

Análisis de la implantación de Planes de Cuidados, a través de GACELA, en las unidades médicas del Hospital Santa Bárbara de Soria

Analysis of the implantation of Plans of Cares, through GACELA, in the medical units of the Hospital Santa Barbara of Soria

Autora: Olga Buergo García

Dirección de contacto: olgabuer@hotmail.com

Cómo citar este artículo: Buergo García O. Análisis de la implantación de planes de cuidados a través de GACELA, en las unidades médicas del Hospital Santa Bárbara de Soria. NURE Inv [Internet]. Jul-Ago 2013 [citado día mes año]; 10(65):[aprox. 18 p.]. Disponible en: http://www.fuden.es/FICHEROS_ADMINISTRADOR/ORIGINAL/NURE66_original_gacela.pdf

Fecha recepción: 10/05/2012

Aceptado para su publicación: 28/09/2012

Resumen

Introducción. Para afrontar las necesidades de cuidados son necesarios registros clínicos que aseguren la continuidad de los mismos. **Objetivo.** Analizar la implantación de Planes de Cuidados en las unidades médicas del Hospital Santa Bárbara de Soria a través de GACELA Care. **Material y Método.** Estudio descriptivo transversal. Se analizaron 776 episodios. Variables a estudio, pacientes con Planes de Cuidados, con Protocolo de Ingreso en la unidad y de autocuidados, Diagnósticos de Enfermería, Complicaciones Potenciales y Evaluación de Resultados al ingreso y al alta. **Resultados.** De los 776 episodios analizados el 74,48% presentaban un correcto registro de Plan de Cuidados. Se registraron un total de 1070 diagnósticos enfermeros en todas las unidades de los cuales 526 eran diagnósticos enfermeros reales (49,15%), mientras que 544 eran de riesgo (50,84%). El diagnóstico enfermero de mayor prevalencia fue el Riesgo de infección. La complicación potencial que se registró con mayor frecuencia fue el Dolor. De los 578 episodios que tenían plan de cuidados bien registrados en las tres unidades, sólo en 131 de ellos se habían medido indicadores al ingreso del paciente (22,66%). En ninguno de los episodios estaban medidos indicadores al alta del paciente. **Conclusión.** Se precisan desarrollar nuevas estrategias de gestión, así como acciones formativas encaminadas a dotar a los profesionales de conocimientos y habilidades para la correcta elaboración de Planes de Cuidados a través de GACELA y la evaluación de resultados.

Palabras clave

Proceso de enfermería; Atención de enfermería; Cuidados de enfermería; Diagnóstico de enfermería; Plan de cuidados.

Abstract

Introduction. In order to confront the necessities of cares they are necessary clinical registries that they assure the continuity such. **Objective.** To analyze the implantation of Plans of Taken care of in the medical units of the Hospital Santa Barbara of Soria through GACELA Care. **Material and Method.** Descriptive and cross-sectional study. 776 events were analyzed. Study variables were: patients with care plans, with protocol unit admission and self-care, nursing diagnosis, potential complications, and outcomes assessment at admission and discharge. **Result.** Of the 776 episodes analyzed, 74.48% had a correct record of care plans. There were registred 1070 nursing diagnosis, in all units from which 526 were real nursing diagnosis (49.15%), while 544 were at risk (50.84%). The most prevalent nursing diagnosis was the risk of infection. The potential complications registration more often was pain. Of the 578 episodes that were recorded on the care plans either three units, only 131 of them had been measured indicators of patient admission (22.66%). In none of the episodes were measured indicators to discharge. **Conclusion.** They need to develop new management strategies and training activities aimed at providing professional knowledge and skills for the proper development of Care Plans through GACELA and evaluation of results

Key words

Nursing process; Nursing Attention; Nursing care; Nursing diagnosis; Care plan.

Centro de Trabajo: Complejo Asistencial de Soria.

INTRODUCCIÓN

Una de las características definitorias de cualquier disciplina profesional, es utilizar una metodología propia para resolver los problemas de su competencia. La metodología científica utilizada en la práctica enfermera recibe el nombre de Proceso Enfermero (PE). Diferentes estudios han abordado el PE como el punto focal, el núcleo o la esencia de la práctica de la enfermería (1).

El PE es un método sistematizado de brindar cuidados humanistas centrados en el logro de resultados, que consta de cinco etapas: valoración, diagnóstico, planificación, ejecución y evaluación (2-4), para cada una de ellas contamos con una herramienta útil, que nos hace posible pasar del PE teórico a un sistema de trabajo realista. La **valoración**, es la primera etapa de PE, se recoge y organiza la información sobre el estado de salud del individuo, familia y entorno. Puede ser realizada desde diferentes modelos de enfermería. En la fase de formulación de los **Diagnósticos**, se interpretan los datos obtenidos en la valoración, y se concluye con la identificación y formulación de los problemas de salud, utilizando la clasificación de los Diagnósticos Enfermeros de la NANDA (North American Nursing Diagnosis Association) (5). En la **Planificación de los Cuidados** se establecen los cuidados de enfermería para prevenir, minimizar o eliminar los problemas detectados, aplicando la Clasificación de los Resultados Enfermeros NOC (Nursing Outcomes Classification) (6). La **Ejecución** de las actividades, se realiza en base a la Clasificación de Intervenciones Enfermeras NIC (Nursing Interventions Classification) (7). En la fase de **Evaluación** se realiza la comparación planificada y sistematizada entre el estado de salud del paciente y los resultados esperados.

El Plan de Cuidados (PC) es la expresión concreta del PE, es el resultado final al que se llega a través de esta metodología científica. En él se han de reflejar; los Diagnósticos de Enfermería (DdE), los problemas interdependientes o Complicaciones Potenciales (CPO) que se definen como "aquellos problemas reales o potenciales en los que el usuario requiere que la enfermera realice por él las actividades de tratamiento y control prescritas por otro profesional, generalmente el médico" (8)

Carpenito define los DdE: "explicación que describe un estado de salud o una alteración real o potencial en los procesos vitales de una persona (fisiológico, psicológico, sociológico, de desarrollo y espiritual)" (9).

Según Gordón, es un "problema de salud real o potencial que las/los profesionales de enfermería, en virtud de su formación y experiencia, tienen capacidad y derecho legal de tratar" (10).

AENTDE (Asociación Española de Nomenclatura, Taxonomía y Diagnósticos de Enfermería) lo define como: "Juicio clínico, sobre la respuesta de una persona, familia o comunidad a etapas de la vida/ problemas de salud reales o potenciales, que el personal profesional de enfermería identifica, valida y trata de forma independiente" (11).

En este trabajo se asume la definición de DdE que hace la NANDA: "Juicio clínico sobre la respuesta de una persona, familia o comunidad frente a problemas de salud/ procesos vitales reales o potenciales. El DdE proporciona la base para la selección de las intervenciones enfermeras destinadas a lograr los objetivos de los que la enfermera es responsable" (5).

Los DdE se han aplicado a nivel internacional y se han investigado ampliamente, una revisión de la literatura reveló gran cantidad de publicaciones relacionadas con el uso de los diagnósticos de enfermería (12).

