



El Correo AENTDE

Semestre II - 2004 / Vol VII / Número 2

¿ Qué hacer cuando nos salen demasiados diagnósticos?

Con este lema se celebrarán en Toledo las V Jornadas de Trabajo AENTDE en octubre de 2005.

Muchos profesionales que se inician en el trabajo con metodología de cuidados, encuentran dificultades a la hora de realizar diagnósticos y establecer planes de cuidados. Generalmente la fase de valoración no se plantea como dificultad, otra cosa es si la valoración es suficientemente explícita y focalizada para poder hacer diagnósticos basados en signos y/o síntomas (características definitorias o factores de riesgo), pero este tema sería susceptible de ser abordado en otra ocasión. En general las dificultades que los profesionales suelen plantear son: falta de tiempo, falta de conocimientos, metodología farragosa etc.

Uno de los problemas que nos encontramos a la hora de enseñar esta metodología cuando los alumnos son profesionales poco expertos o alumnos pregrado, es que cuando, después de la valoración intentan identificar los problemas de un paciente, se encuentran en muchas ocasiones con un listado de diagnósticos a veces exageradamente largo y surgen preguntas como: ¿cómo dar respuesta a todos estos problemas? ¿por donde empezar? ¿hay que abordarlos todos los diagnósticos? ¿cómo priorizar?. En muchas ocasiones, estas situaciones pueden llevar a sentirse abrumados por las dificultades y a plantear que el trabajo cotidiano no es susceptible de ser abordado con



metodología, dejándolo su utilización para situaciones en las que se dispone de más tiempo, para presentar en una sesión de enfermería o para situaciones excepcionales.

En contraposición los profesionales expertos saben de una forma casi intuitiva (basada en el conocimiento y la experiencia) que problemas abordar primero, sabiendo que si

➡ Pasa a página 3

SUMARIO

✍ V Jornadas de
trabajo AENTDE
pág 3

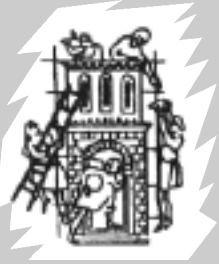
✍ Jornada de
Enfermería en Madrid
pág. 4

✍ Planes de
cuidado estándar
pág 5

✍ AGENDA
pág 8



www.aentde.com



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

EDICIÓN Y COORDINACIÓN
Adolf Guirao Goris
Dosi Bardají

JUNTA DIRECTIVA
Rosa González (Presidenta)
J. Adolf Guirao (Vicepte)
Dosi Bardají (Secretaria)
Roser Álvarez (Tesorera)
María Gírbés Fontana (Vocal I)
Mercedes Ramos (Vocal II)
Aurora Quero (Vocal III)
Rosa Roure (Vocal IV)
M^a Isabel Saracibar (Vocal V)
Nieves Montesinos (Vocal VI)
Francisca Pérez (Vocal VII)

DIRECCIÓN POSTAL
AENTDE
Escuela de Enfermería
Universitat de Barcelona
Feixa Llarga, s/n
08907 L'Hospitalet
Barcelona

TELÉFONO
934 035 731

DIRECCIÓN ELECTRÓNICA
aentde@bell.ub.es

PÁGINA WEB
<http://www.aentde.com>

DEPÓSITO LEGAL
B-41810-1997
ISSN: 1138-350K

Y es una realidad el camino hacia la integración del sistema universitario español en el Espacio Europeo de Educación Superior. Todo Apunta a que antes del año 2010 se haya producido el cambio en las Universidades españolas.

Espacio europeo de educación superior

La construcción del Espacio Europeo de Educación Superior es un proceso que se inicia con la Declaración de la Sorbona en 1998 y que se consolida con la Declaración de Bolonia en 1999, en la que los Ministros europeos de educación instan a los estados miembros de la Unión Europea a desarrollar e implantar en sus países las siguientes actuaciones:

- Adoptar un sistema de Titulaciones comprensible y comparable para promover las oportunidades de trabajo y la competitividad internacional de los sistemas educativos superiores europeos mediante, entre otras cosas, la introducción de un suplemento europeo al título.
- Establecer un sistema de titulaciones basado principalmente en dos niveles. La titulación de primer nivel sería adecuada para el mercado de trabajo europeo. El segundo nivel, requerirá haber superado el primero y ha de conducir a titulaciones de postgrado tipo máster y/o doctorado
- Establecer un sistema común de créditos para fomentar la comparación de los estudios y favorecer la libre circulación de estudiantes y titulados.
- Fomentar la movilidad con especial atención al acceso a los estudios de otras universidades europeas y a las diferentes oportunidades de formación y servicios relacionados.

