Universidad de Alcalá
COMISIÓN DE ESTUDIOS OFICIALES
DE POSGRADO Y DOCTORADO

ACTA DE EVALUACIÓN DE LA TESIS DOCTORAL

Año académico 2016/17

DOCTORANDO: **MARTÍNEZ VÉLEZ, FÉLIX**

PROGRAMA DE DOCTORADO: **D324-DOCTORADO EN ATENCIÓN SOCIOSANIT EN LOS CUIDADOS DE SALUD. FUNDAM E INTERVE**
DEPARTAMENTO DE: **ENFERMERÍA Y FISIOTERAPIA**
TITULACIÓN DE DOCTOR EN: **DOCTOR/A POR LA UNIVERSIDAD DE ALCALÁ**

En el día de hoy 24/05/17, reunido el tribunal de evaluación nombrado por la Comisión de Estudios Oficiales de Posgrado y Doctorado de la Universidad y constituido por los miembros que suscriben la presente Acta, el aspirante defendió su Tesis Doctoral, elaborada bajo la dirección de **CRISPÍN GIGANTE PÉREZ // JUANA CRISTINA FRANCISCO DEL REY.**

Sobre el siguiente tema: *APLICACIÓN DE LA METODOLOGÍA ENFERMERA EN LOS CUIDADOS A LAS PERSONAS INMOVILIZADAS EN ATENCIÓN DOMICILIARIA*

Finalizada la defensa y discusión de la tesis, el tribunal acordó otorgar la CALIFICACIÓN GLOBAL[3] de (**no apto, aprobado, notable** y **sobresaliente**): SOBRESALIENTE

Alcalá de Henares, 24 de MAYO de 2017

EL PRESIDENTE | EL SECRETARIO | EL VOCAL

Fdo.: ..... Fdo.: ..... Fdo.: .....

Con fecha 29 de junio de 2017 la Comisión Delegada de la Comisión de Estudios Oficiales de Posgrado, a la vista de los votos emitidos de manera anónima por el tribunal que ha juzgado la tesis, resuelve:

- ☐ Conceder la Mención de "Cum Laude"
- ☒ No conceder la Mención de "Cum Laude"

La Secretaria de la Comisión Delegada

FIRMA DEL ALUMNO,

Fdo.: .....

[3] La calificación podrá ser "no apto" "aprobado" "notable" y "sobresaliente". El tribunal podrá otorgar la mención de "cum laude" si la calificación global es de sobresaliente y se emite en tal sentido el voto secreto positivo por unanimidad.

UNIVERSIDAD DE ALCALÁ, PATRIMONIO DE LA HUMANIDAD

INCIDENCIAS / OBSERVACIONES:

Universidad
de Alcalá

COMISIÓN DE ESTUDIOS OFICIALES
DE POSGRADO Y DOCTORADO

En aplicación del art. 14.7 del RD. 99/2011 y el art. 14 del Reglamento de Elaboración, Autorización y Defensa de la Tesis Doctoral, la Comisión Delegada de la Comisión de Estudios Oficiales de Posgrado y Doctorado, en sesión pública de fecha 29 de junio, procedió al escrutinio de los votos emitidos por los miembros del tribunal de la tesis defendida por *MARTÍNEZ VÉLEZ, FÉLIX*, el día 24 de mayo de 2017, titulada *APLICACIÓN DE LA METODOLOGÍA ENFERMERA EN LOS CUIDADOS A LAS PERSONAS INMOVILIZADAS EN ATENCIÓN DOMICILIARIA*, para determinar si a la misma se le concede la mención "cum laude", arrojando como resultado, 2 votos a favor y 1 en contra.

Por lo tanto, la Comisión de Estudios Oficiales de Posgrado **resuelve no otorgar la Mención de "cum laude"** a dicha Tesis.

Alcalá de Henares, 11 de julio de 2017
EL PRESIDENTE DE LA COMISIÓN DE ESTUDIOS
OFICIALES DE POSGRADO Y DOCTORADO

Firmado digitalmente por VELASCO PEREZ JUAN RAMON - DNI 03087239H
Fecha: 2017.07.12 22:31:12 +02'00'

Juan Ramón Velasco Pérez

UNIVERSIDAD DE ALCALÁ, PATRIMONIO DE LA HUMANIDAD

Copia por e-mail a:
Doctorando: MARTÍNEZ VÉLEZ, FÉLIX
Secretario del Tribunal: ROSA PULIDO MENDOZA.
Directores de Tesis: CRISPÍN GIGANTE PÉREZ//JUANA CRISTINA FRANCISCO DEL REY

Universidad de Alcalá

Programa de Doctorado en Atención socio sanitaria en los cuidados de la salud. Fundamentos e intervenciones.

APLICACION DE LA METODOLOGÍA ENFERMERA EN LOS CUIDADOS A PERSONAS INMOVILIZADAS EN ATENCIÓN DOMICILIARIA

Tesis doctoral presentada por

D. Félix Martínez Vélez

Directores:

Dr. D. Crispín Gigante Pérez

Dra. D.ª Juana Cristina Francisco del Rey

Alcalá de Henares, enero 2017

Universidad de Alcalá

DEPARTAMENTO DE ENFERMERÍA Y FISIOTERAPIA

Campus Externo
28871 Alcalá de Henares (Madrid)
Teléfonos: 91 885 48 56

Los doctores D. Crispín Gigante Pérez y D.ª Juana Cristina Francisco del Rey, profesores de la UAH

INFORMAN,

Que el trabajo de investigación realizado por **D. Félix Martínez Vélez**, que lleva por título: **Aplicación de la Metodología Enfermera en los cuidados a personas inmovilizadas en Atención Domiciliaria,** ha sido realizado bajo nuestra dirección y reúne todos los requisitos metodológicos y de innovación científica necesarios para ser defendido públicamente como Tesis Doctoral y optar al Grado de Doctor.

Alcalá de Henares a 13 de febrero de 2017

D. Crispín Gigante Pérez D.ª Juana Cristina Francisco del Rey

Universidad de Alcalá

DEPARTAMENTO DE ENFERMERÍA Y FISIOTERAPIA

Campus Externo
28871 Alcalá de Henares (Madrid)
Teléfonos: 91 885 48 56

Acuerdo del Consejo de Departamento de Enfermería y Fisioterapia sobre la tesis doctoral presentada por **D. Félix Martínez Vélez**

Título: **Aplicación de la Metodología Enfermera en los cuidados a personas inmovilizadas en Atención Domiciliaria**

Programa de Doctorado: 1393/2007

Directores: **Dr. D. Crispín Gigante Pérez y Dra. D.ª Juana Cristina Francisco del Rey**

Como directora del Departamento de Enfermería y Fisioterapia hago constar que en el Consejo de Departamento celebrado el día 15 de febrero de 2017, se acordó informar favorablemente la Tesis Doctoral presentada por D. Félix Martínez Vélez, dado que reúne los requisitos académicos y administrativos que la norma establece.

Para que así conste firmo el presente informe a 15 de febrero de 2017

La Directora de Departamento,

D.ª Juana Cristina Francisco del Rey

Título de la tesis

Aplicación de la Metodología Enfermera en los cuidados a personas inmovilizadas en Atención Domiciliaria. Estudio observacional descriptivo transversal.

Doctorando

D. Félix Martínez Vélez

Lugar de presentación

Facultad de Medicina y Ciencias de la Salud. Departamento de Enfermería y Fisioterapia. Universidad de Alcalá. Alcalá de Henares. Madrid

Lugar de Investigación

Dirección Asistencial Sureste de Atención Primaria de Madrid

Directores

Dr. D. Crispín Gigante Pérez
Dra. Dª. Juana Cristina Francisco del Rey

Programa de doctorado (RD 1393/2007)

D 324 - Atención socio sanitaria en los cuidados de la salud. Fundamentos e Intervenciones.

DEDICATORIA

A mi amada esposa Mayte, que en paz descanse y a quien siempre echaré de menos.

A mis hijas Alicia y Laura por quienes me levanto cada día.

A mis Padres Félix y Paquita que me han apoyado en todo momento.

A Belem que me ayuda cada día a seguir aquí.

Gracias por haberme dedicado tiempo de vuestras vidas.

AGRADECIMIENTOS

Quisiera expresar mi sincero agradecimiento a aquellas personas que me han ayudado a llevar este proyecto adelante.

A D. Crispín Gigante Pérez y D.ª Juana Cristina Francisco del Rey, directores de mi tesis, que me ha señalado el sendero cuando las indicaciones eran confusas.

A D.ª Sofía Garrido Elustondo, de la Unidad Docente Multiprofesional de Atención Familiar y Comunitaria Sureste del Servicio Madrileño de Salud, por su apoyo para la realización de este trabajo de investigación.

A D.ª Mercedes Martínez Piedrola, de la Unidad de Apoyo Técnico de la Gerencia Asistencial de Atención Primaria del Servicio Madrileño de Salud, por su asesoría y ayuda para la obtención anonimizada de AP-Madrid de los datos necesarios para este estudio.

A D.ª Milagros Rico Blázquez de la Unidad de Apoyo a la Investigación de la Gerencia Asistencial de Atención Primaria del Servicio Madrileño de Salud por su asesoría y ayuda en la elaboración final de este estudio.

RESUMEN

INTRODUCCIÓN

El Proceso de Atención Enfermero (PAE) es el instrumento para la aplicación metodológica, científica y medible del cuidado que permite conocer la respuesta de la persona a las intervenciones enfermeras en las diferentes situaciones de salud.

El sistema diseñado por Marjory Gordon en 1982 constituye un método útil en Atención Primaria, para recoger de forma ordenada y eficaz los datos necesarios para una valoración enfermera. Su interrelación con las clasificaciones reconocidas a nivel internacional de las etiquetas diagnósticas NANDA, los criterios de Resultados NOC y las Intervenciones NIC facilita el desarrollo del PAE, estableciendo diagnósticos enfermeros adecuados y la provisión de cuidados eficaces que contribuyan a la prevención, mantenimiento, restablecimiento y promoción de la salud en las personas, la familia y/o comunidad.

La utilización de esta herramienta facilita la individualización los cuidados, mejora la objetividad en la intervención, permite conocer los resultados y facilita la investigación clínica enfermera además de la comunicación entre profesionales.

OBJETIVO

Analizar la utilización de la Metodología Enfermera en los cuidados de las personas inmovilizadas, incluidas en el programa de Atención Domiciliaria, de la Dirección Asistencial Sureste de Atención Primaria de Madrid.

MATERIAL Y MÉTODO

Estudio observacional descriptivo transversal.

Se ha realizado el estudio sobre la utilización de la Metodología Enfermera en los registros realizados en las historias clínicas informatizadas de los pacientes inmovilizados durante el año 2014 en los Centros de Salud de la Dirección Asistencial Sureste de Madrid (DASEM).

Se ha realizado un análisis descriptivo de las variables.

Se ha efectuado el análisis de toda la población de estudio.

Las variables cuantitativas se han definido con medidas de tendencia central (media o mediana) y de dispersión (desviación estándar o rango intercuartílico). Las variables cualitativas mediante su distribución de frecuencia absoluta y porcentaje.

La recogida, y almacenamiento de datos se ha realizado en una hoja de Cálculo de Microsoft Excel diseñada al efecto, que posteriormente se exportó para el análisis de los resultados al programa estadístico SPSS versión 21.0 para Windows.

RESULTADOS

El 0,69% de la población estudiada está inmovilizada, precisando cuidados en el domicilio.

El 99,48% de las personas inmovilizadas valoradas tiene realizado un PAE.

En el 98% de esos Planes se han definido resultados y en el 96,53% intervenciones enfermeras.

Los Diagnósticos Enfermeros más utilizados están relacionados con la movilidad y las alteraciones cutáneas, junto con otros relacionados con la parte físico-biológica de la persona, con una menor identificación de problemas psicosociales.

Los Resultados de cuidados más frecuentes, medidos en respuesta a intervenciones enfermeras pertenecen a los dominios: Conocimiento y conducta de la salud, Salud Fisiológica y Salud Funcional.

Las intervenciones enfermeras destacadas pertenecen a los campos: Fisiológico complejo, Fisiológicos básico, Seguridad y Conductual.

La calidad global de los planes de cuidados es de un 91,4%, considerándose óptima.

DISCUSIÓN

Como en estudios previos, se observa que la mayoría de las personas inmovilizadas son mujeres, el 68,7%, aunque con una mayor media en la edad.

Se advierte un aumento porcentual en la utilización de cada una de las fases del PAE en comparación con otros estudios.

Los resultados globales obtenidos en cada fase del PAE son concordantes con estudios previos, habiéndose trabajado en mayor medida las necesidades de cuidados de la esfera biológica y menos aquellas relacionadas con las esferas psicológica y social.

CONCLUSIONES

Tras los resultados obtenidos en este estudio se observa el aumento en la utilización de la Metodología Enfermera, con la realización de mayor número de Planes de Cuidados y de una calidad mayor.

Se puede afirmar sin duda que la utilización de la Metodología Enfermera contribuye a mejorar la salud de la población (El 79,25 % de los Planes de Cuidados son resueltos o se tienen en seguimiento controlado).

ABSTRACT

The process of nursing care allows knowing the patient's response to health problems.

The system designed by Marjory Gordon in 1982 is a useful method in primary care, to collect in an orderly and efficient data necessary for a nursing assessment.

Its relationship with the internationally recognized classifications of NANDA diagnostic labels, the performance criteria NOC and NIC Interventions facilitates the development of PAE, establishing appropriate nursing diagnoses and the provision of effective care with prevent, maintain and / or restore a suitable state of health in people, their family and / or community.

Use of this tool facilitates the individualization of care, it provides objectivity in the intervention, it allows knowing the results and facilitates clinical nursing research in addition to communication between professionals.

TARJET

To analyze the use of the methodology nurse in the care of the immobilized persons, including in the home care program, from the health care address South East Primary Care Madrid (DASEM).

MATERIAL AND METHOD

Observational descriptive transversal study.

There will be the study of the evaluation and use of methodology nurse in the recordings made in the computerized medical records of patients immobilized during the period of time that is set in the centers of health of the Southeast health care address in Madrid.

There will realize a descriptive analysis of the variables. It has performed the analysis of the entire study population.

Qualitative variables were defined by measures of central tendency (mean or median) and scatter (standard deviation or inter quartile range). Qualitatives variables through its absolute frequency and percentage.

The collection and storage of information were realized in a spreadsheet of Microsoft Excel designed to the effect, which later will export for the analysis of the results to the statistical program SPSS version 21.0 for Windows.

RESULTS

The 0.69% of the population studied is immobilized, requiring care at home.

The 99.48 % of the immobilized valued people have done Nurse Care Plan.

In 98% of these plans are defined outcomes and 96.53% in the nursing interventions.

The most used nursing diagnoses are related to mobility and skin disorders along with other related physical and biological part of the person with a lower identification of psychosocial problems.

The results care of more frequent, measured in response to nursing interventions belong to domains: Knowledge and health behavior, Physiological health and Functional health.

The outstanding nursing interventions belong to the fields: Complex physiological, Basic physiological, safety and behavioral

The global quality of the care plans is considered optimal, 91.4%

DISCUSSION

As in previous studies, that most people are immobilized women, 68,7%, although a greater mean observed in age.

A percentage increase is seen in the use of each of the phases of PAE compared to other studies.

The overall results obtained at each stage of PAE are consistent with previous studies, having worked further care needs of the biological sphere and less those related to psychological and social spheres.

CONCLUSIONS

After the results obtained in this study, it notes the increase in the utilization of the Nurse Methodology, with the accomplishment of major number of care plans and higher quality.

We can say without doubt that the use of the methodology nurse helps improve the health of the population (79.25% of care plans are solved or are in controlled monitoring).

PALABRAS CLAVE

Proceso de Atención de Enfermería, Metodología Enfermera, Valoración, Diagnóstico enfermero, Resultado, Intervención, Evaluación, Cuidados enfermeros, Atención domiciliaria, Geriatría, Inmovilizado, Atención Primaria.

KEY WORDS

Nursing Process, Nursing Methodology, Nursing assessment, Nursing diagnosis, Nursing Outcomes, Nursing Interventions, Home care services, Nursing care, needs assessment, Geriatric assessment, Home Health Nursing, Geriatric nursing, Primary Health care.

ÍNDICE

RESUMEN ..... **xiii**
ABSTRACT ..... **xvii**
PALABRAS CLAVE ..... **xix**
KEY WORDS ..... **xix**
ÍNDICE ..... **xxi**
ACRÓNIMOS ..... **xxv**
LISTADO DE TABLAS ..... **xxvii**
LISTADO DE FIGURAS ..... **xxix**
1. INTRODUCCIÓN **1**
2. HIPOTESIS Y OBJETIVOS DEL ESTUDIO **5**
2.1. HIPÓTESIS 7
2.2. OBJETIVOS 7
3. MARCO TEORICO DEL PROCESO ENFERMERO **9**
3.1. FUNDAMENTOS TEÓRICOS DEL PENSAMIENTO ENFERMERO 11
3.2. PROCESO DE ATENCIÓN ENFERMERO 17
3.2.1. Evolución del Proceso Enfermero. 18
3.2.2. Características del Proceso de Atención Enfermero. 20
3.2.3. La Metodología Enfermera. 20
3.2.4. Proceso de cuidados y pensamiento crítico 23
3.2.5. Utilización del Proceso de Atención Enfermero 24
3.3. VALORACIÓN ENFERMERA. 25
3.3.1. El pensamiento enfermero en la valoración de cuidados 25
3.3.2. Tipos de valoración enfermera. 27
3.3.3. Estructura del proceso de valoración enfermera 28
3.3.4. Valoración según el modelo de Patrones Funcionales de Salud de Gordon. 32
3.3.5. Valoración según el modelo de necesidades humanas. 33
3.3.6. Clasificación y Normalización de las variables o criterios de valoración del cuidado 34
3.3.7. Características metodológicas de las variables o criterios de cuidados. 38
3.4. DIAGNÓSTICO ENFERMERO 41

3.4.1. Concepto de Diagnóstico Enfermero. 41

3.4.2. Características propias del Diagnóstico Enfermero. 43

3.4.3. Formulación de un Diagnóstico Enfermero..... 44

3.4.4. Pautas a la hora de enunciar un Diagnóstico Enfermero. 46

3.4.5. Tipos de Diagnósticos Enfermeros. 47

3.4.6. Lenguaje normalizado. Taxonomía NANDA. 52

3.5. PLANIFICACIÓN DE CUIDADOS. 61

3.5.1. Planificación: Objetivos – Resultados de Cuidados 61

3.5.2. Clasificación de Resultados NOC 62

3.5.3. Determinación de los Resultados de Cuidados. 65

3.5.4. Utilidad de la fase de Planificación 66

3.6. EJECUCIÓN DE LOS CUIDADOS. 69

3.6.1. Concepto de Ejecución 69

3.6.2. Clasificación de Intervenciones NIC 69

3.6.3. Intervención enfermera en la fase de Ejecución..... 74

3.6.4. Utilidad de la fase de Ejecución 77

3.7. EVALUACIÓN.....79

3.7.1 Concepto Evaluación..... 79

3.7.2. Indicadores de los Resultados de cuidados. 79

3.7.3. Actuación enfermera en la fase de Evaluación 80

3.8. ATENCION DOMICILIARIA 83

3.8.1. Interés de la Atención Domiciliaria..... 84

3.8.2. Programación de la Atención Domiciliaria. 85

3.8.3. Población a quien se dirige la Atención Domiciliaria. 85

3.8.4. Intervención en Atención Domiciliaria. 86

3.8.5. Objetivos de la Atención Domiciliaria. 87

3.8.6. Modelos de organización de la Atención Domiciliaria 88

3.9. LA PERSONA INMOVILIZADA 91

3.10. REGISTROS ELECTRÓNICOS. HISTORIA CLINICA INFORMATIZADA (HCI) 93
3.11. SITUACIÓN ACTUAL DE LAS PERSONAS INMOVILIZADAS 95
4. MATERIAL Y MÉTODO 97
4.1. DISEÑO DEL ESTUDIO 99
4.2. SUJETOS 99
4.3. VARIABLES DEL ESTUDIO 100
4.3.1. Obtención de variables 102
4.3.2. Definición de variables 104
4.4. ESTRATEGIA DE ANÁLISIS DE DATOS 113
4.5. VENTAJAS 113
4.6 LIMITACIONES 113
4.7. PLAN DE TRABAJO 114
4.8. ASPECTOS ÉTICOS 116
5. RESULTADOS 117
5.1. DESCRIPCIÓN DE LA POBLACIÓN DE ESTUDIO 119
5.2. DATOS SOCIODEMOGRÁFICOS 121
5.3. ANÁLISIS DE RESULTADOS DE LA FASE DE VALORACIÓN 122
5.3.1. Porcentaje de valoración de los Patrones Funcionales de Gordon en las personas inmovilizadas en Atención Domiciliaria. 122
5.3.2. Patrones Funcionales de Gordon con criterio de resultado 123
5.3.3. Resultados de valoración de las distintas variables contempladas en los diferentes Patrones Funcionales de Gordon: 125
5.4. ANÁLISIS DE RESULTADOS DE LA FASE DE DIAGNÓSTICO 139
5.4.1. Tipo de Diagnósticos Enfermeros. 139
5.4.2. Dominios NANDA en que se agrupan los Diagnósticos Enfermeros. ... 140
5.4.3. Diagnósticos Enfermeros más frecuentes 141
5.4.4. Frecuencia de Diagnósticos Enfermeros por dominios NANDA 141
5.4.5. Características definitorias. 147
5.4.6. Factores relacionados. 148
5.5. ANÁLISIS DE RESULTADOS DE LA FASE DE PLANIFICACIÓN 149
5.5.1 Resultados (NOC) más frecuentes. 149
5.5.2. Frecuencia de resultados por Dominios en la población de estudio. 150

5.5.3. Resultados enfermeros por clases..... 151

5.6. ANÁLISIS DE RESULTADOS DE LA FASE DE EJECUCIÓN 153

5.6.1. Intervenciones NIC. 153

5.6.2. Intervenciones enfermeras más frecuentes..... 153

5.6.4. Intervenciones enfermeras por clases 155

5.6.5. Actividades Enfermeras 156

5.7. ANÁLISIS DE RESULTADOS DE LA FASE DE EVALUACIÓN.....157

5.7.1. Indicadores de proceso: 157

5.7.1.1. Seguimiento Plan de Cuidados..... 157

5.7.1.2. Evaluación de la Calidad de los Planes de Cuidados. 157

5.7.2. Indicadores de Resultado..... 158

5.7.2.1. Efectividad. Evolución del Plan de Cuidados. Motivo cierre del plan. 158

5.7.2.2. Tiempo de resolución. Duración Plan de Cuidados. 158

6. DISCUSIÓN 161

7. CONCLUSIONES 171

BIBLIOGRAFIA 175

ANEXOS 195

ANEXO 1: INFORME FAVORABLE PARA LA REALIZACIÓN DEL ESTUDIO DE LA COMISIÓN LOCAL DE INVESTIGACIÓN SURESTE DEL SERVICIO MADRILEñO DE SALUD. 197

ANEXO 2: PATRONES FUCIONALES DE GORDON 199

ANEXO 3: VALORACIÓN SEGÚN MODELO DE NECESIDADES HUMANAS DE VIRGINIA HENDERSON 217

ANEXO 4: TAXONOMIA II DE LA NANDA-I EDICIÓN 2015-2017.....227

ANEXO 5: FUENTES Y RECURSOS DE COMUNICACIÓN CIENTIFICA..239

ÍNDICE ANTROPONÍMICO 243

ACRÓNIMOS

- **AD**: Atención Domiciliaria.
- **CENES**: Conocimiento Enfermero Estandarizado
- **DASEM**: Dirección Asistencial Sureste de Madrid
- **DdE:** Diagnostico Enfermero.
- **DGPs:** Datos Generales del Paciente.
- **EVA:** Escala Visual Analógica.
- **FUDEN:** Fundación para el Desarrollo de la Enfermería.
- **HCI**: Historia Clínica Informatizada.
- **IEC:** Índice de Esfuerzo del Cuidador.
- **ISI:** Incide de Gravedad del Insomnio
- **ME:** Metodología Enfermera.
- **MEC:** Mini Examen Cognoscitivo.
- **NANDA:** *"North American Nursing Diagnosis Association".* Asociación Americana de Diagnósticos de Enfermería.
- **NIC:** *"Nursing Interventions Classification".* Clasificación de Intervenciones de Enfermería.
- **NLM:** *"National Library of Medicine".*
- **MNA:** *"Mini Nutricional Assessment".*
- **NOC:** *"Nursing Outcomes Classification"*. Clasificación de Resultados de Enfermería.
- **OME:** Observatorio de Metodología Enfermera.
- **OMS:** Organización Mundial de la Salud.
- **PAE:** Proceso de Atención Enfermero.
- **PES:** Formato del enunciado del diagnóstico enfermero (Problema-Etiología-Sintomatología).
- **PSQI:** Índice de Calidad del Sueño de Pittsburgh.
- **SERMAS:** Servicio Madrileño de Salud

LISTADO DE TABLAS

Tabla 1. Modelos de Enfermería. Conjunto de conceptos que permiten describir y explicar los cuidados enfermeros desde diferentes perspectivas. 12

Tabla 2.Modelos de cuidados en Escuelas de pensamiento Kérouac *et al.*..... 13

Tabla 3. Cronología histórica de los Modelos / Teorías de Enfermería 14

Tabla 4. Estructura completa de la Metodología Enfermera. Fuente: Departamento de Metodología del Cuidado. FUDEN. 23

Tabla 5. Características metodológicas que están presentes en los criterios de valoración enfermeros. 39

Tabla 6. Composición del enunciado de los distintos tipos de Diagnósticos Enfermeros. Elaboración propia. 51

Tabla 7. Niveles de abstracción de la taxonomía II de la NANDA-I. Elaboración propia. 56

Tabla 8: Dominios y clases de la propuesta de taxonomía III. 59

Tabla 9. Niveles de abstracción de la taxonomía NOC. Elaboración propia. 64

Tabla 10. Niveles de abstracción de la taxonomía NIC. Elaboración propia 72

Tabla 11. Tablas utilizadas en el estudio 100

Tabla 12: Descripción de la población por sexo. 119

Tabla 13: Distribución de personas inmovilizadas por edad. Media (DE); Mediana (RIC). 121

Tabla 14: Distribución de personas inmovilizadas por sexo 121

Tabla 15: Edad por Sexo. Media (DE); Mediana (RIC). 121

Tabla 16. Valoración Patrones Funcionales de Gordon con criterios de resultado de la DASEM. 123

Tabla 17. Resultados de la valoración de las variables dicotómicas analizadas del Patrón 1: Percepción/ Manejo de la salud. 125

Tabla 18. Resultados de la valoración de las variables dicotómicas analizadas del Patrón 2: Nutricional / Metabólico. 128

Tabla 19. Resultados de la valoración de las variables dicotómicas del Patrón 3: Eliminación. 130

Tabla 20: Resultados de la valoración de las variables dicotómicas analizadas del Patrón 4 Actividad / Ejercicio. 131

Tabla 21. Resultados de la valoración de las variables dicotómicas analizadas en el Patrón 5: Sueño / Descanso. 132

Tabla 22. Resultados de la valoración de las variables dicotómicas analizadas en el Patrón 6: Cognitivo / Perceptual 133

Tabla 23. Resultados de la valoración de las variables dicotómicas analizadas en el Patrón 7: Auto percepción / Auto concepto. 134

Tabla 24. Resultados de la valoración de las variables dicotómicas analizadas en el Patrón 8: Rol / Relaciones..... 135

Tabla 25: resultados de la valoración de la variable analizada del Patrón 9: Sexualidad / Reproducción..... 136

Tabla 26: Resultados de la valoración de las variables dicotómicas analizadas del Patrón 10: Adaptación / Tolerancia al estrés..... 136

Tabla 27. Resultados de la valoración de la variable analizada del Patrón 11: Valores / Creencias..... 137

Tabla 28. Dominios NANDA en que se agrupan los Diagnósticos Enfermeros. 140

Tabla 29. DdE más frecuentes en las personas inmovilizadas..... 141

Tabla 30. DdE más frecuentes en cada uno de los dominios NANDA. 141

Tabla 31. DdE con características definitorias. 147

Tabla 32. DdE con factores relacionados. 148

Tabla 33. Resultados NOC más frecuentes. 149

Tabla 34. Porcentaje de Resultados enfermeros por clases..... 151

Tabla 35. Intervenciones enfermeras (NIC) más frecuentes..... 153

Tabla 36. Porcentaje de Intervenciones Enfermeras por clases..... 155

Tabla 37. Actividades Enfermeras. 156

LISTADO DE FIGURAS

Figura 1: Esquema del Proceso de Atención Enfermero. Adaptación propia. 19

Figura 2:Metodología Enfermera: Definición de las fases del Proceso de Atención Enfermero y su relación con las clasificaciones de diagnósticos, resultados e intervenciones..... 21

Figura 3: Formulación del Diagnóstico de cuidados. 46

Figura 4: Algoritmo Diagnóstico Enfermero. Adaptación OME. 50

Figura 5: AP- Madrid. Tapiz de cuidados..... 102

Figura 6: AP - Madrid. Evolución Plan de cuidados. 103

Figura 7: Diagrama de flujo del estudio.. 120

Figura 8: Porcentaje de Valoración de los PFG en las personas inmovilizadas en la DASEM. 122

Figura 9. Higiene personal de las personas inmovilizadas 125

Figura 10. Test de Barber. Fragilidad en Salud (puntuación ≥1 sugiere riesgo de dependencia). 126

Figura 11. Test levántese y ande. 126

Figura 12. Índice de Masa Corporal.. 128

Figura 13. Ingesta diaria de líquidos. 128

Figura 14. Test de Norton. Riesgo de las personas inmovilizadas de padecer úlceras por presión. 129

Figura 15. Autonomía de la personas inmovilizadas para las actividades básicas de la vida diaria. Test de Barthel..... 131

Figura 16. Nivel de consciencia de las personas inmovilizadas. 132

Figura 17. Valoración del deterioro cognitivo de las personas inmovilizadas. Mini mental. 133

Figura 18. Situación de convivencia de las personas inmovilizadas. 135

Figura 19. Tipos de Diagnósticos Enfermeros..... 139

Figura 20. Frecuencia por Dominios de resultados NOC. 150

Figura 21. Prevalencia Intervenciones Enfermeras (NIC) por campos. 154

Figura 22. Número de seguimientos Plan de Cuidados (%). 157

Figura 23. Evolución Plan de cuidados (%). 158

Figura 24. Duración Plan de cuidados. 159

1. INTRODUCCIÓN

El aumento de la esperanza de vida, lleva asociado el aumento de los factores de riesgo para muchas enfermedades, un aumento de las necesidades de cuidado y que según avanza la edad pueden ocasionar la inmovilización de las personas[1, 2,3].

Según el criterio de la cartera de servicios de Atención Primaria de la Comunidad Autónoma de Madrid[4] la Atención Domiciliaria a pacientes inmovilizados incluye a aquellas personas que pasan la mayor parte de su tiempo en cama y aquellas que tienen dificultad importante para desplazarse.

La Atención Domiciliaria se define como: *"la asistencia sanitaria o cuidados que se prestan en el domicilio a las personas y su familia, que debido a su estado de salud no pueden desplazarse"*[5].

Esta atención debe satisfacer las necesidades y expectativas de cuidado de las personas inmovilizadas, de su familia y comunidad. Además debe ser multidisciplinar y recoger una visión bio-psico-social[2,6].

El PAE detalla como las enfermeras organizan el cuidado de las personas, familias y comunidades. Tiene importancia para conocer la respuesta a procesos vitales o problemas de salud, reales o potenciales, muchos de los cuales la enfermera puede dar solución[7, 8]. Es un proceso planificado, sistemático y continuado en el tiempo de recogida, clasificación e interpretación de datos[7, 9].

Para iniciar el PAE, se realiza la valoración de la persona. Existen diversos sistemas para la organización de los datos. Para este estudio se ha elegido una de las herramientas más utilizadas que es la valoración por Patrones Funcionales de Salud o Patrones Funcionales de Gordon (PFG), propuesta por Marjory Gordon en 1982[7,9] y vigente en el trabajo diario enfermero con AP-Madrid (Sistema informático de gestión de historias clínicas en Atención Primaria de la Comunidad de Madrid).

"Los Patrones Funcionales son una configuración de comportamientos, más o menos comunes a todas las personas, que contribuyen a su salud, calidad de vida y al logro de su potencial humano, que se dan a lo largo del tiempo"[7,9].

El uso de esta herramienta permite realizar la valoración de las necesidades de cuidados de forma adecuada, incrementa la objetividad y facilita la comunicación entre los profesionales [6,7].

Recogidos los datos y transformados en información, se avanza respondiendo a la pregunta de cuáles son las respuestas humanas de la persona, familia o comunidad ante esas necesidades de cuidados, identificándolas mediante un juicio clínico, el diagnóstico enfermero.

Priorizados los diagnósticos en función de las repercusiones en la salud de la persona, se determinan los resultados de cuidados apropiados y se planifican las intervenciones enfermeras específicas para la consecución de los mismos. Por último la evaluación debe realizarse a lo largo de todo el proceso, así como una vez se ha ejecutado el Plan de Cuidados[a].

Para llevar a cabo lo anteriormente referido se suele utilizar clasificaciones internacionalmente reconocidas como son la NANDA-I, la NOC y la NIC.

Este estudio analiza la situación actual de los Planes de Cuidados enfermeros a las personas inmovilizadas en el domicilio, pudiendo colaborar en la mejora de la valoración individualizada, el establecimiento de diagnósticos adecuados y la instauración de cuidados eficaces que ayuden a restablecer o mantener una salud adecuada de las personas, su familia y/o comunidad [10-12].

Para la realización este estudio, se ha obtenido el informe favorable de la Comisión Local de Investigación Sureste del Servicio Madrileño de Salud (Anexo 1).

[a] Se utiliza el término PAE para referirse al proceso desde una perspectiva teórica y metodológica enfermera. Plan de Cuidados, cuando se hace referencia a la aplicación concreta.

2. HIPOTESIS Y OBJETIVOS DEL ESTUDIO

2.1. HIPÓTESIS

La aplicación del PAE en el cuidado a las personas inmovilizadas permite conocer los diagnósticos, resultados e intervenciones enfermeras en el ámbito de la Atención Domiciliaria y permitiría elaborar planes de mejora en el proceso de cuidados.

2.2. OBJETIVOS

Objetivo general

Describir la utilización de la Metodología Enfermera en los cuidados de las personas inmovilizadas incluidas en el programa de Atención Domiciliaria de la DASEM.

Objetivos específicos

- Cuantificar el porcentaje de personas inmovilizadas que tienen registrado en la Historia Clínica Informatizada (HCI) el resultado de una valoración enfermera.
- Conocer el grado de utilización de los PFG.
- Identificar la proporción de PFG con resultado de la valoración (eficaz, riesgo o alterado).
- Detallar las variables valoradas en cada Patrón Funcional.
- Conocer los tipos de DdE más frecuentes en las personas inmovilizadas en Atención Domiciliaria.
- Mostrar cómo se agrupan los DdE por dominios NANDA en las personas inmovilizadas en Atención Domiciliaria.
- Valorar si los DdE enunciados se asocian a características definitorias y factores relacionados.
- Indicar los criterios de resultados más frecuentes en la atención a las personas inmovilizadas en el domicilio.
- Especificar cómo se agrupan los resultados enfermeros por dominios y clases.
- Identificar las intervenciones enfermeras más frecuentes en las personas inmovilizadas.
- Especificar la agrupación de las intervenciones por campos y clases.
- Evaluar indicadores del proceso como el seguimiento y la calidad global de uso de la Metodología Enfermera (ME).

- Valorar indicadores de resultado como el motivo del cierre y el tiempo de resolución de los Planes de Cuidados.

3. MARCO TEORICO DEL PROCESO ENFERMERO

3.1. FUNDAMENTOS TEÓRICOS DEL PENSAMIENTO ENFERMERO

El inicio de la Enfermería como profesión está en la evolución y mejora del cuidado en la sociedad.

El cuidado, según la Real Academia de la Lengua Española (RAE), en su segunda acepción, se define como la *"acción de cuidar",* razón de ser de la profesión enfermera, entendiendo como cuidar *"asistir, guardar o conservar"*[13].

El desarrollo de una metodología profesional propia y el impulso de la investigación enfermera han hecho que la Enfermería tenga una identidad y unos conocimientos propios y específicos como disciplina.

La epistemología o ciencia de los fundamentos y métodos de conocimiento científico propios de la Enfermería, históricamente ha estado delimitada por los cuidados. La identidad científica y profesional enfermera está en la clarificación propia y en el potencial de proyección social de la actividad de cuidar[14].

En comparación con otras ciencias, el interés científico de la Enfermería es reciente y está centrado en la elaboración de un cuerpo de conocimientos con entidad propia cuyo objetivo principal se centra en el estudio del cuidado y en conocer su influencia en el proceso de salud/enfermedad.

El conjunto de estos conocimientos propios, basados en el cuidado, están representados con los Modelos y Teorías Enfermeras.

Se considera que la profesión enfermera surge como tal, con la primera enfermera teórica, Florence Nightingale (1821-1910)[15]. El primer modelo de cuidados fue descrito por Hildegarde Peplau en 1952[16] y desde entonces se han descrito más de 40 estructuras teóricas sobre modelos de cuidados según Francisco del Rey[17]. No hay una teoría que goce de aceptación generalizada.

Los modelos son las distintas maneras de llevar a cabo el proceso de cuidar. Muestran qué es la Enfermería y como se puede desarrollar y/o modificar su contenido disciplinar. Vienen a decir cómo deberían ser los cuidados enfermeros desde diferentes perspectivas.

Marriner y Raile[19] diferencian además los cuidados profesionales de los que no lo son (genéricos), afirmando que el cuidado enfermero es importante en la recuperación en salud, basándose en los conocimientos profesionales, en la comprensión y en las emociones que se generan con la persona a cuidar.

Existe un consenso, a partir de los trabajos de Kérouac *et al.*[20], sobre que toda propuesta teórica tiene que desarrollar lo que se consideran los cuatro conceptos clave: Persona, Entorno, Salud y Enfermería. Estos conceptos y las relaciones entre ellos constituyen el marco conceptual o meta paradigma enfermero[18]. Otra aportación destacable de las autoras es la clasificación de los modelos de cuidados en seis escuelas de pensamiento.

En las tablas 1, 2 y 3 se describen los principales Modelos y Teorías de Enfermería.

Tabla 1. Modelos de Enfermería. Conjunto de conceptos que permiten describir y explicar los cuidados enfermeros desde diferentes perspectivas.

MODELO	OBJETIVO	AÑO	AUTORES	MODELO/TEORIA
MODELO DE INTERACCIÓN	Obtener logros mediante la interacción recíproca entre la persona y el profesional.	1950	Idea Jean Orlando	Proceso de Enfermería Deliberativa.
		1971	Imagone King	Teoría del Logro de Metas
		1980	J.Riehl	Interaccionismo simbólico.
MODELO EVOLUCIONISTA	Persiguen potenciar el crecimiento personal de la persona. Especial relevancia al crecimiento, desarrollo y maduración personal.	1952	Hildegard Peplau	Modelo de Relaciones Interpersonales
MODELO DE NECESIDADES HUMANAS	La acción enfermera parte de la teoría de las necesidades humanas para la vida y la salud. Satisfacer las necesidades para el auto cuidado.	1955	Virginia Henderson	Definición de Enfermería
		1970	Martha Rogers	Modelo de Seres Humanos Unitarios
		1971	Dorothea Orem	Teoría General de la Enfermería
MODELO DE SISTEMAS	Se emplea como base la teoría general de sistemas	1969	Dorothy Johnson	Modelo de Sistemas Conductuales
		1976	Sor Callista Roy	Modelo de Adaptación
		1986	Margaret Newman	Teoría de Salud

Tabla 2.Modelos de cuidados en Escuelas de pensamiento Kérouac *et al.*

ESCUELA	CONCEPTO	AÑO	AUTORES	MODELO/TEORIA
ESCUELA DE LAS NECESIDADES	El cuidado se fundamenta en la independencia de la persona en la satisfacción de sus necesidades fundamentales.	1955	Virginia Henderson	Definición de Enfermería
		1960	Faye Abdellah	Teoría de la Tipología de los Problemas de Enfermería
		1971	Dorothea Orem	Teoría General de la Enfermería
		1976	JG Paterson y LT Zderad	Enfermería Humanística
ESCUELA DE LA INTERACCIÓN	El cuidado es una acción humanitaria, no mecánica. Cualidades necesarias: Conocimientos, evaluar necesidades formular diagnósticos y planificar intervenciones.	1952	Hildegard Peplau	Modelo de Relaciones Interpersonales
		1961	Ida Orlando	Teoría del Proceso Deliberativo
		1964	Ernestine Wiedenbach	Teoría del Arte de Cuidar de la Enfermería clínica
		1971	Joyce Taverbee	Modelo de Relaciones entre Seres Humanos
			Imagone King	Teoría del Logro de Metas
ESCUELA DE LOS EFECTOS DESEABLES	Intentan conceptualizar los resultados o efectos deseables de los cuidados enfermeros. Fin: Restablecer el equilibrio, la estabilidad y preservar la energía	1966	Myra Levine	Modelo de la Conservación
		1969	Dorothy Johnson	Modelo de Sistemas Conductuales
		1972	Betty Newman	Modelo de Sistemas Conductuales
		1976	Sor Callista Roy	Modelo de Adaptación
ESCUELA DE PROMOCIÓN DE LA SALUD	El cuidado se extiende al entorno familiar de la persona	1980	Moyra Allen	Modelo de McGill (Promoción de la salud en la familia)
ESCUELA DEL SER HUMANO UNITARIO	Apertura hacia el mundo. Concepción de persona y cuidados de procedencia filosófica, teorías física y teoría general de sistemas	1970	Martha Rogers	Modelo de Seres Humanos Unitarios
		1986	Margaret Newman	Teoría de Salud
ESCUELA DEL CARING	Si la enfermera se abre a la cultura o espiritualidad puede mejorar la calidad de cuidados de la persona.	1978	Madeleine Leininger	Teoría de la Diversidad y la Universalidad de los Cuidados Universales
		1979	Jean Watson	Teoría del Cuidado Humano

Tabla 3. Cronología histórica de los Modelos / Teorías de Enfermería

AÑO	AUTOR	MODELO/TEORÍA
1860	Florence Nightingale	Teoría del Entorno
1952	Hildegard Peplau	Modelo de Relaciones Interpersonales
1955	Virginia Henderson	Definición de Enfermería
1960	Faye Abdellah	Teoría de la Tipología de los Problemas de Enfermería
1961	Ida Orlando	Teoría del Proceso Deliberativo
1962	Lydia Hall	Modelo del Núcleo, el Cuidado y la Curación
1964	Ernestine Wiedenbach	Teoría del Arte de Cuidar de la Enfermería clínica
1965	ANA	El desarrollo de la teoría es un objetivo importante para la Enfermería
1966	Myra Levine	Modelo de la Conservación
1969	Dorothy Johnson	Modelo de Sistemas Conductuales
1970	National League for Nursing	Estableció requisito de acreditación por el que las escuelas de enfermería debían basar su curricula en un Marco Conceptual de Enfermería.
	Martha Rogers	Modelo de Seres Humanos Unitarios
1971	Dorothea Orem	Teoría General de la Enfermería
	Imagone King	Teoría del Logro de Metas
	Joyce Taverbee	Modelo de Relaciones entre Seres Humanos
1972	Betty Newman	Modelo de Sistemas Conductuales
1976	Sor Callista Roy	Modelo de Adaptación
	JG Paterson y LT Zderad	Enfermería Humanística
1978	Madeleine Leininger	Teoría de la Diversidad y la Universalidad de los Cuidados Universales
1979	Jean Watson	Teoría del Cuidado Humano
1980	Evelyn Adam	Modelo Conceptual de Enfermería
	Joan Rielh-Sisca	Modelo de Interaccionismo Simbólico
1981	Rosemary Rizzo Parse	Teoría del Desarrollo Humano
1982	Joyce Fitzpatrick	Modelo de la perspectiva de Vida
1983	Kathryn Barnad	Modelo de Interacción Padre-Hijo
	Hellen Ericson, Evelyn Tomlin y Mary Ann Swain	Teoría de la Modelación del Rol
1984	Patricia Benner	Modelo del Aprendiz al Experto
1985	Ramona Mercer	Teoría del Talento para el Papel Materno
1986	Margaret Newman	Teoría de Salud

Hasta ahora, se ha fundamentado la base teórica de la Enfermería en los modelos y teorías. Explicaciones teóricas que se aplican en la práctica a través del PAE, como marco metodológico[21].

Las primeras propuestas sobre el PAE tuvieron lugar a primeros del siglo XX a nivel académico en EEUU y Canadá, pasando en los años 70 a utilizarse en la práctica clínica, siendo reconocido como marco de actuación para la profesión enfermera.

El Código Deontológico de la Enfermería española, de obligado cumplimiento para los profesionales enfermeros, aprobado el 4 de julio de 1989, recoge las normas básicas y los deberes que han de inspirar la conducta profesional[22].

En esta misma línea, el Real decreto 1231/2001, de Ordenación de la Actividad Profesional Enfermera, en su artículo 53 dice que:

"Es responsabilidad del enfermero proporcionar cuidados propios de su competencia y que para ello tendrá los conocimientos y aptitudes suficientes acerca del ser humano, de sus órganos, sus funciones bio-psico-sociales en el estado de bienestar de enfermedad, del método científico aplicable, sus formas de medirlo, valorarlo y evaluar los hechos científicamente probados, así como el análisis de los resultados obtenidos, auxiliándose para ello de medios y recursos clínicos y tecnológicos adecuados, en orden a detectar las necesidades, desequilibrios y alteraciones del ser humano referido a la prevención de la enfermedad, recuperación de la salud y su rehabilitación, reinserción social y/o ayudar a una muerte digna"[23].

En el artículo 54.1 se justifica la aplicación del PAE asegurando criterios de calidad y excelencia profesional:

"Las funciones del enfermero/a derivan directamente de la misión de la enfermería en la sociedad, se llevan a cabo de conformidad con el código deontológico de la Enfermería Española, de acuerdo con los criterios de calidad y excelencia profesional y se mantienen constantes independientemente del lugar o el momento en que son prestados los cuidados de Enfermería, el estado de salud del individuo o del grupo que vaya a ser atendido o de los recursos disponibles"[23].

En el artículo 54.2 define cual debe ser la responsabilidad enfermera en la prestación integral del cuidado, individualizando el PAE en función de las necesidades de la persona:

"Incumbe a la profesión de Enfermería la responsabilidad de proporcionar de forma individualizada o en su caso, de forma coordinada dentro de un equipo de salud, los cuidados propios de su competencia, al individuo, la familia y a la comunidad, de modo

directo, continuo, integral e individualizado, mediante una formación y una práctica basada en principios de equidad, accesibilidad, cobertura y sostenibilidad de la atención"[23].

La ley 44/2003, de 21 de noviembre de Ordenación de las Profesiones Sanitarias establece en su artículo 7.1 que:

"Corresponde a la Enfermera la dirección, evaluación y prestación de los cuidados de Enfermería orientados a la promoción, mantenimiento y recuperación de la salud, así como a la prevención de enfermedades y discapacidades"[24].

3.2. PROCESO DE ATENCIÓN ENFERMERO

Una vez que se ha argumentado la consideración del PAE en la legislación, como método para la práctica enfermera, se pasa a analizar su significado y características.

El PAE como método permite conocer las necesidades de cuidados de la persona o grupo, determinar los resultados que se pretenden alcanzar, llevar a cabo los cuidados más eficientes y comprobar la efectividad de los mismos en un momento determinado o al finalizar el proceso. Además, representa un elemento fundamental de garantía en la aplicación de dichos cuidados[25].

A la hora de detectar problemas de cuidados en las personas es preciso tener una visión global de su estado de salud, necesidades, capacidades, recursos, etc., organizar la información, realizar el pertinente juicio clínico para intervenir con garantías.

Todas las autoras, que tratan sobre este tema, consideran el PAE como la aplicación del método científico en la práctica asistencial enfermera. Entre las más destacadas están:

Alfaro-Lefèvre[26], considerada como teórica del proceso, lo define como: *"el método sistemático, humanístico y racional de organizar y prestar los cuidados de Enfermería"*

Carpenito[27], desde una perspectiva del ámbito de la clínica, lo define como: *"el instrumento empleado para realizar la interacción mutua entre el enfermero, el cliente y la familia y para identificar los objetivos de salud, las energías y limitaciones del cliente y los recursos disponibles para conseguir el estado óptimo de salud"*

Para Marriner[19] es: *"la aplicación de la resolución científica de problemas, a los cuidados de enfermería".*

Se trata de un elemento garante de la calidad de los cuidados, cuya utilización es imprescindible en la aplicación de cuidados profesionales enfermeros[28.]

Diferentes autores [26, 29,30], de distintos ámbitos, coinciden en señalar ventajas como que: como:

- Ayuda a organizar y estructurar el trabajo de la enfermera.
- Constituye un elemento fundamental de ayuda en la toma de decisiones clínicas enfermeras.
- Posibilita la utilización de conocimientos, habilidades y actitudes concretas dentro del marco conceptual definido por los principios básicos de la profesión enfermera.

- Sirve para detectar los problemas existentes en la aplicación de los planes de cuidado.
- Delimita el marco de actuación de la enfermera y hace visible su trabajo.
- Favorece el avance científico de la profesión y el impulso de la investigación.
- Fundamenta el apoyo en la formación de nuevos profesionales.

En nuestro entorno, Pérez *et al*[31] concluyen como relevante la opinión de la mayoría de profesionales que consideran que la aplicación práctica del PAE ayuda a unificar criterios y garantiza la continuidad de cuidados.

3.2.1. Evolución del Proceso Enfermero.

En la actualidad, en nuestro entorno, el PAE es un elemento fundamental en la formación enfermera, y cada vez más en la práctica clínica. Para algunos profesionales, el proceso de implementación está siendo muy lento, mientras que para otros es el adecuado.

Si nos remontamos a sus orígenes, el inicio del PAE tuvo lugar cuando Hall en 1955, Johnson en 1959, Orlando en 1961 y Wiedenbach 1963[32] consideraron que éste estaba constituido por tres etapas: valoración, planificación y ejecución.

Más tarde Yura y Walsh[33] en 1967 establecieron la existencia de una cuarta etapa: la evaluación, que servía de retroalimentación de todo el Proceso quedando constituido por cuatro etapas: valoración, planificación, realización y evaluación.

Fue en la década de los años 70 del siglo XX, cuando Bloch en 1974, Roy en 1975 y Aspinall en 1976[34] entre otros, reconocieron que el significado de los datos de la valoración debía ser identificado antes de poder planificar y hacer intervenciones.

