II	30
4º	<i>Practicum Específico</i>	12
	Trabajo Fin de Grado (TFG)	12

Como se puede observar en la tabla anterior, la enseñanza se compone de:

Enseñanza teórica. Es el aspecto de la formación en cuidados de enfermería mediante el cual los estudiantes adquieren los conocimientos, la comprensión, las aptitudes y las actitudes profesionales necesarias para planificar, prestar y evaluar los cuidados globales de salud.

Enseñanza clínica. Es el aspecto de la formación de los cuidados de enfermería mediante el cual el estudiante aprende, dentro de un equipo y en contacto directo con un individuo sano o enfermo y/o colectividad, a planificar, prestar y evaluar los cuidados de enfermería globales requeridos a partir de los conocimientos y aptitudes adquiridos.

Enseñanzas que se interrelacionan y se establecen a la par, con lo cual favorece que el estudiante realice un aprendizaje significativo que le facilite la puesta en práctica de los conocimientos teóricos.

Teniendo esto como base, se identifica el nivel de competencia y se diseña la siguiente estrategia para la adquisición del aprendizaje teórico y práctico de los lenguajes enfermeros de manera progresiva y acumulativa en cada curso y/o semestre:

Primer curso de Grado.

En el segundo cuatrimestre, se imparte el conocimiento teórico sobre las teorías enfermeras, la metodología enfermera y el uso de herramientas como los Patrones Funcionales de Salud de M. Gordon y las estructuras taxonómicas de los lenguajes enfermeros, específicamente las de diagnósticos (NANDA-I), resultados (NOC) e intervenciones (NIC) y sus vínculos o interrelaciones.

En las sesiones teórico-prácticas se debaten casos clínicos, donde se trabaja la interrelación de conceptos, la focalización en las necesidades del paciente con el árbol de decisiones y se comienza a poner nombre al problema detectado como diagnóstico enfermero, utilizando la taxonomía NANDA-I.

Segundo curso de Grado

Durante el primer cuatrimestre, en las asignaturas teóricas se trabaja específicamente con las taxonomías NANDA-I y NIC, incidiendo en el razonamiento y formulación diagnóstica. Los estudiantes diseñan planes de cuidados a partir de casos clínicos relacionados con el cuidado básico y el cuidado enfermero derivado de las medidas diagnósticas y terapéuticas en adultos.

En este cuatrimestre, el estudiante tiene el primer contacto con el enfermo en el entorno asistencial y utiliza los Patrones Funcionales de Salud de M. Gordon con aquellos pacientes que le son asignados. En tutorías de pequeño grupo se evalúa la idoneidad de los datos recogidos y la destreza en el manejo de la valoración.

En el segundo cuatrimestre, desde la teoría se sigue trabajando los mismos aspectos del primer cuatrimestre y, además, la identificación de problemas de colaboración o interdisciplinarios utilizando el modelo Bifocal de Linda J. Carpenito. Los casos clínicos,

utilizados en las sesiones teórico-prácticas en pequeño grupo, hacen referencia a cuidados enfermeros a pacientes adultos con enfermedades agudas.

Durante los rotatorios prácticos de la asignatura Prácticas Clínicas II, los estudiantes desarrollan planes de cuidados individualizados en situaciones reales. Las respuestas al problema de salud exigen una valoración más focalizada. En tutorías de pequeño grupo se discute la idoneidad de la valoración y la calidad del plan de cuidados.

Tercer curso de Grado

En la teoría se van introduciendo los resultados NOC, que por su complejidad conceptual no se habían introducido en segundo curso, ya que en ese momento los estudiantes tienen dificultad para integrarlos al no tener aún una aproximación a la práctica. En tercero ya han tenido esta experiencia y consideramos que es el momento adecuado para su inclusión. Los casos clínicos utilizados en el aula hacen referencia a situaciones de cuidados enfermeros en las diferentes etapas del desarrollo y en las situaciones de cronicidad.

Durante el segundo cuatrimestre, en el Practicum General I, profundizan en el desarrollo de planes de cuidados individualizados en entornos clínicos más específicos e inician la evaluación de las necesidades de salud y de cuidados de las familias y/o la comunidad. Se realizan seminarios reflexivos en grupos reducidos donde se debate la adecuación del plan de cuidados diseñado.

Cuarto curso de Grado

El primer cuatrimestre es ocupado en su totalidad por el Practicum General II, se profundiza en el desarrollo de todas las habilidades para el manejo de los lenguajes enfermeros, especialmente en el uso de los vínculos e interrelaciones y la estandarización del cuidado. Los estudiantes diseñan planes de cuidados en base a las tres estructuras taxonómicas. En seminarios reflexivos, en grupos reducidos, se debate la idoneidad del plan de cuidados estandarizado diseñado por el estudiante.

En el segundo cuatrimestre, el estudiante culmina su aprendizaje de los lenguajes enfermeros, incluyendo como parte de su Trabajo Fin de Grado (TFG), un estándar de cuidados en base a las taxonomías NANDA-NOC-NIC.

Resultados

La evaluación de esta experiencia se realiza con la opinión de grupos de discusión de estudiantes y la opinión de los profesores que se recoge con relatos breves.

Los estudiantes manifiestan la adecuación de esta estrategia metodológica, al ayudarles a interiorizar mejor las taxonomías NANDA-I, NIC y NOC, que les facilita la realización de planes de cuidados individualizados y/o estandarizados como parte de un cuidado enfermero de calidad.

De los relatos breves elaborados por los profesores se puede afirmar, al ser una idea recurrente en todos ellos, que esta estrategia les sirve de hilo conductor en la planificación y enseñanza de las diferentes asignaturas teóricas y prácticas. También hacen referencia a la mayor facilidad con que los estudiantes abordan la resolución de casos clínicos en la teoría y la calidad del cuidado a las personas a las que atienden, como estudiantes, en el desarrollo de sus prácticas asistenciales.

El nivel de competencia adquirido por el estudiante es satisfactorio según se refleja en la evaluación de la misma en cada una de las asignaturas y sobre todo en las asignaturas del Practicum.

Conclusiones

Planificar el nivel de consecución de las competencias relacionadas con los lenguajes enfermeros a lo largo del desarrollo del Grado es positivo porque:

Los estudiantes adquieren mayor capacidad para el uso de los lenguajes enfermeros y para concretar el cuidado de manera conceptual y escrita.

El manejo de las taxonomías enfermeras facilita a los estudiantes la integración e interrelación de los conocimientos de las diferentes asignaturas teóricas y prácticas, y la adquisición de la competencia de resolución de casos clínicos.

Como propuesta de mejora, sería necesario que todo el Grado en Enfermería se estructure en base a los lenguajes enfermeros.

Bibliografía

1. Bulechek G, Butcher H, Dochterman J, Wagner C. Clasificación de intervenciones de enfermería. (NIC). 6ª ed. Barcelona: Elsevier; 2014.
2. Johnson M, Moorhead S, Bulechek G, Butcher H, Maas M, Swanson E. Vínculos de NOC y NIC a NANDA-I y diagnósticos médicos. 3ª ed. Barcelona: Elsevier; 2012
3. Memoria Verificación de títulos universitarios oficiales graduado. Graduado en Enfermería por la Universidad de Alcalá. Disponible en: <http://www.uah.es/facultad-medicina-ciencias-salud/facultad/garantia-calidad.asp?capa=memoria>
4. Moorhead S, Johnson M, Maas M, Swanson E. Clasificación de resultados de enfermería NOC. Medición de Resultados en Salud. 5ª ed. Barcelona: Elsevier; 2014.
5. NANDA Internacional. Diagnósticos enfermeros. Definiciones y clasificación 2015 - 2017. Barcelona: Elsevier; 2015.

EVALUACIÓN DE LOS DIAGNÓSTICOS DE ENFERMERÍA EN LA UNIDAD DE REHABILITACIÓN DEL HOSPITAL DE ZAMUDIO

Autor/es

Ana Merino-Rodríguez, Luis Rodríguez-Fernández, Ainara Etxebarria-Abasolo.

Palabras clave

Salud Mental, rehabilitación, metodología enfermera.

Introducción

Osakidetza dispone de una herramienta informática llamada Osanaia, que está integrada en la historia clínica electrónica del paciente y que permite elaborar Planes de Cuidados basados en la taxonomía NANDA-NOC-NIC (NNN). Dicha aplicación facilita la valoración de enfermería por dominios, la selección de diagnósticos a trabajar, el registro y firma de actividades enfermeras, la evaluación de los cuidados y la continuidad y calidad asistencial. Así mismo en esta herramienta se registran riesgos asociados y condicionantes del plan de cuidados.

El Hospital de Zamudio dispone de una unidad de Rehabilitación donde se atiende a personas con Trastorno Mental Grave (TMG) que requieren un ingreso prolongado. En esta unidad y en función del plan individual de cuidados los usuarios son incluidos en programas de rehabilitación activa. El objetivo de estos programas es la recuperación y retorno al medio habitual, el entorno comunitario.

Objetivos

Identificar los diagnósticos de enfermería prevalentes de las personas con Trastorno Mental Grave (TMG) atendidas en la Unidad de Rehabilitación del Hospital de Zamudio perteneciente a la Red de Salud de Mental Bizkaia, a través de los Planes de Cuidados realizados por las enfermeras de Salud Mental registrados en el programa informático Osanaia.

Material y Métodos

Estudio descriptivo transversal de la Unidad de Rehabilitación del Hospital de Zamudio durante el mes de Febrero del 2016. Se incluyeron en el estudio las personas ingresadas en la Unidad (N=36). Se revisaron los Planes de Cuidados registrados en la herramienta informática Osanaia. Se recogieron las siguientes variables: Edad, sexo, diagnóstico médico, tiempo de ingreso, diagnóstico de enfermería, riesgo asociado y condicionante de plan. Se llevó a cabo un análisis estadístico descriptivo de frecuencias y porcentajes.

Resultados

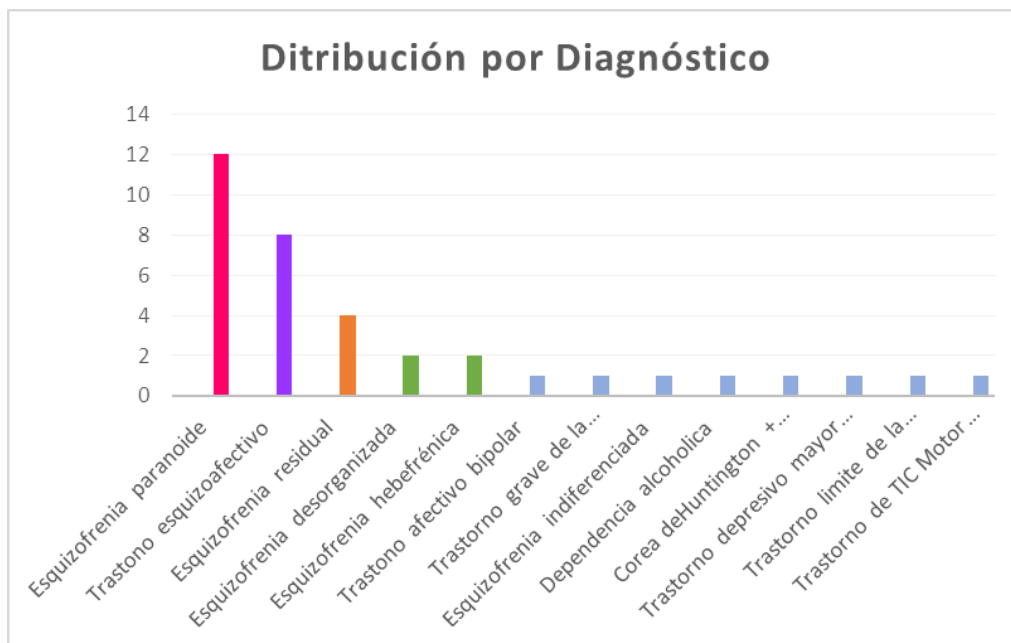
La edad media fue 44,28 años y la distribución por sexos fue 56% hombres y 44% mujeres. El diagnóstico médico prevalente fue Esquizofrenia Paranoide (n=12) seguido por Trastorno Bipolar (n=8), suponiendo estos dos diagnósticos el 55,6% del total de la muestra. Un 58% (n=21) tenía problemas con el consumo de tóxicos. El tiempo medio de ingreso fue de 375,6 días.

La media de diagnósticos de enfermería fue de 4,75. Se identificaron un total de 27 diagnósticos de enfermería, 5 riesgos asociados y 2 condicionantes de plan.

El diagnóstico más frecuente fue (00078) Gestión ineficaz de la propia salud con un 72,2% (n=26) seguido por (00193) Descuido personal con un 44,4% (n= 16).

En relación a los riesgos asociados el más frecuente fue Riesgo de efectos adversos al tratamiento con un 38,9% (n= 14).

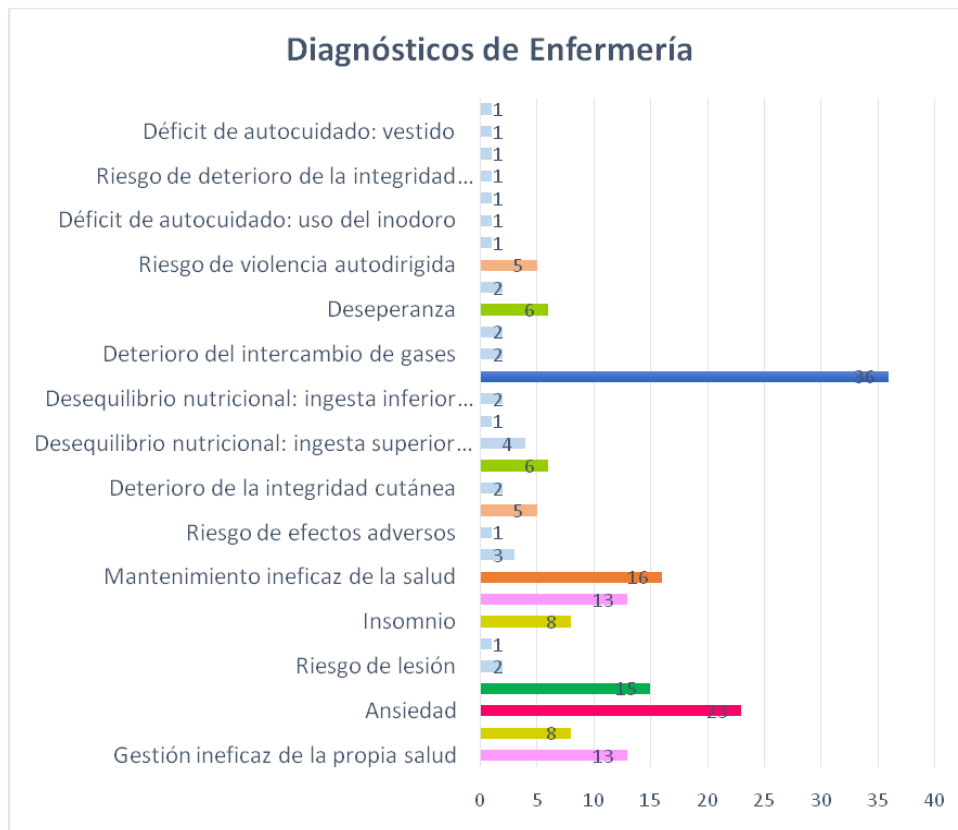
Finalmente en el caso de los Condicionantes de Plan se abordaron en dos personas y son el Protocolo de Zypadhera y relacionado con la enfermedad pulmonar obstructiva crónica (EPOC).



CODIGO NANDA	DIAGNÓSTICO DE ENFERMERÍA	Nº DE PERSONAS CON DICHO DIAGNÓSTICOS
00071	Afrontamiento defensivo	2
00069	Afrontamiento ineficaz	13
00072	Ansiedad	8
00129	Confusión crónica	1
00097	Déficit de actividades recreativas	6
00110	Déficit de autocuidado: Uso del inodoro	1
00109	Déficit de autocuidado: Vestido	1
00001	Desequilibrio nutricional: ingesta inferior a las necesidades	1
00002	Desequilibrio nutricional: ingesta superior a las necesidades	3
00193	Descuido personal	16
00124	Desesperanza	3
00051	Deterioro de la comunicación verbal	12
00030	Deterioro del intercambio de gases	2
00016	Deterioro de la eliminación urinaria	1
00046	Deterioro de la integridad cutánea	1
00085	Deterioro de la movilidad física	2
00011	Estreñimiento	1
00078	Gestión ineficaz de la propia salud	26
00095	Insomnio	4
00099	Mantenimiento ineficaz de la salud	15
00063	Procesos familiares disfuncionales	1
00153	Riesgo de baja autoestima emocional	1
00155	Riesgo de caídas	36
00035	Riesgo de lesión	3
00179	Riesgo de nivel de glucemia inestable	5
00140	Riesgo de violencia autodirigida	5
00138	Riesgo de violencia dirigida a otros	3

RIESGO ASOCIADO	Nº DE PERSONAS
Riesgo de abstinencia a sustancias tóxicas	1
Riesgo de deterioro de intercambio de gases	1
Riesgo de efectos adversos al tratamiento	14
Riesgo de disminución de la perfusión tisular cardiaca	2
Riesgo de fuga	2

CONDICIONANTE DE PLAN	Nº DE PERSONAS
Protocolo de Zyphadera	1
EPOC	1



Conclusiones

El diagnóstico (00155) Riesgo de caídas estaba incluido en todos los usuarios, por protocolo de seguridad, asociado al riesgo de factores extrínsecos e intrínsecos. La “Gestión ineficaz de la propia salud (00078)” es el diagnóstico más trabajado en los usuarios atendidos en la unidad de Rehabilitación del Hospital de Zamudio. El “Riesgo de efectos adversos” se presentó como el riesgo asociado más seleccionado debido a las características farmacodinámicas de las medicaciones utilizadas.

La Taxonomía NNN aporta a las enfermeras una guía estandarizada de actuación basada en la evidencia científica, permitiendo reajustar los diagnósticos en función de la evolución de la persona. Disponer del programa informático Osanaia supone una ayuda para aplicar el pensamiento crítico y una herramienta para facilitar el registro y la continuidad de los cuidados de enfermería.

Bibliografía

1. NANDA Internacional. Diagnósticos Enfermeros: definiciones y clasificación (2015-2017). Elsevier, 2015.
2. Tejedor García MJ, Etxabe Marcell, MP. Guía práctica de informes de enfermería en salud mental. Barcelona: Glosa S.L.; 2007.

VISOS EPISTEMOLÓGICOS DE LA TAXONOMÍA NANDA-I EN RELACIÓN AL SUSTENTO TEÓRICO DE ENFERMERÍA

Autor/es

Mónica Elizabeth Gutiérrez-Rodríguez, Alfredo Bermúdez-González.

Palabras clave

Enfermería disciplina, taxonomía NANDA-I, lenguaje estandarizado.

Introducción

El continuo avance de las ciencias demanda de la enfermería contar con los elementos necesarios que le permitan situarse a la par de otras disciplinas profesionales y constituirse como ciencia del cuidado. En este sentido, considerando el modelo Pavalko, sus miembros deben ser capaces de hallar una clara relación entre cuidado, desarrollo conceptual y el método para proporcionarlo. La presente investigación pretende desvelar la relación entre los visos epistemológicos, que desde el sustento teórico de la enfermería permiten que la taxonomía NANDA-I sea un lenguaje estandarizado.

Objetivos

Analizar el fundamento epistémico de la taxonomía NANDA-I en relación al sustento teórico de la disciplina enfermera.

Material y Métodos

Los antecedentes históricos, las características de sacrificio, humildad y la reciente formación de la disciplina dificultan que las enfermeras sean capaces de reconocer el impacto de su labor (Siles: 2010:1). Sin embargo, el continuo avance de las ciencias, demanda de la enfermería contar con los elementos necesarios que le permitan constituirse como ciencia del cuidado y posicionarse a la par de otras del área de la salud.

En este sentido, algunos autores (Hernández, 2004; Andrade, 2008; Soto, 2013) la han situado como disciplina profesional, considerando el modelo Pavalko (Pavalko, 1971; citado en Bildeau, 2004); este sugiere que sus miembros deben ser capaces de hallar una clara relación entre cuidado, desarrollo conceptual y método (Cabal y Guarnizo, 2011:1).

El origen de la taxonomía diagnóstica NANDA-I respondió a la necesidad de crear lenguaje estandarizado para documentar intervenciones enfermeras y pago por parte de las aseguradoras, valorar problemas- repuestas de pacientes y crear bases de datos como evidencia de las actividades de enfermería (Molina, 2013: 9). La estructuración y uso de este lenguaje estandarizado se contraponen a acepciones filosóficas de Boecio y Tomás de Aquino que consideran a la persona como sustancia racional imposible de generalizar, porque posee suprema individualidad dada por su capacidad racional distinta de todos los demás entes del universo y en relación a la posesión de sí mismo y al dominio de sus actos, entre el conocimiento y el amor, con su apertura al entendimiento y la voluntad (Mercaba, 2015:1). Además genera dudas sobre su elaboración, planeada para un “contexto legal y social específico anglosajón” (Carrillo y

Rubiano, 2007:1), pero ampliamente traducida, difundida y empleada en diversos países.

Por tal motivo encontrar los visos epistemológicos de la taxonomía NANDA-I en relación al sustento teórico de la disciplina enfermera, contribuirá a incrementar el posicionamiento y reconocimiento de la misma tanto intra como interdisciplinar y a constituirse como un fundamento epistemológico de la disciplina. La presente investigación pretende desvelar la relación entre los visos epistemológicos, que desde el sustento teórico de la enfermería permiten que la taxonomía NANDA-I sea un lenguaje estandarizado.

El punto de partida fue una búsqueda en las bases de datos indexadas US National Library of Medicine PUBMED, Biblioteca Virtual de Salud BVS y Scielo; los resultados se explicitan a continuación: Acerca de los visos epistemológicos se encontró que hay falta de relación entre la teoría y la práctica (Siles,1999), manifestada en la escasa producción científica(Andrade, 2008), poca producción de artículos sobre diagnósticos de enfermería(Carvalho, 2009) y la poca utilización de los diagnósticos de enfermería en la práctica profesional(Silva, 2011); tal disyunción se manifiesta también en la dificultad de la terminología enfermera ya que cada una conceptúa de manera distinta (Mata, 2012).

Sobre la taxonomía NANDA, en una revisión crítica se identificó que en algunos de sus dominios no hay relación con la disciplina enfermera (Rivera, 2013); un análisis respecto de los fundamentos epistemológicos del diagnóstico de enfermería expone que no cumplen los criterios de diagnóstico, ya que no precisan los valores constitutivos, las leyes causales, y juicios clínicos de manera conjunta (Zanotti, 2015).

Respecto del sustento teórico de la disciplina enfermera se describe que algunos conocimientos enfermeros están edificados en una lógica científica que los manifiesta como conocimiento instrumental (Almeida, 2009), los diagnósticos son ideas creadas por las enfermeras para describir observaciones clínicas (Carrillo, 2007), son aproximaciones de la realidad que de ser útiles se emplean en la práctica clínica (Gordon, 2000).

Otros artículos exponen el interés de las teóricas en enfermería del siglo XX acerca de brindar un carácter profesional a la disciplina (Cabal, 2011), la responsabilidad de los profesionales en la producción de conocimiento en enfermería (Pires, 2009), retomar la historia para la construcción del método del cuidado coherente a su naturaleza (Siles, 2010).

El acercamiento al fenómeno es través de una Investigación cualitativa que se fortalece de la metodología filosófica, con un diseño fenomenológico basado en Husserl. Si hablar de taxonomía implica un tamiz crítico, el desvelamiento solo lo permite Husserl y, a partir de Heidegger llegar desde la hermeneúsis al fundamento epistémico de la taxonomía NANDA-I como significado esencial y expresado en texto.

La fenomenología hermenéutica en la presente investigación constara de tres fases (Ayala, 2008), siendo la primera la descripción y que corresponde a recopilar la experiencia vivida de manera directa o indirecta a través de una fuentes originales. La segunda parte en el desarrollo de la investigación corresponde a la interpretación de los datos obtenidos, con lo cual se genera la reflexión respecto de la experiencia investigada, siendo así que se reflexiona e interpreta el material experiencial con un análisis temático que distinga la información arrojada en la fase descriptiva, se realiza una reflexión lingüística que agrupa a los tópicos, para terminar la interpretación se

realiza una reducción heurística que evidencia los prejuicios del investigador con la finalidad de que los datos obtenidos puedan ser considerados sobre la visión del mismo.

En la última parte se realiza una descripción e interpretación del material obtenido, punto crucial de la investigación que describe y reflexiona sobre la experiencia en sí, se da paso a la redacción del texto fenomenológico en el que se muestran los significados cognitivos o significados semánticos del habla y la escritura, también los significados no cognitivos que corresponden a la cualidad expresiva de los textos que conduzcan al lector a una epifanía de significado. Finalmente se realiza la revisión de documentación científica con los resultados obtenidos y contrastación de resultados.

Kuhn dice que la naturaleza de la ciencia queda determinada por la forma en que se abordan a los fenómenos de interés, considerando su lenguaje, características, el grupo que la creó y como la utiliza (Kuhn, 2013: 397) y por lo tanto, podemos afirmar que el encontrar los visos epistemológicos de la taxonomía NANDA-I en relación al sustento teórico de la disciplina enfermera, contribuirá al fortalecimiento de la disciplina de enfermería.

Resultados

La taxonomía NANDA-I a partir de 1977, cuenta con la colaboración de 5 teóricas prominentes de la enfermería, que presentan un marco organizativo llamado patrones del hombre unitario, con el que se organizaron los diagnósticos de enfermería NANDA y el Comité de taxonomía. En 1987 se publica la Taxonomía I El "Libro Naranja", basada en la obra de las teóricas de enfermería; con la finalidad de brindarle un sustento teórico. Martha Rogers y su teoría de seres humanos unitarios, Margaret Neumann y su modelo de salud como expansión de la consciencia; Callista Roy y su modelo de adaptación; la teoría de la consecución de objetivos de Imogene King y la teoría del autocuidado de Dorothea Orem. Una revisión profunda de estas intenciones producto de un contexto y en un momento histórico determinado, en el que se busca dar posicionamiento de la disciplina enfermera independiente de otras del área de la salud; para desvelar esta intención en la taxonomía NANDA-I vigente.

Conclusiones

Una de las cinco teóricas, Callista Roy, tiene una filosofía y desde ella un fundamento para su teoría lo que le da cimiento a la taxonomía NANDA-I, por ello una propuesta o utilización a la práctica será desvelar este fundamento y su incorporación a la taxonomía como un cuerpo sólido de conocimientos y su necesidad de homologar el lenguaje de la disciplina enfermera, pero aún estamos trabajando en dicho desvelamiento.

Bibliografía

1. Andrade, L. y L. Viana (2008) "Posición de la enfermería en el continuum ocupación profesionalización y la expansión de la especialización" en Enfermería Global [en línea] No. 12, disponible en: revistas.um.es/eglobal/article/viewFile/1011/1021[Accesado el 26 de mayo de 2015]
2. Ayala, R., (2008) «la metodología fenomenológico- hermenéutica de M. Van Manen en el campo de la investigación educativa. Posibilidades y primeras

- experiencias» en Revista de Investigación Educativa [en línea] Vol. 26 No. 2, España, disponible en: revistas.um.es/rie/article/view/94001/90621 [Accesado el 07 de noviembre de 2015]
3. Bildeau, E., (2004). "Taking a New Perspective on the Process of Becoming a Professional" en CoolWeblog [en línea], Canadá, disponible en: <http://www.coolweblog.com/bilodeau/papers/newperspective-professionaledu.01.pdf> [Accesado el 28 de marzo de 2015]
 4. Cabal, V. y M. Guarnizo, (2011). "Enfermería como disciplina" en Revista Colombiana de Enfermería [en línea] no.6, 2011. Facultad de Enfermería Universidad del Bosque. Disponible en: http://www.uelbosque.edu.co/sites/default/files/publicaciones/revistas/revista_colombiana_enfermeria/volumen6/enfermeria_disc.pdf[Accesado el 25 de mayo de 2015]
 5. Carrillo, G. y Y. Rubiano. (2007). La investigación en validación de los diagnósticos de enfermería" en Revista Cubana de Enfermería [en línea] No. 3, Universidad Nacional de Colombia. Disponible en: http://www.bvs.sld.cu/revistas/enf/vol23_3_07/enf09307.html[Accesado el 25 de mayo de 2015]
 6. Carvalho da Silva, C. et al., (2009). "Diagnósticos de enfermería como instrumentos en la formación del enfermero: una revisión de la literatura" en Enfermería global [en línea] no. 3. Disponible en: <http://revistas.um.es/eglobal/article/view/75301> [Accesado el 26 de mayo de 2015]
 7. Gordon, M., (2000). "Pasado, presente y futuro de los diagnósticos de enfermería" en Cultura de los cuidados [en línea] No. 7 y 8. España. Disponible en: http://rua.ua.es/dspace/bitstream/10045/5116/1/CC_07-08_16.pdf [Accesado el 25 de mayo de 2015]
 8. Hernández, A. y C. Guardado, (2004). "La enfermería como disciplina profesional holística" en Revista Cubana de Enfermería [en línea] Vol. 20, No 2, Cuba, disponible en: http://bvs.sld.cu/revistas/enf/vol20_2_04/enf07204.htm[Accesado el 24 de marzo de 2015]
 9. Kuhn, T. (2013). La estructura de las revoluciones científicas. 4ª edición español. México, Fondo de Cultura Económica.
 10. Mata, L., et al (2012) "Elaboración de diagnósticos e intervenciones según diferentes sistemas de clasificaciones de enfermería" en Revista de la Escuela de Enfermería de la USP [en línea] vol. 46, no. 6, disponible en: <http://dx.doi.org/10.1590/S0080-62342012000600031> [Accesado el 18 de febrero de 2016]
 11. Mercaba (2015) "La persona en Filosofía" [en línea] disponible en: http://www.mercaba.org/Filosofia/AQUINO/24_la_persona.htm [Accesado el 02 de mayo de 2015]
 12. Molina, S., (2013) La influencia de la NANDA en enfermería. Tesis de licenciatura. Armería, Facultad de Ciencias de la Educación, Enfermería y Fisioterapia. División de Enfermería y Fisioterapia. Disponible en:<http://repositorio.ual.es:8080/jspui/bitstream/10835/2491/1/Trabajo.pdf> [Accesado el 18 de marzo de 2015]

13. Pires, D. (2009) “La enfermería como disciplina, profesión y trabajo” en Revista Brasileña de Enfermería [en línea] vol. 62, no. 5, disponible en: www.scielo.br/scielo.php?...71672009000500015 [Accesado el 14 de febrero de 2016]
14. Rivera, V. et al., (2013). “Revisión crítica de la taxonomía enfermera NANDA internacional 2009-2011” en RECIEN [en línea] no. 6. Mayo 2013, España. Disponible en: www.recien.scele.org/.../revis_critica_taxonomia_enfermera.pdf [Accesado el 01 de mayo de 2015]
15. Siles, J., (1999) “Epistemología y enfermería: por una fundamentación científica y profesional de enfermería”. En Enfermería Clínica [en línea] No. 3. 1999, disponible en: http://www.researchgate.net/publication/234051363_Epistemologa_y_enfermerapor_una_fundamentacin_cientificay_profesional_de_la_disciplina [Accesado el 24 de abril de 2015]
16. Siles, J., (2010) “Historia cultural de enfermería. Reflexión epistemológica y metodológica”: en bdigital portal de revistas un [en línea] No. 28, 2010, disponible en: <http://www.revistas.unal.edu.co/index.php/avenferm/article/view/21456/22450> [Accesado el 29 de abril de 2005]
17. Silva, E. et al, (2011), “Nurses' knowledge about Nursing Care Systematization: from theory to practice” en Revista de la Escuela de Enfermería de la USP [en línea] vol. 45, no. 6, diciembre 2011, Sao Paulo, disponible en: <http://dx.doi.org/10.1590/S0080-62342011000600015> [Accesado el 20 de febrero de 2016]
18. Soto, M., (2013) “Relación Profesión- ciencia- Disciplina Enfermería” en Filosofías y Modelos de Enfermería 2013 [en línea], argentina, disponible en: ecaths1.s3.amazonaws.com/filosofiasymodelosdeenfermeria/461178482 [Accesado el 30 de abril de 2015]
19. Zanotti, R. y D. Chiffi, (2015) “Diagnostic frameworks and nursing diagnoses: a normative stance” en Nursing philosophy : an international journal for healthcare professionals[en línea], No. 16 (1), enero 2015, disponible en: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/25413690> [accesada el 12 de febrero de 2016]

EL GÉNERO EN LA TAXONOMÍA NANDA/NOC/NIC: LA PERSPECTIVA DE GÉNERO EN LAS NIC RELACIONADAS CON LA PROMOCIÓN DE LA SALUD

Autor/es

Isabel del Puerto-Fernández, Idoia Ugarte-Gurrutxaga.

Palabras clave

Promoción de la salud, Género, Enfermería, NANDA, NIC.

Introducción

El enfoque de género es un valor emergente en el ámbito sanitario, considerándose un determinante de la salud y priorizando y potenciando actuaciones en pro de la modificación de los factores determinantes que vulneran la salud de las mujeres y de los hombres.

Objetivos

Analizar la incorporación del enfoque de género en la propuesta de Intervenciones de Enfermería (NIC) relacionadas con los Diagnósticos de Enfermería de Promoción de la Salud (NANDA).

Material y Métodos

Se ha realizado una revisión de los lenguajes NANDA/NOC/NIC para identificar los Diagnósticos de Enfermería incluidos en el Dominio 1, en la Clase 2: Gestión de la Salud (NANDA 2012-2014), seleccionando: Gestión ineficaz de la propia salud (00078), Disposición para mejorar la gestión de la propia salud (00162) y Mantenimiento ineficaz de la salud (00099).

Una vez elegidas las NIC de estos diagnósticos, hemos analizado la incorporación del enfoque de género en las actividades propuestas.

Resultados

De las 15 Intervenciones principales estudiadas, tan sólo en 2 de ellas se incorpora alguna actividad con enfoque de género:

- NIC: Análisis de la situación sanitaria (6520)
- NIC: Mejorar el acceso a la información sanitaria (5515)

De las 6 Intervenciones sugeridas seleccionadas, en 2 de ellas se incorpora alguna actividad con enfoque de género:

- NIC: Apoyo en la protección contra abusos (6400)
- NIC: Potenciación de roles (5370)

Conclusiones

- No se garantiza la incorporación del enfoque de género en las Intervenciones de Enfermería (NIC)

- La promoción de la salud se fundamenta en las intervenciones relacionadas con los estilos de vida, por lo que resulta sorprendente la no consideración del enfoque de género en las NIC relacionadas con la promoción de la salud.
- Sería conveniente realizar una revisión de las NIC indicadas con el fin de desarrollarlas con perspectiva de género.

Bibliografía

1. Arroyo Rodríguez Almudena, Lancharro Tavera Inmaculada, Romero Serrano Rocío, Morillo Martín M^a Socorro. La Enfermería como rol de género. Index Enferm [revista en Internet]. 2011 Dic [citado 2016 Abr 01]; 20(4): 248-251. Disponible en: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1132-12962011000300008&lng=es.
2. Bulechek, G.M., Butcher, H.K., Dochterman, J.M. y Wagner, Ch.M Clasificación de Intervenciones de Enfermería (NIC). 6^a Edic. Barcelona: Elsevier España, S.L.; 2014
3. NANDA Internacional. Diagnósticos enfermeros. Definiciones y clasificación 2012-2014. Barcelona: Elsevier España, S.L.; 2013
4. De la Guardia Herrero, C. Los discursos de la Diferencia. Género y Ciudadanía. Una historia de la ciudadanía en España (dirigida por Manuel Pérez Ledesma), CEPC, Madrid, 2007
5. Velasco, S. Sexo, género y salud. Madrid: Minerva Ediciones; 2009

INSTRUMENTO DE EVALUACIÓN ESTANDARIZADO PARA LA CALIFICACIÓN DE CASOS CLÍNICOS EN TRABAJOS FIN DE GRADO

Autor/es

M^a Encarnación Encinas-Prieto, M^a Inés Aranceta-Gaztelu, Nerea Liceaga-Otazu, Susana Ortega-Larrea, M^a Isabel Trespaderne-Beraciertu, M^a Esther Aragón-Garbizu.

Palabras clave

Caso Clínico, Enfermería, Evaluación, Trabajo Fin de Grado, Rúbrica.

Introducción

Una de las cuestiones más complejas relacionadas con el binomio enseñanza-aprendizaje es el proceso de evaluación, más cuando hay un número importante de profesorado implicado, como ocurre en el Trabajo Fin de Grado (TFG).

Desde la Facultad de Medicina y Enfermería de la UPV/EHU, en el Grado de Enfermería de San Sebastián, se confeccionó una rúbrica que facilitara la evaluación del TFG organizada en tres apartados: elaboración, trabajo escrito y defensa. No obstante, se vio la necesidad de crear un instrumento que permitiera objetivar la evaluación específica de una metodología cada vez más utilizada en los TFG, el Caso Clínico, que junto con el Plan de Cuidados requieren la aplicación del Proceso Enfermero y los lenguajes estandarizados(1), permitiendo:

1. Evidenciar la necesidad de recoger de forma sistemática la información para la toma de decisiones.
2. Identificar claramente el papel autónomo de Enfermería, asegurando la calidad y continuidad de los cuidados (2).
3. Promover un aprendizaje que integre los contenidos formativos del Grado.

Partiendo de esta premisa, se diseñó una rúbrica específica para evaluar los Casos Clínicos presentados como TFG.

Objetivos

Validación de un instrumento (rúbrica) que permita una evaluación objetiva de los Casos Clínicos en el TFG.

Material y Métodos

Se recopilan nueve Trabajos Fin de Grado del curso 2014/15, que son revisados por tres profesoras enfermeras según el instrumento elaborado (rúbrica), para evaluar la "fiabilidad interjueces".

Resultados

Una vez realizada la evaluación de los TFG, y según las categorías establecidas (suspense, aprobado, notable y sobresaliente), se evidencia que las calificaciones obtenidas se ajustan a dichas categorías, identificándose un margen de error de +/- 1.

Conclusiones

A la vista de los resultados, podemos concluir que se va avanzando en la calidad docente al minimizar la subjetividad y se proporciona al estudiante una guía para la evaluación del Caso Clínico en el TFG.

Bibliografía

1. Pancorbo Hidalgo, Pedro Luís; García Fernández, Francisco Pedro. ¿Cómo redactar un artículo científico para una revista? Rev Presencia [en línea] 2008 ene-jun, 4(7). Disponible en /presencia/n7/p0139.php [Consultado el 29 de enero de 2016]
2. Tirado Pedregosa, Gerardo; Hueso Montoro, César; Cuevas Fernández-Gallego, Magdalena; Montoya Juárez, Rafael; Bonill de las Nieves, Candela; Schmidt Río-Del Valle, Jacqueline. Cómo escribir un caso clínico en Enfermería. Index de Enfermería [Index Enferm] (edición digital) 2011; 20(1-2). Disponible en <<http://www.index-f.com/index-Enfermería/v20n1-2/7419.php>> Consultado el 27 de enero de 2016.

PROCESO DE ATENCIÓN DE ENFERMERÍA EN UN CASO DE FUGA DISOCIATIVA

Autor/es

Laura Martínez-Herrera, Cristina Moreno-Amezcuca, M^a Isabel Rodríguez-Quesada.

Palabras clave

Fuga disociativa, desorientación, NANDA.

Introducción

Una fuga disociativa implica un viaje repentino donde la persona no recuerda parte de su pasado, incluido su identidad, suele ocurrir tras un hecho especialmente traumático¹.

Valoración

Varón de 51 años ingresado en la Unidad de Agudos de Psiquiatría, por desorientación asociado a una fuga disociativa.

Vemos que no hay relación entre los datos personales que facilita y los de su historia, donde aparece que hace un año tuvo un accidente en el que perdió a su hijo.

El paciente es abogado y reside en Madrid con su familia. Desde hace cuatro meses realiza viajes repentinos a Granada donde dice tener otro nombre y trabajar como camarero.

Los Dominios NANDA alterados son:

- Dominio 9: afrontamiento/tolerancia al estrés.
- Dominio 5: Percepción/cognición.

Diagnósticos Enfermeros

(00128) Confusión aguda

(00069) Afrontamiento ineficaz

(00141) Síndrome postraumático

Resultados

(0901) Orientación cognitiva

(1302) Superación de problemas

(1304) Resolución de la aflicción

Intervenciones

(4820) Orientación en la realidad

(5230) Aumentar el afrontamiento

(5240) Asesoramiento

Evaluación

Los indicadores del resultado (0901) Orientación cognitiva, muestran una mejoría respecto al ingreso de tres puntos. Sin embargo, los indicadores de resultado (1302) Superación de problemas sólo muestra una mejoría de un punto con respecto al inicio.

Por último, los indicadores de resultado (1304) resolución de la aflicción, muestran un avance de tres puntos sobre la situación basal.

Bibliografía

1. American Psychiatric Association, Diagnosis and Statistical Manual of Mental Disorders, Fifth Edition.
2. Herdman TH, Kamitsuru S, NANDA Internacional. Diagnósticos enfermeros: Definiciones y clasificación. Barcelona: Elsevier España S.A. 2015.
3. Sue Moorhead, Marion Johnson, Meridean L.Maas, Elizabeth Swanson. Clasificación de Resultado de Enfermería (NOC). 5ª Edición. Elsevier España S.A. 2013.
4. Gloria M. Bulechek, Howard K.Butcher, Joanne M. Dochterman, Cheryl M. Wagner. Clasificación de Intervenciones de Enfermería (NIC). 6ª Edición. Elsevier España S.A. 2013.

PROCESO DE ATENCIÓN DE ENFERMERÍA EN UN CASO DE AMPUTACIÓN INFRACONDÍLEA EN UN PIE DIABÉTICO

Autor/es

M^a Isabel Rodríguez-Quesada, Laura Martínez-Herrera, Cristina Moreno-Amezcuca, Ana Merino-Rodríguez.

Palabras clave

Amputación, MMII, NANDA.

Introducción

Los pacientes diabéticos con úlceras en pie que presenten antecedentes de vasculopatía periférica, infección grave, osteomielitis avanzada son de alto riesgo para la amputación y en ellos se deben instaurar precozmente medidas terapéuticas y preventivas intensas¹.

Valoración

Varón de 74 años de edad con diabetes mellitus tipo II, HTA, cardiopatía isquémica, dislipemia y exfumador desde hace un año, que ingresa en unidad de vascular por gangrena húmeda en pie derecho para amputación infracondílea.

El paciente es viudo, vive solo en una pensión y no tiene contacto con su familia.

Los Dominios NANDA alterados son:

- Dominio 6: Autopercepción.
- Dominio 11: Seguridad/Protección.
- Dominio 4: Actividad/Reposo

Diagnósticos Enfermeros

(00118) Trastorno de la Imagen Corporal.

(00004) Riesgo de Infección.

(00088) Deterioro de la Ambulación.

Resultados

(1200) Imagen Corporal.

(1902) Control del Riesgo.

(0300) Cuidados personales: Actividades de la vida diaria.

Intervenciones

5220 Potenciación de la imagen corporal.

3660 Cuidados de las Heridas.

1800 Ayuda al Autocuidado.

Evaluación

Los indicadores del resultado (1200) imagen corporal, muestran una empeoramiento respecto al ingreso de dos puntos. Sin embargo, los indicadores de resultado (1902) Control de riesgo muestra una mejoría de tres puntos con respecto al inicio.

Por último, los indicadores de resultado (1800) Ayuda al autocuidado, muestran un avance de un punto sobre la situación basal.

Bibliografía

1. Real JT, Valls M, Basanta ML. Estudio de factores asociados con amputación en pacientes diabéticos con ulceración en pie. An. Med. Interna (Madrid) V.18 n.2 Madrid feb.2001.
2. Herdman TH, Kamitsuru S. NANDA Internacional. Diagnósticos enfermeros: Definiciones y clasificación. Barcelona: Elsevier España S.A. 2015.
3. Sue Moorhead, Marion Johnson, Meridean L.Maas, Elizabeth Swanson. Clasificación de Resultado de Enfermería (NOC). 5ª Edición. Elsevier España S.A. 2013.
4. Gloria M. Bulechek, Howard K.Butcher, Joanne M. Dochterman, Cheryl M. Wagner. Clasificación de Intervenciones de Enfermería (NIC). 6ª Edición. Elsevier España S.A. 2013.

VALIDACIÓN DE CONTENIDO DE LA CLASIFICACIÓN NANDA-I PARA ABORDAJE DE LA CRONICIDAD EN ATENCIÓN PRIMARIA

Autor/es

Pedro Ruymán Brito-Brito, Virginia García-Moreno, María Consuelo Company-Sancho, Domingo Ángel Fernández-Gutiérrez, Héctor Sánchez-Herrero, Martín Rodríguez-Álvaro.

Palabras clave

Diagnósticos enfermeros, Clasificación NANDA 15-17, Atención Primaria, Cronicidad, Validación de contenido.

Introducción

Las taxonomías de cuidados requieren adaptación al contexto asistencial-geográfico por los profesionales que las utilizan.

Objetivos

Evaluar validez aparente y de contenido de la clasificación NANDA-I 2015-2017 desde el marco de la cronicidad en Atención Primaria (AP).

Material y Métodos

Un panel de 16 expertos, enfermeros del Servicio Canario de Salud, evaluó validez aparente y de contenido. Debían reunir al menos 3 criterios: a) conocimiento de realidad asistencial del paciente crónico en AP; b) experiencia clínica con diagnósticos; c) formación; d) lectura de literatura científica; e) asistencia a eventos científicos; f) publicaciones-comunicaciones; g) participación en grupos de trabajo. Los expertos evaluaron cada enunciado diagnóstico según dimensiones: a) relevancia-importancia para representar necesidades de cuidado; b) adecuación para describir necesidades-respuestas-experiencias humanas; c) relevancia del enunciado para representar el dominio. Se construyó hoja de recogida de datos con los diagnósticos NANDA-I 2015-2017. Se generaron tres escalas con respuestas Likert: 1 "nada relevante/adecuado/representativo", 2 "poco", 3 "muy" y 4 "totalmente". Fue editada aplicación web mediante herramienta SurveyMonkey©. El enlace para el acceso y su cumplimentación se envió a los participantes por correo electrónico. Una vez recogidas las respuestas se calcularon índices de relevancia, adecuación y de representatividad para cada enunciado diagnóstico. Además se calculó un índice global. Se dividió el número de evaluaciones de los expertos en 3-4 puntos por el número total de evaluaciones de cada enunciado y se calcularon los índices como media aritmética de todos los enunciados, considerando como buenos aquellos valores superiores o iguales a 0,78.

Resultados

Fueron validados 70 diagnósticos por los expertos obteniendo valores más altos en el dominio Actividad-Reposo.

