



PARANINFO DIGITAL

MONOGRÁFICOS DE INVESTIGACIÓN EN SALUD

ISSN: 1988-3439 - AÑO IX – N. 22 – 2015

Disponible en: <http://www.index-f.com/para/n22/035.php>

PARANINFO DIGITAL es una publicación periódica que difunde materiales que han sido presentados con anterioridad en reuniones y congresos con el objeto de contribuir a su rápida difusión entre la comunidad científica, mientras adoptan una forma de publicación permanente.

Este trabajo es reproducido tal y como lo aportaron los autores al tiempo de presentarlo como COMUNICACIÓN ORAL en **FORO I+E "Impacto social del conocimiento" - II Reunión Internacional de Investigación y Educación Superior en Enfermería – II Encuentro de Investigación de Estudiantes de Enfermería y Ciencias de la Salud**, reunión celebrada del 12 al 13 de noviembre de 2015 en Granada, España. En su versión definitiva, es posible que este trabajo pueda aparecer publicado en ésta u otra revista científica.

Título **Lenguaje enfermero estandarizado: nanda-noc-nic versus cipe®. Aplicación en un caso clínico de una paciente gran quemada**

Autores **Fátima Toyos del Castillo**

Centro/institución Facultad de Enfermería. Fisioterapia y Podología. Universidad de Sevilla.

Ciudad/país Sevilla, España

Dirección e-mail fatimatoyos@gmail.com

RESUMEN

Los cuidados que los enfermeros llevan a cabo a diario representan multitud de actividades de salud, haciendo necesario la utilización de un sistema estandarizado de lenguaje enfermero. Este hecho ha impulsado estudios para la construcción de taxonomías o sistemas de clasificación enfermeras. Entre las más conocidos y utilizados están: clasificación de diagnósticos enfermeros NANDA-I, clasificación de intervenciones enfermeras NIC, clasificación de resultados enfermeros NOC; las cuales han trabajado posteriormente para crear una interrelación NNN, y la CIPE® (Clasificación Internacional para La Práctica de Enfermería), la cual está reconocida por la Organización Mundial de la Salud (OMS) como integrante de la Familia de Clasificaciones Internacionales. Para analizar la aplicabilidad, las ventajas y los inconvenientes de estos dos sistemas de clasificación, se ha seleccionado un caso clínico de una paciente gran quemada de la unidad de quemados del hospital Virgen del Rocío (Sevilla). Este caso se considera idóneo, suponiendo un reto para la enfermera en su abordaje integral del paciente; por representar evento traumático grave e incapacitante para la persona, tanto física como emocionalmente, alterando la imagen corporal, las relaciones sociales, familiares y/o profesionales, o el afrontamiento, entre otras. Una vez descritos los dos planes de cuidados, se observa que a través de estos, siguiendo taxonomías vigentes que facilitan, organizan y sistematizan el proceso de enfermería, se pueden alcanzar los resultados previstos. Sin embargo se observa una gran disparidad teórica y de aplicabilidad entre ambas clasificaciones que pone de manifiesto la necesidad de trabajar en la unificación de las mismas, lo que supone un reto para el desarrollo de la ciencia enfermera.

Palabras clave: Plan de cuidados/ CIPE/ NANDA-NOC-NIC/ Lenguaje enfermero estandarizado/ Clasificación enfermera.

TEXTO DE LA COMUNICACIÓN

Introducción

Marco teórico

El Proceso de Enfermería representa el método científico para el desempeño sistemático de la práctica enfermera; un instrumento tecnológico al que se recurre para mejorar los cuidados, para organizar su realización y para documentar la práctica profesional. De esta manera el Proceso debe ser comprendido como un medio y no un fin en sí mismo. La aplicación deliberada y sistemática del Proceso de Enfermería puede aumentar la calidad de los cuidados, mejorar la visibilidad y el reconocimiento profesional y representa una posibilidad concreta de evaluación de la práctica profesional.¹

Los cuidados que los enfermeros llevan a cabo a diario representan cantidad de actividades de salud, haciendo necesario la utilización de un sistema estandarizado de lenguaje enfermero, para nombrar y comprender lo que los enfermeros identifican, tratan y valoran en sus pacientes, con el fin de hacer visible la contribución enfermera en los cuidados de salud.²

Este hecho ha impulsado estudios para la construcción de taxonomías o sistemas de clasificación enfermeras que organizan los fenómenos propios de su disciplina. Las taxonomías son conocimientos estructurados en los cuales los elementos son organizados en grupos o en clases con base en sus semejanzas. El uso de sistemas de clasificación ha traído contribuciones significativas para la práctica enfermera, tales como: mejora de la comunicación entre los enfermeros y demás miembros del equipo, mejora del registro de las intervenciones enfermeras posibilitando evaluar los resultados obtenidos. También permite recoger los datos obtenidos en soporte digital debido a la codificación de sus elementos. Todas estas cualidades contribuyen a la optimización de la práctica profesional, lo que aporta directamente mejoras al cuidado prestado.²

En todo este contexto y siendo numerosas las publicaciones acerca de la necesidad de utilizar un lenguaje estandarizado en la disciplina enfermera, se han desarrollado diferentes sistemas de clasificación de enfermería; entre los más conocidos y utilizados están: clasificación de diagnósticos enfermeros NANDA-I (North American Nursing Diagnoses Association), clasificación de intervenciones enfermeras NIC (Nursing Intervention Classification), clasificación de resultados enfermeros NOC (Nursing Outcome Classification), y la CIPE® (Clasificación Internacional para La Práctica de Enfermería), entre otras.²

La Taxonomía II de NANDA-I es un sistema en el que aparecen ordenados los diagnósticos aprobados. Tiene una estructura multiaxial compuesta por 7 ejes, cada uno de los cuales corresponden a una dimensión de la respuesta humana, direccionando el proceso diagnóstico. Tiene un sistema clasificatorio de 4 niveles de abstracción. En un primer nivel se encuentran sus 13 dominios, entendiendo por dominio una esfera de actividad, estudio o interés; en un segundo nivel 47 clases o subdivisiones de un grupo mayor, divisiones de personas o cosas por su calidad, rango o grado; 106 conceptos diagnósticos en el tercer nivel y por ultimo en cuarto nivel y más concreto, 235 diagnósticos de enfermería, en su última edición 2015-2017.³

El sistema de clasificación de intervenciones NIC, es considerado uno de los mayores avances en términos de clasificación de intervenciones de enfermería. En la NIC una intervención es considerada un tratamiento realizado por la enfermera a partir de un conjunto de actividades. La estructura taxonómica de NIC tiene cuatro niveles: el primero y más abstracto está representado por 7 dominios, el segundo representado por 30 clases organizadas dentro de los dominios, y el tercer nivel está formado por 554

intervenciones; en su sexta edición, agrupadas de acuerdo con las clases y dominios. El cuarto nivel está representado por las actividades, cuyo número no está determinado.³ Por contra de las intervenciones, que no pueden ser alteradas por representar un lenguaje estandarizado, las actividades que describen las acciones profesionales para ejecutar dicha intervención pueden ser modificadas con el fin de proporcionar individualidad a los cuidados.²

Como complemento de las taxonomías anteriores se crea también la Clasificación de Resultados de Enfermería NOC (Nursing Outcome Classification) que al igual que las anteriores, se organiza en cuatro niveles. Los 7 dominios constituyen el nivel más abstracto, seguidos de las 32 clases que representan el segundo nivel de abstracción. El tercer nivel, en su quinta edición contiene 490 resultados de los individuos, cuidadores familiares, familia y sociedad que sean susceptibles de ser alcanzados mediante intervenciones enfermeras y que puedan utilizarse en todas las situaciones y especialidades clínicas. Cada uno de ellos incluye un grupo de indicadores, que ocupan el cuarto nivel y describen el estado específico del paciente, cuidador familiar o sociedad en relación con el resultado, medidos mediante una escala tipo Likert de cinco puntos, en la que el 1 representa siempre la situación menos deseable y el 5 la mejor situación posible.³

Las taxonomías NIC y NOC han trabajado conjuntamente con la NANDA-I para interrelacionarlas entre sí y así poder ofrecer un listado de posibles resultados e intervenciones para cada diagnóstico. Este listado de interrelación NANDA-NOC-NIC, tiene un carácter orientativo para los enfermeros a la hora de usar las tres taxonomías, pero requiere de un criterio claro del profesional que le permita la selección del diagnóstico, el resultado y la intervención más adecuados en cada caso.³

Otra clasificación a destacar es la CIPE® (Clasificación Internacional para La Práctica de Enfermería), que quiere constituirse como un marco unificador de las terminologías de enfermería y, actualmente, la Organización Mundial de la Salud (OMS) la reconoce como integrante de la Familia de Clasificaciones Internacionales.⁴

La CIPE® puede ser considerada como un sistema de terminologías combinatorias en una estructura multiaxial, o sea, uno o más conceptos simples se pueden combinar para constituir conceptos complejos.² La última versión de CIPE® es más que un vocabulario, ya que puede adaptar los vocabularios existentes y ser usada para desarrollar nuevos vocabularios a partir de una terminología composicional. Organizada por un modelo de 7 ejes a partir del cual los enfermeros pueden elaborar enunciados de diagnósticos, intervenciones y resultados de enfermería.⁴

Anexo I: Modelo de 7 ejes de CIPE®.

Los 7 ejes se definen como ⁴:

- 1) Foco – área de atención relevante para la enfermería;
- 2) Juicio – opinión clínica o determinación relacionada con el foco de la práctica de enfermería;
- 3) Medios – manera o método de ejecución de una intervención;
- 4) Acción – proceso intencional aplicado a o desempeñado por un cliente;
- 5) Tiempo – punto, periodo, momento, intervalo o duración de un suceso;
- 6) Localización –orientación anatómica o espacial de un diagnóstico o intervención; y
- 7) Cliente – sujeto a quien el diagnóstico se refiere y que es el beneficiario de una intervención de enfermería.