Establecieron la existencia de una quinta etapa, la etapa diagnóstica, eje central del Proceso Enfermero y sin la cual no es posible hablar del mismo.

En esta década (1973) la Asociación Norteamericana de Enfermería (ANA) publicó las Normas de la práctica enfermera en las que ya se describían las cinco fases del PAE.

Actualmente el PAE es un proceso cíclico de cinco partes que incluye valoración, diagnóstico, planificación, implementación o ejecución y evaluación (Wilkinson, 2007; Doenges y Moorehouse, 2008; American Nurses Association, 2010)[35].

En los últimos tiempos algunos autores hablan de un PAE en que la persona no solo sea el objeto del mismo si no que, estando informada, participe de forma activa en su propio cuidado[36].

El futuro del PAE se encamina al asentamiento de los conocimientos desarrollados, en el uso de los lenguajes estandarizados, en el desarrollo de las interrelaciones entre diagnósticos enfermeros, resultados e intervenciones. Más adelante parece ser que se estaría en disposición de desarrollar un proceso centrado en la predicción, en base a las características personales de las personas[37].

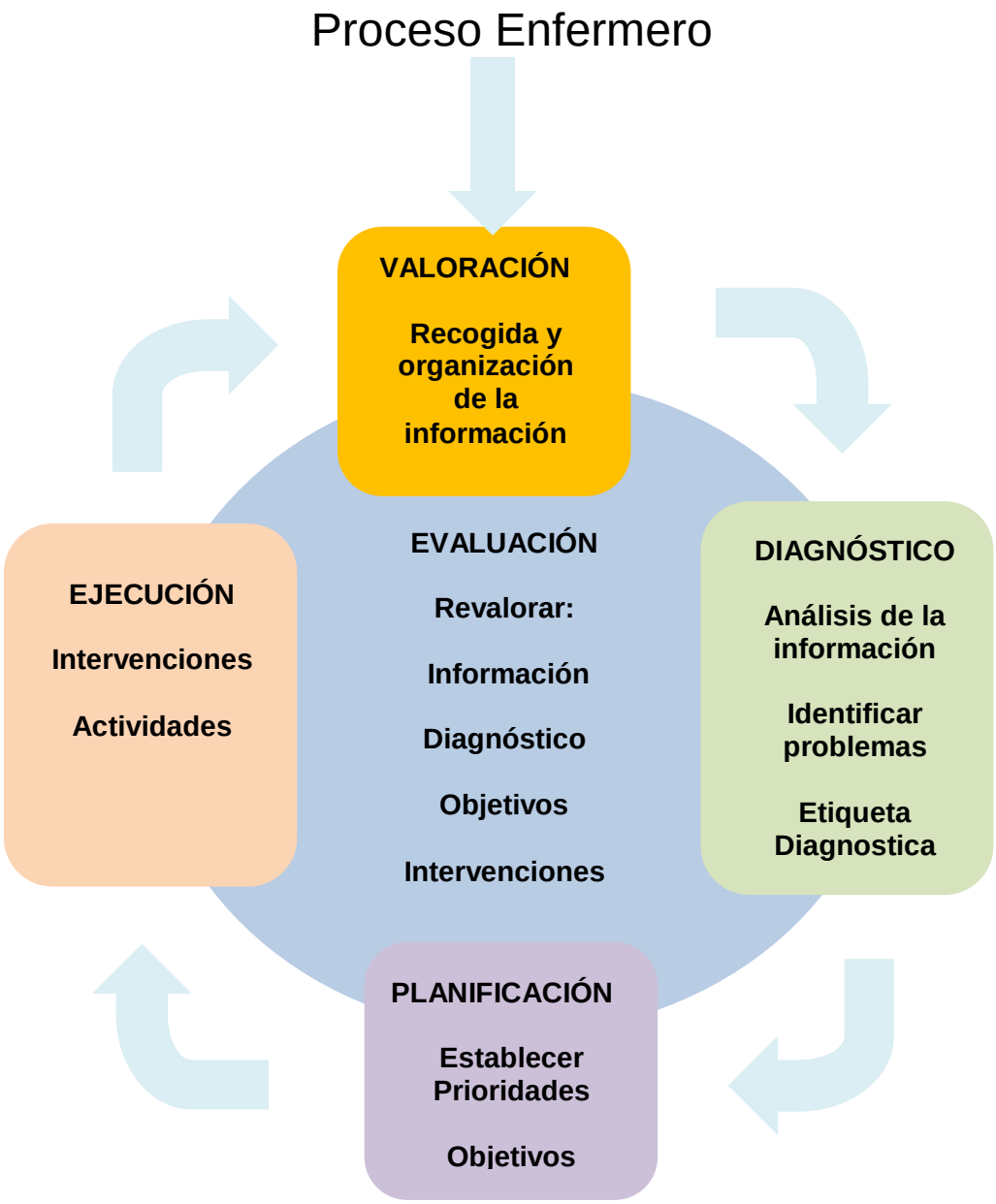


Figura 1: Esquema del Proceso de Atención Enfermero. Adaptación propia.

3.2.2. Características del Proceso de Atención Enfermero.

El PAE presenta múltiples características. Éstas derivan de los vocablos que configuran el término: “Proceso”, “Atención” y “Enfermería” [29, 30,38].

Se consideran características esenciales del Proceso:

- Está Científicamente fundamentado: requiere de un modelo conceptual que le dé sentido.
- Está Orientado a unos problemas de necesidades de cuidados de salud claros y precisos.
- Es Organizado: pues proporciona un orden y secuenciación en las etapas que a su vez tienen una organización interna en fases, según A. Griffin[39].
- Es Sistematizado, donde cada una de sus fases dispone de unas reglas y normas para su correcto desarrollo.
- Es Dinámico al cambiar según la evolución de los acontecimientos.
- Es Interactivo al tratarse de un servicio que como todos parte de la interacción humana.
- Es Flexible pues se adapta a las distintas circunstancias de cuidados.

3.2.3. La Metodología Enfermera[b].

La Enfermera necesita utilizar un sistema ordenado y sistemático de trabajo propio, en la gestión y resolución de los problemas de cuidados, que están dentro de su ámbito competencial.

Si se proporcionan de forma estructurada los cuidados profesionales, se pueden dar respuestas efectivas a las necesidades de cuidados de las personas.

El PAE es el método de trabajo admitido por la comunidad científica a nivel internacional para que las enfermeras desarrollen la atención de cuidados de la población.

Este método permite prestar cuidados de forma racional, lógica, sistemática y medible.

El PAE es el modelo profesional que permite aplicar el método científico al trabajo enfermero. Es un proceso basado en el método científico, donde se reflejan todas las fases de dicho método en la aplicación de cuidados.

[b] En la literatura enfermera se suele utilizar los términos metodología enfermera, proceso enfermero, proceso de atención de enfermería, proceso cuidados o proceso de atención en cuidados como sinónimos.

La Metodología Enfermera o PAE se desarrolla en etapas sucesivas, que a su vez se configuran como subprocesos cada uno con sus propias pautas de desarrollo, y que se relacionan entre sí siguiendo unas normas establecidas.

En el PAE se ponen de manifiesto de forma simultánea habilidades y estrategias que son adquiridas con la formación y la experiencia profesional mediante las que se relaciona y coordina una serie de pasos que permitirán llegar a conseguir los objetivos que se planteen.

Aunque el estudio de cada una de estas fases se realiza de manera individualizada, para su mejor comprensión a nivel metodológico, a nivel clínico práctico las distintas etapas se superponen e interrelacionan en el tiempo, constituyendo un “ciclo continuo”.

Figura 2:Metodología Enfermera: Definición de las fases del Proceso de Atención Enfermero y su relación con las clasificaciones de diagnósticos, resultados e intervenciones. Adaptación propia.

El Departamento de Metodología del Cuidado de la Fundación para el Desarrollo de la Enfermería (FUDEN) clasifica la estructura metodológica enfermera en tres niveles: etapas, fases y elementos del cuidado[40].

- El primer nivel de más amplia abstracción donde se plantean los aspectos más generales del proceso. Está formado por tres etapas:
    - Detección de problemas de cuidados.
    - Tratamiento de problemas de cuidados.
    - Evaluación del proceso de cuidados.
- El segundo nivel más concreto de abstracción compuesto por las cinco fases ya definidas del proceso de atención de cuidados: Valoración, diagnóstico, planificación, ejecución y evaluación.
- El tercer nivel más específico formado por los elementos del cuidado. Son los elementos operacionales de la Metodología Enfermera.

Los elementos del cuidado informan de los recursos y medios existentes para la consecución de las actuaciones de cada fase del proceso.

El Departamento de Metodología Enfermera de la FUDEN los define como:

"Estructuras existentes dentro de cada una de las fases del proceso de atención al cuidado y que permiten su desarrollo clínico como proceso integral autónomo e integrado" [40].

Los elementos del cuidado en cada fase son:

- Valoración:

  Criterio de valoración – Variable del cuidado – Dato clínico del cuidado

- Diagnóstico:

  Problema de cuidados – Etiología del problema – Sintomatología del problema

- Planificación:

  Resultados de cuidados – Indicadores de resultados

- Ejecución:

  Intervenciones enfermeras – Actividades enfermeras

- Evaluación:

  Criterio de valoración – Variable del cuidado – Dato clínico del cuidado

Tabla 4. Estructura completa de la Metodología Enfermera. Fuente: Departamento de Metodología del Cuidado. FUDEN.

MODELO PROFESIONAL DE CUIDADOS				
1ª Etapa: Detección de problemas de cuidados		2ª Etapa: Tratamiento de problemas de cuidados		3ª Etapa: Evaluación del proceso de cuidados
1ª Fase: Valoración	2ªFase: Diagnóstico	3ªFase: Planificación	4ª Fase: Ejecución	5ª Fase: Evaluación
Criterios de valoración	Problema de cuidados	Resultados de Enfermería	Intervenciones Enfermeras	Criterios de valoración
Variables del cuidado	Etiología del problema	Indicadores de resultados	Actividades Enfermeras	Variables del cuidado
Dato clínico del cuidado	Síntomas del cuidado			Dato clínico del cuidado

En términos generales la Metodología Enfermera se puede definir como:

"un método ordenado y sistemático que permite, mediante el análisis de la información relevante disponible, identificar los problemas de cuidados (diagnósticos de enfermería) del individuo, la familia y la comunidad, como base de la planificación y desarrollo de las correspondientes indicaciones terapéuticas para el logro de unos determinados resultados en los cuidados de la salud"[40].

3.2.4. Proceso de cuidados y pensamiento crítico

La Enfermería es una disciplina sobre la que se fundamenta la actividad profesional enfermera que requiere del pensamiento crítico para su desarrollo.

Aunque existen varias definiciones sobre pensamiento crítico, la mayoría considera que para pensar críticamente se precisa de conocimientos, destrezas, actitudes y habilidades mentales. Diferentes autoras coinciden que se debe potenciar el cuidado basado en el pensamiento crítico: ser consciente de las capacidades y limitaciones, de

los recursos, saber priorizar, valorar los riesgos-beneficios y tomar decisiones basadas en evidencias.

Alfaro[41] afirma que el pensamiento crítico en Enfermería es deliberado, dirigido al logro de objetivos, basado en evidencias no en suposiciones y basado en el método científico.

Scheffer y Rubenfeld[42] lo definieron como componente esencial de la responsabilidad profesional y de la calidad de los cuidados enfermeros.

La utilización del pensamiento crítico en el PAE permite a la enfermera trabajar de forma organizada, científica e individualizada. Asimismo ayuda a valorar, priorizar, realizar, evaluar e interpretar con otros profesionales los problemas identificados en la persona[43].

Johnson *et al*[44] consideran que las enfermeras utilizan el pensamiento crítico para determinar los diagnósticos enfermeros, determinar los resultados deseados y definir las intervenciones.

Carpenito[27] refiere como imprescindible el pensamiento crítico para elaborar el Diagnostico Enfermero.

Lunney[45] afirma que el perfeccionamiento del pensamiento crítico es fundamental para tener precisión en el diagnóstico.

3.2.5. Utilización del Proceso de Atención Enfermero

Aunque las ventajas de utilizar el PAE parecen obvias, parece difícil generalizar su utilización.

En un estudio realizado en la DASEM[46] en 2014 sobre autovaloración en la utilización del PAE, el 60% de las enfermeras se encuentran poco motivadas en su utilización y el 39% lo considera poco útil en el trabajo diario.

Varios estudios refieren dificultades en la utilización del PAE coincidiendo en factores causales como la falta de conocimientos profesionales, la carga de trabajo, duda sobre la utilidad o la falta de reconocimiento institucional al trabajo enfermero[47, 48,49].

Brito *et al*[50] en un estudio realizado en Tenerife reflejan como factores facilitadores en el uso del PAE la utilización mayor de consultas de enfermería, menor carga asistencial y los programas específicos de formación.

En la última década han surgido iniciativas para fomentar su utilización, de hecho Maña *et al*[51] realizaron un estudio en el que se reflejaba el interés de las gerencias de AP por implantar en PAE.

3.3. VALORACIÓN ENFERMERA.

Desde el punto de vista genérico, el concepto de valoración hace referencia a estimar, apreciar o calcular el valor de algo. En el ámbito del PAE, constituye la primera de las fases del proceso, en el que la enfermera recoge información importante de la persona para determinar su situación de salud. Constituye una fase independiente, pero actúa de forma integrada con el resto de fases de dicho proceso. Siempre ha de realizarse en la atención de cuidados.

La valoración también está presente el momento en el que se asume la responsabilidad de realizar cuidados y tareas interdependientes con otros profesionales sanitarios[52].

Estos, definidos como problemas de colaboración por Carpenito [53] "*son situaciones en las que la enfermera presta atención para resolver problemas que ella no ha identificado y sobre los cuales no puede actuar de forma autónoma y teniendo que administrar el tratamiento prescrito por otros profesionales de la salud"*.

En estas intervenciones colaborativas, la primera fase de valoración del PAE debe estar siempre presente antes de la ejecución de la intervención enfermera. Ello permite garantizar la seguridad y efectividad en la aplicación de dicha intervención en la persona.

3.3.1. El pensamiento enfermero en la valoración de cuidados

La valoración, como fase previa del establecimiento del Plan de Cuidados Enfermeros, es una fase imprescindible, ya que facilitará la obtención de los datos necesarios para la detección de los problemas y que tras establecer prioridades diagnósticas, facilitará la aplicación de los cuidados específicos para su resolución, así como para la evaluación de los resultados.

En esta fase es importante la recogida detallada de la información.

Esta ha de ser integral y multidimensional, abordando las diferentes esferas que integran la persona (física, funcional, mental y social). Con ello se conseguirá detectar aquellos problemas sobre los que se debe actuar, planificando e interviniendo de forma adecuada y eficaz [6].

La recogida de la información debe realizarse de forma adecuada, basada en una relación terapéutica eficaz y resolutiva, a través de una empática y completa entrevista, y completarse con una exploración física, psíquica y social; de tal forma que se cubra todos los campos de valoración necesarios, con el fin último de detectar los problemas de la persona.

La toma de contacto de la enfermera con la persona le permite adquirir los primeros datos de información básica (higiene, vestido, actitud, edad, sexo, etc.). Posteriormente profundiza mediante las manifestaciones expresadas por la persona y/o cuidadores al que suma el resto de signos detectados (constantes, somatometría, etc.). Se debe profundizar en la recopilación de información hasta tener una visión de los problemas de cuidados de la persona.

Los sistemas de valoración existentes, se basan, en su mayoría, en la agrupación de asuntos, siguiendo: patrones funcionales de salud, necesidades básicas, requisitos de auto cuidados universales, dominios o incluso los más conocidos sistemas biológicos.

Independientemente del sistema elegido para recoger de la información, el objetivo y el resultado a alcanzar, debe ser el mismo: la detección de problemas de cuidado de las personas.

El momento de llevar a cabo una valoración general de la persona es relativo. Es fundamental en la primera toma de contacto. Otro momento es, como Kravitz y Reuben[53] afirman que tras el alta hospitalaria, una valoración domiciliaria completa permite identificar nuevos problemas en el 99% de los casos, como es el caso de las personas de nuestro estudio.

En atención domiciliaria la valoración de cuidados además de ir enfocada a la persona que ha de recibirlos debe ser ampliada al entorno, al cuidador o cuidadores principales, pues sus conocimientos, actitudes y aptitudes son determinantes a la hora de abordar con éxito la resolución de los posibles problemas de cuidados[54].

La información es registrada a través de variables o criterios de valoración de cuidados existentes en los protocolos y que deben permitir reflejar todos los aspectos que haya detectado y que estén relacionados con la salud de la persona.

Finalizada la recogida de información, la enfermera tiene una primera visión de los problemas de cuidados de la persona, y establece en ese momento, e incluso durante el mismo proceso de recopilación de los datos, diferencia entre los que pueden ser la causa y/o las manifestaciones de los problemas de la persona.

Una vez completado el proceso de valoración, se está en disposición de pasar a la fase diagnóstica para emitir un juicio clínico (Diagnóstico Enfermero) del problema de cuidados de la persona y establecer el plan de cuidados correspondiente para su abordaje.

Este proceso de pensamiento que realiza la enfermera de manera habitual en su práctica diaria de forma rápida, se necesita analizar de forma teórica para profundizar

en su conocimiento y sistemática y de esta manera poder establecer pautas de mejora que eviten posibles errores.

En la actualidad la valoración enfermera se define como [25]:

- Proceso, constituido por dos fases donde la enfermera recopila y revisa información relevante de la persona y determina su situación actual de salud.
- Independiente, ya que tiene una estructura y contenidos propios.
- Planificada, está pensada, no es improvisada.
- Sistemática, requiere de un método para su realización.
- Continua, comienza cuando la persona entra en contacto con el sistema de cuidados enfermeros y continúa durante todo el tiempo que necesita de ellos.
- Deliberada, precisa de una actitud reflexiva, consciente y con un objetivo por parte de la persona que la realiza.

En resumen se puede decir que la valoración es un proceso organizado y sistemático de recogida de datos procedentes de diversas fuentes para analizar el estado de salud de un paciente y sintetizar esos datos para identificar las respuestas humanas.

La presencia de una valoración de cuidados previa es imprescindible, pues permite ejecutar la intervención con las máximas garantías de calidad y efectividad sobre la salud del usuario, evitando la posible aparición de situaciones no deseadas, ajustándose a las normas de la buena práctica profesional enfermera y evitando las posibles repercusiones legales y sanitarias que pudieran derivarse de la intervención.

Como se vine argumentando la valoración enfermera forma parte de un proceso y también tiene entidad propia como proceso independiente[55]. No solo es la primera fase del proceso, sino que también es necesaria su aplicación en la última fase del mismo. En la evaluación del proceso es necesario realizar nuevas valoraciones de cuidados de la persona que posibilite conocer su estado de salud en esos momentos y, por tanto, la repercusión del plan de cuidados en las modificaciones aparecidas.

3.3.2. Tipos de valoración enfermera.

Funcionalmente existen 2 tipos de valoración:

- Valoración inicial: es la base para el establecimiento de un plan de cuidados. Se realiza en la primera consulta (primer contacto con la persona), en una única visita o en varias, y permite recoger datos generales sobre los problemas de

salud del paciente y conocer los factores influyen sobre éstos. Facilita la planificación de los objetivos y la ejecución de las intervenciones.

- Valoración continua: Es posterior y focalizada. Se realiza de forma progresiva durante toda la atención al problema de cuidados. Es la realizada específicamente sobre el estado de un problema real o potencial.

Según el objetivo al que vaya dirigida, la valoración se puede clasificar en:

- Valoración general, encaminada a conocer y detectar situaciones que necesiten la puesta en marcha de planes de cuidados.
- Valoración focalizada, en la que la enfermera centrará su valoración en conocer aspectos específicos del problema o situación detectado o sugerido por la persona.

La realización del proceso de valoración enfermera implica, desde su inicio, la toma de decisiones importantes: como la información que es relevante, qué áreas son de competencia enfermera, los objetivos de resultados a conseguir, cuál debe ser el enfoque de la intervención, etc.; decisiones que, sin duda, están influidas por los conocimientos, las habilidades, valores y creencias de quién lleve a cabo la valoración.

3.3.3. Estructura del proceso de valoración enfermera

A fin de avalar el proceso, la valoración enfermera debe de tener una estructura propia, lo que garantice la calidad y utilidad de la información obtenida dentro del proceso de cuidados.

Dicha estructura se organiza en dos fases de desarrollo cada una de las cuales consta a su vez de varios pasos o subfases[40].

Estas dos fases están perfectamente delimitadas e íntimamente relacionadas y son la fase de **obtención y elaboración de la información**, donde se realiza la obtención, selección y registro de las variables de salud de la persona a través de criterios de valoración específicos, y la fase de **análisis o evaluación de los datos**, que llevará al establecimiento de un juicio profesional sobre la valoración efectuada[52].

Para recoger la información contamos con:

- **La observación.** Consiste en **r**ecoger datos utilizando los cinco sentidos. Según Kozier [56], la observación tiene dos momentos: *“notar el estímulo y seleccionar, organizar e interpretar el dato”.*

Es una cualidad deliberada y consciente. Es una habilidad que se tiene que desarrollar que precisa conocimientos y práctica estando presente a lo largo de todo el proceso. Es importante pues se pueden identificar comportamientos que el sujeto no reconoce en sí mismo y ayuda a contrastar la información obtenida por otros medios.

- **La entrevista.** Kozier la define como *"la comunicación planeada a una conversación con una finalidad".* Ésta puede ser:
    - Formal. Consiste en una comunicación con un propósito específico, en la cual la enfermera realiza la historia clínica de la persona.
    - Informal. Es la que se establece entre la enfermera y la persona durante el proceso de cuidados.
- **La exploración.** Es otra técnica que va a aportar gran cantidad de datos. Antes de proceder a la exploración debe explicarse a la persona la técnica que se le va a realizar. En la exploración física se utilizan varios procedimientos:
    - Inspección: es el examen visual, cuidadoso y global del paciente.
    - Palpación: Consiste en la utilización del tacto. Su objetivo es determinar ciertas características de la estructura corporal por debajo de la piel.
    - Percusión: consiste en provocar sonidos aplicando golpes con uno o varios dedos sobre la superficie corporal, para obtener información sobre las características del contenido de los órganos o zona explorada.
    - Auscultación: consiste en escuchar los sonidos producidos por los órganos del cuerpo. Se utiliza el fonendoscopio para determinar características sonoras de pulmón, corazón e intestino. También se pueden escuchar ciertos ruidos aplicando solo la oreja sobre la zona a explorar.
- **La consulta de Documentos.** Es posible obtener información de la persona con la consulta de su historia clínica, como los antecedentes de salud personales o familiares, prever cambios en su estado y/o elaborar un plan de cuidados.

Una vez que se ha recogido la información pertinente y necesaria, se procede a la validación de la misma y se organiza en forma de signos y síntomas. La organización y estructuración de los datos, permite:

- Visualizar y diferenciar los datos relevantes de los que no los son.
- Profundizar para la obtención de información más completa con el fin de comprender mejor la situación del paciente.
- Comenzar con la formulación de posibles problemas y/o diagnósticos enfermeros.

La forma más habitual de organizar datos es:

- Por sistemas u aparatos. Sistema biológico que ayuda a identificar problemas corporales.
- Por patrones funcionales (M. Gordon)[9,56]. Ayudarán a la identificación de problemas y diagnósticos enfermeros.
- Por necesidades básicas (V. Henderson)[57]. Ayudarán a identificar problemas detectados en las necesidades humanas.

Otras formas de estructurar la información de cuidados es siguiendo un entorno de valoración:

- Por Requisitos de Autocuidado y Factores Condicionantes Básicos (D. Orem)[58, 59].
- Por Procesos Vitales de cuidados (Proyecto CENES)[60].

A nivel internacional lo último más utilizado son los dominios NANDA.

Un aspecto fundamental de la valoración es lo que se refiere al registro de la información, consistente en anotar y dejar constancia por escrito de toda la información obtenida de forma que permita su utilización, ya que ésta, debe ser útil para otros profesionales y siendo su finalidad de ofrecer unos cuidados de calidad a la persona, además de ser una información necesaria para la gestión e investigación.

La anotación de registros en la documentación debe tener unas características que son:

- Deben estar escritos de forma objetiva, sin prejuicios ni juicios de valor u opiniones personales.
- Anotar, entre comillas, la información subjetiva que aporta tanto la persona como la familia.
- Los datos objetivos deben fundamentarse en pruebas y observaciones concretas.
- Los hallazgos encontrados en la exploración física deben describirse de manera meticulosa, forma, tamaño, color, etc.
- Anotaciones claras y concisas. Usar sólo las abreviaturas que estén consensuadas y que no puedan conducir a error.

- En caso que el registro no sea informatizado, la letra debe ser legible.

En cualquier caso, siempre hay que tener en cuenta que la confidencialidad de los datos y la intimidad del paciente deben estar preservados.

Una vez completada la primera fase de obtención y elaboración de la información es necesario la emisión un juicio profesional sobre la valoración efectuada a la persona.

El resultado de la valoración indicará la necesidad o no de establecer un plan de cuidados para dar cobertura al juicio clínico enfermero.

Hay que tener en cuenta que también existen diagnósticos de salud en los que, aunque el resultado de la valoración sea adecuado, puede ser necesario establecer un plan de cuidados si la persona desea y existe posibilidad de mejorar su nivel de salud en determinadas áreas.

Finalizada la valoración, la enfermera debe ser capaz de conocer el estado de salud de la persona. Deberá tomar la decisión de finalizar su actuación o de prolongarla continuando el plan de cuidados con el fin de mejorar su situación real o potencial de salud.

La aplicación de la valoración es una de las actuaciones más frecuentes que la enfermera realiza en su actividad profesional, estando presente en todas las visitas a demanda de sus servicios, en las revisiones programadas de salud o de problemas crónicos, en la atención domiciliaria y en el establecimiento inicial de la relación usuario-enfermera (apertura de historia clínica).

Entre los sistemas de valoración existentes, se han elegido los dos más empleados en AP, para desarrollar un sistema de valoración estandarizado de carácter “universal”, los Patrones Funcionales de Gordon y las Necesidades Básicas de Henderson.

3.3.4. Valoración según el modelo de Patrones Funcionales de Salud de Gordon.

En el entorno en que se lleva a cabo este trabajo, la información se organiza según los once Patrones Funcionales de M. Gordon (1982)[9], definidos como: *"una configuración de comportamientos, más o menos comunes a todas las personas, que contribuyen a su salud, calidad de vida y al logro de su potencial humano, y que se dan de una manera secuencial a lo largo del tiempo"*[9, 56].

La valoración por PFG tiene como objetivo determinar el perfil funcional de la persona, buscando si existe alteración o riesgo de alteración de alguno de ellos para posteriormente determinar un diagnóstico enfermero que describa esa situación y que ayude a eliminar o disminuir la disfuncionalidad.

El juicio sobre si un PFG es funcional o disfuncional se hace comparando los datos obtenidos en la valoración con datos de referencia del individuo, normas establecidas según la edad del individuo, normas sociales o culturales, etc.

Un PFG disfuncional puede aparecer con una enfermedad, o puede conducir a ella. Todo esto busca la determinación del perfil funcional del individuo y la localización de aquellos PFG que están alterados, o en riesgo de alteración, en alguna medida, para posteriormente determinar un diagnostico enfermero que describa esa situación.

La valoración de cada uno de los PFG debe evaluarse en el contexto de los demás, ya que ningún PFG podrá comprenderse sin el conocimiento de los restantes.

Los PFG son[61]:

Patrón1: Percepción - Manejo de la Salud.

Patrón 2: Nutricional - Metabólico.

Patrón 3: Eliminación.

Patrón 4: Actividad - Ejercicio.

Patrón 5. Sueño - Descanso.

Patrón 6: Cognitivo - Perceptivo.

Patrón 7: Auto percepción - Auto concepto.

Patrón 8: Rol - Relaciones.

Patrón 9: Sexualidad - Reproducción.

Patrón 10: Adaptación - Tolerancia al estrés.

Patrón 11: Valores - Creencias[c].

3.3.5. Valoración según el modelo de necesidades humanas.

Otro sistema muy extendido para organizar la información es según el modelo de necesidades de Virginia Henderson[57]. Esta autora define como necesidad básica: *"todo aquello que es esencial al ser humano para mantener su vida o asegurar su bienestar", siendo concebida esta necesidad como un requisito más que como una carencia".*

Todas las personas tienen necesidades comunes que satisfacer, que son las mismas y que son independientes de la situación en que se encuentren, pudiendo variar como satisfacerlas por su modo de vida, motivación, cuestión cultural, etc.

Considera catorce necesidades[72]:

1. Respirar normalmente.
2. Comer y beber adecuadamente.
3. Eliminar desechos del organismo.
4. Movimiento y mantenimiento de la postura adecuada.
5. Dormir y descansar.
6. Usar ropas adecuadas, vestirse y desvestirse.
7. Mantener la temperatura corporal dentro de los límites normales.
8. Mantener la higiene corporal y la integridad de la piel.
9. Evitar los peligros del entorno.
10. Comunicarse con los demás expresando emociones
11. Vivir de acuerdo a sus propias creencias y valores.
12. Trabajar de forma que permita sentirse realizado.
13. Participar de actividades recreativas.
14. Aprender, descubrir y satisfacer la curiosidad que conduce a un desarrollo normal de la salud[d].

Habitualmente necesidades son satisfechas por la persona cuando ésta es independiente y tiene el conocimiento, la fuerza y la voluntad para cubrirlas, pero cuando es dependiente algo de esto falta y una o más necesidades no se cubren, surgiendo problemas de Salud. Las situaciones de dependencia pueden aparecer por causas

[c] En el anexo 2 se puede ver lo que valora cada uno de estos patrones funcionales, la información que se recoge y los criterios se siguen para considerar alterado cada uno de ellos.

[d] En el anexo 3 se puede ver aquello que se debe valorar en cada una de estas necesidades y que instrumentos de ayuda se pueden utilizar en la valoración.

físicas, psicológicas, sociológicas o por falta de conocimientos. En este momento es cuando la enfermera tiene que ayudar o suplir a la persona para que pueda tener las necesidades satisfechas.

3.3.6. Clasificación y Normalización de las variables o criterios de valoración del cuidado.

Además del modelo de valoración que va a utilizar la enfermera, es necesario estandarizar esa valoración utilizando variables normalizadas [91, 92,93].
Esto permitirá:

- Avanzar en el proceso de estandarización y unificación del lenguaje enfermero. La existencia de una descripción y definición unificada para cada criterio de valoración favorecerá el entendimiento y coordinación entre las enfermeras, avanzando en el proceso de delimitación de un lenguaje enfermero propio y la continuidad de los cuidados.
- La informatización de la valoración enfermera. La existencia de un código único para las descripciones unificadas es un aspecto necesario para la introducción de la valoración en sistemas informáticos.
- Avanzar en el proceso de integración y relación entre las distintas fases del proceso enfermero. Para poder establecer las relaciones entre las distintas fases del proceso enfermero que agilicen su utilización, garanticen la correcta selección de la intervención enfermera y ayuden al profesional en su actuación, es preciso delimitar sus contenidos.

La normalización de las variables permitirá la elaboración de una clasificación de variables del cuidado, de manera similar al efectuado con los diagnósticos, los resultados de enfermería o las intervenciones enfermeras, que permita posteriormente su clasificación.
Este proceso de estandarización permitirá:

- Elaborar una base de datos unificada enfermera. Esta es una de las metas que tiene planteadas actualmente la enfermería como requisito fundamental para potenciar la investigación y el conocimiento de la efectividad del tratamiento enfermero. Pero para conseguir este objetivo será necesario una estandarización profesional de todas las fases, dotándolas además de las características necesarias para su tratamiento informático.

- Comparar los datos. Parece evidente la necesidad que tiene la enfermería de poder comparar resultados para obtener conclusiones y fijar criterios comunes de actuación. La delimitación de los criterios de valoración permitirá avanzar también en este proceso.
- Favorecer la investigación en Enfermería. Como elemento fundamental para el desarrollo de cualquier profesión, la investigación en enfermería es esencial y se deben propiciar las condiciones necesarias para que ésta se pueda realizar.

Actualmente la normalización de las variables del cuidado ha sido realizada por el Departamento de Metodología de la FUDEN dentro del proyecto de investigación CENES (Conocimiento Enfermero Estandarizado), siendo publicada su primera edición en 2006, lo que ha permitido clasificar las variables del cuidado[94].

Esta clasificación permite agrupar todas las variables o criterios de valoración delimitados actualmente, permitiendo su crecimiento con la inclusión de nuevas variables que vayan generando, manteniendo estable su estructura. Dispone, por tanto, de la posibilidad de realizar un crecimiento ordenado que permite mantener los desarrollos anteriores incorporando los nuevos, lo que permite una fácil localización de sus contenidos.

Tomando como base estas premisas, se estableció una clasificación para ordenar los criterios de valoración en la que se tuvieron en cuenta distintos aspectos, entre los que se pueden destacar:

- La ordenación establecida en los distintos sistemas o modelos de valoración existentes, adaptándolas y unificándolas para que cumplieran el objetivo de obtener una clasificación general adaptada a todos los ámbitos profesionales.
- Las recomendaciones generales de los distintos modelos de valoración enfermeros.
- Las aplicaciones y desarrollos prácticos realizados hasta este momento en el ámbito de la organización de los criterios concretos de valoración.
- La conveniencia de establecer una clasificación general única para todos los elementos del resto de fases metodológicas, y no sólo para la valoración. Esto permitiría poner las bases de un proyecto global de creación de una gran base de conocimientos enfermera (Proyecto CENES).

Esta clasificación[60] está realizada en tres niveles de concreción de los contenidos. Aborda un primer nivel, es el más general, en el que cada uno de sus componentes se denominan Bloques generales de valoración enfermera (valoración de cuidados) y delimitan parcelas amplias de la persona y su interacción con el medio.

Existe un segundo nivel donde se concretan los contenidos dentro de cada nivel general y en el que cada uno de sus componentes se denomina grupo de variables asociadas. El tercer nivel lo componen las Variable o Criterios de valoración concretos que se ordenan dentro de cada Grupo de variables asociadas, y que también están delimitados con su propia definición.

La Clasificación de las variables del cuidado es la siguiente:

I. FUNCIONAMIENTO BÁSICO DE LA SALUD: Mecanismos físicos, psíquicos y sociales que mantienen en equilibrio las estructuras básicas para la salud.

01. Crecimiento y desarrollo.

02. Respiración.

03. Nutrición, hidratación y alimentación.

04. Lactancia.

05. Eliminación intestinal.

06. Eliminación urinaria.

07. Eliminación transcutánea.

08. Percepción sensorial.

09. Sexualidad/Reproducción.

10. Higiene.

11. Actividad/Ejercicio.

12. Movilidad.

13. Sueño/Descanso.

14. Relación/Comunicación.

15. Ocio/Entretenimiento.

16. Valores/Creencias.

II. PROBLEMAS DE SALUD: Problemas o alteraciones en la salud que requieren de la elaboración de cuidados específicos.

25. Piel y mucosas.

26. Circulación vascular y cardiaca.

27. Inmovilizaciones terapéuticas.

28. Cuidados y conducta ante los problemas.

29. Cuidados y conducta ante las enfermedades.

III. PSICO-SOCIAL: Mecanismos psicológicos, sociales y comunitarios que mantienen el equilibrio de la salud psíquica del individuo y la de éste respecto a la comunidad y sociedad a la que pertenece.

35. Estado emocional.

36. Rasgos conductuales.

37. Estado neuro cognitivo.

38. Estado socio familiar.

39. Estado socio comunitario.

IV. PROMOCIÓN Y FOMENTO DE LA SALUD: Cuidados y conductas dirigidos a fomentar los hábitos que mantienen en equilibrio todas las estructuras y comportamientos encargados del funcionamiento equilibrado de la salud.

45. Cuidados y conductas de salud.

46. Prevención de riesgos y accidentes.

47. Utilización de recursos.

Cada variable o criterio de valoración normalizado, consta de:

- Un código. Único e inalterable para cada variable.

  Consta de 4 dígitos numéricos. Los dos primeros hacen referencia al

  Grupo de valoración al que pertenecen, y los dos últimos indican el orden de la variable dentro del Grupo al que pertenece.

  Ejemplo: 2503 Palidez.

  25 = Grupo “Piel y mucosas”.

  03 = nº de orden dentro del grupo.

- Una descripción. Indica de forma clara y concreta la denominación del criterio.

  Ejemplo: 2503 Palidez

- Una definición. Aclara el concepto y sentido de la variable para facilitar su utilización.

Ejemplo: 2503 Palidez Criterio de valoración del tipo "Si/No" para registrar la presencia de coloración pálida en la piel de la persona.

- Un rango de valoración. Delimita los posibles valores que puede adoptar la variable. Ejemplo: 2503 Palidez Si -No

3.3.7. Características metodológicas de las variables o criterios de cuidados.

El análisis individualizado y coordinado con el resto de fases del PAE permite delimitar una serie de características metodológicas que aclaran la utilidad de cada variable o criterio en la valoración [55].

No toda la información que puede ser recogida será útil. Es conveniente delimitar el tipo o las características de los datos que nos van ser útil en cada momento, dependiendo de los objetivos que tengamos planteados.

El concepto de característica metodológica[7], es aquel que está presente en las variables o criterios de valoración enfermeros normalizados y cumple dos requisitos fundamentales:

- Son características intrínsecas e inherentes al criterio de valoración, no son modificables por ninguna otra circunstancia o situación ajena al mismo (modelo de valoración, ámbito de aplicación, etc.).
- Son características que dentro del proceso metodológico sirven de elemento de ayuda en alguno de los desarrollos o de integración de las distintas fases del PAE.

Actualmente se han establecido **siete características metodológicas** que cumplen los requisitos anteriormente mencionados y que figuran en las fichas de descripción de cada una de las variables o criterios de valoración normalizados. Éstas se pueden ver en la tabla 5 adjunta:

Tabla 5. Características metodológicas que están presentes en los criterios de valoración enfermeros.

Característica	Tipo de Criterio	Definición
Signo	Criterio objetivo	Evidencia observada u objetivable por el profesional
Síntoma	Criterio subjetivo	Evidencia sentida por el paciente
Fuente o llave	Necesario un rango para establecer el DE	Garantía en la formulación de DE
Condicionante básico	Situación bio-psico-social propia de la persona	Esencial en la necesidad de auto cuidados y cuidado dependiente
Valor determinante	Por si solo aporta información relevante de un DE	Característica definitoria del diagnóstico
Valor etiológico	Por si solo aporta información notable de un DE	Con un determinado rango permite validar un factor definido como causa de un DE
Valor relevante diagnóstico	Por si solo aporta información notable de un DE	Con un determinado rango aporta información para detectar la presencia de una manifestación básica de un DE

3.4. DIAGNÓSTICO ENFERMERO

El Diagnóstico Enfermero constituye la segunda de las fases del PAE, utilizado por la enfermera para resolver las necesidades de cuidados de las personas dentro de su disciplina.

Cuando la información ya ha sido recopilada, organizada, estructurada y analizada de forma general en la etapa de valoración, es en esta fase donde se debe emitir un juicio clínico sobre el problema o situación de cuidados detectado [95].

El análisis de la información disponible y el conocimiento concreto de la situación presentada, permitirá emitir juicios clínicos específicos sobre los problemas reales o potenciales de cuidados de la persona, la familia o la comunidad, sobre los que la enfermera será capaz de influir a través de sus intervenciones, mediante el plan de cuidados establecido al efecto.

Para profundizar en el análisis de la información disponible, la enfermera emplea un proceso de razonamiento crítico, adaptado al medio donde desarrolla su trabajo, denominado pensamiento enfermero.

El pensamiento enfermero es propio de la disciplina enfermera y lo sitúa como referente para abordar los problemas de cuidados.

El pensamiento enfermero permite realizar un análisis crítico y razonado de los datos recogidos en la fase de valoración, que mediante un proceso lógico de tratamiento de la información, sirve a la enfermera para asegurar la veracidad de los juicios clínicos emitidos.

En esta fase del PAE, la enfermera, una vez analizada la información obtenida, deberá ahondar en el conocimiento que le permita emitir un juicio clínico sobre el problema o situación de cuidados en la que va a actuar mediante un diagnóstico enfermero.

Este juicio clínico se debe formular teniendo presente las características que debe tener un Diagnóstico enfermero y seguir la estructura diseñada para su formulación.

3.4.1. Concepto de Diagnóstico Enfermero.

Diagnosticar consiste en *"recoger y analizar datos para evaluar problemas de diversa naturaleza"* [96].

Este término de diagnóstico es un concepto amplio que es aplicable a todas las ciencias e incluso en otras muchas actuaciones concretas que se realizan en nuestra sociedad: diagnóstico del coche, etc.

Centrados en el ámbito de la salud, consiste en determinar la naturaleza de un problema de salud y su calificación, mediante el análisis de sus signos y síntomas.

En el ámbito enfermero se utiliza para emitir un juicio clínico que valora las necesidades de cuidados de la persona.

El término Diagnóstico de Enfermería fue introducido en 1953 por V. Fry[97] que lo utilizó para describir una de las fases necesarias en el desarrollo del plan de cuidados. Posteriormente a esta primera aparición del término, su utilización en las referencias bibliográficas fue muy escasa durante más de 20 años, apareciendo sólo referencias esporádicas en la literatura científica.

Sin embargo, desde 1973, fecha en la que se reunió por primera vez el *Nacional Group for the Classification of Nursing Diagnosis*[98], hasta la actualidad, su presencia en la literatura científica se ha multiplicado de forma espectacular.

La aportación de diversos autores al concepto de Diagnóstico Enfermero ha permitido precisar el concepto del mismo.

- Gordon[99] considera que los Diagnósticos Enfermeros son: *"los problemas de salud reales o potenciales que las enfermeras, en virtud de su educación y experiencia, están capacitadas y autorizadas para tratar".*
- Moritz[100] define el Diagnóstico Enfermero como: *"los problemas de salud, reales o potenciales, que las enfermeras, en virtud de su educación y experiencia, están capacitadas, autorizadas y legalmente responsabilizadas a tratar".*
- Carpenito[101] dice que el Diagnóstico Enfermero es: *"una declaración que describe una respuesta humana (estado de salud real o potencialmente alterado), de un individuo/grupo a los procesos vitales, que la enfermera puede legalmente identificar y prescribir las actividades para mantener el estado de Salud o reducir, eliminar o prevenir las alteraciones".*
- Para la N.A.N.D.A, North American Nurses Diagnosis 1994 [102], el Diagnóstico Enfermero *es: "un juicio clínico sobre la respuesta de un individuo, familia o comunidad a sus problemas de salud reales o potenciales y a procesos vitales"***.** El diagnóstico enfermero proporciona la base para la selección de intervenciones, para el logro de objetivos para los que la enfermera es responsable.
- Desde el punto de vista derivado del modelo de D.Orem[103], el Diagnóstico Enfermero responde a la situación de: *"déficit de auto cuidado" entendiendo* como tal aquellas situaciones en las que las demandas de auto cuidado

terapéutico superan la capacidad que tiene la persona para satisfacer dichas demandas en conjunción con la capacidad de las personas que la cuidan.

3.4.2. Características propias del Diagnóstico Enfermero.

Los Diagnósticos enfermeros disponen dos características o principios fundamentales que los definen y que deben estar presentes en todos ellos para que puedan ser considerados como tales[52, 104].

1. Abordan situación y problemas derivados de las respuestas humanas:

   Los Diagnósticos Enfermeros plantean las situaciones y problemas relacionados con las repercusiones de los procesos vitales en la persona. Un mismo proceso o situación vital puede provocar la presencia de reacciones distintas en diferentes personas, así como una evolución distinta en cada persona, por lo que requiere una actuación individualizada centrada en la persona, pudiendo variar la evolución del diagnóstico en función de las respuestas humanas que van apareciendo.

   No abordan los procesos vitales, sino la respuesta y adaptación de la persona a los mismos (respuestas humanas). Es por ello que se centran en la persona y no en la enfermedad como sucede con los diagnósticos médicos donde no se tiene en cuenta las diferentes respuestas de la persona a lo largo del proceso.

   Dentro de los procesos vitales están incluidas todas las situaciones (fisiológicas, psicológicas, sociales, evolutivas, culturales y espirituales) que son capaces de producir una alteración en la conducta o en la salud de las personas, dentro de las cuales se encuentran lógicamente la enfermedad, pero como un proceso vital más, por lo que los diagnósticos de enfermería no están asociados ni son dependientes de los diagnósticos médicos.

2. Definen situaciones y problemas de salud que son susceptibles de ser tratados por la enfermera a través de sus intervenciones: Los Diagnósticos Enfermeros definen problemas y situaciones en los que la enfermera actúa como agente sanitario principal responsable de la resolución de los mismos.

   Debe disponer por tanto de las herramientas necesarias para su tratamiento a través de las intervenciones enfermeras, y por tanto no puede describir ningún problema o situación sobre el que no pueda actuar.

   Al mismo tiempo, la enfermera debe ser consciente de los recursos del individuo, familia y/o comunidad, de sus habilidades, conocimientos y

experiencia clínica, de forma que a medida que aumenten estos recursos, también lo hará su ámbito de diagnóstico y tratamiento de situaciones y problemas.

3.4.3. Formulación de un Diagnóstico Enfermero.

Cuanto mejor sea el conocimiento del problema o situación sobre la que va a actuar la enfermera, más posibilidades hay de establecer una planificación adecuada y de conseguir una mayor efectividad en las intervenciones a realizar.

Iyer P, en 1991, describe 10 normas para escribir los diagnósticos de enfermería[105]:

1. Escribir el diagnóstico en términos que se refieran a las respuestas, más que a las necesidades.
2. Utilizar “relacionado/a con”
3. Escribir el diagnóstico con términos aconsejables desde el punto de vista médico-legal.
4. Escribir el diagnóstico sin emitir juicios de valor.
5. Evitar invertir el orden de las frases en la categoría diagnóstica.
6. No mencionar signos y síntomas en la primera parte del diagnóstico.
7. La primera parte debe incluir exclusivamente los problemas.
8. Debe quedar claro que las dos partes del diagnóstico no expresan lo mismo.
9. Se deben expresar el problema o la etiología utilizando conceptos que estén dentro de la actuación enfermera.
10. El diagnóstico médico no debe ser incluido en la categoría diagnóstica enfermera.

La relevancia de la fase diagnóstica en el proceso de cuidados, es la causa de que en el enunciado de un diagnóstico enfermero no se refleje exclusivamente el problema o la situación, sino que se incluya también el resto de información relevante para la toma de decisiones.

La información que compone el enunciado diagnóstico se estructura en el formato P.E.S. (Problema – Etiología – Sintomatología)[26, 106, 107,108].

El formato P.E.S. constituye una estructura aceptada internacionalmente para la formulación de un diagnóstico enfermero, donde la información se agrupa en tres apartados, aportando cada uno de ellos un valor fundamental al mismo:

- Problema (P): es la parte central del enunciado diagnóstico donde se realiza una descripción específica y concreta del problema de cuidados o situación de riesgo de su presencia. Constituye la "etiqueta diagnóstica" dentro del enunciado diagnóstico e indica el tipo de respuesta de la persona o familia ante la presencia de un problema, cambio o condicionante relevante.
- Etiología (E): en este apartado del enunciado diagnóstico se reflejan los agentes o factores causales del problema de cuidados instaurado o de la situación de riesgo de instauración de un problema de cuidados.
- Sintomatología (S): describe en forma de signos y síntomas las manifestaciones de la persona como consecuencia del problema de cuidados, identificadas en la fase de valoración.

  Constituye el elemento fundamental de confirmación del juicio clínico, permitiendo determinar tanto la intensidad del problema de cuidados como el porcentaje de probabilidad de presencia del diagnóstico.

Estos tres apartados que componen el enunciado diagnóstico de los problemas de cuidados, se presentan habitualmente ordenados y enlazados en el formato PES con la siguiente estructura:

P E S

Problema + Etiología + Sintomatología (Manifestaciones clínicas)

El enlace entre el "Problema" (etiqueta diagnóstica) y la "Etiología" (causa del problema, factor etiológico, factor de riesgo o factor relacionado), se utiliza la fórmula "relacionado con", que de manera abreviada se significa como "r/c":

Problema r/c Etiología

El enlace entre la "Etiología" (causa del problema, factor etiológico, factor de riesgo o factor relacionado) y la "Sintomatología" (signos y síntomas manifestaciones del problema), se utiliza la fórmula "manifestado por", que de manera abreviada se significa como "m/p":

Problema r/c Etiología m/p Sintomatología

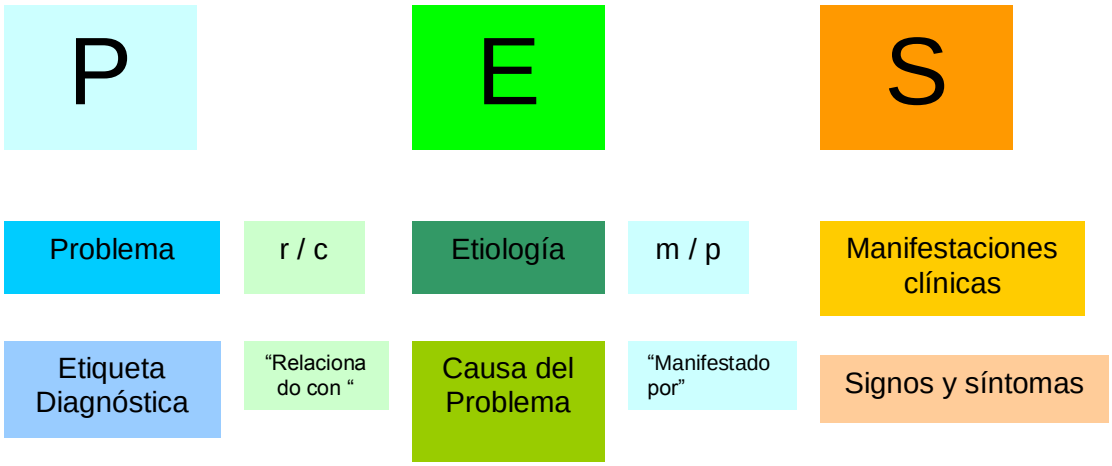


Figura 4: Formulación del Diagnóstico Enfermero. Elaboración propia.

