

Aplicación del modelo AREA y el modelo DREOM en la elaboración de un plan de cuidados.

MARGARITA PÉREZ CRUZ.

Enfermera. Unidad de gestión Clínica de Medicina Interna. Complejo Hospitalario de Jaén.

RESUMEN

Se presenta el caso de un paciente de 78 años que sufrió un accidente cerebrovascular (ACV) isquémico con hemiparesia derecha, hemiparesia izquierda de predominio braquial y disartria moderada. Antecedentes personales de hipertensión arterial, diabetes Mellitus tipo II, retinopatía diabética e hipercolesterolemia. Hasta sufrir este episodio, era independiente para desarrollar las actividades básicas de la vida diaria (ABVD).

Durante su ingreso ha estado acompañado, en todo momento, por su hija que asumió el papel de cuidadora principal, sintiéndose desbordada, por el grado de dependencia y la alta demanda de cuidados que presentaba su padre.

Se diseñó un plan de cuidados (PC) centrado tanto en el paciente, como en la cuidadora principal.

El modelo "Análisis del Resultado del Estado Actual" (AREA) se utilizó para desarrollar el PC del paciente, detectándose como diagnósticos principales: baja autoestima situacional y riesgo de deterioro de la integridad cutánea. El plan de cuidados de la cuidadora principal se elaboró utilizando el método DREOM, confirmándose el diagnóstico enfermero (DE): afrontamiento familiar comprometido.

Para garantizar la confidencialidad del paciente y de la cuidadora principal, en la descripción del caso, se utilizarán pseudónimos cuando sean nombrados.

PALABRAS CLAVE

NANDA, NIC, NOC, Proceso Enfermero, Modelo AREA, Razonamiento clínico.

INTRODUCCIÓN

Según la OMS se define el accidente cerebrovascular como "la presencia de manifestaciones clínicas neurológicas, focales o globales, de

instauración brusca y que aparecen como consecuencia de alteraciones del flujo circulatorio de una determinada área encefálica".

La arterioesclerosis juega un papel importante en las alteraciones del flujo circulatorio cerebral de los ancianos. Supone uno de los problemas clínicos de mayor incidencia dada su íntima relación con la edad.

Existen dos tipos:

- Isquémico, representando el 75-80% de los casos.
- Hemorrágico, constituyendo el 10-15%.

La importancia del ACV viene dada por los siguientes aspectos:

- **Epidemiología:** 200 nuevos casos por cada 100.000 habitantes por año.
- **Mortalidad:** Es la segunda causa de muerte en los ancianos. En la fase aguda mueren alrededor del 30% (20-40%).
- **Incapacidad:** Sólo la mitad de los que sobreviven alcanzan un grado de recuperación suficiente para poder vivir de manera independiente¹.

Las secuelas, con frecuencia afectan severamente su capacidad de movimiento, de comunicación y de relación con el entorno, pasando a depender total o parcialmente de otra persona para realizar las ABVD. La alta demanda de cuidados que presentan estos pacientes supone, a menudo, una sobrecarga para las personas que los cuidan.

El Dr. Pesut define el modelo "Análisis de Resultado del Estado Actual" como una tercera generación en el Proceso de Atención de Enfermería (PAE), él considera que ha evolucionado desde un enfoque basado en problemas, hacia un enfoque basado en resultados. Es un modelo que resulta muy útil cuando nos encontramos con un número elevado de diagnósticos, pues a través de la creación de una "red de razonamiento" se puede detectar cual es el problema principal. Para llegar a ello se representan gráficamente las relaciones que existen entre los diferentes diagnósticos y el elemento central

(diagnóstico médico, o cualquier otro problema), al mismo tiempo que se establecen relaciones entre los distintos DE. La representación de la situación del paciente mediante un dibujo, es lo que se denomina "red de razonamiento clínico"².

En este proceso se hace necesario la utilización de un lenguaje estandarizado, como la Clasificación Diagnóstica de la North American Nursing Diagnosis Association (NANDA)³, la Clasificación de Resultados de Enfermería (NOC)⁴ y la Clasificación de Intervenciones de Enfermería (NIC)⁵.

Una vez definido el problema principal, hay que convertir el problema (NANDA) en un resultado esperado (NOC) o convertir el estado actual del paciente en el estado diana al que lo queremos llevar (resultado esperado). El avance de los pacientes lo vamos a medir mediante los indicadores NOC, son la evidencia que nos van a permitir conocer el efecto de las intervenciones (NIC) puestas en marcha⁶.