Así, para componer un diagnóstico o un resultado de enfermería usando el modelo de siete ejes de CIPE®, se recomienda incluir un término del eje foco y otro del eje juicio. Si es necesario pueden ser incluidos términos adicionales tanto de los ejes foco, juicio como de los demás.²

Para componer intervenciones de enfermería, se propone la inclusión de un término del eje acción y al menos un término “alvo”. Siendo este, cualquier término de uno de los ejes, excepto del eje juicio. En este caso también pueden ser incluidos términos adicionales del eje acción o de otros ejes.²

Las ventajas de esta nueva estructura es que simplifica y resuelve los problemas de redundancias y ambigüedades de términos, que eran inherentes a versiones anteriores de CIPE®. El modelo de 7 ejes está destinado a facilitar la composición de afirmaciones, organizadas en grupos significativos, de modo que se tenga acceso rápido a conjuntos de enunciados preestablecidos de diagnósticos, intervenciones y resultados de enfermería, o lo que es lo mismo, Catálogos CIPE®. El principal propósito de la elaboración de esos catálogos es el de construir sistemas de registro de los elementos de la práctica usando la CIPE®, con todo el beneficio que conlleva formar un lenguaje unificado y transformar la CIPE® en un instrumento tecnológico que puede ser integrado a la práctica de enfermería en el sitio de trabajo. En la actualidad hay dos catálogos CIPE® publicados.⁴

Con la creación de múltiples terminologías, la unificación de los diferentes vocabularios de enfermería existentes se vuelve cada vez más necesaria para estandarizar los elementos de la práctica de enfermería de diferentes especialidades y regiones, y así componer una nomenclatura única de enfermería. Por tanto en este contexto, surge la Norma ISO 18104:2003, reconocida por la OMS, con el objetivo de reunir los diferentes sistemas de clasificación de enfermería, y el fin de promover la integración de los sistemas de información y la posibilidad de mapear los términos de enfermería con otras terminologías de salud. A pesar de sus esfuerzos en la estandarización del lenguaje enfermero, el modelo que defiende la norma ISO desde 2003, aun tiene algunas lagunas que dificulta su utilización.

Además de la influencia que la norma ISO tuvo sobre la última versión de CIPE®, la versión actual de NANDA-I, 2015-2017, describe que su actualización también fue realizada conforme la norma ISO.⁵

Este Trabajo Fin de Grado, surge tras mi experiencia personal de haber realizado prácticas clínicas con una beca Erasmus en Coimbra, (Portugal), donde pude comprobar cómo las enfermeras/os utilizan la clasificación CIPE® como herramienta taxonómica para guiar la práctica clínica y manifiestan su necesidad así como las dificultades que supondría prescindir de este recurso.

Por el contrario durante mis prácticas en el ámbito hospitalario en España, pude observar que el uso de las interrelaciones NANDA-NOC-NIC como terminología normalizada para describir el trabajo que realizan las enfermeras, presenta dificultades importantes en su aplicación y muchos profesionales la consideran poco relevante para la práctica clínica. Este hecho despierta en mí el interés de valorar y analizar ambas clasificaciones, con el fin de averiguar cuál de ellas podría presentar más ventajas para los enfermeros en nuestra práctica clínica diaria o en su defecto compararlas y valorar las características de cada una de ellas.

Para analizar la aplicabilidad de ambos sistemas de clasificación, se ha seleccionado un caso clínico de una paciente gran quemada en una Unidad de Quemados. Este caso se considera idóneo, suponiendo un reto para la enfermera en su abordaje integral del paciente; por representar evento traumático grave e incapacitante para la persona, tanto

física como emocionalmente alterando la imagen corporal, las relaciones sociales, familiares y/o profesionales, o el afrontamiento, entre otras.

La incidencia de quemaduras en España es desconocida; se estima que 3 de cada 1.000 habitantes sufren cada año quemaduras que requieren atención médica, la mayoría son atendidos en Atención Primaria (AP) y entre el 15-20 % requieren ingreso hospitalario. El enfoque diagnóstico y terapéutico inicial del paciente quemado es fundamental para disminuir la morbilidad y las complicaciones de las quemaduras y del síndrome del gran quemado.⁶

Es necesario resaltar la diferencia entre un paciente con quemaduras locales, sin afectación sistémica, y el síndrome del gran quemado, que es una patología crítica en la que las quemaduras pasan a planos profundos de la piel, afectando a más del 20% de la superficie corporal total, ya que nos enfrentamos a un paciente inestable con numerosas complicaciones precoces y tardías.⁶

Se define la quemadura como «la lesión producida por el efecto del calor, con el resultado de muerte celular y necrosis de los tejidos afectados». Dentro de esta definición se incluyen otras lesiones producidas por sustancias o energías destructivas: frío (congelaciones), ácidos y bases (quemaduras químicas), alto y bajo voltaje eléctrico (quemaduras eléctricas) y radiaciones (quemadura solar, por radiación UVA, e ionizante), ya que aunque todas ellas presentan diferentes características, causan un efecto fisiopatológico de las mismas características, precisan un tratamiento similar y evolucionan dejando secuelas iguales a las de las quemaduras térmicas.⁶

Así mismo, Las quemaduras pueden afectar a diferentes capas de la piel clasificándose en: 1^{er} grado, que afectan a la epidermis; 2º grado superficial, donde la dermis superficial es la dañada; 2º grado profunda, alcanzando la dermis profunda; y 3^{er} grado, en las cuales queda dañado hasta el tejido subdérmico precisando en un alto porcentaje tratamiento quirúrgico.⁶

En mi trabajo fin de grado he realizado dos planes de cuidados a un paciente gran quemado, en primer lugar he utilizado la interrelación NANDA-NOC-NIC, y en segundo lugar la Clasificación Internacional para la Práctica Enfermera CIPE®.

Objetivos

Objetivo general:

- Comparar el uso de un Sistema estandarizado del lenguaje enfermero, aplicando las taxonomías NANDA-NOC-NIC y la clasificación CIPE®.

Objetivos específicos:

- Desarrollar un plan de cuidados individualizado a un paciente, utilizando ambas clasificaciones y comparar sus características.
- Valorar ventajas e inconvenientes de NANDA-NOC-NIC.
- Valorar ventajas e inconvenientes de CIPE®.

Metodología

En el primer caso clínico he utilizado como marco teórico conceptual el modelo de Virginia Henderson, considerándolo el ideal por su amplia aplicabilidad en diferentes campos de actuación y considerar a la persona como un todo. Para la identificación de problemas he seguido la perspectiva bifocal de Dra. Carpenito, sirviéndome de la taxonomía NANDA-I para nombrar los diagnósticos de Enfermería. Para la

planificación de cuidados se identifican los criterios de resultados y las intervenciones de enfermería a través de las taxonomías NOC y NIC respectivamente.

En el segundo caso, se sigue como marco teórico conceptual el modelo de Virginia Henderson en la primera etapa del Proceso de Enfermería: Valoración, siendo ésta común para ambos casos. En las etapas siguientes se usa como herramienta de lenguaje estandarizado la clasificación CIPE®.

Descripción del caso

M.D.S es una paciente de 37 años sin antecedentes patológicos de interés, que llega al servicio de urgencias del Hospital X proveniente de un hospital en otra ciudad, por sufrir quemaduras por llama al encender una estufa catalítica.

Enfermedad actual: Presenta quemaduras en el 40% de la Superficie Corporal Total (SCT), de 2º grado profundo y 3º grado, en brazos, dorso de manos, tórax, abdomen y espalda (ver *Anexo II*). Ingresa en la unidad de quemados y tras periodo de reposición volémica, se programa cirugía (escarectomía del 15% de la SCT). En el postoperatorio inmediato, presenta desequilibrio hidroelectrolítico con repercusión en la función respiratoria, por lo que se hospitaliza en UCI durante 72h, tras las cuales vuelve a la unidad de quemados. Tras tres cirugías de escarectomías e injertos y 25 días de hospitalización se realiza el proceso de cuidados a la paciente.

Anexo III: Tratamiento prescrito

Desarrollo

Valoración

Valoración física inicial

Signos vitales

Tensión arterial: 109/63 mmHg

Normotensa

Frecuencia cardíaca: 130 lpm

Taquicárdica

Temperatura: 37°C. Subfebril

Frecuencia respiratoria: 14 rpm

Eupneica

Dolor: Sí. Con una puntuación de 9 en la escala numérica del dolor. Constante, generalizado, con periodos punzantes.

Otros datos

Glucemia capilar: 100 mg/dl

Peso: 54kg

Talla: 1,60

IMC: 21.09 Kg/m²

Saturación de O₂: 100%

Anexo IV: Escala numérica del dolor

Valoración por sistemas

- Sistema neurológico: Paciente consciente y orientada. Test Pfeiffer: 0 errores
- Sistema cardiorrespiratorio: Taquicardia mantenida. Sin alteraciones en EKG. Disnea frecuente. Presenta dos catéteres venosos periféricos en ambos miembros superiores. Presenta monitorización electrocardiográfica (derivación DII) y pulsioximetría.
- Sistema locomotor: Equilibrio inestable. Dificultad para moverse en la cama y para transferirse de la cama al sillón. Deambula con ayuda de andador.

Anexo IV: Índice de Barthel

- Sistema digestivo: Dentición íntegra. Portadora de SNG temporal de silicona y calibre 10. Sigue una dieta oral basal complementada con una dieta hiperproteica e hipercalórica enteral (1000 ml a 50 ml/h). Frecuencia de eliminación fecal: 1 cada 3 días. Deposiciones pastosas en cantidad reducida, con tratamiento farmacológico del estreñimiento, relacionado con la administración de morfínicos y escasa movilidad.
- Sistema renal: Líquidos orales a demanda. Micciones espontáneas en cuña. Diuresis escasas (600 cc/24h) de color amarillo ámbar. Diuresis horaria y de 24 horas.
- Aparato genital: Antecedentes de endometriosis. Fecha de la última regla: 25/02/15. Frecuencia y cantidad normales. No utiliza ningún método anticonceptivo actualmente.
- Sistema integumentario: Quemado el 40% STC en tórax, abdomen, espalda, MMSS y manos, con quemaduras de 2º grado profundo y 3º grado. Injertado actualmente un 30% con autoinjertos de ambos muslos. Lo que resta de piel permanece íntegra, normocoloreada, hidratada y limpia.