3.4.4. Pautas a la hora de enunciar un Diagnóstico Enfermero.

- Establecer un nexo de unión entre la primera parte (P) del enunciado diagnóstico con la segunda (E) utilizando la fórmula "relacionado con" mejor que "debido a" o "cuando por".
- La primera parte del Diagnóstico identifica las respuestas de la persona, y no una actividad de enfermería.
- Redactar en términos convenientes y aconsejables desde el punto de vista legal.
- Escribir el Diagnóstico sin emitir juicios de valor, sino basarse en datos objetivos y subjetivos que se hayan recogido y validado con el usuario.
- Evitar invertir el orden de las partes del Diagnóstico, puede llevar a un enunciado confuso.
- No mencionar signos y síntomas en la primera parte del Diagnóstico.
- No indicar el Diagnóstico enfermero como si fuera un Diagnóstico médico.
- No escribir un Diagnóstico enfermero que repita una orden médica.
- No rebautizar un problema médico para convertirlo en un Diagnóstico enfermero.
- No indicar dos problemas al mismo tiempo, pues dificulta la formulación de los objetivos[106].

3.4.5. Tipos de Diagnósticos Enfermeros.

Existen diversos tipos de diagnósticos enfermeros[104,109] con características y características diferentes en la composición de sus enunciados:

Diagnósticos reales. Se trata de juicios clínicos que realiza la enfermera donde se describen problemas de cuidados existentes en el momento de la valoración y que pueden ser abordados de manera independiente por este profesional.
Describen la respuesta actual de una persona, familia o comunidad a una situación de salud o proceso vital, y su identificación se apoya necesariamente por la existencia de manifestaciones (signos y síntomas representativos) compatibles con la sintomatología característica que define la presencia del problema de cuidados en el momento de la valoración.
El enunciado de este tipo de diagnósticos de enfermería incluye los tres apartados de formato P.E.S:

Problema (P) + Etiología (E) + Sintomatología (S)
Etiqueta diagnóstica r/c factor etiológico m/p manifestaciones

Diagnósticos de riesgo. Se trata de juicios clínicos que realiza la enfermera donde se describen problemas de cuidados que tienen una alta probabilidad de presentarse en un futuro próximo, en caso de no iniciarse medidas de prevención sobre los factores de riesgo.

La NANDA los define como: *"juicios clínicos que la enfermera realiza sobre un individuo, una familia o una comunidad que están más predispuestos a desarrollar el problema que otros en una situación igual o parecida"*[109].

Dado que el problema de cuidados no está instaurado en el momento de la valoración, no existen manifestaciones del mismo, y por lo tanto no es posible describir sintomatología, aunque sí debemos reflejar los agentes causales que provocan una mayor vulnerabilidad que el resto de población de características similares a padecer el problema de cuidados.

El enunciado de este tipo de diagnósticos enfermeros incluye sólo dos apartados:

Problema (P) + Etiología (E)
Etiqueta diagnóstica r/c factor de riesgo

Diagnósticos de salud o de bienestar. Diagnósticos de promoción de la salud. Son diagnósticos enfermeros que describen situaciones en las que existe un funcionamiento eficaz, pero mejorable y la persona manifiesta un deseo de conseguir un nivel superior de bienestar en alguna de sus funciones.

Para la formulación de este tipo de diagnósticos de cuidados es necesaria que se den obligatoriamente dos circunstancias: el deseo de la persona, familia o comunidad de obtener un nivel mayor de bienestar y la existencia de un estado o función actual eficaces.

La NANDA los define como "*un juicio clínico sobre la motivación y deseo de una persona, familia o comunidad de aumentar su bienestar y actualizar su potencial de salud que se manifiesta en su disposición a mejorar conductas de salud específicas"*[109].

Estos diagnósticos no describen ningún problema, ni presente, ni potencial, motivo por el cual no existen manifestaciones ni causas que lo originen. Por tanto, el enunciado de este tipo de diagnósticos enfermeros incluye sólo un apartado:

Situación de salud (P)

Etiqueta diagnóstica.

Diagnósticos de síndrome. Son aquellos diagnósticos enfermeros en cuya definición se incluyen una serie de diagnósticos predeterminados, reales o de riesgo, cuya presencia es previsible en relación a una determinada situación o actuación concreta.

Un diagnóstico de síndrome no indica la existencia, ni garantiza la posterior aparición de todos los diagnósticos reales o de riesgo que delimita. Pueden estar presentes todos o sólo alguno de ellos.

Estos diagnósticos avisan a la enfermera de la presencia de un problema complejo, pero su presencia no debe descartar la posibilidad de que existan otros diagnósticos de enfermería al margen.

Los diagnósticos de síndrome recogen en el mismo enunciado del problema (etiqueta diagnóstica) el motivo o la causa del mismo, pero no reflejan los signos y síntomas más frecuentes habida cuenta de la gran variabilidad con la que nos podemos encontrar dependiendo de la activación de todos o algunos de los diagnósticos que lo componen.

El enunciado de este tipo de diagnósticos enfermeros incluye sólo uno de los apartados:

Problema con etiología (P)

Etiqueta diagnóstica con descripción de la causa

Diagnóstico posible. Son aquellos diagnósticos que hacen referencia los problemas de salud en fase de estudio, de los cuales no se dispone de suficiente información. Constituye un problema de salud en fase de sospecha para cuya confirmación es necesario disponer de nuevos datos.

El enunciado de este tipo de diagnósticos enfermeros sólo refleja la primera parte del formato PES:

Problema (P)

Etiqueta diagnóstica

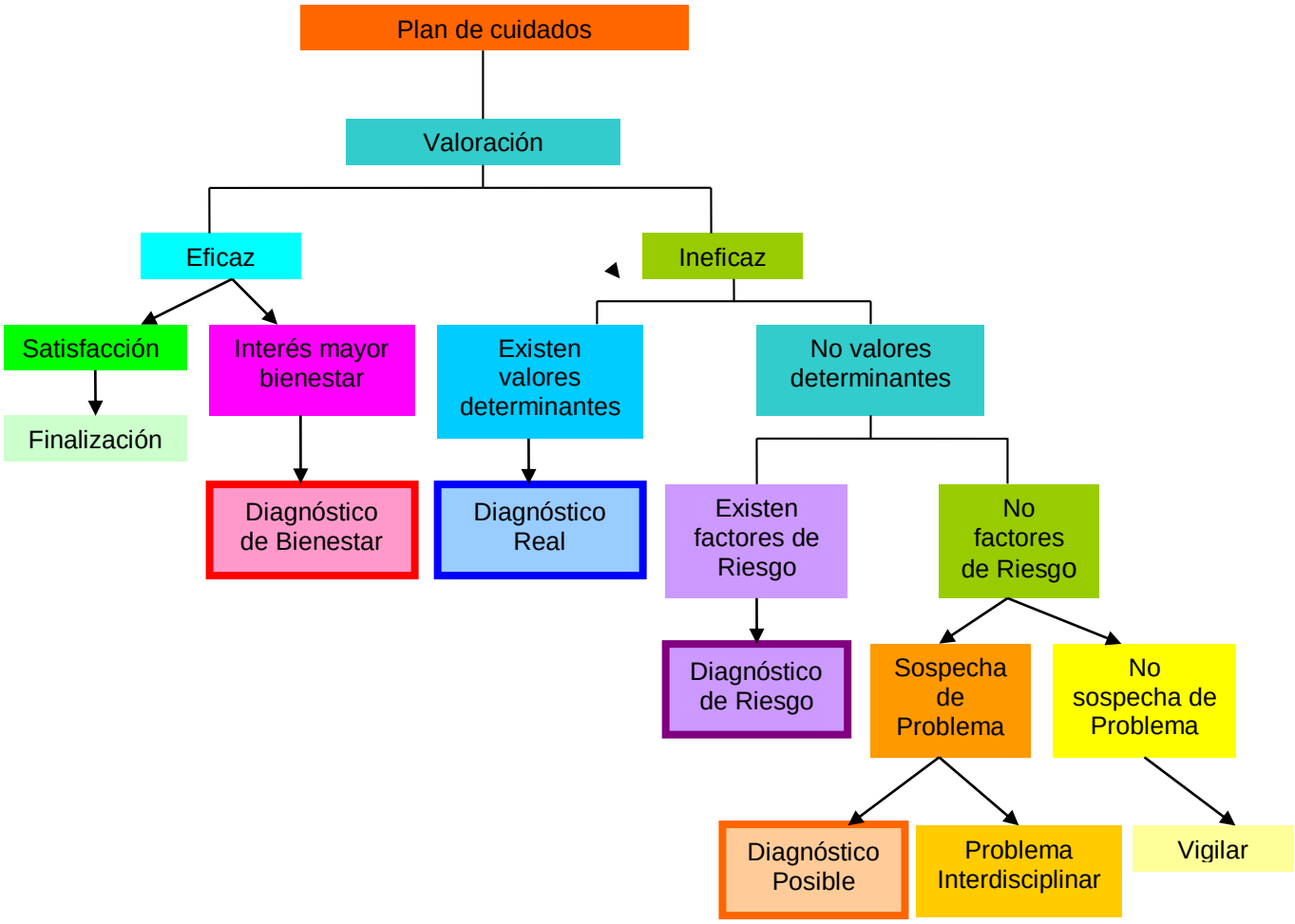


Figura 4: Algoritmo Diagnóstico Enfermero. Adaptación OME.

Tabla 6. Composición del enunciado de los distintos tipos de Diagnósticos Enfermeros. Elaboración propia.

Tipos de Diagnósticos Enfermeros

Diagnóstico real	Problema (P) + Etiología (E) + Sintomatología (S) Etiqueta diagnostica r/c factor etiológico m/p manifestaciones
Diagnóstico de riesgo	Problema (P) + Etiología (E) Etiqueta diagnostica r/c factor de riesgo
Diagnóstico de salud	Situación de salud (P) Etiqueta diagnostica
Diagnóstico de síndrome	Problema con etiología (P) Etiqueta diagnostica con descripción de la causa
Diagnóstico posible	Problema (P) Etiqueta diagnostica

3.4.6. Lenguaje normalizado. Taxonomía NANDA.

La utilización de lenguaje normalizado en todas las fases del proceso de atención de cuidados es una realidad cada vez más presente en la práctica profesional. Es fundamental para[110]:

- El entendimiento e intercambio de información sanitaria entre los profesionales de enfermería.
- Facilitar la continuidad en la atención profesional de los cuidados.
- Permitir la comparación de los resultados obtenidos.
- Su utilización en el campo de la investigación.
- Profundizar en el conocimiento de las diversas situaciones definidas por lo diagnósticos de cuidados, etc.

La informatización de la historia clínica y de los planes de cuidados hace necesario introducir en la historia clínica digital un lenguaje normalizado y codificado para su posterior utilización[111].

Esto es importante para la obtención y explotación de la información. Estos sistemas aportan la información necesaria para la toma de decisiones sanitarias y organizativas por parte de los gerentes y responsables de los Sistemas de salud[112].

Centrándose en la utilización de lenguaje normalizado en la fase diagnóstica del PAE, hay que recordar que en 1973 un grupo de enfermeras americanas organizaron la *"Primera Conferencia Nacional para la Clasificación de los Diagnósticos Enfermeros"* en la que se formó el *"Grupo Nacional para la Clasificación de Diagnósticos de Enfermería" (National Conference Group for the Classification of Nursing Diagnosis)* con el objetivo de identificar y desarrollar el conocimiento de enfermería a través de los diagnósticos enfermeros, estableciendo un sistema de clasificación de los mismos.

Este grupo estaba compuesto por enfermeras docentes, teóricas, administradoras y asistenciales en ejercicio norteamericanas y canadienses, que se convirtió posteriormente en la *"Asociación Norteamericana de Diagnósticos de Enfermería"* (NANDA)[113] en 1982, y continúa desarrollo el sistema de clasificación de diagnósticos.

Desde su creación, este grupo ha desarrollado conferencias nacionales cada dos años en las que revisan los diagnósticos existentes, deshecha los que no se ajustan al proceder enfermero y adopta los nuevos que se han validado tras haber sido enviados por las enfermeras.

En 1982 se abrieron las puertas a todas las enfermeras interesadas, desapareciendo el *"Grupo Nacional para la Clasificación de Diagnósticos de Enfermería"* y apareciendo en

su lugar la N.A.N.D.A., iniciales que corresponde a la *North American Nursing Diagnosis Association.*

A partir de 2002 la palabra NANDA se convirtió en una marca registrada y paso a denominarse NANDA-I por la implicación de enfermeras de varios países. En la actualidad esta clasificación está traducida a 11 idiomas y es utilizada en más de 20 países[102.]

El principal objetivo de la NANDA Internacional continua siendo el desarrollo y elaboración de una taxonomía de diagnósticos enfermeros.

3.4.6.1. Taxonomía NANDA. Proyecto CENES.

Descritos los primeros diagnósticos enfermeros, se precisaba ordenarlos de manera normalizada.

El primer sistema de clasificación que se realizó fue el de elaborar una listado alfabético de los diagnósticos para posteriormente se agruparon en una estructura taxonómica.

La primera taxonomía desarrollada para la clasificación de los diagnósticos de enfermería de la NANDA estaba basada en los 9 Patrones de relaciones humanas, representando las interacciones de la persona con su entorno, y en el que se identificaron cuatro niveles de abstracción para la clasificación de los diagnósticos.

Los estándares de normalización del lenguaje que define la taxonomía NANDA están centrados en la etiqueta diagnóstica, es decir, en el Problema de cuidados, mientras que la Etiología y la Sintomatología figuran referidos en cada diagnóstico pero no aparecen estructurados en la clasificación dado que no son objeto de normalización de la misma.

La NANDA, conscientes de esto y de la importancia de normalizar estos elementos metodológicos de la fase diagnóstica, inició un trabajo de cara a facilitar su normalización, según indicaba en su edición 2007 – 08: *"Se ha iniciado en esta edición un trabajo de refinado de las características definitorias y factores etiológicos, que se continuará en las próximas ediciones, tendente a facilitar su codificación. Por ese motivo se han realizado cambios en características definitorias y factores etiológicos de diversos diagnósticos, separando conceptos unas veces y condensado conceptos en otras ocasiones (falta de aliento y disnea), simplemente para facilitar su codificación, sin cambiar el concepto"*[109].

En la actualidad, hay dos clasificaciones que fijan los estándares de normalización en el lenguaje de los elementos metodológicos de la fase diagnóstica y pertenecen al proyecto de investigación CENES:

- Clasificación de los Factores Etiológicos[114].

  Normaliza los agentes o factores causales de los problemas de cuidados, la Etiología del enunciado diagnóstico.

- Clasificación de los Valores Determinantes[115].

  Normaliza las manifestaciones aparecidas como consecuencia de un problema de cuidados, la Sintomatología del enunciado diagnóstico.

CENES es el acrónimo de Conocimiento Enfermero Estandarizado, y corresponde al nombre de un "Proyecto de investigación taxonómico" para la normalización del lenguaje del cuidado que se viene desarrollando en España desde el año 2005[116].

Está definido como proyecto de investigación continuado para la normalización sistematizada (sujeta las normas o principios existentes) de los conocimientos de todas las fases que conforman el proceso de atención a los cuidados, de cara a facilitar su utilización en la práctica y su inclusión en los sistemas informáticos.

No es una alternativa a las taxonomías del cuidado existentes y tiene como objetivo potenciar su utilización y facilitar su aplicación en la clínica.

El proyecto se desarrolla a partir de los estándares de normalización conseguidos por estas taxonomías, para completarlos y poder conseguir los objetivos que tiene fijados.

3.4.6.2 Taxonomía II de la NANDA.

A medida que fueron aumentando el número de diagnósticos NANDA se observó la dificultad de su organización con la estructura taxonómica que se tenía. Se acordó establecer una nueva estructura organizativa que diera solución a los problemas encontrados, naciendo la taxonomía II de la NANDA.

Durante la Conferencia de la NANDA, Número XIV, en Abril del 2000, se aprueba definitivamente la denominada Taxonomía II NANDA-I, modificando la utilizada hasta ese momento, la Taxonomía NANDA I.

Esta recopila los diagnósticos enfermeros más difundidos y aceptados a nivel mundial y los que más han contribuido al desarrollo de la profesión, mediante la creación de un lenguaje enfermero común, para poder detallar un plan de cuidados, unos resultados

esperados (NOC) y las intervenciones de enfermería (NIC) necesarias para su consecución.

La clasificación de diagnósticos enfermeros de la taxonomía II de la NANDA-I dispone de tres niveles de abstracción[122]: dominios, clases y diagnósticos, siguiendo una estructura taxonómica basada en los patrones funcionales de Gordon, aunque con algunas modificaciones.

Los "Dominios", constituyendo el nivel más abstracto y general de clasificación.

Un "Dominio" es "una esfera de actividad, estudio o interés".

Existen 13 "Dominios".

Dentro de cada "Dominio" existe un nivel más específico de reagrupamiento de los diagnósticos en "Clases".

Una "Clase" es "una subdivisión de un grupo mayor; una división de las personas o cosas por su calidad, rango o grado".

Cada "Dominio" está dividido entre 3 y 6 "Clases" o Grupos diagnósticos relacionados, existiendo un total de 47 "Clases".

Cada "Dominio" y cada "Clase" tienen su propia definición.

Cada "Clase" contiene los diagnósticos NANDA correspondientes, clasificados según el "Concepto diagnóstico".

Los diagnósticos aprobados componen el nivel más concreto y específico de la taxonomía. Actualmente en la taxonomía II de NANDA-I 2015-2017 hay 235 diagnósticos enfermeros[e].

[e] En el Anexo 4 se puede ver la taxonomía II de la NANDA-I edición 2015-2017.

Tabla 7. Niveles de abstracción de la taxonomía II de la NANDA-I. Elaboración propia.

Taxonomía II NANDA-I		
DOMINIOS	CLASES	DIAGNÓSTICOS
Nivel más abstracto	Nivel específico de reagrupamiento de diagnósticos	Nivel más concreto y específico
Esfera de actividad, estudio o interés	Subdivisión de un grupo mayor. División de las personas por calidad, rango o grado	Diagnósticos aprobados
13 Dominios	Cada Dominio tiene 3-6 Clases. Total: 47 Clases	235 Diagnósticos

3.4.6.3 Elementos del modelo diagnóstico.

Cada modelo diagnóstico consta de:

- Título o etiqueta diagnóstica: ofrece una descripción concisa del estado (real o potencial) de la salud del individuo.
- Definición: expresa un significado claro y preciso de la categoría y la diferencia de todas las demás.
- Características definitorias: son los criterios clínicos que confirman la existencia de una categoría diagnóstica. Pueden ser un signo o un síntoma, o bien, factores de riesgo que se expresan u observan en la respuesta de una persona o un grupo. Pueden ser principales (indicadores críticos presentes en el 80 -100% de los diagnósticos observados) o secundarias (indicadores de apoyo, aparece entre el 50 -79%).
- Factores etiológicos, concurrentes o de riesgo: son aquellas situaciones clínicas o personales que pueden modificar el estado de salud provocar o influir en el desarrollo del problema. Estas situaciones pueden ser: fisiopatológicas, en relación con el tratamiento, situacionales, de maduración.
- Un código numérico de 5 dígitos. Único para cada diagnóstico.

3.4.6.4 Diseño de las etiquetas diagnósticas en la taxonomía II.

En la actual taxonomía NANDA las etiquetas de los diagnósticos están realizadas en base a un diseño multiaxial, que mejora su comprensión y permite realizar con facilidad modificaciones y adiciones, aumentando el número de posibles diagnósticos.

Un *eje* en la Taxonomía II de NANDA-I se define como *"la dimensión de la respuesta humana que se considera en el proceso diagnóstico"*, los ejes se utilizarán para concretar el diagnóstico según las manifestaciones que identifican una respuesta humana determinada.

Eje 1. Concepto diagnóstico: es el elemento principal o parte esencial y fundamental de la formulación diagnóstica. Lo constituye la palabra o palabras claves que describen la raíz de la etiqueta diagnóstica.

Eje 2. Tiempo: define la duración de un período o intervalo. Una respuesta puede aparecer de manera aguda o crónica, ser de larga o corta duración, intermitente o continua.

Eje 3. Unidad de cuidados: es la población a la que va dirigida el diagnóstico (individual, familia, grupo y comunidad).

Eje 4. Edad: define el intervalo de tiempo en el desarrollo de la persona.

Feto, neonato, lactante, niño pequeño, preescolar, escolar, adolescente, adulto joven, adulto maduro, adulto, anciano joven, anciano y gran anciano.

Eje 5. Estado de salud: es la posición o rango en la salud.

Valores: bienestar, riesgo y real.

Eje 6. Descriptor o modificador: especifica el significado del concepto diagnóstico con adjetivos o valores tale como anticipado, aumentado, deficiente. Los valores son aumentado, comprometido, deficiente, disfuncional.

Eje 7. Topología: describe partes o regiones corporales.

Los 7 ejes no tienen que estar presentes siempre en todas las etiquetas diagnósticas. En función de cada diagnóstico, algunos ejes no aparecerán por distintas razones: estar implícitos en la misma etiqueta diagnóstica, nombrarse explícitamente en la etiqueta diagnóstica o por no ser necesarios.

3.4.6.5 Codificación de los diagnósticos enfermeros de la NANDA.

Como se observa en la lista, todos los diagnósticos pertenecientes a esta taxonomía presentan una codificación única que permite diferenciarles y facilitar el proceso de informatización.

A propuesta de la NLM (*Nacional Library of Medicine*) y teniendo en cuenta aspectos informáticos los Códigos Diagnóstico, se identifican con 5 dígitos o bits de manera correlativa. La NLM recomienda a la NANDA que los códigos no contengan información sobre localización de un diagnóstico en la clasificación, como ocurría en los códigos de la Taxonomía I.

3.4.6.6. Taxonomía III de la NANDA-I

Como argumentaba anteriormente la NANDA está en permanente proceso de revisión de sus propuestas. En este sentido la Dra. Gunn von Krogh ha presentado recientemente en la NANDA-I una nueva taxonomía[117]. Esta estructura taxonómica aún no ha sido adoptada por la NANDA. Se pretende presentarla a los miembros, trabajar e investigar su adecuación como estructura para los diagnósticos enfermeros, por si en un futuro la organización considerase mantener la taxonomía II o cambiar a esta

taxonomía III. Está conceptualizada en 7 dominios basados en áreas significativas del conocimiento enfermero.

Tabla 8: Dominios y clases de la propuesta de taxonomía III.

Dominio fisiológico	**Dominio mental**	**Dominio existencial**	**Dominio funcional**	**Dominio seguridad**	**Dominio familiar**	**Dominio entorno**
Circulación	Cognición	Confort	Procesos a lo largo de la vida	Autolesión	Reproducción	Salud comunitaria
Respiración	Auto concepto	Bienestar	Habilidad física	Violencia	Roles de cuidador	Sistema de salud
Regulación física	Regulación del estado de ánimo	Principios vitales	Equilibrio energético	Peligros para la salud	Unidad familiar	
Nutrición		Afrontamiento	Comunicación	Peligros medio ambientales		
Eliminación			Función social			
Piel/tejidos			Autocuidado			
Respuesta neurológica			Promoción de la Salud			

3.5. PLANIFICACIÓN DE CUIDADOS.

Constituye la tercera de las fases del PAE, en la que la enfermera fija los resultados del plan de cuidados, lo que permitirá conocer la efectividad de los tratamientos (intervenciones enfermeras) que aplique para la resolución o mejora de los problemas de cuidados. Se trata, por tanto, de una fase independiente dentro del PAE, pero que al igual que el resto de fases de dicho proceso, actúa de forma integrada e interrelacionada con las demás.

3.5.1. Planificación: Objetivos – Resultados de Cuidados

El establecimiento de Resultados de Cuidados constituye un paso más en la planificación de los cuidados y permite tener una visión continuada de su desarrollo en cualquier momento.

Anteriormente la enfermera sólo fijaba los Objetivos del Proceso de Cuidados, con lo que hasta que éstos no se conseguían, no era posible conocer la evolución, positiva o negativa; si se habían realizado avances o no.

La utilización de los criterios de resultados para analizar y medir la efectividad y eficacia de los cuidados se inicia a mediados de los años setenta del siglo pasado. En esta época Aydelotte[118] utiliza como referencia la calidad de los cuidados teniendo en cuenta los cambios que se producen en los clientes tanto en el comportamiento como en los aspectos físicos. Los primeros trabajos de clasificación se realizaron por Hover y Zimmer[118.]utilizando cinco medidas generales: "*el conocimiento que tenía el paciente sobre su enfermedad y sus tratamientos, el conocimiento que tenía las medicaciones, sus habilidades de auto cuidado, las conductas adaptativas y es estado de salud".*

La utilización de Resultados de Cuidados no sólo permite fijar la consecución de objetivos, sino conocer en todo momento la evolución del Proceso de Cuidados.

La medición de los resultados valida si las personas responden o no positivamente a las intervenciones enfermeras y ayuda a determinar si son necesarios cambios en el cuidado.

El uso de resultados estandarizados aporta información importante para aclarar el conocimiento enfermero, avanzar en el desarrollo teórico, determinar la efectividad del cuidado enfermero y mostrar la contribución enfermera en los cuidados de la persona, familia y comunidad.

Del conocimiento de los resultados se derivan de las acciones cuidadoras y sirve para determinar la cartera de servicios enfermeros, evaluar su efectividad y los costes que conllevan al sistema sanitario

Johnson, Maas y Moorhead, de la universidad de Iowa, en 1991 desarrollaron la clasificación de resultados NOC[119], cuyo objetivo era: *"conceptualizar, denominar, someter a validación y clasificar los resultados que se obtuvieran de las acciones cuidadoras enfermeras, sobre los clientes"*

3.5.2. Clasificación de Resultados NOC

Al igual que sucede con el resto de fases del PAE, la utilización de un lenguaje estandarizado supone una serie de ventajas importantes que requieren la identificación, comprobación y aplicación de términos y medidas unificadas para los planes de cuidados.

La existencia de resultados estandarizados en enfermería permite medir los resultados obtenidos en los pacientes tratados con cuidados enfermeros.

Para que las enfermeras puedan desarrollar una prestación de cuidados de calidad y reducir los costes de actuación, necesitan medir los resultados obtenidos en los usuarios que reciben sus cuidados.

Taxonomía NOC

La taxonomía NOC[119] se define como la organización sistemática de resultados de enfermería en grupos o categorías basadas en semejanzas, diferencias y relaciones entre los resultados. En ella el concepto del Resultado se entiende como: "*un estado, conducta o percepción de un individuo, familia o comunidad medido a lo largo de un continuo en repuesta a intervenciones de enfermería".*

Cada resultado tiene asociado una serie de Indicadores que sirven para determinar la situación de la persona en relación al Resultado. A su vez, cada resultado utiliza una escala tipo Likert de cinco puntos que le sirve para cuantificar numéricamente la situación en la que se encuentra en un momento determinado la evolución del mismo.

Los Indicadores se definen como *"estados, conductas o percepciones variables del paciente o del cuidador familiar a un nivel inferior de abstracción, secundarios a la intervención enfermera y utilizados para determinar un resultado del paciente".*

Describen el estado específico del paciente en relación con el Resultado, y tienen como propósito fundamental el de ayudar a la enfermera a determinar el estado del paciente para un resultado.

Al igual que sucede con los resultados, cada indicador utiliza una escala Likert de cinco puntos para cuantificar numéricamente la situación en la que se encuentra en un momento determinado.

Cada Resultado contiene:

- Una etiqueta. Las etiquetas describen situaciones neutras, en términos no evaluativos, sin utilizar determinantes (aumentado, disminuido, etc.) que deben ser evaluadas en la escala que utiliza.
- Una definición, que aclara su sentido.
- Una lista de indicadores para evaluar el estado del paciente en relación al resultado.
- Una escala de Likert de cinco puntos para medir el estado del paciente
- Una breve lista de referencias utilizadas en el desarrollo del resultado.

En la taxonomía NOC están incluidos resultados a nivel individual, familiar y comunitario.

Ventajas de la utilización de la taxonomía NOC:

- La taxonomía es en sí un lenguaje estandarizado que permite la comunicación efectiva entre enfermeros y entre otros profesionales de la salud.
- Debido a su estructura es factible el uso conjunto con las taxonomías NIC y NANDA.
- Permite controlar de manera pormenorizada la evolución del usuario.
- Concreta el aporte de la enfermera a la resolución de los problemas de cuidados.
- Es constantemente revisada y actualizada (como lo atestiguan sus cuatro ediciones).

Tabla 9. Niveles de abstracción de la taxonomía NOC. Elaboración propia.

Taxonomía NOC

DOMINIOS	CLASES	RESULTADOS
Nivel más abstracto	Grupos de resultados relacionados dentro de cada dominio	Nivel más específico. Aspectos concretos del concepto de logro
7 Dominios	Subdivisión de un grupo mayor. A cada clase se asigna una letra A-Z y las minúsculas a, b y c.	Cada resultado está en una clase y tiene un solo código
1. Salud funcional 2. Salud fisiológica 3. Salud Psicosocial 4. Conocimiento y conducta en salud 5. Salud percibida 6. Salud familiar 7 Salud comunitaria	32 Clases	490 Resultados
Indicadores: para determinar el grado de logro de un resultado.		

La quinta edición, última publicada hasta este momento, es de fecha 2013 y en ella se mantiene la estructura taxonómica de la edición anterior, con 7 Dominios, 32 Clases y 490 resultados:

- Se han añadido 107 resultados nuevos. 23 nuevos resultados de conocimiento y una clase nueva para los 16 resultados centrados en el auto control. Este contenido adicional es importante dado el enfoque actual de salud y la implicación del paciente en el proceso asistencial.
- Se utiliza una segunda escala de valoración en 92 resultados.
- Cada Resultado sigue teniendo una etiqueta, una definición, un grupo de indicadores, una escala de medición tipo Likert con cinco puntos, una línea de hechos de publicación y referencias seleccionadas.

- Incluye la Puntuación Diana del Resultado para identificar la puntuación esperada del resultado para el individuo, familia o comunidad después de una intervención.
- Organiza los resultados NOC en un marco conceptualizado que utiliza una taxonomía codificada para facilitar la localización de un resultado.
- Proporciona relaciones entre Resultados NOC y Diagnósticos de Enfermería NANDA.
- Ofrece relaciones con los Patrones Funcionales de Gordon.
- Presenta indicadores y términos perfeccionados para aumentar la estandarización.

3.5.3. Determinación de los Resultados de Cuidados.

La elección de los Resultados de Cuidados en cada una de las circunstancias delimitadas por el problema de cuidados, constituye una tarea básica dentro del PAE o Proceso de Atención a los Cuidados (PAC), ya que de él va depender la selección y aplicación de los tratamientos (intervenciones enfermeras) y la evaluación de su efectividad.

Es necesario respetar escrupulosamente las normas establecidas para dicha fase de Planificación, y tener en cuenta que:

- Pueden definirse resultados a corto plazo. Estos resultados se utilizan cuando se espera conseguirlos en un plazo de días o como escalón intermedio en la consecución de objetivos a largo plazo.
- Pueden definirse resultados a largo plazo, cuando se plantea su consecución en semanas o meses. En estos casos los resultados a corto plazo pueden servir de indicadores de la evolución de los mismos durante el proceso.
- Deben ser resultados realistas, que se disponga de los recursos, habilidades y posibilidades para que puedan ser alcanzados.
- Deben ser consensuados y asumidos por la persona.
- Deben ser medibles y evaluables en cada momento para saber su situación y poderlos comparar con la situación anterior.
- Deben reflejar un tiempo determinado para su consecución.

Los Resultados de Cuidados condicionan la elección de las intervenciones enfermeras, debiendo utilizar la enfermera intervenciones que sean capaces de resolver o mejorar la causa que produce el problema de cuidados.

Por ese motivo, en la elección de los Resultados de Cuidados es necesario tener en cuenta tanto el problema de cuidados (diagnóstico de enfermería), como la causa que lo origina (factor etiológico):

Diagnóstico enfermero + Factor etiológico = Resultado de Cuidados

Los Resultados de Cuidados permiten conocer la evolución del problema reflejado mediante la consecución o no de los objetivos fijados y modificar o corregir las estrategias, lo que permitirá:

- Seleccionar las intervenciones enfermeras más efectivas.
- Medir la eficacia y validez de las intervenciones utilizadas.

3.5.4. Utilidad de la fase de Planificación

Esta fase del PAE permite disponer a la enfermera de dos aplicaciones fundamentales para su práctica profesional:

1. Sirve de ayuda en la toma de decisiones en la elección de los tratamientos de cuidados, intervenciones enfermeras, más eficaces.

El conocimiento de los Resultados de Cuidados (objetivos) que la enfermera pretende conseguir con su plan de cuidados, permite delimitar las opciones de tratamiento (intervenciones) más específicas para la consecución de los mismos.

Cabe recordar que los tratamientos de enfermería (intervenciones enfermeras) están enfocados a la resolución o mejora de los problemas de cuidados detectados, por lo que la determinación del diagnóstico de cuidados de la persona constituye el primer referente para la elección de dichos tratamientos:

Diagnóstico ⟶ Tratamiento

El segundo referente que la enfermera debe tener en cuenta a la hora de seleccionar las intervenciones más efectivas lo constituye el objetivo que se ha fijado conseguir con la aplicación de las mismas

Diagnóstico + Objetivos ⟶ Tratamiento.

2. Sirve de referencia en la evaluación del Plan de Cuidados.

De entre los estudios realizados para validar la utilización de la taxonomía NOC, Keenan *et al*[121] realizaron un estudio en el contexto de trabajo de las *nurses practicioner* en el que pusieron de manifiesto la validez, fiabilidad y sensibilidad de los resultados de la clasificación NOC, pudiéndose identificar la contribución enfermera en los resultados obtenidos en el paciente.

3.6. EJECUCIÓN DE LOS CUIDADOS.

3.6.1. Concepto de Ejecución

Constituye la cuarta fase del PAE. Es una fase de actuación o intervención, fundamentada en el desarrollo previo del resto de fases del proceso, y que asegura la efectividad de los tratamientos utilizados en esta fase.

Los tratamientos que utiliza la enfermera para abordar los problemas de cuidados se denominan “Intervenciones enfermeras”, y la realización de una “Intervención” requiere la realización de una serie de tareas concretas denominadas “Actividades”.

3.6.2. Clasificación de Intervenciones NIC

Al igual que sucede con el resto de elementos metodológicos del proceso de cuidados, las intervenciones pueden enunciar siguiendo un lenguaje libre o utilizando el leguaje estandarizado de una taxonomía de intervenciones.

El término NIC proviene de las iniciales de *Nursing Interventions Classification*, Clasificación de Intervenciones de Enfermería, nombre del proyecto de investigación desarrollado en la Universidad de Iowa desde 1987 para la consecución de una clasificación global y estandarizada de intervenciones que realizan las enfermeras[122].

Taxonomía NIC

Es la primera clasificación normalizada y completa de los tratamientos realizados en Enfermería.

Tiene las siguientes características:

- Se trata de una clasificación normalizada ya que utiliza lenguaje y codificación estandarizado en la descripción de las intervenciones.
- Es una clasificación completa ya que recoge todos los tratamientos que tiene a su disposición la enfermera, independientemente de donde desarrolle su labor. Esto quiere decir que toda la actuación profesional que desarrolla la enfermera en el ejercicio de su profesión debe poder reflejarla en las intervenciones incluidas en esta clasificación.
- Incluye intervenciones:
    - Para la práctica general y para las áreas especializadas.

  - Para personas, las familias y la comunidad. Las más abundantes son las que están centradas en las personas.
  - Independientes y colaborativas. Dentro de las esferas fisiológica, psicológica y social. Enmarcadas en la prevención, en el tratamiento y en el fomento de la salud.
  - En cada intervención se incluyen a su vez, actividades para la prevención, tratamiento y fomento de la salud.
- Puede utilizarse con cualquier modelo conceptual enfermero y sistema de prestación de cuidados.
- Están basadas en la investigación, iniciada en 1987 a través de diversos métodos coordinados y complementarios.
- Refleja la práctica e investigación actuales. Todas las intervenciones han sido revisadas por expertos de la práctica clínica y por asociaciones científicas de las especialidades correspondientes, acompañadas de lecturas de referencia que apoyan el desarrollo de la intervención.
- Presenta una estructura organizativa: Campo – Clase – Intervención – Actividad.
- Probadas en la clínica. La implantación inicial se realiza en centros donde se llevan a cabo los cuidados de enfermería.
- Presenta relaciones con las taxonomías NANDA y NOC.

Las intervenciones son la clave de la clasificación, que permiten identificar y comunicar el trabajo enfermero.

"Una intervención enfermera es un tratamiento basado en el conocimiento y juicio clínico que realiza la enfermera para mejorar los resultados esperados del paciente"[122].

Cada intervención catalogada consta de:

- Un código, único, ajustado a la Clase a la que pertenece.
- Una denominación.
- Una definición.
- Una serie de actividades para llevar a cabo la intervención.
- Bibliografía de referencia.

Los elementos normalizados de cada intervención, y que por tanto no son modificables, son el código, la denominación y la definición.

Una actividad enfermera se define como una actuación concreta y específica que desarrolla una enfermera para la realización de una intervención, y que es necesaria la realización de una serie de actividades para considerar realizada una intervención.

En la NIC, cada intervención presenta un grupo de actividades, normalmente entre 10 y 30, que posibilitan la realización del tratamiento enfermero descrito en la intervención.

Estas actividades no están estandarizadas, y no se fija el número de ellas que es necesario realizar para dar por realizada la intervención, quedando a juicio del profesional las que necesita utilizar en cada caso concreto, por lo que permitirá personalizar la intervención en cada caso según las necesidades.

Del listado de actividades de una intervención, la enfermera selecciona aquellas que considera más apropiadas para cada individuo, familia o comunidad, e incluso puede añadir nuevas actividades, siempre de forma congruente con la definición de la intervención, que es la que fija el marco de actuación. Esto le permite individualizar los cuidados que presta a cada persona, familia o comunidad, según sus necesidades y características particulares.

Las actividades están listadas por orden lógico dentro de cada intervención, empezando por lo primero que debería realizar la enfermera, y finalizando por lo último que debería hacer. En muchas ocasiones este orden no es importante, sin embargo en otras ocasiones si debe tenerse en cuenta.

Las actividades son muy útiles para la enseñanza y comprensión de una intervención, proporciona información relevante para desarrollar de manera eficaz en la asistencia la intervención, facilita la continuidad de cuidados entre profesionales del mismo nivel o de diferente nivel, son las intervenciones la esencia de la clasificación, de forma que la notificación de la realización de una intervención, implica la realización de las actividades necesarias para su consecución.

Las ventajas de la utilización de la taxonomía NIC[122] son:

- Aporta información fundamental para la elaboración y recogida de documentación clínica.
- Favorece la comunicación rápida y universal de los cuidados entre los profesionales y entre distintos niveles de atención.
- Permite integrar los datos de cuidados en los distintos sistemas manuales e informáticos.
- Favorece la investigación eficaz en el campo de los cuidados.

- Permite la comparación de los datos.
- Permite cuantificar la productividad del trabajo de la enfermera.
- Contribuye a la homogeneización, sistematización y rentabilidad del trabajo de la enfermera.
- Permite evaluar la competencia y diseño de programas.
- Permite optimizar los recursos enfermeros.

Tabla 10. Niveles de abstracción de la taxonomía NIC. Elaboración propia

Taxonomía NIC

CAMPOS	CLASES	INTERVENCIONES
Nivel más abstracto	Grupos de intervenciones relacionadas dentro de cada campo	Nivel más específico. Aspectos concretos del concepto de logro
7 Campos	Nivel más concreto. A cada clase se asigna una letra A-Z y las minúsculas a, b,c y d.	Algunas intervenciones están en dos clases, pero tiene un solo código de la clase principal
1. Fisiológico: básico 2. Fisiológico: complejo 3. De la conducta 4. Seguridad 5. Familia 6. Sistema sanitario 7. Comunidad	30 Clases	554 Intervenciones

Actividades: permiten individualizar la aplicación de intervención en cada situación específica

La sexta edición de la taxonomía NIC se ha publicado en el año 2013 con 550 intervenciones y una estructura taxonómica de las intervenciones en tres niveles de abstracción: Campos – Clases – Intervenciones[122].

Así pues, la estructura de la taxonomía NIC sería la siguiente:

- Campos: constituyen el nivel más abstracto de la Taxonomía.

  Existen 7 campos, numerados del 1 al 7 y cada uno de ellos con una definición que delimita el tipo de resultados que están incluidos en el mismo. Los siete dominios son:

  - Campo 1. Fisiológico: básico.
  - Campo 2. Fisiológico: complejo.
  - Campo 3. De la conducta.
  - Campo 4. Seguridad.
  - Campo 5. Familia.
  - Campo 6. Sistema sanitario.
  - Campo 7. Comunidad.

- Clases: están constituidas como los grupos de intervenciones relacionadas dentro de cada campo. Constituyen un nivel más concreto, asignándole a cada clase una letra mayúscula de la A a la Z, y las letras minúsculas a, b, c y d.

  En total existen 30 clases, cada una con su definición

- Intervenciones: que constituyen el nivel más específico dentro de la clasificación, representan aspectos concretos del concepto de logro. Presentan un código único. Algunas intervenciones se encuentran en dos clases, pero están codificadas de acuerdo a la clase principal.

  Actividades: Debido al gran número de actividades, no están codificadas.

La sexta edición publicada de esta Clasificación es de 2013, y presenta un total de 554 Intervenciones.

3.6.3. Intervención enfermera en la fase de Ejecución

En esta fase del PAE, la enfermera utiliza las intervenciones que tiene a su disposición para conseguir los objetivos establecidos en los Resultados enfermeros de la fase de Planificación, y para ello sigue los siguientes pasos:

Elección de los tratamientos más eficaces.

Al llegar a esta fase del PAE, la enfermera dispone de una información completa del diagnóstico de enfermería que le permite seleccionar las intervenciones más adecuadas a cada caso, teniendo en cuenta que:

- Los tratamientos deben ir siempre enfocados a la causa que origina el problema, que es la única manera de poder resolver, mejorar o controlar el problema de cuidados

  Las intervenciones van dirigidas a reducir o eliminar los factores etiológicos causantes del diagnóstico enfermero, los factores relacionados en caso de diagnósticos reales o factores de riesgo si son diagnósticos de riesgo. Los factores etiológicos de los diagnósticos enfermeros siempre deben describir situaciones sobre las cuales pueda actuar la enfermera con sus intervenciones.

- En algunas ocasiones las enfermeras pueden precisar la utilización de intervenciones que van dirigidas a alguna de las manifestaciones del diagnóstico enfermero, y no a la causa del mismo, realizando en esas ocasiones tratamientos sintomáticos, y no tratamiento del diagnóstico enfermero.

  Esta situación se presenta cuando la intensidad en la presencia de alguna de las manifestaciones o la repercusión en la persona es muy relevante y precisa la actuación inmediata de la enfermera sin poder esperar al efecto de las intervenciones aplicadas para resolver el problema actuando sobre la causa del mismo.

  Esta situación también se presenta cuando la enfermera ha establecido la presencia de un diagnóstico enfermero, pero no ha podido llegar a conocer la causa del mismo, dirigiendo su tratamiento a las manifestaciones del mismo hasta que conozca la causa.

  En estos casos, las intervenciones utilizadas por la enfermera se denominan intervenciones sintomáticas, ya que no abordan el tratamiento del problema de cuidados, sino alguno de sus síntomas o manifestaciones, y por tanto servirán

para mejorar esos síntomas o manifestaciones de manera temporal, pero no para la resolución del diagnóstico enfermero.

Diagnóstico ⟶ Tratamiento

Las intervenciones enfermeras tienen como objetivo la consecución de los Resultados de Cuidados reflejados en la fase de Planificación.

Diagnóstico + Objetivos ⟶ Intervenciones.

Este principio es complementario con el anterior, sobre todo teniendo en cuenta que los objetivos se fijan teniendo en cuenta la causa que origina el diagnóstico enfermero:

Diagnóstico + Factor etiológico = Objetivos (Resultados).

Por lo tanto en la elección de las intervenciones enfermeras se debe tener en cuenta tanto el diagnóstico de enfermería como el resultado de cuidados que se pretende conseguir:

Diagnóstico + Objetivos (Resultados)= Intervenciones.

Ejecución de los tratamientos seleccionados.

Una vez determinado los tratamientos enfermeros más eficaces para la resolución del problema de cuidados, la enfermera procede a la aplicación de los mismos.

Los tratamientos que utiliza la enfermera se denominan “Intervenciones de enfermería”, que se definen como el tratamiento basado en el conocimiento y juicio clínico que realiza la enfermera para mejorar los resultados esperados del paciente.

A diferencia de lo que sucede en los diagnósticos enfermeros o en la planificación de resultados del paciente donde éste es el centro de interés, en las intervenciones de enfermería el centro de interés es la conducta enfermera, y todo aquello que las enfermeras realizan para ayudar al paciente a avanzar hacia un resultado deseado.

Dependiendo de la forma de aplicar las intervenciones enfermeras, se pueden clasificar en:

- Intervenciones directas. Son aquellas intervenciones que realiza la enfermera en interacción directa con la persona, e incluyen tanto las intervenciones fisiológicas, como las psicosociales.

- Intervenciones indirectas. Son las que realiza la enfermera lejos de la persona, pero en su beneficio. Incluyen actuaciones sobre las personas y el ambiente que rodea a la persona, y la colaboración interdisciplinaria.
- Intervenciones sobre la comunidad. Son aquellas intervenciones que realiza la enfermera en su labor de prevención, fomento y mantenimiento de la salud de la población.

Dependiendo del origen y grado de autonomía de la enfermera en la aplicación de la intervención, se pueden clasificar en:

- Intervenciones independientes. Son los tratamientos que pone en marcha una enfermera en respuesta a un diagnóstico de enfermería. Se trata de acciones autónomas de la enfermera, basada en fundamentos científicos y en beneficio de la persona.
- Intervenciones colaborativas están constituidas por los tratamientos llevados a cabo por las enfermeras en respuesta a problemas diagnosticados e iniciados por otros profesionales sanitarios.
- Intervenciones administrativas, que se definen como las acciones realizadas por una persona con un cargo administrativo de enfermería (director de enfermería u otro cargo de enfermería) para favorecer la actuación de los miembros del personal con el objeto de fomentar mejores resultados para el paciente.

La aplicación de una Intervención supone la realización de una serie de acciones terapéuticas concretas denominadas “Actividades enfermeras”.

Las actividades son actuaciones concretas y específicas que desarrolla una enfermera para la realización de una intervención y favorecer la consecución de los resultados esperados. Permiten individualizar la aplicación de la Intervención en cada situación específica, no existiendo un número mínimo ni máximo de actividades que se considere necesario para considerar realizada la intervención, sino las que la enfermera considere necesario realizar en cada caso. También permiten dar continuidad al tratamiento enfermero, facilitando la realización y continuación de un tratamiento (Intervención) por diferentes enfermeras, donde cada una realiza distintas actuaciones (Actividades) que se complementan.

La efectividad de la aplicación de estas Intervenciones se puede medir a través de los Resultados de enfermería, y depende de dos elementos fundamentalmente:

- Del desarrollo de las fases anteriores del PAE que permita realizar una selección efectiva de las intervenciones.
- Del conocimiento, habilidad de la enfermera para la realización de la intervención.

3.6.4. Utilidad de la fase de Ejecución

En esta fase se aplican los tratamientos, intervenciones enfermeras, para:

- La consecución de los objetivos fijados en la fase de Planificación mediante los Resultados de enfermería.
- La resolución/mejoría de los problemas de cuidados.

Según Hahn[123] la importancia clínica de las intervenciones enfermeras es que deben apuntar a un enfoque centrado en el paciente para apoyar la autogestión en salud. No solo sirven como guía para planificar intervenciones preventivas sino también para reducir las disparidades de salud entre las personas con diferentes necesidades de aprendizaje.

3.7. EVALUACIÓN

3.7.1 Concepto Evaluación

La evaluación del estado de salud global de una persona es un concepto muy amplio que debe ser abarcado por diferentes profesionales sanitarios, pero si se centra en el ámbito de competencia de los cuidados, responsabilidad de la enfermera, en el proceso de evaluación es necesario tener en cuenta tres aspectos esenciales[124]:

- El estado general de la persona, reflejado por las manifestaciones, objetivas y subjetivas, del estado de bienestar y salud de la persona.
- La progresión del proceso de cuidados, controlado a través de las modificaciones positivas o negativas en las manifestaciones (signos y/o síntomas) del problema de cuidados existente en la persona. Esta evaluación permite conocer la efectividad de los tratamientos aplicados por la enfermera para la resolución del problema de cuidados.
- La vigencia del Plan de Cuidados establecido, reflejado por la evolución percibida del mismo.

3.7.2. Indicadores de los Resultados de cuidados.

La evaluación indica la efectividad de los cuidados practicados por la enfermera para la consecución de los objetivos establecidos en los Resultados de Cuidados.

Hay que tener en cuenta que aunque la evaluación constituye un elemento de retroalimentación continuo en todas las fases e inter fases del Proceso, se plantea de manera independiente como fase ultima del PAE.

No todos los tratamientos de cuidados (intervenciones enfermeras) que son efectivos para conseguir los Resultados de Cuidados establecidos, tienen que ser obligatoriamente efectivos para resolver el problema de cuidados, por lo que se debe tener en cuenta estos dos aspectos para programar nuevas actuaciones si es preciso.

Al hablar de evaluación hay que tener en cuenta:

- Aspectos que hay que evaluar: situación inicial, proceso de cambio, resultados alcanzados.
- Cronología de la evaluación: la evaluación debe ser continua y permanente a lo largo de todo el proceso.

- Metodología de la evaluación: las técnicas o instrumentos para realizar las evaluaciones pueden ser distintos tipos: cuestionarios, observación, auditorías.
- Responsabilidad de la evaluación: si se considera que el proceso de atención de enfermería dirigido a la familia y a la comunidad es un trabajo conjunto entre profesional y cliente, en el que éste hace un papel activo, es evidente que el cliente es uno de los elementos fundamentales en la evaluación. Nadie mejor que él puede determinar sus progresos y el alcance de los objetivos.
- Registro de los datos: la anotación del plan de cuidados es un paso imprescindible para mantener la continuidad de los cuidados y evaluar posteriormente los procedimientos y los resultados alcanzados.

En resumen la evaluación enfermera permite:

- Conocer la existencia de signos y síntomas sugerentes de necesidades de cuidados susceptibles de ser tratados por la enfermera.
- Confirmar la presencia de los problemas detectados.
- Registrar la situación en la que se encuentran los objetivos planeados conseguir con el plan de cuidados.
- Adecuar la planificación de los cuidados al estado de la persona.
- Mejorar la efectividad del tratamiento enfermero, mediante intervenciones específicas a los problemas detectados.
- Conocer la vigencia del plan de cuidados instaurado.

3.7.3. Actuación enfermera en la fase de Evaluación

En la evaluación del PAE, la actuación de la enfermera está centrada en conocer el progreso realizado hacia la consecución de los objetivos fijados por la persona, mediante una nueva valoración que será comparada con la realizada al comienzo del mismo.