Estas son algunas de las actuaciones, entre otras, que están desarrollando los diferentes Países.

Según el Documento marco de febrero de 2003, en el apartado referente a la Implantación del sistema de créditos europeos, el crédito es la unidad de referencia sobre la que se estructuran y organizan los currículos educativos en la mayor parte de los países. El crédito europeo, ECTS (European Credits Transfer System), nace y se desarrolla con los programas de movilidad de los estudiantes para dar una respuesta a la necesidad de encontrar un sistema de equivalencias y de reconocimiento de los estudios cursados en otros países.

El crédito europeo engloba toda la enseñanza teórica y práctica, así como el trabajo que el estudiante dedica para alcanzar los objetivos del aprendizaje.

En cuanto a los dos niveles de aprendizaje propuestos, el primer nivel: El Grado, podría corresponder a lo que ahora entendemos como licenciaturas. Entendemos que un estudiante al finalizar sus estudios podría tener la titulación de grado en psicología, en pedagogía o en enfermería, a modo de ejemplo.

El segundo nivel: el postgrado, conduciría a titulaciones de máster y/o doctor. Para poder realizar este segundo nivel será imprescindible haber realizado el primero de Grado. Esta claro que el postgrado no se refiere a lo que entendemos ahora por postgrado.

A fecha de hoy no se conocen de forma oficial las directrices sobre las que se plantara la nivelación de título de Diplomado en enfermería por el de Grado en enfermería.

Estamos a la espera de que se oficialice el plan de estudios de lo que será el Grado en enfermería, así como los criterios de nivelación. Es nuestra intención, cuando esto ocurra manteneros informados de las conclusiones definitivas.

Francisca Pérez Roble

Las V Jornadas de Trabajo AENTDE se dedicarán al razonamiento clínico

La cita será en Toledo en octubre de 2005

☞ Viene de la página 1

se interviene en ellos, no se tendrá la necesidad de abordar otros, dado que desaparecerán en la medida en el que estos se resuelvan.

Durante todos estos años, AENTDE a través de sus Jornadas, Simposium líneas de trabajo, ha ido buscando soluciones a algunos de estos problemas. Para las V Jornadas que se van a celebrar en Octubre del 2005, en la Universidad de Castilla la Mancha de Toledo, queremos trabajar "el razonamiento clínico" y para ello vamos a contar con el Profesor Daniel Pesut profesor de la Escuela de Enfermería Indiana de la Universidad de Indianapolis y de la profesara Carmen Espinosa directora de la E.U.E de la Universidad de Andorra, alumna y colaboradora de Pesut.

El profesor Daniel Pesut ha desarrollado un nuevo abordaje de la metodología enfermera que se denomina Modelo de Análisis de Resultados del Estado Actual (AREA). Este modelo proporciona una estructura para el razonamiento clínico, que representa el pensamiento que las enfermeras despliegan cuando razonan ante una situación clínica.

Pesut define el razonamiento clínico, como procesos de pensamiento:

- * reflexivo,
- * concurrente,
- * creativo,
- * critico y
- * en red.

El razonamiento clínico presupone entre otros aspectos: contextualizar la historia del paciente y tener un vocabulario clínico.

La historia de enfermería, permite establecer un contexto en el que enmarcar la historia del paciente que facilita dirigir la intervención acorde con su historia. Contamos actualmente con NANDA/ NOC/ NIC que nos proporcionan un lenguaje que nos permite nombrar los problemas de los pacientes susceptibles de ser abordados por enfermería, establecer los resultados actuales y esperados de nuestros pacientes y planificar las intervenciones enfermeras capaces de reducir o resolver dichos problemas.