Valoración por necesidades básicas de virginia henderson

1. Respirar normalmente: A veces le falta el aire por la ansiedad y el temor anticipado que presenta. Controla estos episodios con técnicas de respiración. La taquicardia mantenida también presenta un alto factor psicológico y dice sentir palpitaciones muy desagradables que no es capaz de controlar.
2. Comer y beber adecuadamente: Se alimenta en pequeñas cantidades por referir no tener apetito debido a la nutrición por sonda. Náuseas y vómitos frecuentes con un factor psicológico importante. Necesita que le pongan la bandeja de comida delante y que le pelen y le trocen los alimentos. Se esfuerza por pedir la mínima ayuda posible.
3. Eliminar por todas las vías corporales: La paciente manifiesta la vergüenza y falta de dignidad que siente al depender totalmente para hacer sus necesidades. En ocasiones sufre un aumento de la transpiración. Se masajea la zona abdominal como estrategia para defecar. Necesita que le pongan la cuña o que la acompañen al baño, cuando puede deambular.
4. Moverse y mantener posturas adecuadas: Necesita ayuda del personal de enfermería para moverse en la cama o para transferirse al sillón. En periodos postquirúrgicos, mantiene reposo absoluto durante 48-72 horas. Después de este comienza a deambular con ayudas técnicas de un andador. Realiza ejercicios con las manos que también han sufrido quemaduras, para no perder funcionalidad. Su expresión facial muestra tensión. En ocasiones tiene temblores de manos y hace movimientos extraños con ellas.
5. Dormir y descansar: Duerme 8 horas aproximadamente durante la noche. Sueño generalmente de buena calidad. Algunas noches las pasa intranquila, y tiene pesadillas que no le permiten dormir. Duerme 2 horas por la mañana tras cada cura y por la tarde también duerme una siesta de una o dos horas. Toma medicación ansiolítica para ayudarla a conciliar el sueño. A veces tiene pesadillas en la que dice sentir que se cae por un agujero negro, y no la dejan dormir.

6. Escoger la ropa adecuada: vestirse y desvestirse: Viste el camisón del hospital encima del “vestido” de compresas y mallas tubulares que componen la cura. Necesita ayuda para ponerse el camisón y abrochárselo.
7. Mantener la temperatura corporal dentro de los límites normales adecuando la ropa y modificando el ambiente: Subfebril en periodos mantenidos. Intercala periodos de frio extremo con periodos de calor intenso. Necesita ayuda para controlar las sensaciones térmicas. Solicita al personal que la abrigue en caso de frio o que la abanique o le quiten el camisón en caso de calor.
8. Mantener la higiene corporal y la integridad de la piel: Se baña prácticamente a diario en bañera especial de quemados, con ayuda total. Piel lesionada protegida por apósitos.
9. Evitar los peligros del entorno y evitar lesionar a otras personas: No tiene hábitos tóxicos: Está vacunada correctamente. Acude al médico periódicamente y se realiza autoexploraciones de mama. No tiene déficits sensoriales ni antecedentes de caídas. Lloro a diario durante largos periodos; se muestra agitada, inquieta, aprensiva y nerviosa; dice sentirse muy angustiada y preocupada, no solo por su estado actual de salud sino también por su futuro y las secuelas que le puedan quedar. También le inquieta su hijo pequeño de 5 años, del que ella tiene la custodia completa desde que se separó del padre del mismo y con el cual mantiene una relación muy mala. Tras amenazas del padre a la familia de ella por tener al hijo durante su ingreso, ahora éste se ha trasladado a vivir a la vivienda paterna, lo que le genera estrés a la paciente y miedo de no volver a ver a su hijo.

Sufre un miedo inespecífico, un miedo a todo, y el simple hecho de tocarla hace que se asuste y pide por favor que no la toquemos sin previo aviso. Este sentimiento de aprensión que sufre le preocupa, por ello solicita atención psicológica.

La peor situación que manifiesta haber vivido es la separación del padre de su hijo. En esta fueron sus padres y su hermana mayor que ella 4 años, junto con su mejor amiga de la infancia, quienes le sirvieron de apoyo y ayuda en todo momento y dice, que son las personas que más quiere en el mundo, a parte de su hijo que es el pilar fundamental de su vida y en quien piensa para servirse de ayuda y llenarse de fuerzas para recuperarse y salir del hospital.

10. Comunicarse con los demás, expresando emociones, necesidades, temores u opiniones: La paciente se muestra muy angustiada y preocupada por el tiempo que tendrá que estar ingresada. Es colaboradora y comunicativa, aunque se encuentra normalmente meditando con algún deterioro de la concentración y de la solución de problemas. Comenta con todos los enfermeros sus preocupaciones y pensamientos. Cuenta cómo era su vida antes del ingreso. Recuerda parte de los hechos en modo flashes que le provocan cierta ansiedad. Habla con su familia, pareja actual o amigos a través de un cristal tres veces al día, siendo solo una vez al día y una persona quien puede entrar dentro de la habitación, todo ello siguiendo el protocolo de la unidad. Se siente muy sola y dice que no soporta más el aislamiento.
11. Vivir de acuerdo con sus propios valores y creencias: Educada en la religión católica. No es practicante y es atea desde hace unos años. No se apoya en la religión para superar las dificultades aunque le gustaría creer en algo. Tiene una escala de valores bien definida y cree en la bondad de las personas.

12. Ocuparse en algo de tal forma que su labor tenga un sentido de realización personal: Es psicóloga y pedagoga. Trabaja en un colegio y dice sentirse muy realizada. Comenta las ganas que tiene de volver a trabajar con sus alumnos.
13. Participar en actividades recreativas: No tiene muchos hobbies, más que su familia, amigos y salir a pasear. Durante su hospitalización se entretiene escuchando música con su ipod, leyendo, viendo la televisión y algunas series a través de su ipad. Dice que está muy aburrida, y que no sabe cómo ocupar su tiempo.
14. Aprender, descubrir y satisfacer la curiosidad que conduce a un desarrollo normal y a utilizar los recursos disponibles: Solicita en todo momento estar informada de su evolución médica. Extrema el control y la vigilancia sobre su estado. Pregunta muchas cosas al personal como qué tipo de tejidos y de ropa podrá utilizar cuando acabe su hospitalización o dudas sobre la medicación. Precisa aprendizaje sobre cambios posturales y movilización porque el miedo que tiene a dañar su piel la paraliza.

Clasificación de datos

1. Respirar normalmente
<u>Manifestaciones de dependencia</u> A veces le falta el aire por la ansiedad y el temor anticipado que presenta.
<u>Manifestaciones de independencia</u> Controla estos episodios con técnicas de respiración.
<u>Datos que deben considerarse</u> La taquicardia mantenida también presenta un alto factor psicológico y dice sentir palpitaciones muy desagradables que no es capaz de controlar.
2. Comer y beber adecuadamente
<u>Manifestaciones de dependencia</u> Se alimenta en pequeñas cantidades por referir no tener apetito debido a la nutrición por sonda.
<u>Manifestaciones de independencia</u> Se esfuerza por pedir la mínima ayuda posible.
<u>Datos que deben considerarse</u> Nauseas y vómitos frecuentes con un factor psicológico importante. Necesita que le pongan la bandeja de comida delante y que le pelen y le trocen los alimentos.
3. Eliminar por todas las vías corporales
<u>Manifestaciones de dependencia</u> En ocasiones sufre un aumento de la transpiración.
<u>Manifestaciones de independencia</u> Se masajea la zona abdominal como estrategia para defecar.
<u>Datos que deben considerarse</u> Necesita que le pongan la cuña o que la acompañen al baño, cuando puede deambular. La paciente manifiesta la vergüenza y falta de dignidad que siente al depender totalmente para hacer sus necesidades.
4. Moverse y mantener posturas adecuadas
<u>Manifestaciones de dependencia</u> Su expresión facial muestra tensión. En ocasiones tiene temblores de manos y hace movimientos extraños con ellas.
<u>Manifestaciones de independencia</u> Realiza ejercicios con las manos que también han sufrido quemaduras, para no perder

funcionalidad. Después de los periodos postquirúrgicos comienza a deambular con la ayuda técnica de un andador. <u>Datos que deben considerarse</u> Necesita ayuda del personal de enfermería para moverse en la cama o para transferirse al sillón. En periodos postquirúrgicos, mantiene reposo absoluto durante 48-72 horas.
5. Dormir y descansar <u>Manifestaciones de dependencia</u> Algunas noches las pasa intranquila, y tiene pesadillas que no le permiten dormir. A veces tiene pesadillas en la que dice sentir que se cae por un agujero negro, y no la dejan dormir. <u>Manifestaciones de independencia</u> Duerme 8 horas aproximadamente durante la noche. Sueño generalmente de buena calidad. <u>Datos que deben considerarse</u> Toma medicación ansiolítica para ayudarla a conciliar el sueño.
6. Escoger la ropa adecuada: vestirse y desvestirse <u>Manifestaciones de dependencia</u> No se observan. <u>Manifestaciones de independencia</u> No se observan. <u>Datos que deben considerarse</u> Viste el camión del hospital encima del “vestido” de compresas y mallas tubulares que componen la cura. Necesita ayuda para ponerse el camión y abrochárselo.
7. Mantener la temperatura corporal dentro de los límites normales adecuando la ropa y modificando el ambiente <u>Manifestaciones de dependencia</u> Solicita al personal que la abrigue en caso de frío o que la abanique o le quiten el camión en caso de calor. <u>Manifestaciones de independencia</u> No se observan. <u>Datos que deben considerarse</u> Subfebril en periodos mantenidos. Intercala periodos de frío extremo con periodos de calor intenso. Necesita ayuda para controlar las sensaciones térmicas.
8. Mantener la higiene corporal y la integridad de la piel <u>Manifestaciones de dependencia</u> No se observan. <u>Manifestaciones de independencia</u> No se observan. <u>Datos que deben considerarse</u> Se baña prácticamente a diario en bañera especial de quemados, con ayuda total.
9. Evitar los peligros del entorno y evitar lesionar a otras personas <u>Manifestaciones de dependencia</u> Llora durante largos periodos. Se muestra agitada, inquieta, aprensiva y nerviosa. Sufre un miedo inespecífico, un miedo a todo, y el simple hecho de tocarla hace que se asuste y pide por favor que no la toquemos sin previo aviso. <u>Manifestaciones de independencia</u> Este sentimiento de aprensión que sufre le preocupa, por ello solicita atención psicológica. Acude al médico periódicamente y se realiza autoexploraciones de mama. Piensa en su hijo y sus seres queridos para servirse de ayuda y llenarse de fuerzas para recuperarse y salir del hospital.