Conclusiones

Casi un tercio de los diagnósticos cumplió criterios de adecuación para el perfil del crónico. Son necesarios nuevos estudios para continuar validando el contenido los diagnósticos priorizados, atendiendo a características definitorias, factores relacionados y de riesgo.

Bibliografía

1. Polit, D.F., & Tatano Beck, C. (2012). Nursing research: Generating and assessing evidence for nursing practice. New York: Lippincott Williams and Wilkins.
2. Herdman, H., & Kamitsuru, S. (2015). Diagnósticos enfermeros. Definiciones y Clasificación 2015-2017. Barcelona: Elsevier.

PACIENTE FRÁGIL EN ATENCIÓN DOMICILIARIA: ESTUDIO DE UN CASO

Autor/es

Rosa María Roure-Murillo, Pilar Jürschik-Giménez.

Palabras clave

Atención domiciliaria, Fragilidad, Caso clínico.

Introducción

La Sra. Mercedes de 79 años de edad, viuda, con Diabetes Mellitus tipo 2, Hipertensión Arterial, Incontinencia urinaria y fecal, Síndrome de inmovilidad está en el Programa de Atención Domiciliaria hace 4 años.

Vive con 3 hijas solteras, la cuidadora principal es la mayor de ellas, con gatos y un perro.

Valoración

Según las necesidades de Virginia Henderson, la Sra. Mercedes es dependiente en todas las necesidades.

Encamada, precisa sondaje vesical permanente, bolsa de colostomía, no puede hacer transferencias ni deambular, presenta úlcera por presión en el talón del pie izquierdo.

Diagnósticos Enfermeros

Síndrome de fragilidad del anciano 00257
Deterioro de la eliminación urinaria 00016
Disposición para mejorar el confort 00183
Deterioro de la dentición 00048
Deterioro de la integridad cutánea 00046
Riesgo de cansancio del rol de cuidador 00062
Riesgo de caídas 00155
Riesgo de infección 00004

Resultados

Preparación del cuidador familiar domiciliario 2202
Rendimiento del cuidador principal: cuidados directos 2205
Rendimiento del cuidador principal: cuidados indirectes 2206
Conducta de prevención de caídas 1909
Conducta de Seguridad: ambiente seguro del hogar 1910
Bienestar del cuidador principal 2508
Estado de deglución 1010
Control de síntomas 1608
Control del dolor 1605
Consecuencias de la inmovilidad: fisiológicas 0204
Consecuencias de la inmovilidad: psicocognitivas 0205
Estado de comodidad 2008

Intervenciones

Control intestinal 0430
Apoyo a la familia 7140
Apoyo al cuidador principal 7040
Apoyo emocional 5270
Asesoramiento 5240
Educación para la salud 5510
Enseñanza: cuidados de los pies 5603
Enseñanza: dieta prescrita 5614
Enseñanza: medicamentos prescritos 5616
Enseñanza: proceso de enfermedad 5602
Fomentar la salud bucal 1720
Humor 5320
Identificación de riesgos 6610
Manejo ambiental: confort 6482
Manejo del dolor 1400
Manejo del estreñimiento/impactación fecal 0450
Sondaje vesical 0580
Vigilancia de la piel 3590
Visitas domiciliarias de apoyo 3590

Evaluación

La Sra. Mercedes está confortable en su hábitat con sus gatos y sus hijas, se siente cuidada y a la vez controla a sus hijas. La cuidadora principal que trabaja haciendo faenas de hogar y cuidando a un matrimonio mayor quiere cuidar de su madre y tenerla en el domicilio, se le ha ofrecido ingresarla en un sociosanitario, residencia, ayuda de trabajadora social que lo han desestimado tanto ella como su madre. Conoce su enfermedad y las posibles complicaciones que pueden surgir, sabiendo cómo actuar ante ellas. Actualmente vamos haciendo las visitas domiciliarias dos veces a la semana, telefónicas a demanda por parte de la cuidadora.

Bibliografía

1. NANDA Internacional. Diagnósticos Enfermeros. Definiciones y Clasificación 2015-2017 Editorial Elsevier 2015, Barcelona.
2. Clasificación de Resultados de Enfermería (NOC). Medición de Resultados en Salud, 5ª edición. Moorhead Sue, Johnson Marion, Maas Meridean L., Swanson Elisabeth. Elsevier 2013, Barcelona.
3. Clasificación de Intervenciones de Enfermería (NIC). Sexta edición. Bulechek Gloria M., Butcher Howard K., Dochterman Joanne M., Wagner Cheryl M. Elsevier 2013, Barcelona.

INCIDENCIA Y EVOLUCIÓN DE ÚLCERAS EN PIE DIABÉTICO EN UNA UNIDAD DE HEMODIÁLISIS

Autor/es

Elia Braojos-López, Miriam Carrasco-Romero, Dionisia Arévalo-Carrero, Gema Briceño-Sánchez, Nuria Gil-Peña, Patricia Martínez-López.

Palabras clave

Nefropatía diabética, pie diabético, hemodiálisis, úlceras.

Introducción

Los especialistas de la SEN indican que la incidencia de DM está aumentando de forma epidémica en los últimos años. En España se sitúa en torno al 6-10% y alcanza hasta el 20% de la población en mayores de 75 años. Este aumento epidémico de la DM se acompaña de un incremento de la incidencia de la Nefropatía Diabética, la principal causa de Enfermedad Renal Crónica terminal en el mundo. En España el 23% de los pacientes que inician hemodiálisis son diabéticos. Los pacientes diabéticos sometidos a HD presentan más complicaciones que los pacientes no diabéticos. Estas diferencias parecen relacionarse con las alteraciones de la micro y macrocirculación que padecen estos pacientes. Un alto porcentaje son DM tipo II, con alto riesgo cardiovascular, por la HTA, DM, dislipemias, mal control de la glucemia, Enfermedad Renal. Esto justifica la alta prevalencia de complicaciones como la retinopatía, cardiopatía y alto riesgo de padecer pie diabético y amputaciones. Se considera que un 15% de los diabéticos padecen úlceras en los pies en su vida y alrededor de un 85% sufren amputaciones. Existen varios factores de riesgo para el desarrollo de úlceras en pacientes diabéticos en HD: Diabetes, malnutrición, anemia, inflamación, susceptibilidad a infecciones, riesgo cardiovascular incrementado, acumulo de toxinas urémicas, anticoagulación, calcificaciones vasculares, hipertensión. Definimos pie diabético como toda alteración anatómica o funcional que se produce en los pies de los pacientes diabéticos como consecuencia de su enfermedad metabólica. Entre los componentes etiológicos del pie diabético tenemos: la Neuropatía periférica, sensitiva, motora y autónoma. La Enfermedad vascular periférica, por la micro y la macroangiopatía, y la infección. Dado que el pie diabético representa una causa muy importante de morbimortalidad en este grupo de pacientes nos planteamos como objetivo analizar la incidencia y evolución de úlceras de pie diabético en nuestros pacientes.

Objetivos

Nos proponemos analizar la incidencia, evolución y los factores condicionantes del pie diabético en los pacientes en hemodiálisis de nuestra unidad.

Material y Métodos

Estudio observacional, longitudinal, de un año de duración (2015), en la Unidad de HD Hospital Virgen de la Salud de Toledo. De los 80 pacientes de la unidad se estudian 30 pacientes que son diabéticos. El 60% son hombres y el 40% mujeres. Los datos clínicos y de laboratorio se extrajeron de las historias clínicas. Se utilizaron hojas específicas de

registro para las curas (tabla1), así como registro fotográfico para la evolución. Se clasificaron los pies diabéticos según la clasificación de severidad de Wagner. Tabla 2.

HOJA DE REGISTRO DE CURAS

Nombre:..... **Fecha aparición:**.....**Localización:**.....

Tipo de úlcera: Venosa Arterial UPP Pie diabético







Como apareció: Enrojecimiento ; Insuf. Venosa ; Insuf. Arterial ; Varices

Patología Asociada: Obesidad ; Inmovilidad ; HPT 2º ; Anticoagulación

Medicación: Mimpara ; Vit D ; Quelantes Ca ; Quelantes no Ca ; Sintrom

Hábitos tóxicos: Tabaco ; Alcohol ; Otros:

Fecha	Grado	Infección	Dolor	Secreción	Tipo tejido	Tratamiento	Prevención	Plan de cuidados

GRADO DE SEVERIDAD. CLASIFICACION DE WAGNER	
Grado 0 Lesión: Ninguna, pie en riesgo. Características: hiperqueratosis, cabezas metatarsianas prominentes, dedos en garra, deformidades óseas.	
Grado I Lesión: Úlcera superficial Características: Destrucción total del espesor de la piel.	
Grado II Lesión: Profunda. Características: Penetra en la piel, tejido graso y ligamentos sin afectar al hueso con formación de abscesos.	
Grado III Lesión: Úlcera profunda más absceso. Características: Extensa, profunda, con secreción y con mal olor. Existe osteomielitis.	
Grado IV Lesión: Gangrena limitada. Características: Necrosis de parte del pie (dedo, talón...)	
Grado V Lesión: Gangrena extensa. Características: Todo el pie afecto y efectos sistémicos.	

Resultados

Características de la muestra: de los 80 pacientes de la unidad de hemodiálisis, el 37% (30 pacientes) son diabéticos. La edad promedio es de 60 años, 60% son hombres y el 40% mujeres. El 98% son DM Tipo II. El 93% Son HTA, 23% tienen dislipemia, el 20% obesidad, 30% hábito tabáquico, 43% retinopatía diabética y 30% cardiopatía. De los 30 pacientes diabéticos el 76,67% (23p) presentaron úlceras en los pies y el 23,33% (7 p) no tuvieron.

La evolución de las úlceras de los 23 pacientes que las tuvieron fue la siguiente: El 17,39%(4p) curaron, 43,48%(9p) sufrieron amputación, 4,35%(2p) tuvieron osteomielitis, 26% (6p) fallecieron, 6,7% (2p) fallecieron al ser amputados. Destacamos dos casos de mal perforante plantar: úlcera neuropática de larga evolución rodeada de hiperqueratosis, sin componente isquémico asociado, ambas con presencia de osteomielitis. Durante el estudio el 100% de las úlceras presentaron infección y recibieron tratamiento antibiótico intravenoso. Los gérmenes aislados más frecuentes

fueron *Staphylococcus aureus*, *Klebsiella oxytoca*, *enterobacter cloacae*, *staphylococcus hemolyticus*. Los antibióticos más utilizados fueron: vancomicina, gentamicina y ceftazidima. Un caso fue tratado con daptomicina, y otro tuvo un tratamiento prolongado de 1 año con rifampicina y cefazolina por osteomielitis crónica. El 43,48% (10p), presentaron dolor, que se agudizó en las sesiones de HD. El 56,52% (13p), no presentaron dolor.

Conclusiones

En nuestra unidad la Nefropatía Diabética es la primera causa de enfermedad renal. La DM tipo II es la más predominante.

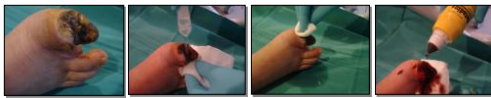
La presencia de diabetes es el factor principal para la aparición de úlceras en los pies.

Las úlceras en los pies son responsables de un aumento de la morbimortalidad de los pacientes.

Son úlceras debidas a la microangiopatía diabética, la revascularización no es posible. El objetivo marcado es mantener la zona aséptica, que se momifique y se caiga o la amputación.

Las lesiones encontradas son fundamentalmente de etiología mixta isquémicas/neuropáticas. No tiene sentido intentar la cicatrización de una úlcera isquémica. Precisan valoración por parte de cirugía vascular.

Establecemos un protocolo de tratamiento local de úlceras. Tabla 3.

Protocolo de tratamiento local de úlcera neuropática - isquémica
<ul style="list-style-type: none"> ● Limpieza con solución salina isotónica a una presión que no cause trauma en el lecho, pero que facilite el arrastre mecánico. ● Secado por presión, no por fricción. ● Uso de Povidona Yodada como antiséptico en espera de otras alternativas terapéuticas, para conservar la zona aséptica.


Como conclusión la evolución fotográfica de una úlcera neuropática-isquémica sería: Tabla 4.

Conclusiones:

EVOLUCION FOTOGRAFICA DE UNA ÚLCERA EN UN PIE DIABETICO SERIA :



Nos planteamos planificar estrategias que prevengan la aparición de úlceras, establecer protocolos para la exploración de miembros inferiores, identificar factores de riesgo para establecer cuidados específicos, mejorar las diálisis: cumplir las dosis de diálisis, técnicas más biocompatibles, aumentar el tiempo o la frecuencia de HD informar y educar al paciente. Elaboramos un cartel informativo. Tabla V.



Establecemos un plan de cuidados: con recomendaciones dietéticas, buen control glucémico, control periódico del tratamiento, evitar la sobrehidratación, revisar el peso seco con periodicidad, evitar las hipotensiones intradiálisis y cuidados específicos de los pies.

Bibliografía

1. Chena JA y colaboradora. Diabetes Mellitus. Aspectos para educadores. Novo Nord Pharma, S.A. 2001.
2. Reparaz Asensio L, Sánchez García-Cervigon P. El pie del diabético. Anales de Med. Interna (Madrid). (Revista en internet). 2004. Vol. 21, nº 9. Disponible en: <http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci-arttext&pid=S0212-71992004000900001> &Ing=es&nrm=iso. ISSN 0212-7199.
3. Lancho Casares JM, Juan Lerma T, de la Vega Jiménez C, Nieto Guerrero M, Aced Agúndez J. Paciente en programa de diálisis y arteriopatía periférica. Rev Soc Esp Enfermería Nefrol 2008; 11(2): 82-87.
4. Sánchez Perales MC, García Cortes MJ, Borrego Utiel FJ, Viedma G, Gil JM, Pérez Barrio P, Borrego Hinojosa J et al. Incidencia y factores de riesgo de amputación no traumática de miembros inferiores en los pacientes de hemodiálisis. Nefrología. 2005; 2: 399-406.
5. Martínez Pérez M, Ruíz Galiano P. Úlceras vasculares. Prevención y cuidados. Rev ROL En, 140: 33-42.
6. Bedía Collantes AR, Costas Auala C, García Ruíz ML, Gutiérrez Ortiz R, Melón Tascón N, Nogales Soto B, et. Al. Úlceras de las extremidades inferiores. Rev ROL En, 150: 65-70.
7. López Mulet M, Monserrat Munuera L, Vélez Giménez F, El paciente, protagonista de su propia curación. Rev ROL En; 154: 67-73.

8. De Francisco ALM: Diálisis en pacientes diabéticos con Insuficiencia renal crónica. Diálisis y trasplante renal. 1169-1184, F. Valderrábano. Ediciones Norma 11998.
9. Akmal M. Hemodiálisis in Diabetic Patients. Am j Kidney Dis 2001; 38: 195-.
10. Aubia J, Oliveras A, Lloveras J: Tratamiento del diabético urémico experiencia de un servicio. Nefrología XIV, 5: 589-599, 1994.
11. Speckman RA, Frankenfi eld DL, Roman SH, Eggers PW, Bedinger MR, Rocco MV, McClellan Win the strongest risk factor for lower-extremity amputation in new hemodialysis patients. Diabetes care. (9): 21-98. 2003.
12. Grupo de trabajo sobre úlceras vasculares de la Asociación Española de Enfermería Vascul ar con úlceras vasculares y pie diabético. Guía de práctica clínica. Asociación española de enfermería Vascul ar.
13. Epidemiology of lower extremity amputation in centres in Europe, North America and East Asia: The global lower extremity amputation etudy group: Br j Surg 87: 328-337, 200.
14. Moreno Esteban B. La Diabetes Mellitus. Ed. CEA. 1987.134-135.
15. Montenegro J. Arteriosclerosis y calcificaciones vasculares en la enfermedad renal crónica. Nephrology 2005; 2.
16. Menezo R el al. Factores de riesgo vascular en pacientes en diálisis: su prevención implica conocimiento. En: Libro de comunicaciones del XXIII Congreso de la SEDEN; Sevilla 8-11 octubre. Barcelona: Hospal; 1998.
17. Carrasco E, Esteban JM. Manejo de la isquemia arterial en miembros inferiores en atención primaria. Grupo Ferrer Edikamed; 2004.
18. Abbott CA, Vileikyte, L, Williamson SH, Carrington AL, Boulton AJM. Multicenter study of the incidence and predictive factors for diabetic foot ulceration. Diabetes Care 1998; 21: 1071-75.
19. Marinel lo Roura, J, Blanes Mompó. I, Escudero Rodriguez JR, Ibañez Esquembre V. Rodríguez Olay J. Tratado de pie Diabético.
20. American diabetes Association. Clínicas Practice Recomendations 2002. Diabetes care, 2002, 25: 1-147.
21. Estudios ANSWER. Conclusiones en la SEM y la American Society.

PLATAFORMA DE APRENDIZAJE VIRTUAL EN CUIDADOS ENFERMEROS. IMPLEMENTACIÓN DE LA FASE DE VALORACIÓN

Autor/es

Lidia Fernández-Donaire, Meritxell Sastre-Rus, Daniel García-Gutiérrez, Brayan Rodríguez-Quirós, Manel Taboada-González.

Palabras clave

Plataforma Virtual de Aprendizaje, TIC, Valoración enfermera, Plan de cuidados, Satisfacción.

Introducción

Durante el curso académico 2013-2014 la Escuela de Enfermería Gimbernat y la Escuela de Informática Tomás y Cerdà diseñó una Plataforma de Aprendizaje Virtual de Cuidados Enfermeros (PAVCE) con el objetivo de proporcionar al estudiante una herramienta informática para confeccionar la valoración dentro del proceso enfermero, y favorecer el aprendizaje activo en la elaboración de planes de cuidados a lo largo de la titulación.

En el curso 2014-2015 se pilotó con estudiantes de 1er curso de grado, quienes colaboraron para detectar incidencias de la herramienta. Durante el curso 2015-2016 se ha extendido a todos los estudiantes matriculados de las asignaturas Historia de los Cuidados y Pensamiento Enfermero (HCPE) y Practicum Introductorio I (PII).

Objetivos

Mostrar el proceso de implementación de la fase de valoración en estudiantes de 1er curso de Grado en enfermería.

Analizar el grado de satisfacción de los estudiantes con la PAVCE.

1Analizar el grado de satisfacción de los tutores con la PAVCE.

Material y Métodos

Se desarrolló una formación para estudiantes y tutores, donde se dieron instrucciones para desarrollar la fase de valoración a través de la PAVCE.

Se estableció un cronograma de seguimiento durante las cuatro semanas en las que los 80 estudiantes realizaban sus prácticas clínicas y recibían feedback de sus tutores a través de la PAVCE.

Finalmente, se administró un cuestionario con respuestas tipo likert y un apartado cualitativo para detectar el grado de satisfacción de estudiantes y tutores en relación a la herramienta y al feedback.

Resultados

Estudiantes y tutores verbalizaron un alto grado de satisfacción con respecto a la herramienta, sensación de mejor seguimiento, y mayor facilidad para realizar el feedback y evaluación del proceso de aprendizaje.

Conclusiones

Este proyecto aproxima al estudiante a la elaboración de planes de cuidados informatizados ajustados a la realidad asistencial, y permite un seguimiento metódico de su proceso de aprendizaje.

Bibliografía

1. Appoloni AH, Herdman TH, Napoleao AA, Campos de Carvalho E, Hortense P. Concept analysis and validation of the nursing diagnosis, delayed surgical recovery. *International Journal of Nursing Knowledge*. 2013 Oct;24(3):115-21. doi: 10.1111/j.2047-3095.2013.01241.x.
2. Brito-Brito PR, Rodríguez-Alvarez C, Sierra López A, Rodríguez-Gómez JA, Aguirre-Jaime A. Diseño y validación de un cuestionario para diagnósticos enfermeros psicosociales en Atención Primaria. *Enfermería Clínica*. 2012 May-Jun;22(3):126-34. doi: 10.1016/j.enfcli.2.
3. Lunney M, McGuire M, Endozo N, McIntosh-Waddy D. Consensus-validation study identifies relevant nursing diagnoses, nursing interventions, and health outcomes for people with traumatic brain injuries. *Rehabil Nurs*. 2010 Jul-Aug;35(4):161-6
4. Lopes JdeL, de Barros AL, Michel JL. A pilot study to validate the priority nursing interventions classification interventions and nursing outcomes classification outcomes for the nursing diagnosis "excess fluid volume" in cardiac patients. *Int J Nurs Terminol Classif*. 2009 Apr-Jun;20(2):76-88. doi: 10.1111/j.1744-618X.2009.01118.x.

PLAN DE CUIDADOS ESTANDARIZADO: POSTQUIRÚRGICO TARDÍO EN MUJERES EMBARAZADAS MASTECTOMIZADAS

Autor/es

Nerea Grande-Manzano, Laura Visiers-Jiménez.

Palabras clave

Mastectomía, Cuidados Posoperatorios, Atención Primaria de Salud, Tercer Trimestre del Embarazo.

Introducción

El cáncer de mama es, en la actualidad, el tumor maligno que mayor mortalidad origina entre las mujeres en los países desarrollados. Gracias a su detección temprana y a los avances médicos se estima que hay 24,6 millones de supervivientes de cáncer de mama en el mundo (Alonso et al., 2010).

Durante la gestación, las mamas sufren una serie de cambios fisiológicos, tanto en densidad como en tamaño, que requieren de vigilancia continuada para la detección precoz de anomalías. El 25% de los cánceres que se diagnostican durante el embarazo son de mama, siendo la edad media de las mujeres embarazadas que lo sufren de 36 años (Cabero y Cabrillo, 2012).

Para la elección del tratamiento del cáncer de mama en la mujer embarazada, se han de tener en cuenta ciertas consideraciones (Cabero y Cabrillo, 2012). La cirugía suele ser el tratamiento de elección, siendo la mastectomía radical modificada la técnica quirúrgica más utilizada. Implica la extirpación completa de la glándula mamaria más los ganglios axilares respetando los músculos de la pared costal (Prieto y Pérez, 2007; Tango, 2015).

El plan de cuidados desarrollado a continuación, enmarcado en la "Teoría General de Enfermería del Déficit de Autocuidado", determina los principales cuidados postquirúrgicos requeridos en atención primaria, de manera estandarizada, por las mujeres de entre 35 y 40 años, tras haber sido sometidas a una mastectomía radical modificada, durante su tercer trimestre de gestación (Alonso et al., 2010; Vivar, 2010).

Valoración

Los principales datos valorados son clasificados a través de los requisitos universales de autocuidado. Así mismo, son tenidas en cuenta las manifestaciones clínicas y factores relacionados con la etapa del embarazo (requisitos de desarrollo), y los derivados de la cirugía (requisitos de desviación de la salud) (Orem, 1993).

1. Requisito universal de Aporte de aire:

La mujer presenta signos de fatiga respiratoria en la realización de actividades de la vida diaria (vestirse, ducharse, hacer la cama...) o ante una actividad física moderada (subir escaleras). El volumen sanguíneo aumenta durante la gestación un 40%. La presión arterial sufre una disminución durante el primer trimestre y, a partir de la semana 28 de gestación se va incrementando hasta retomar valores normales al final del embarazo. La eritropoyesis está incrementada en la gestación porque se requiere mayor cantidad de oxígeno, pero el hematocrito y la hemoglobina se encuentran disminuidos porque hay un aumento del volumen

plasmático (hemodilución o anemia fisiológica de la gestación). Los altos niveles de estrógenos pueden producir hiperemia, dilatación vascular y edema en la mucosa del aparato respiratorio, por lo que es común la congestión nasal y la epistaxis (Jesen, 2012).

2. Requisito universal de Aporte de líquidos:
En el embarazo se produce retención hídrica causada por el aumento de las hormonas esteroideas, la disminución de proteínas y el aumento de la presión y permeabilidad capilar (Jesen, 2012).
3. Requisito universal de Aporte de alimentos:
Las encías se vuelven más sensibles y, por tanto, sangran con más facilidad (gingivitis gravídica). Debido a la relajación del músculo liso del cardias que provoca la presión del útero sobre el intestino y el estómago se puede producir reflujo gastroesofágico y pirosis. La cantidad de saliva puede estar aumentada y acidificada (ptialismo o sialorrea) (Cabero y Cabrillo, 2012; Jesen, 2012).
4. Cuidados asociados a eliminación:
Eliminación urinaria: La presión del útero en la vejiga produce polaquiuria (Herráiz, Hernández, Asenjo y Herráiz, 2005).
Eliminación intestinal: La motilidad del tracto gastrointestinal está disminuida por la acción de la progesterona, la disminución de la actividad y los suplementos de hierro oral, provocando estreñimiento (Jensen, 2012).
Transpiración: Existe un aumento de las glándulas sudoríparas, provocando un aumento de la sudoración corporal (Jensen, 2012).
Menstruación: Las secreciones vaginales serán, de manera estándar, blancas, espesas y más ácidas (leucorrea) (Jensen, 2012; Torrens y Martínez, 2001).
5. Mantenimiento del equilibrio actividad/reposo:
Alteración en el patrón del sueño, debido a los movimientos fetales, la nicturia, la congestión nasal y los calambres, así como por el dolor postquirúrgico y la ansiedad. Por la cirugía (mastectomía), el autocuidado en el vestido, la higiene corporal o el desplazamiento de la mujer al WC se ven alterados parcialmente por la disminución de la actividad física y de la movilidad en el brazo afectado por la intervención (Jensen, 2012).
6. Mantenimiento del equilibrio soledad/interacción humana:
De manera estándar este requisito no está alterado.
7. Prevención de peligros para la vida, el funcionamiento y el bienestar:
Hiperpigmentación de la piel, sobre todo de las aureolas e hipersensibilidad mamaria. Presenta dolor en la espalda, en la cadera, en la vagina y en el pecho en el que ha sufrido la intervención. Debemos valorar el aspecto de la herida quirúrgica y su localización, al igual que el débito drenado y su aspecto. El drenaje que se emplea, en el 65% de los casos, es el Redon y el Blake en un 24% (Úbeda, 2008). Su autocuidado de higiene corporal diario (lavado del cuerpo, higiene bucal y lavado de pelo) estará alterado parcialmente. Se valorará si toma el yodo y la analgesia recomendada junto al grado de dolor y eficacia de la misma (Cabero y Cabrillo, 2012).
8. Promoción del funcionamiento y desarrollo social:
Este tipo de pacientes al ser intervenidas de una parte del cuerpo muy íntima piensan que pueden sufrir un rechazo o aislamiento por parte de familiares y amigos y, en algunos casos, de su pareja. Es habitual que disminuyan la frecuencia

de sus relaciones sexuales por miedo a provocar un aborto y por dolor en los senos. A nivel vaginal los tejidos se encuentran congestionados con colores violáceos y azules. También se produce un aumento de lubricación vaginal (Torrens y Martínez, 2001).

Diagnósticos Enfermeros

Se identifican los principales juicios clínicos clasificados, siguiendo el Modelo Bifocal de la Práctica Clínica, diferenciando entre diagnósticos de enfermería (NANDA) y problemas de colaboración, tanto reales como potenciales.

Entre los diagnósticos de enfermería destacan (Herdman, 2015):

- Trastorno de la imagen corporal r/c cirugía m/p preocupación por la pérdida y temor a la reacción de los otros.
- Intolerancia a la actividad r/c debilidad generalizada m/p fatiga.
- Ansiedad r/c grandes cambios (estado de salud, parto inminente...) m/p cambios en el patrón del sueño y temor.
- Riesgo de infección r/c procedimientos invasivos (drenajes, herida quirúrgica...)
- Incontinencia urinaria de esfuerzo r/c presión intraabdominal alta y debilidad de los músculos pélvicos m/p pérdidas involuntarias de orina al estornudar, toser, reír o realizar algún esfuerzo.
- Riesgo de estreñimiento r/c actividad insuficiente, debilidad de los músculos abdominales y suplementos de hierro.
- Disfunción sexual r/c embarazo y cirugía (mastectomía) (alteración de la función y estructura corporal) m/p percepción de limitación sexual y alteración de la actividad sexual.

Con respecto a los problemas de colaboración (Carpenito, 2013):

- Dolor agudo secundario a intervención quirúrgica (mastectomía).
- Linfedema secundario a extirpación de ganglios linfáticos en la cirugía.
- Retención hídrica secundaria al embarazo.

Y por último, entre las complicaciones potenciales (Carpenito, 2013):

- Hemorragia secundaria a herida quirúrgica (drenaje).
- Hipertensión secundaria a embarazo (3º trimestre)

Resultados

Se planifican una serie de Resultados de Enfermería (NOC) (Moorhead, Johnson, Mass, & Swanson, 2014) destacando: Atención al lado afectado; Nivel de ansiedad social; Nivel de fatiga; Autocuidado: actividades de la vida diaria; Autocontrol de la ansiedad; Nivel de miedo; Curación de la herida: por primera intención; Continencia urinaria; Movilidad; Conocimientos: Funcionamiento sexual durante el embarazo y el puerperio; Equilibrio hídrico; Control del dolor; Conocimiento: manejo del cáncer y Control del riesgo: hipertensión. Para cada resultado se establecen uno o dos indicadores que permitan evaluar su consecución a través de una escala de Likert de 5 puntos.

Intervenciones

Para llegar al nivel de consecución de los resultados planificados, se establecen una serie de Intervenciones de Enfermería (NIC) (Bulechek, Butcher, Dochterman, & Wagner, 2014), junto al desglose de las principales actividades y su planificación:

Apoyo emocional (Comentar la experiencia emocional con la paciente, en la consulta de enfermería y mediante llamadas telefónicas; Abrazar o tocar a la paciente para proporcionarle apoyo, siempre que lo necesite).

Asesoramiento (Establecer una relación terapéutica basada en la confianza y el respeto, siempre).

Escucha activa (Estar atento a las palabras que se evitan, así como a los mensajes no verbales que acompañan a las palabras expresadas cuando hablemos con la paciente, siempre).

Ayuda con el autocuidado - baño y vestido (Facilitar que la paciente se bañe ella misma, todos los días; Reforzar los esfuerzos por vestirse sola, siempre).

Disminución de la ansiedad (Animar a la familia a permanecer con la paciente en todas las consultas).

Mejorar el sueño (Incluir el ciclo regular de sueño/vigilia de la paciente en la planificación de cuidados, siempre); **Control de la infección** (Instruir a la paciente acerca de las técnicas correctas de lavado de manos en la consulta).

Cuidados de la herida y del drenaje cerrado (Enseñar a la paciente y/o a los familiares los procedimientos de cuidado de la herida en la consulta).

Ejercicios de suelo pélvico (Enseñar a la paciente a realizar ejercicios para tensar los músculos, practicando 300 contracciones cada día, manteniendo las contracciones durante 10 segundos cada vez y descansando como mínimo 10 segundos entre contracciones, según el protocolo del centro).

Manejo de la nutrición (Instruir a la paciente sobre sus necesidades nutricionales en la primera consulta y posteriormente cuando lo necesite).

Asesoramiento sexual (Proporcionar intimidad y asegurar la confidencialidad, siempre; Incluir a la pareja o compañero sexual en el asesoramiento, lo máximo posible, en la consulta de enfermería).

Manejo de líquidos, de medicación y de dolor (Evaluar la ubicación y extensión del edema, si lo hubiera, cada tres días; Observar los efectos terapéuticos de la medicación en la paciente en cada visita; Explorar con la paciente los factores que alivian/empeoran el dolor cada tres días).

Prevención de hemorragia (Vigilar de cerca la paciente, cada dos días, por si se producen hemorragias).

Vigilancia: al final del embarazo (Observar si hay signos de hipertensión inducida por el embarazo- hipertensión, cefalea, visión borrosa, náuseas, vómitos, alteraciones visuales, hiperreflexia, edema y proteinuria- tres días a la semana).

Evaluación

La enfermera de atención primaria analizará de manera sistemática, en cada consulta, la consecución de los resultados planificados a través de sus indicadores, junto a la efectividad de las intervenciones enfermeras. Finalmente, determinará la vigencia de los problemas identificados y su actualización.

Bibliografía

1. Alonso, D, I., Pinilla, G, S., Fernández, G, A., Alonso, M, M. A., Camino, G. M., & López, C, F. (2010). Papel de Atención Primaria en el cáncer de mama. Nursing (Ed. española), 28(10), 56-61.

2. Bulechek, G. M., Butcher, H.K., Dochterman, J.M., & Wagner, C.M. (2014). Clasificación de Intervenciones de Enfermería (NIC). (6ª ed.). Barcelona: Elsevier.
3. Cabero, R, L., & Cabrillo, R, E., (2012). Tratado de ginecología, obstetricia y medicina de la reproducción. (2º ed.) Editorial medica Panamericana. Madrid: España.
4. Carpenito, L.J. (2013). Manual de Diagnósticos Enfermeros. Barcelona: Wolters Kluwer Health, Lippincott Williams & Wilkins.
5. Herráiz, M. Á., Hernández, A., Asenjo, E., y Herráiz, I. (2005). Infección del tracto urinario en la embarazada. Enfermedades Infecciosas y Microbiología Clínica, 23, 40-46.
6. Herdman, T.H. (2015). NANDA International. Diagnósticos Enfermeros. Definiciones y Clasificación. 2015-2017. Barcelona: Elsevier.
7. Jensen, S. (2012). Valoración de la salud en enfermería. Una guía para la práctica. Barcelona: Wolters Kluwer.
8. Moorhead, S., Johnson, M., Mass, M.L, & Swanson, E. (2014). Clasificación de Resultados de Enfermería (NOC). (5ª ed.). Barcelona: Elsevier.
9. Orem, D. (1993). Modelo de Orem. Conceptos de la Enfermería en la práctica. Barcelona: Masson-Salvat-Enfermería.
10. Prieto, J. L., y Pérez, M. F. (2007). Ginecología y obstetricia: manual de consulta rápida. Buenos Aires: Médica Panamericana.
11. Tango, D. (2015). Mastectomía. Recuperado en Febrero de 2016 disponible en <https://www.nlm.nih.gov/medlineplus/spanish/ency/article/002919.htm>
12. Torrens, S, R., y Martínez, M, C. (2001). Enfermería de la mujer. Madrid: DAE
13. Úbeda, M. V. B., (2008). Cirugía de mama y drenajes. Enfermería Global, 7(3).
14. Vivar, C. G. (2010). Plan de cuidados en la supervivencia de cáncer: un reto en atención primaria. Atención primaria, 42(7), 354-355.

PROCESO DE ATENCIÓN DE ENFERMERÍA EN UN CASO DE PRIMER BROTE PSICÓTICO

Autor/es

Cristina Moreno-Amezcu, Ana Merino-Rodríguez, M^a Isabel Rodríguez-Quesada, Laura Martínez-Herrera.

Palabras clave

Primer brote psicótico, consumo de cannabis, familia, taxonomía NANDA.

Introducción

El primer brote psicótico siempre es una situación angustiosa tanto para la persona afectada como para la familia y más si hablamos de adolescentes. En ocasiones el consumo de sustancias puede ser el desencadenante, pero en este caso el consumo se realiza para aplacar la sintomatología¹.

Valoración

Varón de 14 años ingresado en la Unidad de Psiquiatría Infantil por un cuadro de Primer Brote Psicótico. De origen colombiano fue adoptado a los dos años de edad, confirman alcoholismo durante el embarazo. Refiere que desde hace un año tiene “voces”, coincide con consumo diario de cannabis. Afirma que tiene dos cerebros, uno es el suyo y otro es el de “Peter”, un personaje de Harry Potter. Confirma que su cerebro se desconecta y se conecta al del personaje que le manda hacer “cosas malas”. Asegura que consume cannabis para relajarse.

Los Dominios de la NANDA alterados son:

- Cognitivo- Perceptual: Déficit de conocimientos.
- Afrontamiento/tolerancia al estrés: Afrontamiento ineficaz tanto por parte del afectado como por la familia.

Diagnósticos Enfermeros

(00069) Afrontamiento ineficaz
(00126) Conocimientos deficientes
(00073) Afrontamiento familiar comprometido

Resultados

(1602) Conocimiento: proceso de la enfermedad
(0924) Control de riesgo consumo de drogas.
(2205) Rendimiento del cuidador principal: Cuidador directo

Intervenciones

(5606) Enseñanza: Proceso de la enfermedad
(5230) Aumentar el afrontamiento
(4510) Tratamiento de sustancias nocivas
(7140) Apoyo a la familia

Evaluación

Los indicadores del resultado (1803) Conocimiento: Proceso de la enfermedad reflejan una mejoría de tres puntos respecto a la puntuación basal, mientras que el resultado (0924) Control de riesgo de consumo de drogas la mejoría es de dos puntos, el usuario concede un efecto terapéutico al Cannabis.

El resultado (2205) Rendimiento del cuidador principal: Cuidador directo tiene una evolución de tres puntos, dato importante para poder llevar a cabo un abordaje más eficaz del caso.

Bibliografía

1. Segarra Echebarria R. Abordaje integral de las fases iniciales de la psicosis: una visión crítica. Panamericana. 2013.
2. Herdman TH, Kamitsuru S, NANDA Internacional. Diagnósticos enfermeros: Definiciones y clasificación. Barcelona: Elsevier España S.A. 2015.
3. Sue Moorhead, Marion Johnson, Meridean L.Maas, Elizabeth Swanson. Clasificación de Resultado de Enfermería (NOC). 5ª Edición. Elsevier España S.A. 2013.
4. Gloria M. Bulechek, Howard K.Butcher, Joanne M. Dochterman, Cheryl M. Wagner. Clasificación de Intervenciones de Enfermería (NIC). 6ª Edición. Elsevier España S.A. 2013.

MANEJO DEL LENGUAJE ENFERMERO ESTANDARIZADO EN LA CONSULTA DE ATENCIÓN PRIMARIA

Autor/es

M. Elena Francés-Tecles, Ángela Garrido-Bartolomé.

Palabras clave

Comunicación, Lenguaje Enfermero, consulta de enfermería, continuidad de cuidados.

Introducción

El análisis y registro de datos de nuestros pacientes es esencial para elaborar un plan de atención, adaptado a las características, entorno y circunstancias de nuestros pacientes, implementado unos conocimientos y estrategias comunicativas eficaces y el manejo de un lenguaje común que garantice un cuidado centrado en la persona aunque sea atendido por diferentes profesionales.

La formación en comunicación y utilización de lenguajes estandarizados y su puesta en práctica, es esencial en el proceso de mejora continua de la calidad asistencial. Mediante nuestro trabajo pretendemos contribuir al desarrollo de la consulta de enfermería desde un punto de vista comunicativo, tratando de obtener información de base para el aprendizaje de técnicas comunicativas y de entrevista y su posterior aplicación en la consulta.

Objetivos

1. Contribuir al desarrollo de la consulta de enfermería desde un punto de vista comunicativo, tratando de obtener por un lado las herramientas básicas para el aprendizaje de técnicas comunicativas y de entrevista y su posterior aplicación en la consulta.
2. Fomentar y promover entre profesionales la competencia comunicativa al servicio del paciente.

Material y Métodos

Estudio cualitativo mediante entrevista en profundidad a veintiuna enfermeras, donde el guion de la entrevista surge de la revisión bibliográfica y la reflexión acerca de los elementos constituyentes de lo que es una buena comunicación y las correspondientes barreras a la comunicación de la enfermera con pacientes de Atención Primaria.

Resultados

Se ha obtenido un alto nivel de variabilidad en los procesos de valoración del paciente predominando el registro de los datos objetivos. No se registran elementos de carácter psicosocial aunque el paciente exprese sentimientos, emociones, preocupaciones o dudas sobre diferentes aspectos de su salud, siendo la formación en habilidades comunicativas y manejo de la taxonomía enfermera por iniciativa de cada profesional.

Conclusiones

La calidad del cuidado integral de cada paciente varía según las estrategias de comunicación, valoración, manejo de las taxonomías y registro de la enfermera que le atiende.

Bibliografía

1. Alfaro-Lefevre R. (2003). Aplicación del proceso enfermero. Fomentar el cuidado en colaboración. Ed. Elsevier Masson 5ª edición. Barcelona.
2. Amezcua M. (1999). La Participación en Salud. *Index Enferm*; 26:7-8.
3. Benavent A, Ferrer E, Francisco del Rey C. (2001). *Fundamentos de Enfermería*. Edito-rial DAE.
4. Bonal R, Almenares HB, y Marzán M. (2012). Coaching de salud: un nuevo enfoque en el empoderamiento del paciente con enfermedades crónicas no transmisibles. *Medisan*, 16(5), 773-785
5. Bulechek GM. (2009). Clasificación de intervenciones de enfermería (NIC). Elsevier Health Sciences.
6. Camaño R. (2011). Desarrollo profesional y comunicación. XXXI Jornadas de Economía de la Salud. Palma de Mallorca, 3-6 Mayo 2011.
7. Camaño R, Piqué J. (1999). Concepto de Enfermería. Un análisis sistemático. *Rev ROL Enf*; 22 (7-8): 539-543.
8. Carrió FB. (2004). Entrevista clínica. Manual de estrategias prácticas. Barcelona: Sociedad Española de Medicina de Familia y Comunitaria.
9. Clèries X, Raya MA, Kronfly E, Escoda JJ, y Cases C. (2002). Hacia el aprendizaje de emociones y sistemas motivacionales en la relación asistencial. *Institut d'Estudis de la Salut*. Barcelona. *Educación Médica*, 5(3); 113-25
10. Corrales D, Alonso A, y Rodríguez MÁ. (2012). Continuidad de cuidados, innovación y redefinición de papeles profesionales en la atención a pacientes crónicos y terminales. Informe SESPAS 2012. *Gaceta Sanitaria*, 26, 63-68
11. Davis F. (2000). La comunicación no verbal. Madrid: Alianza, 1981:54. Department of Health.
12. Fellowes D, Wilkinson S, y Moore P. (2008). Entrenamiento en habilidades comunicativas para los profesionales de la asistencia sanitaria que trabajan con pacientes con cáncer, sus familias o cuidadores (Revisión Cochrane traducida). Disponible en: <http://www.biblioteca-cochrane.com/BCPGetDocument.asp?DocumentID=CD003751>[12/12/2014]
13. Flórez L, y Carranza WA. (2007). La entrevista motivacional como herramienta para el fomento de cambios en el estilo de vida de personas con enfermedades crónicas no transmisibles. *Avances en Psicología Latinoamericana*, 25(2), 63-82.
14. Guirao A. (1998). La consulta de enfermería: aparición, implantación y desarrollo en España. I Reunión de la Asociación de Enfermería Comunitaria, Arnedillo.
15. Hurtado Martínez S. (2001). Enfermería y la relación de ayuda. Excelencia enfermera,
16. Institute of Medicine. *Crossing the Quality Chasm: a new health system for the 21 st century*. Washington: National Academy Press

17. Juárez F. (2006). La educación para la Salud (EpS): metodología, aplicación y uso. En: Martínez Riera JR, Del Pino Casado R. Enfermería en Atención Primaria. Madrid: Avances de Enfermería (DAE). P.193-224.
18. Kirkpatrick D. (2001). Claves para una comunicación eficaz. Barcelona. Ed. Gestión 2000.
19. Moorhead S, y Johnson M. (2009). Clasificación de resultados de enfermería (NOC). Elsevier Health Sciences.
20. NANDA Internacional. (2012-2014). Diagnósticos Enfermeros. Definiciones y clasificación. Ed. Elsevier.
21. Organización Mundial de la Salud (1989). Nuevos métodos de educación sanitaria en la atención primaria de salud. Ginebra: Organización Mundial de la Salud.
22. Pons, X. (2006). La comunicación entre el profesional de la salud y el paciente: aspectos conceptuales y guía de actuación. Enfermería Integral. vol 27

VALIDACIÓN DE UNA NUEVA INTERVENCIÓN ENFERMERA MEDIANTE TÉCNICA DE CONSENSO POR GRUPO DE EXPERTOS

Autor/es

Cristina García-Mascaraque-Sancho, Ramón del Gallego-Lastra.

Palabras clave

Expertos, intervención NIC, Fehring.

Introducción

Según la OMS el 47% de la población mundial adulta ha sufrido una cefalea en el último año, con mayor frecuencia de carácter primario¹. Son cefaleas primarias las migrañas o jaquecas, las cefaleas tensionales, las cefaleas trigémino-autonómicas (conocidas por cefaleas en racimos) y otro grupo de cefaleas heterogéneas menos frecuentes y aún en estudio como la tusígena primaria, la cefalea por esfuerzo físico o por actividad sexual^{7,8}. Estas cefaleas no asociadas a lesión estructural o enfermedades determinantes, son a día de hoy uno de los trastornos más frecuentes del sistema nervioso¹. Ante estas cifras, que van en aumento año tras año, se debe reconocer la importancia de este problema de salud, y los profesionales de enfermería deben comprometerse a reducir la carga física, emocional, social y económica que está causando.

Ante estos datos de prevalencia surge la necesidad de proponer la intervención "Manejo del dolor: cefalea primaria" (MDCP), derivada de la intervención "Manejo del dolor [1400]"⁴, con la finalidad de manejar este problema de salud de manera específica y completa, con unas actividades enfocadas a mejorar tanto el nivel de tolerancia del dolor como los diferentes síntomas que lo acompañan. Enmarcar, bajo una nueva etiqueta NIC, toda una serie de actividades que se llevan a cabo con el paciente diagnosticado de cefalea primaria puede favorecer planes de cuidados más manejables y concretos para los profesionales de enfermería, mejorando así la calidad de nuestros cuidados.

Objetivos

El objetivo es validar la intervención MDCP por consenso de grupo de expertos enfermeros

Material y Métodos

Estudio Piloto Delphi de dos rondas^{2,3}. Se constituye un grupo de 5 expertos, mediante muestreo no aleatorio de conveniencia, que cumplen los siguientes requisitos: formación mínima de máster, 10 o más años de experiencia clínica y contacto con el mundo docente^{5,6,9}. Se diseña (tras una revisión bibliográfica) un cuestionario con la etiqueta, definición y actividades de la MDCP, que los expertos puntuarán según su grado de acuerdo sobre la adecuación de las actividades, en una escala tipo Likert de 5 grados y dos preguntas abiertas para opinar sobre la etiqueta y definición y sugerir actividades adicionales. Se envían los cuestionarios por correo electrónico¹⁰ para la primera ronda, dando un máximo de 22 días para contestar.

Se puntúa la validez de contenido de la intervención (ICV) mediante la adaptación del Método Fehring^{4,5,6}: Se calcula el índice de pesos para cada actividad según los pesos establecidos por Fehring (5=1, 4=0.75, 3=0.5, 2=0.25, 1=0), este índice se calcula mediante la media de los pesos asignados por cada experto. Las actividades con pesos superiores a 0,80 se denominan críticas, las actividades con pesos inferiores a 0,50 se descartan y las situadas entre 0,50 y 0,79 se definen como menores. Se Calcula la puntuación ICV total para la intervención sumando los pesos individuales de cada actividad y dividiendo por el número de actividades.

Se envía para la segunda ronda el cuestionario de la primera con las opiniones y puntuaciones de todo el grupo de expertos, de manera anónima, para que sean conocidos los resultados preliminares. Se les pide que realicen modificaciones si no están de acuerdo y que puntúen con la misma escala Likert la etiqueta y definición finales. Se les da 10 días para contestar.

