

**IX Premios CECOVA
de Investigación en Enfermería de
la Comunidad Valenciana**

Edita: Consejo de Enfermería de la Comunidad Valenciana (CECOVA)
Imprime: Imprenta Senen
I.S.B.N.: 978-84-695-9821-4

ÍNDICE

PRIMER PREMIO

“Los valores del cuidado enfermero” 5

SEGUNDO PREMIO

“Priorización de diagnóstico (nanda), intervenciones (nic)
y actividades enfermeras en el sistema informático de
gestión de cuidados Orión” 43

TERCER PREMIO

“Trastorno por déficit de atención con hiperactividad:
importancia de una detección precoz desde atención
primaria” 75

PRIMER PREMIO
IX PREMIO CECOVA

“LOS VALORES DEL CUIDADO ENFERMERO”

D^a María Gracia Ruiz Navarro
D. Antonio Ruiz Hontangas
D. Vicente Ferrandis Campos
D^a Ángela Garrido Bartolomé
D^a Josefina Cotino Cortés
D^a María Dolores Gavilá Sebastián



ÍNDICE

1- INTRODUCCIÓN	9
1.1- Justificación del tema a estudio	9
1.2- Incursión etimológica	10
1.3- Factores que influyen en la deshumanización del cuidado	12
1.4- La humanización de la asistencia sanitaria.....	14
1.5- La ética del cuidado	16
1.6- Contexto normativo	18
2- HIPÓTESIS	21
3- OBJETIVOS	21
4- METODOLOGÍA.....	22
5- RESULTADOS	23
6- DISCUSIÓN.....	26
7- CONCLUSIONES.....	26
8- ANEXO 1	28
9- ANEXO 2	39
10- BIBLIOGRAFÍA	41



INTRODUCCIÓN

1.1- Justificación del tema de estudio.

Los avances científicos, tecnológicos y farmacéuticos, entre otros, están propiciando el alejamiento cada vez mayor de lo que conocemos como humanización de los cuidados. La distancia entre los que piensan que los valores humanos y la legislación son los únicos que pueden regular el avance de la ciencia y los que están convencidos de que la evolución de la humanidad, la biotecnología y la ciencia deben apoyarse en restricciones, pensando en la naturaleza de la raza humana, en el poder de la mente sobre la estructura y los procesos biológicos, en la supremacía de la inteligencia sobre la moral, se ha ido profundizando cada vez más.

La bioética, a partir de los principios universalmente aceptados de autonomía, beneficencia, no maleficencia y justicia, puede resolver los conflictos de interés que se generan entre los profesionales de la salud y los pacientes, relación que, si bien antes era individualizada, se ha convertido en una relación en la que intervienen diversos agentes, tales como organizaciones sanitarias, la sociedad representada por la familia, las compañías aseguradoras privadas, las administraciones públicas e incluso los tribunales de justicia.

Por otra parte, el derecho se ocupa de la regulación jurídica de la atención sanitaria, estableciendo los derechos y deberes de los pacientes, los profesionales y demás agentes que intervienen en la prestación de servicios sanitarios.

Así pues, tanto la ética como el derecho son dos puntos que en la mayoría de ocasiones no se pueden perder de vista. La aplicación de los principios éticos partiendo de un respeto escrupuloso, así como del respeto, también escrupuloso de los derechos de los pacientes, deben ser guías de actuación en el ámbito de los hospitales y centros de salud. Los gestores deben incorporar obligatoriamente el componente bioético en la toma de decisiones que deben guiar el ejercicio de la actividad sanitaria, es lo que algunos autores han venido a denominar la “ética de las profesiones sanitarias”.

Paralelamente, y propiciado por el ya mencionado potencial adquirido por el paradigma tecno estructural en el que se desenvuelve la atención sanitaria de nuestro tiempo, adquiere protagonismo la conocida Dirección por Valores, la cual aporta calidez a un entorno de competitividad creciente, que exige altos niveles de rendimiento, confianza, compromiso y creatividad por parte de todas las personas que componen las organizaciones sanitarias.

La doctora Jean Watson, autora de la “Teoría del Cuidado Humano”, sostiene que “ante el riesgo de deshumanización en el cuidado del paciente, a causa de la gran reestructuración administrativa de la mayoría de los sistemas de

cuidado de salud en el mundo, se hace necesario el rescate del aspecto humano, espiritual y transpersonal en la práctica clínica, administrativa, educativa y de investigación por parte de los profesionales de enfermería.”¹

La Dirección por Valores cobra sentido pleno cuando es necesario compartir conocimientos y generar creatividad para sobrevivir y prosperar. Destaca como elementos fundamentales el equilibrio entre la salud económica, la salud emocional y la salud ética de la empresa, que posibilita la humanización de las organizaciones, potenciando la legitimación, cohesión y credibilidad del equipo directivo ante sí mismos, ante los trabajadores y ante el conjunto de la sociedad. Permite impulsar dinámicas de revitalización cultural y entender el fenómeno de cambio como una oportunidad de desarrollo personal y profesional.

En este contexto, las Direcciones de Enfermería deben diseñar estrategias y acciones desde la implicación y el compromiso con un liderazgo activo que consiga el desarrollo, y la participación de todas las personas (equipo de cuidados), para rediseñar un modelo de gestión de cuidados por valores (GCV) que nos oriente a la mejora de:

- La gestión de los valores del cuidado enfermero.
- La gestión del conocimiento enfermero compartido y comunicado con los profesionales del equipo de cuidados.
- El compromiso con el respeto a los valores y creencias de la persona, en la toma de decisiones sobre el cuidado de su vida y su salud, y a la atención al estado de vulnerabilidad de la persona que requiere cuidados enfermeros.

Toda la atención de enfermería debe tener una visión holística e integral, es decir, orientada al respeto y la autonomía de la persona; es así como la atención de enfermería se convierte en el contexto propicio para la generación de actitudes, comportamientos y valores que le dan sentido y razones para convertirse en el auténtico motor de cambio hacia la Dirección por Valores.

1.2- Incursión etimológica: valores y cuidado.

Los *valores* son elaboraciones mentales que facilitan la identificación y expresión de las cualidades propias de los seres humanos, convirtiéndose así en motores de la conducta, de la persona y los colectivos. Autores como Jean Ladriere² establece que los valores constituyen el elemento regulador y unificador de las normas, que poseen una función estabilizadora de la estructura social y posibilitan la adaptación de los medios a los fines y la integración entre las personas. La mayoría de los autores utilizan en término valor para describir

las creencias, las actitudes, las motivaciones, los objetivos elegidos libremente después de una reflexión y que conllevan una conducta determinada.

En sentido humanista, se entiende por valor a lo que hace que un hombre sea tal, sin lo cual perdería su humanidad o parte de ella. El valor se refiere a una excelencia o perfección. La práctica del valor desarrolla la humanidad de la persona, mientras que el contravalor la despoja de esa cualidad.

Desde el punto de vista socioeducativo, los valores son considerados referentes, pautas o abstracciones que orientan el comportamiento humano hacia la transformación social y la realización de la persona. Son guías que dan determinada orientación a la conducta de la vida de cada individuo y cada grupo social.

Es habitual que en cada ámbito social se privilegien unos valores de acuerdo con los intereses y necesidades de las personas; en el campo de la salud se pueden detectar valores que reflejan la manera en que actúan las personas y los profesionales. La enfermería como disciplina se establece y dimensiona en las relaciones de cuidado, donde tanto cuidador como cuidado se transforman en el acto del cuidado. La American Association of Colleges of Nursing³, en el 1995, planteó algunos valores como esenciales en la práctica de la enfermería profesional. La presentación de la actualización del Código de Ética y Deontología de la Comunidad Valenciana⁴ por un grupo de trabajo del CECOVA en julio del 2010, constituye un ejemplo de la preocupación de las instituciones por unos cuidados éticos y humanizados, como valores de referencia y diferenciales en la práctica clínica de los profesionales de enfermería.

La enfermería, en tanto que profesión, tiene también sus propios valores que se derivan de los universalmente reconocidos; adecuados a la práctica concreta de su campo de actuación. Pero como la enfermería se desarrolla en una sociedad determinada, con sus propios valores reconocidos en cada país, la profesión de enfermería incorpora a los valores profesionales, aquellos que se corresponden con su sociedad particular. El sistema de valores, tanto de una sociedad como de una profesión, se expresa en principios, virtudes y normas o preceptos éticos, que obligan moralmente a los sujetos y se traduce en los llamados deberes morales.

El *cuidado* ha constituido la esencia de la profesión de enfermería desde su inicio hasta nuestros días. El cuidado comprende aspectos afectivos, relativos a la actitud y compromiso, así como elementos técnicos, los cuales no pueden ser separados. El cuidado entendido por algunas autoras es la acción encaminada a hacer algo por alguien, rasgo humano, imperativo moral, afecto, interacción personal e intervención terapéutica⁵, forma de amor, expresión de

sentimientos volcados en un hacer, el cuidado ayuda al otro a crecer, a realizarse y a enfrentar dificultades propias de la vida⁶, es decir, el cuidado es un proceso recíproco, interactivo e interpersonal que involucra el bienestar tanto del que recibe como del que otorga el cuidado, pues permite la preservación de la especie en la historia y espacio.

Watson entiende el cuidado de enfermería como un ideal moral y ético de la misma, en otras palabras, como una relación terapéutica básica entre los seres humanos; es relacional, transpersonal e intersubjetivo.⁷

El tiempo de dedicación, entre otros, cobra especial relevancia para ofertar cuidados seguros y excelentes. Un tiempo muy corto de cuidados de enfermería orientados hacia la tarea, cumplirá sólo con las actividades rutinarias, perdiendo una parte esencial del cuidado, el que exige reflexión, apoyo, confort y capacidad de escucha. Así, los planes de cuidados estandarizados elaborados para ciertas experiencias de organizaciones sanitarias pueden servir de guía, pero los planes de cuidados individualizados son imprescindibles, es por tanto prioritario el uso del proceso enfermero en la práctica clínica como elemento diferencial de valor en el cuidado profesional. El cuidado integral pasa obligatoriamente, por conocer a la persona, valorarla, evaluar su respuesta humana en el continuo salud-enfermedad y planificar intervenciones que permitan mejorar su salud, entonces el cuidado enfermero pasa a ser específico, individual y contextual.

Collière⁸ manifiesta que con frecuencia el cuidado es invisible: cuidar o preocuparse de alguien, apoyarlo, creer en él, reforzar sus capacidades, permitirle recobrar la esperanza, acompañarle en su experiencia de salud -enfermedad estando presente son fácilmente percibidas por la persona.

Humanizar el cuidado significa la interacción entre los conocimientos de la ciencia y los valores del ser humano para poder establecer una asistencia de calidad. Von Leyden⁹ refiere que el primer acto del tratamiento de la enfermedad, es dar la mano y una muestra de cariño al paciente...”

De manera antagónica, la deshumanización implica además la ausencia de calor en la relación humana. Los profesionales sanitarios necesitamos mantener una distancia afectiva con los enfermos, sin embargo éstos no deben experimentar esta falta de sentimientos visibles, como una negación de humanidad.

1.3- Factores que influyen en la deshumanización del cuidado.

Profesionales de la salud como Arroyo¹⁰ y Quero¹¹, entre otros, reflexionan continuamente sobre qué, quién o quiénes son los responsables de que el paciente haya dejado de ser el centro, el fin en sí mismo de la asistencia sanitaria y se convierta en un medio, vulnerando su dignidad, coincidiendo en destacar:

- Aspectos estructurales y de organización que condicionan el trabajo profesional.
- La despersonalización de la gestión: Gestión de RRHH versus Gestión de Personas. “Somos personas que atendemos a personas”. En definitiva, organizaciones centradas excesivamente en la eficiencia.
- Los propios profesionales: ¿No hay tiempo para la relación, para la comunicación con el paciente, para atender las necesidades no fisiológicas? Parece que el cuidado ha quedado reducido a la sola ejecución de técnicas: enfermeras “hacedoras “. El proceso enfermero se desarrolla fundamentalmente con la etapa de ejecución y como mucho planificación. Es así como la enfermería es identificada socialmente más como un oficio técnico y tecnológico que profesional. Consecuentemente, la equiparación de la enfermería con un hacer técnico, puede explicar en parte, la razón por la que carga con la responsabilidad de la deshumanización, desprofesionalización y despersonalización con la privación del reconocimiento profesional.
- Medicalización de la sociedad. Al parecer, a nivel general, predominan valores técnicos-científicos y otros intereses sobre la calidad y la calidez que debería imperar en la atención sanitaria.
La sociedad demanda los avances científicos y técnicos porque cree que es lo que les va a salvar de su problema de salud, al ser la población quien determina cómo se debe vivir, cómo se debe ser, cómo se debe aparentar. Es difícil encontrar un espacio profesional desde la oferta de la aportación enfermera desde el autocuidado, cuando el paciente demanda fármacos y tecnología.
- Tecnología versus personas. Favorecer la atención centrada en la tecnología más que en la persona, conduce a los profesionales de la salud a perpetuar el fenómeno deshumanizante en los medios ambientes sanitarios. Se magnifica la importancia de la tecnología minimizando la confortabilidad, el bienestar del paciente, la intimidad. Como señalan Barnard y Sandelowski¹²: “La enfermera es el puente que une la tecnología con la atención de salud humana y tiene la responsabilidad de mantener la humanidad en medios ambientes tecnológicos” Aunque el paisaje sea altamente tecnológico, una relación terapéutica humanizada puede tener lugar dignificando el contexto, es decir, reconociendo la dignidad humana del paciente.
- Escaso liderazgo y desarrollo profesional. Socialmente, la disciplina enfermera tiene escaso reconocimiento social en cuanto a la aportación

y resultados a los ciudadanos. No hay apenas referentes profesionales, líderes asistenciales reconocidos y prestigiados, tanto dentro como fuera de la profesión existen escasas posibilidades de desarrollo profesional enfermero en las organizaciones sanitarias como referentes del cuidado. Económicamente, el cuidado ha devaluado su aportación y profesionalización (centros residenciales, domicilios...). Como refiere Farrerons L.¹³ “ las enfermeras ejecutamos los que otros diseñan o planifican “ El fenómeno de deshumanización de los cuidados es un resultado multifactorial, por lo que humanizar la asistencia sanitaria pasa por ser un proceso complejo que va desde las políticas sanitarias, la cultura organizacional, el liderazgo, la formación de los profesionales y los valores, entre otros.

En las recientes encuestas de percepción tanto a nivel internacional, nacional y autonómico sobre calidad percibida, los ciudadanos identifican a los profesionales de enfermería como el referente en valores del cuidado (cercanía, trato, capacidad de escucha). Es importante pues que la disciplina Enfermera identifique la necesidad de regresar y volver a mirar hacia el cuidado y su responsabilidad en la calidad de vida de las personas.

1.4- La humanización de la asistencia sanitaria

En las etapas primitivas los cuidados de la salud se centran básicamente en mantener a la persona con vida y son aplicados por la misma persona o por otras más o menos profesionalizadas (chamanes, curanderos, etc.) y en no pocas ocasiones son las mujeres del grupo las que se ocupa de cuidar de la salud de la comunidad. Posteriormente aparecen los primeros hospitales basados en la caridad y atendidos por órdenes religiosas que dan albergue a pobres, peregrinos y enfermos. Hasta el siglo XIX no se crearán hospitales públicos que basados en la beneficencia y con cargo al estado atienden a los más desfavorecidos. Con la aparición de la seguridad Social la atención sanitaria se extiende a los trabajadores y a sus familias. El concepto de servicio sanitario se hace cada vez más complejo y complicado hasta llegar al Sistema Nacional de salud basado en los principios de universalidad, gratuidad y financiación pública. La asistencia sanitaria debe garantizar al ciudadano la equidad, la calidad y la participación. Ahora no se trata solo de curar, a la vez hay que respetar los sentimientos y los valores morales de la persona.

El termino hombre expresa el valor de cada hombre como individuo independientemente del rol social que le toca vivir, de su utilidad y de su rendi-

miento personal. El individuo posee la dignidad humana como valor intrínseco, siendo este valor insustituible, esté sano o enfermo. La característica de ser persona ha de incluir irrepitibilidad, dignidad, libre albedrío e interpersonalidad. La persona tiene dignidad, es decir, derechos y deberes y ésta debe ser respetada tanto si reporta beneficios a la sociedad como si está incapacitado para cumplir el rol que venía desempeñando¹⁴.

La propia dignidad lleva implícito el desarrollo de derechos que permanecen intactos aunque el individuo esté en desequilibrio físico por el proceso patológico que sufre:

- Derecho a la expectativa de vida, a la esperanza de vivir hasta el final de su existencia como él lo desea, con los condicionamientos de su propia enfermedad.
- Derecho a la información. Hoy día la mayoría de profesionales reconocen que al enfermo se le debe decir la verdad sobre su propia situación a no ser que éste exprese libremente su deseo de ignorarlo. Lo importante es cómo se debe decir¹⁵, cómo dar la noticia, puesto que la verdad le dará una perspectiva real y al mismo tiempo le servirá para luchar con los mecanismos que estén a su alcance hasta que el final sea ya inminente. Porque como decía Rojas Marcos¹⁶ “la carga se hace más llevadera cuando conociendo la verdad se puede compartir”.
- Derecho a la autonomía. El profesional sanitario debe tener en cuenta la capacidad del enfermo para tomar sus propias decisiones. Este derecho lleva implícita la “decisión compartida”¹⁷. El profesional aporta su saber y experiencia y el enfermo sus deseos y valores. Sólo entonces la responsabilidad será compartida.
- Derecho a recibir o rechazar tratamientos, ya sean curativos o paliativos. Para ello es necesario que el enfermo conozca todos los datos y las consecuencias que se deriven de dichos tratamientos. Los profesionales debemos respetar la dignidad y libertad del enfermo. Los enfermeros debemos comprobar o aclarar la información recibida para poder ayudarles a decidir.
- Derecho a la credibilidad de la práctica enfermera en relación con su profesión.
- Derecho a no padecer dolor. Se deben aplicar los medios que estén al alcance para evitar el dolor físico. Se debe evitar el sufrimiento porque sí e incluso el dolor como sentimiento religioso.
- Derecho a morir con “dignidad”.

1.5- La ética del cuidado

El enfermero/a debe buscar la excelencia en su trabajo profesional. No ha de conformarse con lo éticamente aceptable, sino que debe aspirar a un modelo ético de los cuidados. Sobre la relación entre ética y enfermería, afirman las profesoras Antón y Busquets que “la ética no es algo que se añade al desarrollo profesional, sino que lo fundamenta y da sentido. No es posible hablar de ética y de enfermería como conceptos aislados que se superponen”¹⁸

Esta profesión dedicada al cuidado de la salud de las personas, donde la relación interpersonal no es un mero instrumento de comunicación, sino que se convierte, en gran parte de los casos, en el mejor medio terapéutico, ha estado siempre comprometida y se ha ejercido desde un compromiso ético. Por ello la relación entre enfermera y persona cuidada es desde su propia naturaleza un acto ético.

Ser responsables profesionalmente significa tomar decisiones morales que no sólo respeten la legislación vigente o ética de mínimos, sino que potencien la felicidad y el bienestar de las personas que se atienden o cuidan. Esta ética de máximos requiere un análisis profundo y una fundamentación del deber ético de cuidar de las enfermeras y de todas sus implicaciones basándonos en la ética de las virtudes.

El código deontológico correspondería a la denominada ética de mínimos que nos indicaría los mínimos tolerables, pero no todas las acciones que el profesional debe hacer desde una ética de máximos que está más acorde con el sentido de la responsabilidad que defiende la felicidad y bienestar de las personas cuidadas.¹⁹

• **Principio beneficencia.** Incluye dos reglas fundamentales: no hacer daño y extremar los posibles beneficios para minimizar los posibles riesgos. Se trata de conseguir que el paciente quede en un estado mejor del que hubiese tenido si no fuera por nuestra atención. Esto requiere implicaciones para el profesional de enfermería, ya que no es suficiente el interés por ayudar al enfermo, sino que es necesaria la posesión de conocimientos teóricos, el dominio de técnicas y habilidades prácticas. Muchas veces las habilidades que más pueden beneficiar al enfermo son de comunicación, como la capacidad de acoger, comprensión, interpretar las necesidades y deseos del paciente...

El principio de beneficencia encuentra antecedentes remotos en el Juramento Hipocrático; que afirma: “En cuanto pueda y sepa, usaré de las reglas dietéticas en provecho de los enfermos y apartaré de ellos todo daño y maleficio”. Así pues, vemos aquí las dos reglas de este principio.

Cuando llega el momento del desarrollo del modelo en la práctica, en cada situación debemos sopesar los bienes y males de las actuaciones, a fin de que escojamos aquella alternativa que mayor número de bienes produzca pero es preciso conocer qué obligaciones generales conlleva la adopción de este modelo. Debemos ser capaces de reconocer si un adulto informado está en condiciones de hacer sus propias elecciones, el olvido de esta premisa nos lleva al paternalismo, donde el sujeto no puede tomar decisiones por sí mismo cuando carece de información o de capacidad para prestar su consentimiento, ésta se suple o sustituye dándola a los familiares más próximos, al menos desde el punto de vista legal. El Dr. Gracia define el paternalismo: “Es el rechazo a aceptar o a consentir los deseos, opciones y acciones de las personas que gozan de información suficiente y capacidad o competencia adecuada, por el propio beneficio del paciente”

• **Principio de autonomía.** El profesional enfermero ha de mostrarse muy cercano al paciente, lograr un clima de confianza y buena comunicación, pero al mismo tiempo dejar cierta distancia para que el propio paciente tenga plena libertad en sus decisiones. Ha de lograr empatizar con el enfermo, pero reconociendo que es una persona singular, irreducible, autónoma.

El principio ético de autonomía destaca el respeto por las personas, con dos convicciones éticas: el individuo debe ser tratado como un ente autónomo, y, se debe proteger a la persona que tiene disminuido el principio de autonomía.

Según este principio los pacientes deben tratarse como personas autónomas, darles la información adecuada, respetar su opinión, respetar si rechazan un tratamiento y no ocultarles la verdad²⁰. El principio de autonomía alcanza el pleno reconocimiento con la Ley General de Sanidad, y particularmente con el derecho de los usuarios a ser informados y a consentir o rechazar el tratamiento propuesto, o su participación en una determinada investigación. Dicho esto la responsabilidad del profesional de enfermería estriba en respetar y facilitar la autodeterminación del sujeto en la toma de decisiones sobre su salud y cuidado.

• **Principio de Justicia.** Este principio se sustenta en la obligación ética de dar a cada una de las personas lo que verdaderamente necesita o corresponde, en consecuencia con lo que se considera correcto y apropiado desde el punto de vista moral. La aplicación consecuente de este principio puede suscitar el surgimiento de problemas éticos, que últimamente se presentan con gran frecuencia en la práctica médica y que están en relación directa con los adelantos tecnológicos de carácter diagnóstico y terapéutico. Además, también en los últimos años se han incrementado y arrojado las críticas por el indebido uso

de esas tecnologías y las repercusiones negativas que ello puede tener entre los costes y los beneficios obtenidos.

• **Principio de no maleficencia.** El primer principio de un buen cuidado debe ser no hacer daño y proteger del daño. No hacer daño obliga a abstenerse de realizar prácticas que, por alcanzar otros fines, perjudiquen al paciente. El daño puede ser causado por las limitaciones de nuestro conocimiento, nuestra incompetencia personal o incluso de desorganización o ineficiencia colectiva.

El daño puede ser producido por otros miembros del equipo, por lo que el principio de no maleficencia se desarrolla tanto a nivel individual como colectivo. Para que la actividad colectiva no sea perjudicial, a veces un miembro del equipo ha de impedir el daño que otro causaría.