La Clasificación Diagnóstica de la North American Nursing Diagnosis Association (NANDA) permite describir respuestas humanas de las personas, la familia o la comunidad en distintas situaciones de salud. Esta taxonomía de respuestas humanas mantiene algunas lagunas:

- Algunos diagnósticos clave en muchos entornos de la práctica enfermera (desesperanza, impotencia) no se han revisado en los últimos veinte años.

- Debilidad de algunas características definitorias y factores relacionados, lo que dificulta el diagnóstico diferencial en muchas ocasiones⁷.

La NOC, además de cumplir con la finalidad inicial para la que fueron pensados: evaluación de los resultados de la intervención, tras la que se debería producir una modificación de los indicadores en sentido ascendente⁸, tiene un enorme potencial porque:

- Algunos criterios NOC contienen indicadores que bien podrían servir de "indicadores diferenciales" para etiquetas diagnósticas del mismo dominio.

- Permite un uso como instrumento diferenciador de respuestas humanas descritas de forma imprecisa en la taxonomía NANDA.

- Los indicadores de la NOC pueden convertirse en auténticos "descriptores" sensibles y específicos de las manifestaciones y factores relacionados de muchos diagnósticos de la NANDA, que en algunos casos están pendientes de desarrollo o que tienen poca capacidad descriptiva⁷.

Todo ello hace necesario construir un modelo de razonamiento que sirva de guía para el proceso de toma de decisiones en la planificación

de cuidados que permita conjugar el modelo de cuidados⁸.

Se identifican dos momentos claros en la toma de decisiones para llegar al juicio clínico enfermero.

- Juicio diagnóstico: proceso de razonamiento inductivo y deductivo a partir de los datos de la valoración, mediante el cual la enfermera clasifica una respuesta humana y su relación con otros factores.

- Juicio terapéutico: es el razonamiento que guía la elección de las intervenciones más adecuadas para planificar los cuidados de una persona, una familia o una comunidad en una situación concreta con arreglo a (DREOM):

- Los datos clínicos aportados por el Diagnóstico.
- El Resultado que se quiere alcanzar.
- La Efectividad conocida de la intervención.
- La Opción elegida por el paciente y su familia.
- Los Medios disponibles.

Queda así definido el ámbito de interrelación entre los respuestas humanas, el criterio de resultado empleado y las intervenciones establecidas, estructurando el proceso de elección de intervenciones y vinculándolo definitivamente a las respuestas humanas y al resultado esperado.

Este artículo muestra la aplicación del modelo AREA y modelo DREOM en un plan de cuidados.

PRESENTACIÓN DEL CASO

José es un paciente de 78 años que ingresa en la Unidad de Neurología por accidente cerebrovascular (ACV) isquémico en Febrero de 2009 con hemiparesia derecha, hemiparesia izquierda de predominio braquial y disartria moderada. Sus antecedentes personales son hipertensión arterial, diabetes Mellitus tipo II, retinopatía diabética e hipercolesterolemia. Tras permanecer una semana en Neurología y dada su estabilidad neurológica es trasladado al Hospital Dr. Sagaz para valorar tratamiento rehabilitador y posterior ingreso en la Unidad de Cuidados Enfermeros (UCE).

José ha estado acompañado en todo momento por su hija Luisa que asume el papel de cuidadora principal. Dada la gran dependencia que presenta el paciente para desarrollar las ABVD, se realiza la valoración estandarizada y se establece un plan de cuidados para el paciente y para la cuidadora principal.