Resultados

RESULTADOS

Primera ronda: 4 expertos completaron la primera ronda, dando como resultado que todos ellos estaban de acuerdo con la etiqueta y definición propuestas y que, según el cálculo de pesos para las actividades, ninguna de las 39 se descartaba, se definían como menores 18 y como críticas 21. No propusieron ninguna actividad adicional.

Segunda ronda: 4 expertos completaron la segunda ronda, dando como resultados que, a la etiqueta y definición se le atribuye un nivel de concordancia del 0.87, y que consensuan los resultados obtenidos para las actividades en la primera ronda. La intervención tiene un ICV total de 0.77. (tabla 1)

Etiqueta: *“manejo del dolor¹¹: cefalea primaria.²” “pain management: primary headache.”*

Definición: *“alivio o disminución a un nivel de tolerancia aceptable para el paciente¹¹, del dolor y los síntomas concomitantes de la cefalea primaria².” “Alleviation or reduction to a level of comfort acceptable to the patient, of pain and concomitant symptoms of primary headache.”*

Actividades:

1. Realizar una valoración exhaustiva del dolor que incluya la localización, características, aparición/duración, frecuencia, calidad, intensidad o gravedad del dolor, factores desencadenantes y síntomas concomitantes. ^{2,11-23}
2. Observar signos no verbales de molestias, especialmente en aquellos que no pueden comunicarse eficazmente. ^{2,11-23}
3. Explorar el conocimiento y las creencias del paciente sobre el dolor. ^{2,11-23}
4. Considerar las influencias culturales sobre la respuesta al dolor. ^{2,11-23}
5. Determinar el impacto de la experiencia de la cefalea primaria sobre la calidad de vida (sueño, apetito, actividad, función cognitiva, estado de ánimo, relaciones, trabajo y responsabilidad de roles). ^{2,11-23}
6. Explorar con el paciente los factores que alivian/empeoran el dolor. ^{2,11-23}
7. Evaluar, con el paciente y el equipo de cuidados, la eficacia de las medidas pasadas de control del dolor y síntomas concomitantes que se hayan utilizado. ^{2,11-23}

8. Utilizar un método de valoración adecuado según el nivel de desarrollo y preferencias del paciente, que permita el seguimiento de los cambios del dolor y que ayude a identificar los factores desencadenantes reales y potenciales (diagrama de flujo, llevar un diario).^{2,11-23}
9. Animar al paciente a vigilar su propio dolor y a intervenir en consecuencia.^{2,11-23}
10. Proporcionar a la persona un alivio del dolor óptimo mediante analgésicos y otros medicamentos prescritos.^{2,11-23}
11. Enseñar un correcto uso de analgésicos y estrategias para disminuir su abuso y reducir los efectos secundarios.^{2,11-23}
12. Evaluar la eficacia de las medidas de alivio del dolor a través de una valoración continua de la experiencia dolorosa.^{2,11-23}
13. Instaurar y modificar las medidas de control del dolor en función de la respuesta del paciente.^{2,11-23}
14. Utilizar un enfoque multidisciplinario para el manejo del dolor, registrando la información en la historia clínica e informando a otros profesionales sanitarios que trabajen con el paciente.^{2,11-23}
15. Considerar la posibilidad de remitir el paciente, familia y seres queridos a grupos de apoyo y otros recursos existentes, según corresponda.^{2,11-23}
16. Monitorizar el grado de satisfacción del paciente con el control del dolor a intervalos especificados.
17. Explicar la utilización del calor o del frío, razón del tratamiento y la manera en que afectará a los síntomas del paciente.^{2,11-23}
18. Utilizar calor o frío siempre que no haya contraindicaciones, tales como disminución o ausencia de sensibilidad, disminución de la circulación, disminución de la capacidad de comunicación o negativa del paciente.^{2,11-23}
19. Explicar la utilización de la acupresión, razón del tratamiento y la manera en que afectará a los síntomas del paciente.^{2,11-23}
20. Utilizar la acupresión como tratamiento, siempre que no haya contraindicaciones, tales como disminución o ausencia de sensibilidad, disminución de la circulación, disminución de la capacidad de comunicación o negativa del paciente.^{2,11-23}
21. Evaluar si el paciente presenta náuseas y el impacto de estas sobre la calidad de vida (p. ejemplo. Apetito, actividad, desempeño laboral, responsabilidad y sueño).^{2,11-23}
22. Identificar estrategias que hayan tenido éxito en el alivio de las náuseas.^{2,11-23}
23. Proporcionar a la persona un alivio de las náuseas mediante antieméticos prescritos.^{2,11-23}
24. Monitorizar los efectos del tratamiento de las náuseas en todo momento.^{2,11-23}
25. Enseñar al paciente ejercicios de relajación de la mandíbula y cuello.^{2,11-23}
26. Crear un ambiente tranquilo y de apoyo.^{2,11-23}
27. Controlar y reducir ruidos indeseables o excesivos cuando sea posible.^{2,11-23}
28. Controlar la iluminación para conseguir beneficios terapéuticos.^{2,11-23}
29. Instruir al paciente en el uso de técnicas de relajación para mejorar los síntomas.^{2,11-23}
30. Proporcionar información objetiva respecto al diagnóstico, tratamiento y pronóstico.^{2,11-23}
31. Preparar el equipo de oxígeno y administrar a alto flujo si precisa, según prescripción.^{2,11-23}

32. Explicar la utilización de la oxigenoterapia a alto flujo, razón del tratamiento y la manera en que afectará a los síntomas del paciente. ^{2,11-23}
33. Informar al individuo a cerca de los beneficios para la salud y los efectos psicológicos del ejercicio a la hora de reducir los niveles de estrés. ^{2,11-23}
34. Instruir al individuo a cerca del tipo de ejercicio adecuado para su nivel de salud, en colaboración con el médico y/o el fisioterapeuta. ^{2,11-23}
35. Informar al paciente sobre los alimentos perjudiciales (p. ejemplo. La cafeína o el alcohol). ^{2,11-23}
36. Evaluar tanto los patrones como los hábitos actuales y anteriores de alimentación del paciente, así como los alimentos preferidos y los periodos de ayuna. ^{2,11-23}
37. Explicar la importancia de un sueño adecuado para la reducción de los niveles de estrés y mejora de la sintomatología. ^{2,11-23}
38. Instruir al paciente y a los allegados acerca de los factores (fisiológicos, psicológicos, estilo de vida...) que contribuyen a trastornar el esquema del sueño. ^{2,11-23}
39. Informar sobre técnicas favorecedoras del sueño. ^{2,11-23}

Tabla 1: Intervención nueva validada por el grupo de expertos.

Conclusiones

Se concluye la validación teórica por expertos de la intervención del estudio piloto.

El siguiente paso del estudio piloto será la validación clínica, por profesionales de enfermería, de la intervención para conocer si realizan estas actividades, con los pacientes diagnosticados de cefalea primaria, en su día a día, y su opinión al respecto, para ver así la utilidad que podría tener en la práctica la nueva intervención.

Se propone desarrollar el estudio completo tras el piloto, con mayor validez, y llevar a cabo ensayos clínicos posteriores para ver los posibles beneficios de la implantación de la intervención en la mejora de los cuidados enfermeros.

Bibliografía

1. World Health Organization. Atlas of headache disorders and resources in the world 2011. Disponible en: http://www.who.int/mental_health/management/atlas_headache_disorders/en/
2. Cuesta Gómez JL. Aplicación de la técnica Delphi en el proceso de validación de un instrumento. Rev. de teoría, investigación y práctica educativa. 2013;(26):135-160.
3. Irvine F. Exploring district nursing competencies in health promotion: the use of the Delphi technique. J Clin Nurs. 2005;14(8):965-75.
4. Bulechek GM, Butcher HK, Dochterman JMC. Clasificación de Intervenciones de enfermería NIC. 5ª ed. Barcelona: Elsevier, 2009.
5. Fehring RJ. Methods to validate nursing diagnoses. Heart Lung. 1987;16(6 Pt 1):625-9
6. Guirao-Goris JA, Camaño Puig RE, Cuesta Zambrana A. Diagnóstico de enfermería: categorías, formulación e investigación. España: 2001. Disponible en: <http://www.uv.es/joguigo/materiales-dominio-profesional/llibre.pdf>

7. Headache Classification Subcommittee of the International Headache Society. III Classification of Headache Disorders, 3rd edition. *Cephalalgia*.2013; 33(9):629-808.
8. Deza Bringas L. La Migraña. *Acta médica peruana*. 2010;27(2):129-136.
9. Nojima Y, Tomikawa T, Makabe S, Snyder M. Defining characteristics of expertise in Japanese clinical nursing using the Delphi technique. *NursHealth Sci*.2003;5(1):3-11.
10. Lock L.R. Selecting examinable nursing core competencies: A Delphi project. *International Nursing Review*.2011;58:347–353.
11. Bulechez GM, Butcher HK, Dochterman JMC, Wagner CM. Clasificación de Intervenciones de enfermería NIC. 6ª ed. Barcelona: Elsevier,2013.
12. Wood S. Primary headache disorders. *Practice Nurse*.2011;41(5):12-17.
13. Deza Bringas L. La Migraña. *Acta médica peruana*.2010;27(2):129-136.
14. Romero Godoy R, Romero Godoy SR. Origen de la cefalea tensional. *Revfisioter*. 2010;9(1):37-42.
15. Giraldo HJU, Morales DAM, Restrepo LFV. Claves diagnósticas de las cefaleas. *Revista Médica de Risaralda*.2012;18(2).155-164.
16. Naranjo, I. C., & Albino, L. P. guía para el diagnóstico y tratamiento de las cefaleas: Barcelona 2015.43. Disponible en: http://fundesalud.es/filescms/web/uploaded_files/9._Guia_Cefaleas_16x24cm_80pgs_Sept2015.pdf#page=70
17. Espí López GV, Gómez Conesa AA. Aspectos epidemiológicos del dolor en pacientes con cefalea tensional. *Medicina balear*.2010;25(2):23-30
18. Bestard Bizet R, Batista González A, Escobar de la Torre JC, Bestard Silva DDC El metamodelo meditativo y cefalea tensional. *Psicoespacios: Revista virtual de la Institución Universitaria de Envigado*.2014;8(13):217-238.
19. Navarro Calvillo ME. Tratamiento cognitivo conductual de la migraña en el adulto. *Actualidades en Psicología*.2006;20(107): 1-21.
20. Fernández PP, Martínez Zaragoza FA. Implementación de un programa cognitivo- conductual para personas afectadas de migraña. *Revista Iberoamericana de Psicología: Ciencia y Tecnología*.2013;6(1):73-84
21. Barloese MCJ. Neurobiology and sleep disorders in cluster headache. *The Journal of Headache and Pain*.2015;16:78.
22. Chaibi A, Russell MB. Manual therapies for primary chronic headaches: a systematic review of randomized controlled trials. *The Journal of Headache and Pain*. 2014;15(1):67.
23. Gil Martínez A, Kindelan Calvo P, Agudo Carmona D, Muñoz Plata R, López de Uralde Villanueva I, La Touche R. Ejercicio terapéutico como tratamiento de las migrañas y cefaleas tensionales: revisión sistemática de ensayos clínicos aleatorizados. *RevNeurol*. 2013;57(10):433-43.

VALIDEZ DE CONSTRUCTO DEL RESULTADO NOC "SATISFACCIÓN PACIENTE/USUARIO: GESTIÓN DEL DOLOR"

Autor/es

José Carlos Bellido-Vallejo, Pedro Luis Pancorbo-Hidalgo, María Teresa Rodríguez-García.

Palabras clave

Validez de constructo, Dolor crónico, Resultados NOC, Satisfacción, Cuidados enfermeros.

Introducción

El dolor crónico se ha identificado como un problema sanitario importante, se estima que más de la mitad de las personas que viven en la comunidad experimentan dolor crónico (1). Existen estrategias y esfuerzos por parte de las organizaciones sanitarias por ayudar, eliminar o aliviar el dolor crónico. El grado en que la persona perciba que la ayuda, tratamientos, seguimiento, información, disponibilidad de recursos, sirven para aliviar y/o eliminar el dolor, supondrá mayor satisfacción.

La Clasificación de Resultados de Enfermería (NOC), incluye el resultado "Satisfacción del paciente/usuario: Gestión del dolor" (SGD) (satisfacción de la persona con los cuidados enfermeros relacionados con el dolor) (2,3). Conocer las propiedades psicométricas de los resultados NOC y en particular del SGD es importante para que las enfermeras puedan aplicarlos eficazmente en sus pacientes.

Objetivos

Establecer la validez de constructo del SGD en población de pacientes con dolor crónico en ámbito de atención primaria, hospitalaria y unidades del dolor crónico.

Material y Métodos

Diseño.

Estudio de validación, observacional longitudinal y multicéntrico.

Ámbito.

Población de pacientes con dolor de larga evolución en el ámbito de la Atención Primaria, Atención Hospitalaria y Unidades de dolor crónico de la provincia de Jaén y Granada.

Participantes.

Muestra de pacientes no probabilística.

Instrumentos.

Formulario específico: a) datos socio-demográficos, b) versión adaptada al español del SGD con 20 indicadores y puntuación global del SGD (4).

Procedimiento.

Un equipo de enfermeras se encargó de seleccionar a los pacientes, hasta completar la cuota asignada a cada equipo, confirmaron que los pacientes cumplieran los criterios de inclusión, los invitaron a participar, les explicaron la investigación y entregaron documento informado. Posteriormente les realizaron una entrevista, recogieron datos

y valoraron las dimensiones y situación global del SGD mediante escala tipo Likert de cinco puntos (1=Nada satisfecho a 5=Completamente satisfecho).

Análisis estadístico.

Análisis de variables categóricas mediante frecuencias y porcentajes, variables continuas mediante medidas de dispersión central e intervalos de confianza al 95%. Análisis paralelo para determinar número de componentes y Análisis de Componentes Principales (ACP) con rotación Quartimax para validez de constructo con pruebas de adecuación muestral (KMO y esfericidad de Bartlett) (5-7).

Resultados

Equipo de enfermeras

La recogida de datos estuvo a cargo de 20 enfermeras de centros de salud, hospitales y unidad de dolor crónico de la provincia de Jaén y Granada, con una experiencia media en la atención a pacientes con dolor de 19,33±6,35 años.

Perfil de pacientes

La muestra fueron 84 pacientes (Marzo 2013 a Abril 2014), la mayoría mujeres (48), con edad media de 55,49±14,11 años y un nivel basal de dolor de 4,78±1,81 puntos medido con Escala Numérica de Intensidad de Dolor (rango 0=Ningún dolor a 10=El peor dolor imaginable).

Validez de constructo

El análisis paralelo determino que los 20 indicadores del SGD podían estar organizados en dos componentes. Las pruebas de adecuación muestral (KMO=0.859; Bartlett=1191,3 $p<0,001$) indicaron que los datos eran adecuados para el Análisis de Componentes Principales.

En un primer análisis con dos componentes se apreció que tres indicadores presentaban proporción de varianza explicada baja y/o no saturaban bien en ninguno de los dos componentes (Gestión del dolor consecuente con las creencias culturales, Información facilitada para la gestión del uso de la medicación y Dialoga o habla sobre los aspectos de seguridad relacionados con el uso de la medicación para el dolor), explicando esta solución de dos componentes el 66,18% de la varianza.

Revisada la composición de los componentes con enfoque clínico se apreció que los componentes incluían indicadores heterogéneos por lo que se exploró una solución de tres componentes.

Un segundo análisis con tres componentes evidenció que si bien ningún indicador presentaba proporciones de varianza explicada bajas, dos no se mostraban bien definidos en ninguno de los tres componentes (Información facilitada para la gestión del uso de la medicación y Dialoga o habla sobre los aspectos de seguridad relacionados con el uso de la medicación para el dolor). La solución de tres componentes y 18 indicadores explicaba un mayor porcentaje de varianza (70,61%), presentando la matriz de componentes rotados a los tres componentes bien diferenciados. Apoyados en estos datos se adoptó la segunda solución y se denominó a los componentes:

Primer componente: "Acciones de mejora" formado por ocho indicadores explica el 31,26% de la varianza.

Segundo: "Información/orientación" con seis indicadores explica el 21,52% de la varianza.

Tercero: “Considerar preferencias personales” compuesto por cuatro indicadores explica el 17.83% de la varianza restante.

Conclusiones

Esta comunicación presenta un resultado parcial del Proyecto de investigación (Fundación Progreso y Salud-Consejería de Salud de la Junta de Andalucía) y Tesis doctoral “Adaptación cultural y validación de las versiones españolas de los seis Criterios de Resultado relacionados con el dolor de la Clasificación de Resultados de Enfermería (NOC)”(4).

El dolor un concepto subjetivo influenciado por muchos factores tanto personales como de otro tipo, cuando perdura en el tiempo (dolor crónico) se convierte en un verdadero problema de salud(8,9).

Está aceptado que el dolor debe valorarse y evaluarse con regularidad para poder determinar su estado y progresión(10), en este sentido una de las medidas que los profesionales pueden utilizar para determinar la eficacia de la atención ofrecida es la satisfacción o el grado en que la persona percibe que la ayuda, tratamientos, seguimiento profesional, información ofrecida o disponibilidad de recursos le sirven para aliviar y/o eliminar su dolor.

Existen estudios que han analizado como la información influye en la experiencia del dolor (11), como los profesionales no siempre ofrecen la información adecuada (12), o como un mejor alivio del dolor y menor tiempo con dolor severo puede aumentar la satisfacción del paciente (13); también instrumentos como el NOC SGD, con los cuales valorar y monitorizar la satisfacción de los pacientes con los cuidados enfermeros relacionados con el dolor.

En el interés de conocer las propiedades psicométricas del SGD, este estudio aporta pruebas sobre la validez de constructo del NOC Satisfacción del paciente/usuario: Gestión del dolor, en su versión adaptada al español de 18 indicadores, mostrando la existencia de una estructura subyacente, con una organización de tres componentes bien definidos.

Hasta ahora, en los resultados NOC no se había demostrado la existencia de estructura y organización en los indicadores, simplemente se presentaba un listado sin orden aparente con el cual las enfermeras tenían que trabajar, seleccionando indicadores en base a su experiencia, al consenso o intuición clínica. La aportación de que existe una organización dentro del listado de indicadores del SGD y su presentación en grupos más pequeños y homogéneos (componentes) es novedosa desde el punto de vista metodológico, pero sobre todo, desde el punto de vista clínico, ya que abre nuevas posibilidades en la toma de decisiones enfermeras a la hora de su implementación clínica.

Bibliografía

1. Cornally N, McCarthy G. Chronic Pain: The Help-Seeking Behavior, Attitudes, and Beliefs of Older Adults Living in the Community. Pain Management Nursing 2011 Available online 26 February 2011; December 12(4):206-217.
2. Moorhead S, Johnson M, Maas ML, Swanson E. Clasificación de Resultados de Enfermería (NOC). Medición de Resultados en Salud. 5th ed. Barcelona: Elsevier; 2013.

3. Moorhead S, Johnson M, Maas M, Swanson E. Nursing Outcomes Classification (NOC). Measurement of Health Outcomes. 5th ed. St. Louis, Missouri: Elsevier-Mosby; 2013.
4. José Carlos Bellido-Vallejo. Adaptación Cultural y Validación de las Versiones Españolas de los seis Criterios de Resultado relacionados con el Dolor de la Clasificación de Resultados de Enfermería (NOC); 2016.
5. Horn JL. A rationale and test for the number of factors in factor analysis. *Psychometrika* 1965 1965/06/01;30(2):179-185.
6. Streiner DL, Norman GR, Cairney J. Health Measurement Scales. A practical guide to their development and use. 5th ed. New York: Oxford University Press; 2015.
7. Waltz CF, Strickland OL, Lenz ER. Measurement in Nursing and Health Research. 4th ed. New York: Springer Publishing Company; 2010.
8. Carrasco Acosta M, Jiménez de Madariaga C, Márquez Garrido M. Fibromialgia: cuando el dolor es una historia de vida. *Parainfo digital* 2009;III(7):5 abril 2011-<http://www.index-f.com/para/n7/020o.php>.
9. Fouladbkbsb JM, Szczesny S, Jenuvine ES, Vallerand AH. Nondrug Therapies for Pain Management Among Rural Older Adults. *Pain Management Nursing* 2011 Disponible online 28 Enero 2011;12(2):70-81.
10. Registered Nurses' Association of Ontario. Assessment and Management of Pain. 3rd ed. Toronto, ON: Registered Nurses' Association of Ontario; 2013.
11. Sjöling M, Nordahl G, Olofsson N, Asplund K. The impact of preoperative information on state anxiety, postoperative pain and satisfaction with pain management. *Patient EducCouns* 2003 10;51(2):169-176.
12. Naveh P, Leshem R, Dror YF, Musgrave CF. Pain Severity, Satisfaction With Pain Management, and Patient-Related Barriers to Pain Management in Patients With Cancer in Israel. *OncolNurs Forum* 2011 Jul 2011;38(4):E305-13.
13. Zoëga S, Sveinsdottir H, Sigurdsson GH, Aspelund T, Ward SE, Gunnarsdottir S. Quality Pain Management in the Hospital Setting from the Patient's Perspective. *PainPractice* 2015;15(3):236-246.

CASO CLÍNICO DE PACIENTE CON PARKINSON BASADO EN PATRÓN FUNCIONAL DE NUTRICIÓN-METABÓLICO (M. GORDON)

Autor/es

M^a Gloria Villarejo-Rodríguez.

Palabras clave

Nutrición, Parkinson, lenguaje enfermero.

Introducción

La enfermedad de Parkinson (EP) es una enfermedad neurodegenerativa progresiva, se distingue por la pérdida de neuronas dopaminérgicas de la sustancia negra. Los síntomas incluyen temblor, bradiquinesia y rigidez. Los síntomas iniciales pueden ser muy sutiles; a medida que la enfermedad avanza o progresa se desarrollan complicaciones tanto neurológicas como psiquiátricas y autonómicas. Influyen en su aparición aspectos genéticos y ambientales, pero ninguno parece tener un rol determinante. No tiene tratamiento curativo.

La EP afecta al 1% de la población mayor de 50 años, siendo la media de edad de comienzo entre los 60 y 65 años (1). Su prevalencia incrementa con la edad y la incidencia está en aumento debido al mayor envejecimiento de la población. El impacto de la enfermedad se debe a que la mortalidad es dos a cinco veces mayor en personas afectadas que en las no enfermas de Parkinson de la misma edad, ocasionando una disminución de la expectativa de vida y un deterioro importante de la calidad de vida.

Se estima que más de la mitad de los pacientes con diagnóstico de EP son tratados en el ámbito de la atención primaria (2) el cual ofrece el lugar ideal para evaluar el impacto de la enfermedad en la vida cotidiana del paciente y la familia de manera holística.

El estado de salud de toda persona depende del aporte de nutrientes que el organismo necesita para construir, reparar los tejidos y regular los procesos metabólicos. Las necesidades nutricionales de cada individuo varían a lo largo de la vida debido a cambios fisiológicos, psicosociales y patológicos, por ello, la alimentación debe adaptarse de manera individualizada. En este caso nos centraremos en la relación del Parkinson con la nutrición.

La nutrición es un aspecto muy importante en la EP, la dieta puede interferir en la absorción y el transporte de levodopa, medicamento comúnmente utilizado en esta enfermedad, el cual restaura los niveles de dopamina cerebral y pueden mejorar los síntomas por un tiempo. La ingesta de alimentos es una importante influencia en la efectividad del tratamiento médico, aspecto que no ha recibido la importancia que requiere (3,4). Los movimientos involuntarios resultan en un gasto de energía creciente y los síntomas de la enfermedad como los efectos secundarios del tratamiento pueden limitar el consumo de alimentos (5). Además, otro síntoma descrito es una disminución en el olfato (6) sentido relacionado íntimamente con la alimentación siendo el principal determinante del sabor de un alimento, el 80% de lo que se detecta como sabor es procedente de la sensación de olor (7)

Utilizaremos patrones funcionales (Gordon) que permite realizar una valoración enfermera sistemática con la que se obtiene una importante cantidad de datos relevantes del paciente de una manera ordenada, lo que facilita el análisis de los mismos.

En este caso hemos extraído de toda la valoración por patrones funcionales únicamente el patrón de nutrición- metabólico y utilizamos taxonomía NANDA (North American Nursing Diagnosis Association) (8), NOC (Nursing Outcomes Classification)(9) y NIC (Nursing Intervention Classification) (10).

Valoración

Paciente de 82 años diagnosticada de Parkinson hace 7 años (encontrándose actualmente en fase avanzada), sus antecedentes (diabetes mellitus tipo 2), se recogen datos de la persona (problemas de salud) mediante una valoración inicial generalizada del paciente y su entorno mediante la entrevista de enfermería en el domicilio y la exploración física de la paciente (IMC=20; TA: 120/70, piel intacta). Se realiza también test de valoración: Mini-mental (16), escala de Norton(12ptos) e índice de Barthel (15).

Diagnósticos Enfermeros

Tras una posterior valoración focalizada, en este caso, en el patrón de nutrición se identificaron los diagnósticos de enfermería reales y de riesgo:

- Déficit de autocuidado: alimentación relacionado con (R/C) su deterioro cognitivo perceptual, neuromuscular, manifestado por (M/P) su incapacidad para manejar utensilios, coger los alimentos con los utensilios, abrir recipientes.
- Desequilibrio nutricional por defecto R/C la incapacidad para digerir debido a factores biológicos, M/P informe de ingesta inferior a las cantidades diarias recomendadas, incapacidad subjetiva para ingerir alimentos, falta de interés en los alimentos.
- Deterioro de la deglución R/C deterioro cognitivo y neuromuscular, deterioro progresivo de los reflejos y el deterioro funcional M/P la observación de evidencias de la dificultad para deglutir, incapacidad para el vaciado de la cavidad oral.
- Riesgo de aspiración R/C su deterioro en la deglución y neuromuscular
- Riesgo de deterioro de la integridad cutánea R/C la inmovilidad física y un estado nutricional alterado.

Este último diagnóstico también entra dentro del patrón funcional valorado de nutrición- metabólico. De hecho, en la escala utilizada de Norton utiliza los parámetros de nutrición e ingesta de líquidos entre otros para valorar el riesgo de desarrollar Ulceras por Presión (UPP). Unos de los factores intrínsecos de la formación de UPP son las deficiencias nutricionales (por defecto): delgadez, desnutrición, deshidratación, otro factor de riesgo son las alteraciones metabólicas y endocrinas como la diabetes, hiponatremia...

Resultados e Intervenciones

A partir de los diagnósticos enunciados se desarrolló el plan de cuidados de enfermería con los criterios de resultados esperados (NOC), intervenciones (NIC) y las actividades correspondientes.

DIAGNÓSTICO	NOC (indicadores)	NIC (actividades)
Déficit de autocuidado: alimentación	Cuidados personales: comer. 0303 030306 la paciente se llevará la comida a la boca con los dedos mediante ayuda personal (3) 030311 manipulará la comida en la boca completamente independiente (3) 030313 deglute la comida independientemente con ayuda de espesante (4)	Ayuda con los autocuidados: alimentación. 1803 Crear un ambiente agradable y relajado a la hora de la comida (colocar cuña, orinal y equipo de aspiración fuera de la vista) Proporcionar higiene bucal antes de las comidas Proporcionar espesante a los alimentos líquidos
Desequilibrio nutricional por defecto	Control de peso. 1612 161202 La paciente mantendrá la ingesta calórica diaria óptima constantemente (1) 161205 Utilizará complementos nutricionales en caso de ser necesario y por prescripción sanitaria (1) 161208 retendrá las comidas ingeridas con frecuencia (4) Estado nutricional: gestión de nutrientes. 1009 100901 La paciente tendrá una ingesta calórica sustancialmente adecuada (3) 100902 mantendrá una ingesta proteica completamente adecuada (3) 100905 la paciente tendrá una ingesta sustancialmente adecuada de vitaminas (3)	Manejo de la nutrición. 1100 Preguntar por las alergias del paciente a alimentos Fomentar la ingesta de calorías adecuadas al tipo corporal y estilo de vida Fomentar el aumento de ingesta de proteínas, vitaminas y agua Ayuda para ganar peso. 1240 Pesar al paciente a intervalos adecuados y registrarlo Observar si hay náuseas y/o vómitos y determinar la causa Asegurar de que el paciente se encuentra en posición sentado antes de comer Crear un ambiente agradable y relajado a la hora de la comida Analizar los factores socioeconómicos que contribuyen a una nutrición adecuada Registrar la cantidad de ingesta
Deterioro de la deglución	Estado de deglución. 1010 101013El paciente comerá correctamente, evitando episodios de dificultad en la deglución (2) 101004 tendrá no comprometida la capacidad de masticación (1) 101010 el momento de reflejo de deglución estará no comprometido (2) 101012 ausencia de atragantamiento, ros o náuseas (2)	Terapia de deglución. 1860 Retirar los factores de distracción del ambiente Evitar el uso de pajas para beber Poner al paciente en posición erecta y con la cabeza flexionada hacia delante para alimentarse Observar si hay signos y/o síntomas de aspiración El familiar debe vigilar el nivel de conciencia, reflejo de tos, de gases y capacidad deglutiva Dar información y adiestrar a la familia o cuidadores sobre la maniobra de Heimlich Evitar líquidos y utilizar espesantes. Trocear los alimentos en porciones pequeñas Triturar o romper las píldoras antes de su administración
Riesgo de aspiración	Estado neurológico: consciencia. 0912 091202 la paciente mantendrá una orientación cognitiva levemente comprometida (2) 091204 mantendrá levemente comprometido el obedecer órdenes (2) 091206 conservará	Precauciones para evitar la aspiración. 3200 colocación vertical a 90° o lo más incorporado posible Comprobar la boca para ver si hay restos de comida después de comer mantener sentado 30 minutos después de comer

	moderadamente comprometido la respuesta a estímulos ambientales (2)	
Riesgo de deterioro de la integridad cutánea	Integridad tisular: piel y membranas mucosas. 1101 110104 La paciente estará en rango esperado de hidratación (3) 110113. Mantendrá en estado no comprometida la piel intacta (5)	Prevención de las UPP. 3540 Utilizar escala de Norton o Braden para valorar los factores de riesgo de la paciente Registrar el estado de la piel en cada visita Asegurar una nutrición adecuada, especialmente proteínas, vitamina B y C, hierro y calorías por medio de suplementos si es preciso actividades relacionadas con el cuidado de la piel

Evaluación

Los objetivos marcados son a largo plazo la mayoría así no ha dado tiempo de evaluar. Próxima evaluación al mes del inicio de intervenciones. A pesar de no llegar a la etapa de evaluación del PAE queda determinado hasta la etapa de ejecución del plan de cuidados para un paciente en fase avanzada de Parkinson en el patrón de nutrición.

La utilización de Proceso de Atención de Enfermería (PAE) es fundamental para la unificación de criterios y mejoran la atención y seguimiento, favoreciendo la evaluación de resultados. Además, permite considerar al paciente en su totalidad, no solo teniendo en cuenta los aspectos a los que la enfermera dedica su cuidado.

El diseño de un Plan de Cuidados de Enfermería y las interrelaciones NANDA, NIC Y NOC es muy útil, ya que permite a los profesionales de enfermería:

- Unificar el lenguaje enfermero a la hora de comunicar las actividades realizadas.
- Recoger y analizar la información, permitiendo la toma de decisiones para determinar diagnósticos enfermeros, proyectar resultados deseados y escoger intervenciones para conseguir estos resultados.
- Facilita la evaluación y mejora de los cuidados enfermeros.
- Favorece el desarrollo del conocimiento enfermero.

Existen pocas referencias acerca de la utilización de metodología enfermera en Atención Primaria, se estima que solo el 33% de los enfermeros de Atención Primaria utilizaban esta metodología (11).

Actualmente aplicar esta forma de trabajo es sencillo por la accesibilidad de un soporte informático en el trabajo.

Bibliografía

1. Granel A. Enfermedad de Parkinson parte I. Evid actual practambul [Internet]. 2005 [citado 4 Abril 2016];8:83-86. Disponible en: <http://www.bibliotecacochrane.com/BCPGetDocument.asp?SessionID=10480536&DocumentID=EVIARG01669>
2. Stern MB. Parkinson's disease: early diagnosis and management. J FamPract [Internet]. 1993 [citado 4 Abril 2016]; 36(4):439-46. Disponible en:
3. <http://go.galegroup.com/ps/anonymous?id=GALE%7CA13781209&sid=googleScholar&v=2.1&it=r&linkaccess=fulltext&issn=00943509&p=AONE&sw=w&authCount=1&isAnonymousEntry=true>

4. Sheard J, Ash S. Current practice in nutrition diagnosis and intervention for the management of Parkinson's disease in Australia and Canada. *Nutrition&Dietetics* [Internet]. 2015 [citado 4 Abril 2016]; 72(1): 30-35. Disponible en: <http://web.a.ebscohost.com/ehost/detail/detail?vid=7&sid=ec2cfcde16-413a-9481-01bf6d304605%40sessionmgr4004&hid=4107&bdata=Jmxhbmc9ZXMmc2l0ZT1laG9zdC1saXZl#AN=103783940&db=c8h>
5. Sheard J, Ash S. Current practice in nutrition assessment for the management of Parkinson's disease in Australia and Canada. *Nutrition&Dietetics*[Internet]. 2014 [citado 4 Abril 2016];71(2): 92-99. Disponible en: <http://web.a.ebscohost.com/ehost/detail/detail?vid=8&sid=ec2cfcde16-413a-9481-01bf6d304605%40sessionmgr4004&hid=4107&bdata=Jmxhbmc9ZXMmc2l0ZT1laG9zdC1saXZl#AN=103966633&db=c8h>
6. Marcos Plasencia L, Padrón Sánchez A. Protocolo para la alimentación-nutrición en la atención integral al paciente con enfermedad de Parkinson. *Medisur*. [Internet]. 2011 [citado 14 Abril 2016];9(3):181-204. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?pid=S1727-897X2011000300001&script=sci_arttext
7. Tarrats Z. Nutrition and Parkinson's disease. *Archivos De Neurociencias* [Internet]. 1999 [citado 4 Abril 2016]; 4(3): 139-146. Disponible en: <http://web.a.ebscohost.com/ehost/detail/detail?vid=12&sid=ec2cfcde16-413a-9481-01bf6d304605%40sessionmgr4004&hid=4107&bdata=Jmxhbmc9ZXMmc2l0ZT1laG9zdC1saXZl#AN=107138890&db=c8h>
8. Conley SC, Kirchner JT. Parkinson's, the shaking palsy: underlying factors, diagnostic considerations and clinical course. *PostgradMed* [Internet]. 1999[citado 4 Abril 2016];106(1): 39-52. Disponible en: <http://www.tandfonline.com/doi/abs/10.3810/pgm.1999.07.604?journalCode=ipgm20#.VwTaP7BJol>
9. NANDA. Diagnósticos enfermeros: definiciones y clasificación. Madrid, Elsevier. Moorhead S, Johnson M, Mass M. Proyecto de resultados de Iowa.
10. Clasificación de resultados de enfermería (NOC). Tercera edición. Elsevier-Mosby. Madrid.
11. McCloskeyDorchterman J, Bulechek G. Casificación de Intervenciones de enfermería. (NIC). Cuarta edición. Elsevier-Mosby. Madrid.
12. Izquierdo Carrasco J M, Pérez Badía M B, Ramírez Rodríguez FJ, Serrano Escalona I, Torres Montero M D, Conde Lara G. Implantación del proceso enfermero. *RevEnferm*, [Internet]. 2002 [citado 4 Abril 2016];488-493. Disponible en: <http://pesquisa.bvs.br/brasil/resource/pt/ibc-26518>

MEDICIÓN DE CARGAS DE TRABAJO ENFERMERO A TRAVÉS DE LA CLASIFICACIÓN NIC EN UNA UNIDAD DE ANESTESIA Y REANIMACIÓN

Autor/es

M^a Dolores Roldán-Valcárcel, M^a José López-Montesinos, Ana Myriam Seva-Llor, María Trinidad Gil-Pastor, Virginia Imbernón-García, Ana María García-López.

Palabras clave

Cargas de trabajo enfermero, intervenciones de enfermería, paciente crítico quirúrgico.

Introducción

La unidad de Anestesia y Reanimación del HCUVA se ve sujeta a unas cargas de trabajo muy oscilantes que producen en las enfermas una gran presión asistencial. Esto es debido a diferentes factores. Unos relacionados directamente con los pacientes, otros con las propias profesionales y otros con la gestión clínica. Entre los pacientes nos encontramos en primer lugar con sus distintos niveles de dependencia y sus cuidados correspondientes (postquirúrgicos hasta su alta). Además de la variabilidad existente en sus estancias medias, influida por el aumento de los pacientes críticos quirúrgicos. Si nos paramos en las enfermeras, éstas priorizan los cuidados interdependientes antes que los independientes de la propia profesión, ocupando éstos la mayor parte del tiempo asistencial. En relación a la gestión, nos encontramos con una planificación de recursos humanos inadecuada y obsoleta, basada en ratios establecidos por un número fijo de asignación de pacientes independiente de su grado de gravedad. Otra cuestión es el hecho de que las escalas de medición de cargas actuales no terminan de recoger por completo las actividades enfermeras específicas en dicha unidad. Conocer objetivamente las cargas de trabajo y las posibles necesidades específicas de personal que se pueden requerir, permiten optimizar los recursos humanos ante las necesidades reales. Sin embargo, existe un rechazo previo a las modificaciones de cálculos preestablecidos de ratios, que no se adaptan a la realidad y a las necesidades actuales de los pacientes que ocupan en un momento determinado una unidad, a pesar de que cada vez más estudios establecen la relación directa existente entre la ratio enfermera-paciente y la morbi-mortalidad de los mismos. Por lo tanto, el número insuficiente de profesionales de enfermería afecta negativamente a la calidad del cuidado prestado a los pacientes. Esto supone un mayor riesgo para su salud, y una repercusión directa en los índices de morbi-mortalidad, el tiempo de estancia hospitalaria, en aspectos ético legales y en los costes hospitalarios. Es por ello que se considera necesario la creación de una herramienta que contenga un lenguaje enfermero unificado, que permita un instrumento de medida específica para una unidad de Anestesia y Reanimación, capaz de medir tiempos de trabajo enfermero y que además sirva a su vez de registro de enfermería.

Objetivos

Crear una escala de medición de cargas de trabajo mediante taxonomía NIC.

Material y Métodos

Tras realizar una exhaustiva búsqueda bibliográfica sobre la medición de cargas de trabajo, en concreto en una Unidad de Anestesia y Reanimación, se comprueba la escasez de estudios sobre el tema que están más enfocados en unidades de cuidados intensivos o UCI polivalentes. Al repasar la evolución de las escalas existentes, directa o indirectamente que midan la carga de trabajo que produce un paciente, queda latente que en la actualidad no existe ninguna escala de medida de trabajo enfermero que sea capaz de contemplar todas las actividades enfermeras, considerando el hecho de que los cuidados enfermeros no son sólo técnicas, o actividades delegadas por el médico, sino que existen gran cantidad de actividades en colaboración y otras que son propias de enfermería. Resulta difícil que en una sola escala pudiera contemplar específicamente dichas intervenciones de enfermería, en una unidad en concreto y con características determinadas, que pudieran acercarse a una medición más aproximada a la realidad del trabajo diario.

Pero además otros puntos a tener en cuenta eran, por una parte tratarse de una propuesta de mejora (dentro de un Ciclo) que tendría que ser aceptado por el personal de enfermería, además de contemplar el máximo de sus actividades de trabajo diario, entendible por todos y encima ser una ayuda real, que no supusiera una carga extra que pudiera ser rechazada de entrada por el personal por posible sobrecarga añadida a las cargas ya existentes y/o dificultad, de manera que por qué no la nueva escala pudiera servir de registro de enfermería, así el fácil relleno de la escala permitiría ser registro de cuidados de enfermería (con lenguaje enfermero estandarizado) lo que daría lugar a futuros estudios en profundidad sobre cuidados enfermeros, problemas de salud y oportunidades de mejora en la Unidad por facilitar el que sean agrupados para su posterior análisis, y que dicha escala fuera independiente de la gravedad del paciente o el tiempo que esté el paciente en la Unidad, puesto que se registraría por turno (por ser tan variables las cargas de un turno a otro, ya no solo de unos pacientes a otros, sino incluso en la evolución de un paciente de un turno a otro). Y por otra parte, el hecho de que a cada intervención se le adjudique un tiempo (ya establecido por NIC) de manera que permita el cálculo de tiempo invertido por cada enfermera en cada paciente.

Todo ello lleva a la posibilidad de crear una escala nueva, en base a lenguaje enfermero estandarizado, cogiendo de referencia la escala NEMS por considerarse esta última insuficiente para reflejar el trabajo enfermero en la unidad, y centrada en la gravedad del paciente por las intervenciones derivadas médicas. Se precisaba para ello como punto de partida la realización de un plan de cuidados estandarizados en la unidad de anestesia y reanimación, para lo que consideró crear un grupo nominal (por suponer una técnica de consenso de expertos) partiendo de la opinión del personal con experiencia laboral en la unidad, priorizando y consensuando los ítems que deberían conformar finalmente la plantilla por adaptarse mejor a las peculiares características de la unidad de anestesia y reanimación. Partiendo de los pacientes tipo de la unidad, se realiza una lista de diagnósticos enfermeros que de forma general pudiera representar a los usuarios de dicha unidad a pesar de la gran variedad de pacientes que pasan por ella. Simplificándose en los siguientes, tras la opinión de los expertos:

Dolor agudo (00132), Ansiedad (00146), Riesgo de Infección (00004), Deterioro de la movilidad física (00085), Aislamiento Social (00053), Deterioro de la Comunicación verbal (00051) e Insomnio (00095).

Una vez seleccionados los diagnósticos enfermeros se hizo la selección de cada NOC, pero que al conllevar un mayor tiempo de seguimiento en su consecución, lejos del propósito de esta escala que debía ser más precisa e inmediata, para medir por turno a cada paciente ingresado en la unidad, esta sería la causa por la cual finalmente la escala solo debía contener las intervenciones, sin diagnóstico ni NOC, puesto que eran consideradas por todos los miembros del grupo nominal mejor entendibles en la práctica para el resto de profesionales enfermeros. Otro punto a favor es que la clasificación NIC lleva asociado el tiempo empleado por los profesionales, que los convierte en cuantificables, puesto que se pretendía, en un estudio posterior, comparar los datos con la escala NEMS también convertible en tiempo.

Partiendo del plan de cuidados estandarizado para la unidad, se valoran las ya preseleccionadas por la clasificación NIC de enfermería de anestesia, cuidados críticos, intravenosa, médico-quirúrgica y del dolor, pues tienen muchas intervenciones en común, y en conjunto contemplan de una forma más certera la realidad, así como los tiempos oportunos para su realización. Esa lista nos lleva a la confección primero de un boceto de escala que debía ser valorada por el grupo nominal, lo que hizo prescindir de algunas que se consideraron menos frecuentes o modificar algunos tiempos que en nuestra unidad podían suponer un exceso o defecto en su realización en la práctica, y entonces llevó a la convención definitiva de la “Escala Adaptación NEMS-NIC REA”(Anexo 1). Una vez finalizada y diseñada para la puesta a prueba en la práctica, se evalúa su validez de contenido: Apariencia, contenido, constructor y criterio; la confiabilidad test-retest; sensibilidad al cambio; y por último, utilidad.

Resultados

La clasificación NIC permite confeccionar una escala de intervenciones y/o actividades enfermeras específica de la unidad de anestesia y reanimación, traduciendo los ítems que conforman la escala NEMS en NIC, además de completar añadiendo los NIC específicos de la unidad de una forma más cercana a la realidad el trabajo enfermero en Anestesia y Reanimación, así como sus tiempos en cada paciente, de forma independiente de la gravedad del paciente (Tabla 1).

ADAPTACIÓN**NEMS (1) –****NIC (2) REA**

Nº: _____ Días de Ingreso: _____ REA: _____

Patología: _____

Datos de interés: _____

Edad: _____ Sexo: H / M

Fecha Intervención: ___/___/___ Fecha Alta: ___/___/___ Fecha Éxitus: ___/___/___

		F:			F:		
		N	M	T	N	M	T
1.MONITORIZACIÓN BASICA	9	9	9	9	9	9	9
2. MEDICACIÓN IV	6	6	6	6	6	6	6
3. SOPORTE VENTILATORIO MECANICO	12	12	12	12	12	12	12
4.CUIDADOS VENTILATORIOS SUPLEMENTARIOS.	3	3	3	3	3	3	3
5. UNA MEDICACIÓN VASOACTIVA	7	7	7	7	7	7	7
6. MÚLTIPLE MEDICACIÓN VASOACTIVA	12	12	12	12	12	12	12
7.TÉCNICAS DE DIÁLISIS	6	6	6	6	6	6	6
8. INTERVENCIONES ESPECIFICAS EN UCI: INTUBACIÓN, MARCAPASOS, CARDIOVERSIÓN, ENDOSCOPIA, QX EN 24 H, LAVADO GÁSTRICO. NO RX, ECO, ECG O COLOCACIÓN DE VÍAS.	5	5	5	5	5	5	5
9. INTERVENCIONES ESPECIFICAS FUERA UCI	6	6	6	6	6	6	6
TOTAL NEMS							
NIC-NEMS	Tº						
1.MONITORIZACIÓN DE LOS SIGNOS VITALES (6680)	15'						
Monitorización hemodinámica invasiva (4210)	15'						
Monitorización neurológica (2620)	15'						
Monitorización respiratoria (3350)	15'						
Monitorización de líquidos (4130)	16'						
2.Terapia intravenosa (i.v.)	15'						
3. Manejo de la VMI (3300) ó VMNI (3302)	60'						
Manejo de las vías aéreas artificiales (3180) ó Manejo de la Vía Aérea (3140)	16'						
4. Oxigenoterapia	15'						
5. Terapia IV 1 droga vasoactiva	17'						
6. Terapia IV más de una droga vasoactiva	30'						
7. Terapia de hemofiltración (2110)	60'						
8. Intervenciones específicas Rea: intubación, Qx en 24 h	12'						
9. Transporte: fuera de la instalación	45'						
Transporte: dentro de la instalación	15'						
Total NEMS-NIC							
Total NEMS-NIC REA							

(1) Miranda R, Nap R, Rijk A, SchaufellW, Lapichino G. Nursin Activies Score. Critic Care Med 2003; 31 (2); 374-82.

(2) Bulechek G.M. butcher H.K.; Mc Closkey-Dochterman J, editoras. Clasificación de intervenciones de enfermería (NIC). 6ª ed. Madrid: Elsevier; 2013.