<u>Datos que deben considerarse</u> Esta muy angustiada y preocupada, no solo por su estado actual de salud sino también por su futuro, las secuelas que le puedan quedar y por su hijo pequeño que está viviendo desde que ella ingresó, con el padre con el que lleva una relación mala.
10.Comunicarse con los demás, expresando emociones, necesidades, temores u opiniones
<u>Manifestaciones de dependencia</u> Se encuentra normalmente meditando con algún deterioro de la concentración y de la solución de problemas. Recuerda parte de los hechos en modo flashes que le provocan cierta ansiedad. <u>Manifestaciones de independencia</u> Es colaboradora y comunicativa. Comenta con todos los enfermeros sus preocupaciones y pensamientos. Habla con su familia, pareja actual o amigos a través de un cristal tres veces al día <u>Datos que deben considerarse</u> Se siente muy sola. Dice que no soporta más el aislamiento. (<i>Anexo V: Protocolo de visitas de la Unidad de Quemados</i>)
11.Vivir de acuerdo con sus propios valores y creencias
<u>Manifestaciones de dependencia</u> No se observan. <u>Manifestaciones de independencia</u> No se observan. <u>Datos que deben considerarse</u> Educada en la religión católica. No es practicante y es atea desde hace unos años. No se apoya en la religión para superar las dificultades
12.Ocuparse en algo de tal forma que su labor tenga un sentido de realización personal
<u>Manifestaciones de dependencia</u> No se observan. <u>Manifestaciones de independencia</u> No se observan. <u>Datos que deben considerarse</u> Es psicóloga y pedagoga. Trabaja en un colegio y dice sentirse muy realizada. Comenta las ganas que tiene de volver a trabajar con sus alumnos.
13.Participar en actividades recreativas
<u>Manifestaciones de dependencia</u> No se observan. <u>Manifestaciones de independencia</u> Durante su hospitalización se entretiene escuchando música con su ipod, leyendo, viendo la televisión y algunas series a través de su ipad. <u>Datos que deben considerarse</u> Está muy aburrida y ya no sabe cómo ocupar su tiempo.
14.Aprender, descubrir y satisfacer la curiosidad que conduce a un desarrollo normal y a utilizar los recursos disponibles
<u>Manifestaciones de dependencia</u> Extrema el control y la vigilancia sobre su estado. <u>Manifestaciones de independencia</u> Solicita en todo momento estar informada de su evolución médica. <u>Datos que deben considerarse</u> Precisa aprendizaje sobre cambios posturales y movilización porque el miedo que tiene

a dañar su piel la paraliza.

Uso de la interrelación nanda-noc-nic

Análisis de datos

M.D.S es una paciente de 37 años, que lleva ingresada 25 días en la unidad de quemados por presentar quemaduras en el 40% de la Superficie Corporal Total, de 2º grado profundo y 3º grado, en brazos, dorso de manos, tórax, abdomen y espalda. Ha sido sometida en tres ocasiones a intervenciones quirúrgicas de escarectomías e injertos. Tiene un amplio tratamiento prescrito (*Anexo II*). Fluidoterapia de 1000cc de suero fisiológico en 24 horas y oxigenoterapia por cánulas nasales a 3 l/min. Tiene dos catéteres venosos periféricos en ambos MMSS y porta sonda nasogástrica. Por lo que habrá que vigilar y controlar todas las complicaciones derivadas de su situación clínica y tratamiento.

M.D.S. era totalmente independiente antes del accidente con la estufa, sin embargo ahora necesita ayuda para la higiene y cuidado de la piel, alimentación, eliminación, vestirse y arreglo personal, mantenimiento de una buena temperatura corporal, mantenimiento de la seguridad del entorno, por lo que habrá que suplir de manera total o parcial todas las necesidades básicas anteriores.

La paciente refiere falta el aire a veces. Se alimenta en pequeñas cantidades por referir no tener apetito debido a la nutrición por sonda. En ocasiones sufre un aumento de la transpiración. Su expresión facial generalmente muestra tensión y en ocasiones tiene temblores de manos y hace movimientos extraños con ellas. Algunas noches las pasa intranquila, y tiene pesadillas en la que dice sentir que se cae por un agujero negro, y no la dejan dormir. Solicita al personal que la abrigue en caso de frío o que la abanique o le quiten el camión en caso de calor. Lloro durante largos periodos y se muestra agitada, inquieta, aprensiva y nerviosa. Sufre un miedo inespecífico, un miedo a todo, y el simple hecho de tocarla hace que se asuste y pide por favor que no la toquemos sin previo aviso. Se siente muy sola y afirma no soportar más el aislamiento. Se encuentra normalmente meditando con algún deterioro de la concentración y de la solución de problemas. Está muy aburrida y ya no sabe cómo ocupar su tiempo. Recuerda parte de los hechos en modo flashes que le provocan cierta angustia. Extrema el control y la vigilancia sobre su estado.

Sin embargo, M.D.S., controla los episodios de falta de aire con técnicas de respiración y se masajea la zona abdominal como estrategia para defecar. Se interesa por realizar ejercicios con las manos que también han sufrido quemaduras, para no perder funcionalidad. Después de los periodos postquirúrgicos comienza a deambular con la ayuda técnica de un andador esforzándose y pidiendo la mínima ayuda posible. Duerme 8 horas aproximadamente durante la noche y el sueño generalmente de buena calidad. El sentimiento de aprensión que sufre le preocupa porque ella es psicóloga y sabe cuáles pueden ser los riesgos, por ello solicita atención psicológica. Es una persona que se preocupa por su salud, acude al médico periódicamente y se realiza autoexploraciones de mama. Por ello solicita en todo momento estar informada de su evolución médica. Piensa en su hijo y sus seres queridos para servirse de ayuda y llenarse de fuerzas para recuperarse y salir del hospital. Es colaboradora y comunicativa y no tiene problemas en comentar con todos los enfermeros sus preocupaciones y pensamientos. Habla con su familia, pareja actual o amigos a través de un cristal tres veces al día. Durante su

hospitalización se entretiene escuchando música con su ipod, leyendo, viendo la televisión y algunas series a través de su ipad.

Problemas identificados/diagnósticos enfermeros

2.2.2.1 PROBLEMAS DE COLABORACIÓN/ CP

Durante el ingreso de M.S.D. en la Unidad de quemados, se valora la aparición de signos y síntomas de los problemas de colaboración/CP derivados tanto de la enfermedad, como de la realización de los estudios diagnósticos y las terapias.

OBJETIVOS

1. Instaurar las medidas preventivas para evitar los problemas de colaboración y complicaciones potenciales.
2. Instaurar las medidas preventivas para detectar prontamente los signos y síntomas indicadores de los problemas de colaboración y complicaciones potenciales.

✓ Quemadura 2º exposición a llama y zona donante

NIC: 3661 Cuidados de las heridas: quemaduras

- Valorar la herida para determinar el tipo de cura.
- Limpiar la herida con agua y clorhexidina jabonosa al 5%
- Curar la herida con apósitos oclusivos estériles.
- Informar al paciente del procedimiento que se va a seguir para curar la herida
- Retirar el vendaje/apósito exterior cortándolo y mojándolo con solución salina o agua.
- Utilizar medidas de aislamiento físico para prevenir la infección (p. ej., mascarilla, bata, guantes estériles, gorro y calzas)

NIC: 3582 Cuidados de la piel: zona donante

- Curar la zona donante de autoinjertos cutáneos con apósito hidrocoloide y tules grasos, posteriormente vendados.
- Inspeccionar diariamente el apósito.
- Controlar si hay signos de infección (p.ej.; fiebre, dolor) y otras complicaciones postoperatorias.
- Mantener limpia y libre de presión la zona donante.

Dolor 2º falta de integridad de la piel y curas de heridas

NIC: 1400 Manejo del dolor

- Realizar una valoración exhaustiva del dolor que incluya la localización, características, aparición/duración, frecuencia, calidad, intensidad o severidad del dolor y factores desencadenantes.
- Ayudarse de escalas analógicas para realizar la valoración.

- Administrar medicación analgésica prescrita y valorar su eficacia.
- Observar claves no verbales de molestias.
- Seleccionar y desarrollar aquellas medidas no farmacológicas e interpersonales que faciliten el alivio del dolor, como masajes o técnicas de relajación.
- Instaurar y modificar las medidas de control del dolor.

C.P Desprendimiento, infección 2º autoinjerto

NIC: 3583 Cuidados de la piel: zona del injerto

- Evitar fricción y el cizallamiento en la zona del injerto.
- Curar el injerto con apósitos oclusivos estériles.
- Limitar la actividad del paciente a un reposo en cama hasta que el injerto se adhiera.
- Examinar diariamente los apósitos.
- Monitorizar el color, la temperatura, el llenado capilar y la turgencia del injerto.
 - Controlar si hay signos de infección (p.ej.; fiebre, dolor) y otras complicaciones postoperatorias.
- Incorporar medidas para evitar el desarrollo de neumonía, embolia pulmonar y úlceras por presión durante el período de inmovilización.

C.P. Infección 2ª a intervención quirúrgica y/o falta de integridad cutánea.

NIC: 6540 Control de infecciones

- Poner en práctica precauciones universales.
- Aplicar las precauciones de aislamiento designadas que sean apropiadas
- Limpiar la piel del paciente con un agente antibacteriano apropiado.
- Mantener un ambiente aséptico óptimo.
- Vigilar signos y síntomas de infección.

C.P. Hipotermia 2ª a intervención quirúrgica y/o falta de integridad cutánea.

NIC: 3800 Tratamiento de la hipotermia

- Monitorizar la temperatura del paciente.
- Vigilar los signos y síntomas de la hipotermia.
- Aplicar recalentamiento pasivo.

C. P. Flebitis, acodamiento, desalojo u obstrucción 2º a vía venosa periférica.

NIC: Añadido - Manejo de un dispositivo de acceso venoso periférico.

- Fijación del catéter dejando libre el punto de inserción.
- Colocación del apósito fuera del punto de inserción.
- Revisar cada 24 horas el punto de inserción.
- Asepsia personal.
- Vigilar signos y síntomas de flebitis (temperatura, dolor, edema...)
- Reducir al mínimo la manipulación del equipo de infusión.

C.P. Acodamiento, desalojo, obstrucción, broncoaspiración, herida nasal por presión 2º a SNG.