PACIENTE

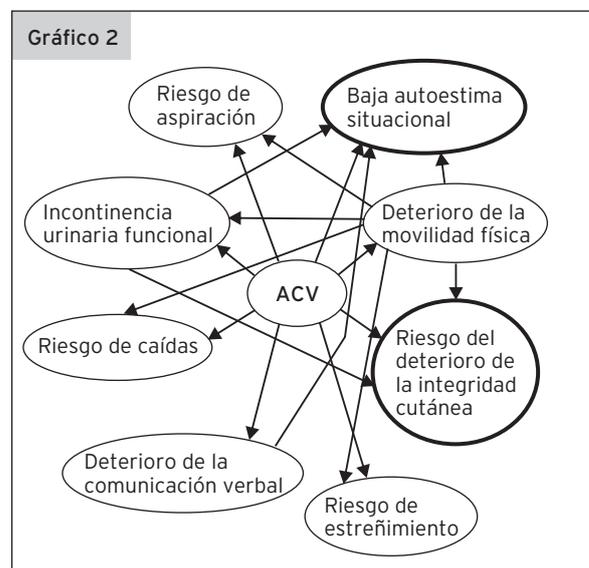
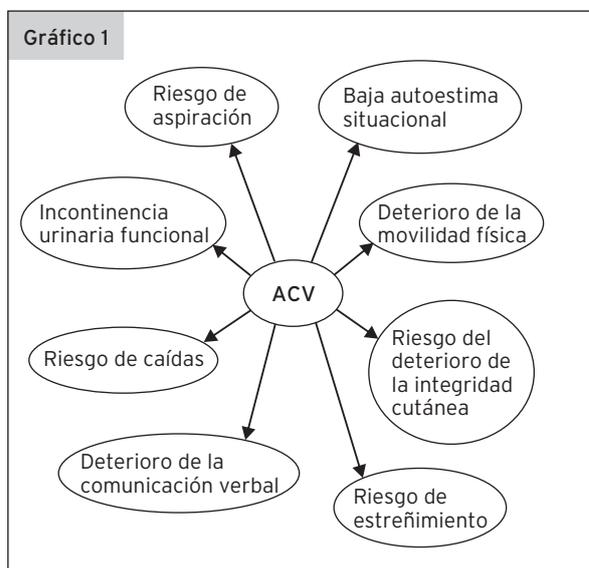
La valoración se realiza encuadrada en el modelo de Virginia Henderson

1. Necesidad de respiración	No presenta alteración.
2. Necesidad de alimentación/hidratación	La dieta habitual de José es diabética sin sal. En la actualidad presenta problemas de deglución, sobre todo a líquidos, por lo que su dieta es triturada. La ingesta oral es escasa por falta de apetito y por su estado de somnolencia. Necesita suplencia total para la alimentación.
3. Necesidad de eliminación	Presenta incontinencia urinaria. Usa pañales absorbentes y es portador de sonda vesical de silicona nº 16, instaurada a su ingreso. Presenta estreñimiento por lo que precisa uso de laxantes y enemas. Necesita suplencia total para uso del WC.
4. Necesidad de movilización	Sufre parálisis del lado derecho de su cuerpo y pérdida de fuerza importante en las extremidades del lado izquierdo. Mantiene con gran dificultad la sedestación. Necesita suplencia total para moverse en la cama y para la transferencia cama-sillón. Para determinar el grado de dependencia se realiza el Índice de Barthel obteniendo una puntuación de 10 , lo que indica una dependencia total para las ABVD.
5. Necesidad de reposo/sueño	Está consciente y orientado en tiempo y espacio, alterna momentos de vigilia con otros de gran somnolencia. Duerme toda la noche.
6. Necesidad de vestirse	Necesita suplencia total por la hemiparesia derecha e izquierda de predominio braquial.
7. Necesidad de temperatura	No presenta alteración.
8. Necesidad de higiene	Necesita suplencia total para cubrir la higiene por el deterioro de la movilidad. La piel aparece intacta aunque deshidratada. Para valorar el riesgo de úlceras por presión (UPP) se utiliza la Escala EMINA con un resultado de 10 puntos, lo que indica alto riesgo de padecerlas.
9. Necesidad de seguridad	Glasgow: 13/15 . Ex-fumador desde hace 30 años. No ha sufrido caídas en los últimos meses.
10. Necesidad de comunicación	Presenta disartria moderada que altera su capacidad de comunicación. No presenta problemas auditivos. Si visuales por la retinopatía que padece.
11. Necesidad de religión y creencias	Refiere ser "creyente" a su manera. Lloro con facilidad. Verbaliza "ya no sirvo para nada, tienen que hacérmelo todo".
12. Necesidad de trabajar/realizarse	Se siente "un inútil" porque ya no podrá ayudar a su hija a hacer la compra ni los "recados".
13. Necesidad de actividades lúdicas	Hasta su ingreso, José se reunía tres veces en semana con sus amigos para jugar a las cartas y al dominó. Le gustaba mucho ver la televisión pero ahora no le apetece verla.
14. Necesidad de aprender	No tiene interés por nada verbaliza con frecuencia: "soy un inútil".