La tendencia del ejercicio profesional de enfermería está encaminada a la elaboración de planes de cuidados, basados en la taxonomías NANDA, NIC y NOC Distintos estudios apoyan la aplicación que el uso de estas taxonomías tienen en la práctica de enfermería (13-15), existiendo un vínculo entre estas tres clasificaciones (16). Sin clasificaciones, la enfermería ha tenido dificultades para comunicar de una manera clara, precisa y coherente los problemas clínicos de enfermería (17,18). Requisito imprescindible es la formación de las enfermeras en el uso de estas taxonomías para poder garantizar la aplicación de este conocimiento en la planificación de los cuidados con el fin de lograr la calidad en la práctica asistencial (12,13,19,20).

Para la investigación clínica, una taxonomía propia proporciona una estructura para el desarrollo de nuevos conocimientos. Cada categoría diagnóstica, las características que la definen, además de las intervenciones de enfermería con que se relaciona, deben desarrollarse y comprobarse a través de la investigación (21).

Para hacer frente a las necesidades de cuidados de forma coordinada, es necesario disponer de registros clínicos que aseguren la continuidad de los cuidados y estén integrados en la historia clínica global de los pacientes (22).

En el año 2007 Sacyl (Sanidad Castilla y León), en sus líneas estratégicas decidió implantar el aplicativo informático de gestión de cuidados GACELA (Gestión Avanzada de Cuidados de Enfermería Línea Abierta) en los hospitales de la Comunidad Autónoma. Esta aplicación informática está diseñada con unos objetivos estructurados en tres dimensiones:

- Una dimensión estructural, cuya finalidad es recoger bajo soporte informático todos los cuidados y actividades que el profesional de enfermería realiza en su práctica diaria.
- Una dimensión de proceso, cuya pretensión es homogeneizar la práctica cuidadora entre las enfermeras asistenciales.
- Y por último una dimensión de resultados, estableciendo un sistema de evaluación estadístico-informático, a partir de la información obtenida de las diferentes actuaciones realizadas, a través de indicadores de calidad consensuados.

La implantación de GACELA Care en el Complejo Asistencial de Soria (CAS), se realizó en tres fases:

- 1) Formación en metodología del PE, dirigido a todo el personal de enfermería del Complejo Asistencial, teniendo como referencia el marco teórico de Virginia Henderson y el uso de las taxonomías enfermeras NANDA, NOC y NIC (NNN). Desde Noviembre de 2008 hasta Abril de 2009.
- 2) Formación práctica del aplicativo. Desde Enero de 2009 hasta Mayo de 2009.
- 3) Implantación y registro en GACELA de PC individualizados, con DdE, CPO, Protocolos de ingreso en la unidad y de autocuidados, y evaluación de resultados. Con un periodo de duración desde Noviembre 2009 hasta Mayo 2010.

OBJETIVOS

General

- Analizar el correcto registro de Planes de Cuidados Individualizados y evaluación de resultados en las unidades médicas del Hospital Santa Bárbara de Soria; Digestivo (UE3A), Neumología-Cardiología (UE3B) y Hematología-Oncología-Neurología (UE5A).

Específicos

- Determinar el número de episodios con PC bien elaborados.
- Identificar DdE (reales y de riesgo) y CPO de mayor prevalencia en las unidades de hospitalización médica del Hospital Santa Bárbara de Soria.
- Determinar los DdE vinculados a cada necesidad.
- Conocer los DdE de mayor prevalencia y establecer orientaciones para la correcta elaboración de los mismos, con el fin de unificar la adecuada práctica como garantía para el proceso asistencial.

MATERIAL Y MÉTODO

Se realizó un estudio descriptivo transversal. La muestra consta de 776 episodios de pacientes (288 corresponden a la UE3A, 259 a la UE3B y 229 a la UE5A), ingresados desde el 1 de Octubre de 2010 a 31 de Enero de 2011 en las unidades médicas del Hospital Santa Bárbara de Soria, registrados con el programa GACELA care versión 1.6.4. (23).

Tanto las enfermeras como las supervisoras de las tres unidades, previo a la implantación de la tercera fase del aplicativo GACELA, recibieron un curso de formación sobre "Elaboración y registro de Planes de Cuidados, a través de GACELA Care", con el objetivo general de adquirir conocimientos, habilidades y actitudes necesarias para la aplicación de la metodología enfermera y teniendo como objetivos específicos: revisar la valoración enfermera, describir el proceso enfermero, señalar la taxonomía NANDA-NOC-NIC y aplicarla a la práctica.

Dado que la tercera fase de implantación del aplicativo en todo el Hospital Santa Bárbara finalizó en Mayo de 2010, se seleccionó para la realización del estudio el periodo comprendido entre el 1 de Octubre de 2010 y 31 de Enero de 2011, para garantizar que los registros de PC han sido realizados en su mayoría por enfermeras pertenecientes a la plantilla fija de la unidad, al no tratarse de periodos estivales.

Herramientas

- Programa de Admisión o Gestión de camas o Lista de espera HP-HIS, para la obtención del número de episodios de pacientes ingresados en este intervalo de tiempo.
- Programa GACELA Care versión 1.6.4 (23) para la revisión de episodios.

Análisis de los datos

- Los datos se recogieron en una hoja de cálculo, Excel, incluida en el paquete Microsoft Office.
- La elaboración del documento se realizó mediante el procesador de texto, Word, del citado paquete informático.

VARIABLES DE ESTUDIO

- Pacientes con planes de cuidados individualizados elaborados correctamente.
- Pacientes a los que se ha aplicado el protocolo de ingreso en la unidad.
- Pacientes a los que se ha aplicado el protocolo de autocuidados.
- DdE de mayor prevalencia en cada una de las unidades.
- CPO más frecuentes.
- Evaluación de Resultados y medición de indicadores al ingreso y al alta del paciente.

Instrumentos de medida

Los criterios para determinar si el PC estaba elaborado correctamente, fueron establecidos por la Dirección de Enfermería del centro hospitalario y la Comisión de Cuidados del mismo.

Los PC debían ser realizados en las primeras 24 horas desde el ingreso del paciente y debían incluir:

- Protocolo de Ingreso en la unidad.
- Protocolo de autocuidados de ayuda total, parcial o paciente autónomo, en función de la puntuación obtenida al realizar el Barthel (24) al paciente en el momento del ingreso.
- DdE reales o de riesgo, según la Taxonomía NANDA, con Resultados con sus indicadores e Intervenciones con actividades. CPO también llamados problemas de colaboración, con Resultados con sus indicadores e Intervenciones con actividades, se utiliza para nombrarlos terminología médica.
- Los Resultados e Intervenciones se establecen en base a las taxonomías NOC y NIC.
- Los Resultados deben estar evaluados y medidos al ingreso y al alta del paciente.

RESULTADOS

De los 776 episodios analizados, el 74,48% (578), presentaban un correcto registro de PC (**Gráfico 1**).

El protocolo de ingreso en la unidad fue registrado en el 99,22% es decir en 770 episodios. El 93,94% de los episodios (729), tenían registrado el protocolo de autocuidados correspondiente en función de la puntuación obtenida en el Barthel.

El 32,04% de los DdE registrados en las unidades procede de un PC estandarizado. El resto proviene de una valoración general del paciente por necesidades básicas de Virginia Henderson (4). En la **Tabla I** quedan reflejados los DdE registrados por las enfermeras de las unidades y vinculados a cada una de las necesidades.

Se registraron un total de 1070 DdE en todas las unidades de los cuales 526 son DdE reales (49,15%), mientras que 544 son de riesgo (50,84%) (**Gráfico 2**).