1.6- Contexto normativo

No es posible estar hablando de la enfermería como profesión sin tener en cuenta lo que dice la ley en materia de salud y asistencia sanitaria, y por supuesto lo que contempla en materia de derechos y obligaciones tanto para los paciente como para los profesionales, por lo tanto vamos a hacer una revisión sobre la legislación vigente y para ello nada como comenzar por la Constitución Española de 1978, que en su Artículo 43 dice textualmente²¹:

1. Se reconoce el derecho a la protección de la salud.
2. Compete a los poderes públicos organizar y tutelar la salud pública a través de medidas preventivas y de las prestaciones y servicios necesarios. La ley establecerá los derechos y deberes de todos al respecto.
3. Los poderes públicos fomentarán la educación sanitaria, la educación física y el deporte.
 - Ley 14/1986, de 25 de Abril, General de Sanidad²² en sus enunciados y en particular en el Artículo 10: Todos tienen los siguientes derechos con respecto a las distintas administraciones públicas sanitarias:
 1. Al respeto a su personalidad, dignidad humana e intimidad, sin que pueda ser discriminado por razones de raza, de tipo social, de sexo, moral, económico, ideológico, político o sindical.
 2. A la información sobre los servicios sanitarios a que puede acceder y sobre los requisitos necesarios para su uso.
 3. A la confidencialidad de toda la información relacionada con su proceso y con su estancia en instituciones sanitarias públicas y privadas que colaboren con el sistema público.
 4. A ser advertido de si los procedimientos de pronóstico, diagnóstico y terapéuticos que se le apliquen pueden ser utilizados en función de un

- proyecto docente o de investigación, que, en ningún caso, podrá comportar peligro adicional para su salud. En todo caso será imprescindible la previa autorización, y por escrito, del paciente y la aceptación por parte del médico y de la dirección del correspondiente centro sanitario.
7. A que se le asigne un médico, cuyo nombre se le dará a conocer, que será su interlocutor principal con el equipo asistencial. En caso de ausencia, otro facultativo del equipo asumirá tal responsabilidad.
 10. A participar, a través de las Instituciones comunitarias, en las actividades sanitarias, en los términos establecidos en esta Ley y en las disposiciones que la desarrollen.
 12. A utilizar las vías de reclamación y de propuesta de sugerencias en los plazos previstos. En uno u otro caso deberá recibir respuesta por escrito en los plazos que reglamentariamente se establezcan.
 13. A elegir el médico y los demás sanitarios titulados de acuerdo con las condiciones contempladas en esta Ley, en las disposiciones que se dicten para su desarrollo y en las que regule el trabajo sanitario en los centros de Salud.
 14. A obtener los medicamentos y productos sanitarios que se consideren necesarios para promover, conservar o restablecer su salud, en los términos que reglamentariamente se establezcan por la Administración del Estado.
 15. Respetando el peculiar régimen económico de cada servicio sanitario, los derechos contemplados en los apartados 1, 3, 4, 5, 6, 7, 9 y 11 de este artículo serán ejercidos también con respecto a los servicios sanitarios privados.

Artículo Once.

Serán obligaciones de los ciudadanos con las Instituciones y organismos del sistema sanitario:

1. Cumplir las prescripciones generales de naturaleza sanitaria comunes a toda la población, así como las específicas determinadas por los servicios sanitarios.
2. Cuidar las instalaciones y colaborar en el mantenimiento de la habitabilidad de las Instituciones sanitarias.
3. Responsabilizarse del uso adecuado de las prestaciones ofrecidas por el sistema sanitario, fundamentalmente en lo que se refiere a la utilización de servicios, procedimientos de baja laboral o incapacidad permanente y prestaciones terapéuticas y sociales.

- La ley de Ordenación de las profesiones sanitarias²³ en su título 1 del ejercicio de las profesiones sanitarias, en su artículo 4 de principios generales, y de acuerdo con lo establecido en la Constitución española en los artículos 35 y 36, en su punto 3 dice que los profesionales sanitarios desarrollan, entre otras, funciones en el ámbito asistencial, investigador, docente, de gestión clínica, de prevención y de información y de educación sanitarias. Y en su punto 4 que además corresponde a todas las profesiones sanitarias, participar activamente en proyectos que puedan beneficiar la salud y el bienestar de las personas en situaciones de salud y enfermedad, especialmente en el campo de prevención de las enfermedades, de la educación sanitaria, de la investigación y del intercambio de información con otros profesionales y con las autoridades sanitarias para mejor garantía de dichas finalidades.

Los profesionales sanitarios realizarán a lo largo de su vida profesional una formación continuada, y acreditarán regularmente su competencia profesional.

- La Ley de Cohesión y Calidad del Sistema Nacional de Salud (16/2003, de 28 de mayo)²⁴. El objeto de esta ley es el de establecer un marco legal para las acciones de coordinación y cooperación de las administraciones públicas sanitarias de modo que garanticen: la equidad, la calidad, la participación social en el Sistema Nacional de salud y la colaboración activa en la reducción de las desigualdades de salud.
- Ley 41/2002, de 14 de noviembre, básica reguladora de la autonomía del paciente y de derechos y obligaciones en materia de información y documentación clínica²⁵. Esta ley pone de manifiesto la importancia que tienen los derechos de los pacientes como eje básico de las relaciones clínico-asistenciales
- Otras leyes con relación es la Ley 1/2003, de 28 de Enero de la Generalitat, de derechos e información al paciente de la Comunidad Valenciana²⁶.
- Declaración Universal sobre Bioética y Derechos Humanos, adoptada por unanimidad por la Conferencia General de la UNESCO (2005)²⁷.
- Código Deontológico de enfermera CIE 1980²⁸. La competencia profesional descansa sobre los conceptos de sabiduría, práctica, experiencia y habilidad. Estos son contrarios a la impericia, que se define como “falta de conocimientos elementales y básicos propios del saber de una profesión; puede ser de origen o adquirida a falta de prácticas de formación o perfeccionamiento”.

Por otro lado nos encontramos con la negligencia profesional, que es algo que preocupa en el momento actual a los enfermeros/as, ya que ha sido motivo de abundantes demandas por parte de los usuarios o familiares. La persona que actúa negligentemente no tiene falta de conocimientos o habilidades necesarias, sino que actúa con abandono, apatía, desinterés, omitiendo las precauciones debidas...

El Código Deontológico de la Enfermería Española de 1989 expresa en los siguientes artículos:

Art.60: “Será responsabilidad de la enfermera/o actualizar constantemente sus conocimientos personales, con el fin de evitar actuaciones que puedan ocasionar la pérdida de salud o de vida de las personas que atiende”.

Art. 69: “La enfermera/o no solamente estará preparada para practicar, sino que deberá poseer los conocimientos y habilidades científicas que la *lex artis* exige en cada momento a la enfermera competente”.

Art. 71: “La enfermera/o deberá valorar sus propias necesidades de aprendizaje, buscando los recursos apropiados y siendo capaz de autodirigir su propia formación”.

Art. 73: “La enfermera/o debe procurar investigar sistemáticamente en el campo de su actividad profesional con el fin de mejorar los cuidados de enfermería, desechar prácticas incorrectas y ampliar el cuerpo de conocimientos sobre los que se basa la actividad profesional”

HIPÓTESIS

- Los valores de enfermería que se recogen en el Plan Estratégico del hospital que nos atañe favorecen el incremento de la percepción del grado de humanización del cuidado.
- El sexo y edad del paciente, el nivel de estudios alcanzados por el mismo y los días de estancia hospitalaria, son variables que influyen en la percepción del grado de humanización del cuidado de enfermería.

OBJETIVOS

General:

- Conocer el nivel de humanización del cuidado de nuestra organización sanitaria de manera que nos permita rediseñar un modelo de cuidados orientado a la gestión por valores.

Específicos:

- Identificar expectativas y valores de los pacientes hospitalizados en el CHGUV
- Incorporar acciones de mejora en el ámbito de los cuidados de enfermería del CHGUV para prestar cuidados orientados a los valores y a la excelencia
- Priorizar los valores de los cuidados según las expectativas de pacientes hospitalizados en el CHGUV

METODOLOGÍA

Se trata de un estudio descriptivo, longitudinal y prospectivo. Se llevó a cabo en 15 unidades de enfermería de un hospital de tercer nivel de la Comunidad Valenciana, considerando criterios de exclusión las unidades de vigilancia intensiva, psiquiatría, unidad de custodia judicial y materno-infantil.

La población diana fueron los pacientes ingresados en las unidades incluidas en el ámbito de estudio, con la condición de tener una edad superior a 15 años y no encontrarse en situación de aislamiento y/o estado terminal.

La encuesta fue pasada por cinco estudiantes que realizaban las prácticas de Pregrado de enfermería, desde las 08:00 h hasta las 15:00h del día dedicado al estudio. Fueron previamente formados en dos sesiones para que adquirieran conocimiento de la encuesta y disminuyeran los sesgos en la ejecución. Se desestimó que los supervisores y profesionales de enfermería, principales prestadores de cuidados, participaran en la recogida de datos, para evitar un sesgo de selección. Todos los participantes autorizaron la inclusión en el estudio mediante un consentimiento verbal. El estudio previamente había sido autorizado por la Comisión de Investigación del Hospital.

Se trata de una encuesta semi-estructurada, ordenada a través de 17 preguntas de respuestas tipo escala Likert cuantificada del 1 al 5 que van desde el total desacuerdo al total acuerdo y que abordan diferentes dimensiones objetivo del estudio, destacando la información y comunicación, la seguridad, confianza y valores en la atención prestada. Se añaden un par de preguntas finales que pretenden dimensionar el grado de humanización de la atención de enfermería recibida así como la ponderación de los valores del profesional de enfermería según el paciente. Respecto a las variables clínicas-demográficas recogidas se incluían edad, sexo, nivel de estudios y unidad de hospitalización de enfermería.

Para el análisis de la consistencia interna de la encuesta se acordó de manera consensuada, realizar un pilotaje de la misma en un día escogido al azar

del mes de enero. Entre los investigadores recogieron un total de 15 encuestas, lo que supone una tasa de prevalencia del pilotaje de un 5,9%, obteniendo un nivel de consistencia interna de la misma calculado por el estadístico alfa de Cronbach de un 0,868. (anexo; apartado 1: análisis de consistencia interna)

El tamaño muestral mínimo necesario, con un IC 95% (alfa=0,05; Z=1,96) fue de 195 individuos, obteniéndose un total de 245 encuestas.

Los datos fueron introducidos en una base de datos SPSS para Windows versión 15.0. Se practicaron análisis descriptivos de las variables, comparativos y regresiones. Dentro del análisis descriptivo, las variables clínico-demográficas se presentaron con frecuencias absolutas y porcentajes. Las variables seguían una distribución normal y se presentaron en forma de media y desviación estándar. El estudio comparativo se realizó con distintas combinaciones de las variables consideradas independientes sobre la variable dependiente a estudio (grado de humanización de la atención de enfermería). Las comparaciones se llevaron a cabo utilizando la F de Snedecor y la t de Student para variables cuantitativas y el coeficiente de Pearson y ji-cuadrado para las variables cualitativas.

RESULTADOS

Del análisis descriptivo de los resultados se desprende que, del total del 254 pacientes encuestados, el 51,23% eran mujeres y el 48,77% hombres. La edad media de los mismos fue de 52,32 (D.E. 13,47). La distribución de los casos según los días de ingreso fue la siguiente: el 13,5% de los encuestados llevaba menos de dos días de ingreso, el 85,7% habían ingresado en la unidad de enfermería en la que se les pasó la encuesta dos o más días. Respecto al nivel académico alcanzado, el 8,6% tenían estudios universitarios, restando un 50,6% con estudios básicos y un 40,4% sin ningún tipo de estudios. (Anexo; apartado 2: estudio descriptivo de las variables sociodemográficas. Gráficos del 2 al 6)

Tras el análisis descriptivo de las variables clínico-demográficas, se procedió al procesamiento descriptivo de los ítems relacionados con las dimensiones información, seguridad y valores. El análisis, atendiendo a los objetivos del proyecto, se realizó bajo una doble vertiente; a saber, análisis del procesamiento de los casos por unidades de enfermería y en el ámbito global del hospital

Para cada una de las unidades de enfermería que fueron incluidas en el estudio, se redactó un informe con los resultados obtenidos, los cuales fueron analizados mediante entrevistas personalizadas entre la Dirección de Enfermería y los mandos intermedios implicados en el estudio.

La segunda parte del análisis descriptivo proyectó los resultados de los ítems en el ámbito global del hospital. El aspecto que más destacan los pacientes encuestados de los profesionales de enfermería de nuestra institución es el respeto que se ofrece hacia el paciente hospitalizado, seguidos estrechamente del respeto a la intimidad y la confianza y seguridad en los cuidados de enfermería. Se detecta como debilidad entre nuestros profesionales la adecuada identificación ante el paciente, aspecto que queda confirmado en los comentarios que admite la encuesta en su apartado final. (Anexo; apartado 3: estudio de secciones en el ámbito global del hospital. Gráficos del 7 al 18; apartado 4: estudio descriptivo de la priorización de valores. Gráfico 21)

Respecto a la valoración del grado de humanización de la atención de enfermería recibida, un 54 % de los encuestados la valoran con la máxima puntuación que permite la escala.(Anexo; apartado 4: estudio descriptivo de la priorización de valores. Gráfico 19)

Para finalizar el análisis descriptivo de los ítems a estudio, se describe la ponderación de los valores que los pacientes encuestados opinan que deben poseer los profesionales de enfermería, destacando, tal y como observamos en la tabla, el respeto del profesional hacia el paciente, seguido de la amabilidad, trato y comprensión. (Anexo; apartado 4: estudio descriptivo de la priorización de valores. Gráfico 20)

Tras el análisis descriptivo, se procedió a la búsqueda de asociaciones causales mediante la práctica de correlaciones estadísticas. Para ello, se definieron las variables dependientes e independientes del estudio, así como una serie de hipótesis que pretendían demostrar la existencia de algún tipo de influencia entre las citadas variables. La variable dependiente fue el grado de humanización y las variables independientes cada una de las dimensiones relacionadas con la información, la seguridad y los valores profesionales. Las correlaciones fueron analizadas para todas y cada una de las hipótesis propuestas con el test F- Snedecor y la t de Student para variables cuantitativas, y el ji cuadrado para las cualitativas. Las hipótesis propuestas fueron las siguientes:

1. Las dimensiones información, seguridad y valores ejercen, conjuntamente, y de manera individual, influencia sobre el grado de humanización.

El análisis de esta hipótesis nos permitió confirmar la existencia de influencia entre la variable dependiente grado de humanización y las variables independientes información, seguridad y valores (F 3,78) cuando se analizan conjuntamente.

El análisis de la significatividad individual de esta hipótesis concluyó que

las dimensiones relacionadas con la variable información no ejercían influencia sobre la percepción del grado de humanización (t 1,536), sin embargo, tanto las dimensiones relacionadas con la seguridad en los cuidados de enfermería y los valores de la profesión (t 3,454 - t 7,166) ejercían influencia sobre la misma.

2. Las dimensiones información y seguridad ejercen, conjuntamente y de manera individual, influencia sobre el grado de humanización

El análisis de esta hipótesis nos permitió confirmar la existencia de influencia entre la variable dependiente grado de humanización y las variables independientes información y seguridad (F 4,61) cuando se analizan conjuntamente.

El análisis de la significatividad individual de esta hipótesis concluyó que las dimensiones relacionadas con la variable información si ejercían influencia sobre la percepción del grado de humanización (t 4,802), así como las relacionadas con la variable seguridad (t 5,945)

3. Las dimensiones valores y seguridad ejercen, conjuntamente y de manera individual, influencia sobre el grado de humanización

El análisis de esta hipótesis nos permitió confirmar la existencia de influencia entre la variable dependiente grado de humanización y las variables independientes valores y seguridad (F 4,61) cuando se analizan conjuntamente.

El análisis de la significatividad individual de esta hipótesis concluyó que las dimensiones relacionadas con la variable valores si ejercían influencia sobre la percepción del grado de humanización (t 3,919), no sucediendo lo mismo con las dimensiones relacionadas con la variable seguridad, que no ejercen influencia sobre la variable dependiente (t 8,653)

4. Las dimensiones información y valores ejercen, conjuntamente y de manera individual, influencia sobre el grado de humanización

El análisis de esta hipótesis nos permitió confirmar la existencia de influencia entre las variables (F 4,61)

El análisis de la significatividad individual de esta hipótesis concluyó que las dimensiones relacionadas con la variable valores si ejercían influencia sobre la percepción del grado de humanización (t 8,887). En cuanto a la variable información y en esta asociación, no ejerce ningún tipo de influencia sobre la variable dependiente (t 2,358)

Para finalizar, se procedió al estudio de correlaciones entre las variables clínico-demográficas con el variable dependiente grado de humanización,

concluyendo que sobre esta variable influían el rango de edad del paciente encuestado (ji 281,328), el número de días de ingreso del paciente en la unidad de enfermería (ji 311,615) y el nivel de estudios (ji 70,975). El sexo del encuestado no ejercía ningún tipo de influencia sobre la percepción del grado de humanización.

DISCUSIÓN

No cabe duda que la interacción de los profesionales de enfermería con las personas cuidadas puede verse severamente afectada por los avances científico-técnicos y los cambios en la práctica del cuidado. Como profesionales de enfermería no debemos olvidar que nuestro método científico es el proceso de atención de enfermería, el cual se lleva a cabo en virtud de la relación de colaboración existente entre el profesional y el paciente, y que engloba, a modo complementario, las que Watson denomina actividades instrumentales y las expresivas, es decir, las relacionadas con las emociones y aspectos psicosociales del ser humano, tales como la amabilidad, cariño, ternura y comprensión. Estamos hablando de valores profesionales, es decir, actitudes positivas que reflejan la conciencia de la persona durante la interacción con el cuidado.

Los cuidados ofrecidos por los profesionales de enfermería del Consorcio reflejan un conjunto de valores que permiten situar a la institución, en más del 75% de los casos, en un nivel de excelencia en la percepción del grado de humanización. Encontrando como aspectos mejor valorados la seguridad en los cuidados, que relacionamos con las actividades instrumentales de la enfermería de Watson, junto con los valores como respeto, amabilidad y comprensión, los cuales se paralelizan a las actividades expresivas antes citadas, nos corroboran que, como profesionales de la enfermería, el cambio en nuestros roles secundario a los avances científico-técnicos no ha impedido que la interacción entre enfermera-paciente y familia se convierta en el verdadero punto de encuentro de los valores.

CONCLUSIONES

1. La utilización de escalas validadas de percepción para medir resultados en el ámbito de cuidados enfermeros está poco extendida. Son herramientas útiles que nos hacen objetivar la percepción sobre las dimensiones estudiadas. En nuestro caso, los pacientes encuestados perciben una cultura de valores compartidos y parecidos con estudios donde se valora la percepción de las enfermeras.



2. Los resultados objetivan un modelo de cuidados orientado a los valores con fortalezas objetivadas (grado de humanización en la atención prestada) y con ámbitos de mejora en las debilidades evidenciadas (escasa identificación profesional). Entre las acciones de mejora a implantar, se mencionan las siguientes recomendaciones:

- Impulso de la cultura de los valores en el cuidado en el seno del hospital. Para ello, se divulgarán los resultados globales en reuniones de Supervisores de Enfermería y debatir sobre los mismos así como propuestas de mejora compartidas.
- Reuniones con los profesionales de enfermería en sesiones de trabajo en cada unidad de hospitalización para divulgar los resultados, reforzar fortalezas y plantear acciones correctoras por unidad de enfermería.
- Priorizar los valores de los cuidados según las expectativas de los pacientes hospitalizados en el hospital.
- Divulgar los resultados globales en la Jornada de Enfermería del año 2011, alineando el lema de la misma con los valores y el cuidado.
- Realizar un segundo estudio al año de la implantación de las acciones para ver la mejora o no de las mismas.

ANEXO 1

ÍNDICE

1- Análisis de consistencia interna

2- Estudio descriptivo de frecuencias en variables socio-demográficas

- Rango de edad del encuestado
- Nivel de estudios alcanzado
- Sexo
- Días de ingreso
- Unidad de hospitalización (UH)

3- Estudio de secciones en el ámbito global del hospital

- Resumen estadístico y descripción de datos
- Nombre de profesionales
- Información al ingreso
- Sensación de acogida
- Educación sanitaria durante el ingreso
- Seguridad en los cuidados de enfermería
- Confianza en los cuidados de enfermería
- Tiempo de escucha de enfermería
- Respeto de la intimidad del paciente
- Respeto del profesional hacia el paciente
- Apoyo emocional
- Cariño, ternura y comprensión
- Actitud empática de enfermería
- Grado de humanización

4- Estudio descriptivo de priorización de valores

- Priorización en el ámbito global del hospital
- ¿Qué valoran los pacientes de enfermería?

1- Análisis de consistencia interna

Alfa de Cronbach	N de elementos
,868	23



2- Estudio descriptivo de frecuencias en variables socio-demográficas

- Rango de edad del encuestado
- Nivel de estudios alcanzado
- Sexo
- Días de ingreso
- Unidad de hospitalización (UH)

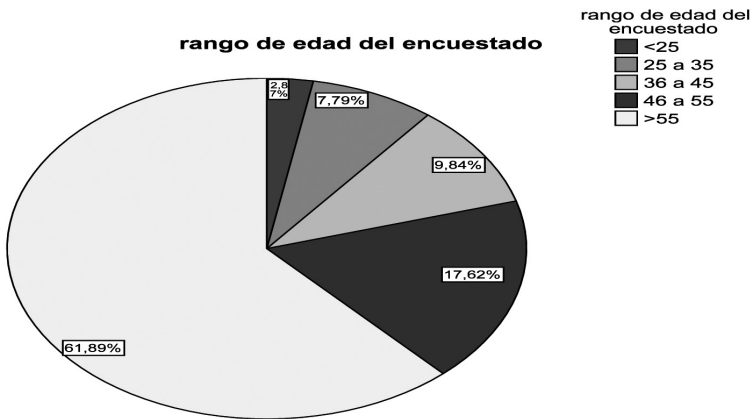


Gráfico 1: Rango de edad del encuestado

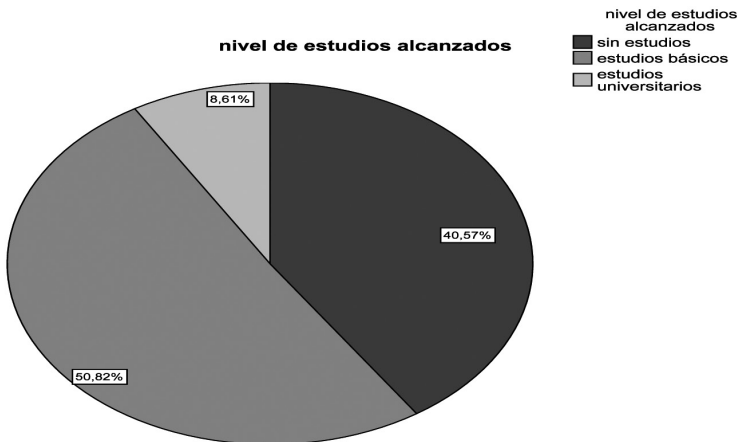


Gráfico 2: Nivel de estudios alcanzados

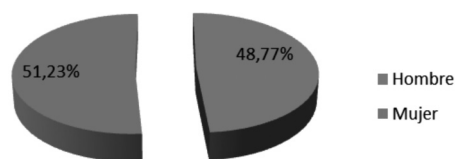


Gráfico 3: Sexo del encuestado

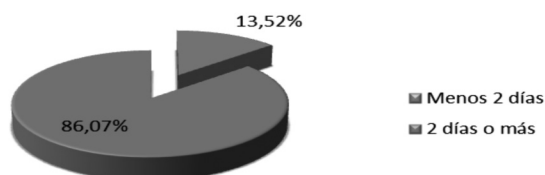


Gráfico 4: Días de ingreso

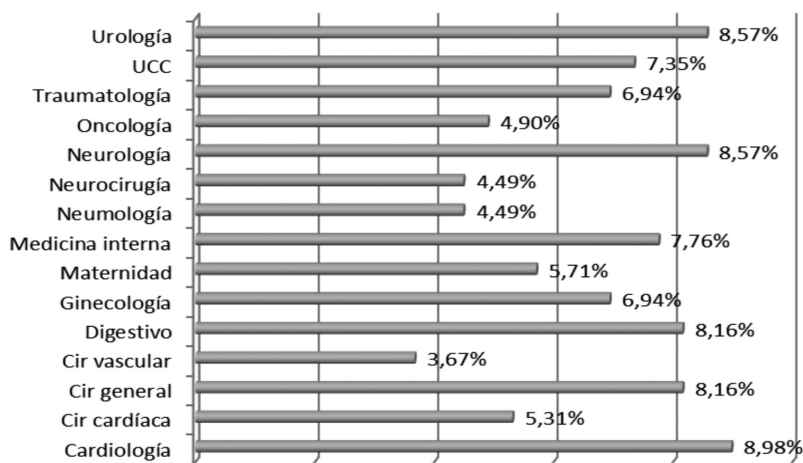


Gráfico 5: Unidades de hospitalización

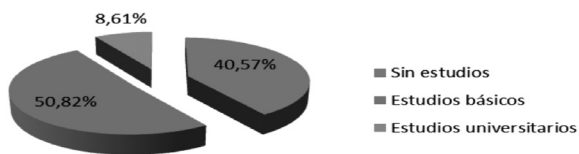


Gráfico 6: Nivel de estudios alcanzados

3- Estudio de secciones en el ámbito global del hospital

- Nombre de profesionales
- Información al ingreso
- Sensación de acogida
- Educación sanitaria durante el ingreso
- Seguridad en los cuidados de enfermería
- Confianza en los cuidados de enfermería
- Tiempo de escucha de enfermería
- Respeto de la intimidad del paciente
- Respeto del profesional hacia el paciente
- Apoyo emocional
- Cariño, ternura y comprensión
- Actitud empática de enfermería
- Grado de humanización