Se utilizó el Modelo AREA para establecer los diagnósticos enfermeros (DE) que se van a trabajar en el plan de cuidados.

Se estableció una red de razonamiento (Gráfico 1) donde se muestra las relaciones existentes entre los diferentes diagnósticos encontrados en el paciente y el elemento central, en este caso, el diagnóstico médico (ACV). En el

gráfico 2, se establece la relación entre los distintos diagnósticos mediante líneas de conexión, las puntas de flecha marcan en qué sentido se establece la dirección de la relación. Una vez aplicada la red lógica, aquellos que aparecen señalados con mayor número de puntas de flechas, se consideraran los DE principales, y sobre ellos se trabajara en el plan de cuidados.



En cuanto a las necesidades de cuidados del paciente se identificaron:

Problemas de autonomía.

El paciente necesitó suplencia total para:

- La alimentación.
- Uso del WC.
- Transferencia cama-sillón y para moverse en la cama.
- Higiene personal y baño en la cama.
- Vestirse.

Problemas de colaboración.

- Riesgo de tromboembolismo secundario a deterioro de la movilidad.

Diagnósticos Enfermeros.

Siguiendo la red lógica, enmarcados en negrita, aparecen los DE principales (Grafico2):

- **Baja autoestima situacional (120)**
r/c deterioro de la movilidad.
m/p expresiones de inutilidad.
- **Riesgo de deterioro de la integridad cutánea (47)**
r/c deterioro de la movilidad y disminución de la sensibilidad.

Una vez definidos los problemas principales (NANDA), hay que convertirlos en los resultados

esperados (NOC), identificando los indicadores con los que se va a medir el avance del paciente, estos criterios son:

1205. Autoestima.

- 120519. Sentimientos sobre su propia persona.

1101. Integridad tisular: piel y membranas mucosas.

- 110113 Piel intacta.

que muestran los avances conseguidos en el paciente desde su ingreso, hasta el momento del alta; al mismo tiempo que sirven de evidencia para conocer si han sido efectivas las intervenciones (NIC) puestas en marcha para conseguir el resultado esperado. Una vez hecho este análisis, se establece el juicio clínico enfermero seleccionando las intervenciones enfermeras, con las actividades correspondientes, que ayuden, apoyen y ejerzan influencia en las transiciones desde la situación actual del paciente hasta los estados de resultados esperados.

Las intervenciones seleccionadas fueron:

5400. Potenciación de la autoestima.

5340. Presencia.

3540. Prevención de las úlceras por presión.

El cambio positivo de puntuación experimentado por cada indicador de resultado tras las intervenciones enfermeras, evidencia la evolución favorable de José al PC establecido (Tabla 2).

TABLA 2. PLAN DE CUIDADOS DEL PACIENTE

DIAGNÓSTICOS DE ENFERMERÍA	OBJETIVOS / CRITERIOS DE RESULTADO	INTERVENCIONES / ACTIVIDADES
120 Baja autoestima situacional. r/c: expectativas sobre los demás. m/p: expresiones de inutilidad.	1205 Autoestima. • 120519. Sentimientos sobre su propia persona.	5400 Potenciación de la autoestima. - Ayudar al paciente a aceptar la dependencia de otros. ENF. - Observar las frases del paciente sobre su propia valía. ENF. - Animar al paciente a identificar sus virtudes. ENF. - Comprobar la frecuencia de las manifestaciones negativas de sí mismo. ENF. 5340 Presencia. - Mostrar una actitud de aceptación. ENF/AE. - Establecer una consideración de confianza y positiva. ENF. - Escuchar las preocupaciones del paciente. ENF. - Estar físicamente disponible como elemento de ayuda. ENF/AE.
47 Riesgo deterioro de la integridad cutánea. r/c: Inmovilización física y alteración de la sensibilidad.	1101 Integridad tisular: piel y membranas mucosas. • 110113 Piel intacta.	3540 Prevención de las úlceras por presión. - Utilizar una herramienta de valoración de riesgo (EMINA). ENF. - Inspeccionar diariamente puntos de presión y estado de la piel. ENF. - Mantener la ropa de la cama limpia, seca y sin arrugas. AE. - Proporcionar cambios posturales c/2-3horas. ENF/AE. - Aplicar protectores para zonas de riesgo. ENF. - Utilizar colchones de presión controlada. ENF/AE. - Educar a la cuidadora principal sobre los factores de riesgo que contribuyen al deterioro de la integridad cutánea y como disminuir dichos riesgos. ENF.