En este proceso la enfermera sigue los siguientes pasos:

- En primer lugar valora la situación inicial de la persona realizando un valoración y recogida de información en relación al Resultado de Cuidados seleccionado. Para ello utiliza una serie de Indicadores concretos de ese Resultado que le permiten conocer de manera objetiva la situación inicial del Resultado.

- A continuación establece el objetivo que quiere llegar a conseguir en ese Resultado.
- Posteriormente, y en sucesivas evaluaciones, realiza una nueva valoración de la situación en la que se encuentran los Indicadores seleccionados inicialmente, lo que le permite compararlo con la situación anterior y realizar una comparación de la situación en la que se encuentra el Resultado de Cuidados y el objetivo planteado.
- Por último, es capaz de sacar conclusiones sobre la progresión del PAE hacia la consecución de dichos Resultados

3.8. ATENCION DOMICILIARIA

La Atención Domiciliaria (AD) es un servicio de asistencia y cuidados sanitarios y sociales que se prestan en el propio domicilio de la persona que no tiene la capacidad, generalmente física, suficiente para acudir al centro de salud.

En la literatura se pueden encontrar distintas definiciones de AD:

Torra i Bou[125] la define como: *" Conjunto de actividades que surgen del contexto de una planificación previa, desarrollada por los profesionales que integran el equipo multidisciplinario de atención de salud y que tienen como objetivo proporcionar atención en salud, mediante actividades que incluyen contenidos de promoción, protección, curación y rehabilitación, dentro de un marco de plena corresponsabilización del usuario y/o familia con los profesionales del equipo de salud, en el domicilio de aquellas personas que, debido a su estado de salud o a otros criterios previamente establecidos por el equipo, no pueden desplazarse al centro de atención primaria"*

Ramos Calero[126] lo sintetiza diciendo que es: "*El conjunto de actividades que tienen por objeto proporcionar atención domiciliaria, al individuo y a la familia en su domicilio, de acuerdo a sus necesidades y asumiendo con ellos la corresponsabilidad del cuidado, continuo e integral, en coordinación con los demás miembros del equipo y con otros servicios sociales y sanitarios".*

El Servicio Madrileño de Salud[127] a través del documento de AD publicado para Atención Primaria la define como: *"el conjunto de actividades socio-sanitarias que se presta en el domicilio de las personas y que nos permite prevenir, valorar y tratar los problemas y necesidades en salud del individuo y la familia, asumiendo con ellos la corresponsabilidad del cuidado integral y continuo".*

No se debe confundir con la asistencia domiciliaria que se suele prestar a demanda del usuario. Esta es una atención puntual, individual, episódica y con escasa participación de la familia y de otros integrantes del equipo de salud.

En las definiciones anteriores se puede advertir que la atención domiciliaria tiene un carácter integral, continuo en el tiempo, suele ser programada, fomenta el auto cuidado, estimula la participación de la familia y conlleva un trabajo con otros profesionales del centro de salud. Proporciona una atención bio-psico-social.

3.8.1. Interés de la Atención Domiciliaria

En los últimos años ha aumentado el interés por la AD y entre las principales razones se pueden advertir las siguientes[128]:

- La presión demográfica derivada del envejecimiento poblacional que supone un aumento de la demanda de cuidados de salud, sobre todo dirigidos a suplir o compensar la pérdida de capacidad de auto cuidado.
- La creciente incorporación femenina al mercado laboral, cuidador principal tradicional en las familias, junto a la dispersión geográfica familiar, ha provocado en la mayoría de los países desarrollados una disminución de la disponibilidad de cuidadores informales.
- Las políticas de sustitución del hospital por actuaciones a nivel ambulatorio y los cuidados a nivel institucional (Centros residenciales, hospitales de media y larga estancia, etc.) por distintas formas de atención en el domicilio.
- Los cambios en el tipo y complejidad de los cuidados que se pueden realizar en el domicilio relacionado con una mejor preparación de los enfermeros y los avances en tecnología con los que cuentan.
- El incremento de los gastos que genera esta población relacionado con el consumo de recursos sanitarios y socio sanitarios

Aunque la gama de servicios prestados en el domicilio pueden incluir distintos profesionales como médicos, fisioterapeutas o terapeutas ocupacionales, son las enfermeras y los cuidados enfermeros a domicilio los que constituyen la base de los cuidados a largo plazo.

El estudio *Home Care across Europe*[129] realizado a nivel europeo se destaca que los principales beneficiados de la AD son las personas mayores. Los datos varían de unos países a otros pues la consideración de la AD y la forma de medirla es diferente.

Las menores cifras se dan en Croacia y las mayores en Holanda y Suecia, entre el 0,3 y 4,8 % de la población total.

En los países escandinavos y países bajos la AD está más extendida mientras en los países de Europa oriental es menor.

La AD difiere entre países. Algunos (Nórdicos) se centran en la atención básica y en otros (Alemania, Italia) enfatizan en la ayuda intensiva y cuidados a pocas personas pero con altos niveles de necesidad.

En el euro barómetro del 2007, en casi todos los países las personas dependientes prefieren la AD a la asistencia institucional.

En el informe del año 2012 sobre la personas mayores en España publicado por el IMSERSO[130] se destaca que reciben ayuda a domicilio el 4,65% de la población concentrándose el 68% de las personas atendidas en 5 comunidades, Cataluña, Madrid, Andalucía, Castilla-León y Castilla-La Mancha, donde el número de personas mayores es más elevado.

3.8.2. Programación de la Atención Domiciliaria.

La AD es una actividad programada, donde se debe tener una visión global de la persona, considerándolo junto con la familia de una unidad.

La enfermera para ello debe:

- Conocer a todos aquellas personas inmovilizadas asignadas.
- Establecer una coordinación entre los distintos niveles que actúan en la AD.
- Conocer los recursos sociales y su conexión con los de salud.
- Respetar costumbres, medio socioeconómico, cultural y religioso de la familia.
- El instrumento de la AD será la visita al domicilio.

El programar la AD responde a la intención del equipo multidisciplinar de prestar continuidad en los cuidados en todos los aspectos que afectan a la salud, desde la prevención a la curación y rehabilitación.

3.8.3. Población a quien se dirige la Atención Domiciliaria.

La priorización de los problemas de salud y las necesidades de cuidados son los que determinan las personas que se incluyen en la atención a domicilio [131].

Para poder delimitar claramente que personas son susceptibles de ser incluidos o excluidos del programa de AD es necesario establecer unos criterios. Estos se pueden establecer en función de factores como la edad, patología, aspectos demográficos, características socioeconómicas o de población e incluso en virtud de pertenencia a determinados núcleos étnicos.

Esto dependerá de la orientación de los programas establecidos que a su vez estarán determinados por los objetivos del equipo asistencial, las necesidades de la comunidad, los recursos disponibles y por las decisiones políticas.

Los criterios generales de inclusión, a quien va dirigida la atención domiciliaria son:

- Personas que padecen enfermedad crónica invalidante o tienen una discapacidad de origen multicausal, que les impide el desplazamiento al Centro de Salud.
- Personas con un problema de salud que requiere asistencia sanitaria frecuente, con condicionantes socio familiares que les impiden la asistencia regular al centro de salud. Se incluyen en el programa temporalmente hasta que se resuelva el problema de salud o desaparezcan los condicionantes.
- Los ancianos de alto riesgo (mayores de 80 años, situaciones de soledad, aislamiento social, bajo soporte familiar, situaciones de duelo, etc) que precisan una valoración multidimensional en el domicilio.
- Personas con enfermedad en fase terminal, independientemente del tipo de patología.

Básicamente se reducen a personas imposibilitadas de acudir al centro de salud que precisen atención y/o cuidados de forma puntual o permanentes controles periódicos.

Los criterios de exclusión se determinan por las características del equipo de atención y por la comunidad en la que trabaja.

Hay programas que excluyen a los desplazados o los que viven fuera de la zona básica de salud o si solamente presentan problemática social. En otros casos se excluyen determinadas situaciones como aquellas personas que no desean que se les visite en casa o que padezcan alguna enfermedad por ejemplo mental que lo impida.

3.8.4. Intervención en Atención Domiciliaria.

Las líneas de acción en atención domiciliaria deben dirigirse a:

- Una atención integral, personalizada y centrada en las necesidades de la persona.
- Definir la población objetivos (incluidos y excluidos).
- Categorizar a los beneficiarios en función del nivel de dependencia y/o riesgo.

- Aplicar el Proceso de Atención de Cuidados.
- Determinar las necesidades de personal y nivel de preparación de éste.
- Definir los costes de esta atención domiciliaria.

3.8.5. Objetivos de la Atención Domiciliaria.

Ya en la conferencia de Atención Domiciliaria celebrada en Lombardía[132] en 1995 se establecieron los principios básicos de la AD:

1. El objetivo de la AD es proporcionar los mejores cuidados sanitarios en el domicilio del paciente, asumiendo la responsabilidad del cuidado continuo.

2. Se debe asegurar la coordinación entre los servicios sociales y sanitarios.

3. la cartera de servicio debe ser clara para los pacientes y la comunidad.

4. Se debe realizar un estudio de las necesidades del paciente para diseñar un plan individualizado de cuidados.

5. La AD debe ser multidisciplinar.

6. Deben asegurarse niveles de respuesta rápida a los cambios en el estado del paciente.

7. La AD debe garantizar:

    - La información a pacientes y familia
    - Confidencialidad
    - Higiene adecuada
    - Coordinar la transferencia a otros niveles asistenciales
    - Calidad asistencial

Objetivos de la atención domiciliaria:

- Proporcionar cuidados de salud a las personas y a las familias ayudándolos a conseguir un mayor nivel de bienestar.
- Mejorar el nivel de educación sanitaria individual y familiar fomentando la actitud positiva ante sus necesidades de salud.

- Conocer el entorno familiar en los aspectos relacionados con la salud y aconsejar sobre la asunción de medidas preventivas en las actividades de la vida diaria.

Para ello se ha de procurar:

- Actuar sobre las necesidades identificadas y no satisfechas de la persona y la familia.
- Conseguir el compromiso del auto cuidado.
- Lograr la mayor autonomía individual y familiar evitando lo más posible la dependencia del sistema.

3.8.6. Modelos de organización de la Atención Domiciliaria

Existen diversos modelos asistenciales de atención a las personas en el domicilio[133].

Tanto a nivel nacional como internacional se han probado distintas formas de atención, con participación de diferentes profesionales, con diferente dependencia funcional o dirigidos a diferente tipo de personas.

En la actualidad parece estar claro que la responsabilidad principal de la AD recae en el Equipo de Atención Primaria (EAP) según el modelo definido en la conferencia de Alma Ata[134]. Esto se basa en motivos asistenciales, conceptuales (basados en los principios de la Atención Primaria, en la continuidad asistencial y la visión del ámbito asistencial del domicilio), de eficacia (proximidad, disponibilidad, atención integral, conocimiento del ámbito familiar y social, la historia de salud de la persona, etc.) y de eficiencia (disminución de costes).

Hay otros modelos asistenciales que vienen a ser recursos y fórmulas de apoyo al EAP como respuesta a la creciente demanda derivada del aumento de las personas que precisan esta atención, de la mayor complejidad clínica, funcional, mental o social.

Estos recursos se caracterizan:

- Ofrecer apoyo al EAP.
- Coordinación entre niveles asistenciales.
- Están formados por equipos multidisciplinares.
- Su actuación suele ser puntual.
- No atienden a la totalidad de pacientes domiciliarios, sino a diferentes perfiles.

Los equipos de apoyo pueden ser:

- Dependientes de atención primaria como los Equipos Soporte de Atención Domiciliaria (ESAD) [135] y los Programa de Atención Domiciliaria y Equipos de Soporte (PADES).
- Atención Geriátrica a Domicilio (AGD) dependiente de un servicio hospitalario de geriatría.
- Unidades de Cuidados Paliativos (UCP). Con desarrollo anárquico y dependencia funcional variada.

Las principales diferencias entre los ESAD y AGD son:

- La población diana de los AGD son pacientes geriátricos.
- La AGD depende de un servicio hospitalario
- Los médicos de los AGD son especialistas en geriatría
- La coordinación con otros servicios hospitalarios es más asequible en los AGD.

3.9. LA PERSONA INMOVILIZADA

Según el criterio de inclusión en el servicio de AD a pacientes inmovilizados, de la cartera de Servicios estandarizados de Atención Primaria de Madrid[4], se consideran personas inmovilizadas a aquellas que:

- Pasan la mayor parte del tiempo en cama y sólo pueden abandonarla con ayuda de otras personas.
- Tienen dificultad importante para desplazarse (les impide salir de su casa) independientemente de la causa.

Se considera un criterio de buena atención el que en la historia conste el diagnostico concreto que motiva su inclusión como inmovilizado.

Estas personas deben tener una valoración funcional que incluya al menos:

- Problemas de salud
- Riesgo de caídas
- Actividad/Ejercicio: existencia de barreras arquitectónicas, el uso de ayudas para la movilidad, la actividad física que realiza.
- Valorar sueño/descanso.
- Eliminación: estreñimiento, incontinencia
- Identificación de la persona cuidadora principal.

A la hora de realizar una valoración es importante la utilización de escalas validadas. Estas permitirán determinar la situación basal de la persona, determinar el impacto de lo que se quiere medir, transmitir la información de forma objetiva, poder valorar los cambios y la respuesta a los tratamientos.

Es básico conocer el grado de dependencia para las actividades básicas (índice de Barthel) e instrumentales (Lawton-Brody) de la vida diaria.

También es necesario valorar el riesgo de padecer úlceras por presión utilizando la escala de Norton.

Es preciso conocer y valorar el grado de riesgo social, la vulnerabilidad y probabilidad de que su salud se vea afectada por condicionantes externos.

El plan de actuación con estas personas debe incluir:

- Un plan de actuación según las necesidades detectadas y los problemas identificados en el paciente y/o familia.

- Un trabajo específico de atención al cuidador principal, valorando el índice de esfuerzo e identificando signos de sobrecarga. Dar paso a la expresión de sus emociones y aconsejar e informar sobre cuidados del que cuida sino también para él mismo.

Se considera aceptable al menos una visita domiciliaria mensual si Barthel es< de 35 o Norton < de 14.

En cada una de las visitas a domicilio se debe valorar los cambios respecto a la visita anterior, revisar el plan de cuidados, modificándolo si es preciso (teniendo en cuenta las fases del PAE). No hay que olvidar el entorno del paciente y dedicar tiempo a atender también a sus cuidadores.

3.10. REGISTROS ELECTRÓNICOS. HISTORIA CLINICA INFORMATIZADA (HCI)

La informática desempeña un lugar destacado en nuestra vida diaria. Nos facilita el acceso a una serie de servicios que hasta hace poco ni imaginábamos.

En el aspecto sanitario y concretamente enfermero es una herramienta que ha supuesto un cambio importante en la ayuda a mejorar la atención enfermera.

La implantación de la HCI puede mejorar la atención sanitaria, facilitando la utilización de la Metodología Enfermera, reduciendo la posibilidad de error y mejorando la seguridad del paciente[136-138].

En la actualidad la historia clínica informatizada se utiliza en todos los servicios de salud tanto en atención primaria como en atención especializada.

Esta herramienta, una más en el trabajo enfermero, agiliza el registro de las actividades realizadas, potencia el seguimiento y facilita la investigación al facilitar la explotación de datos.

La informatización ayuda a que la calidad de la información recogida sea mayor favoreciendo la comunicación ente profesionales además de servir de medida para la intervención enfermera.

En un estudio realizado en Noruega en pacientes que precisaban continuidad de cuidados al alta hospitalaria que utilizaron modelos estandarizados de registro de enfermería se observó un incremento de la información descrita respecto a conocimientos, habilidades y aspectos psicosociales de las personas estudiadas, mejorando la continuidad en los cuidados[139].

En otro estudio en Estados Unidos sobre *Registred Nurses*, vieron que los indicadores de calidad de atención mejoraron con la utilización de sistemas electrónicos[140].

La HCI ha evolucionado desde un mero registro de datos en sus inicios hasta ser en la actualidad una herramienta que facilita todas la fases del proceso enfermero, desde la valoración, el diagnóstico enfermero, los resultados e intervenciones.

Esto ayuda a la mejorar del rol enfermero mejorando la actuación sobre las personas que necesitan cuidados.

El PAE es el modelo más utilizado para organizar la información enfermera según un estudio realizado a nivel europeo por Thoroddsen *et al*[141].

Aunque en el ámbito de la profesión enfermera se refuerza el efecto positivo del uso de un lenguaje y registro común, aun así puede ser complejo interpretar los mismos datos

por diferentes enfermeros, incluso cuando existe suficiente información si la valoración se realiza según sistemas de valoración diferentes.

La HCI permite registrar todas las intervenciones enfermeras realizadas, facilitando la continuidad de la atención.

Para facilitar la comunicación de los cuidados se ha desarrollado en determinados campos asistenciales la utilización de lenguajes estandarizados de Enfermería. Esto favorece a su vez evaluar la calidad de la atención y disminuye la demanda cognitiva de los enfermeros.

En la Comunidad de Madrid se utiliza el sistema informático AP-MADRID que consta de un módulo Enfermero a través del cual se puede ir desarrollando todas las fases del proceso enfermero. La valoración según los Patrones Funcionales de Marjory Gordon, las taxonomías NANDA, NIC y NOC para registrar diagnósticos enfermeros, los resultados y las intervenciones enfermeras[142].

Actualmente este módulo es un gestor de cuidados que se caracteriza por:

- Estar integrado en la HCI del paciente.
- Utiliza lenguaje estandarizado.
- Dispone de sugerencias diagnósticas en base a la valoración realizada
- Enlaza el diagnóstico realizado con sus características definitorias y factores relacionados.
- Tiene un sistema de ayuda de sugerencias de resultados e intervenciones según el diagnóstico hecho.
- Los planes de cuidados pueden ser individualizados o estandarizados

3.11. SITUACIÓN ACTUAL DE LAS PERSONAS INMOVILIZADAS

En la actualidad el porcentaje de mayores de 65 años supera el 30% de la población. Sin embargo, el número de inmovilizados parece ser menor al esperado[10, 14].

En cuanto a variables socio demográficas, los pacientes que requieren atención en el domicilio suelen ser mujeres, mayores de 80 años y con moderada dependencia[10, 13-16].

Aunque la enfermera lidera la atención domiciliaria, la mayoría (60%) no utiliza protocolo alguno, siendo la mayor parte de las actuaciones fuera del centro la aplicación de tratamientos, curas y constantes[15, 17].

Se destaca las dificultades para poder utilizar la metodología enfermera de forma habitual por la escasez de recursos materiales y personales, la presión asistencial y el tiempo de dedicación y la motivación profesional[5, 8, 9].

Varios autores están de acuerdo con que la inmovilización se asocia con el aumento de morbi-mortalidad y que la prevención de caídas, la valoración funcional y la atención al cuidador son fundamentales en su disminución[5, 6, 10,18].

La atención en el domicilio debe ser integral y multidisciplinar[10, 21]. La Metodología Enfermera se considera que es un método de trabajo útil en Atención Primaria, pues aporta información sobre la calidad de vida del paciente, permite cuantificar discapacidades y dar cuidados individualizados, disminuyendo la solicitud de atención a demanda y disminuyendo la carga al profesional[8, 12, 19, 20].

Los patrones funcionales más valorados son el nutricional-metabólico y el de actividad-ejercicio

Diferentes estudios coinciden en que es mejorable la valoración funcional, la atención al cuidador y que hay que insistir e incentivar la aplicación del Proceso de Atención Enfermero [5, 18 ,20].

En octubre de 2015, en la I Jornada Nacional de Atención domiciliaria celebrada en el Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad, en Madrid y Organizada por la Federación de Asociaciones de Enfermería Familiar y Comunitaria (FAECAP) se realizó un manifiesto por la calidad de los cuidados en el domicilio [143]. En el mismo se exponía la necesidad de cambio en el sistema sanitario, impulsando la AD, para poder dar respuesta a las nuevas necesidades de salud de la sociedad de hoy en día y favorecer la sostenibilidad del sistema sanitario público.

Propone un Decálogo por la Calidad de los Cuidados en el Domicilio a considerar por la administración, los agentes sociales, pacientes y por la sociedad en su conjunto:

1. *Las organizaciones sanitarias deben garantizar una AD que oferte cuidados eficaces y efectivos, que incluyan la prevención, la curación la convalecencia y la rehabilitación.*
2. *En AD el principal objeto de cuidado la persona enferma, el cuidador principal y la familia.*
3. *La AD debe garantizar una atención interprofesional que dé respuestas a estas necesidades especialmente a la población más frágil y dependiente.*
4. *Los principales ejes de la Atención Domiciliaria son la calidad, la seguridad, la personalización y la continuidad de cuidados.*
5. *Todas las actividades que se realizan en el domicilio deben establecerse en el marco de guías clínicas y protocolos basados en la evidencia. Deben definirse indicadores de calidad y coste – efectividad que permitan una evaluación y mejora continua de los cuidados a domicilio.*
6. *6. Es preciso dimensionar la atención domiciliaria con criterios científico – técnicos para asegurar una dotación de recursos adecuados y suficientes que permitan compensar los déficits socio familiar y disminuir las hospitalizaciones potencialmente evitables.*
7. *La enfermera es el agente de salud de referencia en el domicilio, quien debe asegurar la participación activa del paciente en la toma de decisiones sobre su cuidado y apoyar a los cuidadores familiares respetando y reforzando su rol de cuidadores.*
8. *La AD requiere de unos sistemas de información integrados que faciliten el tránsito del paciente por el sistema socio sanitario y que faciliten el registro y la exploración de los indicadores descritos en las guías.*
9. *Para una AD de calidad y eficiente es imprescindible la mejora continua y la innovación en la prestación de cuidados, el uso de nuevas tecnologías para la gestión de la información, la metodología de la gestión de casos, los tele cuidados y cuantas otras innovaciones aporte la investigación científica.*
10. *Unos cuidados domiciliarios de calidad deben asegurar la accesibilidad, disponibilidad y comunicación efectiva entre familias y profesionales de la salud, utilizando todos los medios de comunicación disponibles (teléfono, mensajes de texto, correo electrónico, redes sociales, etc.).*

4. MATERIAL Y MÉTODO

4.1. DISEÑO DEL ESTUDIO

Diseño del estudio

- Estudio observacional descriptivo transversal.

Ámbito del estudio

- Centros de Salud pertenecientes a la Dirección Asistencial Sureste de Madrid (DASEM).

Objeto de estudio

- Registros realizados en las historias clínicas informatizadas de las personas inmovilizadas adscritas a la DASEM.

4.2. SUJETOS

Sujetos del estudio

- Personas incluidas en el Servicio de Atención Domiciliaria a Pacientes Inmovilizados en la HCI de AP-Madrid durante el periodo de tiempo de estudio (Del 1 de enero de 2014 al 31 de diciembre de 2014).

Criterios de inclusión

- Personas incluidas en el servicio de Atención Domiciliaria a Pacientes Inmovilizados y que tengan algún registro recogido en la HCI durante el periodo de estudio.

Criterios de exclusión

- Pacientes sin información accesible, ya sea por fallecimiento, cambio de domicilio o traslado a residencia de mayores y que por tanto no tengan HCI activa en AP Madrid.

Fuentes de datos

- Los registros realizados en la HCI de Atención Primaria de la Comunidad de Madrid (AP-Madrid)
- La HCI agrupa los datos introducidos en relación a los Planes de Cuidados en cuatro tablas que se detallan a continuación:

Tabla 11. Tablas utilizadas en el estudio

Tablas	Datos obtenidos	nº registros	inmovilizados
INMV_DGPs	Variables Patrones funcionales	126866	5293
PC_INMV	DdE	8973	3719
INMV_NOC	Objetivos	14266	3647
INMV_NIC	Intervenciones	16704	3590

Selección población de estudio

Dado que es posible acceder al universo de la población objeto de estudio no es necesario seleccionar una muestra.

4.3. VARIABLES DEL ESTUDIO

La recogida de datos o variables de cada persona se ha realizado según criterios de valoración estandarizados, relacionados con su salud y siguiendo el modelo de patrones funcionales de Marjory Gordon con el que se trabaja en Atención Primaria en la Comunidad de Madrid.

Se ha utilizado la clasificación de criterios de valoración enfermera desarrollada dentro del proyecto de Conocimiento Enfermero Estandarizado (CENES) y publicado por el Observatorio de Metodología Enfermera de la Fundación para el Desarrollo de la Enfermería (FUDEN) [22].

Aunque hay definidos varios criterios para valorar cada uno de los patrones funcionales, se han utilizado aquellos registrados de uso habitual y de los que se ha podido obtener información, con el fin de poder establecer si el juicio clínico de dichos patrones es eficaz, alterado o en riesgo.

Se ha valorado el registro de las variables de estudio en el periodo de tiempo establecido, entre el 1 de enero y el 31 de diciembre de 2014.

Las variables objeto de estudio son:

- A. Variables socio demográficas: Edad, sexo.
- B. Variables resultantes de la valoración y registro en la historia informatizada de AP- Madrid de los criterios más relevantes de cada uno de los patrones funcionales de salud de Gordon:
    1. Percepción/ manejo de la salud.
    2. Nutricional/Metabólico.
    3. Eliminación.
    4. Actividad/Ejercicio.
    5. Sueño/Descanso.
    6. Cognitivo/Perceptual.
    7. Auto percepción/Auto concepto.
    8. Rol/Relaciones.
    9. Sexualidad/Reproducción.
    10. Adaptación/Tolerancia al estrés.
    11. Valores y creencias.
- C. Variables relacionadas con el registro de diagnósticos enfermeros.
- D. Variables relacionadas con el registro de resultados enfermeros.
- E. Variables relacionadas con el registro intervenciones enfermeras.
- F. Variables relacionadas con el seguimiento y evaluación del plan de cuidados

4.3.1. Obtención de variables

Las variables se han obtenido del Formulario Protocolo de Enfermería versión 1.0 del Tapiz de Plan de Cuidados de AP- Madrid de cada una de las historias objeto de estudio (Figuras 5 y 6).

La recogida de datos se ha realizado de forma totalmente anonimizada, respetando el art. 16.3 de la Ley 41/2002, de 14 de noviembre reguladora de la autonomía del paciente y de derechos y obligaciones en materia de información y documentación clínica. No se ha accedido a datos de identificación personal.

Los datos se han conseguido de AP-Madrid de forma centralizada, a través de la Unidad de Apoyo Técnico, mediante sentencias informáticas SQL de las que se han obtenido los Datos Generales del Paciente (DGPs), los datos sobre DdE, resultados e intervenciones enfermeras de interés para el estudio.

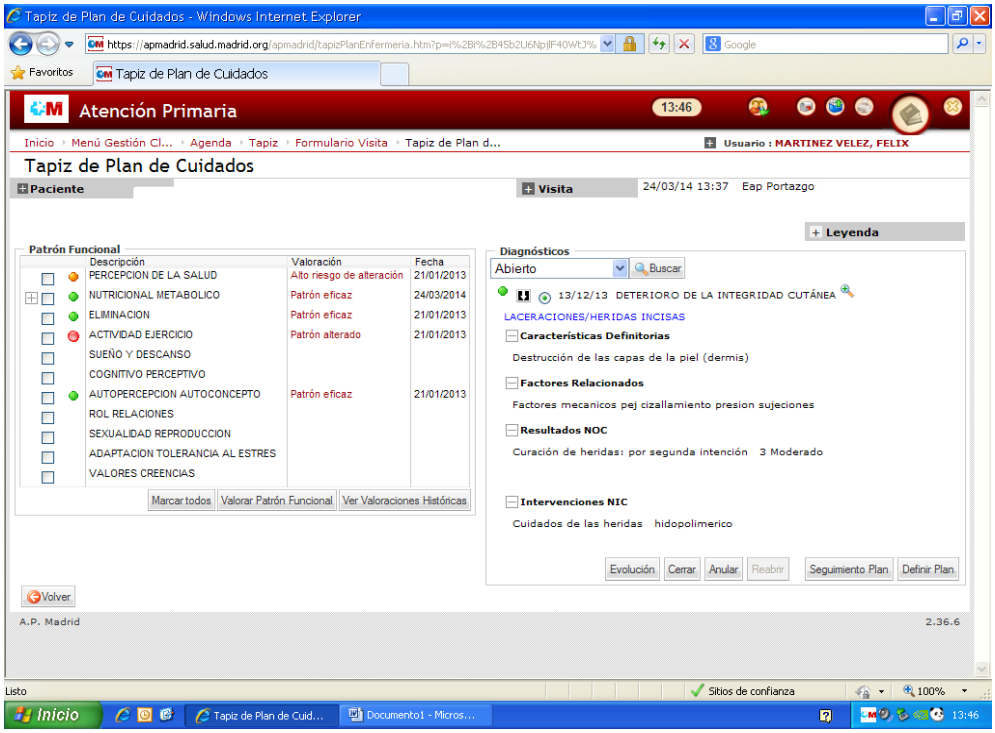


Figura 5: AP- Madrid. Tapiz de cuidados.

Figura 6: AP - Madrid. Evolución Plan de cuidados.

La información obtenida se ha trabajado y completado por el investigador en hojas de Cálculo de Microsoft Excel, donde se tenía registradas las distintas variables del estudio.

Posteriormente, los datos se han exportado al programa estadístico SPSS versión 15.0 para Windows para el análisis de los resultados.

4.3.2. Definición de variables

A continuación se enumera la relación de variables que vamos a utilizar con su identificación en la base de datos, el código estandarizado (si lo tienen como es el caso de la valoración), su definición y su rango de valoración siguiendo el esquema:

Variable. Identificación en la base de datos. Código. Definición. Rango

A. Variables socio demográficas:

Edad. EDAD. 0105. Criterio de valoración numérico para registrar el tiempo en años que ha vivido la persona en el momento de la valoración. Rango: 0-130.

Sexo. SEXO. 0106. Criterio de valoración de valores predeterminados para registrar la condición orgánica, masculina o femenina, de la persona en el momento de la valoración**.** Rango: Hombre – Mujer.

B. Variables resultantes de la Valoración PFG:

1. Percepción/ Manejo de la Salud. V_PAT1**.** Criterio de valoración con valores predeterminados para registrar si este patrón funcional está o no valorado con resultado. Rango: Si – No – Si con resultado.

Estado vacunal. VACUNAS. 4504. Criterio de valoración con valores predeterminados para registrar el estado vacunal de la persona según el calendario de vacunación vigente. Rango: Completa –Incompleta-No registro.

Higiene personal. CVALHIGI. 1001. Criterio de valoración con valores predeterminados para registrar el juicio clínico profesional de la higiene corporal de la persona. Rango: Buena – Mala – Regular.

Problemas de salud. PR_SALUD. 2901. Criterio de valoración del tipo “Si/No” para reflejar la existencia de alteraciones en la salud de la persona. Rango: Si – No.

Hábitos tóxicos. AHABTOX. 4507. Criterio de valoración del tipo “Si/No” para registrar la existencia de hábitos nocivos o peligrosos para la salud. Rango: Si – No.

Riesgo de caídas. CCAIDAS. 1202. Criterio de valoración del tipo “Si/No” para registrar la presencia de pérdidas de equilibrio o estabilidad de la persona. Rango: Si – No.

Alergias. ALERGIAS. 2903. Criterio de valoración del tipo “Si/No” para registrar la presencia de reacciones inmunitarias adversas, en la persona, en presencia de alérgenos. . Rango: Si – No.

Test de Barber. DBARBER. 1404. Criterio de valoración de tipo numérico para registrar el resultado de valoración del test de Barber, que determina la fragilidad en el anciano. Un ítem positivo significa anciano de riesgo. Rango: 1 – 10.

Adhesión al tratamiento farmacológico. CADTRA. 2911. Criterio de valoración con valores predeterminados para anotar la realización completa y adecuada de las indicaciones farmacológicas prescritas para los problemas de salud de la persona. Rango: Adecuada – Inadecuada.

Automedicación. BAPCMEDI. 2912. Criterio de valoración del tipo "Si/No" para reflejar la toma de medicamentos por parte de la persona sin indicación ni control facultativo. Rango: Si – No.

Poli medicación. POLIMED. 2913. Criterio de valoración del tipo "Si/No" para registrar la existencia y realización de múltiples (más de dos) indicaciones farmacológicas diferentes para los problemas de salud de la persona. Rango: Si – No.

Test levántese y ande. L_ANDA. 1203. Criterio de valoración numérico para registrar el resultado de la valoración del test levántese y ande. Valora el riesgo de caídas en el anciano. Rango: 1 – 5.

2. Nutricional / Metabólico. V_PAT2. Criterio de valoración con valores predeterminados para registrar si este patrón funcional está o no valorado con resultado. Rango: Si – No – Si con resultado.

IMC. AK. 0103. Criterio de valoración numérico para registrar el resultado del indicador que relaciona el peso en Kg. y la talla en metros según la fórmula (Peso/ Talla^2). Se considera Bajo peso < 18,49, Normal: 18,5 – 24,99, Sobrepeso: 25 – 29,99, Obesidad: > 30. Rango: 20 – 50.

Ingesta de líquidos al día (ml.). LIQUIDOS. 0306. Criterio de valoración numérico para anotar la ingesta media diaria de líquidos en ml. De la persona. Rango: 1 – 7000.

Problemas para comer. PROB_COM. 0323. Criterio de valoración tipo "Si/No" para anotar la existencia de situaciones que dificultan la alimentación de la persona. Rango: Si/No.

Problemas dietéticos. PROB.DIE. 0307. Criterio de valoración del tipo "Si/No" para registrar la existencia de situaciones anómalas en la dieta de la persona. Rango: Si- No.

Estado nutricional. DENUTRIC. 0330. Criterio de valoración con valores predeterminados para registrar el juicio clínico profesional del estado nutricional de la persona. Rango: Normal – Anormal.

Alteración integridad de la piel. HERIDA. 2511. Criterio de valoración del tipo “Si/No” para registrar la pérdida de la integridad natural de la piel de la persona. Rango: Si – No.

Test de Norton. PUPPN. 2513. Criterio de valoración de tipo numérico para registrar el resultado de valoración del test de Norton, que determina el riesgo de padecer úlceras por presión en la persona. A menor puntuación mayor riesgo. Rango: 1 -20.

3. Eliminación. V_PAT3. Criterio de valoración con valores predeterminados para registrar si este patrón funcional está o no valorado con resultado. Rango: Si – No – Si con resultado.

Incontinencia fecal. INCO_FE. 0509. Criterio de valoración del tipo “Si/No” para reflejar la incapacidad de la persona para el control eficaz de la evacuación del contenido intestinal. Rango: Si – No.

Incontinencia urinaria. CINCOURI. 0606. Criterio de valoración del tipo “Si/No” para reflejar la incapacidad de la persona para el control eficaz de la evacuación urinaria. Rango: Si – No.

Problemas de eliminación cutánea. PRO_CUT. 0701. Criterio de valoración del tipo “Si/No” para registrar la existencia de problemas de eliminación a través de su piel. Rango: Si – No.

4. Actividad / Ejercicio. V_PAT4. Criterio de valoración con valores predeterminados para registrar si este patrón funcional está o no valorado con resultado. Rango: Si – No – Si con resultado.

Test de Barthel (ABVD). DVFIS. 1204. Criterio de valoración de tipo numérico para registrar el resultado de valoración del test de Barthel, que determina la autonomía de la persona para realizar las actividades de la vida diaria. A menor puntuación, mayor dependencia. Rango: 1 – 100.

Test de Barber. DBARBER. 1404. Criterio de valoración de tipo numérico para registrar el resultado de valoración del test de Barber, que determina la fragilidad (situación inestable, con gran probabilidad de caer en situaciones de dependencia o institucionalización) en el anciano. Un ítem positivo significa anciano de riesgo. Rango: 1 – 10.

Deficiencias motoras. DEF_MOT. 1115. Criterio de valoración del tipo “Si/No” para reflejar la existencia de problemas físicos que dificultan la realización de las actividades de la vida diaria de la persona. Rango: Si – No.

Ejercicio físico. EJERCICI. 1103. Criterio de valoración del tipo “Si/No” para anotar la realización de actividad física de forma habitual por parte de la persona. Rango: Si – No.

Tensión arterial. Criterios de valoración de tipo numérico para registrar la valoración de la tensión arterial de la persona. Criterios específicos de valoración: Tensión arterial sistólica. AG. 2607. Rango: 50 - 250; Tensión arterial diastólica. AH. 2608. Rango: 40 – 150.

5. Sueño / Descanso. V_PAT5. Criterio de valoración con valores predeterminados para registrar si este patrón funcional está o no valorado con resultado. Rango: Si – No – Si con resultado.

Problemas con el sueño. CINSOMNI. 1317. Criterio de valoración del tipo “Si/No” para registrar la existencia de dificultades con el patrón del sueño de la persona. Rango: Si – No.

6. Cognitivo / Perceptual. V_PAT6. Criterio de valoración con valores predeterminados para registrar si este patrón funcional está o no valorado con resultado. Rango: Si – No – Si con resultado.

Nivel de consciencia. DCONCIE. 3704. Criterio de valoración con valores predeterminados para registrar el estado de alerta de la persona ante un estímulo sensorial. Rango: Apático – Confuso – No responde – Somnoliento – Alerta.

Test Mini mental. MINIMEN. 3707. Criterio de valoración de tipo numérico para registrar el resultado de valoración del test de Mini mental, que mide el deterioro cognitivo. En > 65 años una puntuación < 24 sugiere deterioro. En < 65 la puntuación ha de ser < 28. Rango: 0 – 35.

Alteraciones sensoriales. AL_PERCE. 0801. Criterio de valoración del tipo “Si/No” para reflejar la existencia de trastornos en alguno de los sentidos corporales de la persona. Rango: Si – No.

Dolor. CDOLOR. 0811. Criterio de valoración de tipo “Si/No” para anotar la presencia de percepción dolorosa de la persona. Rango: Si – No.

7. Auto percepción / Auto concepto. V_PAT7. Criterio de valoración con valores predeterminados para registrar si este patrón funcional está o no valorado con resultado. Rango: Si – No – Si con resultado.

Problemas de autoestima. AG_CONSI. 3518. Criterio de valoración de tipo “Si/No” para reflejar la presencia de una valoración, consideración o aprecio negativo de la persona sobre sí mismo. Rango: Si – No.

Problemas con su imagen corporal. P_COR. 3524. Criterio de valoración de tipo "Si/No" para registrar la presencia de insatisfacción de la persona con su cuerpo e imagen física. Rango: Si – No.

Test Yesavage. YESA. 3509. Criterio de valoración de tipo numérico para registrar el resultado de valoración del test de Yesavage. Escala de valoración para la depresión geriátrica, una puntuación > 5 indica depresión. Rango. 0-15.

Problemas conductuales. P_CON. 3603. Criterio de valoración de tipo "Si/No" para registrar la presencia en la persona de comportamientos alterados, socialmente inaceptados o fuera de la norma establecida. Rango: Si – No.

8. Rol / Relaciones. V_PAT8. Criterio de valoración con valores predeterminados para registrar si este patrón funcional está o no valorado con resultado. Rango: Si – No – Si con resultado.

Convive en. CONV_EN. 1401. Criterio de valoración con valores predeterminados para registrar el tipo de convivencia habitual en la vida de la persona. Rango: Solo – Unidad familiar – Residencia – Otros.

Apoyo familiar. CREDAPYF. 3806. Criterio de valoración con valores predeterminados para registrar la eficacia de la ayuda o apoyo familiar con la que cuenta la persona. Rango: Adecuada – Inadecuada.

Situación socio familiar. BSFMILA. 3804. Criterio de valoración con valores predeterminados para registrar el estado de las relaciones sociales en la familia de la persona. Rango: Adecuada – Inadecuada.

9. Sexualidad / Reproducción. V_PAT9. Criterio de valoración con valores predeterminados para registrar si este patrón funcional está o no valorado con resultado. Rango: Si – No – Si con resultado.

Revisiones ginecológicas. REV_GINE. 0932. Criterio de valoración de tipo "Si/No" para registrar la realización de revisiones ginecológicas pautadas en la mujer. Rango: Si – No.

10. Adaptación / Tolerancia al Estrés. V_PAT10. Criterio de valoración con valores predeterminados para registrar si este patrón funcional está o no valorado con resultado. Rango: Si – No – Si con resultado.

Cambios / Crisis importantes. CRISIS. 2801. Criterio de valoración de tipo "Si/No" para registrar la presencia de cambios o problemas de importancia para la persona en un periodo de tiempo reciente. Rango: Si – No.

Deficiente apoyo familiar situacional. NO_FAM. 3814. Criterio de valoración de tipo "Si/No" para registrar la presencia de un apoyo familiar insuficiente ante situaciones puntuales o problemas concretos de la persona. Rango: Si – No.

11. Valores / Creencias. V_PAT11. Criterio de valoración con valores predeterminados para registrar si este patrón funcional está o no valorado con resultado. Rango: Si – No – Si con resultado.

Conflicto de las terapias con sus creencias. R_TTO. 1622. Criterio de valoración de tipo "Si/No" para registrar la existencia de situaciones de colisión entre los tratamientos necesarios para la salud de la persona y sus creencias religiosas o culturales.

C. Variables relacionadas con DdE:

DdE. Variable de tipo "Si/No" para registrar la existencia de uno o más diagnósticos de enfermería (etiquetas diagnosticas) relacionado con la valoración previa realizada. Rango: Si – No.

Nº DdE. Variable de tipo numérico para registrar el número de diagnósticos de enfermería (etiquetas diagnosticas) relacionados con la valoración previa realizada. Rango: 1 - 10

Tipo DdE. Variable con valores predeterminados para registrar el tipo de diagnóstico de Enfermería. Rango: Real – Riesgo – Salud – Síndrome.

Diagnóstico. Variable de tipo abierto para registrar el diagnóstico concreto de Enfermería.

Características definitorias. Variable de tipo "Si/No" para registrar la existencia de una o más características definitorias asociadas al diagnóstico enfermero realizado. Rango: Si – No.

Factores relacionados. Variable de tipo "Si/No" para registrar la existencia de uno o más factores relacionados al diagnóstico enfermero realizado. Rango: Si – No.

Cód. Diagnóstico NANDA. Variable de tipo numérico para registrar el código de la clasificación NANDA de Diagnósticos Enfermeros.

Dominio diagnóstico. Variable con valores predeterminados para registrar el dominio diagnóstico al que pertenece el diagnóstico realizado. Rango:

1 Promoción de la salud; 2 Nutrición; 3 Eliminación e intercambio; 4 Actividad / Reposo; 5 Percepción / Cognición; 6 Auto percepción; 7 Rol / Relaciones; 8 Sexualidad;

9 Afrontamiento / Tolerancia al estrés; 10 Principios vitales; 11 Seguridad / Protección; 12 Confort; 13 Crecimiento / Desarrollo.

Clase diagnóstico. Variable de tipo abierto para registrar la clase concreta a la que pertenece el diagnóstico de Enfermería.

D. Variables relacionadas con los Resultados Enfermeros.

Resultados NOC. Variable de tipo "Si/No" para registrar la existencia de uno o más resultados de cuidados relacionados con el diagnóstico previo realizado. Rango: Si – No.

Nº de resultados NOC. Variable de tipo numérico para registrar el número de resultados de cuidados NOC relacionados con el diagnóstico realizado. Rango: 1 - 10

Dominio de resultado. Variable con valores predeterminados para registrar el dominio al que pertenece el resultado de cuidados. Rango: D I Salud funcional; D II Salud fisiológica; D III Salud psicosocial; D IV Conocimiento y conducta en salud; D V Salud percibida; D VI Salud familiar; D VII Salud comunitaria.

Clase de resultado. Variable con valores predeterminados para registrar la clase a la que pertenece el resultado de cuidados. Rango: A-Mantenimiento de la energía; B-Crecimiento y desarrollo; C-Movilidad; D-Autocuidado; E-Cardiopulmonar; F-Eliminación; G-Líquidos y electrolitos; H-Respuesta inmune; I-Regulación metabólica; J-Neurocognitiva; K-Digestión y nutrición; AA-Respuesta terapéutica; L-Integridad tisular; Y-Función sensitiva; M-Bienestar Psicológico; N-Adaptación Psicosocial; O-Autocontrol; P-Interacción social; Q-Conducta de Salud; R-Creencias sobre salud; FF- Gestión de

Salud; S-Conocimientos sobre salud; T-Control del riesgo y seguridad; U-Salud y calidad de vida; V-Sintomatología; EE-Satisfacción con los cuidados; W- Desempeño del cuidador familiar; Z-Estado de salud de los miembros de la familia; X- Bienestar familiar; DD-Ser padre; BB-Bienestar comunitario; CC-Protección de La salud comunitaria.

Cód. Resultado NOC. Variable de tipo numérico para registrar el código de la clasificación NOC de resultados enfermeros.

E. Variables relacionadas con las Intervenciones Enfermeras.

Intervenciones NIC. Variable de tipo "Si/No" para registrar la existencia de una o más intervenciones enfermeras teniendo en cuenta del diagnóstico de enfermería realizado y los resultados que se pretenda conseguir. Rango: Si – No.

Nº de intervenciones NIC. Variable de tipo numérico para registrar el número de intervenciones de cuidados NIC relacionados con el diagnóstico realizado. Rango: 1 – 10.

Campo intervención. Variable con valores predeterminados para registrar el campo al que pertenece la intervención en cuidados. Rango: 1 Fisiológico Básico, 2

Fisiológico Complejo, 3 Conductual, 4 Seguridad, 5 Familia, 6 Sistema sanitario, 7 Comunidad.

Clase intervención. Variable con valores predeterminados para registrar la clase a la que pertenece la intervención en cuidados. Rango: A. Control de actividad y ejercicio; B. Control de la eliminación; C. Control de inmovilidad; D. Apoyo nutricional; E. Fomento de la comodidad física; F. facilitación de los autocuidados; G. Control de electrolitos y ácido-base; H. Control de fármacos, I. Control neurológico; J. Cuidados peri operatorios; K. Control respiratorio; L. Control piel/heridas; M. Termorregulación; N. Control de la perfusión tisular; O. Terapia conductual; P. Terapia cognitiva; Q. Potenciación de la comunicación; R. Ayuda para hacer frente a situaciones difíciles; S. Educación a los pacientes; T. Fomento de la comodidad psicológica; U. Control en casos de crisis; V. Control de riesgos; W. Cuidados de un nuevo bebé; Z. Cuidados crianza nuevo bebé; X. Cuidados de la vida; Y. Mediación del sistema sanitario; a. Gestión de asistencia sanitaria; b. Control de la información; c. Fomento de la salud de la comunidad, d. Control de riesgos de la comunidad.

Cód. Resultado NIC. Variable de tipo numérico para registrar el código de la clasificación NIC de intervenciones enfermeras.

Actividades. Variable de tipo “Si/No” para registrar la existencia de una o más actividades enfermeras relacionadas con las intervenciones realizadas. Rango: Si – No.

Nº actividades. Variable de tipo numérico para registrar el número de actividades de cuidados relacionadas con la intervención realizada. Rango: 1 – 10.

F. Variables relacionadas con el seguimiento y evaluación del PAE:

Seguimiento del Pan de cuidados. Variable numérico para registrar la existencia de una o más consultas de seguimiento realizadas posteriormente a la formulación del plan de cuidados. Rango: 1 – 50.

Calidad Plan de Cuidados. Variable de tipo numérico para registrar en número la media de la utilización de las fases del proceso de cuidados enfermero, valoración, diagnóstico, resultados, actividades y evolución. Rango: 0-1.

Efectividad. Evolución. Motivo de cierre del Plan de Cuidados. . Variable con valores predeterminados para registrar el motivo de cierre del Plan de Cuidados. Rango: Abandono – Fallecimiento – Inasistencia – No resolución –Resolución - Seguimiento controlado.

Tiempo de resolución. **Duración del Plan de cuidados.** Variable de tipo numérico para registrar la duración en días del Plan de cuidados. Rango: 0 – 400.

4.4. ESTRATEGIA DE ANÁLISIS DE DATOS

Depuración de la base de datos. Descripción y valoración de valores atípicos y extremos. Detección y etiquetado de valores perdidos y/o no aplicables. Descripción y análisis de la distribución de cada variable, pruebas de normalidad y gráficos de dispersión.

Descripción general de las variables del estudio. Las variables cuantitativas se han descrito con medidas de tendencia central (media o mediana) y de dispersión (desviación estándar o rango intercuartílico). Las variables cualitativas mediante su distribución de frecuencia absoluta y porcentaje.

4.5. VENTAJAS

Una ventaja de los estudios descriptivos es la económica, tanto en tiempo como en recursos.

Son de diseño y ejecución fácil así como reproducibles de forma sencilla.

Son realizados en un espacio limitado de tiempo.

Posibilita el conocimiento sobre el uso de la Metodología Enfermera en el cuidado de las personas inmovilizadas en Atención Domiciliaria. Determinan la frecuencia y/o distribución de la misma con respecto a múltiples variables.

Permiten estimar la prevalencia de población atendida y ayudan a la planificación de los servicios sanitarios.

Son un primer paso en la realización de estudios prospectivos y analíticos.

4.6 LIMITACIONES

Las principales limitaciones del estudio vienen dadas por el tipo de diseño:

No se permite establecer una asociación entre variables, lo máximo que se accede es a establecer hipótesis sobre posibles asociaciones de cara al desarrollo de estudios analíticos.

El registro en la HCI del paciente no se realizó con fines de investigación, por lo que se corre el riesgo de tener registros incompletos, con variables con gran número de pérdidas o que no suministren valores confiables en los datos a recoger.

Podría existir un sesgo de selección, ya que sólo se tienen en cuenta las personas inmovilizadas que tenían registro en la HCI. Los datos obtenidos podrían ser diferentes de las personas de las que no se tiene información o porque no han sido captados o porque ni siquiera acudieron demandando asistencia primaria.