AENTDE ha trabajado ya en anteriores Jornadas y Simposios , los diferentes sistemas de clasificación

enfermera que nos dotan de ese vocabulario y su conexión entre ellas. También ha trabajado, entre otros aspectos, la informatización y su importancia para la practica enfermera. Esta vez queremos aportar, de forma practica, algo de luz al razonamiento clínico: como enseñar a los profesionales a pensar y razonar de forma reflexiva, creativa, critica y en red, ante una situación clínica. Pensamos que este tipo de pensamiento es necesario ya que además de facilitar el trabajo enfermero va a mejorar sin duda la calidad de cuidados a nuestros pacientes, que es nuestro objetivo.

Esperamos que Daniel Pesut y Carmen Espinosa nos aporte estrategias que nos faciliten incorporarlo en la practica enfermera, tanto en el ámbito de Atención Especializada como de Atención Primaria y que también nos den instrumentos que nos facilite enseñarlo.

Maria Girbés Fontana

3

El meridiano de los
diagnósticos

EL CORREO AENTDE



Vol VII

Nº 2

dic 04



La nueva presidenta de AENTDE participa en la Jornada de Servicios de Enfermería en Atención Primaria del Área 9 de Madrid

La nueva presidenta de AENTDE participa en la Jornada de Servicios de Enfermería en Atención Primaria del Área 9 de Madrid.

El día 26 de mayo, se celebró en Madrid una jornada de enfermería, organizado por la Dirección de Enfermería del Área 9 de Madrid para dar a conocer el documento "Procesos de enfermería en Atención Primaria".

Esta jornada que contó con una asistencia de 130 profesionales, fue inaugurada por el Director General del Instituto Madrileño de la Salud

La Jornada tuvo 3 mesas de intervenciones, además de la mesa de autoridades. En la primera mesa "Papel de enfermería en Atención Primaria: visión desde las sociedades científicas", participó la nueva presidenta de AENTDE, D^a Rosa González.

* La presidenta, inició su intervención denunciando que los cuidados de enfermería, todavía hoy, son un objetivo no cumplido.

* Reivindicó el Proceso de Atención de Enfermería como el método idóneo de trabajo, destacando que su utilización implica una revolución profesional por su potenciación para la autonomía profesional y sobre todo porque hace visible el trabajo de enfermería tanto para la población, como para el resto de profesionales e incluso para las propias enfermeras.

* Destacó la importancia de las herramientas informáticas para poder utilizar todas las taxonomías de enfermería de forma fácil y poder así medir los resultados de nuestras intervenciones y con ello mejorar la calidad, la eficiencia y la eficacia de nuestro trabajo. Especificó que sin ellas, y dado las cargas actuales de trabajo, se termina justificando prácticas meramente auxiliares de médicos y enfermos".

* Hizo hincapié en la importancia del lenguaje específico por la necesidad que tienen todas las profesiones de:

- * poder ser inteligibles a nivel internacional
- * establecer comunicación intra e interprofesional
- * realizar intercambio de experiencias y
- * poder realizar investigación compartida.

Destacó la importancia de la NANDA (que en España desarrolla la AENTDE) y de NIC y NOC y como la utilización de estas sistematizaciones internacionales, serían imposibles sin la ayuda de los sistemas informáticos.

* Reitero que los instrumentos y los métodos son siempre auxiliares de la función principal: la atención al enfermo y sus cuidados y que esto requiere



Rosa González, presidenta de AENTDE

de marcos teóricos de referencia que recojan lo mejor de la ciencia, la técnica y de la ética universal.

Resaltó lo vertiginoso de los cambios actuales en todos los ámbitos, desde el científico y técnico, hasta los sociales y políticos, y como estos, suponen y van a suponer en un futuro cambios organizativos de la asistencia sanitaria y de la forma de atender a los enfermos. Destacó como más dificultosos e importantes los cambios organizativos porque implican cambios de actitud personal y cambios en la dinámica de las organizaciones.

Subrayó la adaptación a los cambios como una constante de enfermería, y la inercia, los estereotipos profesionales y las rutinas de algunos profesionales, como obstáculos para el cambio.

* Finalizó su intervención resaltando nuestra responsabilidad ante el conjunto del sistema sanitario, como protagonistas importantes en el sistema sanitario, nos instó a contribuir con esfuerzo y propuestas a la mejora de nuestras instituciones, para aprovechar mejor nuestras capacidades e integrar mejor los niveles asistenciales.