FECHA						
22/2/09 / INGRES	24/2/09	27/2/09	6/3/09	13/3/09	20/3/09	28/3/09 / ALTA
1205	1205	1205	1205	1205	1205	1205
120519	120519	120519	120519	120519	120519	120519
5	5	5	5	5	5	5
4	4	4	4	4	4	4
3	3	3	3	3	3	3
2	2	2	2	2	2	2
1	1	1	1	1	1	1
1101	1101	1101	1101	1101	1101	1101
110113	110113	110113	110113	110113	110113	110113
5	5	5	5	5	5	5
4	4	4	4	4	4	4
3	3	3	3	3	3	3
2	2	2	2	2	2	2
1	1	1	1	1	1	1

TABLA 2.1. ESCALA DE MEDIDA DE LOS CRITERIOS DE RESULTADOS

Autoestima	Nunca demostrado	Rara vez demostrado	A veces demostrado	Frecuentemente demostrado	Constantemente demostrado
Integridad tisular: piel y membranas mucosas	Constantemente comprometido	Sustancialmente comprometido	Moderadamente comprometido	Levemente comprometido	No comprometido

CUIDADORA PRINCIPAL

Se realiza una valoración focalizada. Luisa manifiesta sentirse desbordada por el repentino cambio que ha supuesto en su vida el ingreso de su padre y sobre todo la gravedad de su enfermedad. No se mueve de su lado a pesar de que sus dos hermanos, que visitan diariamente a su padre, le han propuesto relevarla, negándose a ello rotundamente. Verbaliza "yo me quedo aquí para controlar lo que le hacen a papá". Se niega a colaborar en los cuidados de su padre porque manifiesta no tener conocimientos, ni experiencia en el cuidado de enfermos y teme hacerle daño.

Se le entrega el **Cuestionario de Zarit**, obteniendo una puntuación de **26**, lo que indica que no hay sobrecarga.

DIAGNÓSTICOS

En Luisa se identificó el DE:

- **74. Afrontamiento familiar comprometido.**
r/c desorganización familiar e información o comprensión inadecuada o incorrecta del cuidador principal.
m/p la cuidadora muestra una conducta desproporcionada por defecto en relación a las capacidades o necesidades de autonomía del paciente y confirma conocimientos inadecuados que interfieren con las conductas de ayuda y de soporte.

Se seleccionó el criterio de resultado (NOC):

2205. Rendimiento del cuidador principal: cuidados directos. Como indicadores NOC seleccionados fueron:

- 220502. Ayuda al receptor de cuidados en las AVD.
- 220503. Conocimiento del proceso de enfermedad.
- 220504. Conocimiento del plan de tratamiento.
- 220510. Anticipación de las necesidades del receptor de cuidados.

Obteniendo valores <2 en la batería de indicadores seleccionados, lo que confirmó la etiqueta diagnóstica.

Una vez confirmado el DE, se desarrolla el PC (Tabla 3).

La intervención seleccionada fue:

7040. Apoyo al cuidador principal.

Los indicadores NOC, cumplen su finalidad inicial: la evaluación de los resultados de la intervención, apreciándose una modificación de los indicadores en sentido ascendente, lo que puso de manifiesto que las intervenciones (NIC) de tratamiento enfermero seleccionadas fueron apropiadas.

En el momento del alta hospitalaria José presenta un alto grado de dependencia para