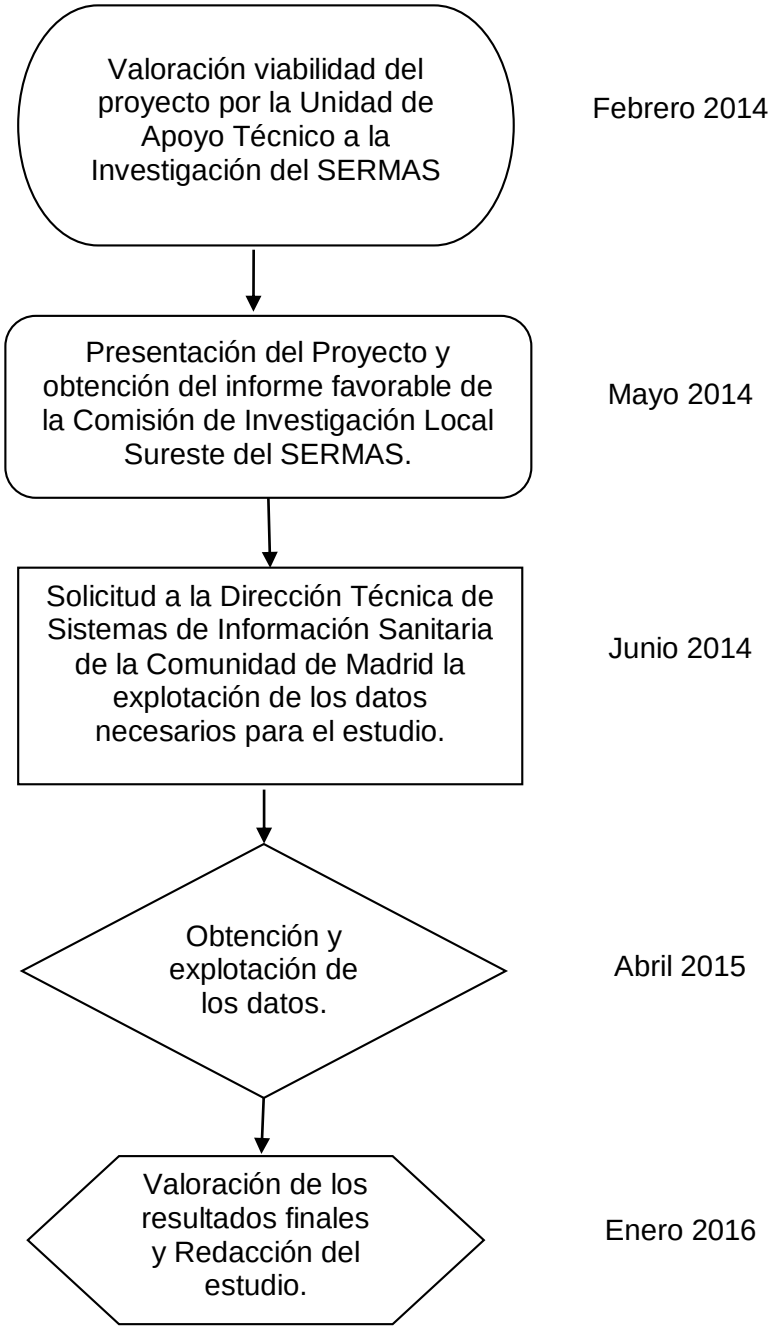
4.7. PLAN DE TRABAJO

El primer paso fue contactar con la Unidad de Apoyo para valorar la viabilidad del proyecto de investigación y la posibilidad de obtención de los datos de forma anonimizada.

A continuación se presentó el proyecto y se obtuvo el informe favorable de la comisión local de Investigación Sureste (ver anexo 1) para poder realizar el estudio y poder acceder a las variables del estudio.

Una vez aceptado, se solicitó a la Dirección Técnica de Sistemas de Información Sanitaria de la Comunidad de Madrid a través de la Unidad de Apoyo Técnico la explotación de los datos que necesitamos, de las personas inmovilizadas durante el periodo de tiempo definido, de la zona de salud a estudiar.

Superados los trámites anteriores (8 meses), el proyecto ha tenido una duración de aproximadamente doce meses con el cronograma siguiente:



- Durante seis meses se realizó la revisión y depuración de los datos del estudio obtenidos de las historias informatizadas, rellenando la hoja de cálculo de Microsoft Excel, en la que se especifican las variables, así como los datos sociodemográficos.

- Durante tres meses se ha realizado la exportación los datos de Excel al programa estadístico SPSS versión 15.0 para Windows y el análisis preliminar de los datos obtenidos.
- En los tres últimos meses se valoraron los resultados finales obtenidos y se realizó la redacción del estudio.

4.8. ASPECTOS ÉTICOS

- Para este proyecto se solicitó y obtuvo el informe favorable de la Comisión Local de Investigación Sureste del Servicio Madrileño de Salud (ver Anexo 1).
- Al extraer los datos para el estudio se ha aplicado la Ley Orgánica 15/1999 de Protección de Datos de carácter personal (LOPD) y el RD 1720/2007 donde se reglamenta el desarrollo de dicha Ley. Las personas que han extraído y manejado los datos han sido profesionales del centro de salud, bajo compromiso de confidencialidad.
- El desarrollo de este proyecto no ha interferido en ningún momento con la práctica clínica habitual ni la organización del trabajo de los profesionales ni del equipo de atención primaria.

5. RESULTADOS

5.1. DESCRIPCIÓN DE LA POBLACIÓN DE ESTUDIO

La población de la DASE a diciembre de 2014 era de 789.181 personas (435.565 Mujeres y 353.616 Hombres).

Estas personas estaban distribuidas en 39 Centros de Salud urbanos y rurales repartidos en varios distritos: Vallecas, Moratalaz, Retiro, Coslada, San Fernando, Rivas-Vaciamadrid, Arganda y la zona rural de la zona sureste de Madrid (Corredor carretera de Valencia).

Las enfermeras asignadas fueron 496.

Las personas inmovilizadas e incluidas en el servicio de Atención Domiciliaria a Pacientes Inmovilizados durante este año fueron 5.293 (0,67% de la Población de la DASEM y el 8,37% de los mayores de 75 años).

Tabla 12: Descripción de la población por sexo.

Población Total DASE		
789.181	Hombres	353.616
	Mujeres	435.565
Inmovilizados		
5.293	Hombres	1.656
	Mujeres	3.637

El 99,48% (5.266) presentan una Valoración Enfermera según los Patrones Funcionales de Gordon.

Se han analizado 75 variables diferentes.

Se han realizado 8.973 Planes de Cuidados.

Con los primeros datos se puede observar:

El 67,82% de los inmovilizados tiene realizado algún Plan de Cuidados.

De aquellos a los que se han realizado Planes de Cuidados, la media de dichos planes por persona es de 2,41 (1,32%) si tenemos en cuenta a todas las personas incluidas en el servicio de atención domiciliaria).

En el 98% de los Planes de Cuidados se han definido objetivos de resultados.

En el 96,53 % de dichos planes tienen definidas intervenciones enfermeras.

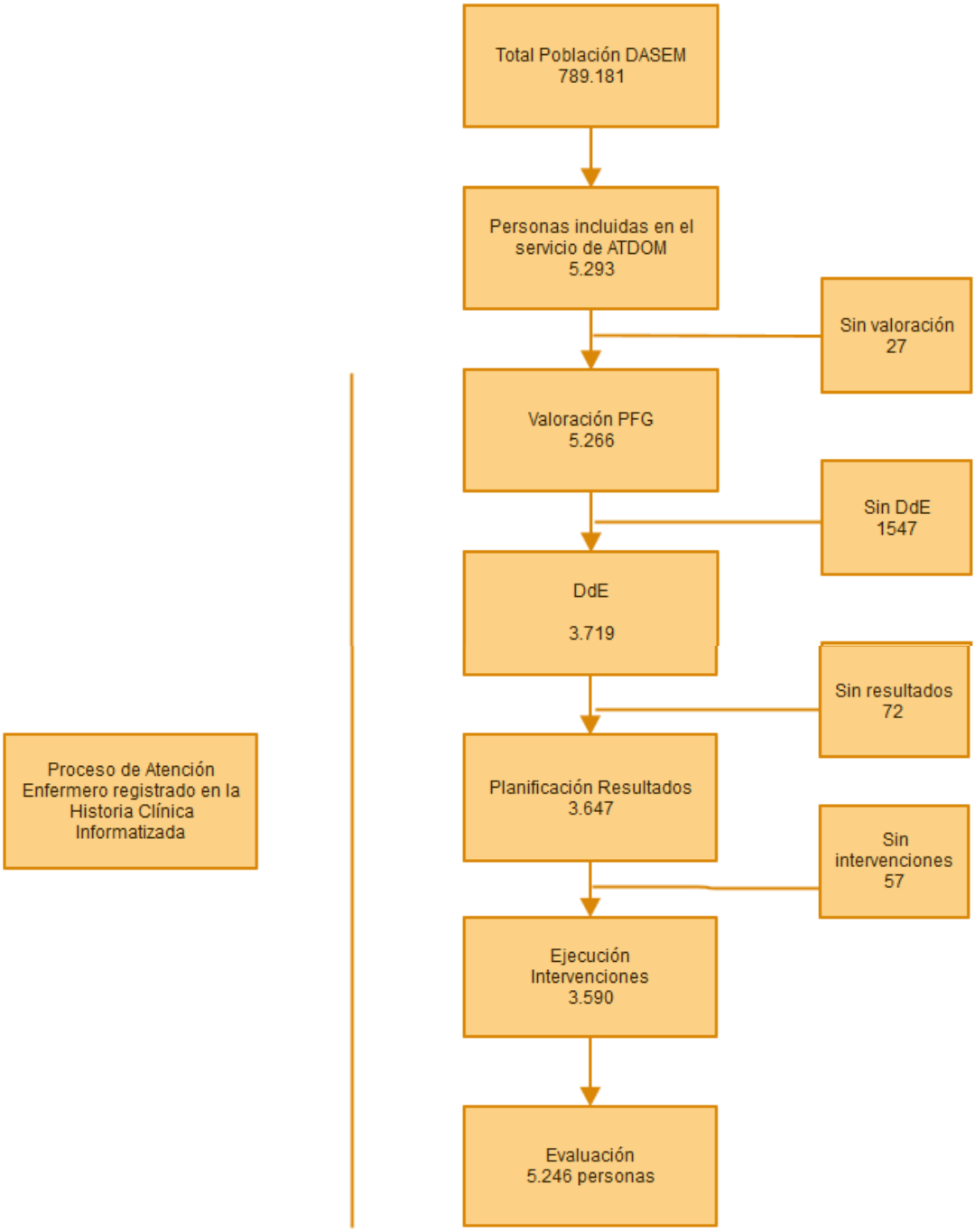


Figura 7: Diagrama de flujo del estudio. DASEM: Dirección Asistencial Sureste de Madrid. ATDOM: Atención domiciliaria. PFG: Patrones Funcionales de Gordon. DdE: Diagnósticos Enfermeros. Elaboración propia.

5.2. DATOS SOCIODEMOGRÁFICOS

La edad media de las personas inmovilizadas es de 84,54 (DE ±9,61) (Tabla 13). El 68,7 % son mujeres (Tabla 14). No hay diferencias estadísticamente significativas en edad y sexo (Tabla 15)

Tabla 13: Distribución de personas inmovilizadas por edad. Media (DE); Mediana (RIC).

EDAD	
Media	84,54 (±9,61)
Mediana	86 (81-90)

Tabla 14: Distribución de personas inmovilizadas por sexo

SEXO	Frecuencia (%)
Femenino	3627 (68,7)
Masculino	1656 (31,3)
Total	5293 (100)

Tabla 15: Edad por Sexo. Media (DE); Mediana (RIC).

EDAD POR SEXO (T -Student)			
Mujeres	Media	85,82 (±8,68)	p = 0
	Mediana	87,73 (82-91)	
Hombres	Media	81,73 (±10,87)	
	Mediana	84 (78-89)	

5.3. ANÁLISIS DE RESULTADOS DE LA FASE DE VALORACIÓN

5.3.1. Porcentaje de valoración de los Patrones Funcionales de Gordon en las personas inmovilizadas en Atención Domiciliaria.

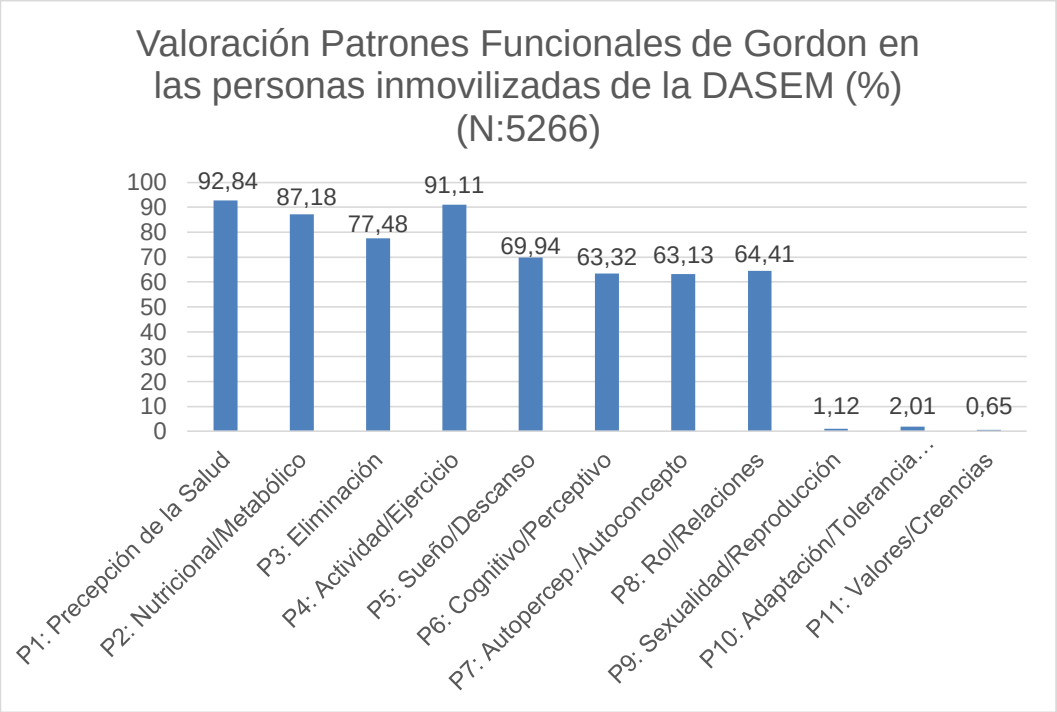


Figura 8: Porcentaje de Valoración de los PFG en las personas inmovilizadas en la DASEM.

En la Cartera de Servicios de Atención Primaria del Servicio Madrileño de Salud, se considera que el resultado de la valoración funcional es mínimo cuando está por encima del 60%, aceptable por encima del 75% y óptimo por encima del 90%.

En la valoración de los PFG, y siguiendo estos estándares de evaluación se puede observar que:

Lo más valorado, con un resultado óptimo (>90%) son el Patrón 1: Percepción Manejo de la Salud y el Patrón 4: Actividad/ Ejercicio.

Con un resultado aceptable (>75%) el Patrón 2: Nutricional /Metabólico y el Patrón 3: Eliminación.

Con un resultado mínimo (>60%) los patrones 5: Sueño / Descanso, 6: Cognitivo / Perceptivo, 7: Auto percepción / Auto concepto y 8: Rol / Relaciones.

Los Patrones 9: Sexualidad / reproducción, 10: Adaptación / Tolerancia al estrés y 11: Valores / Creencias, presentan valoraciones muy bajas.

5.3.2. Patrones Funcionales de Gordon con criterio de resultado

Tabla 16. Valoración Patrones Funcionales de Gordon con criterios de resultado de la DASEM.

Criterios de resultado		Eficaz	Alterado	Alto Riesgo de Alteración
PFG	N	n (%)	n (%)	n (%)
Patrón 1: Percepción-Manejo de la Salud	4889	1347 (27,6)	2468 (50,5)	1074 (22)
Patrón 2: Nutricional-Metabólico	4591	1710 (37,2)	1936 (42,2)	945 (20,6)
Patrón 3: Eliminación	4080	1569 (38,5)	1840 (45,1)	671 (16,4)
Patrón 4: Actividad-Ejercicio	4798	454 (9,5)	3504 (73)	840 (17,5)
Patrón 5. Sueño-Descanso	3689	2185 (59,3)	998 (27,3)	500 (13,6)
Patrón 6: Cognitivo-Perceptual	3440	1235 (35,9)	1545 (44,9)	660 (19,2)
Patrón 7: Auto percepción-Auto concepto	3430	1738 (50,6)	1048 (30,6)	644 (18,8)
Patrón 8: Rol-Relaciones	3392	2106 (62,1)	669 (29,7)	617 (18,2)
Patrón 9: Sexualidad-Reproducción	59	40 (67,8)	13 (22)	6 (10,2)
Patrón 10:Adaptación-Tolerancia al estrés	106	21 (19,8)	54 (50,9)	31 (29,2)
Patrón 11: Valores- Creencias	34	14 (41,2)	12 (35,3)	8 (23,5)

El Patrón 1: Percepción/Manejo de la salud se ha valorado en el 92,84% de las personas inmovilizadas (Figura 8). En el 50,5% de las personas inmovilizadas está alterado y en el 22% tiene alto riesgo de alteración (Tabla 16).

El Patrón 2: Nutricional/metabólico se ha valorado en el 87,18% de las personas inmovilizadas (Figura 8). En el 42,2% de las personas inmovilizadas está alterado y en el 20,6 % tiene alto riesgo de alteración (Tabla 16).

El Patrón 3: Eliminación se ha valorado en el 77,48% de las personas inmovilizadas (Figura 8). En el 45,1% de las personas inmovilizadas está alterado y en el 16,4 % tiene alto riesgo de alteración (Tabla 16).

El Patrón 4: Actividad/Ejercicio se ha valorado en el 91,11% de las personas inmovilizadas (Figura 8). En el 73% de las personas inmovilizadas está alterado y en el 17,5 % tiene alto riesgo de alteración (Tabla 16).

El Patrón 5: Sueño/Descanso se ha valorado en el 69,94% de las personas inmovilizadas (Figura 8). Es eficaz en el 59,3%. En el 27,1% de las personas inmovilizadas está alterado y en el 13,6% tiene alto riesgo de alteración (Tabla 16).

El Patrón 6: Cognitivo/Perceptual se ha valorado en el 65,32% de las personas inmovilizadas (Figura 8). Es eficaz en el 35,9%. En el 44,9% de las personas inmovilizadas está alterado y en el 19,2% tiene alto riesgo de alteración (Tabla 16).

El Patrón 7: Auto percepción/Auto concepto se ha valorado en el 65,13% de las personas inmovilizadas (Figura 8). Es eficaz en el 50,7%. En el 30,6% de las personas inmovilizadas está alterado y en el 18,8 % tiene alto riesgo de alteración (Tabla 16).

El Patrón 8: Rol / Relaciones se ha valorado en el 64,4% de las personas inmovilizadas (Figura 8). Es eficaz en el 62,1%. En el 19,7% de las personas inmovilizadas está alterado y en el 18,2% tiene alto riesgo de alteración (Tabla 16).

El Patrón 9: Sexualidad/Reproducción se ha valorado en el 1,12% de las personas inmovilizadas (Figura 8). Es eficaz en el 67,8%. En el 22% de las personas inmovilizadas está alterado y en el 10,2% tiene alto riesgo de alteración (Tabla 16).

El Patrón 10: Adaptación/Tolerancia al Estrés se ha valorado en el 2,01% de las personas inmovilizadas (Figura 8). Es eficaz en el 19,8%. En el 50,9% de las personas inmovilizadas está alterado y en el 29,2% tiene alto riesgo de alteración (Tabla 16).

El Patrón 11: Valores/Creencias se ha valorado en el 0,65% de las personas inmovilizadas (Figura 8). Es eficaz en el 41,2%. En el 35,3% de las personas inmovilizadas está alterado y en el 23,5% tiene alto riesgo de alteración (Tabla 16).

5.3.3. Resultados de valoración de las distintas variables contempladas en los diferentes Patrones Funcionales de Gordon:

5.3.3.1. Patrón 1: Percepción/ Manejo de la Salud:

Tabla 17. Resultados de la valoración de las variables dicotómicas analizadas del Patrón 1: Percepción/ Manejo de la salud.

Patrón Funcional	Variable	Valoración	Resultados	
			Si/Adecuado	No/Inadecuado
		N (%)	n (%)	n (%)
1. Percepción de la Salud	Estado vacunal (A/I)	278 (5,27)	240 (86,3)	27 (9,7)
	Problemas salud (S/N)	2877 (54,63)	2808 (97,6)	69 (2,4)
	Hábitos tóxicos (S/N)	2676 (50,81)	104 (3,9)	2572 (96,1)
	Riesgo de caídas (S/N)	2987 (56,72)	2040 (68,3)	947 (31,7)
	Alergias (S/N)	424 (8,05)	31 (7,3)	393 (92,7)
	Adherencia tratamiento (S/N)	4107 (77,99)	3895 (94,8)	212 (5,2)
	Automedicación (S/N)	749 (14,22)	47 (6,3)	702 (93,7)
	Poli medicación (S/N)	628 (11,92)	547 (87,1)	81 (12,9)

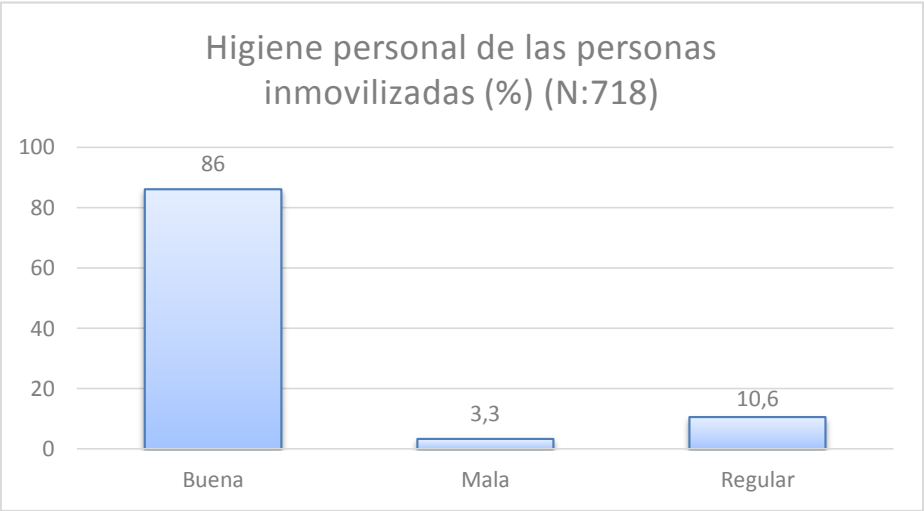


Figura 9. Higiene personal de las personas inmovilizadas

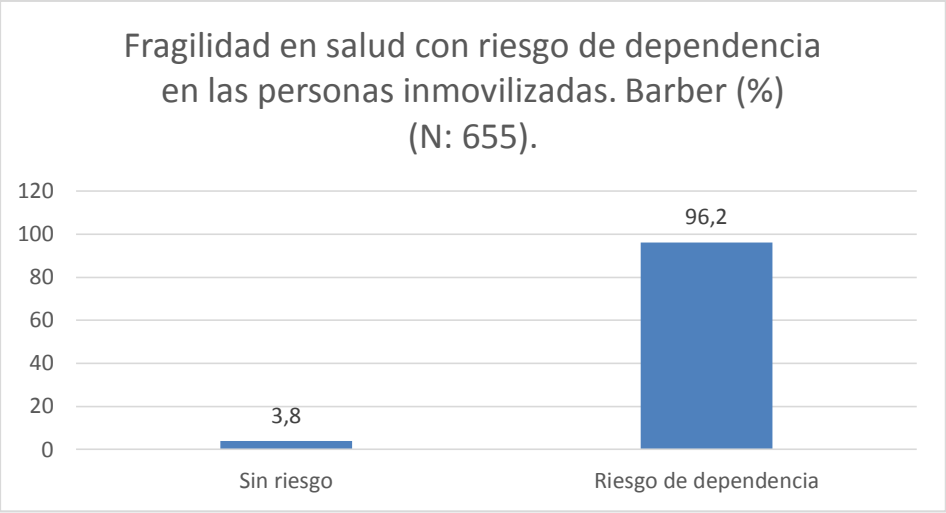


Figura 10. Test de Barber. Fragilidad en Salud (puntuación ≥1 sugiere riesgo de dependencia).

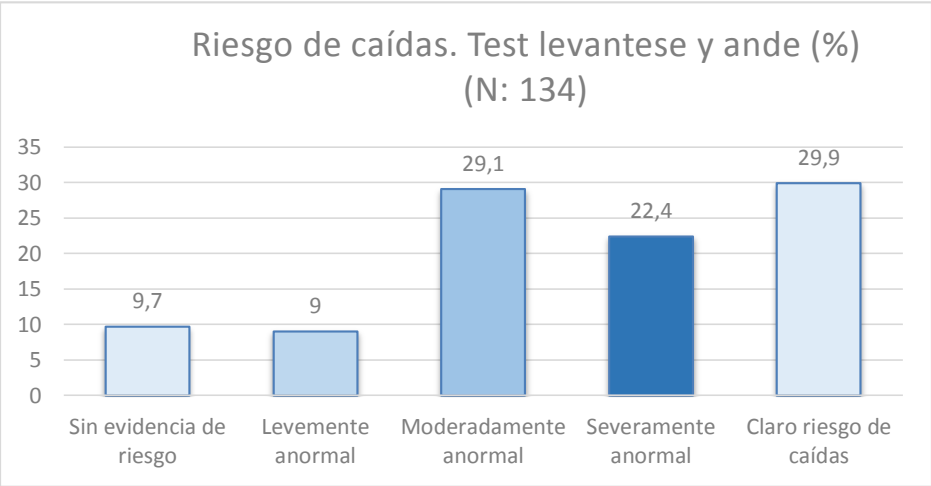


Figura 11. Test levántese y ande. Se valora subjetivamente. Se tiene en cuenta el equilibrio, velocidad de la marcha longitud del paso, su altura y frecuencia. Se pueden utilizar los apoyos habituales (andador, bastón, etc.).

En la valoración del Patrón 1: Percepción / Manejo de la Salud se puede observar:

1. El registro de la valoración del estado vacunal se ha realizado sólo en el 5,27 % de las personas inmovilizadas (Tabla 17). En el 86,3 % es adecuado según el calendario vacunal vigente.
2. Los problemas de Salud se han valorado en el 54,63 % de las personas inmovilizadas, presentando alteraciones en la Salud el 97,6% (Tabla 17).

3. Los hábitos tóxicos se han valorado en el 50,81 % de las personas inmovilizadas. Únicamente el 3,9 % mantienen hábitos nocivos o peligrosos para la Salud (Tabla 17).
4. El riesgo de caídas se ha registrado en el 56,72 % de las personas inmovilizadas. El 68,3 % presentan riesgo de pérdida de equilibrio o estabilidad (Tabla 17).
5. Se ha valorado la presencia de alergias en el 8,05 % de las personas inmovilizadas. El 92,7 % no presentan reacciones inmunitarias adversas en presencia de alérgenos (Tabla 17).
6. La adherencia al tratamiento farmacológico se ha valorado en el 77,99 % de las personas inmovilizadas. El 94,8 % realizan de forma completa y adecuada las indicaciones farmacológicas prescritas para sus problemas de Salud (Tabla 17).
7. La Automedicación o toma de medicación por iniciativa propia se encuentra registrada en el 14,22 % de las personas inmovilizadas. El 6,3 % toma medicamentos sin indicación ni control (Tabla 17).
8. Sólo el 11,92 % de las personas inmovilizadas tienen registrado la toma de 5 o más medicamentos El 87,1% son personas poli medicadas (Tabla 17).
9. La higiene personal se ha valorado en el 13,63% de las personas de estudio manteniendo una higiene corporal adecuada en el 86% (Figura 9).
10. El test de fragilidad en salud, Barber, se ha realizado en el 12,48 % de las personas inmovilizadas. El 96,2 % son personas frágiles y con riesgo de dependencia (Figura 10).La media de puntuación es de 3,4 (±1,68).
11. El test de Levántese y Ande sólo está valorado en el 2,54 % de las personas inmovilizadas. El 81,4 % presentan evidencia moderada, severa o claro riesgo de caídas (Figura 11). La media de puntuación del test es de 3,54 (±1,27).

5.3.3.2 Patrón 2: Nutricional / Metabólico:

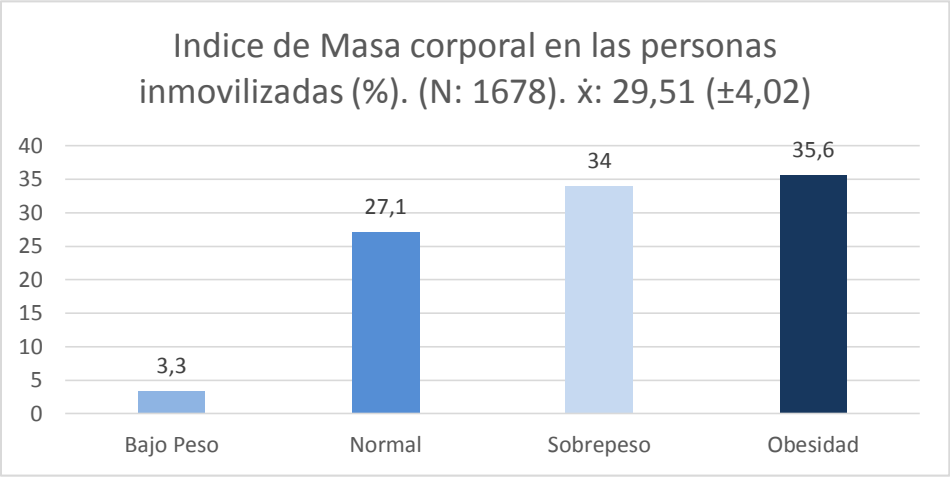


Figura 12. Índice de Masa Corporal. Bajo peso: < 18; Normal: 18,5-24; Sobrepeso: 25-29; Obesidad:>30.

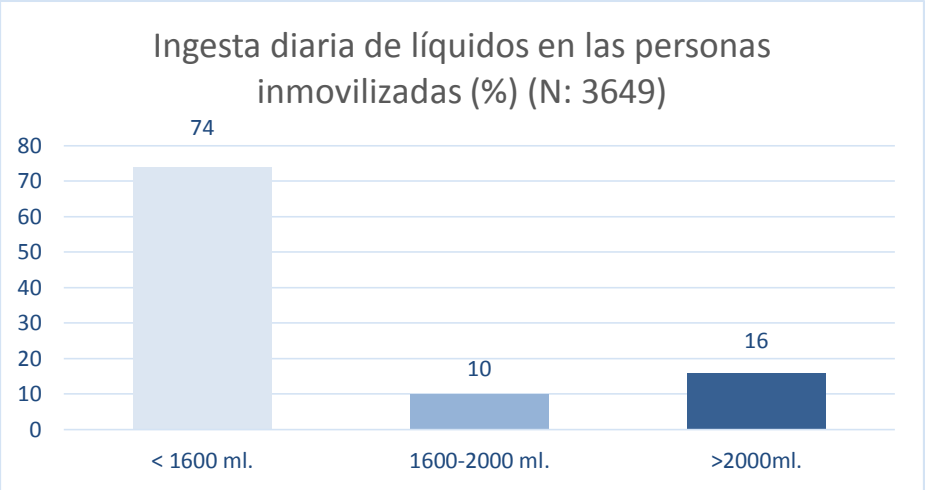


Figura 13. Ingesta diaria de líquidos.

Tabla 18. Resultados de la valoración de las variables dicotómicas analizadas del Patrón 2: Nutricional / Metabólico.

Patrón Funcional	Variable	Valoración	Resultados	
			Si/Adecuado	No/Inadecuado
2. Nutricional / metabólico	Problemas Comer (S/N)	565 (10,72)	269 (47,6)	296 (52,4)
	Problemas dietéticos (S/N)	695 (13,19)	243 (35)	452 (65)
	Estado nutricional (A/I)	4523 (85,89)	3397 (75)	1119 (24,8)
	Alteración integridad piel (S/N)	1337 (25,38)	810 (60,6)	527 (39,4)

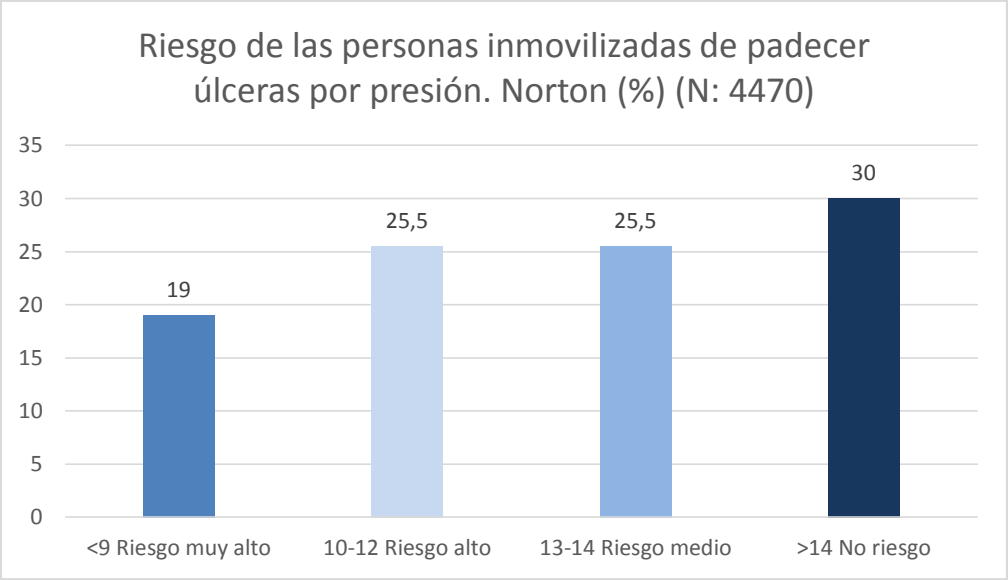


Figura 14. Test de Norton. Riesgo de las personas inmovilizadas de padecer úlceras por presión.

En el Patrón 2: Nutricional / Metabólico se observa:

1. El Índice de Masa Corporal está valorado en el 31,86 % de las personas inmovilizadas. El 3,3 % tienen bajo peso y una tercera parte, el 35,6% son obesos (Figura 12). La media del IMC es de 29,51 (±4,02).
2. La ingestión de líquidos diarios se ha valorado en el 69,29 % de las personas inmovilizadas. Está por debajo de lo recomendado en el 74 % de estas personas (Figura 13). La media está en 1226,91 ml (± 568,44 ml).
3. El 10,72 % de las personas inmovilizadas tienen valorado la presencia o no de problemas para comer. De estos el 47,6 % presentan situaciones que dificultan la alimentación (Tabla 18).
4. La valoración de problemas dietéticos se ha realizado en el 13,19 % de las personas inmovilizadas. El 65 % no presentan situaciones anómalas en la dieta que realizan (Tabla 18).
5. El estado nutricional se ha valorado en el 85,89 % de las personas inmovilizadas En el 75 % es considerado adecuado (Tabla 18).
6. La valoración del estado de la piel se ha realizado en el 25,38 % de las personas inmovilizadas. El 60, 6 % tienen alterada la integridad cutánea (Tabla 18).
7. El riesgo de padecer úlceras por presión se ha valorado en el 84,88 % de las personas inmovilizadas. El 70% de estas personas presenta riesgo de padecer úlceras por presión (Figura 14). La media de puntuación del test de Norton es de 12,60 (± 3,41).

5.3.3.3. Patrón 3: Eliminación:

Tabla 19. Resultados de la valoración de las variables dicotómicas del Patrón 3: Eliminación.

Patrón Funcional	Variable	Valoración	Resultados	
			Si/Adecuado	No/Inadecuado
		n (%)	n(%)	n(%)
3. Eliminación	Incontinencia fecal (S/N)	4332 (82,26)	1263 (29,2)	3069 (70,8)
	Incontinencia Urinaria (S/N)	4692 (89,09)	3125 (66,6)	1567 (33,4)
	Problemas eliminación (S/N) cutánea	282 (5,35)	52 (18,4)	230 (81,6)

En el Patrón 3: Eliminación se observa:

1. La valoración de la Incontinencia fecal se ha realizado en el 82,26 % de las personas inmovilizadas. El 29,2 % no tienen un control eficaz de la evacuación del contenido intestinal (Tabla 19).
2. La Incontinencia Urinaria se ha valorado en el 89,09 % de las personas inmovilizadas. El 66,6 % presenta ineficacia en el control de la evacuación de la orina (Tabla 19).
3. Los problemas de eliminación cutánea sólo se han analizado en el 5,35 % de las personas inmovilizadas. De éstos el 18,4 % tienen problemas de eliminación a través de la piel (Tabla 19).

5.3.3.4. Patrón 4: Actividad / Ejercicio:

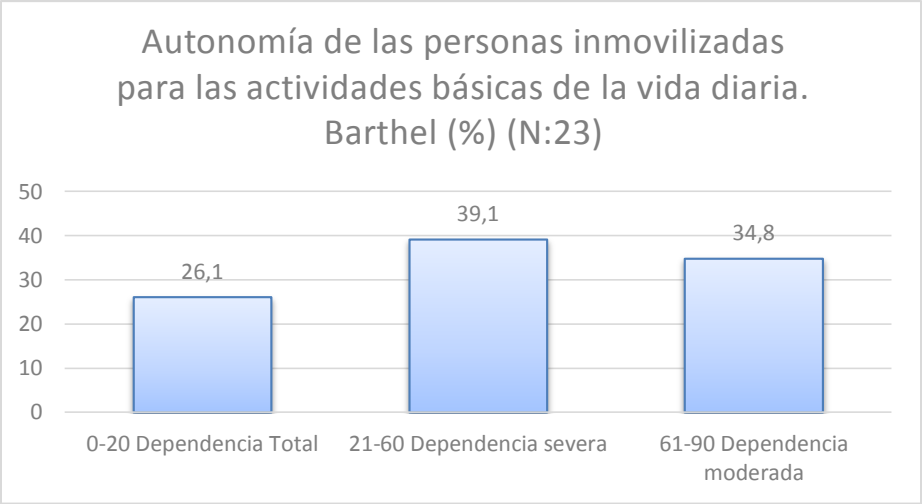


Figura 15. Autonomía de la personas inmovilizadas para las actividades básicas de la vida diaria. Test de Barthel.

Tabla 20: Resultados de la valoración de las variables dicotómicas analizadas del Patrón 4 Actividad / Ejercicio.

Patrón Funcional	Variable	Valoración	Resultados	
			Si/Adecuado	No/Inadecuado
		n (%)	n (%)	n (%)
4. Actividad / Ejercicio	Deficiencias motoras (S/N)	3029 (57,51)	2839 (93,7)	190 (6,3)
	Ejercicio Físico (A/I)	5069 (96,25)	468 (9,2)	4601 (90,8)
	T.Arterial S (A/I)	5224 (99,2)	3808 (72,9)	1416 (27,1)
	T.Arterial D (A/I)	5221(99,14)	5070 (97,1)	151 (2,9)

En el Patrón 4: Actividad / Ejercicio se ve:

1. La valoración de la autonomía de la persona para las actividades básicas de la vida diaria sólo se ha realizado en el 0,43 % de las personas inmovilizadas. Todos son dependientes en mayor o menor medida. El 26,1 % son totalmente dependientes (Figura 15). La media de valoración es de 48,2 (±31,7).

2. Las deficiencias motoras se valoran en el 57,51 % de las personas inmovilizadas. La mayoría, el 93,7 % presentan problemas físicos que dificultan la realización de las actividades de la vida diaria (Tabla 20).

3. El ejercicio se ha valorado en el 96,25 % de las personas inmovilizadas. La mayoría, el 90,8 % no realizan ejercicio físico alguno. Sólo el 9,2 % realiza ejercicio físico dentro de sus posibilidades (Tabla 20).
4. La tensión Arterial se ha valorado por encima del 99 % de las personas inmovilizadas. Se aprecia buen control en la tensión arterial sistólica (TAS) en el 72,9 % y de la tensión arterial diastólica (TAD) en el 97,1 % (Tabla 20). La media de TAS Y TAD es respectivamente de 124,59 (±18,11) y 69,76 (±10,18).

5.3.3.5. Patrón 5: Sueño / Descanso:

Tabla 21. Resultados de la valoración de las variables dicotómicas analizadas en el Patrón 5: Sueño / Descanso.

Patrón Funcional	Variable	Valoración	Resultados	
			Si	No
		n (%)	n (%)	n (%)
5. Sueño / descanso	Insomnio	3276 (62,21)	861 (26,3)	2415 (73,7)

En este Patrón 5: Sueño / descanso, la dificultad para conciliar el sueño se ha valorado en el 62,21 % de los inmovilizados. La mayor parte de ellos, el 73,7 % no tienen problemas para dormir (Tabla 21).

5.3.3.6. Patrón 6: Cognitivo / Perceptual.

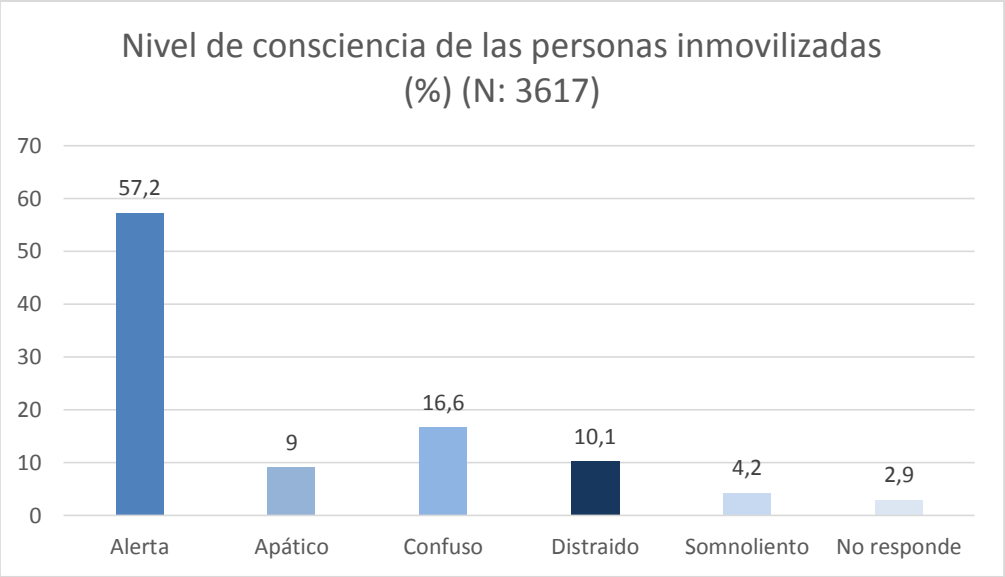


Figura 16. Nivel de consciencia de las personas inmovilizadas.

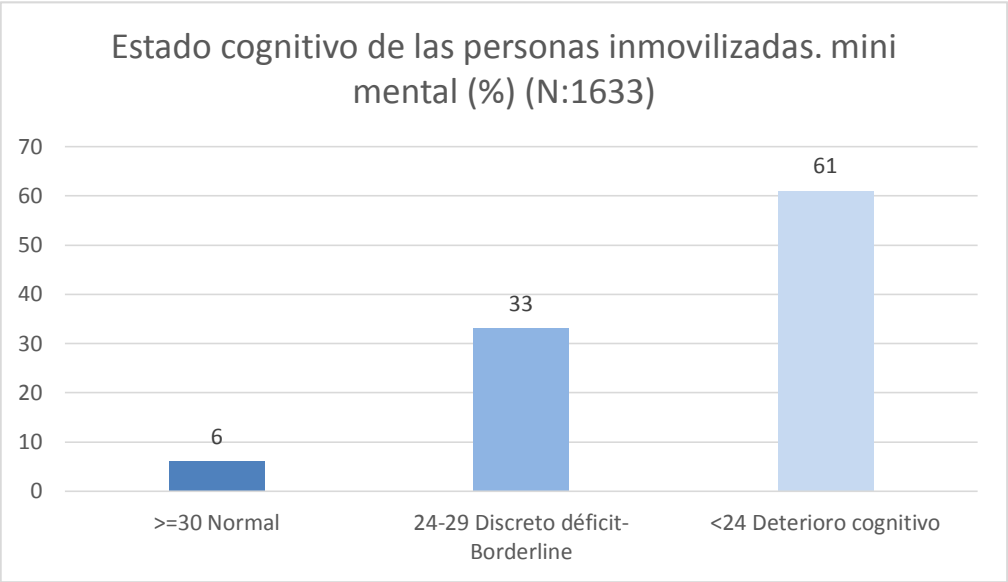


Figura 17. Valoración del deterioro cognitivo de las personas inmovilizadas. Mini mental.

Tabla 22. Resultados de la valoración de las variables dicotómicas analizadas en el Patrón 6: Cognitivo / Perceptual

Patrón Funcional	Variable	Valoración	Resultados	
			Si/Adecuado	No/Inadecuado
		n (%)	n (%)	n (%)
6. Cognitivo / perceptual	Alteraciones Perceptivo/sensoriales (S/N)	4939 (93,79)	3806 (77,1)	1133 (22,9)
	Dolor (S/N)	535 (10,15)	229 (42,89	306 (57,2)

En el Patrón 6: Cognitivo / Perceptual se observa que:

1. La valoración del nivel de consciencia en las personas inmovilizadas se ha realizado en el 68,68 %. El 57,2 % están alerta, teniendo el resto diversos niveles de alteración como se puede ver en la tabla adjunta (Figura 16).
2. La valoración del test Mini mental se ha realizado en el 31,01 %. El 94% de las personas inmovilizadas presentan déficit cognitivo que se valora como deterioro cognitivo en el 61% de los inmovilizados (Figura 17). La puntuación media de este test es de 18,92 (±8,82).
3. Las alteraciones perceptivo sensoriales se han considerado en el 93,79 % de las personas inmovilizadas. El 77,1 % presentan trastorno de alguno de los sentidos corporales (Tabla 22).
4. Sólo se ha valorado el dolor en el 10,15 % de las personas inmovilizadas. El 42,8 % manifiestan tener dolor (Tabla 22).

5.3.3.7. Patrón 7: Auto percepción / Auto concepto:

Tabla 23. Resultados de la valoración de las variables dicotómicas analizadas en el Patrón 7: Auto percepción / Auto concepto.

Patrón Funcional	Variable	Valoración	Resultados	
			Si/Adecuado	No/Inadecuado
		n (%)	n (%)	n (%)
7. Autopercepción / Auto concepto	Autoestima (A/I)	113 (2,14)	59 (52,2)	54 (47,8)
	Problemas Imagen (S/N)	884 (16,48)	114 (12,9)	770(87,1)
	Yesavage (A/I)	1156 (21,95)	1143 (98,8)	13 (1,2)
	Problemas Conductuales(S/N)	109 (2,06)	56 (51,4)	53 (48,6)

En el Patrón 7: Auto percepción / Auto concepto se observa que:

1. Apenas si se valora la autoestima en las personas inmovilizadas con un 2,14 %. De los valorados el 52,2 % presentan una valoración, consideración o aprecio negativo sobre si mismos (Tabla 23).
2. Los Problemas de imagen corporal se han valorado en el 16,78 % de las personas inmovilizadas. El 87,1 no tienen problemas de insatisfacción con su cuerpo o su imagen corporal (Tabla 23).
3. La valoración de la depresión mediante este test se ha realizado en el 21,95 % de las personas inmovilizadas. En el 98,8 % es normal (Tabla 23). La media de valoración es de 4 (±1,41).
4. Apenas si se ha tenido en cuenta los problemas conductuales en estas personas con un 2,06 %. De los analizados más de la mitad 51,4 % tienen comportamientos alterados, socialmente inaceptados o fuera de la norma generalmente establecida (Tabla 23).

3.3.8. Patrón 8: Rol / Relaciones:

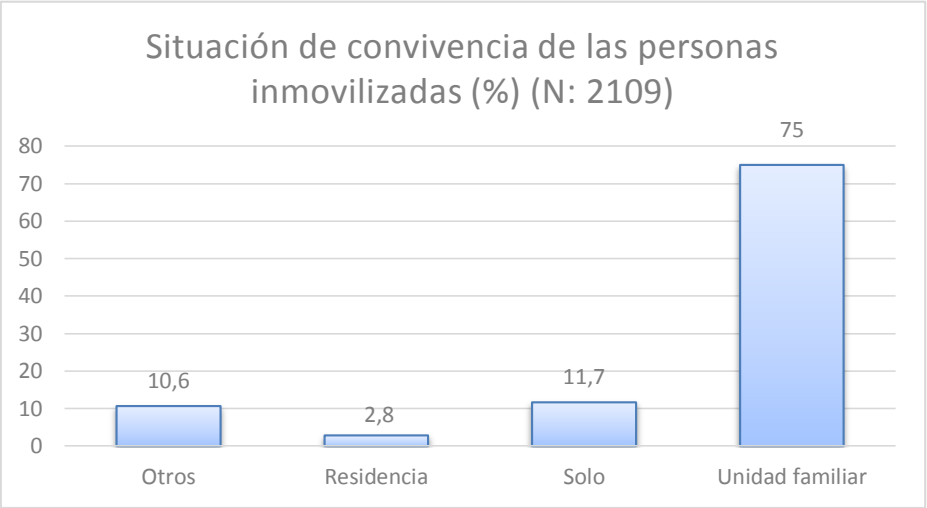


Figura 18. Situación de convivencia de las personas inmovilizadas.

Tabla 24. Resultados de la valoración de las variables dicotómicas analizadas en el Patrón 8: Rol / Relaciones.

Patrón Funcional	Variable	Valoración	Resultados	
			Adecuado	Inadecuado
		n (%)	n (%)	n (%)
8. Rol / relaciones	Apoyo familiar	3100 (58,86)	2734 (88,2)	366 (11,8)
	Situación Socio familiar	3934 (74,7)	3443 (87,5)	491 (12,5)

En el Patrón 8: Rol / Relaciones se observa que:

1. La situación de convivencia se ha analizado en el 40,04% de las personas inmovilizadas. El 75% de estas personas viven en una unidad familiar mientras el 11,7% viven solos (Figura 18).
2. La presencia de apoyo de la familia se ha estimado en el 58,86% de las personas inmovilizadas. En el 88,2 % de estas personas se considera adecuado o eficaz (Tabla 24).
3. Se ha estimado la situación socio familiar en el 74,70% de las personas inmovilizadas. Las relaciones sociales en la familia es adecuada en el 87,5% (Tabla 24).

5.3.3.9. Patrón 9: Sexualidad / Reproducción:

Tabla 25: resultados de la valoración de la variable analizada del Patrón 9: Sexualidad / Reproducción.

Patrón Funcional	Variable	Valoración	Resultados	
			Si	No
		n (%)	n (%)	n (%)
9. Sexualidad / Reproducción	Rev. Ginecólogo	11 (0,2)	4 (36,6)	7 (63,6)

Apenas existe consideración de este patrón y la valoración de esta variable es curiosamente testimonial 0,2 % en unas personas inmovilizadas (Tabla 25).

5.3.3.10. Patrón 10: Adaptación / Tolerancia al Estrés:

Tabla 26: Resultados de la valoración de las variables dicotómicas analizadas del Patrón 10: Adaptación / Tolerancia al estrés.