		N	M	T	N	M	T
Aislamiento	60'						
Administración de hemoderivados	60'						
Administración de NPT	16'						
Apoyo emocional	16'						
Ayuda con los autocuidados: baño/higiene	15'						
Cambio de posición	16'						
Colaboración con el médico	31'						
Control de infecciones	31'						
Cuidados de las heridas	31'						
Cuidados del drenaje	15'						
Cuidados del PICC	16'						
Cuidados circulatorios: dispositivo de ayuda mecánico	31'						
Cuidados en la emergencia	16'						
Cuidados post anestesia	15'						
Cuidados post mórtem	30'						
Destete de la ventilación mecánica	60'						
Disminución de la ansiedad	31'						
Documentación	15'						
Escucha activa	16'						
Fisioterapia torácica	16'						
Flebotomía: vía canalizada	15'						
Fomentar la implicación familiar	15'						
Interpretación de datos de laboratorio	15'						
Manejo ambiental	31'						
Manejo de la nutrición	31'						
Manejo de la hiperglucemia	60'						
Manejo de las nauseas	16'						
Manejo de muestras	15'						
Manejo del dolor	60'						
Manejo de la tecnología	15'						
Manejo de un dispositivo de acceso V.C.	15'						
Manejo del delirio	60'						
Mantenimiento del acceso para diálisis	15'						
Mantenimiento de la salud bucal	15'						
Mejorar el sueño	16'						
Mejorar la comunicación: déficit del habla	31'						
Prevención de caídas	60'						
Prevención de úlceras por presión	16'						
Protección contra las infecciones	31'						
Planificación al alta	46'						
Punción I.V.	15'						
Sujeción física	15'						
Transcripción de órdenes	15'						
Total NIC -REA							

(2) Bulechek G.M., butcher H.K., McCloskey-dochterman J, editoras. Clasificación de intervenciones de enfermería (NIC). 6ª ed. Madrid: Elsevier; 2013.

2

Conclusiones

El uso de lenguaje enfermero estandarizado nos permite reflejar mejor el trabajo enfermero en dicha unidad, sirviendo de registro y dejando constancia además del tiempo invertido en cada una de las actividades.

Bibliografía

1. Aldana Díaz, J.L., Navarro Vargas, J.R. Consideraciones Anestésicas para el Manejo del Paciente Crítico Quirúrgico. *Semiología del paciente crítico: La clínica y la monitoria invasiva*. 2009; p. 139-162.
2. Amezcua, M. La entrevista en grupo. Características, tipos y utilidades en investigación cualitativa. *Enfermería clínica*. 2003; 13(2), 122-17.
3. Bulechek, G.M., Buther; H.K., MC Closkey-Dochterman, J., editoras. *Clasificación de intervenciones de enfermería (NIC) 6ª ed.* Madrid: Elsevier; 2013.
4. Ciqueto Peres, h.H., Lopes Monteiro da Cruz, D.A., Fernandes Costa Lima, A., Rapone Gaidzinski, R., Franco Ortiz, D.C., Mendes e Trindate M et al. Desemvolvimento de sistema Electrónico de Documentação Clínica de Enfermagem estruturado em diagnósticos, resultados e intervenções. *Revista escola enfermagem*. 2009; 43(2): 1149-55.
5. Gómez Mazo, N., Sanguillo Antolín, M. Análisis de los diagnósticos de enfermería. *Enfuro*. 2003; 87: 14-15.
6. González, Fernández, J.C., Medina Cordero, A., Avilés Sánchez, C. Proceso enfermero: de la teoría a la práctica. *Rev ENFURO (Internet)*. 2004; 92: 25-29. (citado 15 Mayo 2013) Disponible en: <http://enfuro.es/images/Revistas%20ENFURO/Enfuro%2092.pdf>
7. Gutiérrez Alejandro, A., Calvo Buey, J.A., Marcos Camina, R.M. Study for the decrease of errors in the records of hydric balances of critical patients admitted to an intensive care unit. *Enferm Intensiva*. 2005; 16: 100-9.
8. Hughes, R., Lloyd, D., Clark, D.J. A conceptual model for nursing information. *International Journal of Nursing Terminologies & Classifications*. 2008; 19(2): 48-56.
9. Roldán Valcárcel, M.D. Escala de medición de cargas de trabajo en relación a las intervenciones de enfermería en una unidad de anestesia y reanimación (tesis doctoral). Murcia: Universidad de Murcia; 2015.
10. Rollán Rodríguez, G.M., Carmona Monge, F.J., Quirós Herranz, C., Cerrillo González, I., Jara Pérez, A. & García Gómez, S. Escalas de medida de carga de trabajo de enfermería en unidades de cuidados críticos. Correlación entre NAS y NEMS. *Nure Investigación (Internet)*. 2011; 8(55). (citado 20 Abril 2014). Disponible en: http://www.fuden.es/FICHEROS_ADMINISTRADOR/PROYECTOL/NURE55_proyecto_escalas.pdf.

PLAN DE CUIDADOS DE LA PUÉRPERA CON TEMOR EN EL SERVICIO DE REANIMACIÓN

Autor/es

M^a Trinidad Gil-Pastor, Virginia Imbernón-García, M^a Dolores Roldán-Valcárcel, M^a Encarnación Serrano-Martínez, Carmen Sánchez-López, Francisco José Imbernón-García.

Palabras clave

Periodo Posparto, Neonato, Temor, Cuidados Críticos, Postpartum Period, Newborn, Fear, Critical Care.

Introducción

Existen diversas patologías derivadas del embarazo-parto que conlleva a que la madre sea ingresada en el servicio de reanimación y anestesia para un seguimiento de su evolución clínica, del que surge la necesidad de crear un plan de cuidados estandarizado que incluya el tratamiento del temor por la separación del recién nacido, el diagnóstico principal de su plan de cuidados es el Temor. (00148).-Dominio 9: Afrontamiento/Tolerancia al Estrés. Clase 1: Respuesta postraumática, según taxonomía NANDA. El personal de enfermería acogerá a la puérpera a su llegada al servicio según el protocolo establecido y realizara el plan de cuidados a demanda.

Objetivos

Elaborar un plan de cuidados que ayude a la puérpera a afrontar mejor la separación de su recién nacido y que cubra todas sus necesidades.

Material y Métodos

Realizamos una revisión bibliográfica en bases de datos científicas (SCIELO, CROCHANE, CUIDEN, MEDLINE, PUBMED) y una puesta en común del personal de enfermería para realizar un plan de cuidados estandarizado, eligiendo como etiqueta diagnóstica Temor y los NOC y NIC correspondientes.

Resultados

Las puérpera que requiere ingresar en el servicio de reanimación debido a complicaciones derivadas del embarazo y/o parto, y es separada del recién nacido y su familia, es capaz de autocontrolar sus miedos gracias a la intervención del personal enfermería.

Conclusiones

Es necesario la elaboración de un plan de cuidados para que el personal de enfermería preste cuidados de calidad y sean capaces de manejar la situación que sufre la puérpera que además de enfrentarse a una patología tiene que ser separada de su recién nacido, y estar preparados para controlar su temor.

Bibliografía

1. Herdman, T.H. Diagnóstico enfermeros. Definiciones y Clasificaciones.:2012-2014. Barcelona: Elsevier. (Ed). Nanda Internacional 2012.
2. Ortiz, J., and J. Rodríguez-Miguélez. "Identificación y custodia del recién nacido." Madrid: Asociacion Española de Pediatría. Protocolos Actualizados.2008.
3. Monforte Barbosa, Arturo. Perfil epidemiológico de las pacientes con complicaciones obstétricas atendidas en una unidad de cuidados intensivos. Diss. 2015.
4. Huber, Marcia Olhaberry, Macarena Romero Jiménez, and Angela Miranda Largo. "Depresión materna perinatal y vínculo madre-bebé: consideraciones clínicas." Summa Psicológica UST 12.1 (2015): 77-87.
5. Jadresic, Enrique. "Depresión en el embarazo y el puerperio." Revista chilena de neuro-psiquiatría 48.4 (2010): 269-278.

CUIDADOS AL PACIENTE POSTQUIRÚRGICO CON DOLOR

Autor/es

Virginia Imbernón-García, M^a Trinidad Gil-Pastor, M^a Dolores Roldán-Valcárcel, M^a Encarnación Serrano-Martínez, Carmen Sánchez-López, Francisco José Imbernón-García.

Palabras clave

Dolor, Cuidados Críticos, Escala Visual del Dolor (EVA), Pain, Critical Care, Pain Measurement.

Introducción

En los estudios revisados entre el 50 y el 90% de los pacientes ingresados en el hospital refieren haber sufrido dolor durante su estancia en el Servicio de anestesia y reanimación. Los pacientes manifiestan el dolor como su mayor preocupación, y aunque teóricamente el paciente está más controlado y los problemas que pueden producir los analgésicos potentes pueden ser fácilmente solucionados, en la mayoría de los planes de cuidados, el que aparece como diagnóstico principal es el DOLOR AGUDO. (00132).-Dominio12: Confort. Clase 1: Confort físico, según taxonomía NANDA. A pesar del progresivo conocimiento de los mecanismos fisiopatológicos de la producción del dolor y de la disponibilidad de fármacos efectivos, el dolor es todavía detectado y tratado inadecuadamente en la mayoría de los pacientes hospitalizados lo que hace de su control uno de los objetivos de los cuidados enfermeros.

Objetivos

Realizar un plan de cuidados estandarizado a pacientes de reanimación que tienen como diagnóstico principal el dolor.

Material y Métodos

Realizamos una revisión bibliográfica en bases de datos científicas (SCIELO, CROCHANE, CUIDEN, MEDLINE, PUBMED) y una puesta en común del personal de enfermería para realizar un plan de cuidados estandarizado, eligiendo como etiqueta diagnóstica dolor agudo y los NOC y NIC más destacados en los pacientes de nuestro servicio.

Resultados

Realizamos un plan de cuidados de enfermería que se pone a disposición de todo el personal de la unidad para su puesta en marcha, cuyo fin es conocer el dolor de los pacientes conscientes y orientados de nuestra unidad mediante el uso de la escala EVA.

Conclusiones

Se hace imprescindible la realización de un plan de cuidados para estandarizar y poner en conocimiento a todo el personal de enfermería del servicio de reanimación del correcto manejo del paciente con dolor y sus cuidados integrales. Así se consigue

mejorar la eficacia y calidad de los cuidados y prevenir las posibles complicaciones derivadas de una mala praxis.

Bibliografía

1. Herdman, T.H. Diagnóstico enfermeros. Definiciones y Clasificaciones.:2012-2014. Barcelona: Elsevier. (Ed). Nanda Internacional.2012.
2. Desbiens NA, Wu AW, Broste SK, Wenger NS, Connors AF Jr, Lynn J, et al. Pain and satisfaction with pain control in seriously ill hospitalized adults: findings from the SUPPORT research investigations. For the SUPPORT investigators. Study to Understand Prognoses and Preferences for Outcomes and Risks of Treatment. Crit Care Med. 1996;24:1953-61. [Links]
3. Novaes MA, Knobel E, Bork AM, Pavao OF, Nogueira-Martins LA, Ferraz MB. Stressors in ICU: perception of the patient, relatives and health care team. Intensive Care Med. 1999; 25:1421-6. [Links]
4. Walder B, Tramer MR. Analgesia and sedation in critically ill patients. Swiss Med Wkly. 2004;134:333-46. [Links]
5. Puntillo KA. Pain experiences of intensive care unit patients. Heart Lung. 1990;19:526-33. [Links]
6. Puntillo KA, White C, Morris AB, Perdue ST, Stanik-Hutt J, Thompson CL, et al. Patients' perceptions and responses to procedural pain: results from Thunder Project II. Am J Crit Care. 2001;10:238-51. [Links]
7. Liebeskind JC. Pain can kill. Pain. 1991;44:3-4. [Links]
8. Jacobi J, Fraser GL, Coursin DB, Riker RR, Fontaine D, Wittbrodt ET, et al. Clinical practice guidelines for the sustained use of sedatives and analgesics in the critically ill adult. Crit Care Med. 2002;30:119-41. [Links]
9. Anand KJ, Hickey PR. Halothane-morphine compared with high-dose sufentanil for anesthesia and postoperative analgesia in neonatal cardiac surgery. N Engl J Med. 1992;326:1-9. [Links]
10. Chamorro Jambrina C, Romera Ortega MA, Pardo Rey C. Analgesia y sedación del paciente crítico. Presente y futuro. Med Intensiva. 2004;2Supl 3:1-4. [Links]

VALIDACIÓN DE UNA HERRAMIENTA DE VALORACIÓN DE ÚLCERAS POR PRESIÓN BASADA EN LA NOC: INTEGRARE

Autor/es

Sergio Barrientos-Trigo, Ana María Porcel-Gálvez, Rocío Romero-Castillo, Elena Fernández-García.

Palabras clave

Úlcera por Presión [Pressure Ulcer], Estudios de Validación [Validation Studies], Indicadores de Salud [Health Status Indicators], Cuidados de la Piel [Skin Care], Evaluación de Resultado (Atención de Salud) [Outcome Assessment (Health Care)] (DeCS).

Introducción

Las úlceras por presión (UPP) son eventos adversos (EA) destacados con una prevalencia del 7-8% en hospitalización de adultos¹. La incidencia de EA relacionados con la asistencia sanitaria es de, aproximadamente, un 9%, identificándose casi la mitad de los mismos como evitables². Concretamente, las úlceras por presión son evitables si se lleva a cabo una correcta prevención^{3,4}. En esta área los enfermeros y enfermeras tienen un papel fundamental evaluando el riesgo durante la valoración enfermera mediante escalas. Entre las herramientas más usadas por las enfermeras y que mejor predicen el riesgo de sufrir UPP es la Escala Braden^{5,6}.

En el estudio de las UPP se han identificado variables intrínsecas y extrínsecas a los y las pacientes que actúan como factores de riesgo, entre las que cabe destacar: edad avanzada, inmovilidad, deterioro cognitivo y sensorial, enfermedad vascular, diabetes mellitus, incontinencia urinaria, índices de masa corporal muy bajo o muy elevado, una puntuación igual o inferior a 18 en la Escala Braden, ratio enfermera-paciente alta y sobrecarga de trabajo del personal sanitario^{4,7,8}.

La reducción de las UPP en pacientes hospitalizados constituye un objetivo para mejorar la atención de salud y es un indicador importante de la calidad de los cuidados de enfermería⁹, considerándose un Resultado Sensible a la Práctica Enfermera (RSPE)¹⁰. Moorhead et al. fueron pioneras en realizar una clasificación de RSPE con la elaboración de la NOC (Nursing Outcomes Classification)¹¹. Actualmente, escalas basadas en indicadores NOC están demostrando una alta fiabilidad y validez así como mayor facilidad y rapidez en su utilización¹²⁻¹⁷. Por ejemplo, la escala INICIARE está basada en indicadores NOC y en el modelo de Virginia Henderson y fue diseñada para la valoración del nivel de dependencia de pacientes hospitalizados, demostrando buenos resultados tras su validación^{16,17}.

Objetivos

Construir y validar un instrumento (INTEGRARE), mediante indicadores de resultados de la NOC, para evaluar el riesgo de sufrir una UPP en pacientes hospitalizados.

Material y Métodos

El presente estudio presenta un diseño de validación clinimétrica en 7 hospitales del Sistema Sanitario Público Andaluz (SSPA) con diferente complejidad, localización

geográfica y modelos de gestión (Servicio Andaluz de Salud, Agencia Sanitaria Costa del Sol y Agencia Sanitaria Alto Guadalquivir). Los centros que participaron fueron dos hospitales regionales, Hospital Universitario Virgen de las Nieves de Granada (H.U.V. Nieves) y Hospital Universitario Virgen Macarena (H.U.V. Macarena); tres hospitales de especialidades, Complejo Hospitalario Ciudad de Jaén (C.H. Jaén), Agencia Sanitaria Costa del Sol (A.S.C. Sol) y Hospital Virgen de la Victoria (H.V. Victoria) y dos hospitales comarcales, Hospital de la Axarquía (H. Axarquía), Hospital Alto Guadalquivir – Andújar (H.A.G Andújar).

La población diana incluye pacientes ingresados en los hospitales seleccionados entre los meses de abril y noviembre del año 2015. La población incluida en el estudio estaba constituida por pacientes que cumplían los siguientes criterios de selección; criterios de inclusión: a) Pacientes mayores de 16 años de edad, de ambos sexos que ingresan en Unidades de Hospitalización convencional de tipo quirúrgico y no quirúrgico; b) Estancia previsible superior a 48 horas; criterios de exclusión: a) Unidades especiales de tipo obstétrico, Pediatría, Urgencias, UCI, Hospital de Día médico y quirúrgico, Unidades de Corta Estancia; b) Barrera idiomática. Se obtuvo una muestra de 1.062 valoraciones a través de un muestreo oportunista, consecutivo, cuasialeatorio (arranque par) y estratificado por tamaño de hospital, tipo de unidad, sexo y grupo de edad.

Cuenta con la aprobación de tres Comités de Ética: Comité de Investigación de Málaga Nordeste, de Granada y de Hospital Universitario Virgen Macarena. Se desarrolló un formato de Consentimiento Informado para el trabajo de campo, que fue cumplimentado por cada paciente previamente a la realización de las valoraciones; en caso de que el paciente no pudiera firmar el consentimiento, la persona cuidadora principal se hacía cargo del mismo.

El análisis clinimétrico de una nueva escala requiere la realización de pruebas de validez y fiabilidad¹⁸. Para estudiar la validez convergente se tomará como patrón de referencia o Gold Standard la Escala Braden. Este instrumento se desarrolló en 1987 y está constituido por seis subescalas: percepción sensorial, humedad, actividad, movilidad, nutrición y fricción y deslizamiento¹⁹. La puntuación mínima que se puede obtener es de seis puntos y la máxima de 23, hallándose el punto de corte en 18. El riesgo de UPP se divide en cinco categorías: riesgo muy alto (6-9 puntos), alto riesgo (10-12), riesgo moderado (13-14), riesgo leve (15-18) y sin riesgo (19-23)²⁰.

Resultados

INTEGRARE está compuesta por seis ítems agrupados en una sola dimensión, con un 64% de la varianza total explicada: Integridad de la piel (110113), Sensibilidad (110102), Perfusión tisular (110111), Incontinencia urinaria (050312), Alteración del estado nutricional (210607) y Cambia de posición solo (030012). La evaluación se realiza a través de una escala Likert, donde cada ítem puede tomar valores desde 1 o condición menos deseable, hasta 5 o condición más favorable.

INTEGRARE presenta una elevada fiabilidad (α -Cronbach=0,88) y alta correlación con la Escala Braden (Rho de Spearman= 0,788). La puntuación mínima posible sería de 6 y la máxima de 30 puntos, encontrándose el punto de corte en 23. Posee una sensibilidad del 84,1% y especificidad del 83,5%; siendo el valor del Área Bajo la Curva 0,911, lo que confirma una elevada precisión diagnóstica.

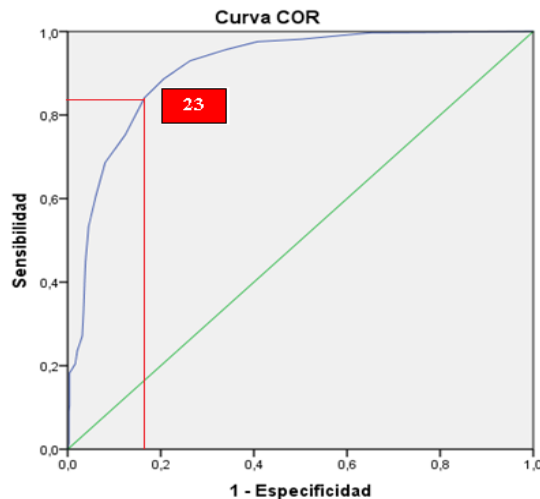


Gráfico 1. Curva ROC INTEGRARE

Conclusiones

La escala INTEGRARE es un instrumento sencillo, válido y fiable para evaluar el riesgo de desarrollar UPP en pacientes hospitalizados. Puede utilizarse integrada en otros instrumentos de valoración más amplios (INICIARE), lo que agilizaría el trabajo enfermero, y por su naturaleza es compatible con la historia clínica digital.

Bibliografía

1. Pancorbo-Hidalgo PL, García-Fernández FP, Torra i Bou JE, Verdú-Soriano J, Soldevilla-Agreda JJ. Epidemiología de las úlceras por presión en España en 2013: 4.º Estudio Nacional de Prevalencia. Gerokomos. 2014;25(4):162-70.
2. Ministerio de Sanidad y Consumo; Estudio Nacional sobre los efectos adversos ligados a la hospitalización. ENEAS 2005.
3. Leijon S, Bergh I, Terstappen K. Pressure ulcer prevalence, use of preventive measures, and mortality risk in an acute care population: a quality improvement project. J Wound Ostomy Continence Nurs. 2013;40(5):469-74.
4. Rasero L, Simonetti M, Falciani F, Fabbri C, Collini F, Molin AD. Pressure Ulcers in Older Adults: A Prevalence Study. Adv Skin Wound Care. 2015;28(10):461-64.
5. Miller N, Frankenfield D, Lehman E, Maguire M, Schirm V. Predicting Pressure Ulcer Development in Clinical Practice. J Wound, Ostomy Cont Nurs. 2016;43(2):133-139.
6. Pancorbo-Hidalgo PL, Garcia-Fernandez FP, Lopez-Medina IM, Alvarez-Nieto C. Risk assessment scales for pressure ulcer prevention: A systematic review. J Adv Nurs. 2006;54(1):94-110.
7. Bredesen IM, Bjoro K, Gunningberg L, Hofoss D. Patient and organisational variables associated with pressure ulcer prevalence in hospital settings: a multilevel analysis. BMJ Open. 2015;5(8):e007584. doi:10.1136/bmjopen-2015-007584
8. Delmore B, Lebovits S, Suggs B, Rolnitzky L, Ayello EA. Risk Factors Associated With Heel Pressure Ulcers in Hospitalized Patients. J Wound Ostomy Cont Nurs. 2015;42(3):242-48.

9. Lahmann NA, Halfens RJG, Dassen T. Impact of prevention structures and processes on pressure ulcer prevalence in nursing homes and acute-care hospitals. *J Eval Clin Pract.* 2010;16(1):50-6.
10. Planas-Campmany C, Icart-Isern MT. Indicadores sensibles a la práctica enfermera: una oportunidad para medir la contribución de las enfermeras. *Enfermería Clínica.* 2014;24(2):142-7.
11. Moorhead S, Johnson M, Maas ML, Swanson, E. Clasificación de Resultados de Enfermería (NOC). 2009. Madrid, España: Elsevier.
12. Martín-García A, Brito-Brito PR, Romero-Sánchez JM., Paloma-Castro O, Paramio-Cuevas JC, Oter-Quintana C. Validez de contenido y representatividad de una herramienta basada en la NOC: CoNOCidiet-Diabetes. Pag. 369-77. En: Libro de Ponencias: X Simposium Internacional de la Asociación Española de Nomenclatura, Taxonomía y Diagnósticos de Enfermería. AENTDE. 2014. ISBN 978-84-616-8248-5
13. Morilla-Herrera JC, Morales-Asencio JM, Fernández-Gallego MC, Berrobianco-Cobos E, Delgado-Romero A. Utilidad y validez de un instrumento basado en indicadores de la Nursing Outcomes Classification como ayuda al diagnóstico de pacientes crónicos de Atención Primaria con gestión ineficiente de la salud propia. *An Sist Sanit Navar.* 2011;34(1):51-61.
14. Paloma-Castro O, Romero-Sánchez JM, Paramio-Cuevas JC, Pastor-Montero SM, Sánchez-Dalda MC, Rozadillas-Sanmiguel E, et al. Development and psychometric evaluation of questionnaire based on the Nursing Outcomes Classification to determine the knowledge of parents on breast-feeding: Research Protocol. *International Journal of Nursing Knowledge.* 2015. doi: 10.1111/2047-3095.12101
15. Bellido JC, Rodríguez MC, López IM, Pancorbo PL. Psychometric testing of the spanish version of the Pain Level Outcome Scale in Hospitalized. *International Journal of Nursing Knowledge.* 2016;27(1):10-6.
16. Morales Asencio JM, Morilla Herrera JC, Torres Pérez LF, Porcel Gálvez AM, Canca Sánchez JC. Investigación en resultados y clasificación de resultados de Enfermería. Claves para la investigación. *Metas de enfermería.* Dic 2012/ene 2013;15(10):20-4.
17. Morales Asencio JM, Porcel Gálvez AM, Oliveros Valenzuela R, Rodríguez Gómez S, Sánchez Extremera L, Serrano López FA, et al. Design and validation of the INICIARE instrument, for the assessment of dependency level in acutely ill hospitalised patients. *J Clin Nurs.* 2015; 24(5-6):761-77.
18. Argimon JM, Jiménez J. Métodos de investigación clínica y epidemiológica (4ª ed.). 2013. Madrid, España: Elsevier.
19. Bergstrom N, Braden B, Laguzza A, Holman V. The Braden Scale for Predicting Pressure Sore Risk. *Nurs Res.* 1987; 36(4):205-10.
20. Ayello EA, Braden B. How and why to do pressure ulcer risk assessment. *Adv Skin Wound Care.* 2002; 15(3):125-31.

CALIDAD DE VIDA DE LOS PROFESIONALES DE ENFERMERÍA Tutores de caso en programas de atención a personas con trastorno mental grave: perspectiva de género

Autor/es

Jorge Díaz-Leiguarda, Sylvia Díaz-Fernández, María Ángeles Alcedo-Rodríguez, María Yolanda Fontanil-Gómez.

Palabras clave

Calidad de vida, profesionales de enfermería, trastornos mentales severos.

Introducción

Según los datos del Plan de Salud Mental del Principado de Asturias 2011-2016 la prevalencia de los trastornos mentales graves (TMG) en el análisis de datos del 2007 fue de 9,85/1000 habitantes, lo que atañe a un total de 9529 personas atendidas por los Servicios de Salud Mental. Estas cifras ligeramente menores de las previstas por los estudios epidemiológicos de nuestro entorno que se corresponden con un 2,5%, hacían pensar en una posible brecha asistencial en esta población que pasa a formar parte de los distintos objetivos especiales diseñados para el futuro de nuestra comunidad autónoma. Dichos objetivos van desde la creación de nuevos dispositivos, hasta la realización de investigaciones, el establecimiento de criterios estándar para el respeto de los derechos de los consultantes y las propuestas de mejora en los servicios de atención a personas con TMG

Desde el año 2006 entra en vigor en Asturias el Programa de Atención a Personas con Trastorno Mental Severo (TMS) fruto del trabajo interdisciplinar de muchos trabajadores de toda la red de Salud Mental asturiana. Una de las figuras más importantes y novedosas del programa es el tutor o tutora de enfermería, basado en el modelo "case-management" (Mueser et al., 1998; Serh et al., 1989; Surles et al., 1992), que es el que va a establecer un nexo directo con el paciente, la familia, la comunidad y el equipo multidisciplinar para dar una atención integral al paciente.

En este programa se introduce la denominación de Trastorno Mental Severo, concepto que hace referencia a un grupo de entidades nosológicas que cumplen criterios de gravedad clínica, persistencia en el tiempo sin mejoría o con progresión en el deterioro con los procedimientos terapéuticos habituales, y que presentan una afectación importante de las relaciones personales, familiares y sociales (Fernández, 2006; NIMH, 1987; Vila Pillado et al., 2007). Dentro de la evolución de un TMS, el deterioro está más ligado a condiciones de carácter extraclínico, como la integración social y laboral y el mantenimiento de su red de relaciones que a factores específicamente clínicos, y que su evolución y la discapacidad social que conllevan, dependen fundamentalmente de la atención recibida, del tipo de intervenciones y de las condiciones en que viven (Ezama et al., 2010). Son personas con una gran dificultad de enganche y retención en los servicios, en muchas ocasiones pueden verse solos sin presencia de cuidador ni cuidadora, viviendo en entornos marginales con escaso o nulo apoyo social.

Para que esta retención en el programa se produzca y para que se mantenga la continuidad de cuidados, la figura del tutor o tutora de enfermería juega un papel muy

relevante siendo de vital importancia la relación terapéutica tanto del tutor con el paciente, como con el cuidador o cuidadora que garantizará que esa continuidad de los cuidados exista y que éstos se proporcionen lo más personalizado y lo más certeramente (Happell et al., 2012; NICE, 2014).

Conocer por tanto la satisfacción del o de la paciente con este modelo de tutorías y, sobre todo, los aspectos que consideran más relevantes, puede ayudarnos a planificar este tipo de intervenciones de la manera más idónea en un futuro. Es un tipo de atención muy personal, que requieren un contacto muy estrecho entre el o la profesional y el usuario o usuaria, situación que puede crear dificultades tanto en el usuario o usuaria ya que incluye un gran número de visitas domiciliarias que puede llegar a repercutir en su calidad de vida.

Diez años después de la entrada en vigor de este programa se ve adecuado evaluar estos aspectos para conocer no sólo la idoneidad del mismo sino también para poder aportar nuevas ideas que ayuden a proporcionar los mejores cuidados a los y las pacientes consiguiendo que este proceso sea satisfactorio también para todos los y las profesionales que trabajen en ello.

Objetivos

Conocer cómo afecta en la calidad de vida del profesional de enfermería el hecho de ser tutor de caso (“case-manager”) de un paciente con TMS y diferenciado según género.

Realizar un plan de cuidados en función de los diagnósticos detectados.

Específicos

- Establecer un perfil diferencial de habilidades, valoración del trabajo y repercusiones negativas en la calidad de vida según el género tanto de los y las profesionales como de las personas usuarias del Servicio.
- Determinar las características socio-demográficas de los profesionales de Enfermería de Asturias que son tutores de casos.
- Determinar las características socio-demográficas de los pacientes tutorizados incluidos en el programa de TMS.
- Determinar qué elementos son mejor valorados por los/las usuarias dentro de la atención de Enfermería con un modelo case-management.
- Establecer la prevalencia del síndrome de burnout y sus determinantes en profesionales sanitarios que son tutores de Enfermería.
- Establecer los elementos del trabajo que más afectan a la calidad de vida del o la personal de Enfermería que son tutores de casos.

Material y Métodos

Estudio transversal, descriptivo. Se recogerá información de la calidad de vida de los profesionales de enfermería que trabajan en los programas de TMS del Sº de salud del Pº de Asturias (SESPA). Se administrarán la Escala de Calidad de Vida Profesional (CVP 35) de Cabezas (1998), y la escala VESS (Verona Service Satisfaction Scale) de Ruggeri y DallAgnola (1993). Se recogerán los diagnósticos de enfermería, resultados, intervenciones y actividades pertinentes. En la población de estudio no se determina tamaño muestral ya que se pretende estudiar a todos los tutores de enfermería de Asturias que tienen como tutorizados a pacientes con TMS.

Para la recogida de datos se utilizarán también las siguientes escalas:

Cuestionario de desarrollo propio formado por una escala Likert para valorar la satisfacción y utilidad por parte del usuario de cada uno de los elementos principales de los que se compone el modelo de tutorías (case-management).

Cuestionario de Burnout para Enfermería (CBE). Este cuestionario es una adaptación realizada por Hernández y Olmedo (Olmedo, 1997) a partir del cuestionario MBI, de Maslach y Jackson (1981).

Resultados

De la relación entre el tutor de enfermería y el usuario va a basarse gran parte del éxito del tratamiento. Por ello, tras varios años de la implantación del programa, vemos útil determinar la repercusión en la calidad de vida del profesional.

El trabajar con taxonomías va a permitir conseguir objetivos, permitiendo mejorar las decisiones tanto respecto a los pacientes como a la calidad de vida del personal que trabaja con el modelo de tutorías “case-management”.

Conclusiones

Los resultados preliminares de este estudio servirán por ello para mejorar en última instancia la atención al paciente con trastorno mental grave.

Bibliografía

1. AA.VV. (2009). Guía de Práctica Clínica de Intervenciones Psicosociales en el Trastorno Mental Grave. Ministerio de Sanidad.
2. AA.VV. Plan de Salud Mental del Principado de Asturias 2011-2016. Disponible en <http://www.unioviado.es/psiquiatria/legislacion/documentos/asistencia/2011/PLAN%20DE%20SALUD%20MENTAL%20PARA%20ASTURIAS%202011-2016.pdf>
3. Ezama, E., Alonso, Y. y Fontanil, Y. (2010). Pacientes, síntomas, trastornos, organicidad y psicopatología. *International Journal of Psychology and Psychological Therapy*, 10(2), 293–314.
4. Fernández JM (Coord.) (2006). Programa de Atención a los Trastornos Mentales Severos. Plan Estratégico para el desarrollo de los SS de Salud Mental. SESPA 2003-2006. Oviedo.
5. Gisbert C, Arias P, Camps C, Cifre A, Chicharro F, Fernández J, et al. (2002). Rehabilitación psicosocial del trastorno mental severo: situación actual y recomendaciones. Madrid: Asociación Española de Neuropsiquiatría. Cuadernos Técnicos, n. 6.
6. Gutiérrez-Maldonado J, Caqueo-Urizar A, Ferrer-García M, & Fernández-Dávila P. (2012) Influencia de la percepción de apoyo y del funcionamiento social en la calidad de vida de pacientes con esquizofrenia y sus cuidadores. *Psicothema*, 24(2).
7. Happell, B., Hoey, W., & Gaskin, C. J. (2012). Community mental health nurses, caseloads, and practices: A literature review. *International Journal of Mental Health*

RIESGO DE GLUCEMIA INESTABLE: A PROPÓSITO DE UN CASO

Autor/es

Alba Alonso-Bernardo, Sylvia Díaz-Fernández.

Palabras clave

Trastorno de la conducta alimentaria, plan de cuidados.

Introducción

El programa de Trastornos de la Conducta Alimentaria (TCA) se encuentra situada en el Centro de Tratamiento Integral de Montevil (CTI), dispositivo perteneciente a la red de Salud Mental del Área sanitaria V del Principado de Asturias.

Se trata de un programa de hospital de día, donde los pacientes afectados con problemas de alimentación acuden a realizar una o dos de las comidas principales y también actividades. La asistencia puede ser durante toda la mañana o solo a ciertos momentos del día, todo ello dependerá del estado del paciente. El programa está formado por un equipo multidisciplinar: un psiquiatra, un psicólogo, una enfermera y una auxiliar de enfermería. El objetivo principal del programa es hacer un seguimiento más estrecho de los pacientes del que podría hacerse en una consulta. Los pacientes estarán acompañados la mayor parte del tiempo por personal de enfermería con quienes realizarán las actividades terapéuticas que se consideren oportunas (relajación, psicomotricidad, educación sanitaria, etc.) el tema de la actividad se ajustará dependiendo del perfil de cada grupo de pacientes que haya ese momento en el hospital de día (taller de educación sexual para menores de edad por ejemplo).

Durante las comidas los pacientes deben estar siempre acompañados, cada uno deberá comer el contenido total de su bandeja (posibilidad de adaptar las dietas a situaciones especiales: diabetes, enfermedad celíaca, alergias, etc.) y nadie podrá abandonar la mesa hasta que todo el mundo haya terminado de comer. Hasta una hora después de las comidas deben ir siempre acompañados al baño para evitar posibles conductas purgativas.

En el momento en que los pacientes reciben el alta del hospital de día por su mejoría clínica, pasa a un programa de seguimiento con una consulta mensual aproximadamente, todo depende de las características individuales de cada paciente. Y con la posibilidad de volver al programa de hospital de día si las cosas empeoraran. Ante un paciente que ha perdido bastante peso y sea imposible su seguimiento a través de este programa, será derivado por el terapeuta responsable a la unidad de hospitalización de Trastornos de la Conducta Alimentaria situada en el Hospital Universitario Central de Asturias.

(relajación, psicomotricidad, educación sanitaria, etc.) el tema de la actividad se ajustará dependiendo del perfil de cada grupo de pacientes que haya ese momento en el hospital de día (taller de educación sexual para menores de edad por ejemplo).

Durante las comidas los pacientes deben estar siempre acompañados, cada uno deberá comer el contenido total de su bandeja (posibilidad de adaptar las dietas a situaciones especiales: diabetes, enfermedad celíaca, alergias, etc.) y nadie podrá abandonar la mesa hasta que todo el mundo haya terminado de comer. Hasta una

hora después de las comidas deben ir siempre acompañados al baño para evitar posibles conductas purgativas.

En el momento en que los pacientes reciben el alta del hospital de día por su mejoría clínica, pasa a un programa de seguimiento con una consulta mensual aproximadamente, todo depende de las características individuales de cada paciente. Y con la posibilidad de volver al programa de hospital de día si las cosas empeoraran. Ante un paciente que ha perdido bastante peso y sea imposible su seguimiento a través de este programa, será derivado por el terapeuta responsable a la unidad de hospitalización de Trastornos de la Conducta Alimentaria situada en el Hospital Universitario Central de Asturias.

Valoración

PCHM, varón de 29 años natural de Gijón. Soltero, vive con sus padres y es el menor de dos hermanos. Actualmente en paro. Fumador de 20 cigarrillos al día aproximadamente. No otros consumos tóxicos. NAMC, asma bronquial en la infancia, diagnosticado de diabetes mellitus tipo 1 desde marzo de 2007 (actualmente descompensada) y de enfermedad celíaca.

Antecedentes de obesidad infantil debido a hábitos alimentarios desorganizados (peso de 132 kg a los 16 años), posteriormente inicia descenso brusco de peso (llega a pesar 44.1 kg con una estatura aproximada de 1,75 lo que da lugar a un IMC de 14) asociado a un patrón alimentación irregular y que coincide en el tiempo con la extracción de varias piezas dentales. Posteriormente presenta periodos de atracón tanto de alimentos dulces como salados, sin conductas purgativas. No presenta distorsión de la imagen corporal, reconociendo su propia delgadez y la necesidad de recuperar peso. Impresión diagnóstica: Trastorno de la Conducta Alimentaria atípico.

Diagnósticos Enfermeros

00163 Disposición para mejorar la nutrición

DEFINICIÓN: Patrón de consumo de nutrientes, que puede ser reforzado

Característica definitoria:

Expresa deseo de mejorar la nutrición

00179 Riesgo de nivel de glucemia inestable

Definición: Vulnerable a la variación en los niveles sanguíneos de glucosa/azúcar fuera de los rangos normales, que puede comprometer la salud

Factores de riesgo:

Gestión inadecuada de la diabetes

Monitorización inadecuada de la glucosa

Resultados

1628 Conducta de mantenimiento del peso

Definición: Acciones personales para mantener el peso corporal óptimo.

Indicadores:

162802 Mantiene la ingesta calórica diaria óptima.

162809 Mantiene el patrón de comidas recomendado.

ESCALA: Desde nunca demostrado hasta siempre demostrado.

2300 Nivel de glucemia

Definición: Medida en la que se mantienen los niveles de glucosa en plasma y en orina dentro del rango normal.

Indicadores:

230001 Concentración sanguínea de glucosa.

ESCALA Desviación grave del rango normal hasta sin desviación del rango normal.

Intervenciones

5246 Asesoramiento nutricional

Definición: Utilización de un proceso de ayuda interactivo centrado en la necesidad de modificación de la dieta.

Actividades:

Establecer una relación terapéutica basada en la confianza y el respeto.

Determinar la ingesta y los hábitos alimentarios del paciente.

Valorar los esfuerzos realizados para conseguir los objetivos.

2130 Manejo de la hipoglucemia

Definición: Prevenir y tratar los niveles sanguíneos de glucemia inferiores a lo normal.

Actividades:

Vigilar la glucemia, si está indicado.

Administrar hidratos de carbono simples, si está indicado.

Administrar glucosa i.v., si está indicado.

Evaluación

Actualmente el paciente acude al programa de hospital de día para trastornos de la conducta alimentaria en el CTI de Montevil (Gijón), donde cumple con todas las comidas estipuladas según la dieta pautada por su endocrino, una dieta de 2200 calorías sin gluten. El paciente no presenta distorsión de la imagen corporal como se ha podido comprobar durante el trabajo con la silueta. Además ha cogido peso. Si bien su patrón alimentario parece estable, es cierto que su enfermedad diabética está descompensada produciéndose picos de hipoglucemia alternados con hiperglucemia. El contacto del paciente es adecuado, se muestra colaborador en todo momento, con una relación adecuada tanto con el personal como con el resto de los compañeros. Y participa en actividades grupales si se le indica aunque es verdad que tiende a realizar actividades por sí mismo como son las manualidades (trabajo del cuero) o la lectura.

Bibliografía

1. Gloria M. Bulechek, Howard K. Butcher, Joanne M. Dochterman, Cheryl M. Wagner. Clasificación de Intervenciones de Enfermería (NIC). 6ª Edición. Elsevier España S.A. 2013.
2. Clasificación de Resultados de Enfermería (NOC). Medición de Resultados en Salud, 5ª edición. Moorhead Sue, Johnson Marion, Maas Meridean L., Swanson Elisabeth. Elsevier 2014, Barcelona.
3. Diagnósticos Enfermeros. Definiciones y clasificación. Nanda Internacional Nursing Diagnoses: & Clasificación 2012-2014. Editorial Elsevier 2013, Barcelona.

¡POR FIN SOY YO OTRA VEZ!

Autor/es

Sylvia Díaz-Fernández, Juan José Fernández-Miranda.

Palabras clave

Psicosis esquizofrénica, descompensación, manejo de casos.

Introducción

Mujer de 48 años. Hija de 20 años con la que no convive hace años. Separada de su marido (alcohólico, con Trastorno Límite de la Personalidad) desde 1999. Un hermano con esquizofrenia a tratamiento en el Centro de Salud Mental. El padre se suicidó en 1987. Diagnosticada de “psicosis esquizofrénica” y consumo perjudicial de Alcohol en 1988. Conocida del Centro de Salud Mental desde 1988, precisando ingresos en la Unidad de Hospitalización Psiquiátrica en varias ocasiones, la última en 2012. Actualmente vive con su madre y su hermano. Tiene minusvalía del 65 % por la que cobra una PNC. Además, trabaja como limpiadora desde hace dos años con contrato a tiempo parcial.

Valoración

Durante estos años, ha sufrido varias descompensaciones, varias de ellas relacionadas con consumo elevado de Alcohol, que cursaron con intensa ideación delirante de perjuicio (familia, vecinos), en ocasiones con heteroagresividad. En las etapas de estabilidad, relativo buen rendimiento psicosocial, aunque con déficit de grupo de iguales. Abandonó el tratamiento en varias ocasiones, suponiendo ingresos en UHP. Escasa conciencia de enfermedad.

Desde 2005 a tratamiento en el Centro de Tratamiento Integral (CTI, Programa de Trastornos Mentales Graves (TMG). AGC SM Área V (SESPA), con impresión clínica global(ICG-G) de 6; la CAN (Camberwell de necesidad de cuidados) era de 14 y también se valoró la escala de discapacidad de la OMS (WHO-DAS):3/3/3/4. Inicialmente en régimen de ingreso 24 horas, posteriormente en hospital de día y finalmente en seguimiento. Desde enero de 2013 a tratamiento con palmitato de paliperidona (PP), tras estar previamente con risperidona inyectable de larga duración (RILD), haloperidol y olanzapina.

En la fecha del cambio de RILDa PP se encuentra orientada x3, con apenas síntomas positivos: sin alucinaciones auditivas, leve suspicacia y rotulación paranoide del entorno, con cierta crítica de la temática delirante de perjuicio. Persisten apatoabulia, anergia y tendencia al aislamiento. Además se evidencian síntomas extrapiramidales, leve sedación y aumento de peso achacables a la medicación. Sin alteraciones del ritmo sueño/vigilia ni del apetito. Eutímica. Discurso coherente y relativo buen contacto.

Mantenido el diagnóstico de esquizofrenia paranoide, se inicia tratamiento con PP 200mg/28 d (inicial equivalencia de los 100 mg de RILD a las que sustituye) y al siguiente mes con 250mg/28 día, siendo esta la dosis de mantenimiento. A los tres meses se le retira el biperideno que precisaba con la RILD.

Las dosis altas de PP, necesarias para conseguir la estabilidad clínica, mostraron alta tolerabilidad y favorecer la mejora notable en la funcionalidad de una persona con larga evolución de su grave esquizofrenia.

Diagnósticos Enfermeros, Resultados e Intervenciones

DIAGNÓSTICO NANDA	RESULTADOS NOC	INTERVENC. NIC	ACTIVIDADES
00078 GESTIÓN INEFICAZ DE LA PROPIA SALUD	1613 AUTOGESTIÓN DE LOS CUIDADOS 1601 CONDUCTA DE CUMPLIMIENTO 1209 MOTIVACIÓN 1855 CONOCIMIENTO: ESTILO DE VIDA SALUDABLE	4470 Ayuda en la modificación de sí mismo 5240 Asesoramiento	Identificar con el paciente las estrategias más efectivas para el cambio de conducta. Animar al paciente a identificar refuerzos/recompensas adecuadas, que tengan sentido.
00188 TENDENCIA A ADOPTAR CONDUCTAS DE RIESGO PARA LA SALUD	1300 ACEPTACIÓN: ESTADO DE SALUD 2013 EQUILIBRIO EN EL ESTILO DE VIDA 1614 AUTONOMÍA PERSONAL 1629 CONDUCTA DE ABANDONO DEL CONSUMO DE ALCOHOL	5602 Enseñanza: proceso de enfermedad 4360 Modificación de la conducta 5510 Educación para la salud	Describir los signos y síntomas comunes de la enfermedad. Comentar los cambios en el estilo de vida que puedan ser necesarios para evitar futuras complicaciones y/o controlar el proceso de enfermedad. Fomentar la sustitución de hábitos indeseables por otros deseables. Identificar el problema del paciente en términos de conducta. Realizar un seguimiento de refuerzo a largo plazo (contacto telefónico o personal). Planificar un seguimiento a largo plazo para reforzar la adaptación de estilos de vida y conductas saludables.
00233 SOBREPESO	1811 CONOCIMIENTO: ACTIVIDAD PRESCRITA 1855 CONOCIMIENTO: ESTILO DE VIDA SALUDABLE 1629 CONDUCTA DE ABANDONO DEL CONSUMO DE ALCOHOL	1280 Ayuda para disminuir el peso 5614 Enseñanza: dieta prescrita 5612 Enseñanza: ejercicio prescrito	Ayudar a ajustar las dietas al estilo de vida y nivel de actividad. Explicar el propósito del seguimiento de la dieta para la salud general. Informar al paciente acerca de las actividades apropiadas en función del estado físico.
00146 ANSIEDAD	1908 DETECCIÓN DEL RIESGO 1502 HABILIDADES DE INTERACCIÓN SOCIAL	5440 Aumentar los sistemas de apoyo 5230 Mejorar el afrontamiento	Animar al paciente a participar en las actividades sociales y comunitarias. Ayudar al paciente a evaluar los recursos

			disponibles para lograr los objetivos.
00138 RIESGO DE VIOLENCIA DIRIGIDA A OTROS	1405 AUTOCONTROL DE LOS IMPULSOS 1401 AUTOCONTROL DE LA AGRESIÓN	6610 Identificación de riesgos 4360 Modificación de la conducta	Instruir sobre los factores de riesgo y planificar la reducción del riesgo. Identificar los riesgos biológicos, ambientales y conductuales, así como sus interrelaciones. Fomentar la sustitución de hábitos indeseables por otros deseables. Identificar el problema del paciente en términos de conducta.