NIC: 1874 Cuidados de la sonda gastrointestinal

- Cambiar la posición de la sonda para que no presione sobre el mismo punto en la mucosa gástrica.
- Cambiar diariamente el apósito de fijación de la SNG.
- Limpiar la nariz con agua y jabón, secarla para evitar roces y deformidades, e hidratar con crema para evitar irritaciones.
- Tras la toma del alimento por la sonda se cepillara los dientes y la lengua.
- Auscultar periódicamente los ruidos intestinales.
- Observar la correcta colocación de la sonda
- Irrigar la sonda, según corresponda.

C.P. Desequilibrio hidroelectrolítico, hiper/hipoglucemia, náuseas o vómitos 2º nutrición enteral.

NIC: 1056 Alimentación enteral por sonda

- Explicar el procedimiento al paciente
- Vigilar el estado de líquidos y electrolitos.
- Elevar el cabecero de la cama de 30 a 45 ° durante la alimentación.
- Monitorizar la glucemia.
- Vigilar la sensación de plenitud, náuseas o vómitos.

C.P. Herida por presión, sequedad nasal 2º a oxigenoterapia por cánulas nasales.

NIC: 3320 Oxigenoterapia

- Eliminar las secreciones bucales y/o nasales
- Preparar el equipo de oxígeno y administrar a través de un sistema calefactado y humidificado.
- Comprobar periódicamente el dispositivo de aporte de oxígeno para asegurar que se administra la concentración prescrita.
- Controlar la eficacia de la oxigenoterapia.
- Hidratar la zona nasal y de roce del dispositivo de oxigenoterapia.
- Aliviar la presión en la piel del dispositivo de oxigenoterapia.

*Estas actividades se han realizado en colaboración con el equipo de médicos de la unidad.

2.2.2.2 DIAGNÓSTICOS DE AUTONOMÍA

1. Alimentación: Suplencia parcial.

Objetivo: Facilitar una correcta alimentación.

Intervención: Ayuda para la alimentación.

Actividades:

❖ Poner algún elemento a modo de babero que evite las manchas en la ropa. ❖ Disponer la bandeja de comida cerca de la paciente. ❖ Comprobar la temperatura de la comida. ❖ Ayudar a comer. ❖ Ayudar a beber. ❖ Ayudar en la higiene bucal y de manos tras realizar la comida.
2. Eliminación: Suplencia parcial. Objetivo: Facilitar la eliminación urinaria y fecal. Intervención: Ayuda para la eliminación urinaria y fecal. Actividades: ❖ Cambiar el absorbente cuando precise. ❖ Facilitar la cuña. ❖ Realizar la higiene perineal después de la eliminación urinaria o fecal. ❖ Vigilar las características de la orina y las heces. ❖ Vigilar el patrón urinario e intestinal. ❖ Contabilizar la diuresis. ❖ Favorecer la intimidad.
3. Movilización y mantenimiento de una buena postura: Suplencia total. Objetivo: Facilitar la movilización corporal y conservar en todo momento una postura corporal adecuada y la fuerza y tono muscular. Intervención: Ayuda para la movilización y mantenimiento de una buena postura. Actividades: ❖ Hacer cambios posturales cada 2 horas excepto por la noche. ❖ Ayudarla a moverse en la cama. ❖ Levantarla al sillón cuando sea posible. ❖ Acompañarla en la deambulación cuando esta se dé.
4. Vestido y arreglo personal: Suplencia total. Objetivo: Procurar el uso adecuado de las prendas de vestir y de los objetos de arreglo personal. Intervención: Ayuda para vestido y arreglo personal. Actividades: ❖ Vestirla y desvestirla. ❖ Intentar que se sienta cómoda como con la ropa que lleva puesta. ❖ Adecuación de la ropa según la temperatura ambiental. ❖ Peinarla y procurar un buen aspecto personal.
5. Mantenimiento de una buena temperatura corporal: Suplencia total. Objetivo: Conservar la temperatura corporal dentro de los límites normales y confortables. Intervención: Ayuda para el mantenimiento de una buena temperatura corporal. Actividades: ❖ Vestirla con ropa adecuada según la temperatura corporal. ❖ Proporcionar mantas o ropa de abrigo cuando lo requiera. ❖ Usar medidas físicas en caso de fiebre.
6. Higiene y cuidado de la piel: Suplencia total.

Objetivo: Mantener en todo momento la piel, mucosas y faneras limpias y cuidadas.
Actividades:

- ❖ Realizar el aseo en la cama o en el baño destinado a quemados.
- ❖ Favorecer intimidad.
- ❖ Secar la piel.
- ❖ Hidratar la piel sana.
- ❖ Realizar las curas de las quemaduras y zonas de injerto.

7. Mantenimiento de la seguridad del entorno: Suplencia total.

Objetivo: Proteger de las lesiones accidentales.

Intervención: Ayuda para el mantenimiento de la seguridad del entorno.

Actividades:

- ❖ Vigilar la toma correcta de la medicación.
- ❖ Valorar las condiciones del domicilio para cuando tenga el alta.
- ❖ Informar sobre hábitos saludables.
- ❖ Informar sobre las quemaduras e injertos; tratamiento, pronóstico y posibles complicaciones.

*Estas actividades de suplencia se han realizado en colaboración con el personal auxiliar de enfermería según las necesidades de la paciente.

Diagnóstico diferencial

Cabe hacer explícito en este caso el proceso de razonamiento que se ha llevado a cabo en la fase diagnóstica.

En primer lugar, nos encontramos con dos diagnósticos posibles: Ansiedad, definida como una “Sensación vaga e intranquilizadora de malestar o amenaza acompañada de una respuesta autónoma (el origen de la cual con frecuencia es inespecífico o desconocido para la persona); sentimiento de aprensión causado por la anticipación de un peligro. Es una señal de alerta que advierte de un peligro inminente y permite a la persona tomar medidas para afrontar la amenaza.”; y Temor que se detalla como “Respuesta a la percepción de una amenaza que se reconoce conscientemente como un peligro”.

Bien es cierto, que la paciente muestra temor, tiene miedo al sentir próxima una amenaza, sin embargo este miedo no es identificable claramente. Es un miedo generalizado y además está acompañado de una respuesta autonómica como es la aprensión, el llanto o el nerviosismo, entre otras. Por tanto, se opta por el diagnóstico Ansiedad, ya que la definición y las características definitorias del mismo se aproximan claramente a la respuesta de la paciente.

En segundo lugar, otros dos diagnósticos se analizan. Por un lado valoramos el Riesgo de soledad, definido como “Riesgo de experimentar malestar asociado al deseo o necesidad de aumentar el contacto con los demás”, y por otro, el Aislamiento social cuya definición es “Soledad experimentada por la persona y percibida como impuesta por otros y como un estado negativo y amenazador”.

Valorando los sentimientos de soledad de la paciente, debido al protocolo de aislamiento de la unidad de quemados en la que se encuentra, se considera el aislamiento social el diagnóstico más apropiado. La paciente no sufre el riesgo de sentirse sola, de hecho ya siente la soledad y la necesidad de contacto cercano con sus seres queridos; en el caso de que existiera el diagnóstico Soledad, este sí podría ser una opción real diagnóstica, pero no el “Riesgo de soledad” porque ya está instaurada.

Además, este aislamiento es impuesto por la unidad hospitalaria, no es una conducta de la paciente. A esto se le añade el estado negativo y amenazador que sufre la paciente. Tras este razonamiento, el diagnóstico elegido es el de Aislamiento social.

Diagnóstico de independencia I

00146 Ansiedad r/c cambio en su salud, su rol, sus relaciones, su autoconcepto y su entorno m/p agitación, nerviosismo, aprensión, irritabilidad, temerosidad, dificultad para conciliar y mantener el sueño, náuseas y vómitos y expresión facial de tensión.

📖 DOMINIO: 9 Afrontamiento/Tolerancia al Estrés

📖 CLASE: 2 Respuestas de afrontamiento

📖 NECESIDAD: 9 Evitar peligros/seguridad

❖ Objetivo general:

En el plazo de 1 mes habrán reducido los niveles de ansiedad. (Periodo desde la valoración de la paciente, 27/02/15, hasta la finalización de mis prácticas 27/03/15)

❖ Objetivos específicos:

- ✓ En la primera semana la paciente aprenderá a reconocer los factores precipitantes de la ansiedad, sus fortalezas y red de soporte.
- ✓ En la segunda semana se anticipará a los factores precipitantes de la ansiedad expresando sus sentimientos y preocupaciones.
- ✓ En la tercera semana comenzará a ejercer un leve control de la ansiedad a través de técnicas de relajación y autocontrol del pensamiento.
- ✓ En la cuarta semana ejercerá un autocontrol sustancial de la ansiedad.

Resultados noc e indicadores/ evaluación

1211 Nivel de ansiedad

DOMINIO: 3 Salud psicosocial psicológico

CLASE: M Bienestar

Escala n: Grave / Sustancial / Moderado / Leve / Ninguno

Definición: Gravedad de la aprensión, tensión o inquietud manifestada surgida de una fuente no identificable

Tiempo previsto: Durante el ingreso

	Puntuación actual 27/02	Puntuación diana	16/03	25/03
121101 Desasosiego	1	4	3	4
121107 Tensión facial	1	4	2	3
121108 Irritabilidad	1	4	3	4
121129 Trastorno del sueño	2	4	2	3

121116 Aprensión verbalizada	1	4	3	3
------------------------------	---	---	---	---

1402 Autocontrol de la ansiedad DOMINIO: 3 Salud psicosocial CLASE: O Autocontrol Escala m: Nunca demostrado / Raramente demostrado / A veces demostrado / Frecuentemente demostrado / Siempre demostrado DEFINICIÓN: Acciones personales para eliminar o reducir sentimientos de aprensión, tensión o inquietud de una fuente no identificada. Tiempo previsto: Durante el ingreso				
	Puntuación actual 27/02	Puntuación diana	16/03	25/03
140205 Planea estrategias para superar situaciones estresantes	2	5	4	5
140207 Utiliza técnicas de relajación para reducir la ansiedad	2	5	4	5
140213 Refiere ausencia de distorsiones de la percepción sensitiva	1	4	1	2
140217 Controla la respuesta de ansiedad	1	5	3	4

Intervenciones nic y actividades
5230 Mejorar el afrontamiento - Ayudar al paciente a identificar los objetivos apropiados a corto y largo plazo. - Utilizar un enfoque sereno, tranquilizador. - Proporcionar un ambiente de aceptación. - Proporcionar información objetiva respecto del diagnóstico, tratamiento y pronóstico. - Valorar la comprensión del paciente del proceso de enfermedad - Proporcionar al paciente opciones realistas sobre ciertos aspectos de los cuidados. - Ayudar al paciente a identificar sistemas de apoyo disponibles.
6040Terapia de relajación - Crear un ambiente tranquilo, sin interrupciones, con luces suaves y una temperatura agradable. -Sugerir a la persona que adopte una posición cómoda sin ropas restrictivas y con los ojos cerrados. -Practicar la técnica de relajación con el paciente con un tono de voz suave, diciendo las palabras lenta y rítmicamente. -Anticiparse a la necesidad del uso de la relajación.