Los 6 DdE más prevalentes hallados en la UE3A son: Patrón respiratorio ineficaz, Intolerancia a la actividad, Riesgo de déficit de volumen de líquidos, Hipertermia, Ansiedad y Riesgo de infección. Es de destacar que del total de los DdE registrados, el 51,34% corresponde al Riesgo de infección. En la UE3B los DdE más frecuentemente registrados son: Patrón respiratorio ineficaz, Deterioro del intercambio gaseoso, Limpieza ineficaz de las vías aéreas, Deterioro de la movilidad física, Intolerancia a la actividad y Riesgo de infección. Del total de los DdE registrados en la unidad, el 33,70% corresponde al Riesgo de infección. La mayor prevalencia de DdE registrados en la UE5A corresponde a: Patrón respiratorio ineficaz, Deterioro de la movilidad física, Riesgo de deterioro de la integridad cutánea, Deterioro de la comunicación verbal, Riesgo de estreñimiento y Riesgo de infección. El Riesgo de infección aparece con una prevalencia de 19,68%. (**Tabla I**).

Con los DdE reflejados en la **Tabla I**, se diseñó una Hoja-guión (**Anexo**) con los DdE de mayor prevalencia en las unidades médicas del Hospital Santa Bárbara de Soria, con la finalidad de proporcionar apoyo y refuerzo a las enfermeras de las unidades médicas, en la cumplimentación de Planes de Cuidados.

Se registraron 174 CPO en las tres unidades de enfermería, siendo el Dolor la CPO que con mayor frecuencia se registro en un porcentaje del 36%, 66,66% y 47,05% que corresponde respectivamente a la UE3A, UE3B y UE5A.

Gráfico 1. Registro de PC en unidades médicas del Hospital Santa Bárbara de Soria.

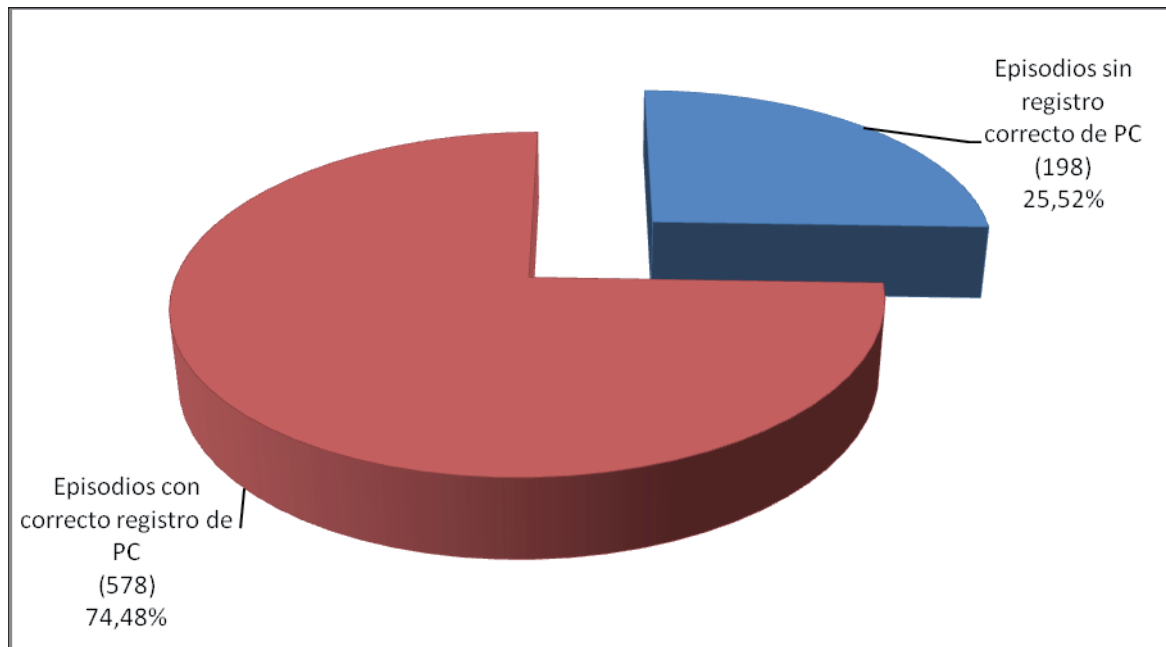


Gráfico 2. DdE registrados en las unidades médicas del Hospital Santa Bárbara de Soria.

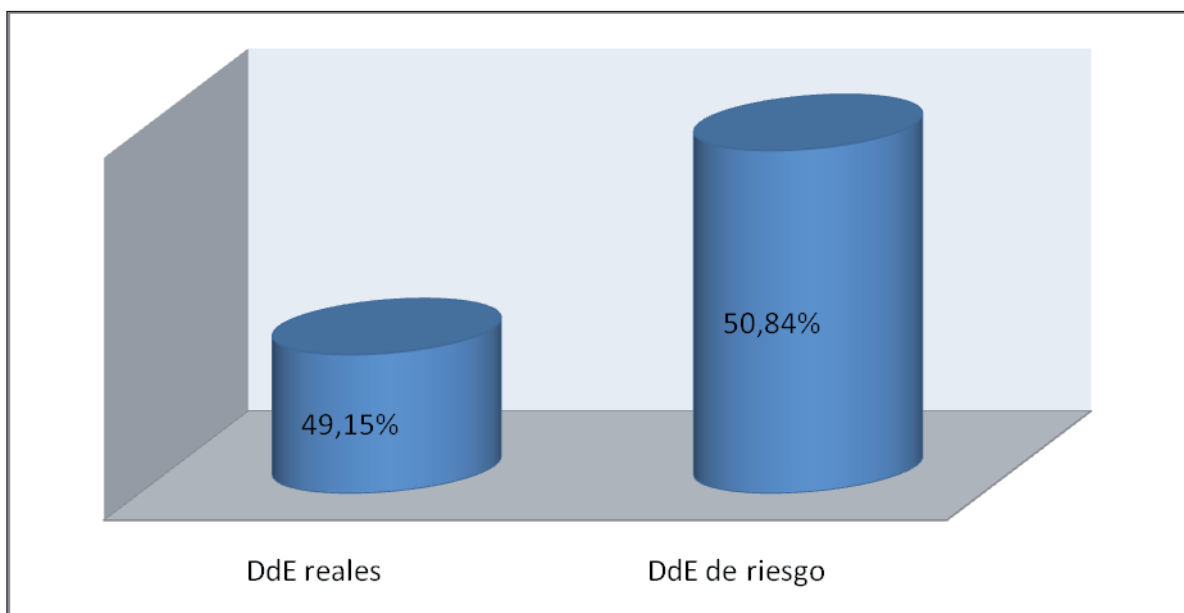


Tabla I. Diagnósticos enfermeros por necesidades en unidades médicas del Hospital Santa Bárbara de Soria.