DIAGNOSTICOS NANDA	RESULTADOS NOC	EVALUACION DE INDICADORES
00078 GESTIÓN INEFICAZ DE LA PROPIA SALUD	1613 AUTOGESTIÓN DE LOS CUIDADOS	<u>161308</u> Adopta medidas correctoras cuando los cuidados no son apropiados. Inicio: 2 raramente demostrado Final: 4 frecuentemente demostrado
	1601 CONDUCTA DE CUMPLIMIENTO	<u>160111</u> Expresa los cambios de síntomas al profesional sanitario. Inicio: 1 Nunca demostrado Final: 4 frecuentemente demostrad
	1209 MOTIVACIÓN	<u>120901</u> Planes para el futuro. Inicio: 2 raramente demostrado Final: 4 frecuentemente demostrado <u>120905</u> Inicia conductas dirigidas hacia los objetivos. Inicio: 1 Nunca demostrado Final: 4 frecuentemente demostrado
	1855 CONOCIMIENTO: ESTILO DE VIDA SALUDABLE	<u>185515</u> Importancia del consumo de alcohol con moderación. Inicio: 1 Ningún conocimiento Final: 4 Conocimiento sustancial. <u>185534</u> Importancia de la estimulación mental. Inicio: 2 Conocimiento escaso Final: 4 Conocimiento sustancial
00188 TENDENCIA A ADOPTAR CONDUCTAS DE RIESGO PARA LA SALUD	1300 ACEPTACIÓN: ESTADO DE SALUD	<u>130008</u> Reconoce la realidad de la situación de salud. Inicio: 2. raramente demostrado Final: 4. frecuentemente demostrado <u>130014</u> Realiza las tareas de autocuidados. Inicio: 2. raramente demostrado Final: 4. frecuentemente demostrado

		<p><u>130011</u> Toma de decisiones relacionadas con la salud. Inicio: 1. Nunca demostrado Final: 5 Siempre demostrado</p>
	2013 EQUILIBRIO EN EL ESTILO DE VIDA	<p><u>201313</u> Utiliza estrategias para adaptarse a las diferentes responsabilidades del rol. Inicio: 1. Nunca demostrado Final: 4. frecuentemente demostrado <u>201307</u> Evalúa las áreas de desequilibrio percibido en el estilo de vida Inicio: 2. raramente demostrado Final: 4. frecuentemente demostrado</p>
	1614 AUTONOMÍA PERSONAL	<p><u>161411</u> Participa en las decisiones de los cuidados de salud. Inicio: 2. raramente demostrado Final: 5 Siempre demostrado <u>161412</u> Expresa satisfacción con las elecciones de la vida. Inicio: 2. raramente demostrado Final: 5 Siempre demostrado</p>
	1629 CONDUCTA DE ABANDONO DEL CONSUMO DE ALCOHOL	<p><u>162903</u> Identifica los beneficios de eliminar el consumo de alcohol. Inicio: 2. raramente demostrado Final: 4. frecuentemente demostrado <u>162923</u> Utiliza la medicación prescrita según se ha recomendado. Inicio: 1. Nunca demostrado Final: 5 Siempre demostrado <u>162913</u> Utiliza estrategias para modificar la conducta. Inicio: 2. raramente demostrado Final: 4. frecuentemente demostrado</p>
00233 SOBREPESO	1811 CONOCIMIENTO: ACTIVIDAD PRESCRITA	<p><u>181116</u> Estrategias para caminar de manera segura. Inicio: 2. Conocimiento escaso Final: 4. Conocimiento sustancial. <u>181120</u> Beneficios de la actividad prescrita. Inicio: 2. Conocimiento escaso Final: 5 Conocimiento extenso</p>
	1855 CONOCIMIENTO: ESTILO DE VIDA SALUDABLE	<p><u>185516</u> Beneficios del ejercicio regular. Inicio: 2. Conocimiento escaso Final: 5 Conocimiento extenso <u>185504</u> Estrategias para mantener una dieta saludable. Inicio: 2. Conocimiento escaso Final: 3 Conocimiento sustancial.</p>
	1629 CONDUCTA DE	<u>162904</u> Identifica las

	ABANDONO DEL CONSUMO DE ALCOHOL	consecuencias negativas del consumo de alcohol. Inicio: 2. Conocimiento escaso Final: 4. Conocimiento sustancial.
00146 ANSIEDAD	1908 DETECCIÓN DEL RIESGO	<u>190802</u> Identifica los posibles riesgos para la salud. Inicio: 2. raramente demostrado Final: 4. frecuentemente demostrado
	1502 HABILIDADES DE INTERACCIÓN SOCIAL	<u>150212</u> Relaciones con los demás. Inicio: 2. raramente demostrado Final: 4. frecuentemente demostrado
00138 RIESGO DE VIOLENCIA DIRIGIDA A OTROS	1405 AUTOCONTROL DE LOS IMPULSOS	<u>140501</u> Identifica conductas compulsivas perjudiciales. Inicio: 2. raramente demostrado Final: 5 Siempre demostrado <u>140507</u> Verbaliza control de los impulsos. Inicio: 2. raramente demostrado Final: 5 Siempre demostrado
	1401 AUTOCONTROL DE LA AGRESIÓN	<u>140109</u> Controla los impulsos. Inicio: 2. raramente demostrado Final: 5 Siempre demostrado

Evaluación

Se mantiene tratamiento en el CTI en régimen de hospital de día durante tres meses, pasando a seguimiento al conseguir estabilización clínica y reiniciar actividad laboral, de hecho aumentando progresivamente su jornada. También se mantienen los 250 mg de PP/28 días durante más de un año, disminuyendo a 150 progresivamente, siendo ésta su dosis de mantenimiento actual. A los tres meses remite completamente la sintomatología psicótica positiva, y a los seis meses notablemente la negativa. Desaparece ya desde el primer mes la sedación, y al segundo mes los SEP. La ICG-G al inicio de tratamiento con PP era de 5, y a los dos años bajó a 3; la CAN (Camberwell de necesidad de cuidados) pasó de 14 a 6; y la escala de discapacidad de la OMS (WHO-DAS) disminuyó significativamente en sus cuatro áreas (autocuidados, ocupacional, relaciones familiares y relaciones sociales: 2/1/1/2). No tuvo ingresos en UHP en ese periodo, ni realizó urgencias. No refirió efectos adversos. El peso se mantuvo (74,5 a 73 kg).

Continúa trabajando sin problemas, además de llevar tareas domésticas. Realiza ejercicio moderado (paseos). Tiene un reducido círculo de contactos sociales (una amiga, algún vecino y su madre, apoyo importante en todo el proceso). Ha mantenido un discurso coherente, mostrando importante conciencia de enfermedad, con plena adherencia al tratamiento este tiempo (acudiendo a inyectarse y a consultas puntualmente). Verbaliza estar satisfecha con su evolución y situación actual, no sintiéndose “medicada” ni “enferma” y pudiendo llevar adelante el estilo de vida que desea. De hecho, verbaliza tener miedo a poder seguir disminuyendo dosis de PP por si arriesga una recaída.

Bibliografía

1. McEvoy JP. Clinical outcomes in schizophrenia. *J Clin Psychiatry* 2008; 69(3):1-8.
2. Jaaskelainen E, Juola P, Hirvonen N et al. A systematic review and metaanalysis of recovery in schizophrenia. *Schizophren Bull* 2013; 39(6): 1296-1306.
3. Masand PS, Roca M, Turner MS, Kane JM. Partial adherence to antipsychotic medication impacts the course of illness in schizophrenia. *J Clin Psychiatry* 2009; 11(4): 147-154.
4. Figueira ML, Brissos S. Measuring psychosocial outcomes in schizophrenia patients. *Curr Opin Psychiatry* 2011; 24.
5. Leuch S. Measurements of response, remission and recovery in schizophrenia and examples for their clinical application. *J Clin Psychiatry* 2014; 75 (1): 8-15.
6. VV.AA. NANDA-I. Diagnósticos enfermeros: Definiciones y clasificación 2009-2011. 1ª ed. Barcelona: Elsevier; 2010
7. VV.AA. Clasificación de Resultados de Enfermería (NOC). 4ª ed. Barcelona: Elsevier España; 2009.
8. VV.AA. Guía de apoyo para la redacción, puesta en práctica y evaluación de los resultados del aprendizaje. Madrid: ANECA;2014.

VINCULACIONES TAXONÓMICAS NNN CON ESCALA RDIC-LAC: RIESGO-DETERIORO DE LA INTEGRIDAD CUTÁNEA DEL ÁREA DE PAÑAL EN EL LACTANTE

Autor/es

Virginia García-Moreno, María Noelia García-Hernández, María Concepción García-Andrés.

Palabras clave

Diaper rash, skin care, nursing care, baths.

Introducción

RDIC-lac es una escala diseñada por consenso de expertos para valorar riesgo y deterioro de la integridad cutánea del área de pañal en lactantes. Su creación se sustenta en la necesidad de dar respuesta al 5-27% de prevalencia de la dermatitis irritativa de pañal (DIP) (1). La prevención de esta lesión puede abordarse por la enfermera y el tratamiento de lesión según su gravedad puede orientar hacia cuidados finalistas si se cuenta con cauces de acción preestablecidos que guíen la toma de decisiones clínicas (2). Aireación, barreras, limpieza, presencia de diarrea y educación sanitaria a padres y cuidadores son factores de riesgo de DIP susceptibles de prevención (3,4). La resolución de la lesión por parte de la enfermera se vincula a puntuaciones leve-moderado en la escala de gravedad (2).

De forma previa a la validación es necesario elaborar protocolos estandarizados y algoritmos de actuación vinculados a la escala RDIC-lac para analizar el impacto de las intervenciones enfermeras en la mejora de los cuidados prestados y en la reducción de la incidencia de esta afectación. Este estudio se encuentra enmarcado en un proyecto más amplio (FUNCANIS 15/2014).

Objetivos

1. Elaborar algoritmo de actuación para abordaje de la DIP vinculado a un Plan de cuidados específico para el abordaje de la DIP en el lactante.
2. Identificar los diagnósticos de enfermería Taxonomía NANDA 2015-17, intervenciones NIC y las actividades sustentadas en evidencia que se pueden vincular a estas intervenciones según situación valorada en la escala.

Material y Métodos

Revisión de la bibliografía en base de datos PubMed, términos MeSH y selección de actividades de la clasificación NIC acordes al tema a tratar basadas en la evidencia. Documentación a través de la aplicación NANDA/NOC/NIC del portal web www.educa.es y selección de etiquetas diagnósticas NANDA (5), criterio de resultados NOC (6) e intervenciones de la clasificación NIC (7). Justificación por consenso de grupo de expertos.

Resultados

El algoritmo de actuación aborda dos dimensiones: intervenciones orientadas a prevención y orientadas a resolución del problema con cuidados finalistas de enfermería ante DIP leve o moderada.

Se seleccionaron 11 etiquetas diagnósticas NANDA, 17 NOC con evidencia vinculada (8) a los diagnósticos y 18 NIC, relacionados con prevención y cuidado de la DIP basadas en evidencia.

Conclusiones

Se propone algoritmo de planificación de cuidados basado en las mejores evidencias taxonómicas NNN y los rangos de puntuación ofertados por escalas para guiar una práctica enfermera rigurosa y homogénea. En las siguientes fases del estudio de forma simultánea se validará el contenido de escala y lenguaje taxonómico.

Bibliografía

1. Vitoria Miñana I. Trastornos cutáneos más frecuentes del recién nacido y del lactante. Dermatitis del pañal. *Pediatría integral: órgano de expresión de la sociedad española de Pediatría Extrahospitalaria y Atención Primaria* [Revista en internet]. 2012; 16 (3): 193-208.
2. García Hernández MN, Fraga Hernández ME, Aguirre Jaime A. Cuidados enfermeros finalistas. Identificación en un servicio de urgencias pediátrico de Atención Primaria. *Rev ROL Enferm* 2013; 36(9):584-591.
3. Merrill L. Prevention, treatment and Parent Education for Diaper Dermatitis. *Nursing for Women's Health*. 2015 (19): 4. Disponible en: <http://nwhjournal.org/article/S1751-4851%2815%2930010-6/pdf>.
4. Asociación Española de Pediatría [sede web]. Madrid: Asociación Española de Pediatría; 2007 [acceso agosto de 2014]. Zambrano Pérez E, Torrelo Fernández A, Zambrano Zambrano A. Dermatitis del pañal. Disponible en: <http://www.aeped.es/sites/default/files/documentos/dermatitis-panal.pdf>
5. Heather Herdman T, Shigemi Kamitsuru. *Nanda Internacional. Diagnósticos Enfermeros. Definiciones Y Clasificación*. 2015-2017. Barcelona: ELSEVIER. 2015. ISBN: 978-84-9022-951-4.
6. Moorhead S, Johnson M, Maas ML, Swanson E. *Clasificación de Resultados de Enfermería (NOC)*. 5ª Edición. Barcelona: ELSEVIER. 2014. ISBN: 978-84-9022-415-1.
7. Bulechek GM, Butcher HK, Dochterman JM, Wagner CM. *Clasificación de Intervenciones de Enfermería (NIC)*. 6ª edición. Barcelona: ELSEVIER. 2014. ISBN: 978-84-9022-413-7.
8. Johnson M, Moorhead S, Bulechek G, Butcher H, Maas M, Swanson E. *Vínculos de NOC y NIC a NANDA-I y diagnósticos médicos. Soporte para el razonamiento crítico y la calidad de los cuidados*. 3º ed. Barcelona: ELSEVIER. 2012. ISBN: 978-84-8086-913-3.

CUIDADOS DE ENFERMERÍA EN PACIENTE CON ESQUIZOFRENIA PARANOIDE

Autor/es

Beatriz Álvarez-Serrano.

Palabras clave

Brote psicótico, Alucinaciones, Agitación, Tratamiento, Esquizofrenia, Paranoide, Psicosocial.

Introducción

Paciente de 25 años que acude al servicio de urgencias acompañado por su familia, para ingreso en Unidad Regional de Media Estancia (URME) de carácter involuntario. Presenta brote psicótico con alucinaciones de primer rango y vivencias paranoides, elevada agitación, destruyendo enseres y amenazando a su entorno, a pesar de estar bajo tratamiento antipsicótico.

Diagnóstico médico:

Esquizofrenia Paranoide.

Problemática psicosocial en relación a familia y vivienda.

Antecedentes personales:

No presenta alergias medicamentosas, tampoco hipertensión arterial ni diabetes mellitus.

Presenta hábitos tóxicos: fumador de tabaco (15 cigarrillos/día). Consumo ocasional de cannabis y alcohol, aunque no se debe de hablar de un patrón de dependencia, sino que es ciertamente oportunista y en relación al medio social de amistades en el que se ha estado moviendo. Hay que señalar que últimamente no ha consumido sustancias tóxicas.

Ha estudiado hasta 2º de Educación Secundaria Obligatoria (ESO). Trabajos sin cualificación. Presenta bajo nivel cultural.

Antecedentes personales psiquiátricos:

Tuvo un ingreso en septiembre de 2013 por descompensación de Esquizofrenia Paranoide. Seguía el tratamiento antipsicótico de forma irregular y consumo frecuente de alcohol y cannabis. Se le pautó tratamiento con Risperdal Consta que se pasó a Xeplión 150 mg.

Diagnosticado de Esquizofrenia Paranoide desde 2008. La enfermedad debutó con un episodio de heteroagresividad hacia la madre. No hay antecedentes de autoagresividad.

Enfermedad actual:

El paciente les comenta a sus padres las vivencias alucinatorias en las que recibe órdenes de agredir. Por ello, no convive con ellos, pero recibe su apoyo. Lleva tiempo viviendo en otra casa, en una habitación alquilada, ya que éstos tienen miedo de que pueda agredirles.

La presencia de alteraciones en el curso del pensamiento y síntomas negativos están presentes de forma manifiesta. El paciente no presenta carácter violento; en su caso, las conductas violentas ocurren como respuesta a vivencias alucinatorias auditivas de carácter mandatorio con vivencias delirantes paranoides muy angustiosas.

Exploración psicopatológica:

A su llegada se encuentra consciente y orientado. Abordable y colaborador. Permanece en contención mecánica, pero se encuentra tranquilo en el momento de la exploración. Se le ha administrado Olanzapina 10 mg (vía oral). Aspecto adecuado. Discurso con cierto aplanamiento afectivo. Acepta ingreso. Parece consciente de su enfermedad, sin embargo, el último ingreso lo relaciona con una intoxicación aguda de alcohol. Refiere ánimo angustiado, de predominio nocturno, alucinaciones auditivas imperativas. Con un episodio de heteroagresividad hacia objetos en su propio domicilio. Insomnio de tres días de evolución. No ideación de muerte o autolisis en el momento actual.

Valoración

Valoración de Enfermería según los patrones de Marjory Gordon¹.

Patrón de percepción – manejo de la salud.

Consciente de su enfermedad.

Presenta ingresos previos en esta unidad.

Actitud en este último ingreso: de aceptación.

Cumplimiento del tratamiento antipsicótico: incompleto. No vive con sus padres, pero éstos intentan que lleven un orden y un control adecuado.

Aspecto general: cuidado con una correcta higiene.

Antecedentes:

No hipertensión arterial.

No Diabetes Mellitus.

No Dislipemia.

Presenta hábitos tóxicos: fumador de tabaco (15 cigarrillos/día). Consumo ocasional de alcohol y cannabis.

Patrón nutricional – metabólico.

Dieta normal.

No alteración del peso.

Talla: 175 cm.

Peso: 70 kg.

Índice de Masa Corporal (IMC): 22,86 (peso normal).

Sin dificultad en la deglución.

Sin dificultad en la masticación.

No intolerancia alimentaria.

No presenta náuseas ni vómitos.

No alteración de la piel y/o mucosas.

Buena hidratación.

Bajo riesgo de UPP (Escala de Norton: 19 puntos).

Patrón de eliminación.

No presenta cambios en el hábito intestinal.

No presenta problemas en la defecación.

Características de las heces: normales.

No presenta ostomía.

No presenta problemas en la micción.

No presenta drenaje ni sonda vesical.

Patrón de actividad y ejercicio.

No patrón habitual de actividad física: lleva una vida sedentaria.
Presenta alteración de la función motora con enlentecimiento de movimientos.
No precisa de prótesis o dispositivos de ayuda.
No precisa de dispositivos de inmovilización.
No presenta riesgo de caídas.
Precisa vigilancia por parte del personal sanitario para que la higiene/aseo sea el adecuado.
Alteraciones respiratorias: no presenta.

Patrón de reposo-sueño.

Horas habituales de sueño: menos de 6 horas/día.
No sueño reparador.
Presenta alteración del patrón habitual: insomnio.
Precisa medicación para dormir: Dormodor® (Flurazepam) 30 mg. Si a las 23h presenta insomnio: Clotiapina 40 mg.

Patrón cognitivo –perceptual.

Nivel de atención: adecuado.
Se encuentra orientado, consciente.
No presenta problemas en la visión, en la audición ni en la sensibilidad táctil.
Habla: aplanamiento afectivo.
Valoración Glasgow: consciente (15 puntos).
No presenta dolor.
Organización del pensamiento-lenguaje:
-Contenido del pensamiento: desorganizado y pobre.
-Curso del pensamiento: incoherente y disgregado.
-Lenguaje: aplanamiento afectivo.
Conducta:
-Heteroagresividad verbal y, en ocasiones, física con sus padres.
Alteraciones sencoperceptivas:
Ánimo angustiado con predominio nocturno acompañado de alucinaciones auditivas imperativas para que realice el mal a los demás.

Patrón de autopercepción – autocuidado.

Verbaliza sentimientos negativos ante la presencia de las alucinaciones.
Autoimagen negativa.
Aspecto general: cuidado.
Expresa sentimientos de angustia.
Nivel de autoestima: regular.

Patrón de rol – relaciones.

El paciente no reside con sus padres porque tienen miedo de que pueda agredirles debido a sus episodios de heteroagresividad verbal y/o física. Vive en una habitación alquilada en otra vivienda, pero cuenta con su apoyo.
Situación laboral: desempleado. Posible recurso: Inserción Sociolaboral (ISOL).
Relaciones sociales: indiferentes.
Relaciones familiares: no verbaliza.
No barrera idiomática.
No pertenece a una cultura distinta.

Patrón de sexualidad – reproducción.

No presenta disfunción sexual.

Vida sexual: activa.

No presenta pareja estable.

No presenta ningún tipo de enfermedad sexual.

Uso de anticonceptivos: de barrera (preservativos).

Patrón de afrontamiento – tolerancia al estrés.

No presenta episodios de ansiedad.

Actitud ante el personal sanitario: colaboración.

Actitud de la familia ante el personal sanitario: colaboración.

Actitud ante la enfermedad/hospitalización: aceptación.

Actitud familiar ante la enfermedad/hospitalización: aceptación.

Patrón de valores – creencias.

Creyente, pero no practicante.

No solicita asistencia religiosa.

Diagnósticos Enfermeros

Patrón 1, de percepción – manejo de la salud.

(00099) Mantenimiento ineficaz de la salud r/c deterioro cognitivo, incapacidad para realizar juicios apropiados m/p falta demostrada de conocimientos respecto a las prácticas sanitarias básicas, antecedentes de falta de conductas de búsqueda de salud, incapacidad para asumir la responsabilidad de llevar a cabo las prácticas básicas de salud.

Dominio 1: Promoción de la salud.

Clase 2: Gestión de la salud.

Definición: Incapacidad para identificar, manejar o buscar ayuda para mantener la salud.

Patrón 4, de actividad – ejercicio.

(00097) Déficit de actividades recreativas r/c entorno desprovisto de actividades recreativas m/p afirmaciones del paciente de que se aburre.

Dominio 4: Actividad/reposo.

Clase 2: Actividad/ejercicio.

Definición: Disminución de la estimulación (o interés o participación) en actividades recreativas o de ocio.

(00168) Sedentarismo r/c conocimientos deficientes sobre los beneficios del ejercicio físico, falta de interés m/p elige una rutina diaria con falta de ejercicio físico, demuestra falta de condición física, verbaliza preferencia por actividades con poca actividad física.

Dominio 4: Actividad/reposo.

Clase 2: Actividad/ejercicio.

Definición: Informes sobre hábitos de vida que se caracterizan por un bajo nivel de actividad física.

Patrón 5, de reposo – sueño.

(00095) Insomnio r/c patrón de actividad, sueño interrumpido m/p observación de falta de energía, el paciente informa de dificultad para permanecer dormido, el paciente informa de sueño no reparador.

Dominio 4: Actividad/reposo.

Clase 1: Sueño/reposo.

Definición: Trastorno de la cantidad y calidad del sueño que deteriora el funcionamiento.

Patrón 6, cognitivo – perceptual.

(00126) Conocimientos deficientes r/c limitación cognitiva, poca familiaridad con los recursos para obtener información m/p seguimiento inexacto de las instrucciones, comportamientos inapropiados, verbalización del problema.

Dominio 5: Percepción/cognición.

Clase 4: Cognición.

Definición: Carencia o deficiencia de información cognitiva relacionada con un tema específico.

(00051) Deterioro de la comunicación verbal r/c alteración de las percepciones, barreras psicológicas m/p dificultad para expresar los pensamientos verbalmente, dificultad para mantener el patrón de comunicación habitual, verbalización inapropiada.

Dominio 5: Percepción/cognición.

Clase 5: Comunicación.

Definición: Disminución, retraso o carencia de la capacidad para recibir, procesar, transmitir y/o usar un sistema de símbolos.

Patrón 7, de autopercepción – autocuidado.

(00121) Trastorno de la identidad personal r/c estados maníacos, trastornos psiquiátricos m/p rasgos personales contradictorios, afrontamiento ineficaz, desempeño ineficaz del rol.

Dominio 6: Autopercepción.

Clase 1: Autoconcepto.

Definición: Incapacidad para mantener una percepción completa e integrada del yo.

(00153) Baja autoestima situacional r/c cambios del desarrollo, cambio en el rol social m/p evaluación de sí mismo como incapaz de afrontar las situaciones, conducta indecisa, informes verbales de que la situación actual desafía su valía personal.

Dominio 6: Autopercepción.

Clase 2: Autoestima.

Definición: Desarrollo de una percepción negativa de la propia valía en respuesta a una situación actual (especificar).

Patrón 8, de rol – relaciones.

(00060) Interrupción de los procesos familiares r/c crisis de desarrollo, crisis situacional m/p cambios en los patrones de comunicación, cambios en la expresión de conflictos dentro de la familia, cambios en la participación en la solución de problemas.

Dominio 7: Rol/relaciones.

Clase 2: Relaciones familiares.

Definición: Cambio en las relaciones o en el funcionamiento familiar.

(00138) Riesgo de violencia dirigida a otros r/c deterioro cognitivo, historia de presenciar violencia familiar, sintomatología psicótica.

Dominio 11: Seguridad/protección.

Clase 3: Violencia.

Definición: Riesgo de conductas en que la persona demuestre que puede ser física, emocional y/o sexualmente lesiva para otros.

El diagnóstico principal de Enfermería es:

(00099) Mantenimiento ineficaz de la salud r/c deterioro cognitivo, incapacidad para realizar juicios apropiados m/p falta demostrada de conocimientos respecto a las prácticas sanitarias básicas, antecedentes de falta de conductas de búsqueda de salud, incapacidad para asumir la responsabilidad de llevar a cabo las prácticas básicas de salud.

Dominio 1: Promoción de la salud.

Clase 2: Gestión de la salud.

Definición: Incapacidad para identificar, manejar o buscar ayuda para mantener la salud.

Resultados

Autocontrol del pensamiento distorsionado (1403).

Dominio: Salud psicosocial (III).

Clase: Autocontrol (O).

Definición: Autorrestricción de la alteración de la percepción, procesos del pensamiento y pensamiento.

Escala(s): Nunca demostrado hasta Siempre demostrado (m).

Resultado	Puntuación inicial	Puntuación diana	Tiempo
Autocontrol del pensamiento distorsionado (1403)	1	4	25 días

Escala Likert: 1. Nunca demostrado, 2. Raramente demostrado, 3. A veces demostrado, 4. Frecuentemente demostrado, 5. Siempre demostrado.

Indicadores:

Código	Indicador	Puntuación inicial	Puntuación diana	Tiempo
140301	Reconoce que tiene alucinaciones o ideas delirantes	2	5	25 días
140302	No hace caso a alucinaciones o ideas delirantes	2	5	25 días
140303	No responde a las alucinaciones o ideas delirantes	2	5	25 días
140304	Verbaliza frecuencia de alucinaciones o ideas delirantes	2	5	25 días
140305	Describe el contenido de alucinaciones o ideas delirantes	2	5	25 días
140306	Refiere disminución de alucinaciones o ideas delirantes	2	4	25 días
140309	Interacciona con los demás de forma apropiada	2	4	25 días

140311	Muestra patrones de flujo de pensamiento lógico	2	4	25 días
140313	Expone un contenido del pensamiento apropiado	2	4	25 días

Escala Likert: 1. Nunca demostrado, 2. Raramente demostrado, 3. A veces demostrado, 4. Frecuentemente demostrado, 5. Siempre demostrado.

Intervenciones

Autocontrol del pensamiento distorsionado (1403).

- 5230. Aumentar el afrontamiento.

Actividades:

1. Valorar el impacto de la situación vital del paciente en los papeles y relaciones.
2. Valorar la comprensión del paciente del proceso de enfermedad.
3. Utilizar un enfoque sereno, de reafirmación.
4. Disponer un ambiente de aceptación.
5. Ayudar al paciente a identificar la información que más le interese obtener.
6. Fomentar un dominio gradual de la situación.
7. Animar al paciente a desarrollar relaciones.
8. Fomentar las actividades sociales y comunitarias.
9. Alentar la manifestación de sentimientos, percepciones y miedos.
10. Animar la implicación familiar.

- 5510. Educación sanitaria.

Actividades:

1. Identificar los factores internos y externos que puedan mejorar o disminuir la motivación en conductas sanitarias.
2. Determinar el conocimiento sanitario actual y las conductas del estilo de vida de los individuos, familia o grupo objetivo.
3. Formular los objetivos del programa de educación sanitaria.
4. Identificar los recursos necesarios para llevar a cabo el programa.
5. Incorporar estrategias para potenciar la autoestima de la audiencia objetivo.
6. Mantener una presentación centrada, corta y que comience y termine con el tema principal.

7. Implicar a los individuos, familias y grupos en la planificación e implementación de los planes destinados a la modificación de conductas de estilo de vida o respecto de la salud.

- 6510. Manejo de las alucinaciones.

Actividades:

1. Establecer una relación interpersonal de confianza con el paciente.
2. Vigilar y regular el nivel de actividad y estimulación en el ambiente.
3. Registrar las conductas del paciente que indiquen alucinaciones.
4. Proporcionar al paciente oportunidad de comentar las alucinaciones.
5. Animar al paciente a que exprese los sentimientos de forma adecuada.
6. Redirigir al paciente hacia el tema de que se trate, si la comunicación del mismo es inadecuada a las circunstancias.
7. Animar al paciente a que discuta los sentimientos e impulsos, en lugar de actuar sobre ellos.
8. Animar al paciente a que compruebe las alucinaciones con otras personas de confianza (prueba de realidad).

Evaluación

Autocontrol del pensamiento distorsionado (1403).

Dominio: Salud psicosocial (III).

Clase: Autocontrol (O).

Definición: Autorrestricción de la alteración de la percepción, procesos del pensamiento y pensamiento.

Escala(s): Nunca demostrado hasta Siempre demostrado (m).

Resultado	Puntuación inicial	Puntuación diana	Puntuación alcanzada	Tiempo
Autocontrol del pensamiento distorsionado (1403)	1	4	4	25 días

Escala Likert: 1. Nunca demostrado, 2. Raramente demostrado, 3. A veces demostrado, 4. Frecuentemente demostrado, 5. Siempre demostrado.

Indicadores:

Código	Puntuación inicial	Puntuación diana	Puntuación alcanzada	Tiempo
(140301) Reconoce que tiene alucinaciones o ideas delirantes	2	5	5	25 días
(140302) No hace caso a alucinaciones o ideas delirantes	2	5	5	25 días
(140303) No responde a las alucinaciones o ideas delirantes	2	5	5	25 días
(140304) Verbaliza frecuencia de alucinaciones o ideas delirantes	2	5	5	25 días
(140305) Describe el contenido de alucinaciones o ideas delirantes	2	5	5	25 días
(140306) Refiere disminución de alucinaciones o ideas delirantes	2	4	4	25 días
(140309) Interacciona con los demás de forma apropiada	2	4	4	25 días
(140311) Muestra patrones de flujo de pensamiento lógico	2	4	4	25 días
(140313) Expone un contenido del pensamiento apropiado	2	4	4	25 días

Escala Likert: 1. Nunca demostrado, 2. Raramente demostrado, 3. A veces demostrado, 4. Frecuentemente demostrado, 5. Siempre demostrado.

Bibliografía

1. Orem, D. Valoración Inicial de Enfermería. Hospital Psiquiátrico Román Alberca. Servicio Murciano de Salud. Murcia. 2011.
2. Heather Herdman, T., Heath, C., Lunney, M, Scroggins.L, Vasallo,B., Nanda Internacional. Diagnósticos enfermeros. Definiciones y clasificación, 2º Edición, Madrid, Editorial: Elsevier, 2012-2014.
3. Moreno Cidoncha, E. Esquizofrenia. Psicología Online. Formación, Autoayuda y Consejo Online. [On-line]. Clínica Psicológica V. Mars – Sueca (Valencia, España). Disponible en: <http://www.psicologia-online.com/colaboradores/esther/esquizofrenia1/>
4. Larocca, F. Complicaciones. Esquizofrenia. Las Esquizofrenias y los trastornos esquizoafectivos. Monografías. [On-line]. Disponible en: <http://www.monografias.com/trabajos50/esquizofrenia-afectiva/esquizofrenia-afectiva2.shtml>
5. Azpiroz, M., Santos, L., Romani, M. Depresión y Suicidio en la Esquizofrenia. Itinerario. [On-line]. Disponible en: <http://www.itinerario.psico.edu.uy/revista%20anterior/Depresionysuicidioenlaesquizofrenia.htm>
6. Moorhed. S, Johson.M, Swanson, E., Clasificación de resultados de enfermería (NOC), 4º Edición, Madrid, Editorial: Elsevier Mosby, 2008.
7. M. Bulechels. G, K. Butcher, H., McCloskey Dochterman, J., Clasificación de intervenciones enfermeras (NIC), 5º Edición, Madrid, Editorial: Elsevier Mosby, 2008.

8. José Manuel GL. Manual de enfermería psiquiátrica.1ª Edición, Barcelona, Glosa, S.L., 2009.
9. Enfermedades: Esquizofrenia. DMedicina. [On-line]. Madrid. Unidad Editorial. Revistas. 2009. Disponible en: <http://www.dmedicina.com/enfermedades/psiquiatricas/esquizofrenia>
10. Trastornos Psicomotores. Psicopatología adultos: Trastornos Psicomotores. Psicología Online. Formación, Autoayuda y Consejo Online. [On-line]. Clínica Psicológica V. Mars – Sueca (Valencia, España). Disponible en: <http://www.psicologia-online.com/pir/trastornos-psicomotores.html>
11. Esquizofrenia: síntomas. [On-line]. Onmeda. Revisión médica: Rodelgo, Tomás. Revisado: 19 Marzo 2012. Disponible en: <http://www.onmeda.es/enfermedades/esquizofrenia-sintomas-1542-5.html>

EVALUACIÓN PRELIMINAR DE LAS PROPIEDADES PSICOMÉTRICAS DEL INSTRUMENTO CONOCIDIET-DIABETES

Autor/es

Rubén Martín-Payo, Martín Rodríguez-Álvaro, Mercedes Fraile-Bravo, Gonzalo Duarte-Climents, Héctor de la Rosa-Merino, Carlos Enrique Martínez-Alberto.

Palabras clave

Diabetes, dieta, validez, fiabilidad, cuestionario.

Introducción

La diabetes mellitus (DM) es una enfermedad crónica extendida a nivel mundial⁽¹⁾, con una prevalencia del 14% en España⁽²⁾.

Una dieta no saludable contribuye a la aparición de complicaciones^(3- 5). Evaluar los conocimientos en relación con la misma⁽⁴⁾ es fundamental ya que existe asociación entre menor conocimiento y menor adherencia a la dieta saludable⁽⁶⁾.

CONOCIDIET-Diabetes es una herramienta diseñada para evaluar el conocimiento sobre la dieta en pacientes diabéticos en AP.

Objetivos

Evaluar, de forma preliminar, las propiedades psicométricas del instrumento CONOCIDIET-Diabetes.

Material y Métodos

Se realizó un estudio metodológico de validación de instrumento de medida sobre una muestra de conveniencia de pacientes diabéticos reclutados en áreas de Atención Primaria (AP) de Madrid y Canarias. Los participantes cumplimentaron un cuestionario en 3 partes: datos sociodemográficos y clínicos, CONOCIDIET-Diabetes y SUGAR. Se utilizó la estadística descriptiva para caracterizar la muestra y resumir las puntuaciones. La fiabilidad se evaluó en términos de consistencia interna a través del índice Kuder-Richarson 20 (KR20) y el valor del mismo si se elimina el ítem. La fiabilidad se evaluó en términos de validez de criterio convergente con el agregado de los ítems relativos a la dieta del instrumento SUGAR usando la correlación de Spearman.

Resultados

La muestra estuvo conformada por 124 pacientes, la mayoría tipo 2 (80.8%), con una distribución por sexos uniformes (Hombres: 51.6%) y una media de edad de 59.2 años (DE: 14.99). La puntuación media obtenida por los participantes fue de 65.15 (DE: 8.44). Las pruebas de fiabilidad realizadas avalan la consistencia interna de la escala (índice KR20=0.82, sin que disminuya de 0.81 al eliminar cualquier ítem). La validez de criterio convergente con la escala SUGAR fue adecuada, obteniendo una correlación altamente significativa ($r_s=0.26$; $p=0.003$).

Conclusiones

Los resultados de los análisis preliminares realizados son prometedores respecto a la fiabilidad y validez del CONOCIDIET-DIABETES.

Bibliografía

1. Soriguer F, Goday A, Bosh Comas A, Boriú E, Pascual A, Carmena R et al. Prevalence of diabetes mellitus and impaired glucose regulation in Spain: the di@betes.es Study. *Diabetología* 2012; 5(1):88-93. doi: 10.1007/s00125-011-2336-9.
2. Federación Internacional de Diabetes. Atlas de Diabetes de la FID 6ª edición [Internet]. Bruselas: International Diabetes Federation; 2013 [consultado el 6 de abril de 2016]. Disponible en: https://www.idf.org/sites/default/files/SP_6E_Atlas_Full.pdf
3. Evert AB, Boucher JL, Cypress M, Dunbar SA, Franz MJ, Mayer-Davis EJ et al. Nutrition therapy recommendations for the management of adults with diabetes. *Diabetes Care*. 2014; 37 Suppl 1:S120-43. doi: 10.2337/dc14-S120
4. De Feo P, Schwarz P. Is physical exercise a core therapeutical element for most patients with type 2 diabetes? *Diabetes Care*. 2013; 36 Suppl 2:S149-54. doi: 10.2337/dcS13-2024.
5. Schellenberg ES, Dryden DM, Vandermeer B, Ha C, Korownyk C. Lifestyle interventions for patients with and at risk for type 2 diabetes: a systematic review and meta-analysis. *Ann Inter Med*. 2013; 159(8): 543-51. doi: 10.7326/0003-4819-159-8-201310150-00007.
6. Nagelkerk J, Reick K, Meengs L. Perceived barriers and effective strategies to diabetes self-management. *J Adv Nurs*. 2006; 54(2):151-8.

PAE EN PACIENTE PALIATIVO EN ENFERMERÍA RURAL

Autor/es

Elena Robles-Moya, Montserrat Estepa-Muñoz, Jose Ángel Pétrez-Ortiz, Celeste García-Esteban-Morales.

Palabras clave

Paliativo, NANDA, NIC, NOC.

Introducción

Los cuidados paliativos en atención rural, se basan en una concepción global, activa y continuada que comprende la atención de los aspectos físicos, psíquicos, sociales y espirituales de las personas en situación terminal, siendo los objetivos principales el bienestar y la promoción de la dignidad y autonomía de cada enfermo y su familia.

Los planes de cuidados estandarizados suponen una herramienta muy útil para la práctica asistencial. Reflejan la línea de decisión y actuación de las enfermeras reduciendo la variabilidad en la práctica profesional, determinando el nivel adecuado de los resultados esperados y estableciendo guías de actuación para la continuidad de cuidados.

Valoración

Valoración estructurada por patrones funcionales de salud.

PATRÓN 01. PERCEPCIÓN - MANEJO DE SALUD

- No da importancia a su salud.
- No acepta su estado de salud..
- No sigue el plan terapéutico.

PATRÓN 02. NUTRICIONAL - METABÓLICO

- Problemas de dentición.
- Problemas de la mucosa oral.
- Total de consumo de líquidos diarios (1 vaso = 250 cc).
- Apetito.
- Náuseas.
- Vómitos.
- Peso.
- Talla.
- IMC.

PATRÓN 03. ELIMINACIÓN

- Número y frecuencia de deposiciones.
- Cambios en hábitos intestinales.
- Ayuda para la defecación.
- Incapacidad de realizar por sí mismo las actividades del uso del WC.
- Síntomas urinarios.
- Sondas urinarias.

PATRÓN 04. ACTIVIDAD - EJERCICIO

- Frecuencia respiratoria.

- Ruidos respiratorios.
- Edemas.
- Deterioro de la circulación de MMII.
- Frecuencia cardiaca.
- Tensión arterial.
- Situación habitual –sillón, cama–.
- Requiere ayuda para ponerse/quitarse ropa-calzado.
- Caídas (último trimestre).

PATRÓN 05. SUEÑO - DESCANSO

- Cambios en el patrón del sueño.
- Nivel de energía durante el día.
- Ayuda para dormir.

PATRÓN 06. COGNITIVO - PERCEPTUAL

- Nivel de conciencia.
- Nivel de orientación.
- Dolor.
- Alteraciones sensoperceptivas.
- Pérdidas de memoria.
- Sensibilidad al frío: aumentada/disminuida.
- Sensibilidad al calor: aumentada/disminuida.

PATRÓN 07. AUTOPERCEPCIÓN - AUTOCONCEPTO

- Tiene sensación de malestar o amenaza de origen inespecífico y sentimiento de aprensión.
- Temor expreso.
- Problemas emocionales.
- No se siente útil.

PATRÓN 08. ROL - RELACIONES

- Problemas familiares.
- Manifiesta carencia afectiva.
- Problemas de integración.
- Afirmación de que se aburre.

PATRÓN 09. SEXUALIDAD - REPRODUCCIÓN

PATRÓN 10. ADAPTACIÓN - TOLERANCIA AL ESTRÉS

- Ha tenido en los dos últimos años cambios vitales.
- Tiene falta de información sobre su salud.

PATRÓN 11. VALORES - CREENCIAS

- Es religioso.

Diagnósticos Enfermeros

1. 00071 Afrontamiento defensivo r/c Impacto emocional m/p Negación de problemas.
2. 00074 Afrontamiento familiar comprometido r/c Desorganización familiar temporal y cambio de roles temporales m/p La persona de referencia muestra una conducta protectora desproporcionada a las necesidades de autonomía del paciente.

Resultados

1/NOC:

- 1300 Negación de problemas.
- 1302 Afrontamiento de problemas
- 1205 Autoestima
- 1601 Conducta de cumplimiento
- 3009 Satisfacción del paciente/usuario: cuidado psicológico
- 1704 Creencias sobre la salud: percepción de amenaza

2/NOC:

- 2508 Bienestar del cuidador principal
- 1501 Desempeño del rol
- 2208 Factores estresantes del cuidador familiar
- 2603 Integridad de la familia
- 2202 Preparación del cuidador familiar domiciliario
- 2204 Relación entre el cuidador principal y el paciente
- 2506 Salud emocional del cuidador principal
- 2507 Salud física del cuidador principal

Intervenciones

1/NIC:

- 4420 Acuerdo con el paciente
- 5230 Mejorar el afrontamiento
- 5250 Apoyo en la toma de decisiones
- 5390 Potenciación de la autoconciencia

2/NIC:

- 7140 Apoyo a la familia
- 5370 Potenciación de roles
- 7110 Fomentar la implicación familiar

Evaluación

1. Dotar de una herramienta ágil que facilite:

- - La utilización de un lenguaje común mediante la taxonomía enfermera.
- - Unificación de líneas de decisión y actuación que se adapten a la práctica clínica.

2. Servir de referente para todos los profesionales de enfermería que atiendan a pacientes paliativos.

3. Facilitar la evaluación de resultados que proporcionen:

- - Líneas de investigación específicas.
- - Monitorización de la calidad en el proceso de cuidar.

Bibliografía

1. Jonson M, Bulechek G, McClosKey J, Moorthead S, Mass M.
2. Diagnósticos enfermeros. Resultados e intervenciones (Interrelaciones
3. NANDA, NIC, NOC). Ed. Harcourt. Barcelona, 2002.
4. McClosKey J, Bulechek G, et al. Proyecto de Intervenciones Iowa. Clasificación de Intervenciones de Enfermería (NIC). Quinta Edición.

5. Editorial Síntesis, S.A. 2009.
6. Moorhead S, Johnson M, et al. Clasificación de Resultados de
7. Enfermería (NOC). Quinta Edición. Ed. Elsevier, 2013.
8. NANDA-I Diagnósticos enfermeros: Definiciones y clasificación
9. 2007-2008 NANDA Internacional. Elsevier, 2008.
10. NANDA International. Diagnósticos enfermeros: Definiciones y
11. clasificación 2012-2014 NANDA Internacional. Ed. T. Heather
12. Herdman, PhD, RN. Elsevier, 2013.

EVALUACIÓN DE LAS PROPIEDADES PSICOMÉTRICAS DE DOS RESULTADOS NOC EN UNA MUESTRA PORTUGUESA: RESULTADOS PRELIMINARES

Autor/es

Francisco Sampaio, Odete Araújo, Carlos Sequeira, Teresa Lluch-Canut.

Palabras clave

Psicometría, Ansiedad, Enfermería Psiquiátrica.

Introducción

Una prioridad de investigación en la Clasificación de Resultados de Enfermería (NOC) es evaluar las propiedades psicométricas de los resultados NOC (Moorhead, Johnson, Maas, & Swanson, 2009). En Portugal, según Caldas de Almeida y Xavier (2013), los trastornos de ansiedad son los trastornos psiquiátricos más prevalentes (16,5%), por lo que es importante su evaluación por los enfermeros.

Objetivos

Traducir y evaluar las propiedades psicométricas de los NOC “Nivel de ansiedad” (1211) y “Autocontrol de la ansiedad” (1402) en una muestra portuguesa.

Material y Métodos

Los NOC “Nivel de ansiedad” y “Autocontrol de la ansiedad” fueran traducidos del inglés al portugués y retro traducidos, siguiendo las normas de Wild et al. (2005). Los NOC fueran aplicados a 72 pacientes de la Consulta Externa del Servicio de Psiquiatría de un Hospital del Norte de Portugal (muestreo accidental), excepto a los que presentaban uno o más de los siguientes criterios de exclusión: psicosis; demencia; edad superior a 65 años; déficit cognitivo. Se analizó la consistencia interna de ambos NOCs. La versión portuguesa de la Escala de Ansiedad y Depresión Hospitalaria (HADS) (dominio “Ansiedad”) fue usada para evaluar la validez convergente con el NOC “Nivel de ansiedad”.

Resultados

El NOC “Nivel de ansiedad” presentó una excelente consistencia interna (α Cronbach = 0,92) sin el ítem “Disminución del rendimiento escolar” (121127) (sólo una ocurrencia) y una correlación negativa elevada con el HADS (dominio “Ansiedad”) ($r = -0.75$; $p < 0,001$). El NOC “Autocontrol de la Ansiedad” presentó una consistencia interna moderada (α Cronbach = 0,62).

Conclusiones

El NOC “Nivel de ansiedad” parece un instrumento fiable para utilizar en la práctica clínica. El NOC “Autocontrol de la ansiedad” debe ser analizado de forma más detallada. El estudio está aún en curso, pues se pretende obtener un muestreo de 155 pacientes para poder realizar análisis factorial y evaluación de la concordancia entre observadores.