- Dejar al paciente un tiempo sin molestarle, ya que puede quedarse dormido.
- Evaluar y registrar la respuesta a la terapia de relajación.

5820 Disminución de la ansiedad

- Explicar todos los procedimientos, incluidas las posibles sensaciones que se han de experimentar durante el procedimiento.
- Animar la manifestación de sentimientos, percepciones y miedos
- Ayudar al paciente a identificar las situaciones que precipitan la ansiedad.
- Crear un ambiente que facilite la confianza

1450 Manejo de las náuseas

- Animar al paciente a aprender estrategias para controlar las náuseas.
- Controlar los factores ambientales que puedan evocar náuseas (p. ej., malos olores, sonido y -estimulación visual desagradable)
- Administrar medicación antiemética, si fuera necesario.
- Animar a que se ingieran pequeñas cantidades de comida que sean atractivas para la persona con náuseas.

Ejecución

Los objetivos marcados se han llevado a cabo a través de las intervenciones y actividades citadas anteriormente. Las intervenciones “Mejorar el afrontamiento”, y “Disminución de la ansiedad”, se han organizado en sesiones de 45 minutos en días alternos. Estas se han enfocado según la Terapia-Gestalt o diálogo psicológico en el hospital. Esta terapia tiene un abordaje más completo y específico del paciente hospitalizado, que el diálogo terapéutico convencional. Se ha contado con la colaboración del equipo de enfermería psiquiátrica del hospital.

La intervención “Terapia de relajación”, se ha realizado a demanda de la paciente, ya que ésta es psicóloga y sabía identificar la necesidad de esta intervención. Ella misma aportó los documentos e instrucciones de las diferentes terapias de relajación practicadas.

Por último, la intervención “Manejo de las náuseas”, se ha llevado a cabo a diario, al menos una vez al día, antes, durante y después de los horarios de comida.

Evaluación

La evaluación de las intervenciones enfermeras ha sido positiva consiguiendo los resultados esperados. Se ha especificado en el mismo apartado que los resultados de enfermería NOC para una mayor claridad y entendimiento para el lector.

DIAGNÓSTICO DE INDEPENDENCIA II

00053 Aislamiento social r/c el protocolo de aislamiento de la unidad hospitalaria m/p incapacidad de mantener relaciones personales satisfactorias.

 DOMINIO: 12 Confort

📖 CLASE: 3 Confort social
 📖 NECESIDAD: 10 Comunicación

❖ Objetivo general:

En el plazo de 1 mes mantendrá relaciones personales satisfactorias.(Periodo desde la valoración de la paciente, 27/02/15, hasta la finalización de mis prácticas 27/03/15)

❖ Objetivos específicos:

- ✓ En los primeros 15 días la paciente referirá su red de apoyo expresando sus debilidades y fortalezas, así como expresará sus preocupaciones relacionadas con el aislamiento.
- ✓ En los siguientes 15 días la paciente tendrá habilidades para desarrollar relaciones sociales satisfactorias a pesar de las limitaciones inherentes a su situación.

RESULTADOS NOC E INDICADORES/ EVALUACIÓN

1203 Severidad de la soledad

DOMINIO: 3 Salud psicosocial
 psicológico

CLASE: M Bienestar

Escala n: Grave / Sustancial / Moderado / Leve / Ninguno

DEFINICIÓN: Gravedad de los signos y síntomas emocionales, sociales o existenciales de aislamiento.

Tiempo previsto: Durante el ingreso

	Puntuación actual 27/02	Puntuación diana	16/03	25/03
120307 Sensación de aislamiento social	1	4	2	3
120310 Sensación de que el tiempo parece eterno	1	4	2	3
120304 Sensación de desesperanza	1	4	3	4
120315 Fluctuaciones en el estado de ánimo	1	4	2	3

1504 Soporte social

DOMINIO: 3 Salud psicosocial

CLASE: P Interacción social

Escala f: Inadecuado / Ligeramente adecuado / Moderadamente adecuado / Sustancialmente adecuado / Completamente adecuado

DEFINICIÓN: Ayuda fiable de los demás.

Tiempo previsto: Durante el ingreso

	Puntuación actual 27/02	Puntuación diana	16/03	25/03

150402 Refiere dedicación de tiempo de otras personas	4	5	4	5
150405 Refiere ayuda emocional proporcionada por otras personas	4	5	4	5
150409 Refiere una red social de ayuda	4	5	4	5

Intervenciones nic y actividades

7560 Facilitar las visitas

- Fomentar el uso de teléfonos para mantener el contacto con los seres queridos.
- Animar a los miembros de la familia a utilizar el contacto físico así como las comunicaciones verbales.
- Determinar la necesidad de favorecer las visitas de familiares y amigos.
- Explicar el fundamento de la limitación del tiempo de visitas.
- Ser flexibles con el protocolo de visitas.
- Evaluar la respuesta del paciente a las visitas de la familia.
- Proporcionar apoyo y aprecio a los miembros de la familia después de la visita, si es necesario.

5340 Presencia

- Comunicar oralmente empatía o comprensión por la experiencia que está pasando el paciente.
- Establecer una relación de confianza.
- Escuchar las preocupaciones del paciente.
- Establecer contacto físico con el paciente.
- Permanecer con el paciente para fomentar su seguridad y disminuir sus miedos.
- Mostrar disponibilidad, pero sin reforzar conductas dependientes.

Ejecución

Los objetivos marcados se han llevado a cabo a través de las intervenciones y actividades citadas anteriormente. La intervención, “Facilitar las visitas” se ha llevado a cabo en diferentes momentos puntuales, a demanda de las necesidades de la paciente. Así, por ejemplo se alteró el protocolo de visitas debido a los requerimientos psicológicos de ella. Sin embargo, también se han realizado sesiones de seguimiento del aislamiento dos veces por semana. Estas han sido a través del diálogo terapéutico convencional con la paciente y su familia y amigos.

La intervención “Presencia”, se ha realizado de manera diaria y constante sin planeamiento de sesiones. Se ha decidido esta postura ya que esta intervención lleva intrínseca la continuidad y disponibilidad de la actuación enfermera.

Evaluación

La evaluación de las intervenciones enfermeras ha sido positiva consiguiendo los resultados esperados. Se ha especificado en el mismo apartado que los resultados de enfermería NOC para una mayor claridad y entendimiento para el lector.

2.3 USO DE LA CLASIFICACIÓN INTERNACIONAL PARA LA PRÁCTICA DE ENFERMERÍA (CIPE®)

FECHA	DIAGNÓSTICO DE ENFERMERÍA	RESULTADO DE ENFERMERÍA	ACTITUD TERAPEÚTICA	INTERVENCIONES DE ENFERMERÍA	EVALUACIÓN
27/02/15	Autocuidado alimentarse: dependiente en grado moderado		Intubación nasogástrica	-Posicionar a la persona antes de la comida(9h; 13h; 16h; 20h; 12h) - Valorar y monitorizar el contenido gastrico (9h; 11h; 13h; 16h; 19h; 22h) -Alimentar a la persona a través de SNG (9h; 20h) -Ayudar y animar a la persona para que se alimente (9h; 13h; 16h; 20h; 12h) -Ofrecer una dieta personalizada -Supervisar una correcta alimentación (9h; 13h; 16h; 20h; 12h)	9h: La paciente tolera la nutrición enteral. No presenta residuo gástrico. Ha desayunado apenas un zumo por falta de apetito. 13h: La paciente continúa tolerando la nutrición enteral. Recibe una dieta personalizada de la que solo toma el primer plato (crema de verduras), por referir falta de apetito y náuseas.
27/02/15	Autocuidado beber: dependiente en grado moderado		Intubación nasogástrica	-Planear ingestión de líquidos (cerca de 1000cc de agua/turno) (8h-20h/20h-8h) -Incentivar y supervisar la ingestión de líquidos (8h-20h/20h-8h) -Hidratar a la persona a través de SNG, si precisa. (8h-20h/20h-8h)	8h-15h: Durante la mañana la paciente se ha hidratado con 500 cc de agua por vía oral.
27/02/15	Autocuidado uso del sanitario: dependiente en grado moderado Eliminación vesical Eliminación intestinal		Monitorizar y vigilar la diuresis Monitorizar y vigilar la eliminación intestinal	-Facilitar la cuña cuando precise. -Acompañar al wc. -Asegurar la intimidad de la persona. -Monitorizar el debito urinario (8h-20h/20h-8h) -Vigilar la eliminación vesical (8h-20h/20h-8h) -Monitorizar la eliminación intestinal (8h-20h/20h-8h) -Vigilar la eliminación intestinal (10h)	8h-15h: La paciente ha orinado 400cc de orina color amarillo ámbar en la cuña. 8h-15h: No ha presentado ninguna deposición a pesar de haber administrado tratamiento protocolario preventivo de estreñimiento.