| Necesidad | Diagnóstico enfermero | Unidades de enfermería | Número | Porcentaje |
|--------------------------|--|------------------------|--------|------------|
| N1- Respirar normalmente | Limpieza ineficaz de las vías aéreas | UE3A | 5 | 0,95% |
| | | UE3B | 13 | 4,81% |
| | | UE5A | 10 | 3,59% |
| | Deterioro del intercambio gaseoso | UE3A | 5 | 0,95% |
| | | UE3B | 15 | 5,55% |
| | | UE5A | 4 | 1,43% |
| | Patrón respiratorio ineficaz | UE3A | 46 | 8,81% |
| | | UE3B | 79 | 29,25% |
| | | UE5A | 24 | 8,63% |
| | Riesgo de aspiración | UE3A | 3 | 0,57% |
| | | UE5A | 8 | 2,87% |
| N2- Comer y beber | Exceso de volumen de líquidos | UE3A | 3 | 0,57% |
| | Déficit de volumen de líquidos | UE3A | 2 | 0,38% |
| | Desequilibrio nutricional por exceso | UE3A | 1 | 0,19% |
| | | UE3B | 3 | 1,11% |
| | Desequilibrio nutricional por defecto | UE3A | 4 | 0,76% |
| | | UE3B | 4 | 1,48% |
| | Riesgo de glucemia inestable | UE3A | 1 | 0,19% |
| | | UE5A | 4 | 1,43% |
| | Riesgo de déficit de volumen de líquidos | UE3A | 17 | 3,25% |
| | | UE5A | 3 | 1,07% |
| N3- Eliminación | Estreñimiento | UE3A | 3 | 0,57% |
| | | UE5A | 1 | 0,35% |
| | Diarrea | UE3A | 10 | 1,91% |
| | | UE5A | 9 | 3,23% |
| | Incontinencia fecal | UE3A | 1 | 0,19% |
| | | UE3B | 1 | 0,37% |
| | Riesgo de estreñimiento | UE3A | 11 | 2,10% |
| | | UE3B | 3 | 1,11% |
| | | UE5A | 14 | 5,03% |
| | Retención urinaria | UE3B | 1 | 0,37% |
| | Deterioro de la eliminación urinaria | UE5A | 1 | 0,35% |
| N4- Movilización | Deterioro de la movilidad física | UE3A | 13 | 2,49% |
| | | UE3B | 18 | 6,66% |
| | | UE5A | 31 | 11,15% |
| | Deterioro de la deambulacion | UE3A | 2 | 0,38% |
| | | UE5A | 5 | 1,79% |

| Necesidad | Diagnóstico enfermero | Unidades de enfermería | Nº | Porcentaje |
|---------------------------|--|------------------------|-----------------|----------------------------|
| | Intolerancia a la actividad | UE3A UE3B UE5A | 42 12 12 | 8,04% 4,44% 4,31% |
| | Riesgo de disfunción neurovascular periférica | UE3A UE3B UE5A | 2 3 3 | 0,38% 1,11% 1,07% |
| N5- Reposo/ sueño | Insomnio | UE3A | 4 | 0,76% |
| N7- Temperatura | Hipertermia | UE3A UE3B UE5A | 17 6 13 | 3,25% 2,22% 4,67% |
| | Riesgo de desequilibrio de la temperatura corporal | UE3B | 1 | 0,375 |
| N8- Higiene/ piel | Deterioro de la integridad tisular | UE3A UE3B UE5A | 1 2 1 | 0,19% 0,74% 0,35% |
| | Deterioro de la mucosa oral | UE3A UE5A | 14 7 | 2,68% 2,51% |
| | Riesgo de deterioro de la integridad cutánea | UE3A UE3B UE5A | 12 3 14 | 2,29% 1,11% 5,03% |
| | Deterioro de la integridad cutánea | UE5A | 4 | 1,43% |
| N9- Seguridad | Ansiedad | UE3A UE3B UE5A | 21 6 13 | 4,02% 2,22% 4,67% |
| | Trastorno de los procesos del pensamiento | UE5A | 2 | 0,71% |
| | Manejo inefectivo del régimen terapéutica | UE5A | 1 | 0,35% |
| | Riesgo de infección | UE3A UE3B UE5A | 268 91 55 | 51,34% 33,70% 19,68% |
| | Riesgo de traumatismo | UE3A UE3B | 2 5 | 0,38% 1,85% |
| | Riesgo de caídas | UE3A UE3B UE5A | 6 2 13 | 1,14% 0,74% 4,67% |
| N10- Comunicación | Deterioro de la comunicación verbal | UE3A UE5A | 4 22 | 0,76% 7,91% |
| N12- Trabajar/ realizarse | Desempeño inefectivo del rol | UE3B | 2 | 0,74% |
| | Baja autoestima situacional | UE5A | 1 | 0,35% |
| N14- Aprender | Conocimientos deficientes | UE3A UE5A | 2 3 | 0,38% 1,07% |

De los 578 episodios que tenían PC bien registrados en las tres unidades, sólo en 131 de ellos se habían medido indicadores al ingreso del paciente (22,66%). En 361 episodios (62,45%) estaban sin medir, y en el resto, 86 episodios (14,87%) los Resultados se habían confirmado pero no se habían medido indicadores (**Gráfico 3**). En ninguno de los episodios estaban medidos indicadores al alta del paciente.

DISCUSIÓN

El estudio refleja que el 74,48% (578) de los episodios analizados presentan un correcto registro de PC. Teniendo en cuenta que anteriormente en los registros en formato papel no se trabajaba con Planes de Cuidados, puede considerarse un porcentaje elevado, aunque dista del 100%. Resultados similares se muestran en otros estudios (21).

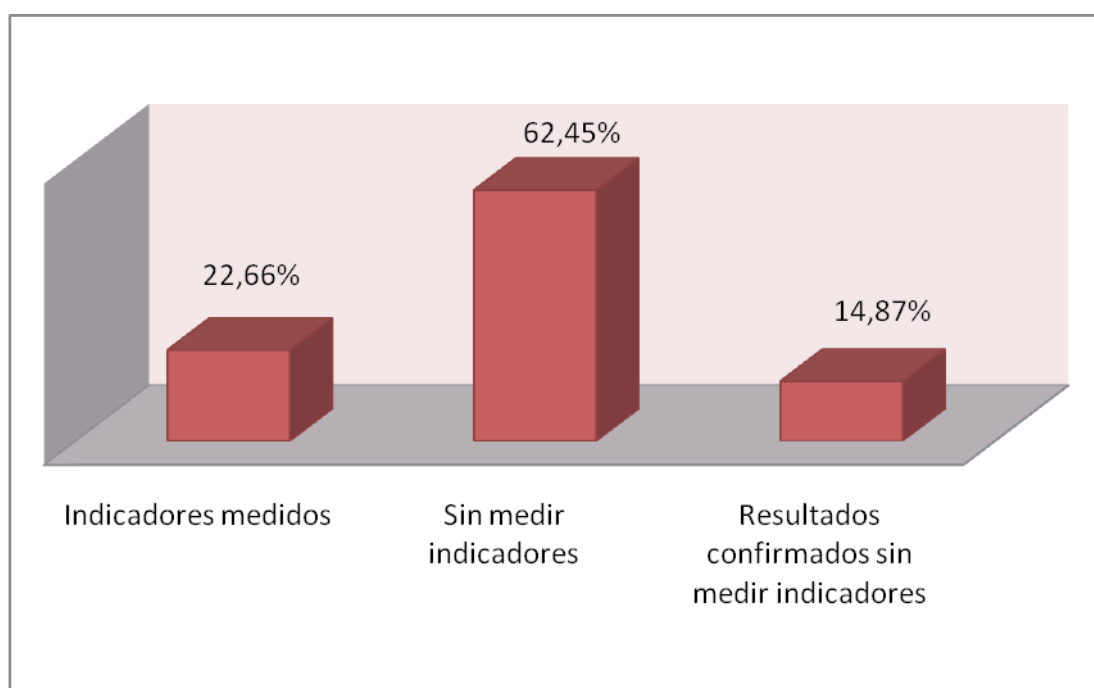
El porcentaje de registro del protocolo de ingreso en la unidad es superior al 99% en las tres unidades médicas. En cuanto al protocolo de autocuidados el porcentaje de registro supera el 90%.