Bibliografía

1. Caldas de Almeida, J. M., & Xavier, M. (2013). Estudio epidemiológico nacional de saúde mental: 1º relatório. Lisboa: Faculdade de Ciências Médicas da Universidade Nova de Lisboa.
2. Moorhead, S., Johnson, M., Maas, M. L., & Swanson, E. (2009). Clasificación de Resultados de Enfermería (NOC) (4ª ed.). Barcelona: Elsevier.
3. Wild, D., Grove, A., Martin, M., Eremenco, S., McElroy, S., Verjee-Lorenz, A., & Erikson, P. (2005). Principles of good practice for the translation and cultural adaptation process for Patient-Reported Outcomes (PRO) measures: Report of the ISPOR task force for translation and cultural adaptation. *Value in Health*, 8(2), 94-104. doi: 10.1111/j.1524-4733.2005.04054.x

EVALUACIÓN DE LA USABILIDAD DE UN SOFTWARE PARA REGISTRAR EL PROCESO DE ENFERMERÍA

Autor/es

Javier Rodríguez-Tello, M^a Teresa Roldán-Chicano, M^a Mar García-López, M^a Dolores Meroño-Rivera, Ana M^a Cayuela-García, José Ramón Cánovas-Corbalán.

Palabras clave

Programas Informáticas, Diagnóstico de Enfermería, Atención de Enfermería.

Introducción

La norma ISO 9126-1^(1,2) establece 3 elementos en la calidad de un software: calidad externa, calidad interna y calidad de uso.

La evaluación de las 2 primeras dimensiones corresponden al desarrollador del software, sin embargo la calidad de uso debe ser evaluada por los usuarios, y puede ser medida con herramientas como el cuestionario System Usability Scale- SUS⁽³⁾

Objetivos

Evaluar la calidad de uso de un software para el registro del Proceso Enfermero.

Material y Métodos

Estudio descriptivo transversal.

En 2014, se pilotó en un hospital público de Cartagena, un software utilizado para el registro del Proceso de Enfermería.

Tras el pilotaje se entregó un cuestionario autoadministrado a las 38 enfermeras de hospitalización que participaron en él, y que recogía las variables:

Dependientes:

-Usabilidad del software. Cuestionario SUS

Independientes:

-Habilidad autopercebida para usar herramientas informática: Escala de Likert de 1: - Pésima a 5: Excelente.

-Actitud ante el diagnóstico enfermero (Cuestionario Position on Nursing Diagnosis scale - Spanish Version PND-SV)⁴.

-Tiempo de formación: 6 horas/12 horas

Se realizó un análisis descriptivo de las frecuencias de las variables, y comparación de proporciones de usabilidad según las distintas variables independientes, usando el test exacto de Fisher para un nivel de significación de 0,05.

Resultados

El 70% de las enfermeras tuvo una actitud positiva ante el diagnóstico enfermero, lo que facilita la implantación de los lenguajes estandarizados.

El 80,8% consideró que el software tenía una usabilidad inaceptable según la escala SUS, hallando diferencias significativas ($p < 0,05$) en la proporción de profesionales que consideraban la usabilidad inaceptable, según el tiempo de formación (100% en el grupo de 6 horas, y 44,4% en el otro).

Conclusiones

Aunque los profesionales tengan actitudes positivas hacia las taxonomías enfermeras y reciban formación, es necesario crear software amigables e intuitivos, que faciliten el trabajo de registro a las enfermeras.

Bibliografía

1. Jensen R, Lopes MHM, Silveira PSP, Ortega NRS. The development and evaluation of software to verify diagnostic accuracy. Rev. esc. enferm. USP [Internet]. 2012 Feb [citado 30 Mayo 2014]; 46(1):184-191. Disponible en: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0080-62342012000100025&lng=en
2. Pereira IM, Fugulin FMT, Gaidzinski RR. Metodologia de avaliação do software dimensionamento informatizado dos profissionais de enfermagem. J Health Inform. 2012; 4 Supl.2:205-8.
3. Brooke J. SUS: A quick and dirty usability scale. In: Jordan PW, Weerdmeester B, Thomas A, Mclelland IL, editors. Usability evaluation in industry. London: Taylor & Francis Ltd; 1996. p. 189-194.
4. Romero-Sánchez JM, Paramio-Cuevas JC, Paloma-Castro O, Pastor-Montero SM, O'Ferrall-González C, Gabaldón-Bravo EM, et al. The Spanish version of the Position on Nursing Diagnosis scale: cross-cultural adaptation and psychometric assessment. J Adv Nurs. diciembre de 2013;69(12):2759-71.

MONITORIZACIÓN DE LA CALIDAD DE INFORMES DE CUIDADOS MEDIANTE MUESTREO PARA LA ACEPTACIÓN DE LOTES

Autor/es

Javier Rodríguez-Tello, M^a Teresa Roldán-Chicano, M^a Mar García-López, M^a Dolores Meroño-Rivera, Ana M^a Cayuela-García, José Ramón Cánovas-Corbalán.

Palabras clave

Continuidad de cuidados, Control de Calidad.

Introducción

Los Informe de Cuidados deben cumplir los criterios del Conjunto Mínimo Básico de Datos (CMBD) recogido en el RD 1093/2010. (1,2). La técnica de muestreo para la aceptación de lotes (LQAS), permite monitorizar la calidad de los Informes de Cuidados emitidos.

Objetivos

Indicar los elementos del Informe de Cuidados que suelen determinar déficits de calidad en los mismos.

Material y Métodos

Estudio de monitorización mediante LQAS, realizado en un hospital público de Cartagena, sobre el total de informes de Cuidados de Enfermería emitidos en 2015 (N=2351).

La evaluación se realizó utilizando un indicador de proceso compuesto, basado en el CMBD del RD 1093/2010 (3) e indicadores de calidad del Sistema Nacional de Salud (4), que se considera como cumplido si cumple al menos, 6 de los siguientes subindicadores:

- S1: Motivo de ingreso sin utilizar siglas
- S2: Motivo de derivación a Enfermería.
- S3: Existencia de apartados: diagnósticos resueltos, activo, resultados NOC e intervenciones NIC.
- S4: Enunciado del Diagnóstico de Enfermería en formato PES.
- S5: Resultados NOC relacionados con el diagnóstico evaluados.
- S6: Intervenciones NIC relacionadas con el diagnóstico.
- S7: Cura realizada.

Partiendo de un estándar de cumplimiento de un 85%, y un umbral mínimo del 60% para un error α de 0.05 y un error β de 0.10, se precisa evaluar 24 informes, con un número de decisión de 17.

La muestra se obtuvo aleatoriamente.

Resultados

Del total de informes realizados, un total de 46% fueron considerados de Calidad. Todos los subindicadores, excepto “uso de siglas en la causa de ingreso” y “falta de evaluación numérica del Resultado NOC al alta”, superaron el número de decisión.

Conclusiones

Al igual que en estudios anteriores realizados en el mismo contexto⁽⁵⁾, los subindicadores S1 y S5 siguen siendo los principales elementos que pueden determinar una baja calidad de los informes de cuidados emitidos.

Bibliografía

1. Rivas Cilleros E, Velasco Montes J, López Alonso J.C. Valoración del informe de enfermería al alta tras la hospitalización. Nuberos científica. 2013;2(8):45-52.
2. Martínez Vidal L.E, Cantero González M.L. Informe de Cuidados de Enfermería, revisión de su situación actual. EG. [Internet]. 2013. [Consultado 5 abr 2016]; 32:336-345. Disponible en: <http://revistas.um.es/eglobal/article/view/162521/153261>
3. Seva Llor A. M. El Informe de Cuidados de Enfermería al Alta: análisis situacional en la Región de Murcia. [Tesis Doctoral]. Murcia: Facultad de Enfermería, Universidad de Murcia; 2011.
4. Real Decreto 1093/2010, de 3 de septiembre, por el que se aprueba el conjunto mínimo de datos de los informes clínicos en el Sistema Nacional de Salud (Boletín Oficial del Estado, número 225, de 16-09-2010).
5. Sociedad Española de Calidad Asistencial. Indicadores de calidad para hospitales del Sistema Nacional de Salud. [Internet]. Madrid:SECA; 2012. [Consultado 5 abr 2016]. Disponible en: <http://www.calidadasistencial.es/images/gestion/biblioteca/335.pdf>
6. Rodríguez Tello J, Meroño Rivera MD, Roldán Chicano MT, García López MM, Lacoma López JC. Monitorización de la calidad de los informes de cuidados de Enfermería mediante muestreo para la aceptación por lotes. Libro de actas X Congreso Regional de Calidad Asistencial SOMUCA.Murcia; 2015

NUEVAS APLICACIONES DE LA TAXONOMÍA NOC: MEDIR LA SATISFACCIÓN DEL PACIENTE

Autor/es

María Elena García-Manzanares, Carolina Hidalgo-Dóniga, María Isabel Ruiz Pastor.

Palabras clave

Satisfacción del paciente, cuestionarios, NOC, Criterios de resultado, atención de enfermería.

Introducción

Medir la satisfacción de los usuarios del sistema sanitario es cada vez más relevante para conocer si la atención proporcionada por los profesionales cubre adecuadamente sus necesidades. Muchos autores han debatido acerca de si la calidad percibida por el usuario es anterior a su satisfacción o si es consecuencia de esta. Las investigaciones más recientes se decantan por describirlos como conceptos íntimamente relacionados¹.

Anteriormente no se planteaba la valoración de esta satisfacción porque el paciente se encontraba en una situación más pasiva y también porque se “temía” el resultado de las encuestas, pensando que el paciente se mostraría descontento².

Parece que los usuarios del sistema sanitario han cambiado en los últimos años y nos encontramos con pacientes más informados, más críticos y que buscan una mayor participación en sus procesos y en la toma de decisiones en lo que a su salud se refiere. En concreto las personas ostomizadas buscan y encuentran acceso a contenidos, información e, incluso, contactan con otras personas en su misma situación mediante los distintos recursos que las nuevas tecnologías y las redes sociales les ofrecen. Esto les permite comparar y solicitar para ellos mismos lo que consideran mejor, tanto en lo que se refiere a la atención profesional como a los productos de ostomía. Son personas que requieren la utilización de un producto sanitario para su incontinencia, que les permita sentirse seguros y poder reincorporarse a la vida diaria tras su intervención, sin que su modificación corporal sea un impedimento. Ellos mismos han conseguido importantes mejoras en productos y accesorios aportando su nivel de satisfacción con los mismos y exponiendo sus necesidades en diferentes estudios de mercado realizados por los laboratorios farmacéuticos. Incluso realizan llamadas directas a los teléfonos para usuarios de las diferentes firmas para aportar sus quejas, sugerencias y también su satisfacción con el producto. Pero además, necesitan de una atención profesional experta que les aporte los conocimientos necesarios y les acompañe hasta que su nivel de autocuidado sea adecuado. Sentirse satisfechos con la atención profesional recibida va a influir en que la vivencia del proceso para conseguir una adaptación progresiva y completa sea la adecuada, sabiendo que cuentan con el apoyo necesario en cada fase.

Pero conocer la satisfacción percibida no debe ser el objetivo final para los profesionales, sino el punto de partida para modificar puntos débiles, potenciar fortalezas y planificar o reajustar proyectos en marcha.³ De este modo, la atención se ajustará a lo que el paciente realmente necesita, aumentando así su satisfacción, la calidad de la atención y la satisfacción de los profesionales, sabiendo que están

respondiendo a las expectativas de los pacientes y a sus requerimientos. Respecto a la gestión, la medición de la satisfacción de los pacientes es útil para evaluar el desempeño del personal sanitario 4. Un paciente satisfecho continuará utilizando los mismos servicios de salud con los que siente que sus necesidades están cubiertas y atendidas⁵. Medir la satisfacción del paciente sirve para describir el servicio de salud desde su punto de vista, como medida del proceso de atención sanitaria, tendiendo a aislar las áreas-problema y a generar soluciones, evaluando la atención sanitaria y posibilitando, así, mejorar el servicio proporcionado 6.

Los expertos en investigación cualitativa de servicios de salud concluyen que es necesario identificar, definir y satisfacer las necesidades de los pacientes. Admiten que la satisfacción del paciente con los servicios proporcionados es un índice importante y válido de calidad de la atención. Como resultado, un programa de aseguramiento de la calidad es considerado inadecuado si no incluye una manera sistemática en que los pacientes puedan informar y evaluar el cuidado que recibieron 7.

La Guía de Buenas Prácticas Clínicas “Cuidado y manejo de la ostomía” reúne un importante número de recomendaciones basadas en la revisión sistemática de la evidencia con el objetivo de optimizar la atención sanitaria a los pacientes ostomizados. Esta guía recomienda la utilización de un instrumento de medición de la satisfacción del paciente que incluya cuestiones como el dominio del autocuidado y la independencia, la continuidad y la regularidad de los cuidados. Pero en la Guía no se define la herramienta a utilizar⁸.

Se han propuesto varias clasificaciones para evaluar la satisfacción intentado definir los aspectos que deben evaluar. Algunas de estas clasificaciones son apropiadas solo para contextos de atención de salud específicos y otras para niveles más amplios. Una taxonomía completa fue la presentada por Ware et al 9. Evalúa ocho dimensiones:

1. La asistencia interpersonal: se refiere a los rasgos de la personalidad de los proveedores cuando interactúan con los pacientes: el respeto, la preocupación, la amigabilidad, la cortesía...
2. La calidad técnica de la atención: relacionada a la competencia de los proveedores y la adhesión a altos estándares de diagnóstico y tratamiento: la minuciosidad, la exactitud, los riesgos innecesarios, que no se cometan equivocaciones...
3. Accesibilidad/conveniencia: son los factores que ordenan o preparan la atención sanitaria: tiempos de espera, facilidad para acceder al profesional sanitario...
4. Aspectos financieros: aquellos factores que involucran el pago por los servicios de salud.
5. La eficacia/los resultados del cuidado: son los resultados de servicios provistos: las mejoras obtenidas o el mantenimiento de salud.
6. La continuidad del cuidado: se refiere a la constancia del proveedor o del contexto de atención sanitaria.
7. El ambiente físico: los atributos ambientales en los que se proporciona la atención: la claridad de la señalización, medios y equipos ordenados, ambiente saludable...
8. La disponibilidad de recursos de la atención sanitaria: relacionados a contar con suficientes instalaciones y proveedores de atención de salud.

Este instrumento continua siendo uno de los más mencionados en la literatura cuando se habla de medir la satisfacción de los pacientes con la atención sanitaria. Esta taxonomía constituye una excelente guía para la confección de cuestionarios de satisfacción adecuados y completos.

Para medir la satisfacción del paciente es tan importante determinar tanto el instrumento de medición más adecuado como la forma en que se realiza (vía telefónica, cuestionario escrito...)

¿Es necesario que sea una encuesta dirigida, con respuestas cerradas? ¿Deben alternarse algunas preguntas con respuesta libre? ¿Conviene dejar una parte final para observaciones o sugerencias no recogidas en el cuestionario? En algunos estudios se dice que el paciente tiende a dar puntuaciones más altas cuando el cuestionario consta de preguntas cerradas y la opción de calificación es numérica que cuando puede realizar comentarios abiertos. Incluso utilizando en una misma encuesta las dos modalidades combinadas, las puntuaciones numéricas (con buenas calificaciones) no corresponden con los comentarios libres que los pacientes realizan, en los que se muestran más críticos. Esto nos indica que es conveniente mantener una parte para el comentario libre 10.

Y ¿cuál es la mejor forma de realizar una encuesta de satisfacción? Se presenta como posibilidad la vía telefónica, de acceso rápido al paciente, obteniendo una respuesta inmediata de la encuesta. El inconveniente puede residir en que las respuestas se elaboran sobre la marcha, sin dar posibilidad a la reflexión que cada persona necesita. Además el paciente pierde su anonimato y puede influir la habilidad/objetividad del entrevistador.

Los cuestionarios que el paciente cumplimenta en el domicilio permiten que se sienta libre en la cumplimentación, pero pierde la inmediatez del momento y pueden perderse mucha información por cuestionarios no entregados por diferentes motivos, fundamentalmente olvidos. Además la persona puede tener dudas respecto a la forma y al contenido de las preguntas y cumplimentarlo inadecuadamente.

Con la concesión en 2014 de una beca de Intensificación de la Investigación Enfermera por el Instituto de Investigación del Hospital Universitario 12 de Octubre, se inicia un proyecto de investigación enfermero. Se realiza un seguimiento al alta a pacientes ostomizados intervenidos en una de las unidades de Cirugía General y Digestiva del hospital. No se definen criterios de inclusión previos. Entre otros objetivos del estudio, se pretende evaluar la calidad de vida de los pacientes ostomizados en seguimiento por personal experto en Estomaterapia en una Unidad de Ostomía midiendo indicadores en salud, de autonomía personal, de adaptación de la familia, de calidad percibida y de satisfacción relacionada con la atención profesional recibida.

Estas mediciones se realizan en diferentes momentos del proceso con dos herramientas:

1. Cuestionarios validados (SF-36 y Stoma QoL), que cumplimentan los pacientes.
2. Un conjunto de criterios de resultados NOC e indicadores seleccionados con intención de evaluar de forma integral a la persona ostomizada. Los indicadores seleccionados son medidos por el profesional estomaterapeuta.

A los 6 meses de comenzar el estudio de investigación, se decide evaluar la satisfacción del paciente con la atención profesional recibida en la Unidad.

Coincidiendo con el desarrollo del estudio de investigación, se implantó la Unidad de Ostomía en el HU 12 de Octubre. Al ser una unidad de nueva creación, la valoración del

usuario se determinó esencial para conocer si el servicio respondía a las expectativas del paciente y si reunía la calidad necesaria, dato muy relacionado con la satisfacción percibida.

En el diseño inicial del estudio se seleccionaron diferentes criterios de resultado dentro de los Dominios en los que se encuentra dividida la clasificación de los Criterios de Resultado NOC. Dentro del Dominio 5 “Salud percibida”, se incluyó la medición de la satisfacción del paciente/usuario, entre otros. Pero, evidentemente, esta evaluación debía hacerla el usuario del servicio. En ninguno de los cuestionarios que cumplimenta el paciente en el estudio (SF-36 y Stoma QoL) se incluye nada referido a la medición de la satisfacción. Por ello se decidió utilizar esta herramienta que la taxonomía NOC propone para medir la satisfacción con la atención enfermera recibida. Nos parecía una solución novedosa y un instrumento útil, sencillo en el uso, validable y accesible.

La clasificación de criterios de resultado NOC incluye 17 criterios de resultado en los que aparece el concepto “satisfacción del paciente” (Tabla 1). Cada uno de ellos incluye una serie de indicadores que permiten medir diferentes aspectos de la satisfacción del paciente/usuario.

Objetivos

Identificar el grado de satisfacción del paciente con la atención enfermera recibida.

Medir el grado de satisfacción del paciente ostomizado utilizando el NOC 3014 “Satisfacción paciente/usuario”

Material y Métodos

Se realiza un estudio descriptivo transversal en una muestra seleccionada dentro del total de pacientes incluidos en el estudio de investigación.

Se utiliza como herramienta de medición el criterio de resultado (NOC) “Satisfacción del paciente/usuario”, definido como “grado de percepción positiva de los cuidados proporcionados por el personal de enfermería”.

Se midieron los indicadores que se indican en la Tabla 2. La escala Likert utilizada es la escala s de la clasificación de Criterios de Resultado NOC donde 1 = No del todo satisfecho, 2 = Algo satisfecho, 3 = Moderadamente satisfecho, 4 = Muy satisfecho, 5 = Completamente satisfecho.

Para una mayor objetividad se decidió que la encuesta se realizaría de forma telefónica y por una persona distinta al profesional que realizaba el seguimiento. Se elaboró un guion para la entrevista, de forma que todas las personas recibieran la misma información contada del mismo modo. La intención era no distorsionar las respuestas en función de la formulación de las preguntas.

Selección de la muestra

Del total de pacientes en seguimiento dentro del estudio de investigación, se seleccionó a aquellos que llevaban intervenidos 3 meses o más como único criterio de inclusión para la medición de la satisfacción con la atención enfermera recibida.

Resultados

Se trata de una muestra con 30 pacientes (21 varones y 6 mujeres), de los cuales el 60 % son mayores de 65 años. En cuanto al tipo de ostomía, el 40% son portadores de colostomía y el 60 % de ileostomía. El 52% de las ostomías son definitivas y el 48 % temporales.

Todos los pacientes puntúan todos indicadores seleccionados con una puntuación de 4 (muy satisfecho) o 5 (completamente satisfecho), excepto dos pacientes que puntúan con 2 (algo satisfecho) y 3 (moderadamente satisfecho) el indicador 2: "Acceso a los suministros y equipos necesarios para los cuidados: bolsas, accesorios, material de cura...".

La disponibilidad para la participación en la cumplimentación del cuestionario fue del 100 % de los pacientes entrevistados y valoraron muy positivamente que se tuviera en cuenta su opinión. Manifestaron que la realización de la encuesta vía telefónica también les pareció adecuada y cómoda.

Los pacientes que presentaron complicaciones en el estoma o en la piel periestomal, bien por complicaciones propias del estoma o por problemas con la adaptación, manifestaron menor nivel de satisfacción, sobre todo en la valoración del indicador "Acceso a los suministros y equipos necesarios para los cuidados". En algunos pacientes con complicaciones fue necesario realizar varios cambios en el dispositivo hasta conseguir la adaptación adecuada y encontraron problemas para el acceso al material: problemas con la orden de prescripción o con la dispensación en farmacia de los productos de ostomía. En el momento de realización de las encuestas todos los pacientes llevaban intervenidos 3 meses o más y ningún paciente presentaba ya problemas de manejo ni de adaptación, a pesar de que en algunos de ellos se mantenían las complicaciones estructurales del estoma (retracción, estenosis o mal posición). Además no se observaron diferencias en la satisfacción entre pacientes ileostomizados y colostomizados, En estos subgrupos la valoración de los indicadores es similar a la realizada por la muestra total.

Conclusiones

En todos los artículos en los que se evalúa la satisfacción del paciente con la atención profesional recibida los resultados son muy favorables. Aunque es posible que esto sea real, el paciente debe comprender que sus aportaciones son las que realmente ayudan a mejorar y que todas sus percepciones son valiosas, incluso aquellas en las que se evalúa negativamente algún aspecto. Es necesario que vaya instaurándose y normalizándose la participación de los usuarios en la evaluación de los servicios de salud recibidos. Será necesario motivar a los usuarios y facilitarles un instrumento de fácil cumplimentación y que, a su vez, sea útil, validable y sensible para los profesionales.

El trabajo de los profesionales expertos en Estomaterapia tiene gran relevancia en el proceso asistencial de las personas ostomizadas y sus familias. Los profesionales "notan" la satisfacción de los usuarios. Pero esta subjetividad debe ser medida para hacerla evidente, dando valor al trabajo realizado y posibilitando la detección de posibles áreas de mejora.

Es necesario establecer una herramienta de medición de la satisfacción válida ("el cuestionario mide lo que debe medir"), fiable ("reproducible en diferentes momentos y por diferentes personas; funciona siempre el mismo modo"), sensible ("se modifica los resultados si existen cambios") y útil ("que no necesite mucho tiempo para aplicarse, ni necesite entrevistadores entrenados ni sea difícil de interpretar").

La Clasificación de Resultados de Enfermería (NOC) presenta una terminología y unos criterios estandarizados que permite obtener resultados mensurables como consecuencia de intervenciones enfermeras. La clasificación puede ser utilizada por

investigadores, estudiantes, profesionales, profesores y gestores en los diferentes entornos docentes, clínicos, de investigación y de gestión. Constituye una importante herramienta para valorar la efectividad de los cuidados.

Los criterios de resultado NOC referidos a la medición de la satisfacción del paciente/usuario pueden ser útiles para la elaboración de una encuesta de satisfacción, eligiendo los indicadores del criterio o de los criterios elegidos para evaluar lo que se pretenda en cada proyecto, intervención...

Ante la necesidad de evaluar la satisfacción de los usuarios de un servicio de salud hay que tener en cuenta que, para que sea una evaluación completa, deben explorarse todos los aspectos: la asistencia interpersonal, la calidad técnica de la atención, la accesibilidad/conveniencia, los aspectos financieros, la eficacia/los resultados del cuidado, la continuidad del cuidado, el ambiente físico y la disponibilidad de recursos de la atención sanitaria.

Los criterios de resultado NOC son una herramienta útil, validada y con un manejo sencillo tanto para el usuario como para los profesionales.

Evaluar la satisfacción de los pacientes, en este caso de los pacientes ostomizados, nos permite incorporar sus aportaciones a los procesos asistenciales para que respondan a sus necesidades y conseguir una mayor adherencia en los tratamientos, mayor calidad percibida y mayor satisfacción tanto del usuario como del profesional.

Bibliografía

1. Varela Mallou J, Rial Boubeta A, García Cueto E. Presentación de una Escala de Satisfacción con los Servicios Sanitarios de Atención Primaria. *Psicothema* 2003; 15(4):656-61.
2. Redondo Martín S, Bolaños Gallardo E, Almaraz Gómez A, Maderuelo Fernández JA. Percepciones y expectativas sobre la atención primaria de salud: una nueva forma de identificar. *Mejoras en el sistema de atención. Aten Primaria* 2005; 36 (7):358-66.
3. Donabedian, A. The quality of care: How can it be assessed? *JAMA* 1988; 260:1743-48.
4. Armando P.D. Desarrollo y validación de cuestionarios de satisfacción de pacientes con los servicios de atención farmacéutica en farmacias comunitarias. Universidad de Granada. Facultad de Farmacia. Programa de Doctorado en Farmacia Asistencial. 2007.
5. Donabedian, A. The seven pillars of quality. *Arch Pathol Lab Med* 1990; 114:1115-8.
6. Sitzia J, Wood N: Patient Satisfaction: A Review of Issues and Concepts. *Soc Sci Med.* 1997;45(12):1829-43.1
7. Hidalgo Antequera JR. La calidad en la provisión de la sanidad. Derechos de los pacientes como parámetro de calidad del servicio de salud. *Rev Adm Sanit* 2005; 3 (3). 447-53.
8. Redondo Martín S, Bolaños Gallardo E, Almaraz Gómez A, Maderuelo Fernández JA. Percepciones y expectativas sobre la atención primaria de salud: una nueva forma de identificar mejoras en el sistema de atención. *Rev Aten Primaria*; (36) 7: 3588-66.

9. Cuidado y manejo de la ostomía. Guía de buenas prácticas clínicas. Traducido de: Registered Nurses Association of Ontario. Ostomy Care and Management Toronto. Canadá. Registered Nurses Association Ontario, 2009.
10. Ware, JE., Snyder, MK., Wright R, Davies AR. Defining and measuring patient satisfaction with medical care. Eval Program Plan 1983; 6:247-63.
11. Dios Guerra C; Alba Dios MA; Ruiz Moral R; Jiménez García, C; Pérula de Torres, LA; Rodríguez Borrego, M A. Valoración de la satisfacción de usuarios de consulta de Enfermería en Centros de Salud a partir de indicadores de calidad técnicos y de comunicación. Enfermería Global, nº 31, Julio 2013.

NUEVAS APLICACIONES DE LA TAXONOMÍA NOC: MEDIR LA SOBRECARGA DEL CUIDADOR

Autor/es

María Elena García-Manzanares, Carolina Hidalgo-Dóniga, Santiago Pérez-García.

Palabras clave

Cuidador, sobrecarga, cuestionarios, escalas, NOC, Criterios de resultado.

Introducción

Los cuidadores informales reducen/evitan recursos profesionales en el cuidado. Esto supone disminución del gasto público y un notable impacto económico y social. Es necesario “cuidar al que cuida”. En este caso se trata del cuidador de una paciente no hospitalizada, dependiente. Requiere cuidados de gran complejidad debidos a un Síndrome de Intestino Corto y fístula enterocutánea abdominal de difícil manejo.

Objetivos

1. Medir la sobrecarga detectada en el cuidador principal.
2. Comparar resultados obtenidos con dos instrumentos:
 - Índice de Zarit.
 - Criterios de resultado 2508 “Bienestar del cuidador principal” y 2210 “Resistencia del papel del cuidador”.
3. Determinar la eficiencia de la intervención del cuidador para el sistema sanitario.

Material y Métodos

Medición en la paciente del grado de dependencia (índice de Barthel).

Medición de la sobrecarga del cuidador mediante instrumentos cumplimentados por el cuidador: test de Zarit, valoración de indicadores seleccionados del criterio de resultado NOC [2508] Bienestar del cuidador principal y NOC [2210] Resistencia del papel del cuidador.

Estimación económica del coste de la actuación del cuidador (tiempo de atención y materiales). Comparación con costes profesionales.

Resultados

La paciente presenta, según el índice de Barthel, una incapacidad funcional severa.

El cuidador principal presenta un nivel de sobrecarga elevado, coincidiendo el resultado de ambos instrumentos utilizados para la medición del mismo.

La intervención del cuidador supone un elevado ahorro en recursos sanitarios.

Conclusiones

Poder contar con un cuidador principal involucrado permite plantear la realización de cuidados complejos en pacientes con un nivel de dependencia grave en su propio domicilio. Para asegurar el éxito de esta opción es necesario detectar las situaciones de sobrecarga en el rol del cuidador para establecer estrategias de soporte que permitan

el éxito de esta colaboración como son recibir apoyo profesional cualificado y facilitar el acceso a los recursos materiales necesarios para los cuidados.

Bibliografía

1. Rodríguez-Medina RM; Landeros-Pérez ME. Sobrecarga del agente de cuidado dependiente y su relación con la dependencia funcional del adulto mayor. *Enfermería Universitaria* 2014; 11(3):87-93
2. Gómez Urquiza JL; León Alcalde I; Avilés Guzmán AM; Pérez Mármol JM; Fernández Castillo R. Nivel de sobrecarga del cuidador y su relación con el nivel de dependencia de la persona cuidada. *Paraninfo digital. Monográficos de investigación en salud* 2014; año VIII (20). Disponible en: <http://www.index-f.com/para/n20/122.php>
3. Álvarez Embarba B; Sanz Vergel AI; Igea Moreno M; Álvarez Domingo M; García-Carpintero Blas E; Luengo González R. Proyecto de estudio de investigación: la disminución de la sobrecarga del cuidador mediante intervención enfermera. *Paraninfo digital. Monográficos de investigación en salud* 2013; año VII (19). Disponible en: <http://www.index-f.com/para/n19/059o.php>
4. Espinoza Miranda K; Jofre Aravena V. sobrecarga, apoyo social y autocuidado en cuidadores informales. *Ciencia y Enfermería* XVIII (2): 23-30, 2012.

MODELO AREA, FACILITADOR DE LA GESTIÓN DE CUIDADOS EN PERSONAS SIN HOGAR CON ENFERMEDAD MENTAL

Autor/es

Roberto Brizuela-Domínguez, Ana María Arrabal-Polo, Francisco Javier Fernández-Burgaleta, Marta Gonzalo-de-Jesús, Miriam Ibáñez-Heredia.

Palabras clave

Homeless mentally ill, nursing care, nursing diagnosis.

Introducción

Mujer española. 48 años. Con trastorno mental grave de más de 20 años, hipertensión arterial e hipercolesterolemia, sin adherencia terapéutica para ninguno de estos procesos. Reside en las calles de Madrid desde hace aproximadamente 10 años.

Soltera. Un aborto hace 20 años, coincidente con el inicio de la enfermedad mental y la toma de tratamiento antipsicótico tras las hospitalizaciones psiquiátricas.

Ha trabajado en diversas ocupaciones relacionadas con la hostelería (Murcia, Barcelona).

Familia de origen en su pueblo natal (madre y hermanas).

Presenta una discapacidad reconocida por el Instituto Nacional de la Seguridad Social del 67 %, cobra mensualmente su pensión no contributiva y conserva la documentación básica.

Es derivada al Equipo de Calle de Salud Mental hace aproximadamente 10 años por el Samur Social del Ayuntamiento de Madrid.

Nunca se ha alojado en ningún recurso a lo largo de este tiempo, salvo momentos puntuales en todos estos años (albergues de la campaña del frío del Ayuntamiento de Madrid).

Valoración

La valoración enfermera del presente caso clínico supone un proceso de varios meses y de varias entrevistas, no solo en el principio de la intervención, sino que se ha ido alargando y va adquiriendo diferentes matices a lo largo de los 10 años de trabajo con esta mujer.

Como la persona no realiza ninguna demanda de atención psicosocial ni tampoco ha solicitado de manera expresa la necesidad de atención, el Equipo de Calle de Salud Mental (ECASAM) requirió la puesta en marcha de la intervención Presencia (NIC 5340), con objeto de crear una relación de confianza que permitiera la recogida de datos.

De esta manera, los profesionales de Enfermería realizamos el acercamiento y la valoración de la situación de salud de la paciente, basándonos en el modelo de valoración de Marjory Gordon.

Diagnósticos Enfermeros

Se objetivaron disfunción en ocho Patrones Funcionales de Salud. Los diagnósticos enfermeros fueron:

- 00234. Riesgo de sobrepeso.

- 00108. Déficit de autocuidado: vestido.
- 00109. Déficit de autocuidado: baño.
- 00188. Conductas de riesgo para la salud, tendencia a adoptar
- 00097. Déficit de actividades recreativas.
- 00126. Conocimientos deficientes: enfermedad, tratamiento y evolución.
- 00146. Ansiedad.
- 00120. Baja autoestima situacional.
- 00055. Desempeño ineficaz del rol.
- 00065. Patrón sexual ineficaz.
- 00074. Afrontamiento familiar comprometido.
- 00052. Interacción social, deterioro de la

Resultados

Los objetivos que nos proponemos tras la valoración enfermera fueron:

1. Manejar los diagnósticos de enfermería según los patrones funcionales de Marjory Gordon aplicando el modelo AREA, para relacionarlos entre sí con el fin de simplificar el registro de los mismos.
2. Razonar y comprobar cuál es la etiqueta diagnóstica más específica y que mejor describe el problema que presenta la paciente, de forma que cada diagnóstico detectado interactúa con el resto; El diagnóstico que más se relaciona determinaría el problema principal.

De esta forma quedan cubiertas todas las necesidades del paciente, gracias a las intervenciones realizadas y la valoración de la consecución de los objetivos marcados, tras la medición de los indicadores de resultados establecidos.

Para que el plan de cuidados sea operativo, hemos razonado que a partir de 3 diagnósticos focalizados en el problema, podemos marcarnos los objetivos necesarios y así realizar las intervenciones precisas para que las necesidades del paciente queden cubiertas desde una perspectiva holística de salud.

Los diagnósticos, criterios de resultados e intervenciones que propusimos para la resolución del presente caso clínico fueron:

1. (00188). Tendencia a adoptar conductas de riesgo para la salud r/c múltiples agentes estresantes, bajo grado de eficiencia y se caracteriza por fallo en emprender acciones que prevendrían nuevos problemas de salud.
2. (00146): Ansiedad r/c amenaza de muerte, al concepto de sí mismo, para el estado de salud, para el estado socioeconómico, de cambio de rol, al medio ambiente y cambio de los patrones de interacción, caracterizado por dificultad para tomar decisiones y expresión de preocupaciones debidas a cambios en acontecimientos vitales.
3. (00052): Deterioro de la interacción social r/c aislamiento terapéutico, y se caracteriza por verbalización u observación de malestar en las situaciones sociales.

Intervenciones

1. (00188). Tendencia a adoptar conductas de riesgo para la salud r/c múltiples agentes estresantes, bajo grado de eficiencia y se caracteriza por fallo en emprender acciones que prevendrían nuevos problemas de salud.

NOC	NIC
AYUDAR A RESPONDER CON ACTITUDES POSITIVAS HACIA LOS CUIDADOS DE SALUD	
1209 Motivación: Impulso interno que mueve o incita a un individuo a acciones positivas <u>Indicadores de Resultado:</u> Demostración: Nunca(1); Raramente(2); A veces(3); Frecuentemente(4); Siempre(5) 120902 Desarrolla un plan de acción 120903 Obtiene los recursos necesarios 120910 Expresa creencia en la capacidad para realizar la acción 120911 Expresa que la ejecución conducirá al resultado deseado	5395 Mejora de la autoconfianza. 5400 Potenciación de la autoestima. 5250 Apoyo en la toma de decisiones. 5310 Dar esperanza. 5270 Apoyo emocional.
FAVORECER LOS SISTEMAS DE APOYO SANITARIO Y SOCIAL	
1601 Conducta de cumplimiento: Acciones personales recomendadas por un profesional sanitario para proporcionar el bienestar, la recuperación y la rehabilitación <u>Indicadores de Resultado:</u> Demostración: Nunca(1); Raramente(2); A veces(3); Frecuentemente(4); Siempre(5) 160109 Busca ayuda externa para ejecutar la conducta sanitaria	5440 Aumentar los sistemas de apoyo. 8100 Derivación. 0180 Manejo de la energía. 2380 Manejo de la medicación. 6610 Identificación de riesgos.
FOMENTAR CONDUCTAS PERSONALES EFICACES	
1300 Aceptación: estado de Salud: Reconciliación con cambios significativos en circunstancias de salud. <u>Indicadores de Resultado:</u> Demostración: Nunca(1); Raramente(2); A veces(3); Frecuentemente(4); Siempre(5) 130008 Reconocimiento de la realidad de la situación de salud. 130017 Se adapta al cambio en el estado	5230 Aumentar el Afrontamiento. 5270 Apoyo emocional. 5602 Enseñanza: proceso de enfermedad. 5606 Enseñanza individual.
AYUDAR A OTRA PERSONA A REALIZAR LAS AVDS.	
300 Autocuidados: AVDS: Capacidad para llevar a cabo la mayor parte de las tareas básicas y los autocuidados con o sin mecanismos de ayuda. <u>Indicadores de Resultado:</u> Demostración: Nunca(1); Raramente(2); A veces(3); Frecuentemente(4); Siempre(5) 030006 Higiene 030001 Come equilibradamente 030002 Vestido/Acicalamiento	1800 Ayuda a los autocuidados. 4480 Facilitar autorresponsabilidad. 4470 Ayuda en la modificación de sí mismo. 5246 Asesoramiento nutricional.
FAVORECER LOS SISTEMAS DE APOYO SANITARIO Y SOCIAL	
1601 Conducta de cumplimiento: Acciones personales recomendadas por un profesional sanitario para proporcionar el bienestar, la recuperación y la rehabilitación <u>Indicadores de Resultado:</u> Demostración: Nunca(1); Raramente(2); A veces(3); Frecuentemente(4); Siempre(5) 160109 Busca ayuda externa para ejecutar la conducta sanitaria	5440 Aumentar los sistemas de apoyo. 8100 Derivación. 4700 Reestructuración cognitiva.

2. (00146): Ansiedad r/c amenaza de muerte, al concepto de sí mismo, para el estado de salud, para el estado socioeconómico, de cambio de rol, al medio ambiente y cambio de los patrones de interacción, caracterizado por dificultad para tomar decisiones y expresión de preocupaciones debidas a cambios en acontecimientos vitales.

NOC	NIC
REFORZAR EL AFRONTAMIENTO DE PROBLEMAS	
1302 Afrontamiento de problemas: Acciones personales para controlar los factores estresantes que ponen a prueba los recursos del individuo. <u>Indicadores de Resultado:</u> Demostración: Nunca(1); Raramente(2); A veces(3); Frecuentemente(4); Siempre(5) 130204 Refiere disminución del estrés 130207 Modifica estilos de vida para reducir el estrés 130218 Refiere aumento del bienestar psicológico	5230 Aumentar el afrontamiento 5820 Disminución de la ansiedad 4360 Modificación de la conducta 5390 Potenciación de la conciencia de sí mismo.
AYUDAR A DISMINUIR LA ANSIEDAD	

<p>1402 Autocontrol de la ansiedad: Acciones personales para eliminar o reducir sentimientos de aprensión, tensión o inquietud de una fuente no identificada <i>Indicadores de Resultado:</i> <i>Demostración: Nunca(1); Raramente(2); A veces(3); Frecuentemente(4); Siempre(5)</i> 140205 Planea estrategias para superar la situación estresante. 140207 Utiliza estrategias de relajación para disminuir la ansiedad 140217 Controla la respuesta de ansiedad</p>	<p>5230 Aumentar el afrontamiento 6040 Terapia de Relajación simple 5900 Distracción 5210 Guía de anticipación 5270 Apoyo emocional</p>
AYUDAR A MANEJAR LA CRISIS DE ANSIEDAD	
<p>1211 Nivel de Ansiedad: Gravedad de la aprensión, tensión o inquietud manifestada surgida de una fuente no identificada <i>Indicadores de Resultado:</i> <i>Grave(1); Sustancial(2); Moderado (3); Leve(4); Ninguno(5)</i> 121106 Tensión muscular 121112 Dificultad para la concentración</p>	<p>5820 Disminución de la ansiedad 5880 Técnicas de relajación 4920 Escucha activa 6160 Intervención en caso de crisis 5340 Presencia</p>

3. (00052): Deterioro de la interacción social r/c aislamiento terapéutico, y se caracteriza por verbalización u observación de malestar en las situaciones sociales.

NOC	NIC
FOMENTAR LA INTERACCIÓN SOCIAL	
<p>1502 Habilidades de interacción social: Conductas personales que fomentan relaciones eficaces. <i>Indicadores de Resultado:</i> <i>Demostración: Nunca(1); Raramente(2); A veces(3); Frecuentemente(4); Siempre(5)</i> 150203 Cooperación con los demás 150204 Sensibilidad con los demás 150212 Relaciones con los demás 150216 Utilizar formas y/o métodos de resolución de conflictos 1503 Implicación Social: Interacciones sociales con personas, grupos u organizaciones <i>Indicadores de Resultado:</i> <i>Demostración: Nunca(1); Raramente(2); A veces(3); Frecuentemente(4); Siempre(5)</i> 150303 Interacción con miembros de la familia 150313 Participación en actividades de ocio</p>	<p>4362 Modificación de la conducta: habilidades sociales. 5100 Potenciación de la socialización. 4350 Manejo de la conducta 4410 Establecimiento de objetivos comunes</p>
AUMENTAR EL SOPORTE SOCIAL	
<p>1504 Soporte social: Disponibilidad percibida y provisión real de ayuda fiable de los demás <i>Indicadores de Resultado:</i> <i>Inadecuado(1); Ligeramente adecuado(2); Sustancialmente adecuado(3); Adecuado(4); Completamente adecuado(5)</i> 150406 Refiere relaciones de confianza 150407 Refiere la existencia de personas que pueden ayudarle cuando lo necesita 150408 Evidencia de voluntad para buscar ayuda en otras personas 150411 Refiere una red social estable</p>	<p>5440 Aumentar los sistemas de apoyo. 5360 Terapia de entrenamiento. 5400 Potencialización de la autoestima. 5250 Apoyo en la toma de decisiones.</p>
FOMENTAR LAS ACTIVIDADES DE OCIO	
<p>1604 Participación en actividades de ocio: Uso de actividades relajantes, interesantes y de ocio para fomentar el bienestar. <i>Indicadores de Resultado:</i> <i>Demostración: Nunca(1); Raramente(2); A veces(3); Frecuentemente(4); Siempre(5)</i> 160402 Expresión de satisfacción con las actividades de ocio. 160403 Uso de habilidades sociales y de interacción apropiadas. 160413 Disfruta de actividades de ocio</p>	<p>5360 Terapia de entrenamiento 4310 Terapia de actividad 5240 Asesoramiento</p>
TRABAJAR EN EL AMBITO FAMILIAR	

<p>1305 Modificación psicosocial: cambio de vida: Respuesta psicosocial de adaptación de un individuo a un cambio de vida importante <i>Indicadores de Resultado: Demostración: Nunca(1); Raramente(2); A veces(3); Frecuentemente(4); Siempre(5)</i> 130501 Establecimiento de objetivos realistas 130502 Mantenimiento de la autoestima</p> <p>2600 Afrontamiento de los problemas de la familia: Acciones de la familia para controlar los factores estresantes que comprometen los recursos de la familia <i>Indicadores de Resultado: Demostración: Nunca(1); Raramente(2); A veces(3); Frecuentemente(4); Siempre(5)</i> 260003 Afronta los problemas</p>	<p>5330 Aumentar el afrontamiento 5340 Grupo de apoyo 5440 Aumentar los sistemas de apoyo. 8340 Fomentar la Resiliencia.</p>
--	---

Evaluación

Tras un año de tratamiento enfermero, el nivel global de consecución del resultado fue 3,16 de media global de los 3 diagnósticos, siendo el resultado para el primer diagnóstico de 3,18, para el segundo de 3 y para el tercero de 3,30.

Con los siguientes datos vemos que la paciente ha podido avanzar en su nivel de autocuidados

Una nueva valoración enfermera en este momento posibilitará volver a marcar el plan de cuidados que va a permitir evaluar los resultados nuevos que podamos proponernos junto con la paciente.

La paciente ha sido capaz de aceptar un alojamiento en un albergue municipal, está contemplando la posibilidad real de reiniciar un tratamiento farmacológico y desearía volver a trabajar en un futuro.

La complejidad de la atención a enfermas mentales en situación de calle provoca que sean infra tratadas en los dispositivos públicos de salud, etiquetándoles como “problemática social” (aumentando así la estigmatización). El trabajo en equipo es fundamental para promocionar su autocuidado y la adherencia terapéutica minimizando la fragmentación de servicios.

El presente caso clínico de Enfermería nos resulta lo suficientemente significativo como para que sirva de caso paradigmático de las personas sin hogar que padecen enfermedad mental grave y crónica.

Asegura la planificación de sus cuidados, la minimización de los procesos de fragmentación en la atención y la coordinación de cuidados de las personas sin hogar con enfermedad mental.

Bibliografía

1. Bellido Vallejo, JC. Sobre el modelo AREA y el Proceso Enfermero. *Inquietudes*, 2006; 35:21-9.
2. NANDA Internacional. Diagnósticos enfermeros. Definiciones y Clasificación. 2015-2017. Madrid: Elsevier España, 2015.
3. Moorhead S, Johnson M, Maas ML, Swanson E. Clasificación de Resultados de Enfermería (NOC). 4ª ed. Barcelona: Elsevier, 2009.
4. Bulechek G, Butcher H, McCloskey J. Clasificación de Intervenciones de Enfermería (NIC). 5ª ed. Madrid: Mosby, 2009

CUIDADOS DE ENFERMERÍA EN PACIENTE CON RABDOMIOSARCOMA ORBITARIO

Autor/es

Airam Cabrera-Rodríguez, Jesús Alberto Martín-González, Tamara García-López.

Palabras clave

Rabdomiosarcoma, Atención de Enfermería, Procesos de Enfermería, Enfermería Oncológica, Enfermería Pediátrica, Pediatría.

Introducción

El Rabdomiosarcoma (RMS) es una neoplasia maligna de las células mesenquimatosas indiferenciadas, precursoras del tejido muscular estriado. Es un tumor infrecuente, con una incidencia anual de 4,3 casos/millón, representando aproximadamente el 50% del total de sarcomas, por lo que es el tumor de tejidos blandos más frecuente en la infancia y del 5 al 8% de todos los tumores infantiles. La afectación es ligeramente mayor en varones.