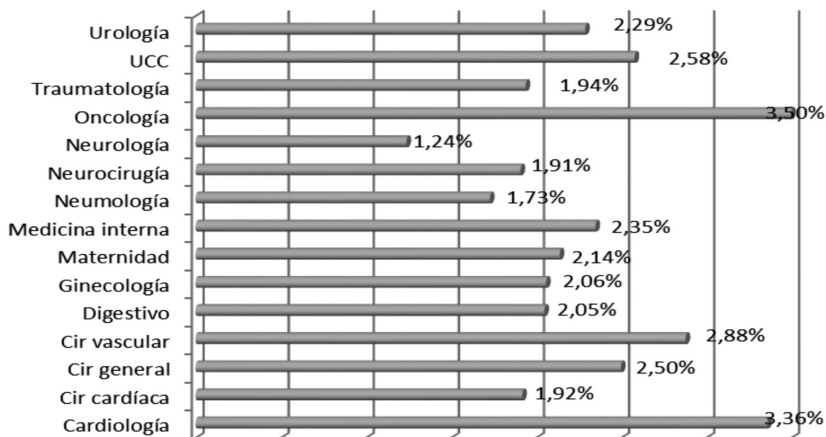


Gráfico 7: Conocimiento nombre profesionales enfermería

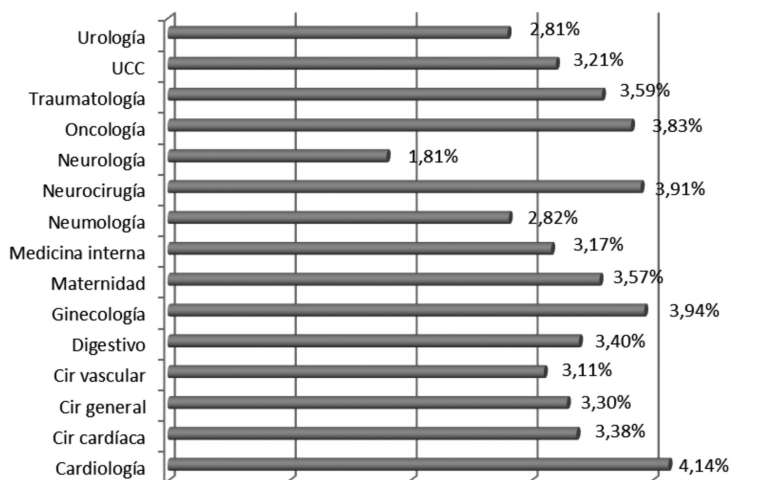


Gráfico 8: Información al ingreso

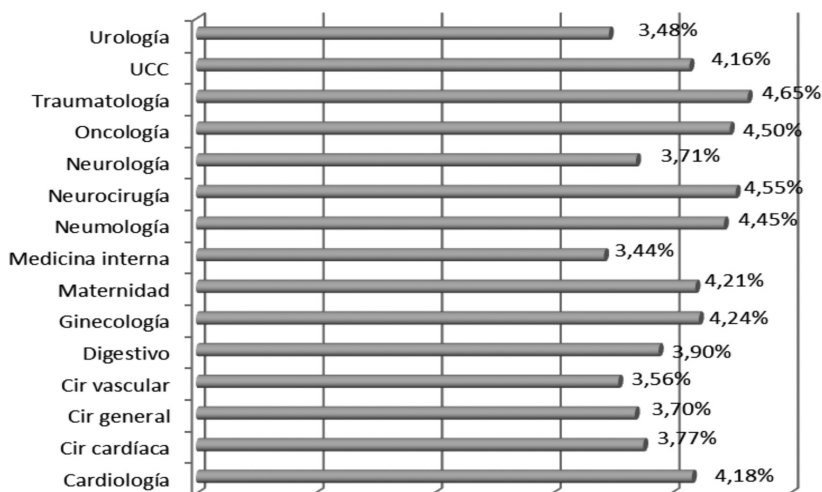


Gráfico 9: Sensación de acogida al ingreso

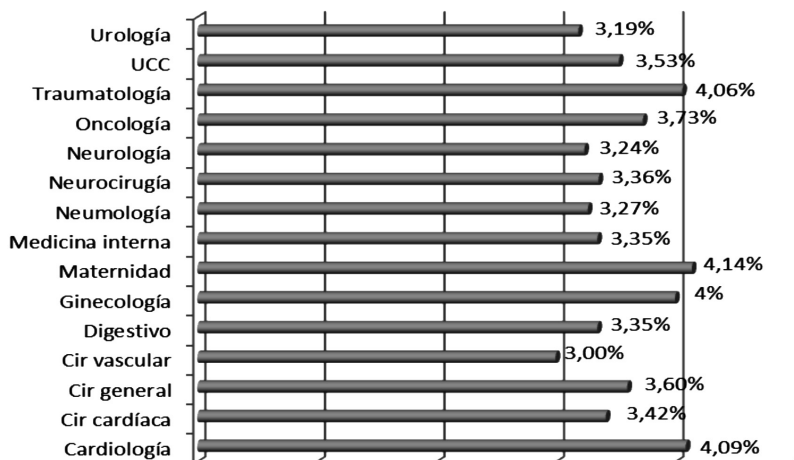


Gráfico 10: Educación para la salud durante el ingreso

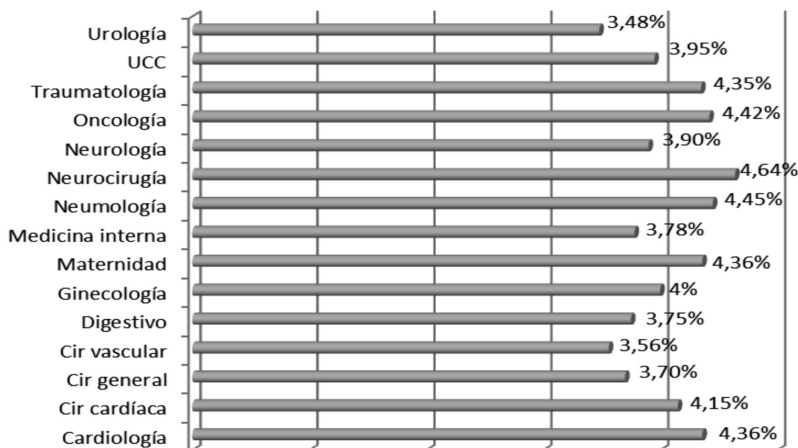


Gráfico 11: Seguridad con los cuidados de enfermería

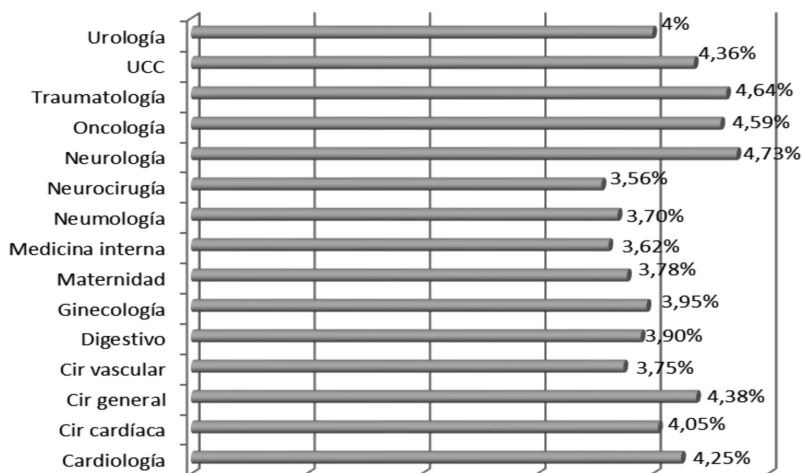


Gráfico 12: Confianza en los cuidados de enfermería

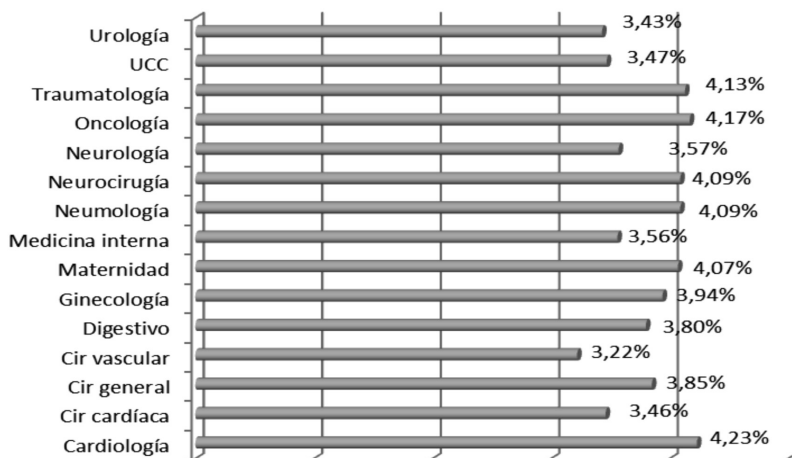


Gráfico 13: Tiempo de escucha de enfermería

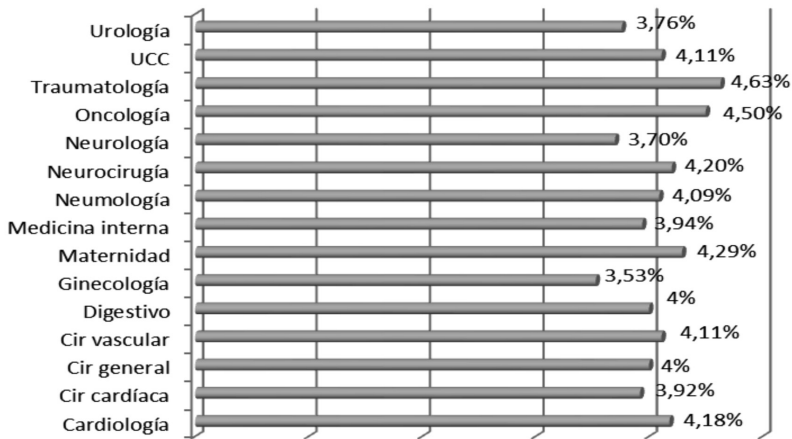


Gráfico 14: Respeto de la intimidad del paciente

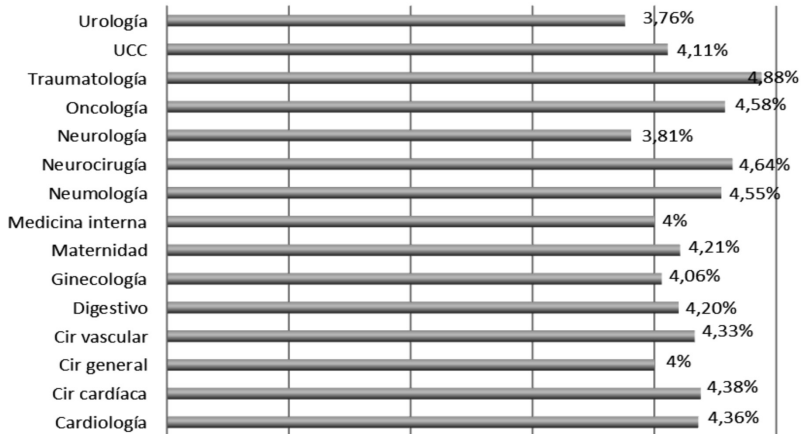


Gráfico 15: Respeto del profesional al paciente

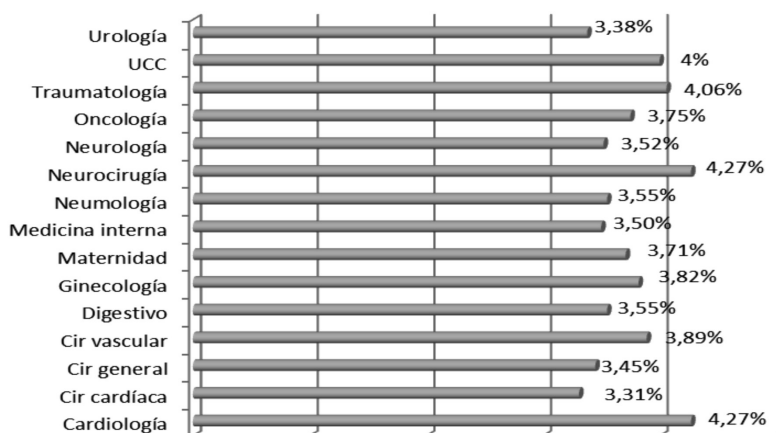


Gráfico 16: Apoyo emocional proporcionado por enfermería

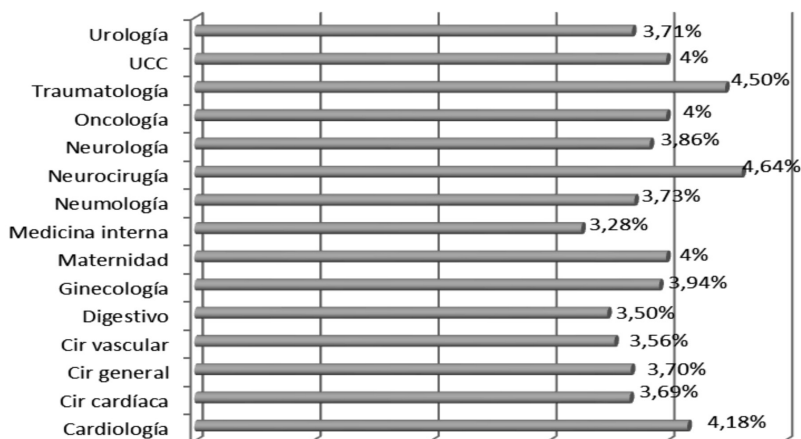


Gráfico 17: Cariño, ternura y comprensión

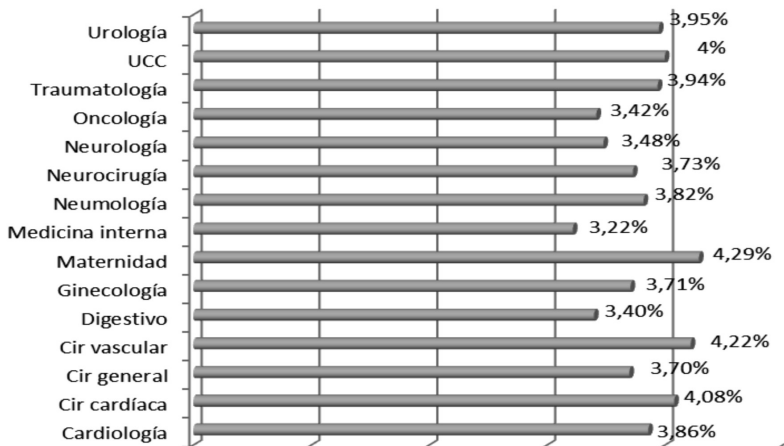


Gráfico 18: Actitud empática enfermería

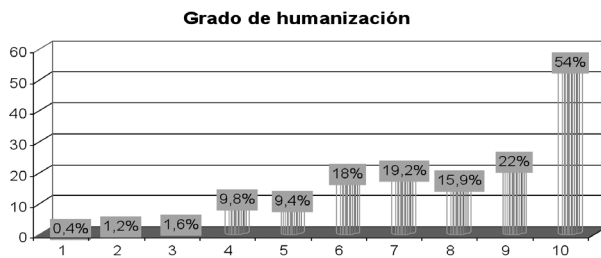


Gráfico 19: Percepción grado de humanización

4- Estudio descriptivo de priorización de valores

- Priorización en el ámbito global del hospital
- Priorización de la necesidad de información, seguridad y valores

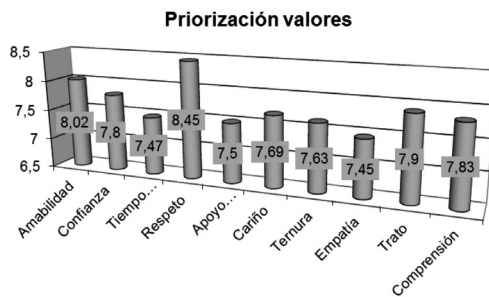


Gráfico 20: Priorización de valores de enfermería en el hospital

¿Qué valoran de enfermería?

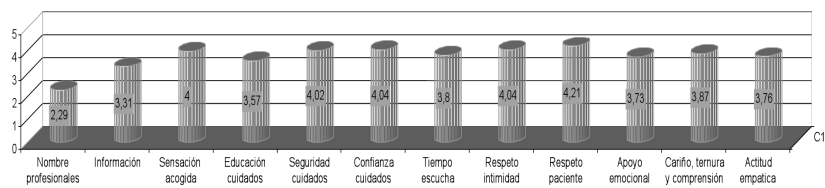


Gráfico 21: ¿Qué valoran los pacientes de la enfermería?

ANEXO 2

Estimado señor / señora:

Estamos realizando un estudio en el ámbito del Hospital General de Valencia a los pacientes hospitalizados con el objeto de conocer sus expectativas sobre la calidad y valores que los profesionales de enfermería le están prestando en su estancia hospitalaria, así como qué sugerencias o recomendaciones podría indicarnos, teniendo en cuenta su opinión, para posteriormente mejorar la atención, que sin duda, nos permitirá garantizar la calidad asistencial, a través de la confianza que ustedes depositan en nuestros profesionales y en nuestro hospital.

Le solicitamos su colaboración rellenoando este cuestionario, marcando con una X la opción que le parezca más correcta. La participación es voluntaria y los datos que nos proporcione serán tratados de manera anónima y respetando en todo momento la confidencialidad.

DATOS GENERALES

1. Edad.	<input type="checkbox"/> 1 Menor de 25 años	<input type="checkbox"/> 2 25 - 35 años	<input type="checkbox"/> 3 36 - 45 años	<input type="checkbox"/> 4 46 - 55 años	<input type="checkbox"/> 5 Mayor de 55 años
----------	--	--	--	--	--

2. Nivel de estudios	<input type="checkbox"/> 1 Sin estudios	<input type="checkbox"/> 2 Estudios básicos	<input type="checkbox"/> 3 Estudios Universitarios
----------------------	--	--	---

3. Sexo.	<input type="checkbox"/> 1 Mujer	<input type="checkbox"/> 2 Hombre
----------	-------------------------------------	--------------------------------------

4. Unidad de Hospitalización:	_____
-------------------------------	-------

5. Días de ingreso en el hospital	<input type="checkbox"/> Menos de 2 días	<input type="checkbox"/> 2 ó más días
-----------------------------------	--	---------------------------------------

SECCION 1: INFORMACION/COMUNICACIÓN

6. Normalmente ,conozco el nombre de la enfermera y auxiliar de enfermería que me cuida.	<input type="checkbox"/> 1 Muy en desacuerdo	<input type="checkbox"/> 2 En desacuerdo	<input type="checkbox"/> 3 Indiferente	<input type="checkbox"/> 4 De Acuerdo	<input type="checkbox"/> 5 Muy de Acuerdo
7. Cuando llegué a la sala de hospitalización recibí la información que necesitaba sobre las normas del centro, horarios, timbres, etc.	<input type="checkbox"/> 1 Muy en desacuerdo	<input type="checkbox"/> 2 En desacuerdo	<input type="checkbox"/> 3 Indiferente	<input type="checkbox"/> 4 De Acuerdo	<input type="checkbox"/> 5 Muy de Acuerdo
8. El trato, la amabilidad y las ganas de agradar con la que he sido atendido por los profesionales (enfermeras/os y auxiliares de enfermería) ha hecho que me sienta acogido/a.	<input type="checkbox"/> 1 Muy en desacuerdo	<input type="checkbox"/> 2 En desacuerdo	<input type="checkbox"/> 3 Indiferente	<input type="checkbox"/> 4 De Acuerdo	<input type="checkbox"/> 5 Muy de Acuerdo
9. Los profesionales de enfermería me han informado, a mí y/o a mi familia sobre los cuidados que necesito .	<input type="checkbox"/> 1 Muy en desacuerdo	<input type="checkbox"/> 2 En desacuerdo	<input type="checkbox"/> 3 Indiferente	<input type="checkbox"/> 4 De Acuerdo	<input type="checkbox"/> 5 Muy de Acuerdo

SECCION 2: SEGURIDAD Y CONFIANZA

10. Me siento seguro/a con la atención en los cuidados que me prestan los profesionales de enfermería (enfermeras/os y auxiliares de enfermería).	<input type="checkbox"/> 1 Muy en desacuerdo	<input type="checkbox"/> 2 En desacuerdo	<input type="checkbox"/> 3 Indiferente	<input type="checkbox"/> 4 De Acuerdo	<input type="checkbox"/> 5 Muy de Acuerdo
11. En general , confío en los cuidados que me prestan los profesionales de enfermería (enfermeras/os y auxiliares de enfermería).	<input type="checkbox"/> 1 Muy en desacuerdo	<input type="checkbox"/> 2 En desacuerdo	<input type="checkbox"/> 3 Indiferente	<input type="checkbox"/> 4 De Acuerdo	<input type="checkbox"/> 5 Muy de Acuerdo

12.Los profesionales de enfermería que me cuidan me escuchan el tiempo que preciso.	1 Muy en desacuerdo	2 En desacuerdo	3 Indiferente	4 De Acuerdo	5 Muy de Acuerdo
13.Los profesionales de enfermería se ocupan de preservar mi intimidad .	1 Muy en desacuerdo	2 En desacuerdo	3 Indiferente	4 De Acuerdo	5 Muy de Acuerdo
14.Los profesionales de enfermería me tratan con respeto	1 Muy en desacuerdo	2 En desacuerdo	3 Indiferente	4 De Acuerdo	5 Muy de Acuerdo
15. Los profesionales de enfermería me dan apoyo emocional cuando lo preciso .	1 Muy en desacuerdo	2 En desacuerdo	3 Indiferente	4 De Acuerdo	5 Muy de Acuerdo
16. Los profesionales de enfermería me tratan con cariño , ternura , y comprensión .	1 Muy en desacuerdo	2 En desacuerdo	3 Indiferente	4 De Acuerdo	5 Muy de Acuerdo
17. En general , los profesionales de enfermería tienen una actitud empática, poniéndose en mi lugar durante mi estancia hospitalaria	1 Muy en desacuerdo	2 En desacuerdo	3 Indiferente	4 De Acuerdo	5 Muy de Acuerdo

18. Califique de 0 a 10 el grado de humanización que ha percibido con los cuidados de enfermería durante su estancia en el hospital												
Humanización mínima	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	Humanización Máxima

19. Califique de 1 a 10 los valores que se reflejan a continuación ,priorizándolos según el grado de importancia que usted considere siendo 10 el valor máximo y 0 el valor mínimo	
Amabilidad	
Confianza	
Tiempo que dedican a escucharme	
Respeto	
Apoyo emocional	
Cariño	
Ternura	
Empatía	
Trato	
Comprensión	

20. Por favor , nos gustaría que además, añada como le gustaría que los profesionales de enfermería le cuidaran, si no lo encuentra reflejado en la encuesta

MUCHAS GRACIAS POR SU COLABORACIÓN

BIBLIOGRAFÍA

- 1.- Watson J. Ponencia del Primer Congreso internacional de enfermería. Facultad de Enfermería y Nutriología. Universidad Autónoma de Chihuahua. Disponible en http://fen.uach.mx/index.php?page/Semblanza_Jean_Watson (consultado el 23 de agosto del 2001)
- 2.- Ladriere, J. Moral y medio humano en las fuentes de la moral conyugal. Bilbao: Desclee de Bromwer, 1979. Páginas 50 – 65.
- 3.- American Association of Colleges of Nursing (1995). Model for differentiated Nursing Practice Washington: American Association of Colleges of Nursing.
- 4.- CECOVA. (2010). Código de Ética y Deontología de la Comunidad Valenciana.
- 5.- Moreno M, Alcois T, Muñoz S. (2002). Experiencia de recibir un cuidado de enfermería humanizado en un servicio de hospitalización. El arte y la ciencia del cuidado. Universidad Nacional de Colombia. Bogotá: Unibiblos, 2002. Páginas 207-216.
- 6.- Quintero MC.(2000). Espiritualidad y afecto en el cuidado de enfermería. Cuidado y práctica de enfermería. Grupo de cuidado. Facultad de enfermería. Universidad Nacional de Colombia. Bogotá: Unibiblos. Página 184.
- 7.- Wade GH, Kasper N. (2006). Nursing Students' Theory of Transpersonal Caring. *Journal of Nursing Education*; 45(5):162-168
- 8.- Colliere, F. Cuidar...asegurar el mantenimiento y continuidad de la vida. *Index de enfermería V 1996*; (18):9-14.
- 9.- Leyden, V. (1997). Introducción a la bioética: humanización de la asistencia sanitaria. *Farmacia Clínica* 14:319-323.
- 10.- Arroyo Gordo M. (2001). Calidad y Humanización de los Cuidados. *Metas de Enfermería*, 39: 26-31.
- 11.- Quero Rufián A. (2004). Formación, humanismo y humanización. *Metas de Enfermería*, 7 (3): 55-58.
- 12.- Barnard A, Sandelowski, M (2001). Technology and humane care: reconcilable or invented difference? *Journal of Advanced Nursing*, 34 (3): 367-375.
- 13.- Farrerons L, Sánchez J. (2006). La gestión del conocimiento enfermero. *Metas de enfermería*. 9(4):27-31.
- 14.- Marriner A. Ediciones Rol, SA. Barcelona. 2989.
- 15.- Curso de técnicas de comunicación para profesionales de la salud. EVES 2007.
- 16.- Rojas Marcos L. Humanización de la Medicina y Calidad de vida. *Diario Médico*. 3 de octubre 2001.
- 17.- Juan Pablo II. Colombia
- 18.- Anton y Busquets. Ética y enfermería
- 19.- Código Deontológico de la Enfermería Española. Consejo General de Colegios de Diplomados en Enfermería de España, Madrid, 1989.
- 20.- Guinot Rodríguez J. Aspectos éticos en el tratamiento del paciente oncológico. Máster oficial de Bioética de la Universidad Católica de Valencia San Vicente Mártir. Mayo 2007.