Los DdE explican la mayor parte de las cargas de trabajo del personal de enfermería. Desde el punto de vista de la gestión es fundamental la medición de la aportación del enfermero al producto sanitario, para ello es fundamental el estudio de cargas de trabajo ligadas a los DdE; como predictores de las necesidades de cuidados y los costes del personal.

La identificación de los DdE nos permite la planificación de las actividades de enfermería desde un punto de vista preventivo, mejorando los cuidados de nuestros pacientes. Los DdE Patrón respiratorio ineficaz y Riesgo de infección son comunes a las tres unidades de nuestro estudio. La identificación de los DdE registrados en las distintas unidades permite conocer los diagnósticos de mayor prevalencia en las unidades médicas y establecer orientaciones para la correcta elaboración de los mismos, con el fin de unificar la adecuada práctica como garantía para el proceso asistencial (**Anexo**, Hoja-guión; DdE de mayor prevalencia en las unidades médicas del Hospital Santa Bárbara de Soria).

Estudios similares analizan los DdE registrados por las enfermeras en distintas unidades de hospitalización (25-31).

Gráfico 3. Episodios con Resultados medidos al ingreso del paciente.



Es de destacar, a partir del análisis de los resultados, la identificación de muchos diagnósticos de riesgo. Al contemplar un DdE de riesgo se prevé con anticipación qué cuidados debemos realizar o qué parámetros debemos vigilar para evitar que se convierta en real un problema que en ese momento es sólo potencial. El 76,30%, 40% y 41% de los DdE registrados por las enfermeras en las unidades UE3A, UE3B y UE5A respectivamente, corresponden a DdE de riesgo, siendo "Riesgo de infección" el de mayor prevalencia en todas las unidades. Esto nos lleva a concluir que las actividades de prevención son un elemento fundamental entre los profesionales de enfermería en el cuidado de los pacientes ingresados. Resultados análogos se han encontrado en diversos estudios, donde se pone de manifiesto, que el "Riesgo de infección" es el diagnóstico más frecuente registrado por las enfermeras. (25-29, 32-34).

La no existencia de diagnósticos de autocuidados, encuentra su justificación en la decisión de la Comisión de Cuidados del centro de tratar estos problemas de salud con los Protocolos de autocuidados de ayuda parcial, total o paciente autónomo.

Existen necesidades y diagnósticos de enfermería poco frecuentes en este tipo de pacientes (**Tabla I**), que puede ser atribuido a la no obligatoriedad de cumplimentación de las cinco últimas necesidades (Comunicación, Valores/ creencias, Trabajar/ realizarse, Actividades lúdicas y Aprender) y carencias en el aprendizaje de la nueva metodología.

La Complicación Potencial más prevalente en las tres unidades médicas, es el Dolor, en base a los argumentos de Luís Rodrigo (6), en que se desaconseja el uso de esta etiqueta como diagnóstico de enfermería cuando se trata de un problema que debe ser tratado en colaboración con fármacos o técnicas invasivas, y así se acordó en la Comisión de cuidados. Por el contrario otros estudios abordan el Dolor como un DdE (30, 33).

Encontramos como debilidades de este estudio el hecho de que se llevó a cabo en unidades médicas de un hospital de nivel 2. Por lo tanto los resultados son sólo válidos para este tipo de pacientes con características similares.

Entre sus fortalezas se encuentra el uso de una taxonomía propuesta por la NANDA, la técnica estandarizada para valorar a los pacientes y el uso de una aplicación informática, GACELA, de registro de la historia de enfermería, el entrenamiento de las enfermeras que realizaron el abordaje del paciente y establecieron los diagnósticos. Como amenazas, la complejidad del lenguaje NANDA.

Para conseguir un registro de PC de forma mayoritaria y dado que el porcentaje de evaluación de resultados al ingreso del paciente no es muy elevado en ninguna de las unidades y que en ninguno de los episodios se ha realizado la evaluación de resultados al alta, es preciso poner en marcha acciones de mejora encaminadas a la planificación de acciones formativas, con el objeto de dotar a los profesionales de conocimientos y habilidades para la correcta elaboración de Planes de Cuidados a través de GACELA y la evaluación de resultados. Distintos autores han puesto de manifiesto la necesidad de establecer diferentes estrategias educativas para el manejo de las taxonomías (17, 35).

Se comparte la opinión de otros autores al considerar los registros de enfermería como la principal fuente de información referente a la situación del paciente ya que damos continuidad a los cuidados, evitamos la duplicidad de los mismos, mejoramos la comunicación y podemos demostrar documentalmente los cuidados que prestamos (22).

Se puede afirmar junto con otros autores (32, 36-40) que la informatización mejora los registros de enfermería, siendo una herramienta facilitadora del cuidado de los pacientes y del desarrollo de nuestra profesión.

La utilización de una clasificación informatizada de los diagnósticos de enfermería aporta una serie de ventajas que no suponen una carga de trabajo adicional. Es necesario que los enfermeros aprendan a emplearla y recojan los beneficios que de ella se derivan, tanto en el ámbito asistencial como el docente, gestor y el investigador. (22) Un cuidado excelente es aquel que resuelve los problemas de los pacientes y al mismo tiempo hace patente la contribución específica de las enfermeras.

CONCLUSIONES

Los Planes de Cuidados constituyen, hoy en día, una herramienta imprescindible para avalar la calidad y garantizar la continuidad y posterior evolución de los cuidados, optimizando así la asistencia del paciente.

Las direcciones de enfermería tienen que abordar la estrategia de implantación de los DdE y PC como eje central de sus actuaciones, porque es nuestro producto final específico, precisamente, el que justifica la necesidad de las direcciones de enfermería dentro del organigrama sanitario.

El uso de los DdE es clave para el futuro de los Diagnósticos enfermeros profesionales basados en la evidencia. Por consiguiente es preciso que se conviertan en una prioridad para todas las enfermeras líderes en gestión y administración, a fin de hacer visible la práctica enfermera lo que es vital para el futuro de nuestra profesión y nos permitirá satisfacer las necesidades de los pacientes de manera más eficiente.

Las actividades de prevención son un elemento fundamental, entre los profesionales de enfermería, en el cuidado de los pacientes ingresados.

La informatización mejora los registros de enfermería. El aplicativo GACELA facilita la aplicación del Proceso Enfermero y las Taxonomías enfermeras pueden suponer un valor añadido, pero se precisa una formación metodológica para su correcta aplicación.

Es preciso poner en marcha acciones de mejora, encaminadas a la planificación de acciones formativas, con el objeto de dotar a los profesionales de conocimientos y habilidades para la correcta elaboración de Planes de Cuidados a través de GACELA y la evaluación de Resultados.

Debemos hacer hincapié en la necesidad de concienciar a los profesionales sobre la utilidad de los registros. Sin éstos la enfermería estaría autolimitando sus posibilidades de progreso en todos sus ámbitos de actuación: asistencial, docente, gestión e investigación.