Desde el punto de vista histológico, existen 3 subtipos de rabdomiosarcomas:

- Rabdomiosarcoma Embrionario: aparece en niños menores de 10 años. Es el subtipo más frecuente (60-70%). Se presenta en cabeza y cuello, particularmente en la órbita ocular. Cuando aparece en cavidades (vagina, vejiga,...) pasa a denominarse botrioides que representa el 5% del total.
- Rabdomiosarcoma Alveolar: se presenta entre los 10 y 25 años. Aparición mayoritaria en miembros. Peor pronóstico que el subtipo embrionario.
- Rabdomiosarcoma Pleomórfico: surge en adultos mayores de 45 años. Afecta a planos profundos de músculos de las extremidades.

Desde el punto de vista oftalmológico, el rabdomiosarcoma constituye el tumor maligno orbitario más común en la edad pediátrica. Representa el 25-35% de los rabdomiosarcomas de cabeza y cuello, con edad media de aparición a los 8 años, de aparición unilateral. La citada localización se considera como un factor pronóstico favorable que la aparición del RMS en otras localizaciones.

Valoración

Presentación del Caso: Niña de 3 años que presenta ptosis palpebral de ojo derecho de un año de evolución. Desde hace 4 meses evidencian excrecencia que protruye desde canto externo que ha ido en aumento, provocando imposibilidad de apertura ocular. Prominencia indolora que impide la visión pero sin pérdida funcional de la misma.

Tras confirmación diagnóstica compatible con Rabdomiosarcoma orbitario, se planifica e inicia tratamiento con quimioterapia, por lo que se realiza colocación quirúrgica previa de Reservoirio Intravenoso Subcutáneo (RIVS).

Se realizó valoración integral mediante el modelo conceptual de las 14 necesidades básicas de Virginia Henderson. Las necesidades alteradas identificadas fueron:

- Necesidad Piel/Higiene: presenta tumoración que provoca blefaroptosis, compatible con rabdomiosarcoma orbitario en ojo derecho. Además, exhibe Reservoirio Intravenoso Subcutáneo (RIVS).

- Necesidad de Comunicación: sentimientos de temor por parte de la menor y sus padres ante la hospitalización y la situación clínica actual.
- Necesidad de Aprendizaje: los padres reseñan desconocimiento sobre la patología así como los cuidados que precisa su hija durante su estancia clínica y que precisará al alta hospitalaria.

Al finalizar la valoración enfermera, tras identificar las necesidades alteradas y validar los datos extraídos, se procedió a formular los diagnósticos enfermeros.

Diagnósticos Enfermeros

Basándonos en los datos obtenidos y validados en la valoración inicial, se formularon mediante la NANDA 2015-2017, los siguientes diagnósticos enfermeros (DxE), considerándose los pertinentes para un plan de cuidados integral de la paciente: Tabla 1

00148. Temor r/c entorno desconocido m/p sentimiento de temor y aprensión.

00126. Conocimientos deficientes r/c información insuficiente m/p conocimiento insuficiente.

Además, como Complicaciones Potenciales se formularon para su posterior planificación: la infección, mucositis, diarrea, estreñimiento, náuseas, vómitos y dolor. Tabla 2

Haciendo referencia a los padres y a la paciente, se estableció el DxE de Temor, debido al cambio de la situación familiar con su hija enferma y hospitalizada y las manifestaciones verbales de aprensión ante la situación clínica.

Así mismo, el DxE de Conocimientos deficientes se planificó ante el desconocimiento de los padres sobre los cuidados de su hija.

Respecto a las Complicaciones Potenciales, se abordaron por los efectos secundarios derivados del tratamiento y situación clínica de la paciente, como: Tabla 2

Infección secundaria a la inmunosupresión y leucopenia de la quimioterapia.

Mucositis secundaria al tratamiento quimioterápico.

Diarrea y/o estreñimiento secundario a la quimioterapia.

Náuseas y/o vómitos secundarios al tratamiento quimioterápico.

Dolor secundario a las técnicas asistenciales.

Resultados

A través de la Clasificación de Resultados de Enfermería (NOC), se formularon los objetivos con sus respectivos indicadores. En el diagnóstico de 00148. Temor, el objetivo enunciado es 1210. Nivel de miedo para medir la gravedad de la aprensión e inquietud en los padres, y 1213. Nivel de miedo: infantil para valorar ese recelo en la paciente. Así mismo, los indicadores son respectivamente 121031. Temor verbalizado (Puntuación Basal: 2, Sustancial y aumentar a Puntuación Diana: 5, Ninguno) y 121311. Lloros (Puntuación Basal: 3, Moderado y aumentar a Puntuación Diana: 5, Ninguno). Tabla 1

Para el DxE 00126. Conocimientos deficientes, los resultados formulados fueron 1814. Conocimiento: procedimientos terapéuticos y 1803. Conocimiento: proceso de la enfermedad, con ello, el objetivo es enseñar a los padres los cuidados de la menor derivados de la situación clínica y tratamiento, y explicar el curso de la enfermedad. Los indicadores son respectivamente 181401. Procedimiento terapéutico (Puntuación Basal: 2, Conocimiento escaso y aumentar a Puntuación Diana: 4, Conocimiento

sustancial) y 180307. Curso habitual de la enfermedad (Puntuación Basal: 1, Ningún conocimiento y aumentar a Puntuación Diana: 4, Conocimiento sustancial). Tabla 1

Intervenciones

Apoyándonos en la Clasificación de Intervenciones de Enfermería (NIC), la intervención llevada a cabo para el diagnóstico 00148. Temor fue 5380. Potenciación de la seguridad, donde las actividades ejecutadas fueron, entre otras: disponer de un ambiente no amenazador, mostrar calma, facilitar la permanencia del padre/madre con la niña hospitalizada durante la noche, escuchar los miedos de la paciente/familia, etc. Tabla 1

Para el diagnóstico enfermero 00126. Conocimientos deficientes, las intervenciones establecidas fueron 5618. Enseñanza: procedimiento/tratamiento y 5602. Enseñanza: proceso de enfermedad. Las actividades más destacadas que se abordaron a lo largo del proceso de hospitalización fueron: describir el proceso de enfermedad, identificar cambios en el estado físico de la paciente, comentar los cambios en el estilo de vida que puedan ser necesarios para evitar futuras complicaciones, describir las actividades previas al procedimiento, del propio procedimiento y derivadas del mismo. Tabla 1

Para las Complicaciones Potenciales, las intervenciones llevadas a cabo fueron: Tabla 2

- Infección: 6550. Protección contra las infecciones y 4054. Manejo de un dispositivo de acceso venoso central.
- Mucositis: 1710. Manejo de la salud bucal.
- Diarrea y/o estreñimiento: 0460. Manejo de la diarrea y 0450. Manejo del estreñimiento/impactación fecal.
- Náuseas y/o vómitos: 1450. Manejo de las náuseas y 1570. Manejo del vómito.
- Dolor: 1400. Manejo del dolor.

Tabla 1. Relación NANDA, NIC y NOC.

DxE	NOC	NIC
00148. Temor r/c entorno desconocido m/p sentimiento de temor y aprensión	1210. Nivel de miedo 121031. Temor verbalizado (Puntuación Basal: 2, Sustancial; aumentar a Puntuación Diana: 5, Ninguno) 1213. Nivel de miedo: infantil 121311. Lloros (Puntuación Basal: 3, Moderado; aumentar a Puntuación Diana: 5, Ninguno)	5380. Potenciación de la seguridad
00126. Conocimientos deficientes r/c información insuficiente m/p conocimiento insuficiente	1814. Conocimiento: procedimientos terapéuticos 181401. Procedimiento terapéutico (Puntuación Basal: 2, Conocimiento escaso; aumentar a Puntuación Diana: 4, Conocimiento sustancial) 1803. Conocimiento: proceso de la	5618. Enseñanza: procedimiento/tratamiento 5602. Enseñanza: proceso de enfermedad

	enfermedad 180307. Curso habitual de la enfermedad (Puntuación Basal: 1, Ningún conocimiento; aumentar a Puntuación Diana: 4, Conocimiento sustancial)	
--	--	--

Tabla 2. Complicaciones potenciales y sus intervenciones planificadas para su abordaje.

Complicaciones Potenciales	Intervenciones
Infección	6550. Protección contra las infecciones 4054. Manejo de un dispositivo de acceso venoso central
Mucositis	1710. Manejo de la salud bucal
Diarrea y/o estreñimiento	0460. Manejo de la diarrea 0450. Manejo del estreñimiento
Náuseas y/o vómitos	1450. Manejo de las náuseas 1570. Manejo del vómito
Dolor	1400. Manejo del dolor

Evaluación

Tras una semana de ingreso hospitalario, se observó una mejoría evidente de ambos diagnósticos enfermeros, valorándose mediante escalas Likert específicas de cada uno de los indicadores seleccionados para medir los objetivos planificados. Por ende, en la evaluación del plan de cuidados llevado a cabo al alta hospitalaria, se observó la práctica resolución de los diagnósticos enfermeros, donde las puntuaciones diana propuestas en la planificación se consiguieron con éxito. Igualmente, se intervino de forma eficaz en la prevención de las complicaciones potenciales, gracias a las intervenciones que se llevaron a cabo durante todo el proceso asistencial.

Finalmente, resaltarla necesidad de aplicación de las taxonomías enfermeras en la práctica diaria, ya que nos permiten unificar criterios de actuación, mejorando la prestación de cuidados.

Se sugiere intervenir sobre la familia, principalmente sobre los padres, que son los primeros promotores de la salud psicológica del niño hospitalizado, donde la implicación de los padres en los procesos de cuidados, disminuye el temor de éstos así como el del niño, ante la situación de hospitalización y enfermedad.

Bibliografía

1. Fitzpatrick TB. Dermatología en Medicina General. Vol 2. 7ª ed. Buenos Aires: Médica Panamericana; 2009.
2. Ordi J. Anatomía patológica general. Vol 52. Barcelona: Universitat Barcelona; 2012.
3. Fitzgerald RH, Kaufer H, Malkani AL. Ortopedia. Vol 2. 2ª ed. Buenos Aires: Médica Panamericana; 2004.
4. Natalio Firpo CA. Manual de Ortopedia y Traumatología. 3ª ed. Buenos Aires: Carlos Alberto Natalio Firpo; 2010.
5. Ríos Briones NI, Saldívar Rodríguez D. Imagenología. 3ª ed. México: Manual Moderno; 2011.

6. Sterker I, Hirsch W, Kortmann RD, Wittekind C, Bierbach U. Treatment strategies and results of orbital malignancies in childhood. *Klin Monbl Augenheilkd* [Internet]. 2008 [citado 8 marzo de 2016]; 225(10): 843-856. Disponible en: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/18951304>
7. Bettina Cervini A, Marta Buján M, Martín Pierini A. Rabdomiosarcomas en la infancia. *Dermatol Argent* [Internet]. 2012 [citado 8 marzo de 2016]; 18(6): 433-441. Disponible en: <http://www.dermatolarg.org.ar/index.php/dermatolarg/article/view/960>
8. Sierra Alonso C, Casas Gimeno E. Rabdomiosarcoma orbitario primario: hallazgo tras traumatismo ocular accidental. *Annals d'oftalmologia* [Internet]. 2014 [citado 8 de marzo de 2016]; 22(4): 5. Disponible en: <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=5108402>
9. de la Paz Cruz CJ, Borrego Armas MA, Nordelo Fernández Y, Expósito Palmero O, Paret Rodríguez A. Características clínicas, patológicas y nuevos tratamientos del rabdomiosarcoma. 16 de Abril [Internet]. 2015 [citado el 8 de marzo de 2016]; 54(257). Disponible en: http://www.rev16deabril.sld.cu/index.php/16_04/article/view/197

CASO CLÍNICO: ADOLESCENTE CON FIBROSIS QUÍSTICA

Autor/es

Jesús Alberto Martín-González, Tamara García-López, Airam Cabrera-Rodríguez.

Palabras clave

Fibrosis quística, atención de enfermería, educación en salud, cumplimiento de la medicación.

Introducción

La Fibrosis Quística, es una enfermedad hereditaria consistente en la acumulación de un moco espeso y pegajoso en pulmones, tubo digestivo y otras áreas del cuerpo. Se trata de uno de los tipos de enfermedad pulmonar crónica más frecuentes en niños y adultos jóvenes, siendo potencialmente mortal. Esta acumulación, ocasiona múltiples infecciones pulmonares y serios problemas digestivos. También puede afectar a las glándulas sudoríparas y al aparato reproductor masculino.

Da lugar a una clínica multisistémica, siendo sus síntomas más comunes:

- Síntomas intestinales: estreñimiento, meteorismo, distensión abdominal, náuseas y vómitos, heces pálidas o arcillosas con moco y disminución de peso.
- Síntomas respiratorios: tos y aumento de mucosidad en pulmones y senos nasales, fatiga, congestión nasal y neumonías recurrentes.
- Síntomas tardíos: esterilidad (en hombres), pancreatitis y malformación de los dedos.

Gracias a su cribado en la etapa neonatal, es posible establecer un diagnóstico y tratamiento precoces. El método más comúnmente utilizado para el diagnóstico, es el Test del Sudor, que mide la cantidad de cloruro sódico en el mismo, con lo cual, en caso de existir una cantidad excesiva de cloruro sódico en sudor nos llevaría al diagnóstico.

Finalmente, destacar que el diagnóstico y el establecimiento de un tratamiento precoz, ha mejorado el pronóstico de esta enfermedad, permitiendo a los niños afectados disfrutar de una buena calidad de vida, pudiendo realizar sus actividades cotidianas de forma autónoma.

Valoración

Adolescente de 15 años de edad, diagnosticado de fibrosis quística, que acude al servicio de urgencias pediátricas por hematemesis y hemoptisis. Como antecedentes personales, se observa la presencia de varices esofágicas como consecuencia de su enfermedad.

Tras ingreso hospitalario, se realiza una valoración integral, basándonos en el modelo conceptual de 14 necesidades de Virginia Henderson, observándose alteradas las siguientes:

- Necesidad de Respiración: presencia de hemoptisis y mucosidad excesiva en tratamiento con aerosolterapia.
- Necesidad de Alimentación/Hidratación: presencia de hematemesis.
- Necesidad de Comunicación: agitación excesiva, lo que dificulta la comunicación.

- Necesidad de Aprendizaje: el paciente no conoce su tratamiento, siendo dicha tarea suplida por sus padres, que expresan deseo de aumentar sus conocimientos.

Diagnósticos Enfermeros

Tras la identificación de los problemas descritos, se procedió a la formulación de los diagnósticos de enfermería pertinentes, bajo las recomendaciones de la Clasificación de Diagnósticos de Enfermería (NANDA) 2015-2017.

Los diagnósticos enfermeros a abordar fueron: 00078. Gestión ineficaz de la salud (adolescente) r/c conocimiento insuficiente del régimen terapéutico m/p fracaso al incluir el régimen terapéutico en la vida diaria, 00146. Ansiedad r/c factores estresantes m/p irritabilidad y nerviosismo, 00031. Limpieza ineficaz de las vías aéreas r/c mucosidad excesiva m/p cantidad excesiva de esputo, 00161. Disposición para mejorar los conocimientos (padres) m/p expresa deseo de mejorar el aprendizaje y 00062. Riesgo de cansancio del rol de cuidador m/p factores estresantes.

Los tres primeros, surgen ante las necesidades no satisfechas del paciente. El primero se justifica ante el no conocimiento del régimen terapéutico del adolescente, a pesar de tener un nivel de desarrollo que le permite la comprensión del mismo; el diagnóstico de ansiedad se formuló debido a esa agitación atípica que presentaba el paciente; y el tercero, ha de abordarse debido a la alteración en la necesidad de respiración.

En cuanto a los dos últimos, se dirigieron a la familia, concretamente a los padres, ya que éstos muestran un deseo expreso de mejorar sus conocimientos acerca de la patología y su abordaje y, además, están expuestos a un estrés continuo, debido a la complejidad que supone proporcionar estos cuidados, con lo que queda justificado el abordaje de ambos diagnósticos para cubrir dichas necesidades respectivamente.

Además, se identificaron como problemas de colaboración los siguientes: hemorragia, náuseas y vómitos, dolor e infección.

Resultados

Una vez identificados los diagnósticos de enfermería, se procedió al establecimiento de los objetivos a conseguir, apoyándonos en la Clasificación de Resultados de Enfermería (NOC). Para la consecución de dichos objetivos, se identificaron una serie de indicadores realistas y medibles mediante escalas Likert apropiadas a cada uno de ellos. Tablas 1 y 2.

Intervenciones

Bajo las recomendaciones de la Clasificación de Intervenciones de Enfermería (NIC), se planificaron una serie de intervenciones y, dentro de éstas, se llevaron a cabo una serie de actividades con el fin de alcanzar los objetivos propuestos, estableciendo también intervenciones para los problemas de colaboración. Tablas 1,2 y 3.

Tabla 1. Relación de NANDA, NOC, NIC para las necesidades no satisfechas en el paciente.

DxE	NOC	NIC
00078. Gestión	1623. Conducta de cumplimiento: medicación prescrita.	4420. Acuerdo con el paciente.

ineficaz de la salud (adolescente)	162303. Informa al personal sanitario de todas las medicaciones que toma. <i>Puntuación Basal: 1 (Nunca demostrado)</i> <i>Puntuación Diana: 4 (Frecuentemente demostrado)</i>	
00146. Ansiedad	1211. Nivel de ansiedad. 121108. Irritabilidad. <i>Puntuación basal: 2 (Sustancial)</i> <i>Puntuación diana: 5 (Ninguno)</i> 1402. Autocontrol de la ansiedad. 140217. Controla la respuesta a la ansiedad. <i>Puntuación basal: 3 (A veces demostrado)</i> <i>Puntuación diana: 5 (Siempre demostrado)</i>	5820. Disminución de la ansiedad. 5340. Presencia.
00031. Limpieza ineficaz de las vías aéreas	0410. Estado respiratorio: permeabilidad de las vías respiratorias. 041012. Capacidad para eliminar secreciones. <i>Puntuación basal: 2 (Desviación sustancial del rango normal)</i> <i>Puntuación diana: 4 (Desviación leve del rango normal)</i> 041019. Tos. <i>Puntuación basal: 2 (Sustancial)</i> <i>Puntuación diana: 4 (Leve)</i>	3140. Manejo de la vía aérea. 3230. Fisioterapia torácica. 3250. Mejora de la tos.

Tabla 2. Relación de NANDA, NOC, NIC de las necesidades no satisfechas en los padres.

DxE	NOC	NIC
00161. Disposición para mejorar los conocimientos (padres)	1847. Conocimiento: manejo de la enfermedad crónica. 184702. Curso habitual del proceso de la enfermedad. 184707. Estrategias para prevenir complicaciones. <i>Puntuación basal: 3 (Conocimiento moderado)</i> <i>Puntuación diana: 4 (Conocimiento sustancial)</i> 1813. Conocimiento: régimen terapéutico. 181306. Régimen de medicación	5602. Enseñanza: proceso de enfermedad. 5618. Enseñanza: procedimiento/tratamiento.

	prescrita. <i>Puntuación basal: 3 (Conocimiento moderado)</i> <i>Puntuación diana: 4 (Conocimiento sustancial)</i>	
00062. Riesgo de cansancio del rol de cuidador.	2210. Resistencia del papel de cuidador. 221001. Relación mutuamente satisfactoria entre el cuidador familiar y el destinatario de los cuidados. <i>Puntuación basal: 3 (Moderadamente adecuado)</i> <i>Puntuación diana: 5 (Completamente adecuado)</i>	7040. Apoyo al cuidador principal.

Tabla 3. Intervenciones planificadas para abordar los problemas de colaboración

Problema de Colaboración.	NIC
Hemorragia	4022. Disminución de la hemorragia.
Náuseas y/o vómitos	1450. Manejo de las náuseas. 1570. Manejo del vómito.
Dolor	2210. Administración de analgésicos.
Infección.	6550. Protección contra las infecciones.

Evaluación

Tras la ejecución de las intervenciones, se consiguió una mejora sustancial de los diagnósticos formulados, lo que se hace evidente tras la medición de los resultados, consiguiendo, el paciente y sus padres, alcanzar la puntuación diana concretada en cada uno de los indicadores.

Se ha de destacar, la importancia de una buena coordinación entre atención primaria y atención hospitalaria, debido a la necesidad de la continuidad de los cuidados por parte de la enfermera de atención primaria, ya que es la piedra angular en la identificación de riesgos y problemas de salud de forma precoz.

Para concluir, señalar la importancia del uso de las taxonomías enfermeras, ya que nos permiten la resolución de problemas de salud, a través del uso de un lenguaje común, y justifica nuestra práctica diaria, siguiendo los pasos de la Enfermería Basada en la Evidencia.

Bibliografía

1. Aguilar, M.J. Tratado de enfermería del niño y el adolescente. Cuidados pediátricos. Barcelona. Elsevier; 2012.
2. Herdman, T.H. NANDA International. Diagnósticos Enfermeros: Definiciones y Clasificación. 2015-2017. Barcelona: Elsevier; 2015
3. Moorhead S, Johnson M, Maas ML, Swanson E. Clasificación de Resultados de Enfermería (NOC). 4ª ed. Barcelona: Elsevier; 2009.
4. Bulechek GM, Butcher HK, McCloskey-Dochterman J. Clasificación de Intervenciones de Enfermería (NIC). 5ª ed. Barcelona: Elsevier; 2009.

PLAN DE CUIDADOS EN PACIENTE MAYOR CON FRACTURA DE CADERA

Autor/es

Tamara García-López, Airam Cabrera-Rodríguez, J. A. Martín-González.

Palabras clave

Fracturas de cadera, Atención de Enfermería, Traumatología, Anciano.

Introducción

Se denomina fractura de cadera a aquella que tiene lugar en el extremo proximal del fémur¹. Su incidencia aumenta a partir de los 60 años recayendo su importancia no solo en su elevada frecuencia, sino también en la gran morbimortalidad asociada y por el alto coste económico y social. Estas fracturas reducen en un 25% la esperanza de vida de las personas que las sufren presentando además 4,2 veces más inmovilidad y 2,6 veces más dependencia funcional que otros ancianos que no sufren esta lesión². La prevalencia es mayor en personas de 80 años y mayor en mujeres que en varones con 3 de cada 4 casos³.

La fractura de cadera en ancianos se produce en la mayor parte de los casos por una caída (causa principal). Éstas se producen sobre todo en el hogar durante sus rutinas diarias o lugares que suele frecuentar. Sin embargo, en pacientes ancianos que sufren osteoporosis la fractura suele preceder a la caída⁴.

Uno de los principales problemas de la fractura pertrocanterea son las complicaciones médicas que aparecen durante el ingreso del paciente debido a que en ocasiones la estancia del paciente se alarga más de lo deseado.

El objetivo del tratamiento de la fractura es devolverle al paciente la funcionalidad previa a la fractura. Se puede conseguir mediante tratamiento conservador (tracción esquelética o cutánea) y quirúrgico⁷. La elección de un tratamiento u otro dependerá del estado del paciente y del traumatólogo, siendo el quirúrgico el más usado en la mayoría de los casos,^{4, 5, 6}.

Valoración

Varón de 80 años que acude al servicio de urgencias tras traumatismo accidental en la calle, con dolor e impotencia funcional de miembro superior derecho (MSD) y miembro inferior derecho (MID). Tras la exploración médica se le diagnostica fractura proximal de húmero y fractura pertrocanterea derecha. Se coloca en MSD un cabestrillo y la pierna derecha en férula de Braun. Se decide su traslado a la sala de traumatología para posterior intervención quirúrgica del MID.

Antecedentes personales

- Insuficiencia renal crónica grado 4
- Hipertrofia benigna de próstata con PSA elevado
- Hipertensión arterial
- Glaucoma (intervenido anteriormente de cataratas)
- Isquemia crónica por obstrucción femoropoplítea bilateral
- Anemia crónica
- Apendicectomía

Valoración inicial

En la recogida de datos, se valoran las 14 necesidades básicas según el modelo de Virginia Henderson, recogándose datos no solo del paciente sino también de su cuidadora principal (su esposa), encontrándose alteradas las siguientes necesidades:

- Necesidad de respiración/oxigenación: ex fumador desde hace 3 años. Precisa oxigenoterapia en cánulas nasales a 1.5 l/m e inhaladores pautados. En ocasiones, presenta crisis disneicas.
- Necesidad de alimentación/hidratación: exceso de peso importante (93kg para 180 cm de altura. IMC=28.7). Sigue una dieta de 1200 calorías pobre en sal. Buena ingesta de nutrientes y líquidos. El paciente tiene dentadura postiza. Necesita ayuda para la alimentación, la cual es suplida por su esposa.
- Necesidad de eliminación: hábito urinario e intestinal normal con heces formadas antes del ingreso aunque ahora es portador de sonda vesical debido a su inmovilidad.
- Necesidad de movilización: en casa caminaba sin mecanismos de ayuda. Cuando salía a la calle (en escasas ocasiones), a los 10 metros presentaba dolor por claudicación intermitente en los miembros inferiores relacionado con su patología vascular. Desde el ingreso, P.G.M tiene la pierna derecha en férula de Braun.
- Necesidad de vestirse/desvestirse: previo al ingreso era autónomo para vestirse. En estos momentos necesita ayuda.
- Necesidad de higiene y protección de la piel: en casa, era independiente para ducharse y realizar las AIVD yendo despacio y en tiempos que no le permitieran caminar sin dolor en MMII. Ahora precisa ayuda importante en las ABVD y AIVD. Se toman medidas según protocolo del centro para la protección de la piel.

En cuanto a la cuidadora principal (su esposa), nos comenta que presenta algunas patologías orgánicas, vasculares, cerebrales y oncológicas, que están controladas y en seguimiento por especialistas. Expresa temor por la evolución de su marido.

A continuación, le realizamos distintos cuestionarios:

- Escala de Norton): puntuación 12, lo que nos indica que el paciente es de riesgo.
- Braden: 12.
- Índice de Barthel: 15 (dependencia total)
- Pfeiffer: no presenta deterioro cognitivo

Diagnósticos Enfermeros

Se decide poner el diagnóstico riesgo de caídas⁷ debido a la historia previa de caídas y a la inestabilidad que tiene por las fracturas previas, se ha decidido escoger este cuarto diagnóstico. Se pretende evitar las caídas no solo en el entorno hospitalario sino, mediante determinadas actividades como la enseñanza, también en su casa en el momento del alta.

El siguiente diagnóstico, riesgo de deterioro de la integridad cutánea⁷, se decide poner como consecuencia de la inmovilidad ya que existe un mayor riesgo de sufrir UPP. Nuestro objetivo es mantener la piel íntegra mediante la realización de distintas actividades y sobre todo vigilando de forma constante.

Se encuentran como problemas de autonomía déficit de autocuidados: baño/higiene, debido al proceso que padece.

Resultados

Una vez seleccionados los diagnósticos, se establecieron como criterios de resultados NOC: 1101 integridad tisular para el diagnóstico deterioro de la integridad cutánea y 1912 caídas para el diagnóstico riesgo de caídas. Para alcanzar estos resultados se usaron una serie de indicadores⁸. Tablas 1 y 2.

Intervenciones

Se planificaron las intervenciones según la Clasificación de Intervenciones de Enfermería (NIC): 3500: Manejo de presiones, 3590: Vigilancia de la piel, 3540: Prevención úlceras por presión para el primer diagnóstico, y NIC: 6490: Prevención de caídas para el segundo⁹. Para ello se realizaron las actividades descritas en las tablas 1 y 2.

00155: RIESGO DE CAÍDAS.

Factores de riesgo: edad igual o superior a 65 años, historia de caídas, anemia, deterioro de la movilidad física, dificultades visuales, enfermedad vascular.

NOC: 1912: Caídas⁹

Indicadores:

- 191202: Caídas caminando: 4-6

NIC: 6490: Prevención de caídas¹⁰

Actividades:

- Identificar conductas y factores que afectan al riesgo de caídas.
- Revisar los antecedentes de caídas con el paciente y la familia.
- Controlar la marcha, el equilibrio y el cansancio al deambular.
- Proporcionar dispositivos de ayuda (bastón o andador para caminar) para conseguir una marcha estable.
- Utilizar barandillas laterales de longitud y altura adecuadas para evitar caídas de la cama, si es necesario.
- Instruir al paciente para que lleve las gafas prescritas, según corresponda, al salir de la cama.
- Sugerir adaptaciones en el hogar para aumentar la seguridad

Tabla 1

00047: RIESGO DE DETERIORO DE LA INTEGRIDAD CUTÁNEA ⁸

Factores de riesgo: factores mecánicos (férula de Braun), inmovilidad física, prominencias óseas.

<p>NOC: 1101: Integridad tisular: piel y membranas mucosas ⁹</p> <p><u>Indicadores:</u> - (110113) Integridad de la piel. 5: no comprometido. Mantener en 5.</p>	<p>NIC: 3500: Manejo de presiones</p> <p><u>Actividades:</u></p> <ul style="list-style-type: none">• Almohadillar las conexiones de la tracción.• Colocar al paciente sobre un colchón antiescaras• Observar si hay zonas de enrojecimiento o solución de continuidad de la piel.• Utilizar los dispositivos adecuados para mantener los talones y prominencias óseas sin apoyar en la cama• Vigilar el estado nutricional del paciente. <p>NIC: 3590: Vigilancia de la piel ¹⁰</p> <p><u>Actividades:</u></p> <ul style="list-style-type: none">• Observar el color, calor, tumefacción, pulsos, textura y si hay edema y ulceraciones en las extremidades.• Observar si hay zonas de presión y fricción.• Instaurar medidas para evitar mayor deterioro (p. ej., colchón antiescaras, horario de cambios posturales).	<p>NIC: 3540: Prevención úlceras por presión</p> <p><u>Actividades:</u></p> <ul style="list-style-type: none">• Registrar el estado de la piel durante el ingreso y luego a diario• Vigilar estrechamente cualquier zona enrojecida
---	--	--

Tabla 2

Evaluación

Tras la ejecución del plan de cuidados se encuentran problemas a la hora de prevenir las UPP debido al estado del paciente. Sufrir diversas complicaciones durante la estancia, lo que hace que permanezca durante más tiempo inmovilizado apareciendo así 2 úlceras. En este momento se decide cambiar el plan de cuidados e incorporar a las actividades la cura de dichas úlceras, consiguiendo con éxito que no se agraven.

Tras este caso, pudimos observar que a pesar de haberle realizado una valoración integral, este tipo de pacientes presenta diversas patologías asociadas que hacen que el proceso varíe a lo largo de la estancia hospitalaria apareciendo así otras complicaciones e incluso la necesidad de realizar nuevos planes de cuidados.

Cabe señalar la importancia del uso de la taxonomía enfermera, ya que nos permiten una mejor actuación basada en la evidencia, así como la unificación de criterios y el uso de un lenguaje común.

Bibliografía

1. Vidan Astiz MT, González de Villaumbrosía C. Fractura de cadera. En: Ribera Casado JM, Cruz Jentoft AJ. Geriátría en atención primaria. 4ª ed. Madrid: Aula Médica; 2008. p. 255-261.
2. Teresa A, Juan Ignacio GM. Fracturas de cadera en el paciente mayor. Rev Esp Geriatr Gerontol. 2010; 45 (3): 167-170.

3. Yadira BM, Juan Ignacio GM, Pedro AS, M^a Teresa A. Guías clínicas de fractura de cadera. Comparación de sus principales recomendaciones. Rev Esp Geriatr Gerontol. 2012; 47 (5): 220-227
4. Muñoz S, Lavanderos J, Vilches L, Delgado M, Cárcamo K, Passalaqua S, et al. Fractura de cadera. Cuad Cir. 2008; 22:73-81.
5. R. Montes-Secades, M. Peña-Zemsch, R. Rabuñal-Rey, M. Bal-Alvaredo, A. Pazos-Ferro, A. Mateos-Colino. Factores de riesgo para la presentación de complicaciones médicas en enfermos con fractura de cadera. Rev Calid Asist. 2011; 26(2): 76-82
6. Juan Ignacio GM, Teresa A, Ana Isabel HS. ¿Por qué fallecen los pacientes con fractura de cadera? Med Clin (Barc). 2011, 137(8): 355-360
7. Herdman, T.H. NANDA International. Diagnósticos Enfermeros: Definiciones y Clasificación. 2015-2017. Barcelona: Elsevier; 2015
8. Moorhead S, Johnson M, Maas ML, Swanson E. Clasificación de Resultados de Enfermería (NOC). 4^a ed. Barcelona: Elsevier; 2009.
9. Bulechek GM, Butcher HK, McCloskey-Dochterman J. Clasificación de Intervenciones de Enfermería (NIC). 5^a ed. Barcelona: Elsevier; 2009.

¿EXISTE RELACIÓN ENTRE LOS NIVELES DE DEPENDENCIA DE LOS PACIENTES HOSPITALIZADOS Y LA RATIO ENFERMERA-PACIENTE?

Autor/es

Ana María Porcel-Gálvez, Sergio Barrientos-Trigo, Elena Fernández-García, Rocío Romero-Castillo, Eugenia Gil-García.

Palabras clave

Ratio enfermera-paciente, nivel de dependencia, complejidad hospitalaria.

Introducción

En España los datos de morbilidad hospitalaria indican que el 53% de las estancias corresponden a personas mayores de 65 años (49% hombres, 51% mujeres)¹, representando el mayor número de personas usuarias de los servicios sanitarios por su fragilidad y comorbilidad^{2,3}. Los estudios demuestran que este grupo etario presenta índices más elevados de gravedad y complejidad en sus procesos. A lo que se une la elevada presión asistencial de los servicios hospitalarios así como los esfuerzos por alcanzar la efectividad y la eficiencia de los mismos⁴.

Los cuidados enfermeros en el abordaje de pacientes complejos y dependientes² se relacionan con menores índices de morbimortalidad al aumentar la calidad asistencial y la seguridad del paciente. Aumentar la sobrecarga asistencial en cuidados implica un empeoramiento de resultados en salud, con el aumento de los días en estancia hospitalaria y el incremento de gastos en recursos materiales y humanos⁵.

La mayoría de las investigaciones, sobre todo aquellas con mayores niveles de evidencia, demuestran una relación directa entre la provisión de personal de enfermería, ajustando ratios enfermera-paciente adecuados, y la reducción de la mortalidad asociada a la hospitalización^{6,7}.

La distribución de pacientes en la mayoría de hospitales del Sistema Nacional de Salud, se realiza por patologías, sin tener en cuenta otras variables como el nivel de cuidados que precisan y/o los cambios sociodemográficos y sociales¹. Por lo tanto, para establecer una adecuada ratio paciente/enfermera, necesitamos una herramienta que nos permita establecer el nivel de complejidad de cuidados de los pacientes. La escala INICIARE es un instrumento basado en la NOC que permite medir el nivel de dependencia en cuidados de enfermería de manera objetiva en entorno hospitalario, desde un formato de valoración clínica estructurada, fundamentada y sustentada empíricamente.^{7,8} Dicha herramienta, realiza una estratificación en cuatro niveles de complejidad asistencial; grandes dependientes, moderadamente dependientes, riesgo moderado e independiente^{8,9}.

Objetivos

Analizar la relación entre la dotación de recursos enfermeros, la dependencia en cuidados de enfermería (INICIARE) y el nivel de complejidad hospitalario estratificado por unidad y tipo de hospital.

Material y Métodos

Diseño de tipo observacional transversal analítico y de enfoque ecológico. Centros participantes: siete hospitales del Sistema Sanitario Público Andalúz (SSPA); dos hospitales regionales: Hospital Universitario Virgen de las Nieves (Granada) y Hospital Universitario Virgen Macarena (Sevilla); tres hospitales de especialidades: Complejo Hospitalario Ciudad de Jaén (Jaén), Agencia Sanitaria Costa del Sol (Marbella, Málaga) y Hospital Virgen de la Victoria (Málaga); y dos hospitales comarcales: Hospital de la Axarquía (Málaga) y Hospital Alto Guadalquivir – Andújar (Jaén), con diferente nivel de complejidad asistencial. La población diana incluye a pacientes ingresados en los hospitales seleccionados entre los meses de abril y noviembre del año 2015, como criterios de inclusión se fijaron: pacientes mayores de 16 años de edad, de ambos sexos, que ingresan en Unidades de Hospitalización convencional de tipo quirúrgico y no quirúrgico u estancia previsible superior a 48 horas. Los criterios de exclusión fueron: pacientes que ingresan en Unidades de tipo obstétrico, Pediatría, Urgencias, UCI, Hospital de Día médico y quirúrgico, Unidades de Corta Estancia.

Muestra de 1.062 valoraciones a través de un muestreo estratificado cuasialeatorio (arranque par) y estratificado por tamaño de hospital, tipo de unidad (médico o quirúrgica), sexo y grupo de edad de pacientes.

Consideraciones éticas: El consentimiento informado será administrado por las enfermeras asistenciales seleccionadas para realizar las entrevistas a los pacientes incluidos en el estudio. La confidencialidad de los datos obtenidos, según lo dispuesto en la Ley Orgánica 15/1999 de 13 de diciembre de Protección de Datos de Carácter Personal se mantendrá durante todo el desarrollo del estudio, y especialmente durante el análisis de los datos, protegida por la Ley 12/1989 que regula el secreto estadístico.

Análisis estadístico

Mediante análisis exploratorio se realizó estadística descriptiva de las variables, obteniendo medidas de tendencia central y dispersión o porcentajes, según la naturaleza de las mismas y se evaluará a través de análisis exploratorio, la normalidad de la distribución de todas mediante test de Kolmogorov-Smirnov. Se realizó análisis bivariante, se estudió la distribución de las variables mediante KS y la homogeneidad de las varianzas mediante Leve. Se emplearon pruebas no paramétricas, como la U de Man-Whitney.

Resultados

El perfil de los pacientes fue mujer (53%), de 66 años (DE=17), estudios primarios (51%), ingresada en unidades no quirúrgicas (54%), en hospitales regionales (45.5%) y con gran dependencia en cuidados de enfermería (59.4%). La ratio enfermera paciente media fue 10 (DE=3.5), siendo más alta en hospitales de especialidades (X=11.1, DE=3.6), que en comarcales (X=11, DE=2) y regionales (X=8.8, DE=3.6). La prueba de Levene indicó homogeneidad de las varianzas en la relación entre la ratio y la complejidad en cuidados (W=1.04, p=.373), pero heterogeneidad en relación al nivel de complejidad hospitalario (W=34.39, p=.000), existiendo diferencias significativas entre hospitales regionales y de especialidades (U=50172, p=.000) y entre hospitales regionales y comarcales (U=30101, p=.000). Entre hospitales de especialidades y hospitales comarcales no se encontraron diferencias significativas (U=33726, p=.496)

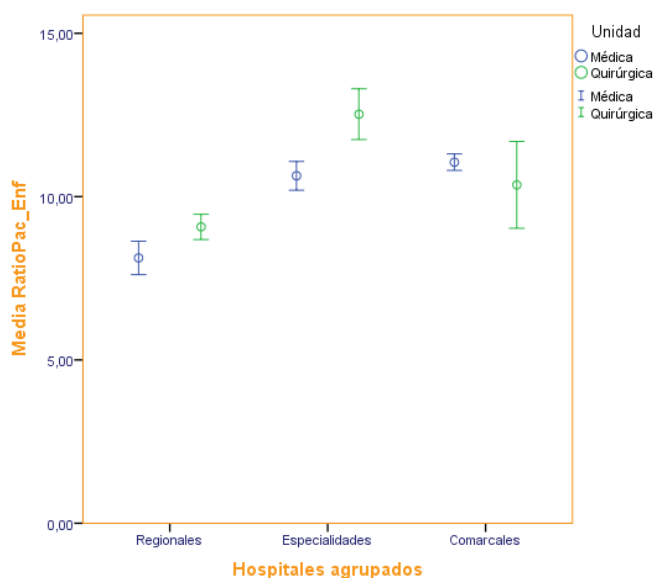


Gráfico 1. Ratio enfermera/paciente por complejidad hospitalaria y tipo de unidad.

Conclusiones

La gestión hospitalaria asigna recursos enfermeros sin tener en cuenta la necesidad de cuidados de los pacientes: No existe diferencias significativas entre la ratio enfermera/paciente y el nivel de dependencia en cuidados, pero sí en relación al nivel de complejidad hospitalario.

INICIARE podría utilizarse para mejorar la gestión de los recursos humanos enfermeros y los resultados en salud.

Bibliografía

1. Sanidad DE, Sociales S, Igualdad E. Catálogo Nacional de Hospitales 2015.
2. Aiken LH. Good nursing care = lower death rates. *New Jersey Nurse*. 1994;24(8).
3. Aiken LH. Hospital Nurse Staffing and Patient Mortality, Nurse Burnout, and Job Dissatisfaction. *JAMA J Am Med Assoc*. 2002;288(16):1987–93.
4. Aiken LH, Sloane DM, Bruyneel L, Van Den Heede K, Griffiths P, Busse R, et al. Nurse staffing and education and hospital mortality in nine European countries: A retrospective observational study. *Lancet*. 2014;383(9931):1824–30.
5. Shekelle, P. G. Nurse–patient ratios as a patient safety strategy: a systematic review. *Annals of Internal Medicine*. 2013; 158(5 Pt 2), 404-409. doi: 10.7326/0003-4819-158-5-201303051-00007.
6. Morales Asencio J, del Río Urenda S, Terol Fernández F, Gonzalo Jiménez E, Martín Santos F, Morilla Herrera J. Ratios enfermera-paciente: revisión sistemática de los efectos del número de enfermeras sobre los pacientes, su contexto laboral y los resultados de los hospitales. *Evidentia*. 2005;2(4).
7. Morales-Asencio JM, Porcel-Gálvez AM, Oliveros-Valenzuela R, Rodríguez-Gómez S, Sánchez-Extremera L, Serrano-López FA, Aranda-Gallardo M, Canca - Sánchez JC, Barrientos-Trigo S. Design and validation of the INICIARE instrument, for the assessment of dependency level in acutely ill hospitalised patients. *J Clin Nurs*. 2015;24(5-6):761–77.

8. Porcel -Gálvez AM. Construcción y Validación de un sistema de evaluación del nivel de dependencia para pacientes hospitalizados. Tesis doctoral. Universidad de Granada; 2011[Internet].13-27p.Availablefrom: <http://digibug.ugr.es/bitstream/10481/19204/1/19902578.pdf>
9. Barrientos-Trigo S. Validez externa y convergencia de la escala Iniziare 2.0 y Care Dependency Scale: estudio multicéntrico. Tesis doctoral. Universidad de Sevilla; 2015.

VALIDACIÓN DE UNA HERRAMIENTA DE VALORACIÓN DE ÚLCERAS POR PRESIÓN BASADA EN LA NOC: INTEGRARE

Autor/es

Sergio Barrientos-Trigo, Ana María Porcel-Gálvez, Rocío Romero-Castillo, Elena Fernández-García.

Palabras clave

Úlcera por Presión [Pressure Ulcer]; Estudios de Validación [Validation Studies]; Indicadores de Salud [Health Status Indicators]; Cuidados de la Piel [Skin Care]; Evaluación de Resultado (Atención de Salud) [Outcome Assessment (Health Care)] (DeCS).

Introducción

Las úlceras por presión (UPP) son eventos adversos destacados con una prevalencia del 7-8% en hospitalización de adultos. Por su relación directa con los cuidados enfermeros se considera un Resultado Sensible a la Práctica Enfermera (RSPE). Los enfermeros y enfermeras tienen un papel fundamental en su prevención pudiendo utilizar escalas de evaluación del riesgo durante la valoración enfermera. Actualmente, escalas basadas en indicadores NOC están demostrando una alta fiabilidad y validez así como mayor facilidad y rapidez en su utilización.

Objetivos

Construir y validar un instrumento (INTEGRARE), mediante indicadores de resultados de la NOC para evaluar el estado de la piel y el riesgo de sufrir una UPP en pacientes hospitalizados.

Material y Métodos

Estudio de validación clinimétrica en 7 hospitales del Sistema Sanitario Público Andaluz con diferente complejidad, localización geográfica y modelos de gestión. Muestra: 1062 valoraciones. Muestreo oportunista, consecutivo, cuasialeatorio (arranque par) y estratificado por tamaño de hospital, tipo de unidad, sexo y grupo de edad.

Resultados

INTEGRARE está compuesta por seis ítems agrupados en una sola dimensión, con un 64% de la varianza total explicada: Integridad de la piel (110113), Sensibilidad (110102), Perfusión tisular (110111), Incontinencia urinaria (050312), Alteración del estado nutricional (210607) y Cambia de posición solo (030012). Elevada fiabilidad (α -Cronbach= 0,88), alta correlación con la escala de Braden (Rho de Spearman= 0,788). Sensibilidad= 84,1%, especificidad= 83,5% y elevada precisión diagnóstica (Área Bajo la Curva= 0,911).

Conclusiones

La escala INTEGRARE es un instrumento sencillo, válido y fiable, para valorar el estado de la piel y el riesgo de desarrollar UPP en pacientes hospitalizados. Puede utilizarse integrada en otros instrumentos de valoración más amplios (INICIARE), lo que agilizaría

y facilitaría el trabajo enfermero, y por su naturaleza es compatible con la historia clínica digital.

Bibliografía

1. Pancorbo-Hidalgo PL, García-Fernández FP, Torra i Bou JE, Verdú-Soriano J, Soldevilla-Agreda JJ. Epidemiología de las úlceras por presión en España en 2013: 4.º Estudio Nacional de Prevalencia. Gerokomos. 2014; 25(4):162-170.
2. Ministerio de Sanidad y Consumo; Estudio Nacional sobre los efectos adversos ligados a la hospitalización. ENEAS 2005.
3. Moorhead S, Johnson M, Maas ML, Swanson, E. Clasificación de Resultados de Enfermería (NOC). 2009. Madrid, España: Elsevier.
4. Bredesen IM, Bjørø K, Gunningberg, L, Hofoss D. Patient and organisational variables associated with pressure ulcer prevalence in hospital settings: a multilevel analysis. *BMJ Open* 2015;5:e007584. doi:10.1136/bmjopen-2015-007584
5. Rasero L, Simonetti M, Falciani, F, Fabbri, C, Collini F, Dal Molin, A. Pressure Ulcers in Older Adults: A Prevalence Study. *Advances in Skin & Wound Care*. 2015; 28(10):461-464.
6. Morales Asencio JM, Morilla Herrera JC, Torres Pérez LF, Porcel Gálvez AM, Canca Sánchez JC. Investigación en resultados y clasificación de resultados de Enfermería. Claves para la investigación. *Metas de enfermería*. Dic 2012/ene 2013; 15(10):20-24.
7. Planas-Campmany C, Icart-Isern MT. Indicadores sensibles a la práctica enfermera: una oportunidad para medir la contribución de las enfermeras. *Enfermería Clínica*. 2014; 24(2):142-147.
8. Miller N, Frankenfield D, Lehman E, Maguire M, Schirm V. Predicting Pressure Ulcer Development in Clinical Practice. Evaluation of Braden Scale Scores and Nutrition Parameters. *Journal of Wound, Ostomy and Continence Nursing*. 2016; 43(2):133-139.