- 21.- Constitución Española de 1978. Artículo 43.
- 22.- Ley 14/1986, 25 de abril, General de Sanidad, art 10-11.
- 23.- Ley de Ordenación de profesiones sanitarias (44/2009), de 21 de noviembre.
- 24.- Ley de Cohesión y Calidad del SNS (16/2003, 28 de mayo)
- 25.- Ley 41/ 2002, de 14 de noviembre, básica reguladora de la autonomía del paciente y de derechos y obligaciones en materia de información y documentación clínica.
- 26.- Ley 1/2003, de 28 de enero de la Generalitat, de derechos e información al paciente de la Comunidad Valenciana.
- 27.- Declaración Universal sobre Bioética y Derechos Humanos, adoptada por unanimidad por la Conferencia General de la UNESCO (2005)
- 28.- Código Deontológico de Enfermería CIE 1980.

**SEGUNDO PREMIO
IX PREMIO CECOVA**

**“PRIORIZACIÓN DE DIAGNÓSTICO (NANDA),
INTERVENCIONES (NIC) Y ACTIVIDADES ENFERMERAS
EN EL SISTEMA INFORMÁTICO DE GESTIÓN DE
CUIDADOS ORIÓN”**

D. Jesús Delgado Ochando
D^a Milagros Fernández Martí
D^a Eva Rueda García
D^a Manuela Perelló Sáez
D^a Elena Albert Agut
D. Vicente Macián Gisbert
D^a María José Saura Escriche

INTRODUCCIÓN

La profesión de enfermería ha conseguido progresar considerablemente a la hora de marcar y categorizar los eventos enfermeros. La creación de un lenguaje común para la enfermería requiere desarrollar sistemas de clasificación que permitan la identificación, comprobación y aplicación de términos y medidas comunes, tanto para los diagnósticos enfermeros (DdE) e intervenciones (NIC), como para los resultados (NOC).

El lenguaje profesional y los sistemas de clasificación son fundamentales porque definen y caracterizan una profesión así como la trayectoria de la misma. La sistematización de los conocimientos enfermeros en torno a la idea del método científico, denominado Proceso Enfermero (PE)^{1,2}, es uno de los avances más significativos de la profesión Enfermera, ya que corresponde a un método universal de trabajo y su normalización (Figura 1).



Figura 1.- Proceso Enfermero. (PE) (Modificado de NANDA)¹⁻²

La Normalización es una actividad dirigida a establecer medidas frente a circunstancias repetitivas, elaborando, difundiendo y aplicando documentos técnicos: “normas”, “guías” “manuales”, etc. El carácter de su aplicación suele ser voluntaria de no terciar medidas legislativas³.

La Ley de Cohesión y Calidad⁴ sobre la Infraestructura de la Calidad Sanitaria, está constituida por el conjunto de actividades de normalización, acreditación de formación continuada, acreditación de centros y servicios y evaluación de las competencias de los profesionales. El Ministerio de Sanidad y Consumo crea para la ordenación de las infraestructuras la Agencia de Calidad del SNS. Así mismo la Ley de Cohesión y Calidad establece la necesidad de

normalizar los procesos asistenciales mediante guías, estándares e indicadores.

La Ley de Ordenación de las Profesiones Sanitarias (LOPS)⁵ ratifica dichas líneas de desarrollo “*se tenderá a la unificación de criterios de actuación, que estarán basados en la evidencia científica y en los medios disponibles, y soportados en guías y protocolos de práctica clínica y asistencial*” potenciando la necesidad de una normalización y estandarización a nivel nacional.

El Sistema de Información Sanitaria de la Generalitat Valenciana (SISAN) está compuesto por diferentes subsistemas que contemplan y solucionan problemáticas concretas de manera que, todos juntos, interactuando entre sí, permiten ofrecer la visión de un gran, complejo y completo sistema de información al servicio de la organización sanitaria de la Generalitat.

El programa ORIÓN CLINIC en el Hospital La Fe es un programa de largo alcance, llamado a transformar en profundidad el uso de la información por los profesionales sanitarios en su práctica cotidiana. Es un amplio programa de actuación articulado desde varias líneas de trabajo, sustentadas a su vez en varios proyectos, simultáneos o sucesivos.

Adoptada la decisión de que O. C. será el sistema de información clínica del nuevo Hospital La Fe, para poder hacer viable esta decisión que refuerza el compromiso y la responsabilidad del programa en su conjunto, se consideró que se debían cumplir al menos dos requisitos:

- Adaptar Orión Clinic a las particularidades y a los cambios, organizativos y de gestión, previstos.
- Implantar Orión Clinic 1.2 en el H.U. La Fe (Campanar) con cierta anterioridad al traslado al nuevo Hospital H.U.P. La Fe (Bulevar Sur).

La puesta en marcha de la Estación Clínica Orión Clinic ha supuesto un cambio cualitativo en el uso de la información y el trabajo del personal clínico, ya que permitirá realizar las principales tareas cotidianas en un único sistema de información.

La Conselleria de Sanitat de la Comunidad Valenciana, entre otras estrategias, establece la necesidad de la incorporación del Sistema Informático de datos Estación Clínica O. C., como sistema básico en la atención de los pacientes, iniciándose en nuestro Departamento de Salud Valencia La Fe, junto con el de Dr. Peset y Arnau de Vilanova.

Como consecuencia de todo ello y continuando el proyecto de “Sistematización de Cuidados” 2003-2012, propuesto por la Dirección de Enfermería de nuestro Departamento, se desarrollará en diferentes etapas a partir del año 2010, la incorporación para Enfermería, del Sistema de Gestión de Cuidados Orión Clinic, en su versión inicial V.1.2 incorporando las taxonomías enferme-

ras NANDA-NIC^{6,7,8}, (queda pendiente para una futura ampliación la inclusión de la NOC, aunque se dispone de ella) a nivel de conocimiento enfermero, que consideramos debemos validar, en nuestro contexto, cultura de la organización etc. para un desarrollo progresivo a lo largo del tiempo.

El comienzo de la investigación en DdE^{9,10}, se inicia en la década de los setenta. Una de las primeras referencias básicas es la aportación de G. Dankhe¹¹ quien clasifica los estudios de investigación en seis tipos (tabla 1).

- | |
|---|
| <ul style="list-style-type: none"> — Estudios de identificación. — Estudios de depuración. — Estudios epidemiológicos — Estudios del proceso diagnóstico — Estudios de diagnósticos de procesos y resultados — Estudios de la ética de diagnóstico y tratamiento. |
|---|

Tabla -1- Clasificación estudios investigación. (Dankhe 1986)

La investigación en DdE ha sido también clasificada por Del Pino y Ugalde (1999) en investigación básica¹² y en investigación aplicada. Al comparar con la clasificación de Dankhe, identifican a los dos primeros tipos como estudios de investigación básica y el resto como estudios de investigación aplicada¹³.

Estudios de investigación aplicada.

Dentro de los estudios de investigación aplicada revisados, incluimos los que Gordon identifica como estudios epidemiológicos, los estudios del proceso diagnóstico, los estudios de proceso y resultado y los estudios de la ética de diagnóstico y tratamiento.

Estudios epidemiológicos

Del Pino y Ugalde denominan a los estudios epidemiológicos, estudios de caracterización.

Según estos autores, este tipo de estudios tiene una doble finalidad:

- Determinar la frecuencia de aparición de los diagnósticos en la población (estudio descriptivo)
- Relacionar los diagnósticos con diferentes condiciones de los sujetos (estudio analítico).

Debido a que estos estudios están en continuo progreso con el desarrollo de la taxonomía de intervenciones NIC¹⁴ y la taxonomía de resultados NOC. Su objetivo es conocer cómo se miden los resultados, qué intervenciones son más eficaces, efectivas y eficientes, o cómo se interrelacionan los diagnósticos, intervenciones y resultados.

Las intervenciones enfermeras contienen cuidados directos e indirectos dirigidos no sólo a la persona sino a la familia y al conjunto de la comunidad. Se pueden realizar intervenciones directas (en contacto e interacción con el paciente), e intervenciones indirectas (no se realizan en contacto directo con el paciente), éstas incluyen las acciones de cuidados del ambiente que rodea al paciente y la colaboración interdisciplinaria y complementan las intervenciones directas. No debe confundirse el concepto de intervención enfermera con otros, como procedimientos, protocolos...

Así mismo debemos adoptar el término intervención como¹⁴: *“cualquier tratamiento basado en el criterio y el conocimiento clínico, que realiza un profesional de enfermería para mejorar los resultados del paciente”*, desde su juicio clínico y/o desde el juicio clínico de otros profesionales. En este sentido incorporamos el concepto de juicio clínico, ya que, aunque estén descritos cuales deben ser los cuidados que podríamos poner en práctica para unos pacientes, estos se realizarán teniendo en cuenta las características particulares y situaciones específicas de cada paciente. La ley 44/2003, de 21 de Noviembre, de ordenación de las profesiones sanitarias, regula: *corresponde a los Diplomados universitarios en Enfermería la dirección, evaluación y prestación de los cuidados de Enfermería orientados a la promoción, mantenimiento y recuperación de la salud así como a la prevención de enfermedades y discapacidades*. No siendo menos importante el hecho de que los cuidados deben ir enfocado a obtener un resultado esperado en el paciente, la familia o la comunidad.

OBJETIVOS

Objetivo General:

- **Incorporar a la cultura enfermera** (cuerpo de conocimientos) aquellos DdE -NANDA-, intervenciones -NIC- y resultados -NOC- más frecuentes, priorizados y cercanos a la realidad clínica en nuestro hospital a través del Sistema Informático de Gestión de Cuidados Orión Clinic.

- **Clasificar por prioridades** los DdE así como las intervenciones y actividades basadas en ellos en nuestro medio, para conseguir los resultados relacionados con la alteración de las necesidades descritas por V. Henderson.

Objetivos Específicos:

- **Investigar, consensuar y priorizar** los DdE, las Intervenciones y actividades tanto las directamente relacionadas con los DdE como las colaborativas y las derivadas del proceso inherente a la hospitalización del paciente, que deben aparecer por defecto en O. C. como las más frecuentes en nuestro medio.

• **Incorporar** las taxonomías NANDA, NIC en una primera fase, así como sus interrelaciones en el sistema informático de Sistema de Gestión de Cuidados Orión Clinic.

METODOLOGÍA

La finalidad del estudio fue establecer la interacción entre el contenido del Sistema de Gestión de Cuidados Orión Clinic y las taxonomías NANDA, NIC para su utilización por enfermería, en el ámbito del Área de Salud que corresponde al Hospital Universitario y Politécnico la Fe.

Se realizó un estudio de prevalencia, descriptivo y prospectivo.

Tras revisar distintos modelos, autores y teniendo en cuenta la cultura imperante en nuestro medio, los acervos, el tiempo disponible etc. decidimos para el estudio utilizar instrumentos: de tipo cualitativo y de fiabilidad ínter observador. La fiabilidad ínter observador definida como: *“grado de concordancia entre los resultados de dos o más observadores independientes utilizando los mismos instrumentos de medida en unos sujetos en dos o más ocasiones”*^{15,16}

Partiendo del significado de validar (*dar consistencia o firmeza a una cosa*), pretendemos establecer en qué grado se ajusta la incorporación priorizada de cada DdE, intervenciones NIC, y las actividades que serían oportunas en nuestro medio y entorno cultural.

Para la realización del estudio se configuraron dos grupos de trabajo¹⁷ (tabla 2)

Grupo – A	Grupo – B
Seis expertos de la Subdirección de Enfermería del área de cuidados, conocimiento y docencia.	46 subgrupos (cinco miembros expertos en cada uno de ellos) total: 230 enfermeras/os.
Asociación de los 201 DdE NANDA a las 14 necesidades V. Henderson.	
Priorización de los DdE para Orión Clinic. (final: 34)	
Selección final de las NIC relacionadas con cada DdE para Orión Clinic. (final: 165)	Priorización de los 10 NIC sugeridos por Grupo A para cada DdE.
Selección final de actividades propuestas por el grupo A y priorizadas por el grupo B. (final: 945)	Priorización de las actividades sugeridas para cada NIC seleccionada para Orión Clinic.
Priorización de las NIC colaborativas y derivadas de la hospitalización así como sus actividades	

Tabla -2- Definición y competencia de los dos grupos de expertos (A y B).

GRUPO A.- Grupo constituido por cinco enfermeras/os pertenecientes a la Subdirección de Enfermería del Área del Conocimiento, Cuidados y Docencia del Departamento de Salud Valencia La Fe, con amplia experiencia clínica y metodológica (Área médica, pediátrica, de gestión y quirúrgica) así como con formación documentada en estas taxonomías.

GRUPO B.- Constituido a su vez por 42 subgrupos, compuestos cada uno de ellos por 5 miembros expertos de enfermería de cada unidad funcional seleccionada (una supervisora y cuatro enfermeras) y pertenecientes a diferentes Áreas Asistenciales del Hospital Universitario Valencia La Fe. (Área de Cuidados del Adulto, Maternal, Infantil y Rehabilitación) con un número final de participantes de 215 enfermeras/os (cinco pérdidas por falta de respuesta)

Utilizamos como método (estudio cualitativo) para obtener las opiniones de expertos el *método Delphi*¹⁸. Este proceso se repite el número de veces que sean necesarias para lograr un determinado consenso. El número de rondas varía según el nivel de consenso deseado por el investigador, el grado de concreción de los ítems y del número de ítems surgidos, Grant y Kinney¹⁹ proponen el uso de esta técnica para la validación de contenido de los DdE mediante cuatro rondas.

Una vez constituidos los grupos y subgrupos, acordada la metodología a seguir (método Delphi) y disponiendo de los diagnósticos NANDA y las intervenciones NIC en su última versión (NANDA Internacional 2009-2011)²⁰ (Clasificación de Intervenciones de Enfermería NIC en su quinta edición)²¹ se inició el estudio programando y las rondas correspondientes.

Las peculiaridades del GRUPO A, le facultaban para tomar la decisión final en todas las clasificaciones y sugerencias que se generarían para la integración de las citadas taxonomías en O. C. El grupo debería generar las acotaciones pertinentes y tras recibir los datos generados por el GRUPO B, tomar las decisiones y revisar en rondas posteriores con una dinámica de retroalimentación continua.

El grupo B, tras recibir las intervenciones NIC previamente seleccionadas en número de 10 por el grupo A, decidían el orden de éstas atendiendo a la prioridad y a la prevalencia de estas en su unidad/servicio, reduciendo su cantidad a cinco siendo estas consideradas como las más frecuentes (observación directa).

Las limitaciones en el número de diagnósticos como en las intervenciones y en las actividades siempre fueron limitaciones impuestas por el programa (programadores) O. C. al ser éste un proyecto en su fase inicial, nunca por el contenido o la adecuación de éstas.

No se realiza el estudio de aplicación del NOC por no estar contemplado actualmente por el Sistema de Gestión de Cuidados Orión Clinic, en fases posteriores se incluirá esta taxonomía.

Identificación de DdE e Intervenciones NIC.

Debe existir correspondencia entre los datos de la valoración del paciente especificados y el diagnóstico elegido a través de los factores relacionados o de riesgo y de las características definitorias.

Con el fin de facilitar dicha identificación, se utilizará la agrupación de DdE por necesidades (modelo V. Henderson) grupo A (Figura 2). Teniendo en cuenta las dificultades para encuadrar el ámbito de aplicación de un determinado diagnóstico, se aconseja la utilización de publicaciones sobre diagnósticos enfermeros que aporten datos para perfilarlo, a pesar de ello cuando existan dudas se analizarán antes de tomar una decisión firme, por consenso y reflexión razonada y crítica, previa a la inclusión en el sistema informático.



Figura -2- Agrupación de DdE por necesidades (modelo V. Henderson).

Realizada la asociación de los DdE con cada necesidad, y tras llegar por consenso a un acuerdo del grupo A, se procede a revisar de nuevo los DdE esta vez en varias rondas, con el fin de ir reduciendo éstos hasta el número recomendado por O. C., que no debía exceder de 50 DdE (fase 2ª) finalmente y por cuestiones colaterales se decidió ajustar a 34 DdE.

No sólo se atendió a las peculiaridades diagnósticas por grupos de especialidades sino que se revisó la experiencia en otros grupos que anteriormente

habían realizado y publicado al respecto (Hospital Reina Sofía de Córdoba, Carlos Haya de Málaga, H. Juan Canalejo de A Coruña. etc.), de este modo y por consenso se redujo en varias rondas, desde los 201 DdE propuestos por NANDA a los 34 limitados por O. C. (secuencia: 201-100-70-50-34), teniendo siempre presente en su selección la “capacidad para poder ser utilizados adecuadamente” (capacidad para diagnosticar) y a la “capacidad de posibles intervenciones” (capacidad para intervenir) (Figura 3).



Figura -3- Fases de selección y priorización de los DdE para Orión Clinic.

Intervenciones NIC:

El DdE es el punto de partida para analizar las asociaciones estudiadas teniendo en cuenta las características definitorias del diagnóstico, los factores relacionados o de riesgo, las características de los pacientes y otros aspectos asociados al diagnóstico, se eligen las intervenciones más adecuadas por el grupo A, teniendo en cuenta que la intervención va dirigida a alcanzar unos resultados y tratar el problema minimizándolo o resolviéndolo.

Se deben definir las intervenciones necesarias para actuar sobre cada DdE identificado, independientemente de que la misma intervención aparezca en varios DdE.

Se relacionaron las intervenciones enfermeras (NIC), de aplicación para cada DdE priorizado de la NANDA, según aparecen publicadas en la última edición, divididas en principales, sugeridas y opcionales, siendo las intervenciones principales las más obvias, y las que hay que considerar en primer lugar,

si éstas no se eligen, deberán considerarse después las sugeridas, y finalmente las opcionales, sirviendo de utilidad para identificar más fácilmente aquellas con las que se puede actuar sobre el DdE identificado (de acuerdo con factores relacionados, de riesgo o por las manifestaciones clínicas detectadas), sin olvidar en cualquier caso que prevalecerá el criterio clínico del profesional.

En algunos DdE, en base a los factores relacionados o de riesgo definidos, puede que sea de aplicación una intervención no incluida en las asociaciones propuestas, en cuyo caso habrá que buscar en el resto de la clasificación de intervenciones no contempladas, en función del tipo de acción terapéutica que se quiera conseguir.

Tras la descripción de la situación clínica, se procedió a identificar las intervenciones enfermeras: las derivadas del juicio clínico enfermero y las derivadas del juicio clínico de otros profesionales o colaborativas (figura 4).

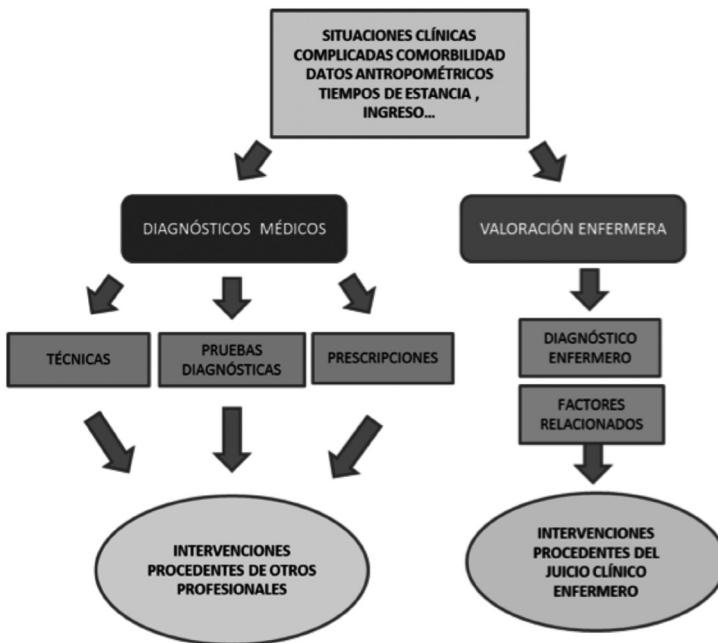


Figura -4-. Intervenciones, procedencias para su designación.

Como ya se indicó anteriormente no se estudió el apartado de los resultados NOC, ya que en la versión informática actual no se contempla esta posibilidad. Se utilizarán para esta fase las Interrelaciones NANDA y NIC, las etiquetas y definiciones de cada DdE, y las etiquetas y definiciones de las intervenciones propuestas.

Para seleccionar las intervenciones es necesario consultar la Clasificación de Intervenciones de Enfermería (NIC) , donde se analiza cada intervención con sus actividades correspondientes y se eligen las intervenciones más adecuadas.

Al utilizar las relaciones propuestas hay que tener en cuenta que estas asociaciones pueden ayudar a seleccionar las intervenciones que están asociadas al diagnóstico, pero que no pueden sustituir al juicio clínico del profesional a la hora de elegir la intervención, es una guía de aproximación y orientación a la realidad pero en ningún caso sustituye al juicio clínico.

Se consideraron así mismo las intervenciones procedentes del juicio clínico de otros profesionales (colaborativas) que la enfermera integra en el proceso asistencial y que impliquen una actuación enfermera, agrupándose en: técnicas, pruebas diagnósticas y prescripciones. (Figura 4).

En cualquier caso la selección de la intervención debe ser apropiada para conseguir la acción terapéutica que se persigue. Se analizarán detenidamente todas las actividades que contempla cada una, esto dará la medida de si esa intervención concreta se adapta o no a lo que se desea conseguir. Si se han elegido varias intervenciones similares y al analizarlas se encuentra que una intervención global incluye aspectos de otras más específicas, la elección de la más general podría ser más útil, pensando que se dirige a un grupo mayor de pacientes.

Para conseguir el objetivo propuesto se ha elegido un esquema clásico de validación.

Validación Teórica

Existen numerosas evidencias relacionadas con la validación teórica, así como la metodología para llevarla a cabo, básicamente se centran en el abordaje de los conocimientos científicos existentes sobre el tema en cuestión, así como en el desarrollo de grupos de expertos (panel de expertos).

En una primera fase nos serviremos de la experiencia de lo publicado a nivel nacional por otras instituciones similares a la nuestra (Hospital Reina Sofía de Córdoba, Carlos Haya de Málaga, H. Juan Canalejo de A Coruña, Consorcio H. General Universitario de Valencia, etc.)

Además, dada la circunstancia de que las taxonomías NANDA y NIC han sido desarrolladas en los EEUU, basados en los aspectos sanitarios existentes en ese medio así como por sus peculiaridades, nos hemos decidido por la validación en nuestro caso a través del panel de expertos.

Validación de expertos:

Se estructura mediante la configuración de un grupo de expertos en taxonomía enfermera y especialistas enfermeros en las diferentes áreas clínicas de nuestro hospital (por titulación o por desarrollo clínico). Se distribuyeron los DdE e intervenciones NIC agrupados por áreas clínicas, en la medida de lo posible, para relacionarlos con dichos grupos enfermeros con mayor especialización. Por ejemplo: los DdE e Intervenciones NIC relacionadas con áreas materno-infantiles sólo se distribuyeron entre los grupos enfermeros con este perfil.