Patrón Funcional	Variable	Valoración	Resultados	
			Si/Adecuado	No/Inadecuado
		n (%)	n (%)	n (%)
10. Adaptación / Tolerancia al estrés	Cambios crisis (S/N)	97 (1,84)	81 (83,5)	16 (16,5)
	Apoyo familiar inefectivo (A/I)	1135 (21,55)	1085 (95,6)	50 (4,4)

En el Patrón 10 se puede ver:

1. En cuanto a los Cambios Crisis apenas si se tienen datos. Se ha valorado en el 1,84 % de las personas inmovilizadas. El 83,5% de estos sí ha sufrido cambios importantes (Tabla 26).
2. La peritación de la capacidad para el cuidado del apoyo familiar se ha realizado en el 21,55% de las personas inmovilizadas. En el 95,6% de los casos se considera el apoyo familiar insuficiente ante situaciones puntuales o problemas concretos de la persona inmovilizada (Tabla 26).

5.3.3.11. Patrón 11: Valores / Creencias:

Tabla 27. Resultados de la valoración de la variable analizada del Patrón 11: Valores / Creencias.

Patrón Funcional	Variable	Valoración	Resultados	
			Si	No
		n (%)	n (%)	n (%)
11. Valores / Creencias	Conflicto. Terapia/creencias	2 (0,03)		2 (100)

Este patrón apenas si se ha tenido en cuenta, sólo se ha valorado en el 0,03 % de las personas inmovilizadas (Tabla 27).

Cómo anteriormente se comentó, si se tiene en cuenta los criterios de valoración de la Cartera de Servicios de Atención Primaria del Servicio Madrileño de Salud, se puede ver que se ha realizado unas valoraciones óptimas del ejercicio físico, la tensión arterial y de las alteraciones perceptivas sensoriales; Valoraciones aceptables de la adhesión al tratamiento farmacológico, del estado nutricional, Norton y de la Incontinencia fecal y urinaria; Valoraciones mínimas de la ingestión de líquidos, alteración del sueño, nivel de consciencia y situación socio familiar.

5.4. ANÁLISIS DE RESULTADOS DE LA FASE DE DIAGNÓSTICO

En el periodo de estudio se han realizado 8973 Diagnósticos Enfermeros.

La media de DdE por persona inmovilizada es de 2,41

5.4.1. Tipo de Diagnósticos Enfermeros.

El tipo de DdE identificados se puede ver en el gráfico siguiente:

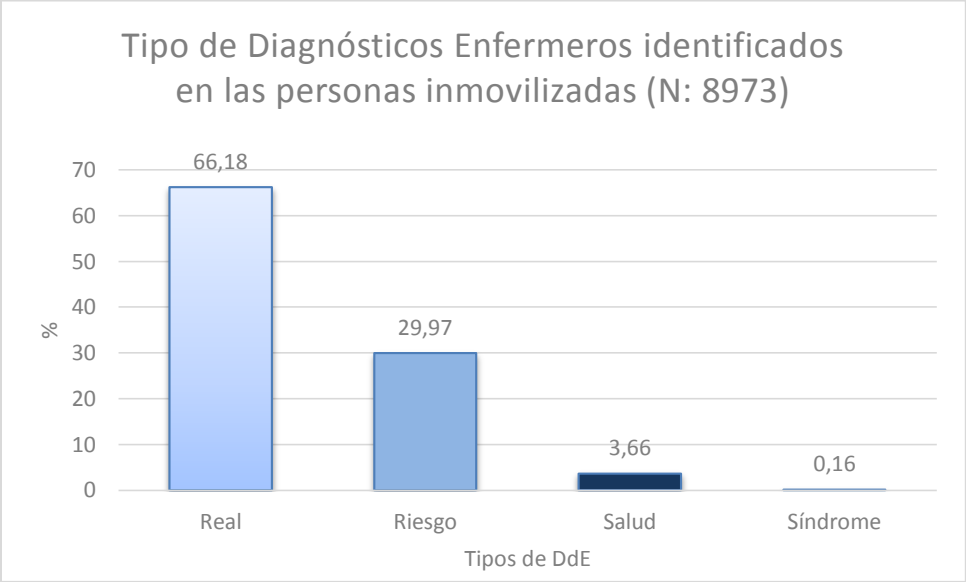


Figura 19. Tipos de Diagnósticos Enfermeros.

El 66% son diagnósticos reales y el 30% de riesgo (Figura 19). El porcentaje de diagnósticos de salud y síndrome es reducido.

5.4.2. Dominios NANDA en que se agrupan los Diagnósticos Enfermeros.

Tabla 28. Dominios NANDA en que se agrupan los Diagnósticos Enfermeros.

Dominios NANDA	Frecuencia (%)
Dominio 1: Promoción de la Salud	1687(18,80)
Dominio 2: Nutrición	598 (6,66)
Dominio 3: Eliminación	499 (5,56)
Dominios 4: Actividad / Reposo	1177 (13,11)
Dominio 5: Percepción / Cognición	286 (3,18)
Dominio 6: Autopercepción	60 (0,66)
Dominio 7: Rol / Relaciones	55 (0,61)
Dominio 8: Sexualidad	0 (0)
Dominio 9: Afrontamiento / Tolerancia al estrés	134 (1,49)
Dominio 10: Procesos vitales	86 (0,95)
Dominio 11: Seguridad / Protección	4302 (47,94)
Dominio 12: Confort	88 (0,98)
Dominio 13: Crecimiento / Desarrollo	1 (0,01)
Total Diagnósticos	8973 (100)

El 79,85% de los Diagnósticos Enfermeros emitidos corresponden a los dominios: Seguridad / Protección, Promoción de la Salud y Actividad / Reposo (Tabla 28).

5.4.3. Diagnósticos Enfermeros más frecuentes

Tabla 29. DdE más frecuentes en las personas inmovilizadas del estudio.

DdE	Frecuencia (% Estudio)
00155 Riesgo de caídas	1590 (20,43)
00046 Deterioro de la integridad cutánea	1459 (18,75)
00088 Deterioro de la deambulación	430 (5,53)
00001 Desequilibrio nutricional por exceso	413 (5,31)
00047 Riesgo de deterioro de la integridad cutánea	402 (5,17)
00085 Deterioro de la movilidad física	384 (4,94)
00044 Deterioro de la integridad tisular	335 (4,31)
00004 Riesgo de infección	242 (3,11)
00011 Estreñimiento	168 (2,16)
00035 Riesgo de lesión	154 (1,98)
00099 Manejo inefectivo del régimen terapéutico	132 (1,70)

5.4.4. Frecuencia de Diagnósticos Enfermeros por dominios NANDA

Tabla 30. DdE más frecuentes en cada uno de los dominios NANDA.

Dominio 1: Promoción de la salud

DdE	Frecuencia (%)
00097 Déficit de actividades recreativas	26 (4,05)
00162 Disposición para mejorar el manejo del régimen Terapéutico	67 (10,44)
00186 Disposición para mejorar el estado de inmunización	23 (3,58)
00163 Disposición para mejorar la nutrición	5 (0,78)
00080 Manejo inefectivo del régimen terapéutico familiar	46 (7,17)
00078 Manejo inefectivo del régimen terapéutico	132 (20,56)
00099 Mantenimiento inefectivo de la salud	78 (12,15)
00043 Protección inefectiva	232 (36,14)
00168 Sedentarismo	33 (5,14)
Total diagnósticos dominio	642 (100)

Dominio 2: Nutrición

DdE	Frecuencia (%)
00027 Déficit volumen de líquidos	18 (4,35)
00002 Desequilibrio nutricional por defecto	82 (11,2)
00001 Desequilibrio nutricional por exceso	413 (3,85)
00103 Deterioro de la deglución	31 (0,84)
00160 Disposición para mejorar volumen líquidos	1 (7,69)
00026 Exceso volumen líquidos	13 (22,07)
00028 Riesgo de déficit volumen líquidos	6 (13,04)
00003 Riesgo de desequilibrio nutricional por exceso	29 (38,8)
00025 Riesgo de desequilibrio volumen de líquidos	5 (5,52)
Total diagnósticos dominio	598 (100)

Dominio 3: Eliminación e intercambio

DdE	Frecuencia (%)
00016 Deterioro de la eliminación urinaria	67 (13,43)
00030 Deterioro del intercambio gaseoso	16 (3,21)
00013 Diarrea	10 (2)
00011 Estreñimiento	168 (33,67)
00012 Estreñimiento subjetivo	1 (0,2)
00014 Incontinencia fecal	20 (4,01)
00017 Incontinencia urinaria de esfuerzo	7 (1,4)
00019 Incontinencia urinaria de urgencia	22 (4,41)
00020 Incontinencia urinaria funcional	40 (8,02)
00018 Incontinencia urinaria refleja	7 (1,4)
00021 Incontinencia urinaria total	70 (14,03)
00023 Retención urinaria	13 (2,61)
00015 Riesgo de estreñimiento	55 (11,02)
00022 Riesgo de incontinencia urinaria de urgencia	3 (0,6)
Total diagnósticos dominio	499 (100)

Dominio 4: Actividad/Reposo

DdE	Frecuencia (%)
00102 Déficit de autocuidado: alimentación	12 (1,05)
00108 Déficit de autocuidado: baño/higiene	16 (1,4)
00109 Déficit de autocuidado: vestido	3 (0,26)
00096 De privación del sueño	7 (0,61)
00193 Descuido personal	3 (0,26)
00088 Deterioro de la deambulación	430 (37,52)
00090 Deterioro de la habilidad para la traslación	29 (2,53)
00091 Deterioro de la movilidad en cama	3 (0,26)
00089 Deterioro de la movilidad en silla de ruedas	3 (0,26)
00085 Deterioro de la movilidad física	384 (33,51)
00032 Deterioro de la respiración espontánea	14 (1,22)
00198 Deterioro del patrón de sueño	97 (8,46)
00093 Fatiga	23 (2,01)
00092 Intolerancia a la actividad	41 (3,58)
00032 Patrón respiratorio ineficaz	24 (2,09)
00050 Perturbación del campo de energía	1 (0,09)
00094 Riesgo de Intolerancia a la actividad	26 (2,27)
00040 Riesgo de síndrome de desuso	28 (2,44)
00144 Vagabundeo	2 (0,17)
Total diagnósticos dominio	1146 (100)

Dominio 5: Percepción/Cognición

DdE	Frecuencia (%)
00128 Confusión aguda	8 (3,94)
00129 Confusión crónica	29 (14,29)
00126 Conocimientos deficientes	63 (31,03)
00123 Desatención unilateral	1 (0,49)
00051 Deterioro de la comunicación verbal	18 (8,87)
00131 Deterioro de la memoria	69 (33,99)
00157 Disposición para mejorar la comunicación	1 (0,49)
00161 Disposición para mejorar conocimientos	3 (1,48)
00127 Síndrome deterioro interpretación entorno	11 (5,42)
Total diagnósticos dominio	203 (100)

Dominio 6:Autopercepción

DdE	Frecuencia (%)
00119 Baja autoestima crónica	3 (5)
00120 Baja autoestima situacional	14 (23,33)
00124 Desesperanza	13 (21,67)
00153 Riesgo de baja autoestima situacional	9 (15)
00054 Riesgo de soledad	18 (30)
00121 Trastorno identidad personal	1 (1,67)
00118 Trastorno imagen personal	2 (3,33)
Total diagnósticos dominio	60 (100)

Dominio 7: Rol/Relaciones

DdE	Frecuencia (%)
00061 Cansancio desempeño rol cuidador	17 (30,91)
00064 Conflicto rol parental	2 (3,64)
00055 Desempeño inefectivo del rol	6 (10,91)
00052 Deterioro interacción social	11 (20)
00056 Deterioro parental	1 (1,82
00159 Disposición para mejorar las relaciones	1 (1,82)
00060 Interrupción procesos familiares	5 (9,09)
00063 Procesos familiares disfuncionales: alcoholismo	1 (1,82)
00062 Riesgo de cansancio en desempeño rol cuidador	11 (20)
Total diagnósticos dominio	55 (100)

Dominio 9: Afrontamiento/Tolerancia al estrés

DdE	Frecuencia (%)
00137 Aflicción crónica	17 (13,71)
00071 Afrontamiento defensivo	2 (1,61)
00074 Afrontamiento familiar comprometido	9 (7,26)
00069 Afrontamiento inefectivo	33 (26,61)
00146 Ansiedad	29 (23,39)
00147 Ansiedad ante la muerte	1 (0,81)
00075 Disposición para mejorar el afrontamiento familiar	1 (0,81)
00135 Duelo disfuncional	5 (4,03)
00101 Incapacidad adulto mantener su desarrollo	13 (10,48)
00072 Negación ineficaz	4 (3,23)
00152 Riesgo de impotencia	3 (2,42)
00114 Síndrome estrés de traslado	3 (2,42)
00141 Síndrome postraumático	1 (0,81)
00148 Temor	3 (2,42)
Total diagnósticos dominio	124 (100)

Dominio 10: Principios vitales

DdE	Frecuencia (%)
00079 Incumplimiento del tratamiento	81 (96,43)
00067 Riesgo de sufrimiento espiritual	1 (1,19)
00066 Sufrimiento espiritual	2 (2,38)
Total diagnósticos dominio	84 (100)

Dominio 11: Seguridad/Protección

DdE	Frecuencia (%)
00048 Deterioro de la dentición	3 (0.07)
00046 Deterioro de la integridad cutánea	1459 (33,91)
00044 Deterioro de la integridad tisular	335 (7,79)
00045 Deterioro de la mucosa oral	1 (0,02)
00007 Hipertermia	3 (0,07)
00031 Limpieza ineficaz de las vías aéreas	5 (0,12)
00100 Retraso recuperación quirúrgica	1 (0,02)
00036 Riesgo de asfixia	38 (0,88)
00039 Riesgo de aspiración	19 (0,44)
00155 Riesgo de caídas	1590 (36,96)
00004 Riesgo de infección	242 (5,63)
00037 Riesgo de intoxicación	5 (0,12)
00035 Riesgo de lesión	154 (3,58)
00087 Riesgo de lesión peri operatoria	2 (0,05)
00042 Riesgo de respuesta alérgica al látex	1 (0,02)
00041 Riesgo de traumatismo	42 (0,98)
00047 Riesgo de deterioro de la integridad cutánea	402 (9,34)
Total diagnósticos dominio	4302 (100)

Dominio 12: Confort

DdE	Frecuencia (%)
00183 Disposición para mejorar el confort	2 (2,99)
00132 Dolor agudo	10 (14,93)
00133 Dolor crónico	55 (82,09)
Total diagnósticos dominio	67 (100)

Dominio 13: Crecimiento y Desarrollo

DdE	Frecuencia (%)
112 Riesgo de retraso en el desarrollo	1 (100)
Total diagnósticos dominio	1 (100)

Al analizar los Diagnósticos Enfermeros por dominios NANDA (Tabla 30) se observa que los más frecuentes en cada uno de ellos son:

- En el Dominio 1: Promoción de la Salud:
    - Protección inefectiva
    - Manejo ineficaz del régimen terapéutico
    - Mantenimiento inefectivo de la salud
- En el Dominio 2: Nutrición:
    - Desequilibrio nutricional por exceso
    - Exceso de volumen de líquidos
    - Riesgo de déficit de volumen de líquidos
- En el Dominio 3: eliminación e intercambio:
    - Estreñimiento
    - Incontinencia urinaria
    - Deterioro de la eliminación urinaria
- En el Dominio 4: Actividad / Reposo:
    - Deterioro de la deambulación
    - Deterioro de la movilidad física
    - Deterioro del patrón del sueño
- En el Dominio 5: Percepción 7 Cognición:
    - Deterioro de la memoria
    - Conocimientos deficientes
    - Confusión crónica
- En el Dominio 6: Auto percepción:
    - Riesgo de soledad
    - Baja autoestima situacional
    - Desesperanza
- En el Dominio 7: Rol / Relaciones:
    - Cansancio en el desempeño del rol de cuidador
    - Riesgo de cansancio en el desempeño del rol de cuidador
    - Deterioro de la interacción social
- En el Dominio 8: Sexualidad:

  No se ha realizado ningún Diagnóstico.

- En el Dominio 9: Afrontamiento / Tolerancia al estrés:
    - Afrontamiento inefectivo

    - Ansiedad
    - Aflicción crónica
- En el Dominio 10: Principios vitales:
    - Incumplimiento del tratamiento
- En el Dominio 11: Seguridad / Protección:
    - Riesgo de caídas
    - Deterioro de la integridad cutánea
    - Riesgo de deterioro de la integridad cutánea
- En el Dominio 12: Confort:
    - Dolor crónico
- En el Dominio 13: Crecimiento / Desarrollo:
    - Riesgo de retraso en el desarrollo

5.4.5. Características definitorias.

El 96% de los DdE emitidos se presentaron con Características definitorias.

Tabla 31. DdE con características definitorias.

DdE CON CARACTERISTICAS DEFINITORIAS		Frecuencia (%)
	CD	8615 (96)
Perdidos	Sistema	358 (4)
Total		8973 (100)

5.4.6. Factores relacionados.

El 70,3% de los DdE emitidos presentaron Factores relacionados.

Tabla 32. DdE con factores relacionados.

DdE CON FACTORES RELACIONADOS		Frecuencia (%)
	FR	6308 (70,3)
Perdidos	Sistema	2665 (29,7)
Total		8973 (100)

5.5. ANÁLISIS DE RESULTADOS DE LA FASE DE PLANIFICACIÓN

En el estudio se han identificado 14266 resultados en salud (NOC) en 3697 personas inmovilizadas.

Se ha realizado una media de 3,85 por persona.

El 94% de los planes de cuidados realizados tenían definidos criterios de resultado que definirían el estado del paciente con respecto a una valoración anterior.

5.5.1 Resultados (NOC) más frecuentes.

Tabla 33. Resultados NOC más frecuentes.

NOC	Código	Dominio	Clase	Frecuencia % Estudio
Curación herida 2ª intención	1103	II	L	1340 (9,40)
Conducta de prevención de caídas	1909	IV	T	1294 (9,10)
Integridad tisular: piel y membranas mucosas	1101	II	L	1000 (7,00)
Control del riesgo	1902	IV	T	791 (5,50)
Conducta de cumplimiento	1601	IV	Q	783 (5,50)
Movilidad	0208	I	C	597 (4,20)
Consecuencias de la inmovilidad: fisiológicas	0204	I	C	506 (3,50)
Conocimiento: régimen terapéutico	1813	IV	S	416 (2,90)
Conducta de seguridad: ambiente seguro del hogar	1910	IV	T	346 (2,40)
Control de peso	1612	IV	Q	314 (2,20)
Estado nutricional	1004	II	K	286 (2,20)
Auto cuidados: actividades de la vida diaria (AVD)	0300	I	D	264 (1,90)

5.5.2. Frecuencia de resultados por Dominios en la población de estudio.

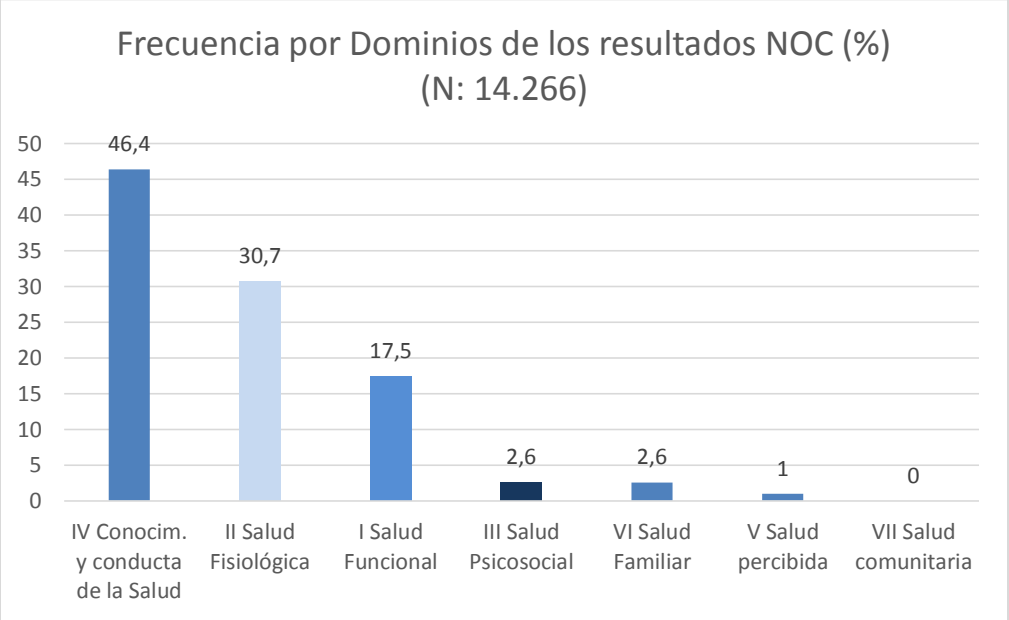


Figura 20. Frecuencia por Dominios de resultados NOC.

5.5.3. Resultados enfermeros por clases.

Los resultados enfermeros por clases se pueden ver en la tabla siguiente (Tabla 34):

Tabla 34. Porcentaje de Resultados enfermeros por clases

Dominio I : Salud funcional				
Clase	A. Mantenimiento de la energía	B. crecimiento y desarrollo	C. Movilidad	D. Auto cuidado
	1,64	0,97	7,77	2,28

Dominio II: Salud fisiológica					
Clase	E. Cardiopulmonar	F. Eliminación	G. Líquidos y electrolitos	H. Respuesta inmune	I. Regulación metabólica
	2,34	2,56	0,7	0,12	0,15
Clase	J. Neurocognitiva	K. Digestión y nutrición	AA. Respuesta terapéutica	L. Integridad tisular	Y. función sensitiva
	1,6	4,71	0,12	18,49	0,04

Dominio III: Salud psicosocial				
Clase	M. Bienestar Psicológico	N. Adaptación Psicosocial	O. Autocontrol	P. Interacción social
	0,65	0,98	0,6	0,37

Dominio IV: Conocimiento y conducta de la Salud					
Clase	Q. Conducta de Salud	R. creencias sobre la salud	FF. Gestión de la Salud	S. Conocimientos sobre Salud	T. Control del riesgo y seguridad
	14,73	0,17	_	7,54	24,5

Dominio V: Salud percibida			
Clase	U. salud y calidad de vida	V. Sintomatología	EE. Satisfacción con los cuidados
	0,59	0,41	_

Domino VI: Salud familiar				
Clase	W. desempeño del cuidador familiar	Z. Estado de salud de los miembros de la familia	X. Bienestar familiar	DD. Ser padre
	0,16	0,35	1,21	_

Dominio VII: Salud comunitaria		
Clase	BB. Bienestar comunitario	CC. Protección de la Salud comunitaria
	0,02	0,02

En los resultados de cuidados, medidos en respuesta a intervenciones enfermeras, se observa que los dominios más frecuentes son el IV: Conocimiento y Conducta de la Salud, el II: Salud Fisiológica y el I: Salud Funcional (Figura 20).

Dentro del Dominio Conocimiento y Conducta de la Salud (Tabla 34) destacan los resultados referidos a las clases:

- Control del riesgo y Seguridad.
- Conducta de Salud.
- Conocimientos sobre Salud.

En Salud fisiológica (Tabla 34) las clases más frecuentes son:

- Integridad tisular.
- Digestión y Nutrición.
- Eliminación.
- Cardiopulmonar.

Y en salud fisiológica (Tabla 34):

- Movilidad.
- Auto cuidado.

5.6. ANÁLISIS DE RESULTADOS DE LA FASE DE EJECUCIÓN

5.6.1. Intervenciones NIC.

Se han realizado 16702 intervenciones enfermeras sobre 3590 personas inmovilizadas.

5.6.2. Intervenciones enfermeras más frecuentes.

Tabla 35. Intervenciones enfermeras (NIC) más frecuentes.

NIC	Código	Campo	Clase	Frecuencia (% Estudio)
Prevención de caídas	6490	4	V	1511 (9,00)
Cuidado de las heridas	3660	2	L	1169 (7,00)
Manejo ambiental: seguridad	6486	4	V	868 (5,20)
Fomento del ejercicio	0200	1	A	845 (5,10)
Cuidados de la piel: Tratamiento tópico	3584	2	L	732 (4,40)
Sutura	3520	2	L	654 (2,90)
Manejo de la nutrición	1100	1	D	603 (3,60)
Cambio de posición	0840	1	C	494 (3,00)
Identificación de riesgos	6610	4	V	409 (2,40)
Administración de medicación tópica	2316	2	H	388 (2,30)
Vigilancia de la piel	3590	2	L	338 (2,00)
Manejo ambiental	6480	4	V	314 (1,90)

5.6.3. Número de Intervenciones enfermeras por campos

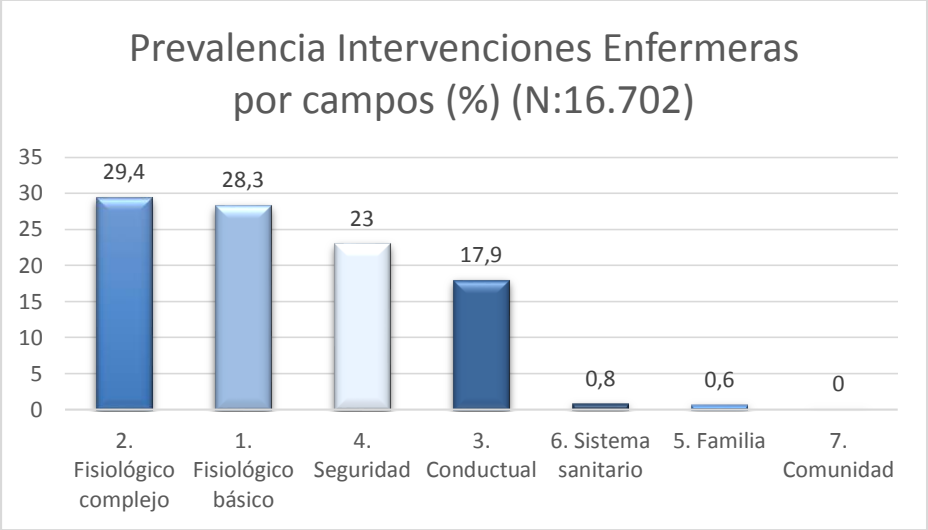


Figura 21. Prevalencia Intervenciones Enfermeras (NIC) por campos.

5.6.4. Intervenciones enfermeras por clases

Las intervenciones enfermeras por clases se pueden ver en la siguiente tabla (Tabla 36):

Tabla 36. Porcentaje de Intervenciones Enfermeras por clases

Campo 1: Fisiológico básico						
Clase	A. Control de actividad y ejercicio	B. Control de la eliminación	C. Control de la inmovilidad	D .Apoyo nutricional	E. Fomento comodidad física	F. Facilitación auto cuidado
	11,5	2,8	3,8	6,1	0,8	3,3

Campo 2: Fisiológico complejo								
Clase	G. Control de electrolitos y ácido-básico	H. Control de fármacos	I. Control neurológico	J. Cuidados preoperatorios	K. Control respiratorio	L. Control piel/heridas	M. Termo regulación	N. Control perfusión tisular
	0,1	3,7	0	0	0,9	20,9	0	2,5

Campo 3: Conductual						
Clase	O. Terapia conductual	P. Terapia cognitiva	Q. Potenciación de la comunicación	R. Ayuda para el afrontamiento	S. Educación de los pacientes	T. Fomento comodidad psicológica
	2,1	0,2	0,5	4,9	8,8	0,6

Campo 4: Seguridad		
Clase	U. Control en casos de crisis	V. Control de riesgos
	0,2	20,7

Campo 5: Familia			
Clase	W. Cuidados de un nuevo bebé	Z. Cuidados de crianza de un nuevo bebé	X. Cuidados durante la vida
	0	0	0,6

Campo 6: Sistema sanitario			
Clase	Y. Mediación del sistema sanitario	a. Gestión del sistema sanitario	b. Control de la información
	0,7	0	0

Campo 7: Comunidad		
Clase	c. Fomento de la salud de la comunidad	d. Control de riesgos de la comunidad
	0	0

En las intervenciones enfermeras dirigidas a ayudar a las personas inmovilizadas a lograr los resultados de cuidados esperados, destacan las pertenecientes a los campos: fisiológico complejo, fisiológico básico, seguridad y conductual (Figura 22).

En el fisiológico complejo (Tabla 36) las clases más frecuentes de intervención son

- Control de piel/ heridas.
- Control de fármacos.
- Control de la perfusión tisular.

En el campo fisiológico básico (Tabla 36)

- Control de la Actividad y Ejercicio
- Apoyo nutricional

En el campo Seguridad (Tabla 36)

- Control de riesgos

En el campo conductual (Tabla 36)

- Educación a los pacientes
- Ayuda para el afrontamiento

En el campo Comunidad (Tabla 36) no se han realizado intervenciones.

5.6.5. Actividades Enfermeras

Sólo el 3,6% de las intervenciones tienen definidas actividades (Tabla 37).

Tabla 37. Actividades Enfermeras.

ACTIVIDADES	Frecuencia (%)
NO	8646 (96,4)
SI	327 (3.6)
Total	8973 (100)

5.7. ANÁLISIS DE RESULTADOS DE LA FASE DE EVALUACIÓN

5.7.1. Indicadores de proceso:

5.7.1.1. Seguimiento Plan de Cuidados.

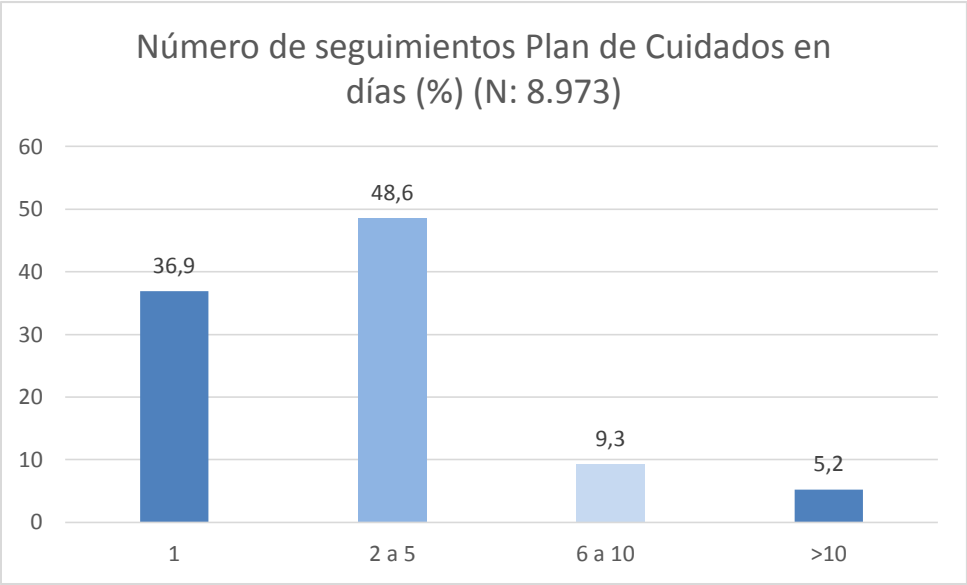


Figura 22. Número de seguimientos Plan de Cuidados (%).

5.7.1.2. Evaluación de la Calidad de los Planes de Cuidados.

La calidad de los Planes de Cuidados, definida por Gómez JL et *al* [144] como el cumplimiento de las distintas etapas del PAE (Valoración + Diagnóstico + Resultados + Intervenciones + Evolución / 5) realizados, es óptima con una valoración de 0,91 sobre 1.

5.7.2. Indicadores de Resultado

5.7.2.1. Efectividad. Evolución del Plan de Cuidados. Motivo cierre del plan.

Si no tenemos en cuenta las personas de las que carecemos de información, el 52,66 % de los Planes de Cuidados cerrados, lo son por resolución, el 26,55 % continúan con un seguimiento controlado y el 11,05 no se resuelven (Figura 23).

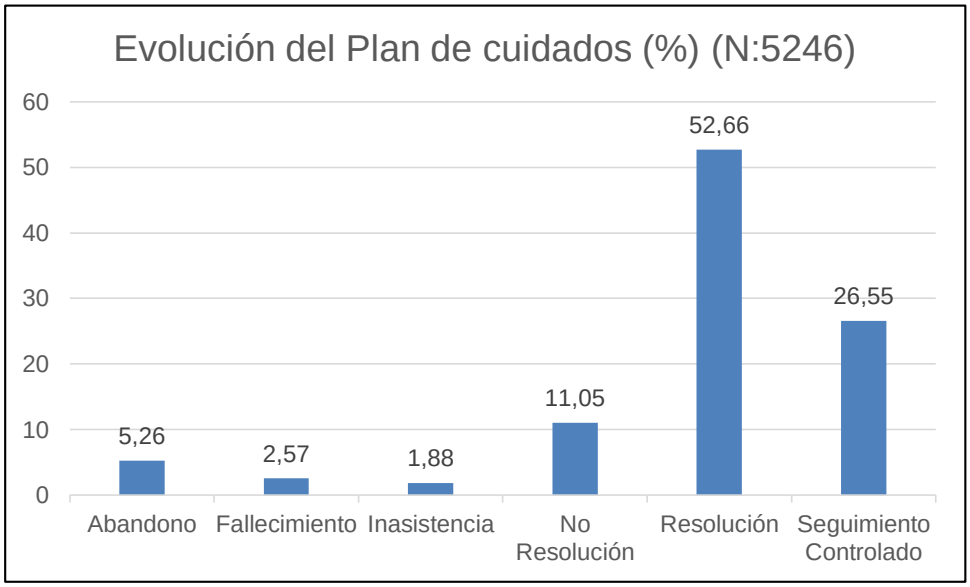


Figura 23. Evolución Plan de cuidados (%).

5.7.2.2. Tiempo de resolución. Duración Plan de Cuidados.

La media de tiempo de resolución de los Planes de Cuidados es de 69 días (DE ± 68 días).

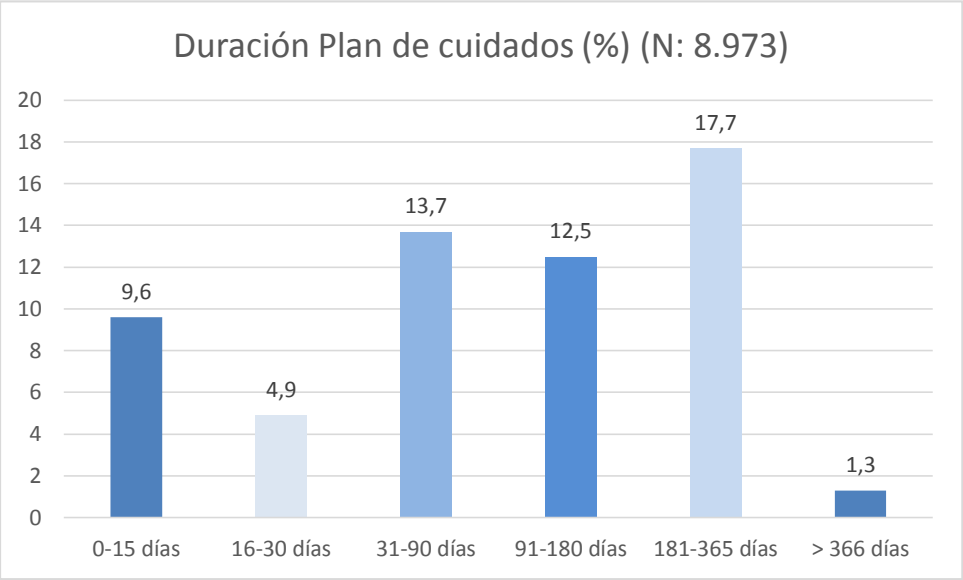


Figura 24. Duración Plan de cuidados.

En la fase de evaluación se observa:

En relación al proceso:

- El 63,1% de las personas inmovilizadas tiene un Plan de cuidados con 2 o más seguimientos (Figura 22).
- La calidad del Plan de cuidados es de un 0,91 sobre 1.

En relación al resultado:

- La efectividad del PAE (Figura 23) se percibe al cierre por:
  - Resolución 52,6%
  - Seguimiento controlado 26,55%
  - No resolución 11,05%
- La capacidad resolutiva está en 79,15%.
- La media de tiempo de resolución es de 69 días (± 68 días).

6. DISCUSIÓN

La evolución demográfica en España junto con el aumento de la esperanza de vida hace que la proporción de personas mayores este creciendo. Si a esto se añade la comorbilidad asociada a este grupo de población vulnerable, el aumento de necesidades socio sanitarias y el cambio en la demanda de cuidado en el domicilio de las personas inmovilizadas, hace necesario analizar la situación. El objetivo es poder disponer de información sobre las necesidades de cuidados y socio sanitarias de las personas inmovilizadas con el fin de poder tomar medidas que mejoren su calidad de vida y su salud.

En este sentido, se ha detectado un mayor interés por parte de las personas al frente de las Instituciones Públicas por el seguimiento y control de aquellas personas incluidas en AD, promoviendo la mejora en la atención al mayor, al anciano frágil, a las personas con patología crónica, al poli medicado, al cuidador, etc.

Aunque se pueden encontrar estudios sobre ME[148, 160, 163, 165], hasta ahora no se han encontrado estudios específicos sobre la utilización de la misma en las personas inmovilizadas en AD con los que poder comparar los resultados.

En este estudio se ofrece una imagen instantánea de la información recogida en HCI de las personas inmovilizadas en AD en un momento determinado, el año 2014. En ella se describen las necesidades de cuidados enfermeros y se recoge información sobre su salud bio psico social en su entorno habitual que es su domicilio.

Cabe destacar el tamaño de la población estudiada (el total de las personas inmovilizadas en AD de la DASE) y la cantidad de variables valoradas.

Como se especifica más adelante, los resultados obtenidos están condicionados a la información conseguida de la HCI de AP-Madrid, que no ha sido toda la que hubiera sido necesaria para mejorar, en determinados aspectos, el estudio. La HCI está diseñada para ser utilizada con fines asistenciales y no investigadores. Cabe mencionar la imposibilidad de establecer una interrelación lineal individual entre Diagnósticos, Resultados e Intervenciones enfermeras, de acceso a los indicadores de resultados enfermeros o de conocimiento específico de las actividades realizadas en las intervenciones enfermeras.

La herramienta utilizada, el AP-Madrid, tiene sus limitaciones y aunque tiene un módulo especifico de Enfermería a través del cual se facilita la elaboración y seguimiento de los planes de cuidados enfermeros, está desfasada. Ejemplo de ello es la NANDA-I. Se trabaja con la edición 2003-2004, cuando la última editada es la 2015-2017. Lo mismo ocurre con las clasificaciones de Resultados e Intervenciones enfermeras (NIC y NOC).

Esto dificulta la investigación enfermera en tanto en cuanto hay diferencias entre la taxonomía con la que se trabaja y la última publicada. La evolución de la investigación taxonómica enfermera conlleva la aparición de Diagnósticos, Resultados e Intervenciones nuevos, la desaparición de algunos que sí estaban en ediciones anteriores o el cambio en la denominación de los mismos.

Hay información, como por ejemplo las vacunas o la valoración de las actividades de la vida diaria, que además de recogerse en los PFG del módulo enfermero, están recogidas en otros protocolos de uso más frecuente. Esto puede implicar que la información obtenida por uno u otro medio difiera.

Otra posible limitación hace referencia a la posibilidad que la HCI pudiera no reflejar toda la asistencia prestada en el domicilio, ocasionando un posible sesgo de información. La actualización de la historia se realiza en el centro de salud y podría estar condicionada por la demora en el registro, que se hace en un momento posterior a la visita y que puede dar lugar a olvido de información de las actividades realizadas en el domicilio.

Se han obtenido datos interesantes que permiten conocer cuál es la situación de las personas inmovilizadas en el momento de estudio y que se detallan a continuación:

Como en otros estudios[4, 5, 145,146] la mayoría de las personas inmovilizadas son mujeres, si bien la media de edad ha ido aumentando, superando en este estudio los 84 años.

Los resultados de utilización de la ME son óptimos si se comparan con la bibliografía revisada [50,145-148]. El 68,17% de los Planes de Cuidados realizados a personas inmovilizadas acaban con una intervención enfermera, resultado de una valoración, un diagnóstico enfermero y el establecimiento de unos objetivos de cuidados a conseguir. En un Área de Salud de Tenerife Brito et *al* estiman la utilización de la ME en un 30% si bien estos resultados se refieren al ámbito más amplio de la Atención Primaria.

Se ha observado que la valoración funcional a las personas inmovilizadas es

99,48%, notablemente superior a otros estudios consultados.

Brito *et al* [50] observaron que el 14% de las historias informatizadas tenían recogida valoración de Patrones Funcionales de salud.

Diaz-Cordovés *et al* [4] estimaron en un 30% la valoración funcional de las personas incapacitadas.

Si se concreta, en la valoración por Patrones Funcionales se puede ver que:

- En el Patrón 1: Percepción / Manejo de la salud hay un infra registro de datos importantes que es interesante conocer, como puede ser el estado vacunal, las alergias, la automedicación o la poli medicación.

  En el caso del estado vacunal, en AP-Madrid existe un módulo específico de vacunación. La poli medicación tiene también un protocolo concreto de registro donde además se valora la adherencia al tratamiento o el uso de sistemas personales de dosificación. Según el observatorio de resultados del SERMAS[149] el porcentaje de pacientes polimedicados mayores o iguales a 74 años que toman 6 o más medicamentos fue en 2014 el 54,95% y en 2015 el 56,36%. En nuestro estudio es mayor, el 87,1%, posiblemente relacionado por las características de cronicidad de las personas inmovilizadas.

  Esta forma de registro alternativa, que agrupa además una información más completa, puede ser una de las razones de la baja recogida de datos en los apartados reseñados de este patrón.

- En el Patrón 2: Nutricional / Metabólico destaca la valoración del riesgo de padecer úlceras por presión, el estado nutricional y la ingesta diaria de líquidos. Se valora poco los problemas o situaciones que dificultan la alimentación de la persona y la existencia o no de problemas y situaciones anómalas en la dieta de la persona.

  La valoración del riesgo de UPP es del 84,45%. Según el observatorio de resultados del SERMAS el 69,58% de los pacientes inmovilizados tienen realizada una valoración del riesgo de UPP. El porcentaje de personas inmovilizadas encamadas que presentan una UPP en 2015 fue del 13,21%.

  El 18,75% de las personas inmovilizadas en AD de este estudio tiene deterioro de la integridad cutánea. El 22,27% de éste es debido a la presencia de UPP.

- En el Patrón 3: Eliminación, se valora de forma importante, por encima del 80% la incontinencia tanto fecal como urinaria. Los problemas de eliminación cutánea apenas si se les da importancia en el registro. En el presente estudio el 66,6% presentan IU.

  Mondoño Freire et *al*[150] encontraron una prevalencia del 20%. Cifras similares (22,3%) a Cervera et *al*[151] en el 2004.

- En el Patrón 4: Actividad / Ejercicio es llamativo el infra registro de las Actividades Básicas de la vida diaria (Test de Barthel), 0,43%. Sin embargo, el 99 % tienen registro de la tensión arterial. No se encuentra explicación al escaso registro de

este test .Debería ser rutinaria su realización en las personas inmovilizadas en AD para valorar la dependencia. De los datos analizados el 34,8% tienen una dependencia moderada.

Según la Encuesta Europea de Salud en España 2014 (EESE2014) [152] el 20,73% de la población >65 años tiene dificultad para llevar a cabo alguna de las actividades básicas de la vida diaria. Estas dificultades aumentan con la Edad afectando al 53,68% de los > 85 años.

- En el Patrón 5: Sueño / Descanso más del 60% tienen valorado la existencia o no de problemas para dormir. La gran mayoría, el 73,7 % no tiene problemas para dormir. Estos datos se corresponden con los de Vela-Bueno et *al* [153]que en un estudio sobre 1500 individuos de la ciudad de Madrid el 22,8% refería padecer alguna dificultad con el sueño.
- En el Patrón 6: Cognitivo / Perceptual hay un infra registro del nivel del dolor (Sólo en un 10 %). El 57,2% de las personas inmovilizadas declaran no tener dolor. Esto coincide con la EESE2014 en que el 55,8% de los mayores de 15 años declara no haber padecido ningún dolor.

Llama la atención la limitada valoración (30%) del deterioro cognitivo. El 61% de las personas inmovilizadas presentan deterioro cognitivo.
Salmeron et *al*[154] encuentran diferencias entre la población comunitaria (25%) y la institucionalizada (71%)

En el estudio Resydem, López-Mongil et *al*[155] encontraron datos similares en 2007 determinando una prevalencia global de demencia del 61,7% en las residencias de ancianos en España. Sin embargo, en este estudio, el deterioro cognitivo leve supone un 14,3% frente al doble (33%) de discreto déficit cognitivo de las personas inmovilizadas en AD de la DASE.

- En el Patrón 7: Auto percepción / Auto concepto la valoración de las variables es reducida. El registro de la auto estima, la imagen corporal y los problemas conductuales es escaso. El test de Yesavage para evaluación de la depresión se ha realizado en el 21,95% de las personas inmovilizadas. Únicamente en el 1,2 % de las personas valoradas se ha detectado depresión, por debajo de la prevalencia en España, estimada entre 10 % de los ancianos que viven en la comunidad y un 15-35% de los que viven en residencias [156].
- En el Patrón 8: Rol / Relaciones es interesante la valoración de la situación de convivencia. Se ha realizado en el 40% de las personas inmovilizadas. La mayor

parte de éstas (75%) vive en una unidad familiar, siendo el apoyo familiar y la situación socio familiar adecuada en el 88,2% y 87,5% respectivamente. La responsabilidad de los familiares en su mayor parte es una cuestión a destacar. Resultados semejantes obtuvieron Corrales et *al* [157] en el área de Salud de Cáceres donde el 76,7% de las personas mayores viven con algún familiar y el 90% tienen relaciones socio familiares buenas y López B[158] en Sevilla donde el 78,2 % recibe ayuda familiar no remunerada.

- En el Patrón 9: Sexualidad / Reproducción apenas si se valora (0,20%), muy lejos de los estándares mínimos (47%) de valoración funcional en Atención a la mujer de la cartera de servicios.
- En el Patrón 10: Adaptación / Tolerancia al estrés el registro es reducido. Los cambios y crisis importantes apenas si se tienen en cuenta. El apoyo familiar inefectivo es valorado en el 21,55% de las historias. Destaca que en las personas valoradas en el 95,6% no es eficaz.
- En el Patrón 11: Valores / Creencias la valoración es inapreciable y anecdótica. Apenas se realiza.

Cabe destacar el infra registro observado en la valoración de determinadas variables, que están incluidas en determinados servicios específicos de cartera y en los que llama la atención que presentan mejores indicadores de calidad. La valoración de los Patrones Funcionales 9, 10 y 11 es muy pobre.

En la fase Diagnóstica se puede ver que:

- Todos los diagnósticos realizados corresponden a etiquetas diagnósticas de la taxonomía NANDA 2003-2004. El módulo enfermero de AP-Madrid facilita esta situación. Hay estudios que reflejan que hasta un 9,5% de diagnósticos recogidos no se adecuan a esta clasificación[159].
- El 67,82 % de las personas inmovilizadas tienen realizado un DdE. Este dato es ligeramente superior al de Pérez FJ *et al*[147] que, en un estudio realizado sobre la aplicación de la Metodología Enfermera en Atención Primaria, estiman en un 50% en 2003 y un 49% en 2004 de DdE realizados en >de 65 años. Brito et al[50] en un estudio realizado en Tenerife en 2011 encontraron un 43% de DdE.
- La media de DdE por persona inmovilizada es de 2,41. Del Pino et *al* [160] identificó 1,75 DdE de media en pacientes crónicos. Gallego et *al* [161] documentaron 6 DdE de media en pacientes de AD. Martin et *al* [162] declaran una media de 3.8 DdE

por persona en AD. Si se tiene en cuenta la frecuencia de DdE en estos estudios se observa que se tiene capacidad de mejora para alcanzar la media de éstos.

- En cuanto a los DdE utilizados cabe destacar los relacionados con la movilidad y las alteraciones cutáneas, junto con otros relacionados con la parte biológica de la persona como el desequilibrio nutricional por exceso o el estreñimiento.

  Estos datos concuerdan con otros estudios[147, 148] en los que destacan la identificación de necesidades funcionales y biológicas de la persona, dejando patente la menor identificación de problemas psicosociales.

  Puig M et *al*[163] identifica con mayor frecuencia los DdE de deterioro de la integridad cutánea y el riesgo de caídas.

  Nieto et *al*[164] reportan igualmente como frecuentes en atención domiciliaria los diagnósticos de deterioro de la movilidad física, riesgo de traumatismo y deterioro de la integridad cutánea

  Asimismo cabe señalar la utilización destacada del uso inefectivo del régimen terapéutico, que actualmente se denomina Gestión ineficaz de la salud (Taxonomía NANDA 2015-2017).

- Los 10 DdE más frecuentes suponen el 71,69% de los Diagnósticos realizados. Villarejo L *et al* [148] el 81%. Rivas FJ *et al* [147] el 72%.Todos ellos identifican necesidades relacionadas con la limitación de movilidad en el domicilio y o sus consecuencias. Curiosamente este dato se ha observado en otros estudios [149,150].

- El 79,85% de los DdE están englobados en tres dominios: Seguridad / Protección (47,94%), Promoción de la salud (18,80%) y Actividad / Reposo (13,11%)

En cuanto a los resultados se observa que:

- Los objetivos de resultados planteados están en relación con los Diagnósticos emitidos.
- Mientras Brito *et al*[50]obtienen resultados en el 31,5% de las historias revisadas, en nuestro estudio el 94% de los planes de cuidados realizados tenían definidos criterios de resultado que definirían el estado del paciente con respecto a una valoración anterior.
- Están relacionados principalmente con el conocimiento y conducta de la Salud (46,40%), la Salud fisiológica (30,70%), la Salud funcional (17,50%) y

en menor medida con la Salud psicosocial, la Salud familiar (2,60% respectivamente) y apenas con la Salud comunitaria (1%).

Estos datos coinciden el estudio realizado por Villarejo L *et al*[148] en el que encontraron que en primer lugar estaban los resultados de conocimiento y conducta de salud aunque en porcentaje menor (28,5%) y ningún resultado en salud comunitaria.

Cabe decir que no se ha podido acceder a la información sobre los indicadores de resultados y por tanto a los aspectos concretos de valoración y evolución de los procesos enfermeros. El no poder acceder a los indicadores de resultados limita la posibilidad de evaluar la eficacia de las intervenciones enfermeras.

En relación con las Intervenciones enfermeras se ve que:

- En el 96,53% de los planes evaluados se definen intervenciones enfermeras, situación óptima que contrasta con datos bastante menores de otros estudios[50, 148].
- La media de intervenciones enfermeras es 4,65. Villarejo reportó 6,69 (±4.96) o Hahn JE[165] que habla de 4,7 en la primera visita y 6 en la segunda visita.
- Con mayor frecuencia van encaminadas a satisfacer necesidades relacionadas con los campos Fisiológico complejo, Fisiológico básico, Seguridad y conductual. Apenas si se interviene en los campos relacionados con el Sistema Sanitario, la familia o la comunidad. Se coincide con el estudio de Villarejo que tampoco reporta ninguna intervención en esto último.
- Únicamente el 3,6% de las intervenciones enfermeras tenían definidas actividades. No se ha podido obtener información acerca de las actividades enfermeras concretas llevadas a cabo.