UTILIZANDO EL PENSAMIENTO CRÍTICO PARA LA PRECISIÓN DIAGNÓSTICA: UN CASO CLÍNICO

Autor/es

Yasmina María Pulido-García, Cristina María Lozano-Hernández, Nuria Alcolea-Ruiz, Ainoha Amieiro-Sánchez, María Pérez-Velasco, Rocío Pedrero-Panés.

Palabras clave

Precisión diagnóstica, pensamiento crítico, diagnóstico enfermero, metodología enfermera, estudio de casos, enfermedades crónicas.

Introducción

Los diagnósticos son juicios clínicos probabilísticos que, como tales, pueden ser inexactos. La precisión es una meta del proceso diagnóstico, objetivada en numerosos estudios, para aumentar la concordancia diagnóstica entre profesionales.

El objetivo de este trabajo fue difundir, mediante un caso clínico, la necesidad de usar el pensamiento crítico para lograr precisión diagnóstica.

Valoración

J.G varón de 49 años, afectado por varios procesos crónicos, fue atendido en la consulta de Atención Primaria. La enfermera realizó una valoración focalizada por patrones funcionales de M. Gordon, utilizando el pensamiento crítico. Objetivó que el paciente desconocía padecer enfermedades crónicas, sus autocuidados y que no realizaba el tratamiento farmacológico según la pauta médica. Se detectó alteración en los patrones Percepción de la Salud, Nutricional-Metabólico, Actividad-Ejercicio y Cognitivo-Perceptivo.

Diagnósticos Enfermeros

La enfermera empleó el pensamiento crítico para la precisión diagnóstica propuesto por M. Lunney (2003), tanto habilidades cognitivas como estrategias de pensamiento. Con las habilidades cognitivas búsqueda de información y aplicación de normas comprobó en la historia clínica del paciente que padecía procesos crónicos. Concertó otra visita con curiosidad y pensamiento abierto. Se planteó las hipótesis diagnósticas Incumplimiento y Gestión ineficaz de la salud, descartándolas con la estrategia de pensamiento de integridad intelectual, pues faltaban datos objetivos para su formulación. Utilizando discriminación y capacidad analítica averiguó la falta de conocimientos del paciente sobre sus procesos y autocuidados. Con capacidad predictiva, enunció el diagnóstico "Conocimientos deficientes relacionado con información insuficiente manifestado por conocimiento insuficiente".

Resultados

Se pactó con el paciente el NOC Conocimiento: Control de la diabetes.

Intervenciones

Se seleccionaron varias NIC sobre Enseñanza.

Evaluación

Entrenar nuestras habilidades de pensamiento crítico mejora la capacidad para lograr un diagnóstico enfermero preciso. Para desarrollarlas son necesarios ejercicios como este que muestren nuestros procesos de pensamiento. Un diagnóstico preciso fue la base para unos resultados satisfactorios con el paciente.

Bibliografía

1. Lunney M. Critical thinking and accuracy of nurses' diagnoses. *Int J Nurs Knowl*. 2003; 14 (3): 96-107.
2. Castelo Guedes Martins L, Venicios de Olivera Lopes M, Gomes Guedes N, Ximenes Texeira I, Carvalho de Sousa VE, Helcias Montoril M. Nursing diagnosis sedentary lifestyle in individuals with hypertension: an analysis of accuracy. *Rev Esc Enferm USP* 2014; 48(5):803-8.
3. Lunney M. Critical need to address accuracy of nurses diagnoses. *OJIN* [Internet] 2008 [Consultado 25 marzo 2016]; 13(1). Disponible en: <http://www.nursingworld.org/MainMenuCategories/ANAMarketplace/ANAPeriodicals/OJIN/Table-OfContents/vol132008/No1Jan08/ArticlePreviousTopic/AccuracyofNursesDiagnoses.aspx>
4. Lunney M. Use of Critical Thinking in the Diagnostic Process. *Int J Nurs Knowl*. 2010; 21(2): 82-88.
5. Brito Brito PR. La precisión diagnóstica en enfermería. *Metas Enferm*. 2012; 15 (6): 59-64.
6. Gordon M. *Manual de diagnósticos enfermeros*. 11ª ed. Madrid: McGraw-Hill; 2007.
7. Herdman TH, Shigemi Kamitsuru, editoras. *NANDA International. Diagnósticos enfermeros: definiciones y clasificación 2015-2017*. Madrid: Elsevier; 2015.
8. Moorhead S, Johnson M, Maas ML, Swanson E, editoras. *Clasificación de resultados de enfermería (NOC)*. 5ª ed. Madrid: Elsevier; 2014
9. Bulechek GM, Butcher HK, McCloskey-Dochterman J, Wagner CM, editoras. *Clasificación de intervenciones de enfermería (NIC)*. 6ª ed. Madrid: Elsevier; 2014.

PROBABILIDAD DE "INTEGRIDAD TISULAR" (1101) EN PACIENTES OSTOMIZADOS SEGUIDOS EN CONSULTA DE ESTOMATERAPIA

Autor/es

Daniel Muñoz-Jiménez, M^a Rosario Caparrós-Sanz, Margarita Lancharro-Bermúdez, Manuel Fuentes-Ferrer, Ismael Ortuño-Soriano.

Palabras clave

Integridad tisular, ostomía.

Introducción

La realización de un estoma puede asociarse a la aparición de diversas complicaciones cuya incidencia es difícil precisar, puesto que son muchos los factores que influyen como el tipo de estoma y de cirugía, el tiempo de seguimiento y la definición de las complicaciones. Diversos estudios estiman unas tasas del 70-80% de complicaciones generales¹⁻⁴ así como incidencias del 6-12% al 43% de complicaciones de tipo cutáneo, tanto precoces como tardías⁵. La gravedad de las complicaciones puede variar desde la dermatitis leve hasta la ulceración o la necrosis cutánea. Su frecuencia es mayor en las ileostomías, debido a la consistencia, composición y frecuencia de emisión de las heces. Las complicaciones cutáneas en la piel periestomal, tanto precoces como tardías, suelen ser la causa más frecuente de atención en consulta de estomaterapia^{6,7}. En Nursing Outcomes Classification (NOC), la etiqueta más específicamente vinculada a las complicaciones de la piel periestomal se encuentra en el resultado 1101-Integridad Tisular: piel y membranas mucosas, incluido en la edición de 1997 (revisado en 2004 y 2013) y definido como "Indemnidad estructural y función fisiológica normal de la piel y las membranas mucosas"⁸. Este resultado está interrelacionado, entre otros, con los diagnósticos de North American Nursing Diagnosis Association (NANDA) (00046) Deterioro y (00047) Riesgo de deterioro de la integridad cutánea, definidos como "alteración/vulnerabilidad a una alteración de la epidermis y/o de la dermis", que describen con precisión el fenómeno de estudio⁹. Ciertos indicadores de dicho NOC podrían considerarse indicadores "diana" para la evaluación del resultado, cuando éste se usa para llevar a cabo el seguimiento y evaluación del estado de la piel periestomal. La implementación de indicadores NOC puede resultar de gran utilidad para unificar la definición de dichas complicaciones y conocer su incidencia, pudiendo establecerse como criterios para evaluar la calidad de los cuidados prestados en los pacientes ostomizados que son atendidos en consulta de estomaterapia.

Objetivos

Calcular la probabilidad que tiene un paciente ostomizado de no presentar complicaciones de la piel periestomal durante el seguimiento en consulta de estomaterapia, mediante el NOC Integridad tisular. Secundariamente, identificar los indicadores más representativos de dicho NOC para evaluar la integridad de la piel periestomal.

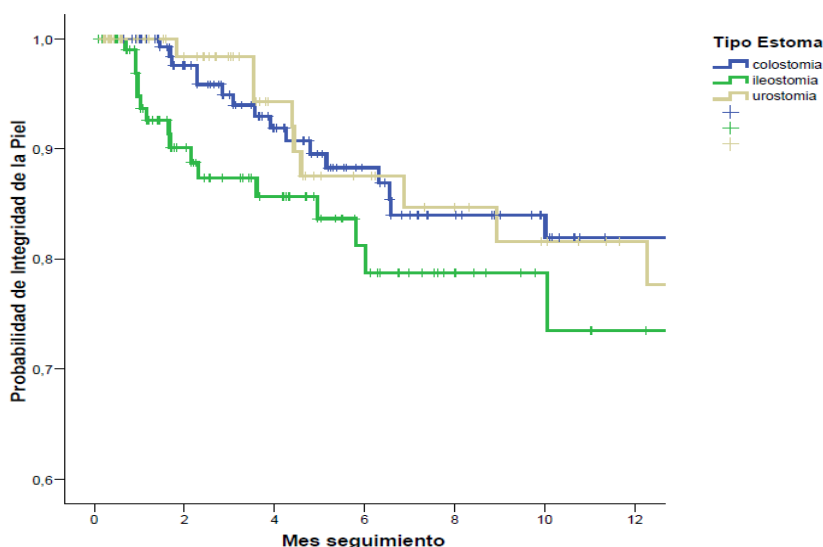
Material y Métodos

Estudio descriptivo de seguimiento prospectivo de una cohorte clínica. Fueron incluidos todos los pacientes ostomizados en el centro, con instauración de un único estoma, entre junio de 2012 y febrero de 2016, seguidos posteriormente en consulta de estomaterapia. Se realizó mediante la evaluación de la piel periestomal por enfermeras estomaterapeutas, según protocolo de consulta y con registro en base de datos ad hoc. Otras variables analizadas fueron sexo, edad, tipo de estoma, tipo de atención y marcado del estoma. Se describieron las variables cuantitativas mediante media y desviación estándar, mediana y rango intercuartílico y las variables cualitativas mediante su distribución de frecuencias absolutas y relativas. La probabilidad de mantener la integridad tisular se describió a través del método para cálculo de la supervivencia de Kaplan-Meier. Se compararon las curvas mediante el test de Breslow.

Resultados

Se obtuvo una muestra de 373 pacientes ostomizados, de los que 61,9% fueron hombres y 38,1% mujeres. La edad media fue de 67,8 (DE=13,4) años. La cirugía fue un 74,8% programada y 25,2% urgente. Se realizó el marcado del estoma a 278 (74,5%) pacientes. La distribución por tipo de estoma fue 169 (45,3%) colostomías, 119 (31,9%) ileostomías y 85 (22,8%) urostomías. Las medianas de estancia y tiempo de seguimiento fueron 15 (RI=10-23) días y 4,6 (RI=1,4-10,2) meses respectivamente. La tasa de complicación de la piel periestomal durante el ingreso fue de 1,1%. En el periodo de seguimiento, la probabilidad de mantener la integridad tisular en el total de la muestra fue del 100% a los 15 días, 98,4% al mes, 95,4% a los dos meses, 90,5% a los cuatro meses, 86% a los seis meses, 81,5% a los nueve meses y 79,5% al año. La probabilidad de mantener la integridad tisular periestomal, según tipo de estoma, mostró unas tendencias similares, siendo los pacientes con ileostomía los que presentaron probabilidades significativamente más bajas de estar libres de evento ($p=0,03$) (Gráfico 1).

Gráfico 1. Probabilidad de Integridad de la piel periestomal por tipo de estoma en pacientes en seguimiento por consulta de estomaterapia a 12 meses.



Se contabilizaron un total de 47 pacientes con complicaciones de la piel durante el periodo de seguimiento. Los indicadores NOC que se emplearon para la medición fueron: [110121] Eritema, con 17 (36,1%) casos, de los cuales 10 fueron en ileostomías; [110115] Lesiones cutáneas, con 15 (31,9%) casos, diferenciándose en piel con erosión (9 casos) y piel ulcerada (6 casos). Otra complicación descrita frecuentemente, no incluida en los indicadores del NOC Integridad tisular, fue la dermatitis. La inflamación de la piel se dió en 15 (31,9%) casos, de los que 7 fueron en urostomías.

Conclusiones

Los resultados obtenidos presentan coherencia con las tasas de complicaciones cutáneas recogidas en la literatura. En términos de incidencia de complicación, el estudio obtiene una tasa general del 14% a los 6 meses, aproximándose a las mínimas incidencias obtenidas en otros estudios⁵. La totalidad de pacientes recibieron una valoración y educación postoperatoria y un 74% también preoperatoria junto al marcado de la ubicación del estoma. Diversas investigaciones han demostrado la eficacia de éstas intervenciones pre y postoperatorias^{10,11}. La dilatada experiencia de la unidad de estomaterapia que llevó a cabo la valoración y recogida de datos, así como la implementación durante el periodo de estudio de una Guía de Práctica Clínica basada en la evidencia, sobre el Manejo y Cuidado de la Ostomía, pudieron estar asociadas a estos resultados^{12, 13}.

El indicador eritema mostró una utilidad inequívoca para la descripción del estado de la piel periestomal. El indicador lesiones cutáneas mostró igualmente su utilidad, condicionado a la diferenciación entre piel erosionada y ulcerada, situaciones entendidas no tanto como eventos diferentes sino más bien como distintos estadios de la gravedad de la lesión cutánea según la escala (n) del indicador. Se recogió aisladamente un caso de pioderma gangrenoso, lesión cutánea muy poco frecuente asociada a ileostomías en pacientes con enfermedad inflamatoria intestinal¹⁴. Sin embargo, no se pudo validar ningún indicador de dicho NOC para la inflamación de la piel o dermatitis. La dermatitis es una complicación de la piel periestomal frecuente, ciertos tipos de ellas especialmente frecuentes en urostomías¹⁵. En el presente estudio, el 46,6% de los casos de dermatitis descritos lo fueron en urostomías. Las más habituales son la dermatitis por contacto, alérgica y papilomatosa¹⁶. Aunque no se dieron casos en los pacientes incluidos en la muestra, las enfermeras estomaterapéutas valoraron considerar como posibles descriptores de complicaciones de la piel periestomal a los indicadores [110124] Induración y [110123] Necrosis. Se descartó el indicador [100113] Integridad de la piel por su excesiva generalidad.

El uso del NOC Integridad tisular y sus indicadores para describir el estado de la piel periestomal supone una inversión de los planteamientos usados habitualmente en la investigación biomédica, ya que los indicadores NOC son formulados en términos de salud y no de enfermedad. Tradicionalmente, la investigación se ha centrado en describir la incidencia de complicaciones de la piel periestomal y no en describir la probabilidad de su ausencia. El NOC "integridad tisular", en el seguimiento del paciente ostomizado, ha permitido describir la probabilidad de no padecer complicaciones de la piel periestomal al año de seguimiento. Se han validado como efectivos los indicadores eritema y lesión cutánea, sugiriendo la Inflamación (dermatitis) como un posible nuevo indicador. El uso de indicadores NOC mejora la

precisión de las evaluaciones realizadas, reduciendo la variabilidad de los datos recogidos y suponen una herramienta fundamental para la evaluación de resultados en las consultas de estomaterapia, así como de la implantación de Guías de Buenas Prácticas. Resulta necesario desarrollar en este ámbito, nuevos estudios que permitan identificar la asociación entre la gravedad de las citadas complicaciones y los valores de escala del indicador.

Agradecimientos

El presente trabajo ha sido realizado utilizando parcialmente datos y la metodología del Programa de implantación de guías de buenas prácticas en Centros Comprometidos con la Excelencia en Cuidados®. El autor expresa su agradecimiento al Grupo de Trabajo del Programa de implantación de buenas prácticas en Centros Comprometidos con la Excelencia en Cuidados®. El Programa de implantación de guías de buenas prácticas en Centros Comprometidos con la Excelencia en Cuidados® está parcialmente financiado por el Centro Colaborador Español del Instituto Joanna Briggs.

Bibliografía

1. Shabbir J, Britton DC. Stoma complications: a literature overview. *Colorectal disease*. 2010; 12(10): p. 958-964.
2. Salvadalena G. Incidence of complications of the stoma and peristomal skin among individuals with colostomy, ileostomy, and urostomy: a systematic review. *Journal of Wound Ostomy & Continence Nursing*. 2008; 35(6): p. 596-607.
3. Jonkers HF, Draaisma WA, Roskott AM, van Overbeeke AJ, Broeders I, Consten E. Early complications after stoma formation: a prospective cohort study in 100 patients with 1-year follow-up. *International journal of colorectal disease*. 2012; 27(8): p. 10.
4. Nastro P, Knowles CH, McGrath A, Heyman B, Porrett T, Lunniss PJ. Complications of intestinal stomas. *British journal of surgery*. 2010; 97(12): p. 1885-1889.
5. de Miguel Velasco M, Escovar FJ, Calvo A. Current status of the prevention and treatment of stoma complications. A narrative review. *Cirugía Española (English Edition)*. 2014; 92(3): p. 149-156.
6. Mahjoubi B, Moghimi A, Mirzaei R, Bijari R. Evaluation of the end colostomy and the risk factors influencing then in Iranian patients. *Colorectal disease*. 2005; 7: p. 582-587.
7. Ratliff CR, Donovan AM. Frequency of peristomal complications. *Ostomy Wound Manage*. 2001; 47: p. 26-29.
8. Moorhead S, Johnson M, Maas M, Swanson E, (editores). Clasificación de resultados de enfermería (NOC). Medición de resultados en salud (5ªed). Barcelona: Elsevier España; 2013.
9. Herdman TH, Kamitsuru S, (editores). NANDA International. Diagnósticos enfermeros. Definiciones y clasificación 2015-2017. Barcelona: Elsevier España; 2015.
10. Chaudhri S, Brown L, Hassan I, Horgan A. Preoperative intensive, community-based vs. traditional stoma education: a randomized, controlled trial. *Diseases of the colon & rectum*. 2005; 48(3): p. 504-509.

11. Younis J, Salerno G, Fanto D, Hadjipavlou M, Chellar D, Trickett JP. Focused preoperative patient stoma education, prior to ileostomy formation after anterior resection, contributes to a reduction in delayed discharge within the enhanced recovery programme. *International journal of colorectal disease*. 2012; 27(1): p. 43-47.
12. Asociación Profesional de Enfermeras de Ontario. Cuidado y manejo de la ostomía. Guías de buenas prácticas clínicas; 2009.
13. Ruzafa-Martínez M, González-María E, Moreno-Casbas T, del Río Faes C, Albornos-Muñoz L, Escandell-García C. Proyecto de implantación de Guías de Buenas Prácticas en España 2011-2016. *Enfermería Clínica*. 2011; 21(5): p. 275-283.
14. Cerdán-Santacruz C, Caparrós-Sanz MR, Lancharro-Bermúdez M, Mendoza-Hernández JL, Cerdán-Miguel J. Pioderma gangrenoso peri-ileostomía. *Revista Española de Enfermedades Digestivas*. 2014; 106(4): p. 285-288.
15. ShilpaAB, Ehrlich A. Stoma Dermatitis: Prevalent but Often Overlooked—Clarifications. *Dermatitis*. 2011; 22(4): p. 234-235.
16. Jacobs M, Gilissen L, Vandevenne AS, Goossens A. Peristomal allergic contact dermatitis caused by stoma adhesive paste containing N-butyl monoester of polymethyl vinyl ether maleic acid. *Contact dermatitis*. 2015; 73(5): p. 314-316.

TAXONOMÍA DEL RIESGO DE CAÍDAS AL ALTA EN UN PACIENTE ASTURIANO CON ICTUS

Autor/es

Alicia Méndez-Salguero, Manuel López-Fernández.

Palabras clave

Riesgo de caídas, Ictus, Alta.

Introducción

Las enfermedades cerebrovasculares en el Principado de Asturias son consideradas como el principal problema de salud, ya que, según datos del 2013, se convirtieron en la primera causa de muerte a partir de los 75 años en mujeres y la segunda en hombres mayores de 65 años¹. A su vez, además de la problemática de la mortalidad, este tipo de enfermedades conllevan una gran carga de discapacidad y dependencia, ya que son la primera causa de invalidez en la edad adulta y la segunda causa de demencia tras el Alzheimer; según la Sociedad Española de Neurología, en 2025 se estima que 1,2 millones de españoles habrán sobrevivido al Ictus y 500.000 sufrirán discapacidad²; es por ello lógico pensar que el gasto sanitario derivado de estos pacientes también es muy alto, lo que corrobora un estudio realizado en Guipúzcoa, que estima el coste medio en 5.048 Euros/persona/año, ascendiendo el coste social a 10.319 Euros/persona/año. Por su parte, el gasto farmacéutico de todos los medicamentos del sistema cardiocirculatorio, incluyendo los antihipertensivos, hipolipemiantes, vasodilatadores, etc., supone una quinta parte del gasto global. Con estos datos epidemiológicos, en los últimos años se ha invertido en avances, tanto en el terreno diagnóstico como en terapéutico, donde se han aplicado los nuevos conocimientos y técnicas, implementando la creación de equipos multidisciplinares de asistencia urgente y extendiendo las Unidades de Ictus, que son espacios donde se proporciona una asistencia y monitorización precisa y protocolizada al paciente durante las primeras horas de su enfermedad, que serán claves para su evolución posterior³. El código ictus es un sistema de identificación y derivación de pacientes para asegurar que todos puedan acceder a un centro de referencia de patología cerebrovascular en el menor tiempo posible, coordinando tanto las emergencias médicas, los centros de atención primaria y los hospitales comarcales con el centro de referencia de ictus, que será el lugar donde se pueda ofrecer la atención más especializada y específica para estos pacientes. Concretamente, en Asturias la primera unidad de ictus se abrió en el 2008 en el Hospital de Cabueñes, Gijón, y la segunda unidad de ictus se abrió dos años más tarde, en el HUCA (Oviedo). Gracias a estas unidades y protocolos, en Asturias se ofrecen los mejores procedimientos posibles, superando las limitaciones de la geografía y mejorando los plazos para ofrecer al paciente el tratamiento óptimo en el menor plazo posible⁴.

Tras haber señalado la importancia de las consecuencias del ictus en la región, cabe destacar que es la primera causa de discapacidad grave en la población adulta⁵ y que, además, algunas de las principales complicaciones potenciales tras un accidente cerebrovascular son la hipertensión intracraneal, la atelectasia y la neumonía (debido a la afectación de reflejos nauseoso y de la tos, así como al trastorno de la deglución), el

síndrome de dificultad respiratoria del adulto, secundario a la aspiración de secreciones gástricas y a la neumonía, el infarto de miocardio y las arritmias (la más común es la fibrilación auricular), sin olvidarnos de la depresión. También nos encontraríamos con complicaciones potenciales secundarias, como son el coma, convulsiones agudas, síndromes hipotalámicos, incontinencia fecal y urinaria, edema pulmonar, embolia pulmonar o hemorragia gastrointestinal, entre otras⁶. Es necesario añadir que los pacientes que han sufrido un ictus pueden sufrir también otro tipo de complicaciones, como déficits motores, alteraciones sensitivas y/o del lenguaje, fatiga, osteoporosis, espasticidad y caídas. Pero entre todas ellas, la más común son las caídas; hasta un 73% de los pacientes sufren al menos una caída durante los seis primeros meses del alta, teniendo en cuenta los posibles problemas derivados de las mismas, como riesgos de hemorragias o fracturas⁷.

Dentro del papel de la enfermería, es fundamental la prevención y dentro de la misma, debemos estudiar los factores de riesgo más importantes en nuestros pacientes, por lo que, en el caso que se describe posteriormente, nos centraremos en el Riesgo de caídas, donde el principal objetivo será establecer unas medidas que ayuden a evitar posibles accidentes a partir del momento del alta hospitalaria del paciente que ha sufrido un ictus⁸. Siguiendo las recomendaciones de las Guías de Práctica Clínica, es importante valorar el riesgo de caídas de todos los pacientes que han sufrido un ictus por todas las razones ya comentadas, sabiendo además que, al realizar actividades de prevención, se puede llegar a reducir el gasto sanitario.

Valoración

J.F.L. es un varón de 78 años, hipertenso y obeso [Talla: 178 cm; Peso: 99,26 kg. IMC= 31,33], que vive solo y que sufrió un ACVA (accidente cerebro vascular agudo) o ictus isquémico con afectación en el hemisferio derecho. Es dado de alta tras 3 semanas recibiendo tratamiento en la Unidad de Neurología del Hospital Universitario Central de Asturias (HUCA), situado en Oviedo.

Tras el alta hospitalaria, el paciente aún presenta hemiplejia izquierda y precisa de una silla de ruedas que debe ser manejada por su cuidador principal, en este caso su hijo C.F.G, de 45 años; tras el alta, el paciente se va a vivir a casa de su hijo, que ha recibido durante el proceso de hospitalización información sobre los cuidados que su padre precisará tras el alta. Al presentar dos caídas anteriores en su domicilio, desde enfermería se enfatiza en la posibilidad de una nueva caída que pueda provocar lesiones, por lo que el diagnóstico NANDA principal será "Riesgo de caídas".

La siguiente revisión se fija a los 3 meses, que es el tiempo que le damos al paciente para que varíe la puntuación de su plan de cuidados y obtenga los resultados esperados. Mientras tanto, el paciente se va a casa de su hijo con unas pautas a seguir, tanto actividades básicas que pueda realizar él mismo con ayuda de su cuidador principal, como actividades más profesionales que se derivarán del personal de enfermería del centro de salud al que pertenece, que le visitará a domicilio dos veces a la semana, e incluyendo actividades a nivel multidisciplinar con personal de fisioterapia del mismo centro de salud, que le visitará una vez a la semana.

Diagnósticos Enfermeros

El diagnóstico principal seleccionado para este caso es Riesgo de caídas (00155) con la siguiente definición: “Aumento de la susceptibilidad a las caídas que pueden causar daño físico.”

Los factores relacionados con este diagnóstico en el caso de nuestro paciente son:

- Alteración del equilibrio.
- Historia de caídas.
- Uso de silla de ruedas.

Resultados

En relación con la situación de nuestro paciente al alta, se han escogido tres resultados NOC, donde el principal sería el equilibrio, y los otros dos, conocimiento en la prevención de caídas y ambular con silla de ruedas, serían los secundarios.

1. 0202. Equilibrio. Puntuación al alta: 2. Puntuación diana: 3. Tiempo previsto: 3 meses.

Los indicadores que utilizaremos para evaluar este resultado NOC, serán:

- 020202. Equilibrio en sedestación - 2. Sustancialmente comprometido.
- 020203. Equilibrio al caminar - 2. Sustancialmente comprometido.
- 020205. Tambaleo - 2. Sustancialmente comprometido.

Queriendo alcanzar una puntuación diana de 3 en la Escala Likert, es decir, pasar de “sustancial” a “moderadamente comprometido”.

2. 1828. Conocimiento: Prevención de caídas. Puntuación al alta: 2. Puntuación diana: 4. Tiempo previsto: 3 meses.

- 182801. Descripción de uso correcto de dispositivos de ayuda - 3. Moderado.
- 182802. Descripción de uso y propósito de los mecanismos de seguridad - 2. Escaso.

La puntuación que queremos alcanzar a los tres meses es 4, es decir, conseguir un conocimiento sustancial en ambos indicadores.

3. 0201. Ambular: Silla de ruedas. Puntuación al alta: 1. Puntuación diana: 2. Tiempo previsto: 3 meses.

- 020101. Se traslada de y hacia la silla de ruedas - 1. Gravemente comprometido.
- 020103. Impulsa la silla de ruedas en distancias cortas - 2. Sustancialmente comprometido.

Queremos mejorar la puntuación en el primer indicador y mantener la del segundo indicador, consiguiendo pasar de “grave” a “sustancialmente comprometido”.

Intervenciones

Se realiza una intervención para cada NOC, intentando escoger las actividades más idóneas y basadas en la evidencia en cada caso para conseguir los resultados esperados.

1. Para el NOC Equilibrio, se escoge la siguiente intervención:
 - 0222. Terapia de ejercicios: equilibrio.

Esta intervención se realiza a nivel interdisciplinar con el fisioterapeuta del centro de salud, que le realiza una tabla de ejercicios, aunque desde enfermería se seleccionan las actividades que consideramos más acordes para mejorar la evolución del paciente:

- 022205. Ayudar al paciente a caminar a intervalos regulares. Para conseguir esta actividad, se pactan con el paciente unas metas, empezando con 5 metros dos veces al día acompañado de su hijo y del fisioterapeuta en casa, para ir aumentando 2 metros cada semana, intentando llegar a 30 metros dos veces al día.
 - 022206. Ayudar al paciente a establecer objetivos realistas y mensurables. Hablamos tanto con el paciente como con su hijo de la importancia de ser realistas, ya que el paciente intenta marcarse objetivos que no va a poder alcanzar en un corto plazo de tiempo.
2. Para el NOC Conocimiento: prevención de caídas, la intervención es:
- 6490. Prevención de caídas.
 - 649017. Disponer de barandillas y apoyamanos visibles. En la cama donde duerme el paciente se deben colocar barandillas, que también se instalan en la ducha, para intentar evitar que haya una posible caída en estos puntos más conflictivos.
 - 649030. Disponer de la iluminación adecuada para aumentar la visibilidad. Debido a que el hijo vive en un piso bajo y con poca iluminación, se insiste en la colocación de más luces para evitar tropiezos tanto con la silla de ruedas como cuando vayan haciendo los ejercicios de equilibrio.
3. Para Ambular: Silla de ruedas, la intervención que realizaremos es:
- 0846. Cambio de posición: silla de ruedas.
 - 084609. Determinar el espacio de tiempo adecuado de permanencia en la silla por parte del paciente, en función de su estado de salud. El paciente insiste en que quiere estar el mínimo tiempo posible con la silla de ruedas, y tiene una actitud muy negativa frente a ella, por lo que trabajaremos en este punto junto con su hijo, fomentando poco a poco, la autonomía de nuestro paciente.
 - 084620. Enseñar al paciente a manejar la silla de ruedas. Antes de irse de alta, se le enseña al paciente el manejo de la silla de ruedas, explicándole el funcionamiento de los frenos y cómo dirigirla. También se le dan estas indicaciones al hijo, para que pueda ayudarle mientras el paciente se va adaptando a su uso.

Evaluación

Tras 3 meses de rehabilitación en su domicilio por parte de un equipo multidisciplinar, formado por enfermera y fisioterapeuta de su centro de salud, se valoran los resultados NOC según la puntuación diana, y se logran alcanzar en todos los objetivos marcados al alta.

Tras esto, el paciente sigue con su rehabilitación de fisioterapia para que el siguiente objetivo sea dejar de lado la silla de ruedas y pasar a caminar con ayuda mecánica, como es el caso de muletas.

Bibliografía

1. Grupo de Trabajo de Inforsan. Mortalidad 2013. Ranking de principales causas de muerte por edad, sexo y área. Inforsan. Sección de Información Sanitaria. Servicio de Evaluación de la Salud, Calidad y Programas Dirección General de Salud Pública. Consejería de Sanidad Principado de Asturias; 2015. Disponible en:
https://www.asturias.es/Astursalud/Ficheros/AS_Salud%20Publica/AS_Salud%20Poblacional/IS_Registro%20de%20mortalidad/Mortalidad%202013/RANKING%20MORTALIDAD%202013.pdf (último acceso 6 Apr 2016)
2. Pérez Menéndez, A. Sociedad Española de Neurología. Departamento de prensa. 29 oct 2015. Disponible en:
<http://www.sen.es/saladeprensa/pdf/Link174.pdf> (último acceso 6 Apr 2016)
3. Grupo de Trabajo de la Guía de Recomendaciones Clínicas. Guía de recomendaciones de clínicas. Ictus. Actualización. Programas Clave de Atención Interdisciplinar. Dirección General de Innovación Sanitaria. Consejería de Sanidad Principado de Asturias; 2014. Disponible en:
https://www.asturias.es/Astursalud/Ficheros/AS_Calidad%20y%20Sistemas/AS_Calidad/PCAls/2013/ICTUS2014.pdf (último acceso 6 Apr 2016)
4. Benavente L, Villanueva MJ, Vega P, Casado I, Vidal J, Castaño B et al. El código ictus en Asturias. Neurología;2016. Vol 31. Disponible en:
<http://www.elsevier.es/es-revista-neurologia-295-articulo-el-codigo-ictus-asturias-90451784> (último acceso 7 Apr 2016)
5. FEI. Federación Española del Ictus. Barcelona. 2012. Disponible en:
<http://www.ictusfederacion.es/el-ictus/> (último acceso 6 Apr 2016)
6. Fernández Benito RE, López Rojo N, Martín Toral S, Zubillaga Cué E. Plan de cuidados de enfermería en el paciente con ictus. Nuberos Científica. 2012. Vol 1 (7). Disponible en:
<http://www.enfermeriacantabria.com/enfermeriacantabria/web/articulos/7/49> (último acceso 7 Apr 2016)
7. Grupo de Trabajo de la Guía de Práctica Clínica para el Manejo de Pacientes con Ictus en Atención Primaria. Guía de Práctica Clínica para el Manejo de Pacientes con Ictus en Atención Primaria. Plan de Calidad para el Sistema Nacional de Salud del Ministerio de Sanidad y Política Social. Unidad de Evaluación de Tecnologías Sanitarias de la Agencia Laín Entralgo de la Comunidad de Madrid; 2009. Disponible en:
http://www.guiasalud.es/egpc/ictus_ap/resumida/apartado06/manejo_alta03.html (último acceso 3 Apr 2016)
8. Grupo de Trabajo de la Guía de Prácticas seguras relacionadas con los cuidados de enfermería. Prácticas seguras relacionadas con cuidados de enfermería. Prevención de caídas de pacientes ingresados. Dirección General de Calidad e Innovación en los Servicios Sanitarios Consejería de Salud y Servicios Sanitarios. Nov 2010. Disponible en:
https://www.asturias.es/Astursalud/Ficheros/AS_Calidad%20y%20Sistemas/AS_Calidad/SEGURIDAD%20DEL%20PACIENTE/Folleto%20prevencion%20caidas.pdf (último acceso 7 Apr 2016)

DETERIORO DE LA DEGLUCIÓN EN UN PACIENTE CON ICTUS TRAS EL ALTA HOSPITALARIA

Autor/es

Manuel López-Fernández.

Palabras clave

Deterioro de la deglución, Ictus, Alta.

Introducción

El uso de diagnósticos enfermeros es imprescindible en la labor del profesional de enfermería. La NANDA es la encargada de estandarizar estos diagnósticos, desarrollando una nomenclatura y taxonomía de éstos. No existe un diagnóstico de ictus reconocido como tal, pero si los relacionados con las secuelas y patologías derivadas de él².

El ictus constituye la primera causa de mortalidad entre las mujeres españolas y la segunda en los varones, según el Grupo de Estudio de Enfermedades Cerebrovasculares de la Sociedad Española de Neurología (GEECV-SEN)³, además de la primera causa de discapacidad grave en el adulto¹. Es una enfermedad que conlleva elevados costes sanitarios en los que en ocasiones, el paciente es una carga para la familia y la comunidad⁴.

Las causas son muy variadas: por un lado encontraríamos factores de riesgo como la edad, con mayor incidencia, por lo general, a partir de los 55-60 años². También en personas con hipertensión arterial, hábito tabáquico, arterosclerosis, diabetes, etc.

Por otro lado estarían los factores potenciales tales como la obesidad, el alcoholismo o la inactividad física³.

Entre las manifestaciones clínicas más importantes del ictus se encuentra la disfagia, definida como "la alteración de la deglución, caracterizada por la dificultad de mover el bolo alimenticio de manera segura desde la boca al estómago sin que aparezca la aspiración"⁶.

El ictus constituye, por tanto, la primera causa de disfagia orofaríngea. Este concepto de disfagia abarca desde el enlentecimiento de movimientos deglutorios hasta la aspiración franca⁵. Esto se produce por la entrada anormal de fluidos, partículas exógenas o secreciones endógenas a la vía aérea, aumentando así el riesgo de padecer neumonía, además de otras complicaciones tales como malnutrición, deshidratación, pérdida de peso e incluso la muerte⁴.

La bronconeumonía es una complicación frecuente en los primeros días después de un infarto cerebral, y se asocia con una mayor tasa de mortalidad y el aumento a largo plazo del deterioro en aquellos pacientes afectados. Generalmente se produce en pacientes que tienen una alteración del nivel de conciencia o del reflejo tusígeno⁶. Por eso, en todos los pacientes que han sufrido un ACV es importante evaluar la disfagia de forma precoz antes de administrarle comida o medicación por vía oral, ya que su incidencia es mayor en la primera semana post-ictus. El mejor método de evaluación para predecir el riesgo de aspiración es la presencia de tos al tragar pequeñas cantidades de líquido, por lo que se recomienda mantener una dieta absoluta durante los primeros días con modificaciones dietéticas posteriores si la disfagia persistiera².

A pesar de su relevancia, con frecuencia se observa que la disfagia es uno de los trastornos más descuidados por parte de los servicios de salud en su tratamiento, ya que, cuando se considera en los protocolos de las unidades de ictus, suele ser para abordar su evaluación temprana, adaptar el tipo de dieta o cuidado bucal³.

Debido a la relevancia del tema, es fundamental en los primeros días tras el trastorno llevar a cabo evaluaciones y tratamientos, tanto logopédicos como rehabilitadores, según los déficits neurológicos hallados en el paciente, así como registrarlos hasta su resolución⁷.

El objetivo de este trabajo, por tanto, sería valorar los resultados NOC en la disfagia post-ictus y planificar las recomendaciones e intervenciones NIC adecuadas para el manejo de este trastorno, consiguiendo minimizar los riesgos y mejorar la calidad de vida del afectado hasta su recuperación.

Valoración

A.F.A. es una mujer de 65 años con antecedentes clínicos de hipertensión arterial, insuficiencia venosa crónica, diabetes y fumadora durante 20 años hasta 2013. Sufre un accidente cerebrovascular agudo (ACVA) en 2010. Colocación stent carotideo en 2011. Portadora de marcapasos.

Sigue tratamiento con omeprazol 20mg, AAS 100, captopril 6,25mg, captopril 25mg, dronedarona 400mg, Boi-K, furosemida, insulina humalog mix 25.

Se encuentra institucionalizada en una Residencia Geriátrica en Gijón donde ha sufrido recientemente un episodio brusco de pérdida de la consciencia que le ha provocado una caída mientras paseaba; respiración ineficaz, sin evidencia de movimientos anormales o relajación de esfínteres. Acude al servicio de urgencias en estado estuporoso, con un Glasgow 13. Se le realiza un TAC craneal donde se observa la existencia de un ictus isquémico, pero no hay evidencia de un traumatismo craneoencefálico grave. Ha sido tratada por neurología de forma muy precoz, por lo que sus capacidades motoras no se han visto muy afectadas.

Sin embargo, al alta presenta problemas de disfagia, con alto riesgo de aspiración, por lo que temporalmente portará una sonda nasogástrica para administrarle alimentación enteral. Tras el diagnóstico inicial, se le hará un control entre los 15-20 días por su médico de atención primaria, puesto que es el tiempo estimado para recuperar el reflejo neuromuscular de la deglución en este tipo de afección y así alcanzar el objetivo esperado.

Diagnósticos Enfermeros

Deterioro de la deglución.

Definición: Funcionamiento anormal del mecanismo de deglución asociado con déficit de la estructura o función oral, faríngea o esofágica.

(Factores relacionados: deterioro neuromuscular, anomalías de la vía aérea superior, hipotonía, alimentación por sonda)⁸

Resultados

Estado de deglución. Al alta: 1. Diana: 3. Tiempo: 20 días

Capacidad de masticación – 1: Gravemente comprometido

Distribución del bolo alimentario a la hipofaringe en concordancia con el reflejo de deglución – 1: Gravemente comprometido

Prevención de la aspiración. Al alta: 3. Diana: 5. Tiempo: 20 días.

Movilización del esputo hacia fuera de las vías respiratorias – 3: Moderado

Manejo del vómito – 3: Moderado

Estado respiratorio: permeabilidad de las vías respiratorias – 5: Levemente comprometido⁹.

Intervenciones

- Terapia de deglución
 - Proporcionar cuidados bucales si es necesario
 - Comer en un entorno relajado, sin distracciones y evitando ruidos molestos.
 - Horarios regulares en las comidas
 - Enseñar a la familia/cuidador las medidas de precaución en la alimentación, concienciándoles de los cuidados que precisa.
 - Comer lentamente y en pequeñas cantidades.
- Alimentación enteral por sonda
 - Proporcionar alimentos de consistencia adecuada, sin grumos o pieles.
 - Alimentación en bolos.
 - Test de tolerancia a comida con otras texturas, procurando su retirada en un plazo aproximado de una semana post-ictus. La textura se irá adaptando progresivamente según la evolución del paciente.
- Precaución para evitar aspiración
 - Sentar al paciente bien incorporado y en una postura cómoda, con la cabeza ligeramente flexionada hacia delante
 - Observar si hay signos o síntomas de aspiración.
 - Evitar el uso de pajitas al beber, pues podría favorecer el atragantamiento.
- Control de la nutrición
 - Vigilar nivel de hidratación del paciente.
 - Vigilar que no acumule comida en los laterales de la boca y en caso de afectación unilateral, dárselo por el lado no afecto.
 - Evitar alimentos muy dulces o cítricos, pues espesan y aumentan la salivación.
- Disminución de la ansiedad
 - Transmitir tranquilidad ante el miedo a atragantarse al comer o beber.
 - No mostrar prisa, hay que tomarse el tiempo necesario para la alimentación.
 - La persona que lo alimenta debe sentarse a la misma altura¹¹.

Evaluación

El objetivo principal de cualquier tratamiento para un paciente disfágico es conseguir una alimentación oral con una deglución segura mientras se mantienen una hidratación y nutrición adecuadas¹⁰. Tras una semana con sonda nasogástrica se comienza terapia para disfagia propia en una persona tras la retirada de un sondaje nasogástrico⁸. Por un lado, las técnicas compensatorias tratan de redirigir el bolo y así eliminar los síntomas de disfagia aunque no modifican la fisiología de la deglución. Éstas incluyen: cambios posturales, modificación del volumen y velocidad de administración del bolo, modificaciones de la textura alimentaria, utilización de prótesis intraorales y técnicas de incremento sensorial. La técnica postural es muy importante, ya que además de evitar la aspiración, también tiene el potencial de cambiar las dimensiones de la faringe, consiguiendo así cambiar la dirección del bolo

sin aumentar el esfuerzo realizado por la persona afectada¹⁰. Las controlará su terapeuta o cuidador y no depende del nivel cognitivo⁵. Por otro lado están las técnicas de tratamiento, diseñadas para modificar la fisiología de la deglución. Éstas tratan de mejorar la movilidad de las estructuras de la cavidad bucal y faríngea, aumentar la velocidad del reflejo faríngeo o controlar de forma voluntaria la movilidad orofaríngea durante la deglución¹⁰. Recuperar el reflejo de deglución también implica la colaboración del paciente, ya que éste debería practicarlas de forma independiente para obtener los mejores resultados⁶.

Muestra buena evolución con el paso de los días, con algún episodio de disfagia leve que es solventado por el paciente mediante la expectoración. Comenzará con dieta túrmix y líquido con espesantes, hasta que vaya recuperando paulatinamente la capacidad de masticación, con ayuda de ejercicios del control del bolo para mejorar el control motor de la lengua, aunque sigue siendo temprano aun para incluir alimentos sólidos en su dieta. Además va aumentando su capacidad respiratoria y recuperando la capacidad de expectoración necesaria para eliminar secreciones en vías altas, por lo que disminuye también el riesgo de aspiración y el reflejo de vómito⁷.

Transcurridos 20 días desde su reingreso en la Residencia Geriátrica, donde ha sido valorado y controlado por los profesionales de enfermería, valoran los resultados NOC según la puntuación diana y se logra alcanzar los objetivos, aunque se deben seguir tomando medidas protocolarias por parte del cuidador y seguir las recomendaciones alimentarias para evitar la aspiración, ya que ésta podría producirse antes, durante o después de la deglución si no se toman las medidas necesarias.

Bibliografía

1. Grupo de Trabajo de la Guía de Práctica Clínica para el Manejo de Pacientes con Ictus en Atención Primaria. Guía de Práctica Clínica para el Manejo de Pacientes con Ictus en Atención Primaria. Plan de Calidad para el Sistema Nacional de Salud del Ministerio de Sanidad y Política Social. Madrid: Ministerio de Sanidad y Política Social; 2009.
2. Dmedicina.com [Internet]. Madrid: Dmedicina.com; 2010 [actualizado el 24 septiembre 2015, citado 4 abril 2016]. Disponible en: <http://www.dmedicina.com/enfermedades/neurologicas/ictus.html>
3. Ictusfederacion.es [Internet]. Barcelona: Federación española de ictus; 2012 [actualizado en 2012, citado 4 abril 2016]. Disponible en: <http://www.ictusfederacion.es/el-ictus/>
4. Elsevier.es [Internet]. Barcelona: revista científica de la Sedene; 2009 [actualizado en noviembre de 2009, citado 24 abril 2016]. Disponible en: http://apps.elsevier.es/watermark/ctl_servlet?_f=10&pident_articulo=13183589&pident_usuario=0&pcontactid=&pident_revista=319&ty=2&accion=L&origen=zonadelectura&web=www.elsevier.es&lan=es&fichero=319v00n31a13183589pdf001.pdf
5. Neurowikia.es [Internet]. Madrid: Sociedad española de neurología; 2005 [actualizado en septiembre 2009, citado 6 abril 2016]. Disponible en: <http://www.neurowikia.es/content/disfagia-en-el-ictus>
6. López-Liria R, Fernández-Alonso M, Vega-Ramírez FA, Salido-Campos MA, Padilla-Góngora D. Tratamiento y rehabilitación de la disfagia tras enfermedad cerebrovascular. Almería: Revista Neurologica; 2014.

7. Annie Turner, Marg Foster, Sybil E. Johnson, editores. Terapia Ocupacional y disfunción física: principios, técnicas y práctica. Quinta edición. Madrid: Elsevier Science Imprint; 2003.
8. Elsevier.es [Internet]. Madrid: Sociedad española de enfermería neurológica; 2013 [actualizado en enero 2014, citado 9 abril 2016]. Disponible en:
http://apps.elsevier.es/watermark/ctl_servlet?_f=10&pident_articulo=90338161&pident_usuario=0&pcontactid=&pident_revista=319&ty=58&accion=L&origen=zonadelectura&web=www.elsevier.es&lan=es&fichero=319v39n01a90338161pdf001.pdf
9. NANDA Internacional. Madrid: Elsevier; 2008
10. Elsevier.es [Internet]. Tarragona: Elsevier; 2001 [actualizado enero 2003, citado 24 abril 2016]. Disponible en:
11. <http://www.elsevier.es/es-revista-rehabilitacion-120-articulo-tratamiento-disfagia-orofaringea-13044102>
12. Protocolo para la administración de alimentación en pacientes con deterioro en la deglución. Unidad de Ictus, Servicio de Neurología, Hospital Universitario Central de Asturias

Las Entidades Colaboradoras

Hospital Universitario 12 de Octubre

Gerencia Asistencial de Atención Primaria (Servicio Madrileño de Salud)

Consejo General de Enfermería

Universidad Rey Juan Carlos

Universidad Complutense de Madrid

Universidad Autónoma de Madrid

Coloplast

Cerner

Educsa

Elsevier

Wolters Kluwer