En nuestro estudio se han definido dos grupos de expertos que analizaron los siguientes aspectos: Las intervenciones se priorizaron por DdE realizando una selección de diez, sin menoscabo de que se pudieran repetir éstas en otros DdE (Grupo A). Posteriormente los diferentes constituyentes de los 46 subgrupos (Grupo B) realizó un selección de cinco intervenciones de las diez previamente designadas por el Grupo A, para cada DdE propuesto (figura 5).

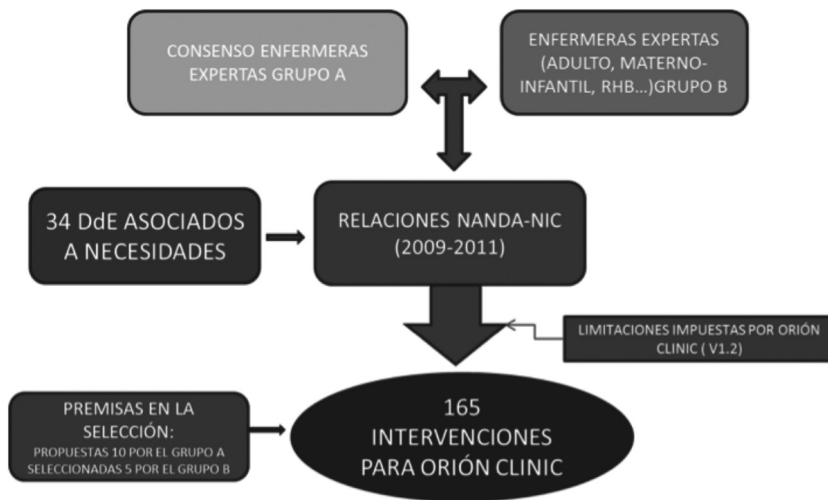


Figura -5- Priorización NIC para Orión Clinic.

Las Intervenciones de tipo colaborativas y/o derivadas del proceso inherente a la hospitalización del paciente, fueron seleccionada por el Grupo A exclusivamente y atendiendo a criterios de operatividad.

El volumen fue de 486 intervenciones revisadas. El ámbito de realización de cada una de las intervenciones se ajustó lo más posible a la especialidad de

trabajo enfermero, -neurología, urología, neumología... siendo las enfermeras de esas especialidades las que las priorizaron.

Para la priorización de las actividades los grupos designados deben utilizar el mismo método, definido en los apartados anteriores, para cada una de ellas. Asimismo, debe establecer de forma reflexiva y crítica si una actividad se realiza o está sustentada de acuerdo a su experiencia, para obtener el fin definido en la intervención. Es imprescindible priorizar el conjunto de las actividades, con el fin de establecer por defecto la incorporación automática de las cinco primeras actividades priorizadas, pudiendo en cualquier caso consultar el resto, para añadir/suprimir por parte de la enfermera en el sistema informático una vez “iniciado”.

Si se considerara la posibilidad de incluir una nueva actividad no contemplada será requisito que el grupo técnico de validación (grupo A) estudie la propuesta y tome la decisión correspondiente de manera razonada y consensuada.

Se decidió contemplar sólo la parte clínica de la ejecución de la intervención para su validación.

Desde las propuestas de DdE realizadas anteriormente y de las intervenciones correspondientes a cada DdE, se priorizaron las actividades para cada una de las intervenciones seleccionadas de modo que fueran entre una y cinco las posibles incorporaciones a O. C. (por defecto). Así mismo de las intervenciones colaborativas propuestas se seleccionaron un máximo de cinco para cada una de ellas y del mismo modo sucedió con las intervenciones derivadas del proceso inherente a la hospitalización del paciente (Grupo A). Creemos que en siguientes revisiones se deberían incluir las actividades definidas en la Guía de Actuaciones de Enfermería: Manuales de Procedimientos, publicada por la Generalitat Valenciana, Conselleria de Sanitat en 2007 a las ya existentes (datos en anexo).

Como factor positivo a considerar partimos de que la NIC, ya selecciona en su proyecto, intervenciones más frecuentes por especialidades, que facilita a la hora de acotar el número tan amplio a revisar por cada grupo o personas incluidas.

Validación clínica:

Realizada exclusivamente por el Grupo A.

En la etapa de la priorización solo el grupo de expertos de la Subdirección de Enfermería realiza simultáneamente un seguimiento observacional, sobre lo que hasta ese momento los profesionales han incorporado realmente en los

sistemas informáticos en la práctica clínica de implantación del sistema hasta ese momento (implantación durante 6 meses).

Por lo tanto, no participa el profesional que trabaja en las unidades de enfermería donde se ha identificado la realización de dicha intervención, sino que miembros del equipo de investigación recogerán los datos sobre las diferentes actividades que ejecutan los profesionales de enfermería, a la hora de realizar la intervención en un paciente, así como si fuese preciso de las actividades contempladas.

En el estudio se recogerán datos (Grupo A) sobre las intervenciones y actividades que los profesionales de enfermería realizan a la hora de ejecutar cada intervención.

Intervenciones derivadas del juicio clínico de otros profesionales:

Concluida la identificación de las intervenciones derivadas del juicio clínico enfermero, se completa la propuesta con el desarrollo de las intervenciones derivadas del juicio clínico de otros profesionales.

El proceso, en este caso, resulta más complicado porque no existen agrupaciones de intervenciones por cada bloque (técnicas, pruebas diagnósticas y prescripciones). Para centrarlas se identifica qué acciones realiza enfermería en cada apartado y se localiza la intervención por clases de la clasificación de intervenciones, en función del tipo de acción.

En cualquier caso nos sirve de guía lo publicado y puesto en práctica ya por otras instituciones similares a nivel nacional (Hospital R Sofía²⁴, H. Carlos Haya²⁵).

Finalizadas las etapas y pasos anteriores, faltaría incluir una serie de intervenciones enfermeras que por su naturaleza, son comunes por la circunstancia de estar ingresado un paciente en el Hospital y, por tanto, siempre deberán ser incorporadas (tabla 3).

7310 – Cuidados de enfermería al ingreso
8140 – Informe de turnos
6680 – Monitorización de los signos vitales
7370 – Planificación al alta

Tabla -3 - Intervenciones comunes al proceso de hospitalización.

RESULTADOS:

De los 201 DdE propuestos por NANDA, tras asociarlos todos por necesidades (V. Henderson) se priorizaron 34 (limitados por O. C.).

De los NIC propuestos (538), se priorizaron: 64 asociados a DdE NANDA, 97 asociados a intervenciones colaborativas y 4 a factores derivados de la hospitalización del paciente (limitaciones por O.C.).

Las actividades que se priorizaron fueron: 480 para las 64 NIC derivadas de DdE NANDA, 447 asociadas a las 97 NIC colaborativas y 18 asociadas a las 4 NIC relacionadas con factores derivados de la hospitalización del paciente (limitaciones por O.C.).

NIC priorizados	Nº NIC	Nº Actividades
Hospitalización	4	18
Colaborativas	97	447
r/c DdE NANDA	64	480
Total:	165	945

Diagnósticos (DdE NANDA) (201) relacionados con necesidades alteradas (14) (V. HENDERSON)

I. RESPIRACIÓN	
00029	Disminución del gasto cardiaco (D4)
00030	Deterioro del intercambio de gases (D3)
00031	Limpieza ineficaz de las vías aéreas (D3)
00032	Patrón respiratorio ineficaz (D4)
00033	Deterioro de la ventilación espontánea (D3)
00034	Respuesta ventilatoria disfuncional al destete (D4)
....	
II. ALIMENTACIÓN / HIDRATACIÓN / METABOLISMO	
00001	Desequilibrio Nutricional: ingesta superior a las necesidades (D2)
00002	Desequilibrio Nutricional: ingesta inferior a las necesidades (D2)
00003	Riesgo de desequilibrio Nutricional: ingesta superior a las necesidades (D2)
00025	Riesgo de desequilibrio de volumen de líquidos (D2)
00026	Exceso de volumen de líquidos (D2)
00027	Déficit de volumen de líquidos (D2)
....	
III. ELIMINACIÓN	
00011	Estreñimiento (D3)
00012	Estreñimiento subjetivo (D3)
00013	Diarrea (D3)
00014	Incontinencia fecal (D3)
00015	Riesgo de estreñimiento (D3)
00016	Deterioro de la eliminación urinaria (D3)
....	
IV. MOVILIZACIÓN	
00040	Riesgo de síndrome de desuso (D4)
00085	Deterioro de la movilidad física (D4)
00086	Riesgo de disfunción neurovascular periférica (D4)
00088	Deterioro de la ambulación (D4)
00089	Deterioro de la movilidad en silla de ruedas (D4)
00090	Deterioro de la habilidad para la traslación (D4)
....	
V. REPOSO / SUEÑO	
00095	Insomnio (D4)
00096	Deprivación de sueño (D4)
00165	Disposición para mejorar el sueño (D4)
00198	Trastorno del patrón del sueño (D4)

VI. VESTIRSE	
00109	Déficit de autocuidado: vestido (D4)
VII. TEMPERATURA	
00005	Riesgo de desequilibrio de la temperatura corporal (D11)
00006	Hipotermia (D11)
00007	Hipertermia (D11)
00008	Termorregulación ineficaz (D11)
VIII. HIGIENE / PIEL	
00044	Deterioro de la integridad tisular (D11)
00045	Deterioro de la mucosa oral (D11)
00046	Deterioro de la integridad cutánea (D11)
00047	Riesgo de deterioro de la integridad cutánea (D11)
00108	Déficit de autocuidado: baño (D4)
00193	Descuido personal (D1)
IX. SEGURIDAD	
00004	Riesgo de Infección (D11)
00009	Disreflexia autónoma (D9)
00010	Riesgo de disreflexia autónoma (D9)
00035	Riesgo de lesión (D11)
00037	Riesgo de intoxicación (D11)
00038	Riesgo de traumatismo (D11)
....	
X. COMUNICACIÓN	
00051	Deterioro de la comunicación verbal (D5)
00052	Deterioro de la interacción social (D7)
00053	Aislamiento social (D12)
00054	Riesgo de soledad (D6)
00058	Riesgo de deterioro de la vinculación (D7)
00059	Disfunción sexual (D8)
00063	Procesos familiares disfuncionales (D7)
00065	Patrón sexual ineficaz (D8)
00069	Afrontamiento inefectivo (D9)
00073	Afrontamiento familiar incapacitante (D9)
00074	Afrontamiento familiar comprometido (D9)
00077	Afrontamiento inefectivo de la comunidad (D9)
00115	Riesgo de conducta desorganizada del lactante (D9)
00116	Conducta desorganizada del lactante (D9)
00117	Disposición para mejorar la organización de la conducta del lactante (D9)
00122	Trastorno de la percepción sensorial, (Especificar: visual, auditiva, cenestésica, gustativa, táctil, olfatoria) (D5)
00127	Síndrome de deterioro en la interpretación del entorno (D5)
00154	Vagabundeo (D5)
00157	Disposición para mejorar la comunicación (D5)
00184	Disposición para mejorar la toma de decisiones (D5)
00207	Disposición para mejorar las relaciones (D7)
XI. RELIGIÓN / VALORES / CREENCIAS	
00066	Sufrimiento espiritual (D10)
00067	Riesgo de sufrimiento espiritual (D10)
00068	Disposición para mejorar el bienestar espiritual (D10)
00079	Incumplimiento (D10)
00083	Conflicto de decisiones, (especificar) (D10)
00124	Desesperanza (D6)
....	
XII. TRABAJAR / REALIZARSE	
00055	Desempeño Inefectivo del rol (D7)
00056	Deterioro parental (D7)
00057	Riesgo de deterioro parental (D7)
00064	Conflicto del rol parental (D7)
00098	Deterioro en el mantenimiento del hogar (D1)
00099	Mantenimiento ineficaz de la Salud (D1)
....	

XIII. ACTIVIDADES LÚDICAS	
00097	Déficit de actividades recreativas (D4)
XIV. APRENDER	
00075	Disposición para mejorar el afrontamiento familiar (D9)
00076	Disposición para mejorar el afrontamiento de la comunidad (D9)
00126	Conocimientos deficientes (D5)
00158	Disposición para mejorar el afrontamiento (D9)
00161	Disposición para mejorar los conocimientos (D5)
00182	Disposición para mejorar el autocuidado (D4)
....	

De los 201 DdE NANDA, priorizamos 34 DdE (limitados por O.C.), que previamente se habían relacionado todos ellos con las necesidades básicas propuestas por V. Henderson.

DdE priorizados y relacionados por necesidades básicas.

Número	Código	Necesidad	Enunciado
1	126	14	Conocimientos deficientes
2	97	13	Déficit de actividades recreativas
3	102	2	Déficit del autocuidado: alimentación
4	108	8	Déficit del autocuidado: baño/higiene
5	110	3	Déficit del autocuidado: uso del inodoro
6	109	6	Déficit del autocuidado: vestido
7	88	4	Deterioro de la ambulación*
8	46	8	Deterioro de la integridad cutánea
9	44	8	Deterioro de la integridad tisular
10	45	8	Deterioro de la mucosa oral
11	13	3	Diarrea
12	132	9	Dolor agudo
13	133	9	Dolor crónico
14	11	3	Estreñimiento
15	7	7	Hipertermia **
16	104	2	Lactancia materna ineficaz
17	31	1	Limpieza ineficaz de las vías aéreas
18	32	1	Patrón respiratorio ineficaz
19	39	9	Riesgo de aspiración

20	155	9	Riesgo de caídas
21	62	9	Riesgo de cansancio en el del rol cuidador
22	5	7	Riesgo de desequilibrio de la temperatura corporal
23	25	2	Riesgo de desequilibrio de volumen de líquidos
24	47	8	Riesgo de deterioro de la integridad cutánea
25	15	3	Riesgo de estreñimiento**
26	4	9	Riesgo de infección
27	35	9	Riesgo de lesión
28	179	2	Riesgo de nivel de glucemia inestable**
29	206	9	Riesgo de sangrado
30	205	9	Riesgo de shock
31	148	9	Temor
32	8	7	Termorregulación ineficaz
33	118	12	Trastorno de la imagen corporal
34	198	5	Trastorno del patrón de sueño*

*Con intervenciones relacionadas en 4ª edición ** Con intervenciones relacionadas en evolve 5ª edición

Las NIC relacionadas con DdE NANDA fueron estudiadas y seleccionadas por el grupo A. Posteriormente las NIC propuestas fueron priorizadas por el grupo B, pasando estas a su ajuste final de nuevo por el grupo A. Quedando un total de 64 NIC pese a que algunas se repetían en varios DdE diferentes (39).

Intervenciones NIC relacionadas con DdE priorizadas como más frecuentes.

Título NIC	ID NANDA	Título NANDA
Asesoramiento	126	Conocimientos deficientes
Enseñanza: proceso de enfermedad	126	Conocimientos deficientes
Facilitar el aprendizaje	126	Conocimientos deficientes
Manejo de la diarrea	13	Diarrea
Manejo ambiental: confort	132	Dolor agudo
Manejo del dolor	132	Dolor agudo
Escucha activa	133	Dolor crónico
Manejo ambiental: confort	133	Dolor crónico
Manejo del dolor	133	Dolor crónico
Entrenamiento intestinal	11	Estreñimiento

Manejo de la nutrición	11	Estreñimiento
Manejo del estreñimiento/impactación	11	Estreñimiento
Asesoramiento en la lactancia	104	Lactancia materna ineficaz
Ayuda en la lactancia materna	104	Lactancia materna ineficaz
Cuidados de canguro (del niño prematuro)	104	Lactancia materna ineficaz
Escucha activa	104	Lactancia materna ineficaz
Aspiración de las vías aéreas	31	Limpieza ineficaz de las vías aéreas
Fisioterapia respiratoria	31	Limpieza ineficaz de las vías aéreas
Manejo de las vías aéreas	31	Limpieza ineficaz de las vías aéreas
Mejorar la tos	31	Limpieza ineficaz de las vías aéreas
Ayuda a la ventilación	32	Patrón respiratorio ineficaz
Manejo de la energía	32	Patrón respiratorio ineficaz
Manejo de las vías aéreas	32	Patrón respiratorio ineficaz
Monitorización respiratoria	32	Patrón respiratorio ineficaz
Asesoramiento	148	Temor
Escucha activa	148	Temor
Potenciación de la seguridad	148	Temor
Terapia con juegos	148	Temor
Regulación de la temperatura	8	Termorregulación ineficaz
Facilitar las visitas	97	Déficit de actividades recreativas
Terapia con juegos	97	Déficit de actividades recreativas
Terapia de entretenimiento	97	Déficit de actividades recreativas
Ayuda con los autocuidados: alimentación	102	Déficit del autocuidado: alimentación
Enseñanza: dieta prescrita	102	Déficit del autocuidado: alimentación
Manejo ambiental	102	Déficit del autocuidado: alimentación
Manejo de la nutrición	102	Déficit del autocuidado: alimentación
Manejo ambiental: seguridad	108	Déficit del autocuidado: baño
Ayuda con los autocuidados: baño/higiene	108	Déficit del autocuidado: baño
Acuerdo con el paciente	110	Déficit del autocuidado: uso del inodoro
Ayuda con los autocuidados: aseo	110	Déficit del autocuidado: uso del inodoro
Manejo ambiental	110	Déficit del autocuidado: uso del inodoro
Ayuda con los autocuidados: vestir/arreglo personal	109	Déficit del autocuidado: vestido
Manejo ambiental	109	Déficit del autocuidado: vestido
Potenciación de la imagen corporal	109	Déficit del autocuidado: vestido
Cuidados de las heridas	46	Deterioro de la integridad cutánea
Cuidados de las úlceras por presión	46	Deterioro de la integridad cutánea
Prevención de úlceras por presión	46	Deterioro de la integridad cutánea
Cuidados de tracción/inmovilización	44	Deterioro de la integridad tisular
Cuidados de las heridas	44	Deterioro de la integridad tisular
Cuidados de las úlceras por presión	44	Deterioro de la integridad tisular
Protección contra las infecciones	44	Deterioro de la integridad tisular
Fomentar la salud bucal	45	Deterioro de la mucosa oral
Manejo del dolor	45	Deterioro de la mucosa oral
Protección contra las infecciones	45	Deterioro de la mucosa oral
Restablecimiento de la salud bucal	45	Deterioro de la mucosa oral
Manejo del vómito	39	Riesgo de aspiración
Precauciones para evitar la aspiración	39	Riesgo de aspiración
Terapia de deglución	39	Riesgo de aspiración
Vigilancia	39	Riesgo de aspiración
Ayuda con los autocuidados: transferencia	155	Riesgo de caídas
Manejo ambiental: seguridad	155	Riesgo de caídas

Prevención de caídas	155	Riesgo de caídas
Vigilancia: seguridad	155	Riesgo de caídas
Apoyo al cuidador principal	62	Riesgo de cansancio del rol de cuidador
Apoyo emocional	62	Riesgo de cansancio del rol de cuidador
Asesoramiento	62	Riesgo de cansancio del rol de cuidador
Aumentar los sistemas de apoyo	62	Riesgo de cansancio del rol de cuidador
Escucha activa	62	Riesgo de cansancio del rol de cuidador
Mejorar el sueño	62	Riesgo de cansancio del rol de cuidador
Control de infecciones	4	Riesgo de infección
Identificación de riesgos	4	Riesgo de infección
Protección contra las infecciones	4	Riesgo de infección
Vigilancia	4	Riesgo de infección
Identificación de riesgos	35	Riesgo de lesión
Manejo ambiental: seguridad	35	Riesgo de lesión
Precauciones en la alergia al látex	35	Riesgo de lesión
Prevención de caídas	35	Riesgo de lesión
Vigilancia: seguridad	35	Riesgo de lesión
Manejo ambiental: confort	5	Riesgo de desequilibrio de la temperatura corporal
Monitorización de los signos vitales	5	Riesgo de desequilibrio de la temperatura corporal
Regulación de la temperatura	5	Riesgo de desequilibrio de la temperatura corporal
Manejo de líquidos	25	Riesgo de desequilibrio de volumen de líquidos
Monitorización de líquidos	25	Riesgo de desequilibrio de volumen de líquidos
Monitorización de los signos vitales	25	Riesgo de desequilibrio de volumen de líquidos
Prevención de hemorragia	25	Riesgo de desequilibrio de volumen de líquidos
Cuidados del paciente encamado	47	Riesgo de deterioro de la integridad cutánea
Manejo de presiones	47	Riesgo de deterioro de la integridad cutánea
Prevención de úlceras por presión	47	Riesgo de deterioro de la integridad cutánea
Vigilancia de la piel	47	Riesgo de deterioro de la integridad cutánea
Escucha activa	118	Trastorno de la imagen corporal
Identificación de riesgos	118	Trastorno de la imagen corporal
Potenciación de la autoestima	118	Trastorno de la imagen corporal
Potenciación de la imagen corporal	118	Trastorno de la imagen corporal
Potenciación de la socialización	118	Trastorno de la imagen corporal

Las 447 actividades de las 97 NIC colaborativas fueron priorizadas por ambos grupos de expertos.

NIC Colaborativas priorizadas - Actividades.

TÍTULO NIC	DESCRIPCIÓN ACTIVIDAD
Administración de medicación	Realizar el procedimiento normalizado de acuerdo con el Manual de la Conselleria de Sanitat. (actividad añadida)
Alimentación enteral por sonda	Realizar el procedimiento normalizado de acuerdo con el Manual de la Conselleria de Sanitat. (actividad añadida)
Cuidados de la ostomía	Realizar el procedimiento normalizado de acuerdo con el Manual de la Conselleria de Sanitat. (actividad añadida)
Cuidados de la sonda gastrointestinal	Realizar el procedimiento normalizado de acuerdo con el Manual de la Conselleria de Sanitat. (actividad añadida)
Cuidados de las heridas	Realizar el procedimiento normalizado, según el tipo de herida, de acuerdo con el Manual de la Conselleria de Sanitat. (actividad añadida)
Cuidados del catéter urinario	Realizar el procedimiento normalizado de acuerdo con el Manual de la Conselleria de Sanitat. (actividad añadida)
Cuidados del drenaje	Realizar el procedimiento normalizado de acuerdo con el Manual de la Conselleria de Sanitat. (actividad añadida)
Flebotomía: muestra de sangre arterial	Realizar el procedimiento normalizado de acuerdo con el Manual de la Conselleria de Sanitat. (actividad añadida)
Flebotomía: muestra de sangre venosa	Realizar el procedimiento normalizado de acuerdo con el Manual de la Conselleria de Sanitat. (actividad añadida)
Manejo de la hiperglucemia	Realizar el procedimiento normalizado de acuerdo con el Manual de la Conselleria de Sanitat. (actividad añadida)
Manejo de la hipoglucemia	Realizar el procedimiento normalizado de acuerdo con el Manual de la Conselleria de Sanitat. (actividad añadida)
Manejo de la medicación	Realizar el procedimiento normalizado de acuerdo con el Manual de la Conselleria de Sanitat. (actividad añadida)
Manejo de las convulsiones	Realizar el procedimiento normalizado de acuerdo con el Manual de la Conselleria de Sanitat. (actividad añadida)
Manejo del dolor	Realizar el procedimiento normalizado de acuerdo con el Manual de la Conselleria de Sanitat. (actividad añadida)
Mantenimiento de dispositivos de acceso venoso (DAV)	Realizar el procedimiento normalizado de acuerdo con el Manual de la Conselleria de Sanitat. (actividad añadida)
Preparación quirúrgica	Realizar el procedimiento normalizado de acuerdo con el Manual de la Conselleria de Sanitat. (actividad añadida)
Punción intravenosa (i.v.)	Realizar el procedimiento normalizado de acuerdo con el Manual de la Conselleria de Sanitat. (actividad añadida)
Resucitación: neonato	Realizar el procedimiento normalizado de acuerdo con el Manual de la Conselleria de Sanitat. (actividad añadida)
....	
Sondaje vesical	Realizar el procedimiento normalizado de acuerdo con el Manual de la Conselleria de Sanitat. (actividad añadida)
Tratamiento de la hipotermia	Realizar el procedimiento normalizado de acuerdo con el Manual de la Conselleria de Sanitat. (actividad añadida)

Se priorizaron 18 actividades relacionadas con 4 NIC derivadas del proceso inherente a la hospitalización del paciente.

Actividades - NIC Priorizadas y derivadas del proceso inherente a la hospitalización del paciente.