TABLA 3. PLAN DE CUIDADOS DE LA CUIDADORA PRINCIPAL

DIAGNÓSTICOS DE ENFERMERÍA	OBJETIVOS / CRITERIOS DE RESULTADO	INTERVENCIONES / ACTIVIDADES
<p>120 Afrontamiento familiar comprometido. r/c: desorganización familiar e información o comprensión inadecuada o incorrecta del cuidador principal. m/p: la cuidadora muestra una conducta desproporcionada por defecto en relación a las capacidades o necesidades de autonomía del paciente y confirma conocimientos inadecuados que interfieren con las conductas de ayuda y de soporte.</p>	<p>2205 Rendimiento del cuidador principal: cuidados directos. • 220502. Ayuda al receptor de cuidados en las AVD. • 220503. Conocimiento del proceso de enfermedad. • 220504. Conocimiento del plan de tratamiento. • 220510. Anticipación de las necesidades del receptor de los cuidados.</p>	<p>7040 Apoyo al cuidador principal. - Determinar el nivel de conocimientos del cuidador. ENF. - Determinar la aceptación del cuidador de su papel. ENF. - Reconocer la dependencia que tiene el paciente del cuidador, si procede. ENF. - Admitir las dificultades del rol del cuidador principal. ENF/AE. - Animar al cuidador a que asuma su responsabilidad. ENF/AE. - Controlar los problemas de interacción de la familia en relación con los cuidados del paciente. ENF. - Enseñar técnicas de cuidado para mejorar la seguridad del paciente. ENF. - Actuar en lugar del cuidador se hace evidente una sobrecarga de trabajo. ENF/AE. - Animar al cuidador durante los momentos difíciles del paciente. ENF/AE.</p>

FECHA						
22/2/09 / INGRES	24/2/09	27/2/09	6/3/09	13/3/09	20/3/09	28/3/09 / ALTA
2205	2205	2205	2205	2205	2205	2205
220502	220502	220502	220502	220502	220502	220502
5	5	5	5	5	5	5
4	4	4	4	4	4	4
3	3	3	3	3	3	3
2	2	2	2	2	2	2
1	1	1	1	1	1	1
220503	220503	220503	220503	220503	220503	220503
5	5	5	5	5	5	5
4	4	4	4	4	4	4
3	3	3	3	3	3	3
2	2	2	2	2	2	2
1	1	1	1	1	1	1
220504	220504	220504	220504	220504	220504	220504
5	5	5	5	5	5	5
4	4	4	4	4	4	4
3	3	3	3	3	3	3
2	2	2	2	2	2	2
1	1	1	1	1	1	1
220510	220510	220510	220510	220510	220510	220510
5	5	5	5	5	5	5
4	4	4	4	4	4	4
3	3	3	3	3	3	3
2	2	2	2	2	2	2
1	1	1	1	1	1	1

TABLA 3.1. ESCALA DE MEDIDA DE LOS CRITERIOS DE RESULTADOS

CRITERIOS	1	2	3	4	5
Preparación del cuidador familiar domiciliario	Inadecuado	Ligeramente adecuado	Moderadamente adecuado	Sustancialmente adecuado	Completamente adecuado

TABLA 4. INFORME DE CONTINUIDAD DE CUIDADOS DEL PACIENTE

Datos del paciente: José. 78 años.
Causa de ingreso: ACV isquémico.
Patologías asociadas: HTA. DM II. Hipercolesterolemia.

S (Solucionado) P (Persiste)

NANDA al ingreso	Alta
Baja autoestima situacional	P
Riesgo de deterioro de la integridad cutánea	P

NOC al ingreso	Ind. Ingr.	Alta	Ind. Alta
1205 Autoestima. • 120519. Sentimientos sobre su propia persona.	1	P	3
1101 Integridad tisular: piel y membranas mucosas. • 110113. Piel intacta	1	P	2

INTERVENCIONES REALIZADAS

Potenciación de la autoestima.

Prevención de las úlceras por presión.

Índice de Barthel al ingreso = 10

Índice de Barthel al alta = 25

Recomendaciones al alta

- Debe seguir una dieta diabética sin sal rica en fibra y una ingesta de líquidos de 1'5L/día.
- Debe continuar con la sedestación mañana y tarde para facilitar el descanso nocturno.
- Se anima al paciente a realizar tareas independientes dentro de los límites de seguridad.
- Se destaca la importancia de la comunicación y se anima al paciente a relacionarse con sus amigos y familiares.
- Se destaca la importancia de seguir el tratamiento prescrito.

TABLA 5. INFORME DE CONTINUIDAD DE CUIDADOS CUIDADORA

Cuidador/a principal: Luisa, 27 años (hija).
Tfno. de contacto: xxx xxx xxx.
Centro de Salud: San Felipe (Jaén).