María Gorbés Fontana

Consenso de planes de cuidados estandarizados en nueve hospitales de Cataluña

*Dolors Miguel Ruiz**
*Francisca Pérez Robles***

INTRODUCCION

Desde la Asociación AENTDE (Vocalía VII) se forma un grupo de trabajo de investigación, cuyos objetivos son:

- DESCRIBIR PARTE DE LA realidad de la práctica enfermera en Cataluña.
- CONOCER si se utiliza un lenguaje común y una metodología similar.
- IDENTIFICAR si se aplican las taxonomías.
- CONSENSUAR estándares de cuidados.
- COMPARAR los resultados de nuestro proyecto con los resultados del proyecto Nipe, si fuera preciso al realizarse una posible demanda.

El resultado del estudio se estructuró siguiendo cinco fases de elaboración:

1. Fase preparatoria. Definir el grupo de trabajo y las características de los centros que se incluirán en el estudio. Propuesta de los GDR de estudio.
2. Fase de recopilación por parte de los representantes de los centros, del listado de Diagnósticos según taxonomía Nanda que utilizaban en cada GDR
3. Fase de consenso entre los centros para llegar a un acuerdo de estándar de diagnósticos, correlacionados con los GDR.
4. Fase de recopilación por parte de los representantes de los centros, del listado Intervenciones (NIC) correlacionadas con los Diagnósticos enfermeros consensuados y sus factores relacionados o causas.
5. Fase de recopilación por parte de los representantes de los centros, del listado de Resultados (NOC) correlacionados con los Diagnósticos enfermeros consensuados.
6. Consenso de las intervenciones y de los resultados enfermeros.
7. Estudio comparativo con los resultados del Proyecto Nipe (si fuera necesario).

METODOLOGÍA

Nuestro estudio es de tipo: observacional descriptivo.

Población diana: Los Hospitales de Cataluña

La muestra: 9 Hospitales de Cataluña

La obtención de los datos y de la información fue de la siguiente manera:

***Profesora E.U.I. Sant Joan de Déu.**

****Profesora E.U.I. Sant Joan de Déu.**

Vocal VII AENTDE

1ª fase preparatoria:

Se convocó a todas las directoras de enfermería de los centros que habían iniciado un proyecto de cambio, en el que incluían los Diagnósticos de enfermería.

Realizamos una sesión informativa del proyecto NIPE. Se invitó a formar parte de este estudio a los profesionales de enfermería de los distintos Centros Hospitalarios de Cataluña, Inicialmente se pretendía que hubiera representación de todas las provincias catalanas, pero quedan definitivamente representadas tres de ellas, Tarragona, Gerona, y Barcelona, debido a que no se pudo consolidar ningún centro de Lérida.

Los criterio de selección de los Centros, fueron:

* Que estuvieran trabajando con diagnósticos enfermeros y aplicando la taxonomía NANDA.

* Utilizando o bien en proyecto de utilización de las taxonomías NIC y NOC.

Quedó establecida la participación, en la segunda fase, de la siguiente manera:

- Hospital Josep Trueta Gerona
- Hospital de Figueras Gerona
- Hospital Santa Tecla. Tarragona
- Hospital Cruz Roja Barcelona
- Hospital de la Esperanza . Barcelona
- Hospital Sant Joan de Déu de Barcelona
- Hospital Cruz Roja de Hospitalet ,
- Cosonci Hospitalari de Mataro,
- Hospital MUNICIPAL de Badalona

Los GDR que se propusieron fueron los 20 que se están trabajando en el proyecto NIPE, ya que al finalizar el estudio y al compararlo o sumarlo con el del proyecto Nipe, tendríamos mayor evidencia científica.

GDR:

- 14 Tra. Cerebrovasculares específicos (excepto accidentes Isquémico Transitorio.
- 39 Procedimientos sobre cristalino con o sin vitrectomía
- 60 Amigdalectomía y/o adenoidectomía solo edad <18 años
- 70 Otitis Media e ITRS, Edad <18 años
- 82 Neoplasias Respiratorias
- 88 Enfermedad pulmonar obstructiva crónica
- 90 Neumonía simple y pleuritis edad >17 años sin complicaciones
- 122 Trastornos con IAM sin complicaciones cardiovasculares alta con vida.