Cuidados de enfermería al ingreso	Obtener la historia al ingresar, incluyendo información sobre enfermedades médicas anteriores, medicaciones y alergias.
Cuidados de enfermería al ingreso	Proporcionar al paciente el «Documento de Derechos del Paciente».
Cuidados de enfermería al ingreso	Poner en práctica precauciones de seguridad, si es el caso.
....	
Informe de turnos	Resumir los planes de alta, si procede.
Informe de turnos	Describir la respuesta del paciente y de la familia a las Intervenciones de Enfermería.
Informe de turnos	Identificar las pruebas de laboratorio y de diagnósticos que deban completarse en las próximas 24 horas.
...	
Monitorización de los signos vitales	Controlar periódicamente presión sanguínea, pulso, temperatura y estado respiratorio, si procede.
Monitorización de los signos vitales	Monitorizar la presión sanguínea después de que el paciente tome las medicaciones, si es posible.
Monitorización de los signos vitales	Observar periódicamente el color, la temperatura y la humedad de la piel.
...	
Planificación al alta	Colaborar con el médico, paciente/familiar/ser querido y demás miembros del equipo sanitario en la planificación de la continuidad de los cuidados.
Planificación al alta	Identificar lo que debe aprender el paciente para los cuidados posteriores al alta.
...	

Detectamos DdE sin asignación de sus correspondientes NIC en los listados facilitados por Elsevier Mosby (base de datos) por diferentes motivos.

DdE	Código
Deterioro de la ambulación	88
Riesgo de sangrado	206
Riesgo Shock	205

Detectamos NIC colaborativas que no figuraban en los listados facilitados por Elsevier Mosby (base de datos) así como sus correspondientes actividades, por diferentes motivos.

NIC colaborativas que no aparecen en los listados (Elsevier Mosby)

NIC	ACTIVIDADES
Cuidados de la piel: zona donante	Incorporar técnicas de cura húmeda para autoinjertos cutáneos
Cuidados de la piel: zona donante	Examinar diariamente el apósito, según protocolo de la institución.
Cuidados de la piel: zona donante	Controlar si hay signos de infección (p.ej. fiebre, dolor) y otras complicaciones postoperatorias.
Cuidados de la piel: zona donante	Mantener limpia y libre de presión la zona donante.
Cuidados de la piel: zona donante	Enseñar al individuo a evitar la exposición de la zona donante a temperaturas extremas, traumatismos externos y luz solar.
Cuidados en la agonía	Ayudar con los cuidados básicos, si es necesario.
Cuidados en la agonía	Identificar las prioridades de cuidados del paciente.
Cuidados en la agonía	Minimizar la incomodidad, cuando sea posible.
Cuidados en la agonía	Observar si hay dolor.
Cuidados en la agonía	Respetar la necesidad de privacidad.

Imágenes de Sistema informático Orion Clinic con la adaptación provisional y dinámica de DdE NANDA y de NIC sugerida por este estudio.



Orion clinic

Paciente H&P F504

APE1_6346229 APE2_6346229, EUGENIO

SP: 8569225
NHC: 6346229
76 Varón

Antecedentes: **Alergias** Habitos
Familiar Social HT

Atenidos

Episodios en las últimas 72 horas

Solicitudes pendientes

Otros episodios abiertos

Paciente en gestión de casos

Mostrar episodio actual

HCE

✓ CIRUGIA HEPATORIOPANCREÁTICA
✓ ENDOCRINOLOGÍA Y NUTRICIÓN
✓ ANESTESIA Y REANIMACIÓN(EN)

Tipo Servicio Cronológico

Episodios
Diagnósticos
Enfermería
Radiológicos
Laboratorio
Procedimientos y técnicas
Otros informes

General Peticiones Informes Terapéutica Acciones Organizador Localización

Evolución Cuidados Valoración de Enfermería

Valoración de Enfermería

02-05-2011 Patrón respiratorio ineficaz

1- Respiración Independiente Dimesa reposo Dimesa esfuerzo
Tos Seca Húmeda Dificultad para expectorar
Ventilador mecánico VME VME

Fisioterapia respiratoria Espirómetro Incentivado Aparato de tos asistida

Secreciones Escasa Abundante
Carinos Central Periférica
 Aerosolterapia Aspirador Traqueotomía Oxigenoterapia

Observaciones

Patrón respiratorio ineficaz

Diagnóstico

Incluir Modificar Añadir Eliminar

2- Alimentación/hidratación 23-06-2011 Respo de nivel de glucemia inestable

3- Eliminación 23-06-2011 -

4- Movilización - -

5- Descanso/Sueño - -

6- Vestirse - -

7- Tamponización - -

8- Higiene/Piel 02-05-2011 -

9- Seguridad 22-04-2011 Dolor agudo

10- Comunicación - -

11- Valores y creencias - -

12- Trabajar/Realizarse - -

Previsualizar Imprimir Guardar

Diagnóstico

Factores relacionados y de riesgo

Características definitorias

Intervenciones de enfermería relacionadas

Programar

Aceptar Cancelar

Orion clinic

Paciente HEM 0506

APE1_3033772 APE2_3033772, JOSEFA

SP: 4751701
NHC: 3033772
60 Mujer

Antecedentes: **Alergias** Habitos
Familiar Social HT

Atenidos

Episodios en las últimas 72 horas

Solicitudes pendientes

Otros episodios abiertos

Paciente en gestión de casos

Mostrar episodio actual

HCE

✓ NEUROLOGÍA
✓ MEDICINA DE URGENCIA

Tipo Servicio Cronológico

Episodios
Diagnósticos
Enfermería
Radiológicos
Laboratorio
Procedimientos y técnicas
Otros informes

General Peticiones Informes Terapéutica Acciones Organizador Localización

Evolución Cuidados

18-07-2011

Evolución

Registros

Datos de la valoración de enfermería

Diagnósticos

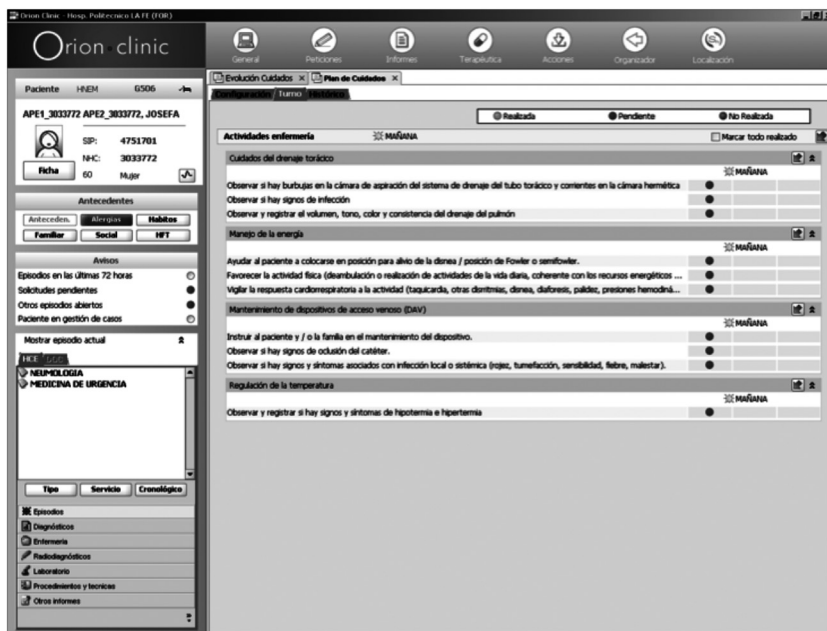
Evolutiones de enfermedad anteriores

Datos de la valoración de enfermería anterior

Fecha última valoración de enfermería: 05-05-2011
NECESIDADES ALTERADAS:
RESPIRACIÓN, ALIMENTACIÓN Y TERMOREGULACIÓN

Evolutiones médicas

Incluir HCE Guardar



COMENTARIOS Y OBSERVACIONES

Limitaciones del proyecto:

El escaso tiempo disponible

Una de las limitaciones más importantes de este estudio fue, la necesidad de incorporar en el Sistema Informático de Gestión Clínica Orión Clinic, estos resultados en el tiempo y de la forma predeterminada.

DdE (diagnósticos) NANDA

La revisión de las publicaciones que entendíamos eran las adecuadas en la realización de este trabajo, nos permitió detectar carencias en la relación de determinados diagnósticos y sus NIC correspondientes (tres de ellos carecían de intervenciones relacionadas, datos extraídos del software taxonómico adquirido al Elsevier).

NIC y actividades

Al seleccionar tanto NIC como actividades prioritarias, nos vemos obligados por cuestiones operativas del sistema informático y su utilización, en proponer un máximo de ellas, por lo que no realizamos la cobertura de un número importante y selectivo de ellas como sería lo más idóneo.

NOC (resultados esperados)

El no incorporar en esta fase la identificación de los NOC, con sus criterios y escalas de resultados para el grupo de pacientes, que orientan la selección de las intervenciones enfermeras.

CONCLUSIONES

Hemos priorizado 34 diagnósticos NANDA (del total de 201) y hemos relacionado todos y cada uno de los 201 diagnósticos (DdE.) con la alteración de una necesidad básica exclusivamente (aunque algunos DdE. se podrían relacionar con más de una) debido a las limitaciones actuales de la aplicación informática.

Se consiguió Incorporar para la práctica clínica enfermera, los contenidos de las taxonomías NANDA y NIC, a través del Sistema Informático Orión Clinic en las diferentes Unidades de enfermería de nuestro hospital.

Se ha constituido un grupo de expertos y consultores sobre las taxonomías y su desarrollo posterior, al ser esta una dinámica continua de cambio e implementación al programa ORION CLINIC.

Conseguimos incrementar la cultura en la enfermería de nuestro hospital referente a los cuidados basados en la taxonomía NANDA, así como de las intervenciones NIC.

Incorporamos los diagnósticos enfermeros -NANDA- e intervenciones -NIC- más frecuentes, priorizándolos y acercándonos a nuestra realidad actual en una primera fase y sus interrelaciones, del protocolo publicado por NANDA Internacional²⁶ en el programa informático ORION.

La Detección de NIC colaborativas no listadas en los listados consultados en la revisión bibliográfica previa al estudio, nos indicó la necesidad de realizar revisiones y lectura críticas de los temas objeto de estudio y revisión antes de su inclusión...

AGRADECIMIENTOS

Agradecer encarecidamente la disposición y la colaboración a todo el personal de enfermería perteneciente a los servicios implicados en este trabajo y perteneciente a nuestro Hospital, ya que fueron claves en la consecución y en el éxito del mismo. Así mismo al personal perteneciente a los equipos Informáticos involucrados en la elaboración, implantación y desarrollo del Sistema Informático de Gestión "Orión Clinic".

DOCUMENTOS ANEXOS

Planilla Validación de “expertos”

Para la realización de esta validación se utiliza la técnica Delphi, es decir, que se consultará a una serie de “expertos” sobre esta intervención y se recabarán sus aportaciones a través de cuestionarios.

En primer lugar el grupo de trabajo recibe unos criterios para poder seleccionar los “expertos” a consultar, con el fin de orientar y ayudar en la búsqueda de aquellos profesionales enfermeros que más nos pueden aportar

Nombre de la Intervención:

Código:

Escala: TD: Totalmente desacuerdo, D: Desacuerdo, I: Indiferente, A: Acuerdo, TA: Totalmente de acuerdo.

¿La actividad es necesaria para que se pueda ejecutar la intervención?	1 TD	2 D	3 I:	4 A	5 TA:
01.actividad primera					
02					
03					
...					
016					

Intervenciones comunes a todo paciente hospitalizado y las actividades añadidas a las ya existentes (complementarias)* y aceptadas en nuestro Hospital.

NIC	Actividades nuevas sugeridas
Cuidados de enfermería al ingreso	Protocolo del centro ²⁷ .
Informe de turnos	Protocolo del centro ²⁸ .
Monitorización de los signos vitales	Protocolo del centro ²⁹ .
Planificación al alta	Protocolo del centro ³⁰ .

Intervenciones de enfermería colaborativas priorizadas con actividades añadidas a las ya existentes (complementarias)* y aceptadas en nuestro Hospital.

NIC	Actividades nuevas sugeridas
Manejo de la hiperglucemia	Protocolo del centro ³¹ .
Manejo de la hipoglucemia	Protocolo del centro ³² .
Manejo de la medicación	Protocolo del centro ³³ .
Manejo de las convulsiones	Protocolo del centro ³⁴ .
Manejo del dolor	Protocolo del centro ³⁵ .
Mantenimiento acceso venoso (DAV)	Protocolo del centro ³⁶ .
Punción intravenosa (i.v.)	Protocolo del centro ³⁷ .
Resucitación: neonato	Protocolo del centro ³⁸ .
Tratamiento de la hipotermia	Protocolo del centro ³⁹ .

*Guía de Actuación de Enfermería. Manual de Procedimientos.

Conselleria de Sanitat Valenciana 2007.

BIBLIOGRAFÍA

- 1.- Las taxonomías enfermeras NANDA, NOC y NIC en la práctica asistencia i hospitalaria. Román Cereto M., Viñas Heras C., de la Torre I., Díaz González M. A., Campos Rico A., Mansilla Francisco J.J., Rosa Palop, M. López Martín C., Zamudio Sánchez A., Domingo García R.. Enfermería clínica, ISSN 1130-8621, Vol. 15, Nº. 3, 2005 , págs. 163-166
- 2.- Diagnósticos Enfermeros. Definiciones y clasificación 2009-2011. NANDA Internacional. Elsevier España S.L. Barcelona 2010
- 3.- Proyecto NIPE-ISICS http://www.nipe.enfermundi.com/servlet/Satellite?cid=1071155509271&pagename=NIPE%2FPage%2Fplantilla_generica&idCategoria=1078242729463 (consultada en septiembre 2011)
- 4.- LEY 16/2003, de 28 de mayo, de cohesión y calidad del Sistema Nacional de Salud. (BOE 29 mayo 2003) (http://www.msps.es/organizacion/sns/planCalidadSNS/pdf/transparencia/LEY_COHESION_Y_CALIDAD.pdf), visitado en 15 de julio de 2011.
- 5.- LEY 44/2003, de 21 de noviembre, de ordenación de las profesiones sanitarias. (BOE 22 noviembre 2003)
- 6.- Dougherty CM; Jankin J; Lunney MR; Whitley GC (1993). Conceptual an research-based validation of nursing diagnoses: 1950 to 1993. *Nursing Diagnosis*4(4):156-155
- 7.- Burgess A, Homstrom L. (1974) Rape trauma syndrome. *American Journal of Psychiatry*. 131: 981-6
- 8.- Guzzetta C; Forsyth G. (1979). Nursing diagnostic pilot study: Psychophysiosociological stress. *Advances in nursing Science* 2(1):27-44
- 9.- Gordon, M. Diagnóstico Enfermero. Mosby/Doyma Libros. 3 Ed. Madrid 1996.
- 10.- Proyecto NIPE-ISICS. http://www.nipe.enfermundi.com/futuretense_cs/ccurl/NIPE/pdf/patrones_funcionales_mgordon.pdf (consultado septiembre 2011)
- 11.- Gordon Dankhe “La comunicación humana: ciencia social”. México, D.F: Mc GrawHill de México. Capítulo 13, pp. 385—454.
- 12.- Del Pino Casado, R. Ugalde Apalategui, M. (1999) Líneas de investigación en diagnósticos enfermeros. *Enfermería Clínica*. 9(3):115-120.
- 13.- Del Pino Casado, R. (2000). Líneas de investigación sobre diagnósticos enfermeros a nivel nacional e internacional. En: *Diagnósticos enfermeros en atención primaria: aplicación práctica*. Libro de ponencias de II Jornadas Nacionales de Invierno de la AEC. Ponferrada: Universidad de León - Asociación de Enfermería Comunitaria: 126-134
- 14.- Clasificación de Intervenciones de Enfermería (NIC) G.M. Bulechek and cols. *Evolve*. Elsevier España S.L. Barcelona 2008.
- 15.- Fortin, MF (1999). *El proceso de investigación: de la concepción a la realización*. México: McGraw-Hill. Interamericana. (Guiirao-Goris, JA. - 2001)
- 16.- Investigación en nomenclatura enfermera. en: Guiirao-Goris JA; Camaño RE; Cuesta, A. *Diagnóstico enfermero. Categorías, formulación e investigación*. Sevilla: Ediversitas Multimedia 2001).

- 17.- Delaney C; Herr K; Maas M; Specht J (2000) Reliability of Nursing Diagnoses Documented in a Computerized Nursing Information System. *Nursing Diagnosis*. 11(3):121-134
- 18.- LANDETA, Jon. El método Delphi. Ariel. 1999. Barcelona.
- 19.- Grant JS; Kinney MR. (1992). Using the Delphi Technique to examine the content validity of nursing diagnoses. *Nursing Diagnosis*. 3(1):12-22
- 20.- Diagnósticos Enfermeros. Definiciones y clasificación 2009-2011, Elsevier España, S.L. Barcelona 2010.
- 21.- Clasificación de Intervenciones de Enfermería (NIC) evolve. Elsevier España S.L.2009
- 22.- <http://www.icn.ch/es/> Consultado 18 de julio de 2011
- 23.- Clasificación de Intervenciones de Enfermería (NIC) G.M. Bulechek and cols. Evolve. Elsevier España S.L. Barcelona 2009.
- 24.- Hospital Reina Sofia de Córdoba. Cuidados Enfermeros Disponible http://www.juntadeandalucia.es/servicioandaluzdesalud/hrs2/nc/profesionales/area_de_enfermeria/cuidados_enfermeros/ .Consultado 1.07.010
- 25.- Planes de Cuidados Estandarizados de Enfermería. Hospital Regional Universitario Carlos Haya. Disponible: www.carloshaya.net/denfermeria/media/lpcee.pd. Consultado 1.07.010
- 26.- Diagnósticos Enfermeros. Definiciones y clasificación 2009-2011. Nanda Internacional. Elsevier España S.L. 2010.
- 27.- Procedimiento 1.1 de la Conselleria de Sanitat “Cuidados de enfermería al ingreso del paciente en una unidad de hospitalización”. En Guía de Actuación de Enfermería. Manual de Procedimientos. Conselleria de Sanitat 2007. Pág. 17)
- 28.- Procedimiento 1.7 de la Conselleria de Sanitat “Informe de turnos: relevo de enfermería”. En Guía de Actuación de Enfermería. Manual de Procedimientos. Conselleria de Sanitat 2007. Pág. 29)
- 29.- Capítulo 11. “Hemodinámica”. En Guía de Actuación de Enfermería. Manual de Procedimientos. Conselleria de Sanitat 2007. Pág. 279)
- 30.- Procedimiento 1.4 de la Conselleria de Sanitat “Alta del paciente”. En Guía de Actuación de Enfermería. Manual de Procedimientos. Conselleria de Sanitat 2007. Pág. 24)
- 31.- Procedimiento 12.6 “Cuidados de enfermería en la hiperglucemia”. En Guía de Actuación de Enfermería. Manual de Procedimientos. Conselleria de Sanitat 2007. Pág. 303)
- 32.- Procedimiento 12.5 “Cuidados de enfermería en la hipoglucemia”. En Guía de Actuación de Enfermería. Manual de Procedimientos. Conselleria de Sanitat 2007. Pág. 302)
- 33.- Procedimiento 9.1 “Normas generales en el manejo de la medicación”. En Guía de Actuación de Enfermería. Manual de Procedimientos. Conselleria de Sanitat 2007. Pág. 217)
- 34.- Procedimiento 12.3 de la Conselleria de Sanitat “Cuidados de enfermería ante un paciente con convulsiones”. En Guía de Actuación de Enfermería. Manual de Procedimientos. Conselleria de Sanitat 2007. Pág. 296)
- 35.- Procedimiento 15.2 “Valoración del dolor”. En Guía de Actuación de Enfermería. Manual de Procedimientos. Conselleria de Sanitat 2007. Pág. 392)

- 36.- Capítulo 14: “Inserción y cuidados de los catéteres intravasculares”. En Guía de Actuación de Enfermería. Manual de Procedimientos. Conselleria de Sanitat 2007. Pág. 353)
- 37.- Guia de actuación de Enfermería. Manual de Procedimientos. Generalitat: Conselleria de Sanitat. Edit:Generalitat 2007, Valencia.
- 38.- Procedimiento 4.8 de la Conselleria de Sanitat “Sondajes”. En Guía de Actuación de Enfermería. Manual de Procedimientos. Conselleria de Sanitat 2007. Pág. 106.
- 39.- Procedimiento 12.1 de la Conselleria de Sanitat “Cuidados de enfermería al paciente con hipotermia”. En Guía de Actuación de Enfermería. Manual de Procedimientos. Conselleria de Sanitat 2007. Pág. 293)

Revisiones recomendadas:

- Manual de Diagnósticos de Enfermería (NANDA) según Necesidades de Virginia Henderson del Hospital General Universitario Gregorio Marañón.

http://www.madrid.org/cs/Satellite?cid=1142605224896&language=es&pagename=HospitalGregorioMaranon%2FPage%2FHGMA_contenidoFinal

- Prevalencia de diagnósticos enfermeros de la NANDA y necesidades alteradas de Henderson en una unidad de lactantes.

http://apps.elsevier.es/watermark/ctl_servlet?_f=10&pident_articulo=13040311&pident_usuario=0&pcontactid=&pident_revista=35&ty=22&accion=L&origen=elsevier&web=www.elsevier.es&lan=es&fichero=35v12n06a13040311pdf001.pdf

- Enfermería Actual.

<http://www.es-emoticon.com/enfermeria-actual/diagnostico/diagnosticosenfermeros.htm>

- Metodología enfermera aplicada a pacientes con trastornos renales.

<http://www.carloshaya.net/biblioteca/contenidos/docs/nefrologia/predialisis/elenacalvo.PDF>

TERCER PREMIO
IX PREMIO CECOVA

**“TRASTORNO POR DÉFICIT DE ATENCIÓN CON
HIPERACTIVIDAD: IMPORTANCIA DE UNA DETECCIÓN
PRECOZ DESDE ATENCIÓN PRIMARIA”**

D^a Rosana Osma Santiago

1. INTRODUCCIÓN

Los problemas psicosociales en la infancia son muy prevalentes y tienen una gran trascendencia para el futuro de los niños que lo padecen. Estos problemas se han convertido en una causa muy frecuente de la consulta en Atención Primaria: alteraciones del sueño, del desarrollo psicomotor, llanto, crisis del adolescente, enuresis, encopresis, anorexia, problemas del comportamiento, fracaso escolar, etc. (Fabregat Ferrer y Palomares Gimeno, 2009).

Dentro de las enfermedades de Salud Mental más prevalentes actualmente en nuestra sociedad se encuentra el Trastorno por déficit de atención con/sin hiperactividad (TDAH), enfermedad neuropsiquiátrica que interfiere con el desarrollo normal del niño. Su repercusión trasciende desde la infancia hasta la edad adulta, por ello la precocidad en la identificación y diagnóstico de este trastorno permite un manejo adecuado, mejora el pronóstico y el rendimiento terapéutico.

Es bien sabido que, las consultas de AP, se enfrentan a múltiples dificultades: el tiempo de las consultas es limitado debido a la gran carga asistencial, la formación específica en Psicopatología infantil y del desarrollo es deficitaria en los profesionales de AP, existe una falta de entrenamiento en el uso de instrumentos de cribado, faltan equipos diagnosticoterapéuticos capaces de asumir esta problemática, hay una falta de coordinación entre AP y Salud Mental Infantil, los hospitales no están dotados de unidades específicamente orientadas a problemas neurocognitivos, existe una gran desconexión entre la escuela y los centros de AP centros de salud, etc. (Artigas Pallarés, 2006).

El trastorno por déficit de atención con hiperactividad (TDAH) es la entidad psiquiátrica más frecuente en la infancia y se manifiesta en una serie de conductas molestas o disruptivas. Los niños (al referirnos a “niños” también nos referimos a niñas y jóvenes) al presentar problemas en la autorregulación de la atención y las emociones así como en el poco control que tiene de su comportamiento, genera conductas que imposibilita el óptimo desarrollo en su vida diaria, dificultando a su vez una óptima evolución tanto personal como familiar, escolar y académica (Rubió Badía, Mena Pujol y Murillo Abril, 2006).

La pérdida de autoestima es la repercusión socioemocional más preocupante que puede llegar a desarrollar los niños con este trastorno. Los adultos suelen manifestar lo molestos que son estos niños, reciben un mayor número de críticas, se les castiga más a menudo que al resto y no reciben tantas alabanzas y comentarios positivos como los niños normales con los que se relaciona. Por ello estos niños llegan a valorarse más negativamente que los demás, se sienten infelices e impopulares frente a las personas que les rodea.