BIBLIOGRAFÍA

- Ribeiro García T, Lima da Nóbrega MM. Processo de Enfermagem: da teoria a prática assistencial e de pesquisa. Esc Anna Nery Rev Enferm. 2009 jan-mar; 13 (1): 188-93.
- Vázquez Chozas JM, Muñoz González A. El proceso de Atención de Enfermería. Teoría y Práctica. Sevilla: MAD; 2007.
- Luís Rodrigo MT, Fernández Ferrin C, Navarro Gómez MV. De la teoría a la práctica. El pensamiento de Virginia Henderson en el siglo XXI. 3ª ed. Barcelona: Masson; 2005.
- Alfaro-LeFevre R. Aplicación del proceso enfermero. Fomentar el cuidado en colaboración. 5ª ed. Barcelona: Masson; 2003.
- NANDA Internacional. Diagnósticos Enfermeros: Definiciones y Clasificación: 2009- 2011. Barcelona: Elsevier; 2010.
- Moorhead S, Johnson M, Maas ML, Swanson E. Clasificación de Resultados de Enfermería (NOC) .4ª ed. Barcelona: Elsevier; 2009.
- Bulechek G.M, Butcher H.K, McCloskey Dochterman J. Clasificación de Intervenciones de Enfermería (NIC). 5ª ed. Barcelona: Elsevier; 2009.
- Luís Rodrigo MT. Los diagnósticos enfermeros. Revisión crítica y guía práctica. 7ª ed. Barcelona: Masson; 2006.
- Carpenito LJ. Diagnósticos de enfermería. 9ª ed. Madrid: Mcgraw-hill Interamericana; 2002.
- Gordon M. Manual de Diagnósticos Enfermeros. 11ª ed. Madrid: McGraw-Hill Interamericana; 2007.
- AENTDE. [Internet]. [Consultado 2011 Abr 3]. Disponible en: <http://www.aentde.com/modules.php?name=Content&pa=showpage&pid=4>
- Müller-Staub M, Lavin MA, Needham I, van Achterberg T. Nursing diagnoses, interventions and outcomes. Application and impact on nursing practice: A systematic literature review. Journal of Advanced Nursing. 2006; 56(5): 514-31.
- Müller-Staub M, Needham I, Odenbreit M, Lavin M A, van Achterberg T. Improved quality of nursing documentation: Results of a nursing diagnoses, interventions and outcomes implementation study. International Journal of Nursing Terminologies and Classifications. (2007); 18(1): 5-17.
- Müller-Staub M, PhD, MNS, EdN, RN. Evaluation of the Implementation of Nursing Diagnoses, Interventions, and Outcomes. International Journal of Nursing Terminologies and Classifications. 2009; 20(1): 9-15.
- Müller-Staub M, Needham I, Odenbreit M, Lavin MA, van Achterberg T. Implementing nursing diagnosis effectively: cluster randomized trial. Journal of Advanced Nursing. 2008 Aug; 63(3): 291-301.
- Doenges ME, Moorhouse MF, Murr AC. Nurse'spocket guide: Diagnoses, prioritized interventions, and rationales. 10ª ed. Philadelphia: F. A. Davis; 2008.
- Lunney M. Helping nurses use NANDA, NOC, and NIC. Journal of Nursing Administration. 2006; 36(3): 118-25.

18. Pourasghar F, Malekafzali H, Koch S, Fors U. Factors influencing the quality of medical documentation when a paper based medical records system is replaced with an electronic medical records system: An Iranian case study. *International Journal of Technology Assessment in Health Care*. 2008; 24(4): 445-51.
19. Müller-Staub M. Preparing nurses to use standardized nursing language in the electronic health record. *Studies in health technology and informatics*. 2009; 146; 337-41.
20. Carvalho da Silva CM., Lopes de Azevedo S, Cavalcanti Valente GS, Machado TF, Rosas AM, Marinho Chrízóstimo M. Diagnósticos de enfermería como instrumentos en la formación del enfermero: una revisión de la literatura. *Enferm glob*. [Internet]. 2009; 8(3). [Consultado 2012 Sept 9]. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.4321/S1695-61412009000300020>
21. Carrillo González GM, Rubiano Mesa YL. La investigación en validación de diagnósticos de enfermería. *Rev Cubana Enfermería*. [Internet]. 2007; 23(3). [Consultado 2011 Abr 20]. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-03192007000300009&lng=es
22. Puga Mira MJ, Estrada Mosquera IC, Novo López S, Sabio Fraga MT, Cid Armada, S. Valoración de los registros de enfermería informatizados en una unidad de hospitalización. *Revista de la Sociedad Española de Enfermería Nefrológica* Internet. 2008, Enero. [Consultado 2011 mayo 7]. Disponible en: http://www.revistaseden.org/files/1757_19.pdf
23. Informática Sanitaria. Guía abreviada del manual GACELA. Video GACELA CARE. [Internet]. [Consultado 2011 Abr 4]. Disponible en: <http://informatica-sanitaria.blogspot.com/search/label/Gacela%20Care>
24. Junta de Andalucía. Cuestionarios, test e índices de valoración enfermera en formato para uso clínico. [Internet]. [Consultado 2011 Abr 10]. Disponible en: http://www.juntadeandalucia.es/servicioandaluzdesalud/principal/documentosAcc.asp?pagina=pr_desa_Innovacion5
25. Mitsue Sakano L, Yoshie Yoshitome A. Diagnósticos e intervenções de enfermagem em idosos hospitalizados. *Acta paul enferm*. Internet. 2007; 20(4): 495-8. [Consultado 2012 Sept 10]. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.1590/S0103-21002007000400018>
26. Del'Angelo N, Góes FN, Dalri MC, Leite AM, Furtado MC, Scochi CG. Diagnósticos de enfermagem de prematuros sob cuidados intermediários. *Rev bras enferm*. [Internet]. 2010 Sept-Oct; 63(5): 755-61. [Consultado 2012 Sept 10]. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.1590/S0034-71672010000500010>
27. Inácio CC, Chaves EM, Freitas MC, Silva AV, Alves A, Monteiro AR. Diagnósticos de enfermagem em unidades de alojamiento conjunto. *Rev bras enferm*. [Internet]. 2010 Nov-Dec; 63(6): 894-9. [Consultado 2012 Sept 10]. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.1590/S0034-71672010000600004>
28. Bezerra PA, Nóbrega MM. Diagnóstico de enfermagem em crianças hospitalizadas utilizando a NANDA-I: estudo de caso. *Online braz. j. nurs*. 2012 May; 11(1).
29. Almeida M, Aliti G, Franzen, Thomé E, Unicovsky M, Ludwig ML, Moraes MA. Diagnósticos de enfermagem e intervenções prevalentes no cuidado ao idoso hospitalizado. *Rev Lat Am Enfermagem*. [Internet]. 2008 Jul-Ago; 16(4): 707-11. [Consultado 2012 Sept 10]. Disponible en: http://www.scielo.br/pdf/rlae/v16n4/pt_09.pdf
30. Fontes C, Cruz D. Documented nursing diagnoses for medical clinic patients. *Rev Esc Enferm USP*. 2007 Set.; 41(3): 395-402.
31. Salgado P, Chianca T. Identificação e mapeamento dos diagnósticos e ações de enfermagem em Unidade de Terapia Care Unit. *Rev Lat Am Enfermagem*. [Internet]. 2011 July-Aug; 19(4): 928-35. [Consultado 2012 Sept 10]. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.1590/S0104-11692011000400011>
32. Rodríguez Bestilleiro AM, Ferrer Pardevila MA. Prevalencia de diagnósticos enfermeros de la NANDA y necesidades alteradas de Henderson en una unidad de lactantes. *Enferm Clin*. [Internet]. 2002; 12(6): 253-9. [Consultado 2012 Sept 11]. Disponible en: <http://www.elsevier.es/sites/default/files/elsevier/pdf/35/35v12n06a13040311pdf001.pdf>
33. Cáceres Manrique F, Puerto Pedraza H. Prevalencia de diagnósticos de enfermería en personas en tratamiento oncológico. *Invest Educ Enferm*. [Internet]. 2008; 26(2): 212-7. [Consultado 2012 Sept 11]. Disponible en: <http://redalyc.uaemex.mx/pdf/1052/105212447003.pdf>