27/02/15	Autocuidado higiene: dependiente en grado elevado			-Bañar en bañera especial para quemados (10h) -Peinar (10h) -Lavar la boca (10h) -Cortar las uñas (8h-20h/20h-8h)	10h: El baño ha sido dado con clorhexidina al 0,5%. Muy quejosa, ansiosa y llorando. Sin embargo ha colaborado.
27/02/15	Autocuidado vestuario: dependiente en grado elevado			-Desvestir y vestir ropa limpia (10h) -Optimizar el vestuario (8h-20h/20h-8h)	10h: Vestido camisón limpio. Apenas ha colaborado en la acción.
27/02/15	Autocuidado posicionarse: dependiente en grado elevado			-Posicionar a la persona (8h-20h/20h-8h)	11h: la paciente ha sido posicionada quedando en decubito supino 13h: Ha vuelto a ser posicionada en posición Fowler alto.
27/02/15	Autocuidado mantenimiento de la temperatura: dependiente en grado elevado			-Optimizar la ropa de cama según la temperatura de la persona (8h-20h/20h-8h) -Optimizar la temperatura ambiente (8h-20h/20h-8h)	11h: Se ha dejado la mínima ropa de cama por presentarse subfebril.
27/02/15	Ansiedad real	Ansiedad mejorada	Tratamiento farmacológico	(8h-20h/20h-8h) -Ayudar al paciente a identificar los objetivos apropiados a corto y largo plazo. -Utilizar un enfoque sereno, tranquilizador. -Proporcionar un ambiente de aceptación. -Proporcionar información objetiva respecto del diagnóstico, tratamiento y pronóstico. -Valorar la comprensión del paciente del proceso de enfermedad. -Ayudar al paciente a identificar sistemas de apoyo disponibles. -Realizar terapia de relajación, si procede. -Animar la manifestación de sentimientos, percepciones y miedos -Ayudar al paciente a identificar las	11.30h: La paciente se encuentra muy nerviosa. Lloro después del baño. Se proporciona información tranquilizadora acerca de su evolución y seguidamente se realiza terapia de relación con efecto muy positivo.

				situaciones que precipitan la ansiedad.	
27/02/15	Aislamiento social actual	Aislamiento social disminuido		(8h-20h/20h-8h) -Fomentar el uso de teléfonos para mantener el contacto con los seres queridos. -Determinar la necesidad de favorecer las visitas de familiares y amigos. -Explicar el fundamento de la limitación del tiempo de visitas. -Ser flexibles con el protocolo de visitas. -Evaluar la respuesta del paciente a las visitas de la familia. -Proporcionar apoyo y aprecio a los miembros de la familia después de la visita, si es necesario. -Comunicar oralmente empatía o comprensión por la experiencia que está pasando el paciente. -Escuchar las preocupaciones del paciente. -Establecer contacto físico con el paciente. -Permanecer con el paciente para fomentar su seguridad y disminuir sus miedos. -Mostrar disponibilidad, pero sin reforzar conductas dependientes.	8h-15h: La paciente requiere en todo momento nuestra presencia y conversación. Necesita el apoyo de su familia por lo que se decide ser más flexibles con el protocolo de visitas, dejando entrar a un familiar durante toda la tarde.
27/02/15	Nauseas presentes	Nauseas ausentes	Tratamiento farmacológico	(8h-20h/20h-8h) -Animar al paciente a aprender estrategias para controlar las náuseas. -Controlar los factores ambientales que puedan evocar náuseas (p. ej., malos olores, sonido y estimulación visual desagradable) -Administrar medicación antiemética, si fuera necesario.	9h: Náuseas relacionados con el desayuno y la toma de medicación oral. Se llevan a cabo estrategias para su control con efectividad media. 13h: Aparecen de nuevo las náuseas relacionadas igualmente con la alimentación. Se anima a comer pequeñas cantidades de fruta.

				-Animar a que se ingieran pequeñas cantidades de comida que sean atractivas para la persona con náuseas.	
27/02/15	Dolor grave	Dolor nulo	Tratamiento farmacológico	(8h-20h/20h-8h) -Realizar una valoración exhaustiva del dolor que incluya la localización, características, aparición/duración, frecuencia, calidad, intensidad o severidad del dolor y factores desencadenantes. -Ayudarse de escalas analógicas para realizar la valoración. -Administrar medicación analgésica prescrita y valorar su eficacia. - Observar claves no verbales de molestias. -Seleccionar y desarrollar aquellas medidas no farmacológicas e interpersonales que faciliten el alivio del dolor, como masajes o técnicas de relajación. -Instaurar y modificar las medidas de control del dolor.	10h: Con una puntuación de 9 en la escala numérica del dolor. Constante, generalizado, con periodos punzantes. Realizada terapia de control del dolor a través de la respiración con resultado satisfactorio. 14h: Puntuación de 8 en la escala numérica del dolor. Dolor persistente a pesar de las medidas tanto farmacológicas como no, tomadas.
27/02/15	Quemadura de 2º y 3º grado	Quemadura progresante	Tratamiento farmacológico	10h: -Valorar la herida para determinar el tipo de cura. -Limpiar la herida con agua y clorhexidina jabonosa al 5% -Curar la herida con apósitos oclusivos estériles. -Informar al paciente del procedimiento que se va a seguir para curar la herida. -Retirar el vendaje/apósito exterior cortándolo y mojándolo con solución salina o agua. -Utilizar medidas de aislamiento físico	10h: Limpieza y cura de las quemaduras. Evolución favorable en general de las quemaduras, aunque algunas presentan puntos sangrantes que han tenido que ser cauterizados. Cura mal tolerada por la paciente.

				para prevenir la infección (p. ej., mascarilla, bata, guantes estériles, gorro y calzas) (8h-20h/20h-8h) -Curar la zona donante de autoinjertos cutáneos con apósito hidrocoloide y tules grasos, posteriormente vendados. -Inspeccionar diariamente el apósito. -Controlar si hay signos de infección (p.ej.; fiebre, dolor) y otras complicaciones postoperatorias. -Mantener limpia y libre de presión la zona donante. (8h-20h/20h-8h) -Evitar fricción y el cizallamiento en la zona del injerto. (8h-20h/20h-8h) -Curar el injerto con apósitos oclusivos estériles. -Limitar la actividad del paciente a un reposo en cama hasta que el injerto se adhiera. (8h-20h/20h-8h) -Examinar diariamente los apósitos. (8h-20h/20h-8h) -Monitorizar el color, la temperatura, el llenado capilar y la turgencia del injerto. (8h-20h/20h-8h) -Controlar si hay signos de infección (p.ej.; fiebre, dolor) y otras complicaciones postoperatorias. (8h-20h/20h-8h) -Incorporar medidas para evitar el desarrollo de neumonía, embolia pulmonar y úlceras por presión durante el período de inmovilización. (8h-20h/20h-8h)	
--	--	--	--	---	--

FECHA	ACTITUD TERAPEÚTICA	INTERVENCIONES DE ENFERMERÍA	EVALUACIÓN
27/02/15	Vigilancia de signos vitales	-Monitorizar y vigilar la TA (10h-14h-18h-22h-2h-6h) -Monitorizar y vigilar la FC(10h-14h-18h-22h-2h-6h) - Monitorizar y vigilar la temperatura(10h-14h-18h-22h-2h-6h) -Monitorizar y vigilar la FR (10h-14h-18h-22h-2h-6h) - Monitorizar y vigilar el dolor (10h-14h-18h-22h-2h-6h)	8h-15h: 10h: TA - 109/63 mmHg, normotensa FC- 130 lpm, taquicardica Tª -37°C, subfebril FR -14 rpm, eupneica Dolor -9 Escala numérica del dolor 14h: TA - 111/59 mmHg, normotensa FC- 112 lpm, taquicardica Tª -36,8°C, apirética FR -15 rpm, eupneica Dolor -8 Escala numérica del dolor
27/02/15	Cateterismo venoso periférico y central	-Optimizar el catéter (8h-20h/20h-8h) -Vigiar signos inflamatorios en el sitio de punción (8h-20h/20h-8h) -Mantener el catéter permeable (8h-20h/20h-8h) - Trocar cateter venoso periférico (8h-20h/20h-8h)	8h-15h: La paciente presenta 2 CVP en ambos MMSS. Optimizados, permeables y sin signos inflamatorios.
27/02/15	Intubación nasogástrica	-Optimizar la sonda nasogastrica (8h-20h/20h-8h) -Cambiar la sonda nasogastrica (25 de Marzo) -Garantizar la permeabilidad de la sonda nasogastrica (8h-20h/20h-8h) -Garantizar la fijación de la sonda nasogastrica (8h-20h/20h-8h)	8h-15h: Sonda nasogástrica funcionante, fijada correctamente en la narina derecha.

27/02/15	Oxigenoterapia	-Optimizar dispositivo de oxigenoterapia (8h-20h/20h-8h) -Monitorizar SpO2 (10h-14h-18h-22h-2h-6h) -Vigiar Oxigenoterapia (8h-20h/20h-8h)	8h-15h: La paciente presenta O ₂ a 3 l/min por cánulas nasales. 10h: SpO ₂ : 100% 14h: SpO ₂ : 100%
27/02/15	Tratamiento farmacológico	(8h-20h/20h-8h) -Comprobar alergias -Administrar medicación prescrita - Valorar necesidad de administrar medicación de rescate -Vigilar la aparición de posibles efectos adversos -Valorar la eficacia de la medicación	9h: Medicación prescrita administrada con mala tolerancia por parte de la paciente. Efectividad media. 10h: Administrada preanalgesia de la cura con efectividad 12h: Administrada medicación prescrita.

Discusión y conclusión

Una vez descritos los dos planes de cuidados, se observa que a través de ambos, siguiendo taxonomías vigentes que facilitan, organizan y sistematizan el proceso de enfermería, se pueden alcanzar los resultados previstos.

Coincidiendo con la opinión de Rivera⁷, ambas clasificaciones ayudan a formar un marco único de referencia, con una terminología en común, que facilita al enfermero organizar los datos e identificar problemas, reales o potenciales, para los cuales formula sus intervenciones. Todo ello promueve la eficacia de los cuidados y delimita responsabilidades. A nivel de gestión, determina la sistematización y organización de los recursos (humanos y materiales) y por último, favorecen la profesionalización de la actividad enfermera, ayudando a la enfermería a independizarse como ciencia.

Si bien, tras haber experimentado la realización de un plan de cuidados de una paciente gran quemada según dos clasificaciones enfermeras diferentes, se han observado las ventajas e inconvenientes de cada una.

La principal ventaja que supone la CIPE®, como expone Ferreira², es, su construcción combinatoria de los diagnósticos, intervenciones y resultados, a través de los términos que componen sus ejes multiaxiales. De esta manera precisa únicamente de una taxonomía para formular todos ellos; mientras que NANDA-I-NOC-NIC son tres taxonomías diferentes y estáticas. Estas tres taxonomías son utilizadas de formas independientes, o conjuntamente. Pero, concordando con Rivera⁷, el hecho de que estas tres taxonomías se hayan elaborado de forma independiente y partiendo de criterios de clasificación distintos, supone que su utilización conjunta obligue a la interrelación, evidenciando la existencia de lenguajes diferentes y cierta falta de armonización, lo que puede dificultar su uso a los profesionales con poca formación en metodología enfermera.