Los problemas en el aprendizaje es otra de las grandes repercusiones que aparecen en este trastorno. Los infantes, desde temprana edad empiezan a tener dificultad en organizar el trabajo, mantener la atención, en seguir las instrucciones de los mayores, su pensamiento es poco reflexivo. Estos y otros síntomas relacionados con el trastorno, hace que no cumplan las expectativas escolares, se van retrasando en conocimientos año tras año y al no llegar a los niveles mínimos exigidos por su edad (tanto en comportamiento como en aprendizajes) se desmotivan y se produce el fracaso escolar.

En muchos casos y debido a su dificultad en el autocontrol del comportamiento aparecen los problemas relacionados con las habilidades sociales. Un niño que no es capaz de controlar lo que hace, lo que dice o lo que siente es un niño que no se siente competente en sus habilidades sociales. Aparecen los problemas en su relación con los demás y si a esto añadimos su baja autoestima, se forman niños que interpretan mal las señales o las situaciones sociales, interpretan erróneamente las conductas de los demás viéndolas distorsionadas y como su impulsividad no les permite reflexionar y analizar con detalle lo que les está ocurriendo favorece la aparición de problemas en sus habilidades sociales.

Como enfermedad crónica con importantísimas repercusiones en la salud y en el futuro del niño, adolescente y adulto, se deberían fomentar programas de detección desde la consulta de AP y Centros Educativos que permitiesen el diagnóstico y tratamiento precoz (Martínez González, 2002; Fernández Pérez y López Benito, 2004).

Identificar y tratar cuanto antes a estos niños conlleva a que estos tengan un futuro mucho más certero en todos sus ámbitos.

1.1. Concepto, definición y clasificaciones

Este síndrome viene definido por la presencia de tres síntomas fundamentales: disminución de la atención, hiperactividad motora y/o verbal e impulsividad, tanto cognitiva como conductual.

En la actualidad hay dos formas de clasificación internacional, que aunque van convergiendo con el tiempo, todavía existen diferencias.

- Manual de Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales (DSM-IV), publicado por la American Psychiatric Association en su última versión, establece la difundida definición de Trastorno por Déficit de Atención con Hiperactividad y diferencia tres tipos de trastorno dentro del TDAH:

- Trastorno por déficit de atención con hiperactividad subtipo predominante inatento.

- Trastorno por déficit de atención con hiperactividad subtipo predominante hiperactivo-impulsivo.
- Trastorno por déficit de atención con hiperactividad subtipo combinado (presenta síntomas atencionales e hiperactivos-impulsivos).

- La CIE-10 (Clasificación Internacional de Enfermedades Mentales de la OMS). Según ésta es necesaria la existencia simultánea de los 3 tipos de síntomas: déficit de atención, hiperactividad e impulsividad, constituyendo el cuadro de “Alteración de la actividad y la atención”. Reconoce además una categoría separada, “El trastorno Hiperkinético de la conducta” cuando coinciden, además de los 3 síntomas, una alteración de la conducta. De este modo con el CIE-10, al ser los criterios más restrictivos, se diagnostican menos cuadros que con el DSM-IV.

1.2. Prevalencia e incidencia

El trastorno por déficit de atención es el problema psiquiátrico más importante de todos los que afectan a los niños en edad escolar, con unas cifras de prevalencia estables a lo largo de diferentes razas y culturas que oscilan entre el 4% y el 8% de los niños en estas edades (Quintero Gutiérrez, Correas Laufer y Quintero Lumbreras, 2009). Según el DSM-IV la tendencia es favorable a un predominio del TDAH en varones y establece una relación 9:1 en población clínica y 4:1 en muestras generales de población.

Aunque un estudio reciente de la Internacional Chiropractic Pediatric Association expone que la prevalencia del TDAH oscila entre el 2.6% al 11.4% (Alcántara y Davis, 2010).

No obstante existen estudios que corroboran que el Síndrome de atención e hiperactividad está sobre diagnosticado en el conjunto de nuestra sociedad, quizá por la alerta que hay montada sobre los graves riesgos de no detectarlo en edad preescolar (Averbach y Teszkiewicz, 2008).

La prevalencia además está sometida a amplias variaciones dependiendo de la cultura, de los países y de las asociaciones responsables en psicopatología infantil. Arrojan cifras de prevalencia muy dispares, por ejemplo investigaciones europeas describen una prevalencia entre un 2-5%, resultados que difieren de las investigaciones estadounidenses que en sus cálculos describen una prevalencia entre el 4-12%.

La diversidad en los resultados sobre prevalencia puede deberse a varios factores: la variación histórica de los criterios y prácticas diagnósticas, la diversidad de instrumentos y de puntos de cortes usados en la selección de

muestras, el entorno poblacional o clínico del que se tomen las muestras, las distintas referencias socioculturales en cada entorno, la existencia de factores peculiares de riesgo neurobiológico y psicosocial en las distintas colectividades, etc. (Vidal, 2001).

Establecer unos datos concretos sobre prevalencia es difícil debido primero, a la dificultad para diagnosticar (ya que este se realiza mediante la observación y a partir de criterios clínicos a veces muy subjetivos) y segundo por no establecer la homogeneidad de sus criterios.

Respecto a la incidencia Cabanyes Truffino y Polaina Lorente (1992) ya describían valores sobre incidencia que oscilaba entre el 1 y 5% (lo que equivaldría a un niño por aula). Datos similares se encuentran en EEUU donde exponen valores de incidencia entre el 3 y 5% (Dopheide, 1998). Estudios más recientes sitúan la incidencia del trastorno entre un 3 y un 6% en la población escolar (Castells Cuixart, 2006; Castellana Rosell, Just Linares y Just Riera, (2007).

1.3. Etiología y patogenia

La etiología del TDAH es desconocida; se piensa que es multifactorial, y se explica como una alteración neurobiológica causada por la interacción de factores genéticos poligénicos con otros factores ambientales, perinatales y psicosociales (Pascual Castroviejo, 2008).

Respecto a la patogenia y siguiendo con el mismo autor dice que las alteraciones clínicas, se llevan a cabo por problemas bioquímicos entre las conexiones de los lóbulos frontales y los núcleos basales, que afectan tanto al transporte como a la recaptación de la dopamina. Ello ocurre tanto en los sujetos en los que el trastorno tiene origen genético como en los de causa adquirida.

Estudios de origen genético han demostrado que la heredabilidad de este trastorno se sitúa alrededor del 75%, lo que hace que el TDAH sea uno de los trastornos en psiquiatría con una base genética más clara (Quintero Gutiérrez et al., 2009). Además se ha visto que muchos de los padres con niños con TDAH, al conocer los síntomas se han dado cuenta que ellos mismos han padecido este síndrome pero nunca han sido diagnosticados.

Respecto a los estudios de neuroimagen se ha llegado a las siguientes conclusiones:

- Estudios con resonancia magnética (RM) encontraron que los circuitos que controlan la atención son más pequeños e hipoactivos en sujetos con TDAH que en controles. Entre los circuitos afectados, se incluye el

córtex prefrontal, que se encarga de la memoria de trabajo, la alerta y la inhibición de respuesta. Estas zonas son ricas en receptores de catecolaminas por lo que se confirma la creencia extraída de estudios farmacológicos y neuroquímicos de que la dopamina y la noradrenalina están también implicadas en la fisiopatología del TDAH (Spencer, Biederman, Wilens y Faraone, 2002). Trémols Montoya (2010), en su tesis doctoral afirma que un entrenamiento cognitivo intenso durante varias sesiones a niños con TDAH mejora la ejecución conductual en tareas de atención selectiva y que potencia cambios en la activación cerebral. Para ello también utilizó pruebas con resonancia magnética.

- Utilizando la tomografía por emisión de positrones (PET) se han encontrado una disminución del metabolismo cerebral de glucosa en la región frontal derecha de adultos, si bien estos datos no se confirmaron en adolescentes (Quintero Gutiérrez et al., 2009).

- Un estudio realizado por Helps et al (2010) confirma que la actividad cerebral en los niños con TDAH es muy baja y que estos además pueden tener dificultades para mantener el cerebro en reposo cuando es necesario, para ello, ha utilizado la técnica de Electro Encefalograma (EEG).

Los estudios neuropsicológicos, son otra forma de conocer localizaciones de las posibles anomalías existentes en paciente con TDAH y que se complementan con los estudios de neuroimagen.

En las últimas décadas se ha desarrollado una teoría neuropsicológica para explicar el TDAH. Esta teoría se ha llamado funciones ejecutivas. Barkley (1997) propone un modelo de disfunciones ejecutivas básicas que hacen posible que el individuo sea capaz de reconocer y controlar sus acciones para dirigir las a la consecución de un objetivo. Éste modelo incluye: inhibición de respuesta (permite retrasar e interrumpir respuestas) memoria de trabajo no verbal (hace que la persona sea capaz de tener sentido del pasado y futuro) memoria del trabajo verbal (capacidad para internalizar el lenguaje receptivo y expresivo para el auto-cuestionamiento, la auto-descripción y establecimiento de reglas para el comportamiento) autorregulación de emociones y motivaciones (permite al individuo controlar emociones y motivaciones para dirigir las acciones hacia el objeto) reconstitución (es la tarea que nos hace capaces de analizar una experiencia en nuestra memoria de trabajo para desencadenar nuevas respuestas). Para Barkley, de estas cinco funciones ejecutivas, la dificultad en la inhibición de respuesta es la más implicada en el desarrollo del TDAH, y esta llevaría al deterioro del resto de disfunciones ejecutivas.

Más tarde Anderson (2002) expuso otro modelo explicativo sobre el desarrollo de las funciones ejecutivas en la infancia. De acuerdo con este modelo las funciones ejecutivas pueden dividirse en cuatro factores: flexibilidad cognitiva: incluye atención dividida, memoria de trabajo, transferencia conceptual y feedback (retroalimentación); establecimiento de metas: incluye razonamiento conceptual, planificación y organización estratégica; procesamiento de la información: dentro de este incluye la eficiencia, fluidez y velocidad del procesamiento; control atencional: incluye atención selectiva, autorregulación, automonitorización y también velocidad de procesamiento.

Autores como Baron y Barkley indican que uno de los problemas que aún no se ha resuelto en el estudio del TDAH, es que el subtipo inatento puede estar disociado con respecto a los subtipos de hiperactividad e impulsividad en relación con la evaluación de las funciones ejecutivas y además señalan que no está claro que el subtipo con predominio inatento sea realmente un subtipo del TDAH (Baron, 2004).

Según confirman los estudios neuroquímicos, las disfunciones catecolaminérgicas tienen una relación directa en la génesis del TDAH. La noradrenalina y la dopamina son los dos neurotransmisores de mayor relevancia en la fisiopatología y tratamiento farmacológico del TDAH. Ambos están implicados en la función de la atención y en relación directa con la regulación motora (sobre todo la dopamina) (Hidalgo Vicario, del Pozo Machuca, y Mardomingo, 2007). Las regiones ricas en dopamina y noradrenalina son el sistema atencional anterior o lóbulo frontal que a su vez son las encargadas de las funciones ejecutivas. Es aquí donde se analiza la información y se prepara para responder. En este caso las funciones más importantes son la inhibición motora, cognitiva y emocional (guardar turno), la planificación (uso de una agenda) y la memoria de trabajo a corto plazo (recordar un teléfono mientras lo marcamos).

Por último y no por ello menos importante debemos mencionar los estudios realizados sobre los riesgos perinatales, ambientales y familiares. El TDAH puede adquirirse por factores biológicos adquiridos durante el periodo prenatal, perinatal y postnatal. Ejemplos: una exposición intrauterina al alcohol, nicotina y determinados fármacos como las benzodiazepinas o anticonvulsivantes, la prematuridad o bajo peso al nacimiento, alteraciones cerebrales como encefalitis o traumatismos que afectan a la corteza prefrontal, una hipoxia, hipoglucemia o la exposición a niveles elevados de plomo en la infancia temprana.

Se ha encontrado un riesgo de TDAH (entre dos y tres veces mayor) para aquellos niños cuyas madres fumaron o bebieron alcohol durante el embarazo y algo mayor para los que presentaron bajo peso al nacer, cifras todas ellas muy

alejadas del factor hereditario. Pero hay que tener en cuenta que esta proporción puede estar condicionada a que el TDAH tiene una gran tendencia para desarrollar este tipo de conductas adictivas y, por tanto, estas diferencias serían atribuibles al factor genético más que al riesgo perinatal (Mick, Biederman, Prince, Fischer y Faraone, 2002).

Los factores psicosociales también pueden influir y modular las manifestaciones del TDAH. Factores como: inestabilidad familiar, problemas con amigos, trastornos psiquiátricos en los padres, paternidad y crianza inadecuada, relaciones negativas padres-hijos, niños que viven en instituciones con ruptura de vínculos, adopciones y bajo nivel socioeconómico (aunque esto último no está claro si es un factor en sí, o está mediado por las peores condiciones prenatales y perinatales, y otros factores de confusión).

Un estudio observacional de casos y controles que se realizó en una tesis doctoral donde se valoró los distintos factores de riesgo perinatales, ambientales y familiares con el TDAH en niños de un hospital de la Comunidad Valenciana, concluyó que ser varón, tener hermanos con TDAH, depresión materna, un bajo nivel socioeconómico materno y fumar durante el embarazo, son factores de riesgo significativos para desarrollar este trastorno. Se trata del primer estudio sobre factores de riesgo de TDAH realizado en nuestro país (Teva Galán, 2009).

1.4. Clínica y diagnóstico

Aunque las alteraciones biológicas y neuropsicológicas estén siempre presentes, lo que realmente vemos son sus manifestaciones. Las manifestaciones clínicas conductuales son la base de los problemas psicológicos, psiquiátricos, sociales y profesionales que tiene los afectados con la consecuente repercusión familiar (depresión materna, baja autoestima familiar, aislamiento social, problemas en la pareja) (Fernández Pérez y López Benito, 2006).

1.4.1. Manifestaciones clínicas

Los tres síntomas esenciales del TDAH son: el déficit de atención, la hiperactividad y la impulsividad.

Según exponen Quintero Gutiérrez et al. (2009) las características más relevantes en cada apartado son:

- Inatención: distraibilidad excesiva, no parece escuchar cuando se le habla, dificultad para seguir instrucciones, dificultad para sostener la atención y concentración, se quedan abstraídos en sus propios pensamientos, les cuesta empezar tareas y sobre todo acabarlas, cambian de actividad con frecuencia, necesitan ayuda externa para terminar tareas, no prestan aten-

ción a pequeños detalles y cometen errores por descuidos, son lentos en la lectura y escritura, tienen pocas habilidades en el aprendizaje, la falta de atención dificulta la adquisición de habilidades de estudio y la consolidación de una memoria eficaz,

- **Hiperactividad:** para considerar una conducta alterada hay que fijarse en la frecuencia, intensidad y disfunción que generan las conductas y sobre todo en la intención de las mismas, se acercan a diferentes estímulos (sean o no novedosos) de manera exagerada sin llegar a investigar ninguno de ellos en profundidad, están en constante movimiento, corren en situaciones donde no es apropiado, son percibidos por los padres y su entorno como excesivamente activos, les cuesta estar sentados, por eso cuando lo están, se retuercen en la silla, se levantan mucho, cambian la postura, se levantan mucho en clase, mueven continuamente manos y pies (necesitan tener algo entre las manos), hacen ruidos inapropiados que molestan a las personas del entorno, les cuesta jugar de manera silenciosa y tiene problemas para jugar con otros niños (no cumplen las reglas de los juegos, no respetan límites ni del juego ni de los demás), hablan en exceso, le cuesta relajarse.

- **Impulsividad:** bajo control en sus impulsos motores, responden de forma inapropiada, responden a las preguntas antes de que se formulen, no tienen paciencia para esperar su turno, interrumpen a los demás, no pueden esperar las recompensas (manejan mal las gratificaciones diferidas en el tiempo), tienen dificultad para cumplir normas y limitaciones (sin intención), actúan sin pensar, no tiene percepción real del riesgo en ciertas conductas (saltan desde alturas, suben en bicicleta sin mirar en los cruces, etc.) por lo que, el riesgo de tener un accidente es más elevado, rompen cosas con mayor frecuencia que los niños de su edad, contestan a las preguntas con lo primero que se les pasa por la cabeza, inician las tareas antes de terminar de explicar las instrucciones, actividades que les son aburridas, las hacen rápido y mal, se aburren con facilidad y se muestran impacientes, no dedican tiempo a corregir deberes, cuando se ven contrariados, presentan respuestas de agresividad física hacia objetos e incluso hacia personas, a veces las respuestas emocionales pueden llegar a ser muy intensas, se enfadan con facilidad, manifiestan baja tolerancia a la frustración.

1.4.2. Criterios diagnósticos

No existe un único test simple para el diagnóstico del trastorno por déficit de atención con hiperactividad. El diagnóstico resulta de la información de una variedad de fuentes de recogida.

Según expone Hidalgo Vicario et al. (2007) para poder hacer un buen diagnóstico es imprescindible una entrevista con los padres, una entrevista y evaluación del niño, información del ambiente escolar, uso de criterios DSM-IV o CIE-10, cuestionarios de TDAH, evaluar el Coeficiente Intelectual, descartar problemas médicos (audición, visión, etc.). Añade que es muy recomendable realizar test de atención, y diferenciar entre Coeficiente Intelectual verbal y manipulativo, evaluación pedagógica y pruebas de aprendizaje, junto con una analítica general. Por otro lado ve innecesario y por lo tanto contraindicado lateralidad cruzada, pruebas de alergias alimentarias y pruebas de reeducación auditiva.

Actualmente se están utilizando dos clasificaciones para diagnosticar el trastorno, una es la propuesta por el DSM-IV (Manual Diagnóstico y Estadístico) realizado por la American Psychiatric Association y la otra es la clasificación de la OMS CIE-10 (Clasificación Internacional de Enfermedades).

La detección de los síntomas que producen alteraciones sociales o educativas son percibidos inicialmente por los padres y los profesores. Seguidamente son los mismos padres quienes acuden a los pediatras de Atención Primaria alegando en sus hijos un comportamiento disruptivo como puede ser un problema de atención, excesiva impulsividad, mal rendimiento escolar, etc. Es por ello que la bibliografía encontrada coincide que es desde Atención Primaria desde donde debe iniciarse un sencillo cribado en uno o más de los controles de salud que se práctica entre los 6 y 12 años. (Rodríguez-Salinas Pérez, Navas García, González Rodríguez, Fominaya Gutiérrez y Duelo Marcos, 2006); Eddy Ives y Lora Espinosa, 2006).

Si tras pasar un tamizaje basado en los criterios diagnósticos del Manual Diagnóstico y Estadístico de los trastornos mentales (DSM-IV), se sospechara el trastorno, se recomienda obtener más información de los padres obtenida a través de una entrevista clínica

Como para hacer el diagnóstico es necesario que las conductas disruptivas estén en dos o más ambientes, también será preciso obtener información de los educadores del niño. Para ello también existen escalas y cuestionarios específicos del TDAH para maestros.

Por último, si todas las pruebas de screening anteriormente citadas siguen dando sospecha de un trastorno de atención/hiperactividad, es necesario descartar la presencia de otros trastornos comórbidos como pudieran ser: trastornos emocionales, problemas de aprendizaje, problemas de conducta, etc.

1.4.2.1. Pruebas complementarias

El DSM-IV es el método de referencia para el diagnóstico del trastorno y no

debe sustituirse por escalas derivadas de éste, que aunque son complementarias no son suficientes. Escalas para padres como SNAP-IV, Vanderbilt-ADHD o de Conners-CPRS-R pueden facilitar datos parecidos ante la imposibilidad de aplicar el DSM-IV a los padres en la consulta. Otras escalas aportan además datos no específicos del TDAH o del impacto general, como el DISC-IV.

Los profesores pueden aportar datos mediante escalas derivadas también del DSM-IV, como son la de Conners-CTRS-R para profesores y la modificada para la población española EDHA, además de las ya citadas SNAP-IV y Vanderbilt-ADHD en su versión para profesores; si no se cumplimentaran estas escalas por parte del profesorado, el personal encargado del tratamiento del niño deberá tener en cuenta los boletines e informes escolares regulares que aportan importante información, tanto del comportamiento como del rendimiento escolar. La realización de exámenes complementarios analíticos, electroencefalográficos o radiológicos no basados en hallazgos clínicos no está indicada (Fernández Pérez y López Benito, 2006).

Algunas pruebas neuropsicológicas evalúan la atención e impulsividad. Dichas pruebas son complementarias y su finalidad es el diagnóstico diferencial y facilitar las medidas terapéuticas de manera individualizada. (Fernández Pérez et al., 2009).

1.4.2.2. Exploración física

Ningún hallazgo físico es diagnóstico del TDAH. Siempre se debe registrar peso, talla, tensión arterial y la frecuencia cardiaca, ya que la necesidad de tratamiento farmacológico podría alterar algún parámetro citado o bien una alteración de los parámetros ser una contraindicación (Fernández Pérez y López Benito, 2006).

Conviene apreciar aspectos fenotípicos generales, posibles asimetrías y lesiones cutáneas, en el marco de una exploración física completa, además no olvidarnos de una exploración que incluya también la visión y la audición (Fernández Pérez et al., 2009).

1.4.3. Diagnóstico diferencial

El diagnóstico diferencial debe considerar las variaciones evolutivas relacionadas con la edad del niño: descartar retraso mental o trastornos del aprendizaje, detectar características sociales particulares (secuela de abuso o abandono, estimulación insuficiente o sobreestimulación excesiva, etc.), observar problemas pediátricos (defectos auditivos o visuales, epilepsia, trastornos del sueño, etc.), descartar hiperactividad inducida por sustancias exógenas

o fármacos, descartar problemas psiquiátricos (ansiedad, depresión, trastorno bipolar, trastornos del espectro autista, síndrome de Asperger en escolares y trastorno negativista desafiante sin TDAH).

1.5. Comorbilidad y evolución

Se entiende por comorbilidad aquellos trastornos psiquiátricos y de aprendizaje que coexiste con el diagnóstico de TDAH, es decir, aparecen 2 o más trastornos simultáneos, la cual cosa condicionan el abordaje, pronóstico y la presentación de cada proceso comórbido. El cuadro clínico del TDAH es lo primero que aparece, por lo que su diagnóstico precoz alerta a la posible aparición de las enfermedades comorbidas. Tener en cuenta que la comorbilidad es la norma y no la excepción del TDAH (Fernández Pérez et al., 2009).

Es algo muy común en este trastorno, más del 85% de los pacientes presentan al menos una comorbilidad añadida al TDAH y aproximadamente el 60% tienen al menos dos comorbilidades. Lógicamente coexisten más problemas cuanto más tiempo ha evolucionado el trastorno sin un tratamiento correcto (Hidalgo Vicario et al., 2007).

Algunas de las enfermedades coexistentes más comunes son: el trastorno negativista desafiante, las discapacidades lingüísticas y del aprendizaje, y los trastornos depresivos y de ansiedad (ADHD Parents Medication Guide, 2007).

Un estudio realizado por Palacio Cruz et al. (2008) expone que los adolescentes con trastorno bipolar tienen una alta comorbilidad con el TDAH, con índices que van del 57 al 93%. Además ha documentado que el riesgo de desarrollar un trastorno bipolar se incrementa 10 veces en sujetos de ambos sexos con TDAH al compararse con controles sin TDAH de la misma edad y sexo.

Respecto a la evolución de los niños que padecen esta enfermedad hay que tener en cuenta varios factores, por un lado las características del cuadro que determinan la severidad de éste en relación con la clínica (agresividad, hiperactividad, irresponsabilidad, etc.) y por otro lado los factores familiares y sociales (Pascual Castroviejo, 2008).

Algunos estudios longitudinales refieren que del 50-70% de los niños con TDAH aún lo presentarán en la adolescencia, y en el 25-40% persistirá en la edad adulta (Quintero Gutiérrez et al., 2009); esta información se corrobora por Vaquerizo (2008) que afirma del 60% de los síntomas del TDAH infantil persisten en la etapa adulta, por lo que se estima a una prevalencia del 4-5%. Sin embargo, la ausencia de una rutina diagnóstica en el adulto supone un problema añadido para conocer la realidad y la verdadera trascendencia de este problema después de la adolescencia. Si el 50% de los niños que sufren

TDAH no son identificados a tiempo, tampoco serán diagnosticados cuando llegan a adultos.