En cuanto la evaluación se puede observar:

En el proceso:

- La calidad del Plan de cuidados es óptima, el 91%, coincidente con Pérez FJ et *al*[166] que estima una calidad de los planes de cuidados del 88,1% en 2008.
- El 63,1% de las personas inmovilizadas tiene un Plan de cuidados con 2 o más seguimientos.

En el resultado:

- La efectividad o capacidad resolutiva (resolución + seguimiento controlado) del PAE está en 79,15%. Pérez FJ et *al*[166] lo estima en el 82,1%.
- El tiempo medio de resolución de los problemas de cuidados observado es de 69 días (±68). Pérez FJ et *al*[166] determinan un tiempo medio para algunos problemas de cuidados que oscilan entre de 17 días de media (± 25,1) para el Deterioro de la integridad cutánea y los 56,7 (±43,1) para el deterioro nutricional por exceso.

7. CONCLUSIONES

De los resultados obtenidos en este estudio se puede concluir que:

1. Tras la valoración enfermera, las personas inmovilizadas en el domicilio:
   - Tienen deficiencias motoras (93,7%) y riesgo de dependencia (96,2%).
   - Tienen alteraciones perceptivas (77%) y déficit cognitivo (94%).
   - Tienen riesgo de padecer Úlceras por presión (70%).
   - Aunque el 75 % viven con la familia y la situación socio familiar es adecuada (87,5%), el apoyo familiar es inefectivo (95,6%).
2. Más del doble (el 66%) de los diagnósticos enfermeros emitidos son diagnósticos reales y el 30% de riesgo. El porcentaje de diagnósticos de salud y síndrome es reducido. Los diagnósticos emitidos pertenecen en su mayor parte a los dominios NANDA: Seguridad / Protección, Percepción de la salud y Actividad / Reposo
3. En los resultados de cuidados, medidos en respuesta a intervenciones enfermeras, se observa que los dominios más frecuentes son: Conocimiento y Conducta de la Salud (clases: Control del riesgo y seguridad, Conducta de Salud y Conocimientos sobre Salud), Salud Fisiológica (clases: Integridad tisular, Digestión y nutrición y Eliminación) y Salud Funcional (clases: Movilidad y Auto cuidado).
4. En las intervenciones enfermeras dirigidas a ayudar a las personas inmovilizadas a lograr los resultados de cuidados esperados, destacan las pertenecientes al campo fisiológico complejo (clases: Control de piel y heridas, Control de fármacos y Control de la perfusión tisular), fisiológico básico (clases: Control de la actividad y ejercicio y Apoyo nutricional), seguridad (clase: Control de riesgos) y conductual (Educación a los pacientes y Ayuda al afrontamiento. En el campo Comunidad no se han realizado intervenciones.
5. La Metodología Enfermera contribuye a proporcionar cuidados adecuados a las personas inmovilizadas (79,21% de planes de cuidados resueltos y en seguimiento controlado).
6. La ME es el proceso básico fundamental para proveer de cuidados de salud. Informa sobre el trabajo enfermero y contribuye a la resolución de problemas de necesidades enfermeros. Permite conocer las intervenciones realizadas, el tiempo empleado, los recursos utilizados y los resultados obtenidos. Con ello se pretende mejorar la calidad en la atención y gestionar mejor los recursos disponibles. Ayuda a determinar cambios y mejoras en la actuación enfermera en el ámbito domiciliario.
7. La utilización de la herramienta informática AP-Madrid ayuda al conocimiento de la ME y facilita el uso de la misma a los enfermeros. No obstante, se hace preciso

incorporar mejoras y actualizaciones de esta herramienta que permitan avanzar en el conocimiento y estudio de aspectos asistenciales e investigadores enfermeros.

"La Metodología Enfermera es el medio internacionalmente reconocido que las enfermeras deben utilizar y utilizan en el quehacer del cuidado".

BIBLIOGRAFIA

1. Revilla Ahumada L, Espinosa-Almendro JM. La atención domiciliaria y la atención familiar en el abordaje de las enfermedades crónicas de los mayores. Aten Primaria. 2003;31(9):587-91.

2. Baz NF , Llanes BF, Blanco PC, García TC, Trujillo VG, Gómez CJ. Prevalencia de ancianos inmovilizados y factores asociados en el área 5 de la Comunidad de Madrid. Metas Enferm. 2007; 10(1):50-4.

3. Varios autores. Cartera de servicios estandarizados de Atención Primaria [Internet]. DG de Atención Primaria (primera edición por el Servicio Madrileño de Salud) de Madrid. Madrid: Comunidad de Madrid; 2006 [citado 31 de marzo de 2013]. Recuperado a partir de:http://www.madrid.org/cs/Satellite?c=CM_Publicaciones_FA&cid=1142521116585&idConsejeria=1109266187266&idListConsj=1109265444710&idOrganismo=1142439320383&pagename=ComunidadMadrid%2FEstructura

4. Díaz-Cordovés Rego M; Ortiz-Fernández MD, Ruiz-San Basilio JM, Blancas- Avilés MI, Torrejón-Matías F, Zambrana-Moral R. Evaluación de la atención domiciliaria en los pacientes incapacitados. Med Fam And. 2005; 6(3):153-60, 21ref.

5. Bachiller MDSR. Valoración integral del paciente inmovilizado en el domicilio. Jano. 2006;(1615):37 - .

6. Apuntes curso de Indicación y dispensación de productos sanitarios en la terapéutica del cuidado. Módulo III. Valoración Enfermera. Variables del cuidado. CODEM/FUDEN; 2012.

7. Puig Llobet M, Rodríguez Ávila N. Valoración enfermera y calidad de vida en los cuidados domiciliarios. Metas Enferm. 2009; 12(6):63-7.

8. Martínez Martínez C, Cañadas Bustos A, Rodríguez Paredes E, Tornel García S. ¿Qué dificultades encuentra la enfermera en la valoración del paciente? Dificultades en la valoración enfermera. Enferm Clin. 2003 13(4): 195-201.] [Internet]. 2004 [citado 29 de marzo de 2013]. Recuperado a partir de: http://www.doc6.es/dbtw-wpd/exec/dbtwpub.dll?AC=GET_RECORD&XC=/dbtw-wpd/exec/dbtwpub.dll&BU=http%3A%2F%2Fwww.doc6.es%2Findex%2F&TN=Cuiden&SN=AUTO11748&SE=1322&RN=10&MR=10&TR=0&TX=100000&ES=0&CS=2&XP=&RF=Lista&EF=&DF=Visualizacion&RL=0&EL=0&DL=0&NP=2&ID=&

MF=WPSpaMsg.INI&MQ=&TI=0&DT=&ST=0&IR=112517&NR=0&NB=1&SV=0&BG=&FG=&QS=&OEX=ISO-8859-1&OEH=ISO-8859-1

9. Gordon M GM. Manual de Diagnósticos de Enfermería. 11ª Edición. Madrid: McGraw-Hill/Interamericana de España, SAU; 2007.

10. Garrote JM. La valoración geriátrica hoy: atención domiciliaria. Rev Gerontol. 2005; 15(1):16-22.

11. Ansó Martínez N, Román Medina I, Bilbao Amigo M, Sánchez Torres ME, Camps Morata M. Valoración enfermera por necesidades: garantía de calidad asistencial. En XXII Congreso Nacional de Enfermería de Salud Mental. Elementos Terapéuticos de los Cuidados de Enfermería de Salud Mental. Cáceres. 7,8, 9 de abril de 2005; 2005 [citado 29 de marzo de 2013]. p. Pp. 553-64. Recuperado a partir de: http://anesm.net/congresos/caceres05.htm

12. Gotor Pérez P. Utilidad de la valoración geriátrica integral en la asignación de recursos asistenciales en pacientes con ictus. Enferm Clínica. 2004; 14(1):12-19.

13. Definición de cuidado [Internet]. Diccionario de la Real Academia de la Lengua Española RAE. [Citado 22 de marzo de 2015]. Recuperado a partir de: http://lema.rae.es/drae/srv/search?id=678hv2n68DXX2EPyVqoS

14. Siles González J. Epistemología y enfermería: por una fundamentación científica y profesional de la disciplina. Enferm Clínica. 1997; 7:188-94.

15. Nightingale F. Notas sobre enfermería. Qué es y que no es. Barcelona: Masson; 2002.

16. Peplau H. Interpersonal relations in nursing. AJN [Internet]. 1952; 52(6). Recuperado a partir de:http://journals.lww.com/ajnonline/Citation/1952/06000/Interpersonal_Relations_in_Nursing_.62.aspx

17. Francisco Rey C, Ferrer Ferrandis E, Benavent Garcés MA. Fundamentos de Enfermería. 2ª ed. Madrid: DAE; 2009.

18. García Hernández ML, Arana Gómez B, Cárdenas Becerril L, Monroy Rojas A. Health care: paradigm of nurses in Mexico - rebuilding the road. Escola Anna Nery. junio de 2009;13(2):287-96.

19. Marriner A, Raile M. Modelos y Teorías en Enfermería. 7ª ed. Madrid: Elsevier Mosby; 2011.

20. Kérouac S, Pepín J, Ducharme F, Duquette A, Major F. El pensamiento enfermero. Barcelona: Masson; 1995.

21. Proceso enfermero desde el modelo de cuidados de Virginia Henderson y los lenguajes NNN [Internet]. [Citado 22 de marzo de 2015]. Recuperado a partir de: http://www.index-f.com/lascasas/documentos/lc0714.pdf

22. Código Deontológico de la Enfermería Española. Resolución nº 32/89: por la que se aprueban las normas deontológicas que ordenan el ejercicio de la profesión de Enfermería de España con carácter obligatorio [Internet]. Consejo General de Enfermería; [citado 22 de marzo de 2015]. Recuperado a partir de: http://www.coerioja.enfermundi.com/fileadmin/colegio/CODIGO_DEONTOLOGICO.pdf

23. RD1231/2001 EGOCEE.BOE 269 de 09/11/2001 Sec 1 Pag 40986 a 40999 - A40986-40999.pdf [Internet]. [Citado 21 de enero de 2015]. Recuperado a partir de: https://www.boe.es/boe/dias/2001/11/09/pdfs/A40986-40999.pdf

24. Ley 44/2003, de 21 de noviembre, de ordenación de las profesiones sanitarias. - BOE-A-2003-21340-consolidado.pdf [Internet]. [Citado 21 de enero de 2015]. Recuperado a partir de: https://www.boe.es/buscar/pdf/2003/BOE-A-2003-21340-consolidado.pdf

25. Arribas Chachá A, *et al*. Valoración Enfermera. Herramientas y técnicas sanitarias. 3ª Edición. Madrid: Departamento de Metodología e Innovación del cuidado. FUDEN; 2015.

26. Alfaro LeFevre R. Aplicación del proceso enfermero: guía paso a paso. Springer Science & Business Media; 1999. 300 p.

27. Carpenito JL. Diagnósticos de Enfermería. Aplicaciones a la práctica clínica. 9ª ed. Madrid: MacGraw Hill-Interamericana; 2002.

28. Metodología enfermera. OME. Observatorio metodología enfermera [Internet]. [Citado 22 de marzo de 2015]. Recuperado a partir de: http://www.ome.es/01_01.cfm?id=59

29. Murray ME, Atkinson LD. Proceso de Atención en Enfermería. 5ª ed. Mexico: MacGraw Hill-Interamericana; 1996.

30. Pérez Rivas FJ, Ochandorena Juanena M, Santamarí -García JM, García López M, Solano Ramos V, Beamud-Ramos M, *et al.* Aplicación de la metodología enfermera en Atención Primaria. Enferm Clin. 1996; 6(4):179-80.

31. Ubé Pérez JM, Urzanqui Rodríguez M, Rodríguez Herce C, Blasco Ros M, Ascarza Rubio S, Musitu Pérez V. Evaluación de la relevancia del informe de enfermería al alta hospitalaria por el usuario interno y externo. 24 [Internet]. 2006 [citado 10 de mayo de 2015]; Recuperado a partir de: http://www.fuden.org/FICHEROS_ADMINISTRADOR/ORIGINAL/Original_24.pdf

32. Lyer P, Tapich B. Proceso de Enfermería y Diagnóstico de Enfermería. 2ª Edición. Madrid: MacGraw Hill-Interamericana; 1993.

33. Yura H, Walsh M. The Nursing process; assessing, planning, implementing, and evaluating. Washington: Washington, Catholic Univ. of America Press; 1967.

34. Morales Serrano AD, Morales Serrano NL. Perspectivas del proceso de enfermería. Desarrollo Cientif Enferm. 2006; 14(8):321-5.

35. Peppe J LS. Bases Conceptuales de la Enfermería Profesional. 1ª Edición. Montevideo: Organización Panamericana de Salud, Organización Mundial de la Salud; 1989.

36. Salazar Maya AM. Tendencias internacionales del cuidado de enfermería. Invest Educ Enferm. 2011; 29(2):294-304.

37. Pesut D. Nursing and informatics for the 21st Century: An internatinal look at practice, trends and future. En Chicago: Weaver C, Delaneya W, Webwr P, Carr R, editors. Information and Management Systems.; 2006. p. 13-23.

38. Roldán A, Fernández MS. Proceso de atención de enfermería. Invest educ enferm. Septiembre de 1999; 17(2):79-93.

39. Griffin A, Potter P. Fundamentos de Enfermería. 5ª ed. Madrid: Elsevier; 2001.

40. Arribas Cachá A. Estructura del modelo profesional de cuidados definido por la metodología enfermera. Enferm Desarrollo. 2014; 1(2-3):36.

41. Alfaro LeFevre R. El pensamiento crítico de Enfermería: un enfoque práctico. Barcelona: Masson; 1997.

42. Scheffer BK, Rubenfeld MG. A consensus statement on critical thinking in nursing. J Nurs Edc. 2000; 39(8):352-9.

43. Hernández Silva J, Cárdenas Oscoy S, Maya Morales A, Gabriel Reyes J, Negrete Hurtado M, Cervantes Conde E. Evaluación de competencias en el proceso enfermero durante el servicio social. Enferm Inst Mex Seg Soc. 2009;17(1):3-9.

44. Johnson M, Bulecheck GM, Butcher H, Maas M, McCloskey J, Moorhead S. Diagnósticos enfermeros, resultados e intervenciones: interrelaciones NANDA, NOC, NIC. 2ª ed. Barcelona: Elsevier Mosby; 2007.

45. Lunney M. Critical thinking and accuracy of nurses diagnoses. Part. I: Risk of low accuracy diagnoses and next views of critical thinking. Rev Es Enferm USP. 2003; 37(2):17-24.

46. González L, Seral A, Martínez Vélez F, Molins Santos MC. Valoración del Proceso de Atención de Enfermería como herramienta de trabajo diario en atención primaria. 2014; Trabajo Fin de residencia EIR. Unidad Docente multiprofesional familiar y comunitaria Dirección asistencial sureste de Madrid.

47. Smith KA, Dulberg C, Duff V. Factors associated with nursing diagnosis utilization in Canada. Nurs Diagn. 1999; 10(4):640-7.

48. Paganin A, Morales M, Pokorki S, Rabelo E. Factors that inhibit the use of nursing language. Int J Nurs Terminol Classif. 1999; 19(4):150.

49. Paans W, Nieweg RM, Van der Shams CP, Sermeus W. What factors influence the prevalence and accuracy of nursing diagnoses documentation in clinical practice? A sistematyc literature review. J Clin Nurs. 2011;20(17-18):2386-403.

50. Brito Brito PR, Armas Felipe JM, Crespo Gómez A, Aguirre Jaime A. Factores asociados al incremento en el uso de la metodología enfermera en atención primaria. Enferm Global. 2011; 10(24).

51. Mañá González M, Mesas Sáez A. Impacto de una estrategia de implantación de diagnósticos de enfermería en atención primaria. Enferm Clínica. 2002; 12(5):193-200.

52. Indicación y dispensación de medicamentos y productos sanitarios en la terapéutica del cuidado [apuntes]. Módulo III: Valoración enfermera. Variables del cuidado. FUDEN. Observatorio de Metodología Enfermera. Colegio de Enfermería de Madrid.; 2012.

53. Kravic RC, Reuben DB. Geriatric home assessment after hospital discharge. JAGS. 1994; 42:1229-34.

54. Guirao Goris JA, Ruiz Hontangas A et *al.* Metodología de cuidados de Enfermeria en atención domiciliaria. Generalitat Valenciana; 2004.

55. Arribas Cachá A, Aréjula Torres JL, Borrego de la Osa R, Domingo Blázquez M, Morente Parra M, Robledo Martin J. Valoración Enfermera Estandarizada. Clasificación de los criterios de valoración enfermera. Masdrid: FUDEN. Observatorio de Metodología Enfermera. Colegio de Enfermería de Madrid.; 2006.

56. Kozier B. Fundamentos de Enfermería, conceptos, proceso y práctica. 5ª Ed. Madrid: MacGraw Hill-Interamericana; 1999.

57. Fernández Ferrin C, Navarro Gómez MV, Luis Rodrigo MT. De la teoría a la práctica: El pensamiento enfermero de V. Henderson en el s. XXI. 3ª ed. Madrid: Masson; 2005.

58. Orem D. Concepts of Practice. 2ª ed. New York: MacGraw Hill-Interamericana; 1988.

59. Rivero Martínez N, González Acosta MN, González Barrero M, Núñez Herrera M, Hornedo Jerez I, Rojas Izquierdo M. Valoración ética del modelo de Dorotea Orem. Rev Haban Cienc med [revista en internet] [Internet]. 2007 [citado 5 de abril de 2015]; 6(3). Recuperado a partir de: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script

60. Arribas Cachá A, Santamaría García JM, Sellán Soto C, Amezcua Sánchez A, Gómez González JL, Jiménez Rodríguez ML et *al*. Procesos vitales de cuidados. Departamento de Metodología e Innovación del cuidado. FUDEN; 2010.

61. Álvarez Suarez JL, Castillo Arévalo F, Fernández Fidalgo D, Muñoz Meléndez M. Manual de Valoración de Patrones Funcionales. Servicio de Salud principado de Asturias. Comisión de Cuidados. Área Sanitaria V Atención Primaria Gijón; 2010.

62. Dilla T, Valladares A, Lizán L, Sacristán JA. Adherencia y persistencia terapéutica: causas, consecuencias y estrategias de mejora. Aten Primaria. 2009;41(6):342-8.

63. Bartrina JA, de Torres ML, Rocha AL, Benavent MM, Rodrigo CP, Majem LS, et al. Guía para una hidratación saludable: La Declaración de Zaragoza, SENC, 2008. Rev Esp Nutr Comunitaria. Spanish journal of community nutrition. 2009;15(1):45-7.

64. Guigoz Y, Vellas B, Garry PJ, Vellas BJ, Albarede JL, others. Mini Nutritional Assessment: a practical assessment tool for grading the nutritional state of elderly patients. The mini nutritional assessment: MNA Nutrition in the elderly. 1997; 15-60.

65. Cereda E. Mini nutritional assessment. Current Opinion in Clinical Nutrition & Metabolic Care. 2012; 15(1):29-41.

66. Quiralte C, Martínez RM, Fernández C. Estudio de validez de criterio de la Escala de Norton modificada del Hospital Clínico San Carlos. Enferm Clin. 1998; 8(4):151-5.

67. García Fernández FP, Pancorbo Hidalgo PL, Soldevilla Ágreda JJ, Blasco García C. Escalas de valoración del riesgo de desarrollar úlceras por presión. Gerokomos [Internet]. 2008 [citado 19 de abril de 2015]; 9(3). Recuperado a partir de: http://www.scientificcircle.com/es/139351/escalas-valoracion-riesgo-desarrollar-ulceras-presion/

68. Gaspar Escayola JI. Programa de Atención a enfermos crónicos dependientes. Anexo IX. Escalas de valoración funcional y cognitiva. Gobierno de Aragón. Conserjería de Salud y Consumo; 2006.

69. Folstein MF, Folstein SE, McHugh PR. «Mini-mental state»: a practical method for grading the cognitive state of patients for the clinician. J Psychiat Re. 1975; 12(3):189-98.

70. Martínez Iglesia J, Dueñas Herrero R, Onís Vilches MC, Aguado Taberné C, Albert Colomer C, Luque Luque R. Adaptación y validación al castellano del cuestionario de Pfeiffer (SPMSQ) para detectar la existencia de deterioro cognitivo en personas mayores e 65 años. Med Clin. 2001; 117(4):129-34.

71. Martínez Bernardos R, Baylin Larios A, Ortiz Jiménez M. ¿Podemos detectar trastornos mentales en atención primaria? Utilidad y concordancia de dos instrumentos diagnósticos. Aten Primaria. 1999; 23(5):285-8.

72. Bellido Vallejo JC, Lendínez Cobo JF. Proceso enfermero desde el modelo de cuidados de Virginia Henderson y los lenguajes NNN. Jaén: Colegio Oficial de Enfermería de Jaén; 2010.

73. Córdoba R, Martín C, Casas R, Barbera C, Botaya M, Hernández A, et al. Valor de los cuestionarios breves en la predicción del abandono del tabaco en Atención Primaria. Aten Primaria. 2000; 25(1):32-6.

74. Fagerstrom KO, Heatherton TF, Kozlowski LT. Nicotine addiction and its assessment. Ear Nose Throat J. 1990; 69(11):763-5.

75. Trigás Ferrín M, Ferreira González L, Mejide Míguez H. Escalas de valoración funcional en el anciano. Galicia Clin. 2011;72(1):11-6.

76. Gallego MC, Samaniego J, Alonso J, Sánchez A, Carrizo S, Marín JM. Disnea en la EPOC: relación de la escala MRC con la disnea inducida en las pruebas de marcha y de ejercicio cardiopulmonar máximo. Arch Br Neumo. 2002; 38(3):112-6.

77. Bobes García J, González Portilla MP, Saiz Martínez PA, Bascarán Fernández MT, Iglesias Álvarez C, Fernández Domínguez JM. Propiedades psicométricas del cuestionario Oviedo de sueño. Psicothema. 2000; 12(1):107-12.

78. Royuela Rico A, Macías Fernández JA. Propiedades clinimétricas de la versión castellana del cuestionario de Pittsburgh. Vigilia-Sueño. 1997; 9(2):81-94.

79. García Corpas JP. Prevalencia de insomnio y mala calidad de sueño en pacientes con VIH+. [Citado 19 de abril de 2015]; Recuperado a partir de: http://aprendeenlinea.udea.edu.co/revistas/index.php/vitae/article/downloadSuppFile/14416/4120

80. Blúmer JE, Tirado-García K, Claudia Schiele C, Schönffeldt G, Salvador-Sarrá C. Validez de la escala de Braden para predecir úlceras por presión en población femenina. Rev Med Chile. 2004; 132(5):595-600.

81. Puebla Díaz F. Tipos de dolor y escala terapéutica de la OMS: Dolor iatrogénico. Oncología (Barcelona). 2005;28(3):33-7.

82. Molina Robles E, Pajares-Requena D, Camps-Ballester E, Molist-Señé G, Carrera-Goula R. Incidencia de caídas en la unidad de hemodiálisis del Hospital General de Vic. Rev Soc Esp Enferm Nefrol. 2008; 11(1):64-9.

83. Liliana Arias C. El Apgar familiar en el cuidado primario de salud. Colombia Médica. 1994; 25(1):26-8.

84. Bellón Saameño JA, Delgado Sánchez A, Luna Castillo JD, Lardelli Claret P. Validez y fiabilidad del cuestionario de apoyo social funcional Duke-UNC-11. Aten Primaria. 1996; 18(4):153-63.

85. López Alonso S, Moral-Serrano M. Validación del Índice de Esfuerzo del Cuidador en la población española. Enferm Com. 2005; 1:12-7.

86. Sierra Freire JC, Vallejo Medina P, Santos Iglesias P, Lameiras Fernández M. Validación del Massachusetts General Hospital-Sexual Functioning Questionnaire (MGH-SFQ) en población española. Aten Primaria. 2012; 44(9):516-24.

87. Varela Hernández A, Pardo G, Mosquera Betancourt G, Vega S, López H. Caracterización del trauma craneoencefálico leve: Nuestra experiencia. Arch méd Camaguey [Internet]. 2005 [citado 19 de abril de 2015]; 9(3). Recuperado a partir de:http://bases.bireme.br/cgibin/wxislind.exe/iah/online/?IsisScript=iah/iah.xis&src=google&base=LILACS&lang=p&nextAction=lnk&exprSearch=461200&indexSearch=ID

88. Lobo A, Escobar V, Ezquerra J, Seva A. « El Mini-Examen Cognoscitivo»(Un test sencillo, práctico, para detectar alteraciones intelectuales en pacientes psiquiátricos). Rev Psiq Psicol Med [Internet]. 1980 [citado 19 de abril de 2015]; Recuperado a partir de: http://psycnet.apa.org/psycinfo/1982-24794-001

89. Isaacs B, Kennie AT. The Set test as an aid to the detection of dementia in old people. Brit J Psychiat. 1973; 123(575):467-70.

90. Forcano García M, Perlado-Ortiz-Pinedo F. Deterioro cognitivo: uso de la versión corta del Test del Informador (IQCODE) en consultas de geriatría. Rev Esp Geriatr Gerontol. 2002; 37(2):81-5.

91. Arribas Cachá A, Hernández Mellado M, Casillas Santana ML, Blasco Hernández T. Análisis y desarrollo de la estructura normalizada de la etiología en la diagnosis

del cuidado (I). [citado 5 de abril de 2015]; Recuperado a partir de: http://www.fuden.org/FICHEROS_ADMINISTRADOR/PROTOCOLO/mpc.pdf

92. Arribas Cachá A, Hernández Mellado M, Blasco Hernández T, Martin Crespo-Blanco C, García Alonso A. Análisis y desarrollo de la estructura normalizada de la etiología en la diagnosis del cuidado (II) Analysis and development of normalized structure of care diagnosis etiology (II). Nure Investigación [Internet]. 2015 [citado 5 de abril de 2015]; 2(75). Recuperado a partir de: http://web2014.fuden.es/FICHEROS_ADMINISTRADOR/PROTOCOLO/NURE75_MPC_diagnosis2272201594649.pdf

93. Delimitación de la estructura normalizada del «Proceso de Valoración Enfermera» (II). - Dialnet [Internet]. [Citado 10 de mayo de 2015]. Recuperado a partir de: http://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=4740058

94. Conocimiento normalizado del cuidado. Proyecto CENES. Valoración enfermera estandarizada [Internet]. Observatorio de Metodología Enfermera. [Citado 5 de abril de 2015]. Recuperado a partir de: http://www.ome.es/04_01_desa.cfm?id=11

95. Luis Rodrigo MT et al. Diagnósticos de Enfermería. un instrumento para la práctica asistencial. Barcelona: Doyma; 1993.

96. Definición diagnosticar [Internet]. 22 ed. Diccionario de la lengua española | Real Academia Española. Versión electrónica. Madrid: DRAE; 2012 [citado 23 de mayo de 2015]. Recuperado a partir de: http://lema.rae.es/drae/?val=diagnosticar

97. Avalos Torres E, Silé Rojas V, Roche Molina V, Gómez Rodríguez J. Diagnóstico de Enfermería. Evolución histórica y diagnósticos más frecuentes en afecciones cardiovasculares - Revista Electrónica de PortalesMedicos.com [Internet]. 2007 [citado 8 de abril de 2015]. Recuperado a partir de: http://www.portalesmedicos.com/publicaciones/articles/838/1/Diagnostico-de-Enfermeria-Evolucion-historica-y-diagnosticos-mas-frecuentes-en-afecciones-cardiovasculares.html

98. Acosta Suarez G, Fernández Ferrín C. Diagnósticos de Enfermería. Taxonomía diagnóstica de la Nanda. Barcelona: Doyma; 1992.

99. Gordon M. Nursing diagnoses and the diagnostic process. Am J Nurs. 1975 ;(76):1276-300.

100. Sánchez Isla JR, Valdespina Aguilar C. Apuntes de metodología y terminología NANA-NOC-NIC. Tema 11. Definición, formulación y tipos de diagnósticos NANDA-I. [Internet]. [Citado 23 de mayo de 2015]. Recuperado a partir de: http://prescripcionenfermera.com/apuntes/apuntes-de-metodologia-y terminologia-nanda-noc-nic/tema-11-definicion-formulacion-y-tipos-de-diagnosticos-nanda-i/3

101. Carpenito Moyet LJ. Nursing diagnosis: Application to clinical practice [Internet]. 1ª ed. Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins; 2006 [citado 8 de abril de 2015]. Recuperado a partir de: http://books.google.es/books?hl=es&lr=&id=s9yMg-d1KykC&oi=fnd&pg=PA1&dq=carpenito+&ots=Q97zwsCkA0&sig=J_PfYb4uQp6Cd3HY4JGOrl-sJWM

102. Herdman T. Nanda Internacional. Diagnósticos Enfermeros. Definiciones y clasificación 2012-2014. Barcelona: Elsevier España SL; 2013.

103. Orem DE, Renpenning KM, Taylor SG. Self- Care Theory in Nursing: Selected Papers of Dorothea Orem. Springer Publishing Company; 2003. 404 p.

104. Indicación y dispensación de medicamentos y productos sanitarios en la terapéutica del cuidado [apuntes]. Módulo IV: Diagnostico enfermero. FUDEN. Observatorio de Metodología Enfermera. Colegio de Enfermería de Madrid.; 2012.

105. García González MJ. El Proceso de la enfermería y el modelo de Virginia Henderson. Editorial Progreso; 2004. 374 p.

106. Los diagnósticos enfermeros: revisión crítica y guía práctica. Elsevier España; 2006. 422 p.

107. Fernández Ferrín C, Luis Rodrigo MT. La ciencia y la práctica. La enseñanza de los diagnósticos enfermeros. Metas Enferm. 1998;(3):10-4.

108. Guirao Goris JA. El Proceso Enfermero en Atención Primaria: Diagnóstico. ene [Internet]. 2008 [citado 23 de mayo de 2015]; Recuperado a partir de: http://www.researchgate.net/profile/Pedro_Brito_Brito/publication/28214835_El_proceso_enfermero_en_atencin_primaria_diagnstico/links/0a85e53c120249dbe5000000.pdf

109. NANDA Internacional. Diagnósticos enfermeros, 2012-2014 : Definiciones y clasificación. Elsevier España; 2012. 566 p.

110. Marjorie A, Rutherford MA. Standardized Nursing Language: What Does It Mean for Nursing Practice? [Internet]. The Online Journal of Issues in Nursing. [Citado 23 de mayo de 2015]. Recuperado a partir de: http://www.nursingworld.org/MainMenuCategories/ThePracticeofProfessionalNursing/Health-IT/StandardizedNursingLanguage.html

111. Jones D, Lunney M, Keenan G, Moorhead S. Standardized Nursing Languages Essential for the Nursing Workforce. Ann Rev Nurs Res. 1 de diciembre de 2010; 28(1):253-94.

112. Mrayyan MT. The influence of standardized languages on nurses' autonomy. J Nurs Manag. 1 de mayo de 2005; 13(3):238-41.

113. NANDA International. Defining the knowledge of nursing [Internet]. [Citado 23 de mayo de 2015]. Recuperado a partir de: http://www.nanda.org/nanda-internacional-fundacion.html

114. Arribas Cachá A, López Plaza MD, Amezcua Sánchez A, Santamaría García JM, Blasco Hernández T, Gómez González JL. Diagnósticos estandarizados de Enfermería. Clasificación de los Factores_etiologicos.pdf [Internet]. Departamento de Metodología e Innovación del cuidado. FUDEN; 2011 [citado 23 de mayo de 2015]. Recuperado a partir de: http://ome.fuden.es/media/docs/27.Factores_etiologicos_2011.pdf

115. Arribas Cachá A, Amezcua Sánchez A, Santamaría García JM, Robledo Martín J, Gómez González JL. Diagnósticos estandarizados de Enfermería. Clasificación de los Valores Determinantes. pdf [Internet]. Departamento de Metodología e Innovación del cuidado. FUDEN; 2011 [citado 23 de mayo de 2015]. Recuperado a partir de: http://ome.fuden.es/media/docs/26_valores_determinantes_2011.pdf

116. Proyecto de Investigación CENES [Internet]. Observatorio Metodología Enfermera. 2006 [citado 23 de mayo de 2015]. Recuperado a partir de: http://www.ome.es/04_01_desa.cfm?id=11

117. Heather T, Kmitsuru S. NANDA-I. Diagnósticos enfermeros. Definiciones y clasificación 2015-2017. Barcelona: Elsevier SLU; 2015

118. Moorhead S *et al.* Proyecto de resultados Iowa: clasificación de resultados de enfermería (NOC). 3ª ed. Madrid: Elsevier; 2005. 846 p.

119. Moorhead S, Johnson M. Clasificación de resultados de enfermería (NOC) [Internet]. Elsevier Health Sciences; 2009 [citado 22 de marzo de 2015]. Recuperado a partir de: http://books.google.es/books?hl=es&lr=&id=nn_IzUSrw2gC&oi=fnd&pg=PP2&dq=%E2%80%A2+interrelaciones+nanda,nic+y+noc.+diagn%C3%B3sticos+enfermeros,+resultados+e+intervenciones.+2%C2%AA+edici%C3%B3n.+elsevier+mosby.&ots=Y4vESedbGY&sig=1E_c3KmgaEBHA9nd0wUF_ydyTR0

120. Cañadas Osinski I, Sánchez Bruno A. Categorías de respuesta tipo likert. Psicothema. 1998; 10(3):523-631.

121. Keenan G, Barkauskas V, Stocker J, Johnson M, Maas M, Moorhead S, *et al.* Establishing the validity, reliability, and sensitivity of NOC in an adult care nurse practitioner setting. Outcomes Manag. Diciembre de 2002; 7(2):74-83.

122. Bulechek GM. Clasificación de intervenciones de enfermería (NIC) [Internet]. Elsevier Health Sciences; 2009 [citado 22 de marzo de 2015]. Recuperado a partir de: http://books.google.es/books?hl=es&lr=&id=UsQcHuBuNHYC&oi=fnd&pg=PP2&dq=%E2%80%A2+interrelaciones+nanda,nic+y+noc.+diagn%C3%B3sticos+enfermeros,+resultados+e+intervenciones.+2%C2%AA+edici%C3%B3n.+elsevier+mosby.&ots=S6UPyUbtx5&sig=sn9aUt8XAn_DRBJCraV9-xZ2ds8

123. Cordova PB, Lucero RJ, Hyun S, Quinlan P, Price K, Stone PW. Using the Nursing Interventions Classification as a Potential Measure of Nurse Workload. J Nurs Care Qual. 2010; 25(1):39-45.

124. Observatorio de Metodología Enfermera. Fase de evaluación de los planes de cuidados [Internet]. [Citado 20 de junio de 2015]. Recuperado a partir de: http://www.ome.es/02_02_01_desa.cfm?id=107

125. Torra i Bou JE. Atención domiciliaria y atención primaria de salud. Rev ROL Enferm. 1989;(125):37-43.

126. Ramos Calero E *et al.* Diagnóstico de salud de la comunidad: métodos y técnicas. En: Enfermería comunitaria Métodos y técnicas Enfermería siglo 21. 1ª ed. Madrid: Difusión Avances Enfermería (DAE); 2000.

127. Ayuso B, Tauler C, Sanz JF, González L, Gómez ML. Rodríguez N et al. Documento de atención domiciliaria. Salud Madrid. Área 1 Atención Primaria. SERMAS. Salud Madrid. Área 1 Atención Primaria.; 2000.

128. Comisión para el Desarrollo de la Atención Enfermera en el Servicio Andaluz de Salud. Estrategias de mejora de la atención domiciliaria en Andalucía [Internet]. Servicio Andaluz de Salud. Conserjería de Salud; 2002 [citado 20 de junio de 2015]. Recuperado a partir de: http://www.juntadeandalucia.es/servicioandaluzdesalud/library/plantillas/externa.asp?pag=/contenidos/gestioncalidad/Estrat_MejoraAtDomiciliaria.pdf

129. Genet N, European Observatory on Health Systems and Policies, editores. Home care across Europe: current structure and future challenges. Copenhagen: World Health Organization; 2012. 145 p.

130. Informe 2012. Las Personas Mayores en España. Datos estadísticos estatales y por Comunidades Autónomas.1º ed. Bilbao: Ministerio de Sanidad Servicios Sociales e Igualdad. IMSERSO; 2014.

131. Gallo J, Medina FJ GM. Recursos Geriátricos. Valoración Geriátrica Integral. 1ª ed. Madrid: FUDEN; 2011.

132. Suarez Cuba MA. Atención Integral a Domicilio. Rev Med La Paz. 2012; 18(2):52-58.

133. Toquero Torre F, Zarco Rodríguez J, Sánchez Corral F, Esteban Sobreviela JM, Ramírez Puerta D. Guía de Buena Práctica Clínica en Atención Domiciliaria [Internet]. Internacional Marketing & Comunication SA; 2005. Recuperado a partir de: https://www.cgcom.es/sites/default/files/GBPC_Atencion_Domiciliaria.pdf

134. Alma-Ata, 1978 [Internet]. [Citado 20 de junio de 2015]. Recuperado a partir de: http://www.alma-ata.es/declaraciondealmaata/declaraciondealmaata.html

135. Requena López A, Moreno Mateo R, Torrubia Atienza P, Rodeles Pozo R, Mainar García P, Moliner Izquierdo MA. Análisis de la demanda de actuación de un equipo de soporte de atención domiciliaria (ESAD). Aten Primaria. 2001; 28(10):652-6.

136. Shekelle PG, Morton SC, Keeler EB. Costs and benefits of health information technology. Evid Rep Technol Assess (Full Rep). abril de 2006;(132):1-71.

137. Chaudhry B, Wang J, Wu S, Maglione M, Mojica W, Roth E, et al. Systematic review: impact of health information technology on quality, efficiency, and costs of medical care. Ann Intern Med. 16 de mayo de 2006; 144(10):742-52.

138. Goldzweig CL, Towfigh A, Maglione M, Shekelle PG. Costs and benefits of health information technology: new trends from the literature. Health Aff (Millwood). abril de 2009;28(2):w282-93.

139. Helles R. Information handling in the nursing discharge note. J Clin Nurs. enero de 2006;15(1):11-21.

140. DesRoches C, Donelan K, Buerhaus P, Zhonghe L. Registered nurses' use of electronic health records: findings from a national survey. Meds cape J Med. 2008;10(7):164.

141. Thoroddsen A, Saranto K, Ehrenberg A, Sermeus W. Models, standards and structures of nursing documentation in European countries. Stud Health Technol Inform. 2009; 146:327-31.

142. Arribas Cachá A. Desarrollo de planes de cuidados informatizados en OMI-AP. NURE Investigación [Internet]. 1 de julio de 2006 [citado 12 de octubre de 2015]; 3(23). Recuperado a partir de: http://www.nureinvestigacion.es/OJS/index.php/nure/article/view/304

143. FAECAP. Decálogo de la Calidad de los Cuidados en el Domicilio. [Internet]. 2015 [Citado 15 de octubre de 2015]; Recuperado a partir de: www.faecap.com/noticias /show/resumen-de-i-jornada-nacional-de-atencion-domiciliaria.

144. Gómez González JL et *al.* Sistemas de información de cuidados de salud. 1º ed. Madrid: Departamento de Metodología e Innovación del Cuidado. FUDEN; 2010

145. Escudero Sánchez C, Delgado Antolín JC, Fernández Carbajo N, García Carmona R, López López MA, Pérez Juárez A. Incidencia y factores predictores de inmovilización crónica en ancianos mayores de 75 años que viven en la comunidad1. Rev Esp Geriatr Gerontol. 2001; 36(2):103-8.

146. Fernández Lozano C, Berrobianco Cobo E, Rodríguez Carrión MT, Blanca Barba F, Fuertes Ruiz C, Mancera Romero J. Medidas preventivas en pacientes inmovilizados de un Centro de Salud. Med Fam (And). 2005;6(2):77-81.

147. Pérez Rivas FJ, Ochandorena Juanena M, Santamaría García JM, García López M, Solano Ramos V, Beamud Lagos M, *et al*. Aplicación de la metodología enfermera en atención primaria. Rev Cal Asist. 2006; 21(5):247-54.

148. Villarejo Aguilar L, Pancorbo Hidalgo PL. Diagnósticos de enfermería, resultados e intervenciones identificadas en pacientes ancianos pluripatológicos tras el alta hospitalaria. Gerokomos. Diciembre de 2011; 22(4):152-61.

149. Servicio Madrileño de Salud [Internet]. Madrid. [Citado 27 Jun 2016]. Observatorio de Resultados del Servicio Madrileño de Salud. Disponible en: www.madrid.org/cs/Satellite?cid=1354

150. Mondoño Freire MJ, Sánchez-Cougil MJ, Gayoso Diz P, Valero Patermain M, Blanco Ramos M, Cuña Ramos FO. Estudio de Prevalencia de la incontinencia urinaria en mujeres de 18 a 65 años y su influencia en la calidad de vida. Aten Primaria. 2004. 34(3); 134-139.

151. Cervera Deval J, Serralta Davia I, Macia Pareja, Moreno Alzuyet J, Mayoral-Azofra E. Incontinencia urinaria: ¿Un problema oculto? Rehab. 2004; 8(1):1-6

152. Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad. Madrid. [Citado 27 Jun 2016]. Encuesta Europea de Salud en España 2014. Disponible en: http://www.msssi.gob.es/estadEstudios/estadisticas/EncuestaEuropea/Tend_salud_30_indic.pdf

153. Vela Bueno A, Iceta M, Fernández C. Prevalencia de los trastornos del sueño en la ciudad de Madrid. Gac Sanit. 1999; 13(6): 441-448.

154. Salmerón Álvarez M, Alonso Vigil P. Factores asociados a la institucionalización de pacientes con demencia y sobrecarga del cuidador. Rev Min Asun Soc. 2006. (60):129- 147. Disponible en: http://www.empleo.gob.es/es/pun_electronicas/destacadas/revista/2006asuntos.htm

155. López Mongil R, López Trigo JA, Castrodeza Sanz FJ, Tamames Gómez T, León Colomo T. Prevalencia de demencia en pacientes institucionalizados: estudio RESYDEM. Rev Esp Geriatr Gerontol. 2009. 44(1):5-11.

156. Calcedo Barba A. La depresión en el anciano. Doce cuestiones fundamentales. Madrid: Fundación Archivos de Neurobiología, 1996.

157. Corrales D, palomo M, Magariño Bravo MJ, Alonso G, Torrico P, Barroso A, Merchán V. Capacidad funcional y problemas socio asistenciales de los ancianos del área de salud de Cáceres. Aten Primaria. 2004; 33(8):426-433.

158. López López B, Casado Mejía R, Brea Ruiz M, Ruiz Arias E. Características de la provisión de cuidados a las personas dependientes. NURE Inv. [Revista en Internet] 2011 Ene-feb. [Citado 8 abril 2016]; 9 (56): [aprox 12 p.]. Disponible en: http://www.fuden.es/FICHEROS_ADMINISTRADOR/ORIGINAL/NURE56_original_provisdep.pdf

159. Pérez Rivas FJ, Carrera Manchado C, López Blasco MA, Auñón Muelas A, García López M, Beamud Lagos M. Nuevos indicadores en la provisión de servicios: diagnósticos enfermeros en atención primaria. Enferm Clin. 2004; 14(2): 70-76

160 Pino Casado R, Cantón Ponce D, Alarcón Juárez A, Fuentes Martínez A, Navas Anguis V, Rincón Montilla MC. Poder de explicación del diagnóstico enfermero en la actividad desarrollada en consulta de enfermería de pacientes crónicos en atención primaria. Enferm Clin. 2001; 11(1):3-8.

161. Gallego P, Carra B, Morente M, Calvo C, Sanz C. Visita domiciliaria. Diagnósticos médicos y de enfermería. Rev Rol Enferm. 1995; 202: 14-8.

162. Martin KS, Scheet NJ, Stegman MR. Home health clients: characteristics, outcomes of care and nursing interventions. Am J Public Health. 1993; 83: 1930-4

163. Puig Llobet M, Rodríguez Ávila N. Valoración enfermera y calidad de vida en los cuidados domiciliarios. Metas Enferm. 2009; 12(6):63-7.

164. Nieto García E. Usos de Diagnósticos de Enfermería en Atención Primaria. Jano. Octubre de 2011; 66-68.

165. Hahn JE. Using nursing intervention classification in an advance practice registered nurse-led preventive model for adults aging with developmental disabilities. J Nurs Scholar. Septiembre de 2014; 46(5):304-13.

166. Pérez Rivas FJ, Ochandorena Juanena MS, Minguet Arenas C, García López M, Sobrados Ferradal C, Palmero Gil MJ. Diagnósticos de Enfermería en un área de salud: 9 años aplicando metodología en la prestación del cuidado. VI Congreso Nacional FAECAP. Oviedo. Octubre 2009.

ANEXOS

ANEXO 1: INFORME FAVORABLE PARA LA REALIZACIÓN DEL ESTUDIO DE LA COMISIÓN LOCAL DE INVESTIGACIÓN SURESTE DEL SERVICIO MADRILEñO DE SALUD.

Servicio Madrileño de Salud
Gerencia de Atención Primaria
SaludMadrid Gerencia Adjunta de Planificación y Calidad

Comunidad de Madrid

INFORME DE LA COMISIÓN LOCAL DE INVESTIGACIÓN SURESTE
CÓDIGO de proyecto: **06 / 14**

TÍTULO**: Análisis de la utilización de la metodología enfermera en atención domiciliaria**

INVESTIGADOR IP / RESIDENTES: Félix Martínez Vélez

CENTRO de Trabajo del IP: Centro de Salud Buenos Aires

La Comisión Local de Investigación Sureste, en su reunión del día 14 de mayo de 2014, según consta en el Acta 03/2014, **INFORMA FAVORABLEMENTE** sobre la realización de dicho estudio en atención primaria de la Comunidad de Madrid.

Madrid a 16 de mayo de 2014

Fdo.:

Sofía Garrido Elustondo

Presidente delegado de la Comisión Local de Investigación Sureste

ANEXO 2: PATRONES FUCIONALES DE GORDON

Los 11 PFG [61] son:

Patrón 1: Percepción- Manejo de salud

Evalúa la forma en que la persona, el cuidador principal o la familia percibe el estado de salud y bienestar. La adherencia terapéutica y la adhesión a prácticas preventivas (vacunación, hábitos higiénicos, etc.).

Reúne información relativa a:

- Higiene: Boca, personal, vestido, vivienda.
- Estado de vacunación.
- Problemas de salud, Tipo de problema, nivel de cuidados, conocimientos y actitud ante los mismos.
- Hábitos tóxicos (tabaco, alcohol, café, drogas).
- Adhesión al tratamiento farmacológico.
- Poli medicación.
- Automedicación.
- Adhesión a las indicaciones terapéuticas.
- Actitud ante la terapia.
- Alergias.
- Caídas.
- Accidentes y su prevención.
- Problemas de movilidad.
- Sistemas de ayuda para la movilidad.
- Ingresos hospitalarios.
- Valoración del anciano de riesgo

El patrón estará alterado si:

- La higiene personal o de la vivienda es descuidada.
- La persona tiene un inadecuado cuidado de su salud.
- Bebe en exceso. Fuma. Consume drogas.
- Tiene problemas de movilidad.
- No tiene adherencia a tratamientos farmacológicos ni sigue las

indicaciones terapéuticas.

- No está vacunado.
- Es una persona de riesgo.

Aclaraciones sobre la valoración del Patrón 1:

- Tabaco: Se considera fumador cualquier persona que ha fumado diariamente durante el último mes cualquier cantidad de tabaco.
- Alcohol: Se considera toma de alcohol excesiva 40 gr/día o 5 unidades/día o 280 gr/semana en hombres y 24 gr/día, 3 unidades/día o 168 gr/semana en mujeres. Drogas: si existe o no consumo y tipo de drogas.
- Café: Se considera abuso de café más de 3 tazas diarias o presencia de síntomas por ingesta de cafeína (nerviosismo, insomnio).
- Adherencia terapéutica: La OMS define la adherencia terapéutica como "*el grado en que el comportamiento de una persona —tomar el medicamento, seguir un régimen alimentario y ejecutar cambios del modo de vida se corresponde con las recomendaciones acordadas de un prestador de asistencia sanitaria"* [62]. Se considera adherencia farmacológica cuando se cumple entre el 80 y 110% de lo pautado.
- Los riesgos laborales, accidentes y caídas indicarían un *patrón con un riesgo de alteración.*
- Repetidos accidentes domésticos y caídas pueden ser indicativos de violencia de género o doméstica por lo que es preciso estar atentos ante su presencia.

*L*os ingresos hospitalarios nos dan información pero por sí solos, no implican la alteración del patrón.

Patrón 2: Nutricional- Metabólico

Estima la relación entre el consumo de alimentos y líquidos con las necesidades metabólicas de la persona.

Reúne información relativa a:

- Peso, talla, IMC.
- Hábitos en las comidas (número al día, lugar, horario)
- Alimentación adecuada.

- Consumo/día de líquidos.
- Consumo de suplementos vitamínicos.
- Problemas en la boca.
- Problemas para comer (masticar, tragar)
- Problemas asociados a la dieta (equilibrio, insuficiente, comida entre horas, etc.).
- Síntomas digestivos, inapetencia, intolerancia, alteración del peso, sedentarismo.
- Estado nutricional.
- Riesgo de padecer úlceras por presión.
- Alteraciones en la piel.

El patrón estará alterado si:

- IMC: > 30% o < 18,5% (Riesgo de alteración entre 25 y 30 y eficaz entre 18,6 y 24,9).
- La alimentación es inadecuada o desequilibrada.
- Hay déficit en el consumo diario de líquidos.
- Existen problemas en la boca.
- Se tienen problemas para masticar, tragar o se necesita sonda naso gástrica.
- Hay síntomas digestivos, inapetencias, intolerancias o alergias alimentarias.
- Presenta alteraciones cutáneas.

Aclaraciones sobre la valoración de este Patrón 2:

- Hidratación Saludable: según la Declaración de Zaragoza(63)[63], una persona tiene que ingerir 10 vasos de líquidos al día: agua mineral/del grifo, refrescos sin azúcar añadido, té, café o infusiones sin azúcar; otros autores consideran de 8 a 10.
- Los problemas asociados a la dieta nos dan información, pero no todos condicionan el resultado del patrón:
    - *Patrón alterado:* “dieta no equilibrada”
    - *Patrón en riesgo:* “dieta insuficiente” y “comer entre horas” dependerá de las características del individuo.
    - *Información que no condiciona el resultado del patrón:* “consumo escaso de lácteos” dependerá de la etapa evolutiva de la persona;
    - “cena abundante” nos da información pero por sí mismo no nos conduce a una alteración del patrón.