S (Solucionado) P (Persiste)

NANDA al ingreso	Alta
Afrontamiento familiar comprometido	P

NOC al ingreso	Ind. Ingr.	Alta	Ind. Alta
2205 Rendimiento del cuidador principal: cuidados directos.			
• 220503. Conocimiento del proceso de enfermedad.	1	P	3
• 220504. Conocimiento del plan de tratamiento.	1	P	3
• 220502. Ayuda al receptor de cuidados en las AVD.	1	P	4
• 220510. Anticipación de las necesidades del receptor de los cuidados.	1	P	4

INTERVENCIONES REALIZADAS

Apoyo a la cuidadora principal.

Índice de Zarit al ingreso = 26

Índice de Zarit al alta = 18

Recomendaciones al alta

- Se recomienda la implicación familiar en la asistencia al paciente.
- Se instruye a la cuidadora principal y a la familia sobre la medicación: indicaciones, dosis y efectos secundarios.

realizar los ABVD (Barthel=25). Aunque las puntuaciones de cada uno de los indicadores NOC evolucionaron en sentido positivo, al alta, persistían los problemas detectados en el paciente y la cuidadora principal.

Para la planificación del alta hospitalaria se contactó con la enfermera gestora de casos de atención primaria, para preparar el entorno donde el paciente permanecería a partir del alta hospitalaria y movilizar los recursos necesarios para hacer menos traumática la transición del hospital al domicilio. Para asegurar la continuidad de cuidados por parte de atención primaria, se realizó el informe de continuidad de cuidados del paciente y de la cuidadora (Tablas 4 y 5) donde quedó reflejada la necesidad de cuidados del paciente y cuidadora en el momento del alta.

CONCLUSIONES

La aplicación del modelo AREA, en la elaboración del plan de cuidados del paciente, ha supuesto las siguientes ventajas:

- Se ha realizado una valoración estructurada, centrada en la historia del paciente y en el momento actual.

- Con el establecimiento de la red lógica de razonamiento se han identificado claramente cuáles son los DE principales.

- Se han determinado los resultados esperados sobre los DE prioritarios.

- Se han establecido, fácilmente las relaciones existentes entre diagnósticos-resultados-intervenciones, teniendo en cuenta los criterios de resultados que van a medir la evolución del paciente.

- Ha facilitado, en gran medida, el trabajo enfermero.

El modelo DREOM ha resultado ser una herramienta útil en la elaboración del plan de cuidados de la cuidadora principal porque la presencia de puntuaciones <2 en la batería de indicadores seleccionados nos confirmó la etiqueta diagnóstica seleccionada para la cuidadora.

BIBLIOGRAFÍA.

1. Bartolomé Salinero T, del Carmen Rodríguez de Vera B. **Procesos que afectan al sistema neurológico**. Capítulo 15. Disponible en: <http://www.arrakis.es/~seegg/documentos/libros/pdflibro/Cap15.pdf>. Consultado 9 de septiembre de 2009.

2. Espinosa i Fresnedo C. Entrevista a Daniel Pesut. **El modelo AREA. El modelo AREA es la evolución del PAE que se centra en los resultados**. AENTDE. Disponible en: <http://www.aentde.com/modules.php?name=New&file=article&=18>. Consultado 9 de septiembre de 2009.

3. **North American Nursing Diagnoses Association. Diagnósticos enfermeros. Definiciones y Clasificación**. 2005-2006. Elsevier. Madrid. 2006.

4. Moorhead S, Jhonson M, Maas M. **Clasificación de Resultados de Enfermería (NOC)**. Tercera edición. Elsevier. Madrid 2004.

5. McCloskey Dochterman J, Bulechek GM. **Clasificación de Intervenciones de Enfermería (NIC)**. Cuarta edición, Elsevier. Madrid 2004.

6. Bellido Vallejo JC. **Sobre el modelo AREA y el Proceso Enfermero**. Inquietudes jun-dic 2006; 35:21-29.

7. Morillas Herrera JC, Morales Asencio JC, Martín Santos FJ, Cuevas Fernández-Gallego M. **El juicio clínico enfermero: conjugación de modelo lenguaje y efectividad de las intervenciones enfermeras**. Metas de Enfermería dic 2005; 8(10):58-62.

8. Morillas Herrera JC, Morales Asencio JC, Martín Santos FJ, Cuevas Fernández-Gallego M. **El juicio clínico enfermero: conjugación de modelo lenguaje y efectividad de las intervenciones enfermeras (2ª parte)**. Metas de Enfermería mar 2006; 9(2):6-12.