La Clasificación Internacional para la Práctica de Enfermería, muestra una menor complejidad en el manejo de la taxonomía por su mayor simplicidad terminológica. Esto conlleva la facilidad en el proceso de elección de los diagnósticos y resultados de enfermería. Por tanto, es fácil su aplicación a la práctica clínica diaria. Sin embargo, “en la interrelación NANDA-I-NOC-NIC, aplicar los diagnósticos se hace complejo ya que algunos son muy parecidos y exigen un diagnóstico diferencial que demora todo el proceso”⁷. Así, la aplicación en la práctica, se hace dificultosa.

Aunque cada una de estas cuatro taxonomías esté organizada en 7 ejes o dominios, los dominios de NANDA-I-NOC-NIC no coinciden en su totalidad entre ellos ni con los de CIPE®. Sin embargo, en NANDA-I-NOC-NIC se subdividen en más niveles de abstracción dándole forma y base teórica a la taxonomía. Por el contrario, la CIPE®, no subdivide sus ejes, careciendo así de sustento teórico y dejando muchos aspectos a la interpretación del profesional de enfermería.

En la misma línea de libre interpretación y ejecución se encuentran las intervenciones de enfermería en la CIPE®. Mientras que en la NIC éstas están codificadas, definidas y siguen un orden, en la CIPE® las intervenciones quedan a la propia elaboración del enfermero sin haber distinción entre intervención y actividad enfermera.

Además, la interrelación NANDA-I-NOC-NIC expone una mejor evaluación del plan de cuidados enfermeros. Mientras en esta interrelación se evalúa a través de una escala tipo Likert de cinco puntos, en la CIPE® se evalúa mediante el criterio personal del enfermero; quien decide mantener o dar por concluido cada diagnóstico enfermero.

Es importante destacar, que la interrelación NANDA-I-NOC-NIC es una clasificación de enfermería más extendida y divulgada internacionalmente que la CIPE®, que se encuentra actualmente en práctica en un número menor de países que la anterior. Esto

conlleve la falta de publicaciones e investigaciones realizadas en torno a la CIPE®, en comparación con la interrelación NANDA-I-NOC-NIC, lo que ha dificultado en gran medida la realización de este Trabajo Fin de Grado.

Para concluir, la facilidad percibida de aplicación de la CIPE® en la práctica clínica diaria se confirma, pero ésta está relacionada directamente con una carencia en su base teórica. La comodidad de su uso está apoyada por un buen sistema de software, que facilita y clarifica los cuidados enfermeros, además de la excelente formación de los profesionales acerca de este. Por el contrario, las tres taxonomías NANDA-I, NOC y NIC tienen un amplio sustento que define sus diferentes funciones. Al mismo tiempo, esta profundidad teórica, junto con un sistema de software de difícil uso y diseño, con multitud de requisitos para cumplimentar, acompañado de una falta de formación de los profesionales tanto en el sistema informático como en metodología enfermera, hacen que sea una herramienta de carga y no de ayuda, máxime en estos periodos de crisis, donde la ratio enfermera paciente es muy inferior a los niveles recomendados.

Esta disparidad teórica y de aplicabilidad entre taxonomías pone de manifiesto la necesidad de trabajar en la unificación de las mismas. A pesar de la dificultad y los recursos que esto supone, “el proceso de nombrar los fenómenos clínicos (diagnósticos, intervenciones y resultados de enfermería) permite el avance de la profesión como una disciplina y una ciencia a través de la investigación y el desarrollo del conocimiento”⁸.

En esta línea nació el Lenguaje Enfermero Estandarizado o SNLs (Standardized Nursing Languages), “cuyo objetivo es nombrar los fenómenos de enfermería para que a nivel local, nacional, e internacional, los enfermeros tengan acceso a las etiquetas, definiciones, y descripciones de los fenómenos clínicos y así permita la comunicación con los pacientes y otros”⁸. De acuerdo con Jones, con el uso internacional y estable de los SNLs se podrían desarrollar estudios sobre los fenómenos que llevan a investigaciones basadas en la evidencia y así alcanzar mejoras en la calidad, seguridad y eficiencia de los cuidados enfermeros. Compartiendo la opinión de Rutherford⁹, el objetivo final debería ser el desarrollo de un único lenguaje estandarizado para todos los enfermeros, consiguiendo así, un gran avance que identifique la contribución enfermera en los resultados en salud de la población.

Consideraciones éticas

Se han garantizado las cuestiones éticas mediante el empleo de un seudónimo o similar para ocultar la identidad del paciente y los lugares en los que se desarrolla el caso.

Bibliografía

1. Ribeiro García T., Lima de Nóbrega MM. Processo de Enfermagem: da teoria à prática assistencial e de pesquisa. Esc Anna Nery Rev Enferm. 2009. Jan-mar; 13(1): 188-193.
2. Ferreira da Mata LR., Chaves de Souza C., Couto Machado Chianca T., Campos de Carvalho E. Creating diagnoses and interventions under the auspices of different nursing classification systems. Rev Esc Enferm USP. 2012. 46(6): 1511-7
3. Luis Rodrigo MT, Fernández Ferrín C, Navarro Gómez MV. De la teoría a la práctica; el pensamiento de Virginia Henderson en el siglo XXI. Barcelona: Masson; 2005.
4. Ribeiro García T., Lima de Nóbrega MM. Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem: inserção brasileira no projeto do Conselho Internacional de Enfermeiras. Acta Paul Enferm. 2009. (Especial 70 Anos):875-9.
5. Regina Cubas M., Gonzálex Martínez Denipote A., Malucelli A., Lima de Nóbrega MM. La norma ISO 18.104:2003 como modelo integrador de terminologías de enfermería. Rev Latino-Am. Enfermagem jul.-ago. 2010; 18(4).

6. Baltà Domínguez L., Valls Colomé MM. Actualizaciones en Medicina de Familia: Quemaduras. [Internet]. Barcelona. 2011; 7(10):584-590. [Consultado 14 Mar 2015]. Disponible en: http://amf-semfyc.com/web/article_ver.php?id=910.
7. Rivera Romero V., Pastoriza Galán P., Díaz Perianez C., Hilario Huapaya N. Revisión crítica de la taxonomía enfermera Nanda Internacional 2009-2011. Rev Recien. 2013. Mayo No.6.
8. Jones D., Lunney M., Keenan G., Moorhead S. Standardized Nursing Languages; Essential for the Nursing Workforce. Annual Review of Nursing Research. Springer Publishing Company, 2011. Chapter 10, p. 253-294.
9. Rutherford M. Standardized Nursing Language: What Does It Mean for Nursing Practice? OJIN: The Online Journal of Issues in Nursing. Jan, 2008. Vol. 13 No. 1.
10. Luis Rodrigo MT. Los diagnósticos enfermeros; Revisión crítica y guía práctica. 8ª Edición. Barcelona: Elsevier Masson; 2008.
11. nnnconsult.com. [Internet]. Reed Elsevier. Disponible en: <http://0-www.nnnconsult.com.fama.us.es/>
12. nursing.uiowa.edu. [Internet]. Iowa city. Disponible en: <http://www.nursing.uiowa.edu/center-for-nursing-classification-and-clinical-effectiveness>.
13. Dahl O., Wickman M., Wengström Y. Adapting to Life After Burn Injury-Reflections on Care. J Burn Care Res 2012; 33: 595–605).
14. Rocha B, Rocha A. Adopting Standards in Nursing Health Record- A Case Study in a Portuguese Hospital. Advances in Information Systems and Technologies, 2013. AISC 206, p. 237–247.
15. Fidalgo Pamplona, M.P., Laplana Miguel, O., Alcázar Gabás, M. Ansiedad percibida por los pacientes hospitalizados por quemaduras, en una Unidad de Quemados. Cir Plás Ibe-Latinoame. 2014 Vol. 40; Nº 2: p. 259-269.
16. Vieira Alves da Silva AM., Henriques de Jesus E., Quintas Malato DM., Olho Azul do Rosario JM., Miranda Pereira MA., Gomes Pinto RA et al. Classificação Internacional para a prática de Enfermagem. Orden dos enfermeiros. Versão 2. Fev 2011.
17. Bezerra Clares JW., Célia de Freitas M., Cavalcante Guedes MV., Lima da Nóbrega MM. Construção de subconjuntos terminológicos: contribuições à prática clínica do enfermeiro. Rev Esc Enferm USP, 2013; 47(4):965-70.
18. Koljonen V., Laitila M., Rissanen AM., Sintonen H., Roine RP. Treatment of Patients With Severe Burns-Costs and Health-Related Quality of Life Outcome. J Burn Care Res. Nov-dic 2013. Vol.34, Nº6: p. 318-325.
19. Callejas Herrero A., Cuadrado Rodríguez C., Peña Lorenzo A., Díez Sanz MJ. Cuidados psicosociales en el paciente gran quemado. Rev Rol Enferm. 2014; 37(2): 131-136.
20. Gonçalves N., Echevarría-Guanilo MN., de Loureiro de Carvalho F., Inocenti Miasso A., Aparecida Rossi L. Fatores biopsicossociais que interferem na reabilitação de vítimas de queimaduras: revisão integrativa da literatura. Rev. Latino-Am. Enfermagem. Maio-jun 2011; 19(3): p. 1-9.
21. Koljonen V., Laitila M., Sintonen H., Roine RP. Health-related quality of life of hospitalized patients with burns-Comparison with general population and a 2-year follow-up. J Burn Care Res. 2012; Vol.39, p. 451-457.
22. Vieira Alves da Silva AM., Henriques de Jesus E., de Matos Pereira SC. Linhas de Orientação para a Elaboração de Catálogos CIPE®. Orden dos enfermeiros. Jun 2009.
23. Bezerra Clares JW., Célia de Freitas M., Cavalcante Guedes MV. Percurso metodológico para elaboração de subconjuntos terminológicos CIPE®: revisão integrativa. Rev Esc Enferm USP, 2014; 48(6):1119-26.
24. Ribeiro García T., Lima de Nóbrega MM. Perspectivas de incorporação da Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem (CIPE®) no Brasil. Rev Bras Enferm, 2005; mar-abr; 58(2): p. 227-30
25. Nanda.org. [Internet]. Kaukana, WI. Disponible en: <http://www.nanda.org/>