Viene de página 5

- 127 Insuficiencia cardiaca y shock
- 140 Angina de pecho
- 167 Apendicectomía sin complicaciones
- 175 Hemorragia gastrointestinal sin complicaciones
- 208 Trastornos del tracto biliar sin complicaciones
- 209 Reimplantación mayor articulación y miembro de extremidad inferior, sin infección
- 211 Procedimientos de cadera y fémur excepto art. Mayor edad >17 sin complicaciones
- 364 Dilatación y legrado, conización excepto neoplasia maligna.
- 371 Cesárea, sin complicaciones
- 373 Parto sin complicaciones
- 629 Neonato, peso al nacer >2.499 gr. Sin procedimiento quirúrgico significativo, diagnóstico: Neonato normal
- 775 Bronquitis y asma edad <18 sin complicaciones

2ª fase análisis

Recogimos los listados de diagnósticos relacionados con los GDR de cada centro participante, y pasamos a generar datos de correlación entre los Centros, Diagnósticos y GDR.

3º Fase de consenso

Se presentó al grupo los resultados de la explotación de datos y se puso en marcha la técnica de consenso, la cual fue la siguiente:

- Cuando el 50% de los centros que participaban en el consenso, estaban de acuerdo y utilizaban el mismo diagnóstico para un GDR concreto, se aceptaba la validación de aquel diagnóstico, de forma automática, no se realizaba la discusión, si había mayor dispersión, se iniciaba la:
- Técnica de consenso, con discusión, justificación y puesta en común por todo el grupo de trabajo, de los diferentes puntos de vistas para utilizar o no ese diagnóstico, (pros y contras) y cuando el 50% de los centros participantes apoyaban ese diagnóstico, pasaba a ser también consensuado y por lo tanto contemplado en el estudio, si por el contrario no llegaba a tener el 50%, era rehusado por el grupo.

4ª y 5ª Fase

Con la misma metodología que la segunda y tercera fase, hemos programado la fase 4 y 5, para ver la siguiente correlación:

* Las intervenciones con los diagnóstico y factores relacionados.

* Los resultados con los diagnósticos.

6ª Fase de consenso del NIC Y NOC

Aplicando la misma metodología que hemos explicado anteriormente en el consenso de los diagnósticos asociados a cada GDR.

7ª Fase comparación

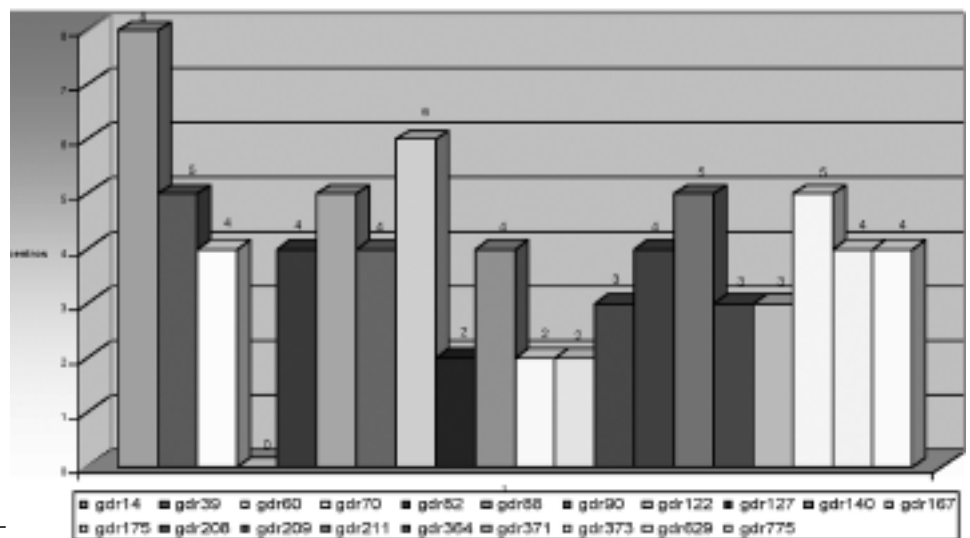
De los resultados del estudio con los resultados de los grupos de trabajo que colaboran en el proyecto NIPE, mediante un estudio comparativo(si esto fuera posible)

Hemos utilizado el paquete informático del SPSS para la explotación estadística, el Excel para los gráficos y Word para el texto.