- Estado nutricional normal o anormal se valorará teniendo en cuenta el IMC y/o juicio de la enfermera en base a observación. Puede usarse el test de Mini Nutricional Assessment (MNA) [64,65] que valora el riesgo de malnutrición.
- El test de Norton [66,67] inferior a 14 nos indica un riesgo de desarrollar úlceras por presión, y por tanto, informa del riesgo de alteración del patrón.

El lugar de las comidas, número, horario, tipo de dieta, nos dan información pero por si solos no condicionan el patrón.

Patrón 3: Eliminación

Valora la función excretora: eliminación intestinal, urinaria y cutánea, así como los cambios detectados y la utilización o no de medidas auxiliares.

Recoge información en relación los hábitos:

- Intestinal:
  - Regularidad, consistencia y color.
  - Dolor al defecar.
  - Dolor abdominal.
  - Distensión abdominal.
  - Presencia de sangre.
  - Flatulencia.
  - Incontinencia
  - Estreñimiento.
  - Fisura.
  - Fecalomas.
  - Ruidos intestinales.
  - Hemorroides.
  - Uso de sistemas de ayuda como laxantes, supositorios de glicerina o enemas.
  - Presencia de ostomías.
- Urinaria:
  - Micciones al día.
  - Características orina.
  - Problemas en la micción (Disuria, Poliuria, Polaquiuria, Nicturia, retención, globo vesical, etc.).

        - Incontinencia.
        - Uso de sistemas de ayuda como absorbentes, colector o sonda vesical.
        - Presencia de urostomías.
    - Cutánea:
        - Problemas en la eliminación cutánea
        - Sudoración profusa.
        - Olor corporal.
        - Drenajes.
        - Heridas exudativas.

El patrón estará alterado si:

- A nivel intestinal:
    - Existe estreñimiento.
    - Incontinencia fecal.
    - Diarrea.
    - Flatulencia.
    - La persona precisa sistemas de ayuda (laxantes, enemas)
    - Presenta ostomías.
- A nivel urinario:
    - Incontinencia.
    - Retención urinaria.
    - Problemas en la micción (disuria, nicturia, poliuria, Polaquiuria, etc.).
    - La persona utiliza sistemas de ayuda (absorbentes, colector, sonda vesical)
    - Presenta urostomías.
- A nivel cutáneo:
    - Presenta sudación excesiva.
    - Presenta mal olor corporal.
    - Tiene drenajes o heridas exudativas.

Aclaraciones sobre la valoración de este Patrón 3:

- Estreñimiento: es la emisión de heces con una frecuencia inferior a 3 veces por semana.
- Diarrea: es la emisión de heces liquidas, blandas más de tres veces al día.

- El dolor durante la defecación, fisuras, hemorroides suponen riesgo de alteración del patrón.
- Los drenajes y las heridas muy exudativas conducen a un riesgo de alteración del patrón.
- La distensión y el dolor abdominal no alteran por si solos el patrón si no están relacionados con la eliminación intestinal ya que puede ser debidos a otros motivos.

Patrón 4: Actividad /ejercicio

Valora la actividad, el ejercicio físico, el ocio y el tiempo libre. Comprende las actividades de la vida diaria que precisan gasto de energía.

Reúne información relativa a:

- Valoración del estado cardio-respiratorio: Tensión arterial, frecuencia cardiaca, frecuencia respiratoria.
- Deficiencias motoras.
- Parálisis, paresias.
- Problemas de salud limitantes.
- Tolerancia a la actividad.
- Dependencia motora.
- Falta de recursos.
- Falta de conocimientos.
- Síntomas respiratorios:
    - Tos.
    - Disnea.
    - Ruidos respiratorios anormales.
    - Cianosis.
    - Ortopnea.
- Síntomas físicos:
    - Cansancio excesivo.
    - Hipotonía muscular.
    - Inmovilización.
    - Claudicación intermitente.
    - Disminución pulsos periféricos.
- Actividades básicas de la vida diaria (test de Katz o Barthel) [68]

- Fragilidad: Barber.
- Actividad laboral:
    - Tipo de actividad
    - Horario
- Ejercicio y ocio:
    - Paseo
    - Deporte.
    - Actividades de ocio.
    - Aburrimiento o desinterés por el ocio.

El patrón estará alterado si la persona presenta:

- Síntomas respiratorios: frecuencia respiratoria alterada, disnea, cianosis, tos inefectiva, tiraje, uso de oxigeno domiciliario.
- Problemas circulatorios: Alteración de Tensión arterial y FC en respuesta a la actividad, pulsos periféricos inexistentes, edemas, claudicación intermitente.
- Problemas de salud limitantes, incapacidad para la actividad habitual.
- La presencia de síntomas físicos: cansancio excesivo, hipotonía muscular, inmovilizaciones, claudicación intermitente, pulsos periféricos disminuidos, parálisis, paresias.
- Deficiencias motoras. Problemas de movilidad.
- Problemas de equilibrio, inestabilidad, caídas.
- Capacidad funcional alterada (Katz o Barthel).
- Incapacidad de ocio habitual, aburrimiento manifestado por la persona.

Aclaraciones sobre la valoración de este Patrón 4:

- La presencia de una TA (> =140/90) no es suficiente para considerar el patrón alterado, estaría alterado si condiciona la práctica de ejercicio.
- La falta de recursos económicos para realizar las actividades indicadas para la persona no condiciona el resultado de este patrón, aporta información y puede suponer un riesgo para algunas lesiones o mantenimiento de la salud o del hogar.
- La falta de conocimientos sobre actividades físicas necesarias para la salud no condiciona el resultado de este patrón, supondría un déficit de conocimientos que habría que abordar, pero que se evaluaría más en profundidad en su patrón (Cognitivo- Perceptivo)
- Actividad laboral solo aporta información.

- La conducta de riesgo de accidentes, supone un riesgo de alteración del patrón.
- El inadecuado mantenimiento del hogar supone un patrón alterado que puede conllevar el diagnóstico enfermero “Deterioro en el mantenimiento del hogar”
- El test de Barthel inferior a 80 o el de Katz con resultado de B o menor, nos conducen a un patrón alterado.
- Se considera práctica de ejercicio la realización de 30 minutos al menos 3 días a la semana de forma que produzca sudoración. En ancianos equivaldría a andar una hora diaria al ritmo que le permita su condición física.
- Sedentarismo: concepto basado en NO realizar al menos 25-30 minutos diarios de ocio activo.

Patrón 5: Sueño- Descanso

Estima los patrones de sueño, descanso y relajación de la persona durante las 24 horas del día.

Reúne información relativa a:

- Horas de sueño/día.
- Lugar
- Regularidad.
- Siestas
- Ronquidos
- Problemas con el sueño:
    - Problemas para conciliar el sueño
    - Interrupciones del sueño.
    - Ayudas para dormir
- Si se levanta cansado, somnoliento, confuso.
- Alteraciones descanso / relajación.
    - Horas de descanso al día.
    - Uso de medicamentos para descansar.
    - Signos de cansancio
    - Influencia del cansancio en su actividad.
    - Alteraciones de conducta relacionadas con el cansancio.

El patrón estará alterado si la persona:

- Utiliza fármacos para dormir o descansar.
- Si manifiesta verbalmente dificultades para conciliar o mantener de forma adecuada el sueño.
- Presenta somnolencia diurna.
- Manifiesta cansancio o confusión relacionada con la falta de descanso.
- Disminuye su capacidad de respuesta en su vida habitual.
- Presenta irritación por la falta de descanso.

Aclaraciones sobre la valoración de este Patrón 5:

- En adultos se recomienda un promedio de 7-8 horas de sueño. Los niños suelen tener necesidades mayores. Los ancianos tienen un sueño fraccionado promediándose unas 5-6 horas de sueño nocturno y aproximadamente hora y media durante el día. La valoración debe ser individualizada: Hay personas que solo precisan 4-5 horas y otras que requieren más tiempo para estar descansadas.
- El ronquido y la apnea del sueño constituyen otros problemas de salud que si no interfieren en la sensación de descanso no alteran el patrón.
- El horario, las siestas, la regularidad, etc. es información que no condiciona el resultado del patrón pero pueden orientar la intervención enfermera.

Patrón 6: Cognitivo-Perceptivo

Valora la situación sensitiva, perceptiva y cognitiva de la persona.

Reúne información relativa a:

- Nivel de consciencia.
- Deterioro cognitivo: Mini mental.
- Nivel de instrucción:
    - Puede leer.
    - Puede escribir.
- Alteraciones cognitivas:
    - Problemas para expresar ideas.
    - Problemas de memoria.
    - Dificultad para tomar decisiones.

    - Problemas en el lenguaje.
    - Problemas de concentración.
    - Problemas de comprensión.
    - Dificultades de aprendizaje.
- Alteraciones perceptivas:
    - Problemas de visión, audición, olfato, gusto, sensibilidad táctil.
    - Dolor (Tipo, intensidad, localización, control).
- Alteraciones conducta:
    - Intranquilidad.
    - Irritabilidad.
    - Agitación.

El patrón estará alterado si la persona:

- No está consciente y orientada.
- Presenta déficits sensoriales.(Vista , oído)
- Tiene dificultad de comprensión.
- Presenta dolor.
- Tiene problemas de memoria, comprensión o concentración.
- Mini mental [69]o Pfeiffer [70] alterados.
- Tiene depresión.
- Presenta fobias o miedos injustificados.
- Manifiesta irritabilidad, intranquilidad, agitación.

Patrón 7: Auto percepción- auto concepto

Valora el auto concepto y las percepciones del estado de ánimo de la persona.

Recoge información acerca de:

- Problemas consigo mismo:
    - Verbalización auto negativa.
    - Expresiones de desesperanza.
    - Expresiones de inutilidad.
- Problemas con su imagen corporal:
    - Sentimiento negativo de su propio cuerpo.
    - Le preocupan los cambios.
    - Miedo al rechazo de otro.
- Problemas conductuales:

  - Conducta indecisa.
  - Confusión.
  - Deterioro de la atención.
  - Irritabilidad, agitación, angustia.
- Fracasos, rechazo.
- Ambiente familiar desfavorable.
- Carencias afectivas.
- Insomnio.
- Dificultad de concentración.
- Ansiedad, depresión. Las escalas de Golberg[71] para ansiedad y depresión y la Yesavage ayudan en esta valoración.
- Cambios recientes.
- Imagen y postura corporal.
- Contacto visual.
- Patrón de voz.
- Asertividad/ Pasividad
- Nervioso/Relajado.

El patrón estará alterado si la persona:

- Verbaliza expresiones auto negativas, de desesperanza o inutilidad.
- Tiene problemas con su imagen corporal, le preocupan los cambios en la misma, miedo al rechazo de otros o expresa sentimientos negativos sobre su propio cuerpo.
- Tiene problemas conductuales.
- Presenta irritabilidad, agitación o angustia.
- Presenta ansiedad o depresión.
- Si no se siente querido.
- Si tiene frecuentes cambios en el estado de ánimo.

Aclaraciones sobre la valoración de este Patrón 7:

Se considera riesgo de alteración del patrón si:

- Manifiesta conducta indecisa, confusión o deterioro de la atención.
- Si expresa fracasos, rechazos, ambiente familiar desfavorable, carencias afectivas o dificultad de concentración.

Los datos del examen como la imagen y postura corporal, el patrón de voz, el contacto visual y los rasgos personales, aportan información para ayudar a

determinar la alteración o no del patrón.

Patrón 8: Rol- Relaciones

Estima el papel que desempeña la persona en las relaciones con los demás y en la percepción individual de los principales roles.

Recoge información acerca de:

- Dónde y con quién convive.
- Rol familiar que desempeña.
- Cambios de domicilio recientes.
- Si cuida o depende de alguien.
- La existencia de una red de apoyo familiar.
- La situación de la vivienda, económica y socio familiar.
- Problemas de relación social, familiar o laboral.
- Si se siente solo.
- Si comparte los problemas.
- La pérdida de seres queridos:
    - Conductas inefectivas.
    - Expresión de culpa.
    - Tristeza prolongada.
    - Duelo anticipado.
    - Negación de la pérdida.
- Participa de grupos o asociaciones.

El patrón estará alterado si la persona:

- Tiene problemas en las relaciones familiares, sociales o laborales.
- Se siente sola.
- No tiene amigos o familia.
- Refiere carencias afectivas.
- Tiene dificultad en las tareas de cuidador, apoyo insuficiente, cuidados negligentes.
- Manifiesta insatisfacción, falta de motivación o capacidad en el desempeño del rol.
- Presenta conductas inefectivas de duelo
- Abusos o violencia doméstica.

Aclaraciones sobre la valoración de este Patrón 8:

- Información que no condiciona el resultado del patrón:
    - Los datos: Convive en y con, nº de personas de la familia, de quien cuida, de quien depende o rol familiar.
    - La situación económica y la situación de la vivienda
    - El no compartir problemas a no ser que esté relacionado con el cómo se enfrenta a los problemas.
    - El no pertenecer a grupos.
- Se podría considerar riesgo de alteración:
    - Los cambios periódicos de domicilio
    - La pérdida de un ser querido.

Patrón 9: Sexualidad y Reproducción

Valora la satisfacción o insatisfacción de la sexualidad y los aspectos relacionados con la reproducción.

Recoge información acerca de:

- Menarquia.
- Alteraciones en el ciclo menstrual:
    - Alteraciones en la frecuencia, duración o cantidad.
    - Síndrome premenstrual.
    - Dismenorrea.
- Menopausia:
    - Edad.
    - Alteraciones:
        - Sequedad.
        - Sangrado.
        - Sofocos.
- Revisiones ginecológicas.
- Relaciones sexuales:
    - Uso de anticonceptivos
    - Dificultades.
    - Satisfacción.
    - Conductas de riesgo.
- Problemas de fertilidad.

- Problemas de identificación sexual.
- GAV.

El patrón estará alterado si la persona:

- Expresa preocupación respecto a su sexualidad, insatisfacción o trastornos.
- Existen problemas en la etapa reproductiva de la mujer:
    - Alteraciones del ciclo menstrual.
    - Relaciones de riesgo.
    - Problemas de fertilidad.
- Existen problemas en la menopausia.

Aclaraciones sobre la valoración de este Patrón 9:

- Las revisiones no condicionan el resultado del patrón. Nos indican el grado de auto cuidado de la persona.
- Los sofocos y sequedad de la menopausia determinarán una alteración del patrón si la persona lo vive como un problema.
- La información sobre anticoncepción o enfermedades de transmisión sexual no valoran el patrón. Recuerdan a la enfermera la actividad a realizar.

Patrón 10: Adaptación Tolerancia al estrés

Valora como la persona afronta las situaciones y su eficacia en el manejo del estrés.

Recoge información acerca de:

- Cambios o problemas importantes:
    - Tipo.
    - Influencia
    - Problemas en la adaptación
    - Emociones inapropiadas.
    - Soluciones inadecuadas.
    - Incapacidad de afrontar la situación.
    - Rechazo atención sanitaria.
    - Negación problemas evidentes
    - Minimizar los síntomas.
    - Preocupación excesiva.

- Deficiente apoyo familiar:
    - Rechazo
    - Intolerancia
    - Psico somatización.
    - Comunicación limitada.
    - Ayuda poco satisfactoria.
- Estrés:
    - Sensación actual.
    - Tolerancia.
    - Desencadenantes
    - Problemas de resolución.
    - Estrategias de adaptación.
    - Sistemas de apoyo.
    - Ayudas para la relajación:
        - Técnicas de relajación.
        - Medicamentos.

El patrón estará alterado si la persona:

- Manifiesta tener sensación habitual de estrés y no dispone de herramientas para controlarlo.
- Si no es capaz de afrontar de forma efectiva cambios o situaciones complicadas de la vida.
- Si recurre al uso de medicamentos, drogas o alcohol para superar los problemas.
- Responde de forma afirmativa a cualquiera de los siguientes datos: Emociones inapropiadas, negación problemas, soluciones inadecuadas, minimizar los síntomas, incapaz afrontar situación, preocupación excesiva o prolongada.
- Si está normalmente tenso.

Aclaraciones sobre la valoración de este Patrón 10:

No condiciona el resultado del patrón:

- Si la persona ha tenido cambios importantes. Más importe es conocer como se ha adaptado a ellos o los ha superado.
- La negativa a la asistencia sanitaria. Habrá que indagar el motivo.
- El deficiente apoyo familiar. La persona podría solucionar los problemas

por sí misma. Habría que relacionarlo con el patrón Rol / Relaciones.

- La no adaptación al estrés. Habría que indagar más en el patrón.

Patrón 11: Valores y Creencias

Estima los valores, objetivos o creencias que guían la elección o las decisiones.

Recoge información acerca de:

- Los planes de futuro:
  - Suele conseguir lo que desea.
  - Cómo ve su futuro.
  - Qué le importa en la vida.
  - Si está contento con su vida.
  - Ideas y creencias importantes.
- Conflictos / preocupaciones importantes:
  - Terapias para su salud y conflicto con creencias.
  - Pertenencia a grupo o asociación.
  - Conflicto u oposición familiar. Importancia que le da.
  - Práctica religiosa.
- Valoración familiar:
  - Valores y costumbres culturales.
  - Ayuda en los problemas.
  - Creencias religiosas.
- Conflicto o preocupación sobre la vida y la muerte.
- Conflicto o preocupación sobre el sufrimiento y el dolor.
- Conflicto o preocupación sobre la enfermedad.

El patrón estará alterado si la persona:

- Tiene conflicto con sus creencias.
- Tiene problemas para sus prácticas religiosas.
- Manifiesta conflicto y preocupación por el sentido de la vida, la muerte, el sufrimiento, el dolor o la enfermedad.

Aclaraciones sobre la valoración de este Patrón 11:

- No se valoran las creencias vitales o religiosas de la persona. Solo si suponen una ayuda o conflicto.

- Aquellos datos que detectan problemas nos definirán la alteración del patrón, mientras que el resto de datos serán meramente informativos sin condicionarán el resultado del patrón.

ANEXO 3: VALORACIÓN SEGÚN MODELO DE NECESIDADES HUMANAS DE VIRGINIA HENDERSON

Considera catorce necesidades[72]:

1. Respirar normalmente.

   Se debe valorar:

   - Frecuencia respiratoria (FR).
   - Saturación parcial de oxígeno (SpO2%).
   - Tipo de respiración.
   - Permeabilidad de la vía aérea.
   - Tos.
   - Secreciones.
   - Fumador. Hábito Tabáquico: número de cigarrillos/día, desea dejar de fumar.
   - Dificultades o limitaciones relacionadas con la respiración. Causas a
   - las que le atribuye esas dificultades o limitaciones. Cómo cree que
   - puede evitarlas, reducirlas o resolverlas.
   - Otros factores personales o medioambientales que le influyen en la
   - respiración.
   - Recursos que emplea para mejorar la satisfacción de la necesidad y
   - la percepción de resultados.

   Instrumentos de ayuda a la valoración

   - Test de motivación para dejar de fumar: Richmond[73]. Población general fumadora.
   - Dependencia de la nicotina: Test de Fagerström[74]. Población general fumadora.

2. Comer y beber adecuadamente.

   Se valora si se realiza una alimentación adecuada.

   - Sigue algún tipo de dieta; lácteos escasos; bebidas azucaradas; complejos vitamínicos.
   - Inapetencia; Existencia de síntomas digestivos (náuseas, vómitos, etc.);
   - Alteración del peso; Intolerancia alimenticia.
   - Problemas para comer: en la boca, para masticar, para tragar; Prótesis dentales y/o problemas de dentición; Sonda naso gástrica, gastrostomía; Problema con las comidas del niño.

- Necesidad de ayuda para alimentarse.
- Horario fijo de comidas; Lugar de las comidas; Come entre horas; Malos hábitos durante las comidas.
- Peso; Talla; IMC.

Instrumentos de ayuda a la valoración

- Riesgo nutricional: cuestionario "Conozca su salud nutricional".
- Evaluación estado nutricional con Mini Nutricional Assessment (MNA)
- Población general geriátrica.
- Autonomía para las actividades de la vida diaria: Índice de Barthe

3. Eliminar desechos del organismo.

Se debe valorar:

- Características de la orina.
- Si presenta alteraciones: incontinencia, poliuria, urgencias urinarias.
- Nicturia.
- Hábitos que dificultan / ayudan a la micción.
- Recursos que utiliza: absorbentes, colector, sonda.
- Frecuencia de la menstruación.
- Características de la menstruación: Dolor, Recursos que utiliza para calmarlo.
- Menopausia.
- Sudoración excesiva.
- Otras pérdidas de líquidos

Instrumentos de ayuda a la valoración

- Índice de Katz o Barthel. Población general.
- Test cribado de deterioro cognitivo, Pfeiffer versión española. Población general.
- Test incontinencia urinaria (IU) esfuerzo, IU urgencias en la mujer, IU prostática en el hombre.
- Diario miccional. Herramienta indispensable en la mayoría de las técnicas conductuales para el manejo de la IU.

4. Movimiento y mantenimiento de postura adecuada

Se debe valorar:

- Dificultades o limitaciones para moverse y mantener posturas adecuadas: brazos/piernas/manos/columna.

- Alteraciones motoras
- Causas a las que atribuye estas dificultades o limitaciones: Pérdida de Fuerza/Inestabilidad en la marcha/Falta o reducción de energía para tolerar la actividad.
- Cómo cree que puede evitarlas, reducirlas o resolverlas.
- Otros factores personales o medioambientales que influyen en su
- movilidad y postura corporal.
- Recursos que emplea para mejorar la satisfacción de la necesidad y Percepción de los resultados.

Instrumentos de ayuda a la valoración

- Índice de Barthel.
- Índice de Lawton-Brody[75].
- Escala de Disnea MRC[76].

5. Dormir y descansar.

Se debe valorar:

- Existencia de cansancio, somnolencia, etc., tras el sueño o el descanso. ¿Desde cuándo?
- Factores que lo producen.
- Nivel de energía durante el día para las Actividades de la Vida Diaria.
- Hábitos relacionados con el sueño / descanso:
    - Lugar donde duerme / descansa: cama, sillón, otros.
    - Existencia de ritual para dormir.
    - Presencia de malos hábitos para dormir: especificar
- Cambios en el patrón de sueño / descanso:
    - Dificultades para conciliar o mantener el sueño.
    - Existencia de alguna enfermedad que le impida conciliar el sueño.
    - Problemas durante el descanso / relajación: interrupciones, estímulos ambientales nocivos. Causas.
- Cambios de horarios frecuentes. Especificar.
- Presencia de ronquidos.
- Influencia de la falta de descanso en su actividad habitual
- Recursos para inducir/facilitar el sueño:
    - Medidas naturales, fármacos, otros.

Instrumentos de ayuda a la valoración:

- Cuestionario de Oviedo del Sueño [77]. Población general con trastornos depresivos. Cuestionario del Impacto Funcional del Sueño. Adultos.
- Índice de Calidad del Sueño de Pittsburgh (PSQI) [78]. Población adulta y adolescente.
- Índice de Gravedad del Insomnio (ISI) [79]. Población adulta.

6. Usar ropas adecuadas, vestirse y desvestirse.

Se debe valorar:

- Adecuación y comodidad de la ropa y calzado que usa habitualmente.
- Prendas u objetos que desee llevar siempre y significado que les atribuye.
- Dificultades o limitaciones para elegir la ropa, vestirse y/o desnudarse.
- Causas a las que atribuye estas dificultades o limitaciones.
- Cómo cree que puede evitarlas, reducirlas o resolverlas.
- Otros factores personales o ambientales que influyen en la elección
- de la ropa y/o las acciones de vestirse desnudarse.
- Recursos que emplea para mejorar la satisfacción de la necesidad y
- percepción de los resultados.
- Manifestaciones de dependencia y origen de éstas.

Instrumentos de ayuda a la valoración

- Índice de Barthel.
- Índice de Katz

7. Mantener la temperatura corporal dentro de los límites normales.

Se debe valorar:

- Medición de la Temperatura corporal.
- Edad del paciente.
- ¿Habitualmente tiene sensación de tiritona con el frío/sudoración con el calor?
- ¿Historia de exposición a temperaturas extremas?
- Determinar los recursos utilizados y capacidad de la persona para adaptarse a los cambios de temperatura ambiental.
- Recursos utilizados habitualmente para mantener la temperatura corporal.
- ¿Qué hace cuando tiene fiebre?: uso de medios físicos, antipiréticos
- habituales.

- Acondicionamiento del hogar.
- Capacidad para manejar termómetros: déficits visuales, cognitivos,
- discapacidad física, etcétera.

8. Mantener la higiene corporal y la integridad de la piel.

   Se debe valorar:

   - Higiene personal: corporal, bucal, cabello, uñas...
   - Capacidad funcional para el baño/higiene general y tipo de ayuda que
   - precisa.
   - Estado de piel y mucosas: características de hidratación, coloración,
   - elasticidad.
   - Valoración de miembros inferiores.
   - Valoración de pies.
   - Alteraciones o lesiones de la piel: presencia de úlceras por presión
   - (UPP), úlceras vasculares, úlceras neuropáticas, traumatismos, quemaduras, heridas quirúrgicas indicando su localización, tamaño y características.
   - Otros factores personales o medioambientales que influyen en el mantenimiento de su higiene corporal y en la integridad de la piel

Instrumentos de ayuda a la valoración

- Valoración del riesgo de úlceras por decúbito. Escala de Braden [80].
- Instrumento para la monitorización de la evolución de una úlcera por
- presión (IMEUPP)
- Autonomía para las actividades de la vida diaria BARTHEL.
- Índice de Norton.

9. Evitar los peligros del entorno.

   Se debe valorar:

   - Adhesión al plan terapéutico. Actitud. Motivo de incumplimiento.
   - Medidas de seguridad personales y ambientales habituales. Realizar
   - prevención. Existen barreras. Condiciones del hogar, entorno familiar
   - y social.
   - Alergias: medicamentos, alimentos, ambientales.
   - Tratamientos. Automedicación.
   - Orientación: espacial, temporal, personas.

- Alteraciones sensoriales-perceptivas.
- Nivel de conciencia. Memoria. Equilibrio.
- Dolor: tipo, intensidad, localización, repercusión, ayuda que necesita.
- Hábitos tóxicos: tabaco, alcohol, drogas...
- Ingresos hospitalarios.
- Accidentes. Caídas.
- Violencia. Maltrato. Abusos.
- Anestesia, sedación o procedimientos invasivos.

Instrumentos de ayuda a la valoración

- Escala Visual Analógica del dolor[81]. Valoración de la intensidad del dolor.
- Escala de riesgo de caídas múltiples [82]. Población de 65 años o más en el ámbito comunitario.
- Test de Pfeiffer versión española. Población general, cribado de deterioro cognitivo.
- Escala de Goldberg. Población general, cribado de ansiedad/depresión.

10. Comunicarse con los demás expresando emociones.

Se debe valorar:

Comunicación:

- Limitaciones cognitivo – perceptuales.
- Posibilidad de comunicación alternativa.
- Cambios en la situación de salud
- Estructura y dinámica familiar.
- Condiciones del entorno.

Relación (del cuidador):

- Parentesco.
- Relaciones anteriores con la persona dependiente.
- Estado general de salud.
- Grado de conocimiento y habilidades para brindar cuidados.
- Percepción de la situación.
- Creencias y valores sobre la salud y el cuidado de dependientes.
- Recursos personales: capacidad de afrontamiento, habilidad para
- solucionar problemas, participación en actividades lúdicas o de relajación.

Relación (Del receptor de cuidados)

- Estado mental.

- Creencias y valores sobre la salud y el cuidado de dependientes.
- Necesidad real y percibida de cuidados.

Relación (entorno familiar y social)

- Adecuación del espacio físico.
- Necesidad de equipos o dispositivos de apoyo.
- Disponibilidad de medios de movilización y transporte.
- Sistema de soporte: recursos económicos, red de apoyo socio familiar.
- Valores y creencias de la familia o grupo de pertenencia.
- Situaciones que puedan crear tensión familiar adicional.

Relaciones sexuales

- Edad y sexo.
- Embarazos.
- Abortos.
- Disfunción reproductiva.
- Patrón sexual y grado de satisfacción.
- Naturaleza de la limitación, cambio o dificultad actual.
- Percepción de sí mismo; si ha cambiado respecto a la percepción anterior, causa a lo que lo atribuye; autoestima
- Métodos anticonceptivos.
- Medicamentos de uso habitual

Instrumentos de ayuda a la valoración.

- Test de Pfeiffer. Cribado del deterioro cognitivo.
- Cuestionario Apgar Familiar [83]. Percepción de la función familiar.
- Cuestionario de Duke – UNC [84]. Apoyo social percibido.
- Índice de Esfuerzo del Cuidador [85].
- Escala de Gardner [86]. Evaluación de la imagen corporal.
- Cuestionario del funcionamiento sexual del Hospital Gral. de Massachusetts – MGH [87].

11. Vivir de acuerdo con sus propias creencias y valores.

Al ser una necesidad que valora aspectos íntimos y profundos de la persona se recomienda que la valoración sea desarrollada después de que ya exista cierto grado de relación interpersonal.

Se debe valorar:

- Percepción actual de su situación de salud y bienestar.

- Planes de futuro de la persona.
- Jerarquía de valores.
- Facilidad/dificultad para vivir según sus creencias y valores.
- Importancia de la religiosidad / espiritualidad en su vida.
- Recursos que utiliza para mantener la salud.
- Existencia de algún valor o creencia que sea compartido a nivel familiar por todos sus integrantes.
- Circunstancias que influyen en su filosofía de vida: prohibiciones, rol en función de su sexo, prácticas religiosas o alternativas comunitarias,...
- Manifestaciones de dependencia y causa de dificultad.
- Actitud ante la muerte.
- Posesión de testamento vital.

12. Trabajar de forma que permita sentirse realizado

Se debe valorar:

- Deseo de realización y superación.
- Sensación de utilidad.
- Presencia de dolor, limitaciones o secuelas.
- Adaptación a la enfermedad y/o creencias sobre su imagen y auto-
- estima.
- Inmadurez o senilidad.
- Actividades que le gusta realizar.
- Dificultad para realizar sus pasatiempos habituales.
- Sensación habitual de estrés.
- Participación en la toma de decisiones que le afectan.
- Creencias, filosofía personal, religiosidad y valores morales.
- Conocimiento de los recursos disponibles.

Instrumentos de ayuda a la valoración.

- Cuestionario de salud general de Goldberg.
- Test de Yesavage. Personas /cuidadores mayores de 65a.
- Cuestionario Apgar familiar.
- Cuestionario Duke-Unc.

13. Participar en actividades recreativas.

Se debe valorar:

- Actividades recreativas que realiza habitualmente.
- Número de horas que le dedica a la semana.
- Presenta dificultad para realizar sus pasatiempos habituales
- Se aburre
- Causas a las que atribuye esta dificultad o limitación.
- Cómo cree que puede evitarlas, reducirlas o resolverlas.
- Respuesta ante situaciones estresantes: Somatización, Inhibición,
- Consumo de tóxicos, Agitación, Otro

14. Aprender, descubrir y satisfacer la curiosidad que conduce a un desarrollo normal de la salud.

    Se debe valorar:

    - Circunstancias que influyen en el aprendizaje: limitaciones cognitivas, físicas, estado emocional, motivación, edad, nivel de instrucción, sabe leer y escribir.
    - Grado de conocimiento de su actual estado de salud: estado de salud, cuidados básicos, medicación (pautas y efectos del tratamiento).
    - Comportamientos indicativos de interés por aprender y resolver problemas: Preguntas, participación, resolución de problemas, proposición de alternativas.
    - Recursos educativos de su entorno socio sanitario (especialmente si se ha instaurado un tratamiento nuevo o complicado): fuente usual para su aprendizaje sanitario (médico, enfermera, amigos, libros...), asociaciones de ayuda.

    Instrumentos de ayuda a la valoración

    - Escala de Coma de Glasgow [87] para valoración del nivel de conciencia.
    - Test de Pfeiffer, versión española. - Cribado de deterioro cognitivo.
    - Mini Examen Cognoscitivo (MEC) [88].
    - Cribado de demencias - Set-Test de Isaacs [89].
    - Cribado de demencias - Test del informador [90].

•

ANEXO 4: TAXONOMIA II DE LA NANDA-I EDICIÓN 2015-2017

La taxonomía II en la edición 2015-2017, queda constituida de la siguiente manera:

Dominio 1: PROMOCIÓN DE LA SALUD

Clases: 1. Toma de conciencia de la salud.

00097 Déficit de actividades recreativas

00168 Estilo de vida sedentario

2. Gestión de la salud

00188 Tendencia a adoptar conductas de riesgo para la salud

00078 Gestión ineficaz de la salud

00162 Disposición para mejorar la gestión de la propia salud

00080 Gestión ineficaz de la salud familiar

00099 Mantenimiento ineficaz de la salud

00043 Protección ineficaz

00215 Salud deficiente de la comunidad

00079 Incumplimiento

00257 Síndrome de fragilidad del anciano

00231 Riesgo de síndrome de fragilidad del anciano

Dominio 2: NUTRICIÓN

Clases: 1. Ingestión

00103 Deterioro de la deglución

00002 Desequilibrio nutricional: inferior a las necesidades corporales.

00106 Disposición para mejorar la lactancia materna.

00232 Obesidad

00105 Interrupción de la lactancia materna.

00104 Lactancia materna ineficaz.

00233 Sobrepeso

00216 Leche materna insuficiente.

00234 Riesgo de sobrepeso

00001 Desequilibrio nutricional: ingesta superior a las necesidades.

00163 Disposición para mejorar la nutrición.

00107 Patrón de alimentación ineficaz del lactante.

2. Digestión.

3. Absorción.

4. Metabolismo

00194 Ictericia neonatal.

00230 Riesgo de ictericia neonatal.

00178 Riesgo de deterioro de la función hepática.

00179 Riesgo de nivel de glucemia inestable.

5. Hidratación

00195 Riesgo de desequilibrio electrolítico

00160 Disposición para mejorar el equilibrio de líquidos.

00027 Déficit del volumen de líquidos.

00026 Exceso de volumen de líquidos.

00028 Riesgo de déficit de volumen de líquidos.

00025 Riesgo de desequilibrio de volumen de líquidos.

Dominio 3: ELIMINACIÓN E INTERCAMBIO

Clases: 1. Función urinaria.

00016 Deterioro de la eliminación urinaria.

00166 Disposición para mejorar la eliminación urinaria.

00017 Incontinencia urinaria de esfuerzo.

00019 Incontinencia urinaria de urgencia.

00020 Incontinencia urinaria funcional.

00176 Incontinencia urinaria por rebosamiento.

00018 Incontinencia urinaria refleja.

00022 Riesgo de incontinencia urinaria de urgencia.

00023 Retención urinaria.

2. Función gastrointestinal.

00013 Diarrea.

00011 Estreñimiento.

00235 Estreñimiento funcional crónico.

00012 Estreñimiento subjetivo.

00015 Riesgo de estreñimiento.

00236 Riesgo de estreñimiento funcional crónico.

00014 Incontinencia fecal.

00196 Motilidad gastrointestinal disfuncional.

00197 Riesgo de motilidad gastrointestinal disfuncional.

3. Función tegumentaria

4. Función respiratoria.

00030 Deterioro del intercambio de gases.

Dominio 4: ACTIVIDAD/REPOSO

Clases: 1. Sueño/Reposo.

00095 Insomnio.

00198 Trastorno del patrón del sueño.

00096 Deprivación del sueño.

00165 Disposición para mejorar el sueño.

2. Actividad/ejercicio.

00088 Deterioro de la deambulación.

00238 deterioro de la bipedestación.

00090 Deterioro de la habilidad para la traslación.

00091 Deterioro de la movilidad en la cama.

00089 Deterioro de la movilidad en silla de ruedas.

00085 Deterioro de la movilidad física.

00237 Deterioro de la sedestación.

00040 Riesgo de síndrome de desuso.

3. Equilibrio de la energía.

00093 Fatiga.

00154 Vagabundeo.

4. Respuestas cardiovasculares/pulmonares

00239 Riesgo de deterioro de la función cardiovascular.

00029 Disminución del gasto cardiaco.

00240 Riesgo de disminución del gasto cardiaco.

00032 Patrón respiratorio ineficaz.

00202 Riesgo de perfusión gastrointestinal ineficaz.

00203 Riesgo de perfusión renal ineficaz.

00200 Riesgo de disminución de perfusión tisular cardiaca.

00201 Riesgo de perfusión tisular cerebral ineficaz.

00204 Perfusión tisular periférica ineficaz.

00228 Riesgo de perfusión tisular periférica ineficaz.

00034 Respuesta ventilatoria disfuncional al destete.

00092 Intolerancia a la actividad.

00094 Riesgo de intolerancia a la actividad.

00033 Deterioro de la ventilación espontánea.

5. Auto cuidado.

00102 Déficit de auto cuidado: alimentación.

00108 Déficit de auto cuidado: baño.

00110 Déficit de auto cuidado: uso del inodoro.

00109 Déficit de auto cuidado: vestido.

00182 Disposición para mejorar el auto cuidado.

00193 Descuido personal.

00098 Deterioro del mantenimiento del hogar.

Dominio 5: PERCEPCIÓN/COGNICIÓN

Clases: 1. Atención.

00123 Desatención unilateral.

2. Orientación.

3. Sensación/percepción.

4. Cognición.

00128 Confusión aguda.

00129 Confusión crónica

00173 Riesgo de confusión aguda.

00126 Conocimientos deficientes

00161 Disposición para mejorar los conocimientos.

00251 Control emocional inestable.

00222 Control de impulsos ineficaz.

00131 Deterioro de la memoria.

5. Comunicación.

00157 Disposición para mejorar la comunicación.

00051 Deterioro de la comunicación verbal.

Dominio 6: AUTOPERCEPCIÓN

Clases: 1. Auto concepto.

00167 Disposición para mejorar el auto concepto.

00124 Desesperanza.

00174 Riesgo de compromiso de la dignidad humana.

00185 Disposición para mejorar la desesperanza.

00121Trastorno de la identidad personal.

00225 Riesgo de trastorno de la identidad personal.

2. Autoestima.

00119 Baja autoestima crónica.

00120 Baja autoestima situacional.

00224 Riesgo de baja autoestima crónica.

00153 Riesgo de baja autoestima situacional.

3. Imagen corporal.

00118 Trastorno de la imagen corporal.

Dominio 7: ROL/RELACIONES

Clases: 1. Roles de cuidador.

00061 Cansancio del rol de cuidador.

00062 Riesgo de cansancio del rol de cuidado.

00056 Deterioro parental.

00164 Disposición para mejorar el rol parental.

00057 Riesgo de deterioro parental.

2. Relaciones familiares.

00063 Procesos familiares disfuncionales.

00159 Disposición para mejorar los procesos familiares.

00060 Interrupción de los procesos familiares.

00058 Riesgo de deterioro de la vinculación.

3. Desempeño del rol.

00064 Conflicto del rol parental.

00055 Desempeño ineficaz del rol.

00052 Deterioro de la interacción social.

00223 Relación ineficaz.

00207 Disposición para mejorar la relación.

00229 Riesgo de relación ineficaz.

Dominio 8: SEXUALIDAD

Clases: 1. Identidad sexual.

2. Función sexual.

00059 Disfunción sexual.

00065 Patrón sexual ineficaz.

3. Reproducción.

00209 Riesgo de alteración de la díada materno/fetal.

00221 Proceso de maternidad ineficaz.

00208 Disposición para mejorar el proceso de maternidad.

00227 Riesgo de proceso de maternidad ineficaz.

Dominio 9: AFRONTAMIENTO/TOLERANCIA AL ESTRÉS

Clases: 1. Respuesta postraumática.

00114 Síndrome de estrés del traslado.

00149 Riesgo de síndrome de estrés del traslado.

00142 Síndrome de trauma post violación.

00141 Síndrome postraumático.

00145 Riesgo de síndrome postraumático.

2. Respuestas de afrontamiento.

00137 Aflicción crónica.

00071 Afrontamiento defensivo.

00069 Afrontamiento ineficaz.

00158 Disposición para mejorar el afrontamiento.

00077 Afrontamiento ineficaz de la comunidad.

00076 Disposición para mejorar el afrontamiento de la comunidad.

00074 Afrontamiento familiar comprometido.

00073 Afrontamiento familiar incapacitante.

00075 Disposición para mejorar el afrontamiento familiar.

00146 Ansiedad.

00147 Ansiedad ante la muerte.

00136 Duelo.

00135 Duelo complicado.

00172 Riesgo de duelo complicado.

00177 Estrés por sobrecarga.

00072 Negación ineficaz.

00199 Planificación ineficaz de las actividades.

00226 Riesgo de planificación ineficaz de las actividades.

00187 Disposición para mejorar el poder.

00125 Impotencia.

00152 Riesgo de impotencia.

00241 Deterioro de la regulación del estado de ánimo.

00210 Deterioro de la resiliencia.

00212 Disposición para mejorar la resiliencia.

00211 Riesgo de deterioro de la resiliencia.

00148 Temor.

3. Estrés neurocomportamental.

00049 Disminución de la capacidad adaptativa intracraneal.

00116 Conducta desorganizada del lactante.

00115 Riesgo de conducta desorganizada del lactante.

00117 Disposición para mejorar la conducta organizada lactante.

00009 Disreflexia autónoma.

00010 Riesgo de disreflexia autónoma.

Dominio 10: PRINCIPIOS VITALES

Clases: 1. Valores.

2. Creencias.

00068 Disposición para mejorar el bienestar espiritual.

3. Congruencia entre Valores/creencias/ acciones

00083 Conflicto de decisiones.

00169 Deterioro de la religiosidad.

00171 Disposición para mejorar la religiosidad.

00170 Riesgo de deterioro de la religiosidad.

00066 Sufrimiento espiritual.

00067 Riesgo de sufrimiento espiritual.

00175 Sufrimiento moral.

00184 Disposición para mejorar la toma decisiones.

00242 Deterioro de la toma de decisiones independiente.

00243 Disposición para mejorar la toma de decisiones independiente.

00244 Riesgo de deterioro de la toma de decisiones independiente.

Dominio 11: SEGURIDAD/PROTECCIÓN

Clases: 1. Infección.

00004 Riesgo de infección.

2. Lesión física.

00036 Riesgo de asfixia.

00039 Riesgo de aspiración.

00155 Riesgo de caídas.

00048 Deterioro de la dentición.

00086 Riesgo de disfunción neurovascular periférica.

00046 Deterioro de la integridad cutánea.

00047 Riesgo de deterioro de la integridad cutánea.

00044 Deterioro de la integridad tisular.

00248 Riesgo de deterioro de la integridad tisular.

00035 Riesgo de lesión.

00245 Riesgo de lesión corneal.

00250 Riesgo de lesión del tracto urinario.

00087 Riesgo de lesión postural perioperatoria.

00220 Riesgo de lesión térmica.

00031 Limpieza ineficaz de las vías aéreas.

00045 Deterioro de la mucosa oral.

00247 Riesgo de deterioro de la mucosa oral.

00100 Retraso de la recuperación quirúrgica.

00246 Riesgo de retraso en la recuperación quirúrgica.

00206 Riesgo de sangrado.

00219 Riesgo de sequedad ocular.

00205 Riesgo de shock.

00156 Riesgo de síndrome de muerte súbita del lactante.

00038 Riesgo de traumatismo.

00213 Riesgo de traumatismo vascular.

00249 Riesgo de úlcera por presión.

3. Violencia.

00151 Automutilación.

00139 Riesgo de automutilación.

00150 Riesgo de suicidio.

00140 Riesgo de violencia auto dirigida.

00138 Riego de violencia dirigida a otros.

4. Peligros del entorno.

00181 Contaminación.

00180 Riesgo de contaminación.

00037 Riesgo de intoxicación.

5. Procesos defensivos.

00218 Riesgo reacción adversa a medios de contraste yodados.

00217 Riesgo de respuesta alérgica.

00041 Respuesta alérgica al látex.

00042 Riesgo de respuesta alérgica al látex.

6. Termorregulación.

00007 Hipertermia.

00006 Hipotermia.

00253 Riesgo de hipotermia.

00254 Riesgo de hipotermia perioperatoria.

00005 Riesgo de desequilibrio de la temperatura corporal.

00008 Termorregulación ineficaz.

Dominio 12: CONFORT

Clases: 1. Confort físico.

00214 Disconfort.

00183 Disposición para mejorar el confort.

00132 Dolor agudo.

00133 Dolor crónico.

00256 Dolor de parto.

00134 Nauseas.

00255 Síndrome de dolor crónico.

2. Confort del entorno.

00214 Disconfort.

00183 Disposición para mejorar el confort.

3. Confort social.

00053 Aislamiento social.

00214 Disconfort.

00183 Disposición para mejorar el confort.

00054 Riesgo de soledad.

Dominio 13: CRECIMIENTO/DESARROLLO

Clases: 1. Crecimiento.

00113 Riesgo de crecimiento desproporcionado.

2. Desarrollo.

00112 Riesgo de retraso en el desarrollo.

ANEXO 5: FUENTES Y RECURSOS DE COMUNICACIÓN CIENTIFICA

Etiquetas: español (es); inglés (in); multilingüe (ml); medicina (me); multimedia (mm); acceso libre (al); acceso restringido (ar).

Abreviaturas

- Acrónimos – Harrison Medicina (in-es/me)
- Apéndice 2 - lista de abreviaturas – RAE (es)
- Diccionario de Siglas Médicas (es/me)
- MediLexicon - Medical Abreviations (in/me)
- Redib – Red Iberoamericana de Innovación y Conocimiento Científico(es/in/al)
- Journal Tittle Abbreviations (in)
- Ciberindex (al)

Clasificaciones (cl), Nomenclaturas (no) & Tesauros (te)

- CIE 9 - MC (cl/es/me)
- DeCS (te/ml/me)
- HONselect (te/ml/me)
- MediLexicon – ICD9
- NANDA (cl/es/en)
- NIC(cl/es/en)
- NLM Classification (cl/in/me)
- NOC(cl/es/en)
- MeSH (te/in/me)
- NOMED CT (no/in/me)

Diccionarios

- Dicciomed.es (es/me)
- Dorlands Medical Dictionary (in/me)
- MedTerms Medical Dictionary (in/me)
- MediLexicon - Medical Dictionary (in/me)
- Merck – Pronunciations (in/me)
- Merriam-Webster (es-in/me)
- Real Academia Española (es)
- Visual Medical Dictionary (in/me/mm)
- Visuwords (in/me/mm)
- Word Reference (ml)

Enciclopedias

- MedlinePlus (es/in)

Escritura & Redacción Científica

- RAE. Nueva Gramática de la Lengua Española
- RAE. Ortografía de la Lengua Española

Normas de citación

- CITAR: Tutorial de citas y referencias
- Cómo Citar Bibliografía – UCIII de Madrid
- International Committee of Medical Journal Editors (ICMJE) Uniform Requirements for Manuscripts Submitted to Biomedical Journals: Sample References.
- Guía de estilo de la National Library of Medicine de los EEUU.

Investigación

- ANECA. Curriculum Vitae
- BIPM. The International System of Units
- EQUATOR Network
- Europass. Curriculum Vitae
- GLISC (Grey Literature International Steering Committee)
- ICMJE. Uniform Requirements for Manuscripts
- NLM. Research and Reporting Guidelines and Initiatives: By Organización

Publicaciones

- Agencia Internacional del ISBN
- Aguillo IF. Recomendaciones para direcciones electrónicas
- Centro Español del ISSN
- Centro de Publicaciones del Ministerio de Sanidad y Política Social
- FECYT. Normalización del nombre de autores e instituciones
- Instructions to Authors – Mulford Health Science Library
- Licencias Creative Commons
- NLM. List of Journals Indexed for Medline

Software de Gestión Bibliográfica

- Zotero (al)
- Mendeley (al)
- RefWorks (ar)

Tesis Doctorales

- Biblioteca de la Universidad Alcalá. Tesis y Proyectos.
- Biblioteca de la Universidad Complutense de Madrid. Otros internacionales de tesis digitales en red.
- Biblioteca de la Universidad Complutense de Madrid. Proyectos españoles de tesis digitales en red.
- Ministerio de Educación, Cultura y Deporte. Tesis doctorales: Teseo.
- Universidad Autónoma de Madrid. Biblos-e Archivo: colección digital.

ÍNDICE ANTROPONÍMICO

Abdellah, Faye: 10,11.

Abam, Evelyn: 11.

Allen, Moyra: 10.

Apgar: 65, 67, 205.

Barnad, Kathryn: 11.

Barthel: xvii, 48, 49, 78, 61, 62, 63, 145, 169, 195.

Benner, Patricia: 11.

Braden: 63, 225.

Duke: 65, 67, 225.

Fitzpatrick, Joyce: 11.

Fragerström: 224.

Glasgow: 68,

Goldberg: 52, 64, 67.

Gordon, Marjory: v, vii, xi, xii, xvii, 2, 5, 37, 41, 82, 97, 121, 150, 151, 184, 187, 220, 226.

Hall, Lydia: 11.

Henderson, Virginia: 9, 10, 11, 37, 41, 58, 68, 221, 223, 224, 227.

Isaacs: 68, 226.

Johnson, Dorothy: 9, 10, 11, 15, 23, 115, 222, 228,

Katz: 48, 49, 60, 62.

Kerouac: xvi, 9, 10.

King, Imagone: 9, 10, 11.

Lawton-Brody: 61, 145.

Leininger, Madeleine: 10, 11.

Levine: 10, 11.

Marriner, A: 14, 221.

Mercer, Ramona: 11.

Norton: xvii, 45, 63, 145, 169, 193, 194, 224.

Newman, Margaret: 9, 10, 11.

Nightingale, Florence: 8, 11, 220.

Orem, Dorothea: 9, 10, 11, 37, 83, 223, 227.

Orlando, Ida Jean: 9, 10, 11, 15.

Paterson, JC: 10, 11.

Peplau, Hildegarde: 8, 9, 10, 11, 220.

Pfeiffer: 51, 60, 64, 65, 68, 224.

Riehl, Joan: 9, 11.

Richmond: 59.

Rizzo, Rosemary: 11.

Rogers, Martha: 9, 10, 11.

Roy, Callista: 9, 10, 11, 15.

Taverbee, Joyce: 10, 11.

Watson, Jean: 10.

Wiedenbach, Ernestine: 10, 11, 15.

Yesavage: 52, 67, 171, 198.

Zderad, LT: 10, 11.

FMV

15 de enero de 2017