34. Lucena A, Santos C, Pereira AG, Almeida M, Dias VL, Friedrich, MA. Perfil clínico e diagnósticos de enfermagem de pacientes em risco para úlcera por pressão. *Rev Lat Am Enfermagem*. [Internet]. 2011 May-June; 19(3): 523-30. [Consultado 2012 Sept 10]. Disponible en: http://www.scielo.br/pdf/rlae/v19n3/pt_11.pdf
35. Carlson, J. Consensus validation process: A standardized research method to identify and link the relevant NANDA, NIC, and NOC terms for local populations. *International Journal of Nursing Terminologies and Classifications*. 2006; 17(1): 23-4.
36. Joan Klehr, RNC MPH, Jennifer Hafner, RN, BSN, PCCN, TNCC, Leah Mylrea Spelz, RNC, BSN, ACCE, Sara Steen, RN, BSN, TNCC, Kathy Weaver, RNC, BSN. Implementation of Standardized Nomenclature in the Electronic Medical Record. *International Journal of Nursing Terminologies and Classifications*. 2009 Oct-Dec; 20(4): 169-80.
37. Sanchez Ros N, Reigosa Gago LF. SELENE. Informatización de la historia clínica electrónica: implicación sobre el proceso de enfermería. *Enferm glob*. [Internet]. 2006 Mayo; 5(1). [Consultado 2012 Sept 11]. Disponible en: http://www.erevistas.csic.es/ficha_articulo.php?url=oai:revistas.um.es/index/oai:article/458&oai_iden=oai_revista53
38. Kurashima S, Kobayashi K, Toyabe S, Akazawa K Accuracy and efficiency of computer-aided nursing diagnosis. *Int J Nurs Terminol Classif*. 2008 Jul-Sep; 19(3): 95-101.
39. Ciqueto Peres HH, Lopes Monteiro da Cruz D, Fernandes Costa Lima A, Rapone Gaidzinski R, Cardoso Franco Ortiz D, Mendes e Trindade M, Tsukamoto R, Batista Conceição N. Desenvolvimento de Sistema Eletrônico de Documentação Clínica de Enfermagem estruturado em diagnósticos, resultados e intervenções. [Internet]. *Rev Esc Enferm USP*. 2009 Dic; 43(2): 1149-55. [Consultado 2012 Sept 10]. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.1590/S0080-62342009000600002>
40. Cerezo Sanmartin M, Gutiérrez Aranda JM, Perán Artero S, Gómez González G, Carrasco Gutiérrez P. Historia Clínica informatizada en el departamento de Torrevieja Salud como instrumento de gestión de calidad. *Enferm glob*. [Internet] 2009 Oct; 8(3). [Consultado 2012 Sept 10]. Disponible en: <http://scielo.isciii.es/pdf/eg/n17/17d04.pdf>

ANEXO

Hoja-Guión

DIAGNÓSTICOS DE ENFERMERÍA DE MAYOR PREVALENCIA EN UNIDADES MÉDICAS DEL HOSPITAL SANTA BÁRBARA DE SORIA

Incluye:

- Guía de valoración por necesidades.
- Concepto Diagnóstico Enfermero frente a problema de colaboración.
- Relación de diagnósticos enfermeros más usuales en unidades médicas del Hospital Santa Bárbara de Soria, NOC y NIC.

GUIA PARA LA VALORACIÓN POR NECESIDADES (según V. Henderson)

Respiración: constantes vitales (FR), patrón respiratorio, disnea (reposo, esfuerzo), tos expectoración, ruidos pulmonares, cianosis (central, periférica), pulsos periféricos.

Alimentación: tipo de dieta, autonomía para alimentarse, deglución, náuseas, vómitos, pirosis, dispepsia, distensión abdominal, anorexia, bulimia, peso, vía de alimentación.

Eliminación: micción espontánea, controla esfínteres, incontinencia, polaquiuria, disuria, oliguria, retención, estoma urinario o digestivo, hábito en la defecación, estreñimiento, diarrea, hemorroides, tenesmo, necesita ayuda.

Movilización: grado de independencia (0=independiente; 1=ayuda aparato; 2=ayuda persona; 3=dependiente) realiza actividades de la vida diaria, usa prótesis, bastones, silla de ruedas, fuerza en extremidades, movilidad en cama.

Reposo y sueño: hábitos de sueño, duerme o no suficiente, usa medicación, apnea del sueño.

Vestirse: grado de dependencia, aspecto general.

Temperatura: sensación de calor o frío adecuada al entorno, capaz de aplicar medidas para regular la temperatura.

Higiene / piel: hábitos higiénicos, independencia para la higiene, estado de boca, piel, mucosas, pies, uñas, conoce y dispone de medios para higiene y protección de piel, heridas, quemaduras, úlceras por presión.

Seguridad: orientación en tiempo y espacio, conoce sus limitaciones, alteraciones sensoriales, alteraciones de la conducta, nivel de conciencia.

Comunicación: limitaciones sensoriales, uso de prótesis visuales, auditivas, expresa sus deseos y opiniones, habla español.

Valores / creencias: encuentra sentido a la vida, necesita asistencia religiosa, acepta su salud.

Trabajar realizarse: conoce y asume su papel, asume su situación laboral.

Actividades lúdicas: ocupa su tiempo en algo útil, ocio acorde con sus gustos y posibilidades actuales.

Aprender: conoce su enfermedad, conoce a los profesionales que le cuidan, familia informada, pregunta, quiere aprender.

¿DIAGNÓSTICO ENFERMERO, O PROBLEMA DE COLABORACIÓN?

Identificación de un problema real o potencial:

¿Puede el equipo de enfermería, de forma independiente, iniciar las acciones para validarlo y tratarlo?

SI-----D.E.-----Taxonomía NANDA.

NO-----P.C.-----Terminología médica.

DIAGNÓSTICOS ENFERMEROS POR NECESIDADES BÁSICAS

1-RESPIRAR NORMALMENTE

DRE 00031 Limpieza ineficaz de las vías aéreas

RES 00410 Estado respiratorio: permeabilidad de vía aérea.

INT 03160 Aspiración de vías aéreas.

INT 03140 Manejo de las vías aéreas.

DRE 00030 Deterioro del intercambio de Gases.

RES 00402 Estado respiratorio: intercambio gaseoso.

INT 03350 Monitorización respiratoria.