ANÁLISIS DE LOS DATOS Y RESULTADOS

Los resultados obtenidos han sido los siguientes:

Nº DE CENTROS QUE TRABAJAN CADA GDR



En un total de 9 centros como mencionamos anteriormente y contando que uno de ellos es exclusivamente infante juvenil, vemos que el GDR 14 (Trastornos cerebrovasculares) se trabaja prácticamente en todos los centros (8), seguido por el GDR 122 (Trastornos con IAM), y el resto prácticamente en mas del 50% de los centros, hemos de destacar que el GDR70 (Otitis media e ITRS, en <18 años) no lo trabajaba ningún centro en el momento del estudio.

La mayoría de centros tenían relacionados al GDR14 entre 9 y 14 diagnósticos de enfermería, a diferencia como se ve en la grafica de un solo centro que tenía 32 diagnósticos.

Al iniciar la discusión y consenso también se consensúan los siguientes diagnósticos que inicialmente no estaban previstos:

- Deterioro del patrón del sueño
- Riesgo de deterioro del patrón del sueño
- Baja autoestima situacional.
- Riesgo del Síndrome del desuso
- Riesgo de lesión

Pasa a página 7

☞ Viene de página 6

GDR 39, en el diagnóstico que inicialmente era de riesgo de lesión se modifica por riesgo de caída y un centro se suma a la decisión, quedando consensuado el riesgo de caída

De los 4 diagnósticos en este GDR solo quedan el dolor y el temor.

Siendo el consenso en el 50% de los centros quedan todos consensuados, pero el de Impotencia, intolerancia a la actividad, y Limpieza inefectiva de las vías aéreas son los más utilizados.

El diagnóstico de Deterioro del patrón del sueño seguido de la ansiedad son los dos mas significativos de este GDR.

En el GDR90 el mayor consenso ha sido con el diagnóstico de Hipertermia

No son representativos en el estudio los siguientes GDR:

- GDR 70: Otitis media e IRTS edad <18a. (Ningún Centro lo trabaja)
- GDR 127: Insuficiencia cardiaca (2 Centros)
- GDR 167: Apendicectomía (2 Centros)
- GDR 175: Hemorragia gastrointestinal (2Centros)
- GDR 208: Trastorno tracto biliar, sin complicaciones (3Centros)

CONCLUSIONES:

El consenso es la base de la planificación de cuidados.

Debido a la gran amplitud de los Gdr, muchas veces da lugar a una gran variabilidad de diagnósticos.

No todos los Centros han trabajado todos los GDR,

esto dificulta a la hora de consensuar los diagnósticos por no tener la suficiente representación.

Deterioro del patrón del sueño, este diagnóstico creímos que estaba presente en casi todos los pacientes que ingresan en el hospital, por lo tanto pensamos que era un diagnóstico estándar.

Así como el de "Riesgo de manejo ineficaz del régimen terapéutico" al alta, en lugar del diagnóstico "Déficit de conocimientos".

Los Diagnósticos de Enfermería Déficit de autocuidados están presentes en todos los GDR tratados, se discutió sobre la posibilidad de que con el diagnóstico de "Intolerancia a la actividad", en los diagnósticos que lo contemplábamos, podríamos realizar todas las actividades de ayuda en los autocuidados, de esta manera no sería necesario poner los diagnósticos de los Déficit de autocuidados.

Las discusiones generadas para llegar al consenso, fueron de gran valor, para todo el equipo, nos ayudaron a clarificar conceptos y seguir avanzando.

Apúntatelo en la Agenda:

✍ V Jornadas de AENTDE en Toledo.
Octubre 2005

✍ Visitar la nueva página web de AENTDE
www.aentde.com

✍ Ya está disponible el CD de V Simposium AENTDE,
si asististe y no lo has recibido, ponte en contacto con AENTDE porque seguramente no se te ha enviado porque facilitaste al dirección de tu trabajo en vez de la dirección personal.

7

El meridiano de los
diagnósticos

EL CORREO AENTDE



Vol VII

Nº 2

dic 04

Agenda

Abril 2005

5ª Conferencia Europea de
ACENDIO

Festival Hall, Bled, Slovenia.

7 a 9 de abril de 2005
info: www.acendio.net

Octubre 2005

V Jornadas de trabajo AENTDE
¿ Qué hacer cuando nos salen
demasiados diagnósticos?
Razonamiento clínico: arte y ciencia

Toledo

2006

NNN '06

3rd Biennial Conference of the
NANDA, NIC & NOC Alliance

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



AENTDE