1.6. Tratamiento

Cuando hablamos del tratamiento en el TDAH, este debe ser multimodal y con una estrecha relación entre profesionales sanitarios, padres y profesores, además debe utilizar recursos psicofarmacológicos y psicoterapéuticos. Los objetivos del tratamiento son principalmente el control de los síntomas del TDAH, la comorbilidad asociada y la repercusión sobre el entorno familiar, escolar y social del paciente. (Loro López et al., 2009). Dicho de otra manera el método multimodal abarca cuatro parámetros: medicación, educación a padres, terapia conductual y apoyo en la escuela.

Con frecuencia los padres suelen escuchar “curas milagrosas” para este trastorno que carecen de validez científica. Algunos de estos tratamientos son las dietas especiales, los suplementos de hierbas, los tratamientos homeopáticos, la terapia visual, los tratamientos quiroprácticos, los tratamientos para la candidiasis, los medicamentos para los mareos, los entrenamientos con metrónomo, la estimulación auditiva, la kinesiología aplicada (la realineación de los huesos del cráneo) y la retroalimentación biológica de ondas cerebrales (ADHD Parents Medication Guide, 2007).

Muy contundentes son los estudios neurofarmacológicos al corroborar la eficacia de las anfetaminas en el tratamiento del TDAH. Fue Mercugliano en 1995, que tras repasar diversos estudios neurofarmacológicos, concluyó que los fármacos más eficaces son los que incrementan la transmisión noradrenérgica y dopaminérgica (Quintero Gutiérrez, 2009).

Actualmente están autorizados y comercializados dos medicamentos para tratar el trastorno de atención con/sin hiperactividad que son el metilfenidato y la atomoxetina, aunque el tratamiento de primera elección para el Trastorno por déficit de atención es principalmente el metilfenidato (psicoestimulante).

• METILFENIDATO:

Hay tres formulaciones diferentes de metilfenidato: preparados de liberación inmediata, liberación intermedia y liberación prolongada.

Tras más de 60 años de experiencia clínica queda demostrada la eficacia del metilfenidato en el tratamiento del TDAH (Lora Espinosa, 2004).

ESTUDIO	RESULTADOS
Metilfenidato frente a placebo	Evidencia de la efectividad del Metilfenidato
Metilfenidato frente a Dexamfetamina	Resultados inconsistentes
Metilfenidato solo frente a Intervenciones comportamentales solas.	A favor del Metilfenidato
Metilfenidato solo frente a tratamiento psicopedagógico multimodal.	A favor del Metilfenidato
Metilfenidato más Tratamiento de conducta frente a tratamiento conductual solo.	A favor del Metilfenidato más Tratamiento conductual

En un trabajo sobre la actualización del tratamiento del TDAH realizado en 2009 se vuelve a dejar plasmado la eficacia del metilfenidato (en todas sus presentaciones) en el tratamiento con TDAH, pero además expone que, a pesar de la alta eficacia del medicamento (65-85%) existe un porcentaje (entre el 20-35%) de afectados que no responden a estos tratamientos (Loro López, et al., 2009).

Se ha estudiado sobre la posible interferencia existente entre Metilfenidato y el crecimiento y en la búsqueda no se encuentran referencias claras en torno a esta posible interferencia, además los pocos estudios que hay se contradicen (Faraone, Biederman, Morley y Spencer, 2008).

El estudio MTA (estudio multimodal de tratamiento de niños con TDAH) evaluó las opciones de tratamiento que había sobre el TDAH en los años noventa y demostró que el metilfenidato era efectivo para el TDAH si se usaba de forma continua, además demostró la eficacia del tratamiento cognitivo-conductual para reducir los problemas asociados y mejorar las habilidades sociales y la autoestima del paciente. Por otra parte concluyó que el tratamiento combinado (farmacológico y cognitivo-conductual) era la medida terapéutica que mejor respondía en la evolución positiva de los pacientes y que incluso esta combinación en el tratamiento hacía que en mucho niños se redujera la dosis del medicamento. También dejó plasmado que el tratamiento sólo con medicación era el más eficiente en los casos en los que no se presentaban trastornos comórbidos (The MTA Cooperative Group, 1999).

También se ha abierto debate sobre el abuso del metilfenidato, pero la mayoría de estudios realizados en esta línea concluyen que recibir este tipo de medicamento promueve un factor protector frente al abuso de sustancias en adolescente (Loro López et al., 2009).

• ATOMOXETINA:

La atomoxetina es el primer fármaco no psicoestimulante aprobado para el tratamiento del TDAH. Es un inhibidor de la recaptación de la noradrenalina. Especialmente está indicado en pacientes con riesgo de abusos de sustancias, tics, ansiedad comórbida o trastornos del sueño, con la ventaja, además, de presentar un efecto continuo en el tiempo, a diferencia de los psicoestimulantes (Loro López et al., 2009; Garnock Jones y Keating, 2010).

En relación con la atomoxetina se ha constatado su eficacia y seguridad en el tratamiento del TDAH, y rivaliza en eficacia con el metilfenidato. La guía NICE, publicada en 2008, sitúa la atomoxetina como segunda elección, aunque hay ciertas situaciones en las que recomienda tanto el metilfenidato como la

atomoxetina por ejemplo cuando aparece ansiedad, en el síndrome de Tourette, en casos en los que aparezca abuso de fármacos, en trastornos por tics (no los provoca y además los disminuye) (Guía NICE, 2008; Kratochvil et al., 2007).

Hay un estudio reciente que compara la eficacia de atomoxetina frente a los distintos preparados del metilfenidato y concluye diciendo que la eficacia de atomoxetina frente a metilfenidato de liberación inmediata no es inferior ni significativamente menos eficaz, en cambio, la comparación de la atomoxetina frente el metilfenidato de liberación prolongada OROS demuestra que la atomoxetina es significativamente menos eficaz (Garnock Jones y Keating, 2010).

2. HIPÓTESIS Y OBJETIVOS

2.1. Hipótesis

El TDAH es un trastorno de elevada prevalencia y gran trascendencia para el futuro de los niños. Se destaca la falta de profesionales y equipos diagnósticoterapéuticos que asuman esta problemática.

Desde el inicio de los síntomas del TDAH hasta su diagnóstico pasa un largo período de tiempo, por lo que el niño comienza a padecer las consecuencias negativas de éste.

2.2. Objetivos

2.2.1. *Objetivo general*

Estimar la incidencia del trastorno de atención/hiperactividad y conocer la sintomatología de inicio que acompaña al trastorno en los niños de 5 a 12 años de la población de Xirivella (Valencia).

2.2.2. *Objetivos específicos*

- Incorporar un cuestionario validado al programa de Salud Infantil que pueda hacer sospechar un TDAH a partir de los 6 años de edad.
- Conocer, describir y analizar las principales características sociodemográficas de la población con un probable diagnóstico de TDAH.
- Iniciar y promover vínculos entre los Centros de Atención Primaria y los Centros escolares.
- Promover líneas de actuación preventivas para orientar a los padres y a los profesores.

3. MATERIAL Y MÉTODOS

En este apartado se describe la metodología, la técnica y los recursos aplicados en este trabajo de investigación. En primer lugar se procede a la descripción del diseño del estudio, los participantes y las variables sociodemográficas. A continuación se describe el tamaño de la muestra y el proceso utilizado para su cálculo. Posteriormente se detalla el diseño de los cuestionarios utilizados y el material utilizado. Finalmente se abordan los métodos estadísticos esenciales para los datos obtenidos en el estudio.

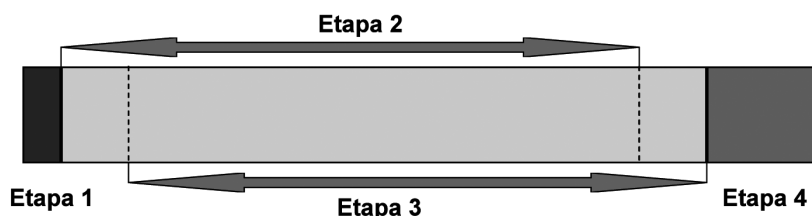
3.1. Diseño del estudio y participantes

Se ha realizado un estudio observacional tipo transversal para poder detectar pacientes con TDAH y evaluar la incidencia de este trastorno en los niños que acudieron a las revisiones del “Programa del Niño Sano” en un Centro de Salud situado en una zona urbana del área metropolitana de Valencia (Centro de Salud de Xirivella, Área 9 de Salud de la Comunidad Valenciana).

La población diana fueron los niños que acudieron a los controles de salud obligatorios establecidos por la Consellería de Sanidad durante los meses de Enero y Febrero del 2011. Sus edades oscilan entre los 5 y 12 años. Los criterios de exclusión fueron:

1. Usuarios que ya estaban diagnosticados previamente de TDAH.
2. Aquellos niños que presentaban alguna enfermedad neurológica o psiquiátrica ya tratados por un especialista.
3. Niños que en el momento del tamizaje estaban tomando de forma continúa algún tratamiento farmacológico que pueda influir en la atención o actividad motora.

La selección de pacientes se realizó de manera aleatoria y con previo consentimiento de los padres (anexo I). El período de recogida fue desde Diciembre a Marzo de 2011, llevado a cabo por la investigadora principal en colaboración con pediatras y enfermeras de las consultas de pediatría del Centro de Salud de Xirivella. Por lo tanto, el plan de trabajo realizado ha constado de 4 etapas de desarrollo: una primera etapa en la que se ha buscado información sobre los cuestionarios validados y estandarizados más utilizados para el cribado inicial del TDAH y elección del cuestionario definitivo (15 días); una segunda etapa en la que se ha iniciado el reclutamiento de los casos (3 meses); una tercera etapa en la que se han informatizado los datos sociodemográficos y las respuestas obtenidas de los test, creando la base de datos y la codificación de las variables a estudio (3 meses); y una cuarta etapa en la que se han analizado los datos, obteniendo los resultados pertinentes y elaborando las conclusiones del estudio (1 mes).



Se podría detectar un sesgo de selección de la muestra, ya que algunos niños, aún estando empadronados en Xirivella, pueden realizar los controles de salud en otros centros o consultas de pediatría privadas.

De todos los participantes se recoge información sobre variables sociodemográficas y ambientales: sexo, edad, número de hermanos, curso escolar, número de alumnos de la clase, nombre del colegio y gestión del colegio (privado o público). Además se recogieron datos sociodemográficos concerniente a los padres como son: nacionalidad, formación académica (titulaciones superiores, titulaciones medias, titulaciones básicas), situación laboral actual y estado civil.

3.2. Tamaño de la muestra

Para el cálculo del tamaño de la muestra necesaria para realizar éstas estimaciones y análisis estadísticos, se accedió a la Web:

<http://www.feedbacknetworks.com/cas/experiencia/sol-preguntar-calculador.htm>, donde se orienta dicho cálculo de la muestra para datos globales con la siguiente fórmula:

$$n = \frac{k^2 \cdot p \cdot q \cdot N}{(e^2 \cdot (N-1)) + k^2 \cdot p \cdot q}$$

Donde N: es el tamaño de la población o universo (número total de posibles encuestados).

k: es una constante que depende del nivel de confianza que asignemos.

Los valores k más utilizados y sus niveles de confianza son:							
K	1,15	1,28	1,44	1,65	1,96	2,00	2,58
Nivel de confianza	75%	80%	85%	90%	95%	95,5%	99%

e: es el error muestral deseado.

p: es la proporción de individuos que poseen en la población la característica de estudio.

q: es la proporción de individuos que no poseen esa característica, es decir, es $1-p$.

n: es el tamaño de la muestra (número de encuestas que vamos a hacer).

Para el cálculo de la muestra total a analizar, se ha necesitado saber el número total de todos los niños empadronados en Xirivella. Un total de 2340 niños con edades comprendidas entre 5 y 12 años forman el tamaño de la población o universo (N) (fuente de datos: información registrada por el SIA, servicio informático de ABUCASIS – Agència Valenciana de Salut, Conselleria de Sanitat, referente al año 2011) (anexo II).

Aplicando la fórmula anterior y considerando para nuestro estudio un nivel de confianza del 95% ($k=1,96$), una prevalencia estimada del TDAH del 6% ($p=0,06$), por lo tanto, $q=0,94$, y un error muestral del 5%, al aplicar dicha fórmula obtenemos una $n=84$ para la población de Xirivella.

Hemos estimado una prevalencia del trastorno de un 6%, haciendo una estimación media de todos los datos de prevalencia obtenidos en nuestra búsqueda bibliográfica (Quintero Gutiérrez et al., 2009).

3.3. Instrumentos y materiales

Para realizar el cribado inicial del TDAH desde la consulta de enfermería se utilizó inicialmente el cuestionario SNAP-IV (versión abreviada) y el cuestionario correspondiente a la primera recomendación de la Guía de Práctica Clínica (GPC) según la Academia Americana de Pediatría (AAP) (American Academy of Pediatrics, 2000) (anexo III y IV). El SNAP-IV es una revisión de la escala de Swanson, Nolan y Pelham (SNAP), validada y adaptada a los criterios del DSM-IV para el trastorno por déficit de atención/hiperactividad. Incluye la evaluación de dos síntomas cardinales de este trastorno: inatención (preguntas 1-9) e hiperactividad/impulsividad (preguntas 10-18). La escala permite la rápida valoración categorial clínica y/o dimensional. La valoración categorial significa que el cuestionario clasifica a la persona según unos criterios dicotómicos como poseedora o no de un determinado trastorno en función de un punto de corte establecido por la escala; la valoración dimensional considera que existe un continuum entre normalidad y patología y analiza los síntomas del trastorno estudiando su mayor o menor intensidad, permitiendo valorar grados de afectación. Los baremos no son españoles.

La escala puede ser contestada por los padres y los profesores. Las preguntas dibujan características de la conducta de niños con TDAH y se pregunta por la frecuencia de aparición de la misma, desde un valor 0 (no, o no del todo) hasta un valor 3 (sí, mucho). En cada hoja se pueden recoger hasta 4 evaluaciones lo que permite realizar directamente un seguimiento de la sintomatología de cada paciente a lo largo del tiempo. La puntuación se obtiene sumando los valores obtenidos en las distintas preguntas, pudiendo obtener las siguientes puntuaciones:

1. Para la puntuación de inatención hay que sumar la puntuación de las nueve primeras preguntas (preguntas relacionadas con la inatención) y dividirlo entre nueve.
2. Para conseguir la puntuación de hiperactividad/inatención hay que sumar las puntuaciones de las nueve últimas preguntas (preguntas relacionadas con hiperactividad/inatención) y dividirlo entre nueve.
3. Para la puntuación total hay que dividir la suma de todas la preguntas entre 18 (número total de preguntas del cuestionario).

Los puntos de corte de la validación original para padres y profesores difieren entre ellos y son los siguientes (Swanson, 1983; Swanson, Nolan y Pelham, 1983):

PUNTOS DE CORTE	PROFESOR	PADRES
Inatención (Valor SUMA INATENCIÓN/9)*	< 2.56	<1.78
Hiperactividad (Valor SUMA HIPERACTIVIDAD /IMPULSIVIDAD/9)*	<1.78	<1.44
Suma total (Valor SUMA TOTAL/18)*	<2.00	<1.67

**Punto de corte con una probabilidad de error del 5% de los casos.*

Las nueve preguntas iniciales que valoran el nivel de inatención de la escala son: ¿presta atención minuciosa a los detalles?, ¿tiene dificultad para permanecer atento?, ¿parece que no escucha cuando le hablan?, ¿termina el trabajo escolar o las tareas que le designan?, ¿tiene dificultad para ordenar sus tareas y actividades?, ¿evita o rechaza tareas que le exigen un esfuerzo mental sostenido?, ¿pierde material necesario para sus actividades y juegos?, ¿se distrae fácilmente por estímulos externos?, ¿olvida actividades diarias?

Por otro lado las nueve preguntas que valoran el nivel de hiperactividad/impulsividad de la escala son: ¿mueve manos y pies en exceso cuando está sentado?, ¿se levanta a menudo en clase o en situaciones en las que debe estar sentado?, ¿se mueve, columpia o trepa en situaciones en las que debe estar

sentado?, ¿suele jugar o participar en actividades y haciendo mucho ruido?, ¿está siempre listo para realizar cualquier actividad y se mueve rápidamente con si tuviera un motor?, ¿habla en exceso?, ¿responde a las preguntas antes de que hallas acabado la pregunta?, ¿tiene dificultad para esperar su turno?, ¿suele interrumpir o entrometerse en las conversaciones o juegos de los demás?

La primera recomendación de la AAP consta de 9 preguntas. La primera pregunta hace referencia al rendimiento escolar del niño y difiere en las respuestas según si el rendimiento es bueno, regular, malo o variable. Las siguientes preguntas y siguiendo el orden iniciado son: ¿el profesor ha detectado problemas de aprendizaje?, ¿es feliz en el colegio?, ¿tiene algún problema de conducta?, ¿sigue instrucciones de principio a fin?, ¿termina el trabajo escolar asignado?, ¿se accidenta en exceso?, ¿existen signos de inatención?, ¿los padres deben de sentarse a su lado para que haga los deberes? Si el cuestionario puntúa “sí” en los ítems nº 2, 4, 7, 8 y 9 y puntúa “no” en los nº 3, 5 y 6 y además la respuesta a la pregunta sobre el rendimiento académico es regular, malo o variable, objetivado, la sospecha de TDAH se hace más evidente.

3.4. Procedimiento

Debido al cambio que se produce en el ciclo de escolarización (inicio de primaria entre los 5-6 años e inicio de la ESO entre los 11-12 años), los niños deben presentar un informe de salud a los centros escolares. Es en este momento cuando el cribado del TDAH se hace idóneo y, aprovechando esta visita, los padres respondieron al cuestionario SNAP-IV y a las preguntas recomendadas por la GPC de la AAP. No obstante, en este estudio también se realizó el screening, a una pequeña proporción de niños, que no acudían para los controles rutinarios, si no por otros motivos y sus edades oscilan entre los 5 y 12 años.

Inicialmente, el cuestionario SNAP-IV y las preguntas de la GPC, fueron rellenados por los padres que acudían a la consulta con sus hijos. El tiempo dedicado a la contestación de dicho test no superó los 15 minutos y se aprovechó el momento en el que al niño se le realizaban las pruebas antropométricas, de visión y audición de la revisión pediátrica para que la madre lo contestara.

Si la puntuación del SNAP-IV para la versión de los padres no sobrepasó el punto de corte, y tampoco se sospechó el diagnóstico tras responder a las preguntas de la GPC, se descartó el trastorno. En cambio, aquellos casos en los que el resultado del cuestionario marcó una puntuación mayor que el punto de corte establecido (teniendo en cuenta que los síntomas aparecieron hace más de 6 meses y antes de los 6 años) y/o las respuestas de las preguntas de la GPC hicieron sospechar el trastorno, se les dio a los padres otro SNAP-IV para que

lo rellenara el profesor del niño. En los casos en los que la puntuación del test del profesor no superó el punto de corte, también se descartó el trastorno (el TDAH debe aparecer en dos ambientes) aunque en estos casos se realizó una consulta con el pediatra para alertar sobre la elevada puntuación obtenida en el SNAP-IV contestada por los padres y volver a realizar los mismos cuestionarios pasado unos meses o incluso sospechar y/o descartar otra posible patología.

Si tras el tamizaje de los profesores, el resultado siguió superando el punto de corte establecido, se prosiguió con la evaluación del proceso, es decir, los datos obtenidos, fueron comentados individualmente al pediatra y se determinó finalmente el diagnóstico o no del trastorno. También se valoró la necesidad de iniciar el tratamiento oportuno o la derivación de estos a otros especialistas si la gravedad lo requería.

Además la madre/padre recibía unos conocimientos básicos del TDAH, donde se le explicaba en qué consistía el trastorno, cuales eran los síntomas que nos habían hecho sospechar que su hijo podría tener un TDAH y resolviendo cualquier duda que pudiera surgirles (anexo V).

3.5. Métodos estadísticos

Se creó una base de datos informáticos con la información obtenida de los individuos, revisados por dos investigadores como control de calidad. Tras introducir, depurar y codificar los datos, se analizaron con ayuda del software estadístico SPSS v15. En una primera etapa se obtuvieron los estadísticos descriptivos de las variables continuas y categóricas con el fin de conocer y de resumir las características de la muestra. Se realizaron comparaciones de medias y de porcentajes de variables cualitativas y cuantitativas para conocer asociaciones entre variables. A partir de algunas variables continuas originales, se crearon otras variables secundarias categóricas a partir de las medianas, o de convenientes n-tiles. Para la estimación de diferencias de las medias entre dos grupos independientes se utilizó el test de la t de Student previa determinación de la homogeneidad de las varianzas mediante el test de Levene. La normalidad de las variables se comprobó mediante el test de Kolmogorov-Smirnov y gráficas de distribución de frecuencias. Cuando la variable original no mostró una distribución normal, se aplicaron transformaciones matemáticas (logaritmo, raíz cuadrada, potenciación al cuadrado, etc.) para conseguir la normalidad. El grado de asociación entre dos variables se estimó mediante técnicas de regresión lineal simple, incluyendo el control de potenciales variables de confusión. Mediante la regresión logística simple se estimaron los riesgos (Odds

Ratio) asociados a cada una de las variables estudiadas. En todos los modelos ajustados se verificó siempre que se cumplían los requisitos previos aplicando los test de control correspondiente.

3.6. Consideraciones éticas

Al ser un estudio observacional, sólo se precisó el cumplimiento de la ley 15/1999 de Protección de Datos de Carácter Personal, por lo que la información recogida de los pacientes fue codificada con las iniciales del nombre y apellidos del paciente para que no pudieran ser identificados los datos con el sujeto en cuestión y mantener su confidencialidad. El proyecto fue informado a la dirección del centro (anexo VI) y aprobado por el comité de ética del departamento de Salud. Tras informar detalladamente, se contó con el consentimiento informado del los padres de cada uno de los participantes.

4. RESULTADOS

4.1. Características generales de la muestra estudiada

En este apartado se muestran las características generales de la población analizada del Centro de Salud de Xirivella. En la muestra desarrollamos las variables de edad, sexo, nacionalidad de los padres, nivel de estudios de los padres, el estado civil y la situación laboral de estos, el número de hermanos, el curso escolar que cursa actualmente y el tipo de gestión del colegio en el que estudian los niños.

El 87,2% de las encuestas han sido contestadas por la madre, el 7,3% han sido contestados por los padres y en el 5,5% de los casos han sido respondidas por ambos conjuntamente. En ningún caso los padres se han negado a colaborar en el estudio, por lo que la participación de estos ha sido del 100%.

4.1.1. Edad y Sexo

La muestra estudiada consta de un total de 109 niños, de ellos 59 son niños (54,1%) y 50 son niñas (45,9%) y sus edades están comprendidas entre 5 y 12 años.

Tabla 1. Distribución de la muestra según su edad.

	n	%
5 años	34	31,2
6 años	16	14,7
7 años	11	10,1
8 años	12	11,0
9 años	8	7,3
10 años	5	4,6
11 años	16	14,7
12 años	7	6,4

La media de edad global de toda la muestra es 7,5 años (DT 2,4), 7,4 años (DT 2,3) para el grupo masculino y 7,7 (DT 2,6) en el grupo femenino. Sin observarse diferencias estadísticamente significativas entre sexo.

4.1.2. Nacionalidad de los padres

La mayoría de la población encuestada tiene nacionalidad española (84,4%). En segundo lugar destaca Ecuador con un 4,6%, seguido de Rumania 3,7% y Bulgaria con un 2,8%. El resto de nacionalidades representan cada uno el 0,9% del total de encuestados. En la figura siguiente se muestra el origen de las nacionalidades de los padres encuestados.

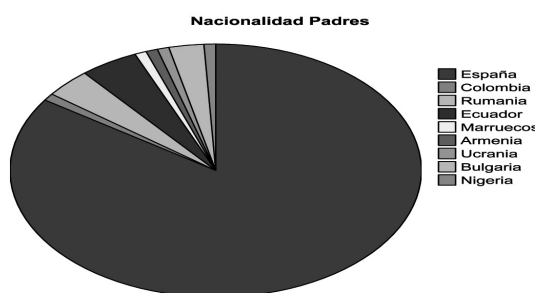


Figura 1. Distribución de nacionalidad de los padres encuestados

4.1.3. Nivel de estudios de los padres

Respecto a la formación académica de los padres el 57,1% tiene un nivel de estudios básicos, el 29,6% tiene estudios medios y el 13,3% tiene estudios superiores.

Los datos referidos a las madres son que un 48% posee un nivel de estudios básicos, el 40% tiene un nivel medio y el 12% tiene un nivel de estudios superiores.

4.1.4. Estado civil de los padres

La situación civil de la población presenta un 83,3% de casados/as, un 13% de separados/as, un 2,8 de solteros/as y un 0,9% son viudos/as.