DRE 00032 Patrón Respiratorio ineficaz.

RES 00403 Estado respiratorio: ventilación.

INT 03390 Ayuda a la ventilación.

DRI 00039 Riesgo de Aspiración.

RES 01819 Prevención de la aspiración.

INT 03200 Precauciones para evitar la aspiración.

RES 00010 Estado de deglución.

INT 01860 Terapia de deglución.

2-COMER Y BEBER

DRE 00001 Desequilibrio Nutricional por exceso.

RES 01004 Estado nutricional.

INT 01280 Ayuda para disminuir el peso.

DRE 00002 Desequilibrio Nutricional por defecto. RES 01004 Estado nutricional.

INT 01240 Ayuda para ganar peso.

INT 01030 Manejo de los trastornos de la alimentación.

DRI 00028 Riesgo de déficit de Volumen de líquidos.

RES 00602 Hidratación.

INT 0120 Manejo de líquidos.

DRE 00026 Exceso de volumen de Líquidos.

RES 00603 Severidad de la sobrecarga de líquidos.

INT 04130 Monitorización de líquidos.

DRE 00027 Déficit de volumen de Líquidos.

RES 01008 Estado nutricional: ingestión alimentaría y de líquidos.

INT 01160 Monitorización nutricional.

DRE 00176 Riesgo de Glucemia inestable.

RES 02300 Nivel de glucemia.

INT 02120 Manejo de la hiperglucemia.

INT 02130 Manejo de la hipoglucemia.

RES 01824 Conocimiento: cuidados de la enfermedad.

INT 05602 Enseñanza: proceso enfermedad.

3- ELIMINACION

DRE 00011 Estreñimiento.

RES 00501 Eliminación intestinal.

INT 00450 Manejo del estreñimiento, impactación.

DRI 00015 Riesgo de Estreñimiento.

RES 00501 Eliminación intestinal.

INT 00450 Manejo del estreñimiento, impactación.

DRE 00013 Diarrea.

RES 00501 Eliminación intestinal.

INT 00460 Manejo de la diarrea.

DRE 00014 Incontinencia fecal.

RES 00501 Eliminación intestinal.

INT 00410 Cuidados de la incontinencia.

DRE 00023 Retención urinaria.

RES 00503 Eliminación urinaria.

INT 01876 Cuidados del catéter urinario.

INT 00610 Cuidados de la incontinencia urinaria.

INT 00580 Sondaje vesical.

INT 00590 Manejo de la eliminación urinaria.

DRE 00016 Deterioro de la Eliminación urinaria.

RES 00503 Eliminación urinaria.

INT 00590 Manejo de la eliminación urinaria.

INT 04130 Monitorización de líquidos.

4- MOVILIZACION

DRE 00092 Intolerancia a la actividad.

RES 00005 Tolerancia de la actividad.

INT 00180 Manejo de la energía.

DRE 00085 Deterioro de la Movilidad física.

RES 00208 Movilidad.

INT 00221 Terapia de ejercicios: ambulación.

INT 00224 Terapia de ejercicios: movilidad articular.

INT 00840 Cambio de posición.

DRE 00088 Deterioro de la Deambulaci3n.

RES 00208 Movilidad.

INT 00221 Terapia de ejercicios: ambulaci3n.

DRE 00086 Riesgo de Disfunci3n neurovascular perif3rica.

RES 00407 Perfusi3n tisular: perif3rica.

INT 04110 Precauciones en el embolismo.

INT 00740 Cuidados del paciente encamado.

INT 04066 Cuidados circulatorios: Insuficiencia venosa.

INT 03480 Monitorizaci3n de las extremidades inferiores.

5-REPOSO-SUEÑO

DRE 00095 Insomnio.

RES 00004 Sueño.

INT 01850 Mejorar el sueño.

7- TEMPERATURA

DRE 00007 Hipertermia.

RES 00800 Termorregulaci3n.

INT 03740 Tratamiento de la fiebre.

8- HIGIENE PIEL

DRE 00044 Deterioro de la Integridad tisular.

RES 01103 Curaci3n de la herida por 2ª intenci3n.

INT 03520 Cuidados de las úlceras por presi3n.

RES 01101 Integridad tisular piel y membranas mucosas.

INT 01650 Cuidado de los ojos.

DRE 00046 Deterioro de la Integridad cutánea.

RES 01103 Curación de la herida por 2ª intención.

INT 03660 Cuidados de las heridas.

INT 03520 Cuidados de las úlceras por presión.

DRI 00047 Riesgo de deterioro de la Integridad cutánea.

RES 01101 Integridad tisular: piel y membranas mucosas.

INT 03500 Manejo de presiones.

INT 03540 Prevención de úlceras por presión.

DRE 00045 Deterioro de la Mucosa oral.

RES 01100 Higiene bucal.

INT 01730 Restablecimiento de la salud bucal.

9- SEGURIDAD

DRI 00038 Riesgo de Traumatismo.

RES 01101 Integridad tisular: piel y membranas mucosas.

INT 06486 Manejo ambiental: seguridad.

RES 01909 Conducta de prevención de caídas.

INT 0490 Prevención de caídas.

DRE 00146 Ansiedad.

RES 01211 Nivel de ansiedad.

INT 05820 Disminución de la ansiedad.

DRE 00078 Manejo inefectivo del régimen terapéutico.

RES 01601 Conducta de cumplimiento.

INT 04360 Modificación de conducta.

RES 01813 Conocimiento: régimen terapéutico.

INT 05618 Enseñanza: procedimiento/tratamiento.

DRI 00004 Riesgo de Infección.

RES 01102 Curación de la herida por 1ª intención.

INT 03440 Cuidados del sitio de incisión.

RES 00702 Estado inmune.

INT 06540 Control de infecciones.

INT 06550 Protección contra las infecciones.

DRE 00155 Riesgo de Caídas.

- RES 02303 Estado de recuperación.
- INT 02620 Monitorización neurológica.
- RES 00208 Movilidad.
- INT 00224 Terapia de ejercicios: movilidad articular.
- INT 00221 Terapia de ejercicios: ambulación.
- RES 01909 Conducta de prevención de caídas.
- INT 06490 Prevención de caídas.
- INT 06480 Manejo ambiental.

DRE 00130 Trastorno de los procesos del Pensamiento.

- RES 01403 Autocontrol del pensamiento distorsionado.
- INT 06450 Manejo de las ideas ilusorias.
- INT 05100 Potenciación de la socialización.
- RES 00900 Cognición.
- INT 04720 Estimulación cognitiva.
- INT 04760 Entrenamiento de la memoria.

10- COMUNICACION

DRE 00051 Deterioro de la Comunicación verbal.

- RES 00902 Comunicación.
- INT 04976 Mejorar la comunicación: déficit del habla.
- INT 04979 Mejorar la comunicación: déficit auditivo.

12- TRABAJAR / REALIZARSE

DRE 00055 Desempeño ineficaz del Rol.

- RES 01204 Equilibrio emocional.
- INT 05330 Control del humor.

DRE 00120 Baja Autoestima situacional.

- RES 01205 Autoestima.
- INT 05400 Potenciación de la autoestima.

14- APRENDER

DRE 00126 Conocimientos deficientes.

- RES 01824 Conocimiento: cuidados en la enfermedad.
- INT 05606 Enseñanza: individual.
- INT 05618 Enseñanza: procedimiento/tratamiento.