

**ESCUELA UNIVERSITARIA DE ENFERMERÍA SANTA MADRONA
de la Fundación "la Caixa"**

TITULO

**“COMETIDOS, CUIDADOS Y PRESTACIONES DE
ENFERMERÍA EN LA UNIDAD MILITAR DE EMERGENCIAS
(UME)”**

AUTORA:

M^a Soledad GRAU SANZ

COAUTORAS:

Anna PÉREZ PÉREZ

María TORRES JANSA

Trabajo presentado al curso de Administración y Gestión en Cuidados de Enfermería para la obtención del Master

Trabajo dirigido por el profesor: José Tejada

Comisión evaluadora

Montserrat Teixidor
Esteve Pont
Ferran Ferrer
José Tejada

Presidenta
Secretario
Vocal
Vocal

Presentado en fecha: Diciembre 2009

Aceptado en fecha: Diciembre 2009

Queda prohibida cualquier reproducción total o parcial de este trabajo sin la autorización expresa por parte de los autores.

■

ÍNDICE	Nº página/s
A) TÍTULO.....	4
B) JUSTIFICACIÓN.....	4-6
C) OBJETIVOS DE LA INVESTIGACIÓN.....	7
D) MARCO TEÓRICO:	
▪ Salud y enfermedad y las dimensiones de estar enfermo....	7-10
▪ ¿A qué se dedica enfermería?.....	10-22
▪ Metodología de enfermería:	
Competencias de la profesión de enfermería.....	22-25
Perfil Profesional-Especialidad.....	26-29
Legislación Reguladora de la Profesión de Enfermería.....	29
Marco conceptual.....	30-33
Proceso de Atención.....	33
Medición y sistematización del producto enfermero.....	33-34
Taxonomía de Diagnósticos NANDA.....	34-37
Taxonomía NOC.....	37-39
Taxonomía NIC.....	39-44
E) HIPÓTESIS Y VARIABLES.....	45-46
F) MÉTODOS.....	46-47
G) RESULTADOS.....	48-71
H) CONCLUSIONES.....	72-76
I) PROPUESTAS DE INVESTIGACIÓN.....	76-78
J) NUEVAS LÍNEAS DE INVESTIGACIÓN.....	78-80
BIBLIOGRAFÍA.....	81-83
ANEXOS:.....	CD
ANEXO I.....	(doble) 1-15
ANEXO II.....	1-13
ANEXO III.....	4
ANEXO IV-V-VI-VII-VIII.....	1-20

A) TÍTULO

“Cometidos, cuidados y prestaciones de Enfermería en la Unidad Militar de Emergencias (UME)”.

B) JUSTIFICACIÓN

Aunque la experiencia del Ejército español en cuanto su participación en los incendios forestales viene de lejos, la Unidad Militar de Emergencias fue creada a partir del acuerdo del Consejo de Ministros de 7 de octubre de 2005, con la misión de actuar en caso de emergencias graves, y en consecuencia, dar respuesta ante aquellas situaciones en las que exista peligro para la supervivencia de los ciudadanos o de sus bienes materiales, contribuyendo a su seguridad y bienestar, junto con las Instituciones del Estado y las Administraciones Públicas, en los supuestos de grave riesgo, catástrofe, calamidad y otras necesidades públicas. Al igual que ocurre en muchas otras Unidades de las Fuerzas Armadas para lograr sus objetivos de actuación en las situaciones concretas donde debe operar, cuenta con diversas estructuras organizativas en cada uno de los cinco Batallones de que se compone y que están repartidos por todo el territorio nacional, incluyendo las islas Canarias y Baleares, entre las cuales tiene especial relevancia para la temática que nos ocupa, el servicio de sanidad de la UME. En este sentido, ya en la fase de instrucción y preparación básica en la base militar Álvarez de Castro, junto a nociones sobre incendios forestales, grandes nevadas, derrumbes, inundaciones y riesgos tecnológicos, se imparte formación sanitaria específica de emergencias. Los equipos sanitarios de estos batallones están constituidos por médicos, psicólogos, enfermeros/as y sanitarios técnicos en transporte sanitario de carrera, junto con profesionales sanitarios, médicos, psicológicos y enfermeros/as, incorporados como reservistas voluntarios, que habitualmente se desplazan, en modo correspondiente, allí donde se encuentran efectivos del primer elemento de intervención.

El hecho de tratarse de un servicio de sanidad que tiene que garantizar cobertura/asistencia a personas en situaciones bien distintas y cuyo despliegue se realiza entre la estricta promoción de la salud; mediante enseñanza y motivación para incorporar hábitos de vida saludable, en cuyo caso tiene gran relevancia el ejercicio físico, **prevención de enfermedad en personas que se les considera sanas, ya que superan ciertas pruebas antes de su ingreso y durante su trayectoria en activo;** en el sentido de identificar y evitar o sortear los riesgos, como por ejemplo, programas para dejar de fumar, seguimiento de capacidad visual y auditiva, vacunas, **atención sanitaria en determinadas patologías comunes, con la colaboración en el diagnóstico y tratamiento,** como puede ser la dispensación y administración de medicamentos, **y finalmente, asistencia en emergencias extrahospitalarias,** que pueden darse durante el trabajo habitual de los efectivos que componen la UME, **un tanto diferenciado del resto de las unidades y formaciones militares, en cuanto que interviene en grandes catástrofes que afectan a la población civil en el medio comunitario habitual;** todo ello hace muy recomendable y oportuno **el definir los cometidos, destrezas y capacidades a desplegar en función de las necesidades de atención que demandan o necesitan los usuarios; así como, delimitar la adecuada sistemática de coordinación entre los distintos miembros que**

componen el servicio de sanidad. En consonancia con esto, dado que una parte de nuestra formación se corresponde con enfermera, y que la pretensión de este estudio se circunscribe al ámbito de formación en gestión de enfermería; y aunque consideramos de mayor rigor metodológico todo de proceso de definir la cartera de servicios sanitarios de la UME en su conjunto y delimitar las responsabilidades de cada una de las categorías que interactúan conjuntamente; hemos optado, inicialmente, por centrándonos únicamente en la contribución y el perfil profesional enfermero/a.

La situación enfermera en nuestro país con más de 25 años en su vertiente pregrado en la Universidad y la inminente desaparición, a lo sumo este curso 2009-2010, de los estudios de diplomada y su sustitución por estudios de grado con una duración superior en un curso más y equiparación igualitaria con el resto de titulaciones, no ha supuesto la formalización completa ni la traslación a la práctica de las especialidades que fueron aprobadas por Real Decreto 450/2005, en sustitución de las existentes, cuando la titulación era de ATS; salvo enfermera especialista en salud mental y especialista obstétrico-ginecológica. En estos momentos, por primera vez está desarrollando la convocatoria para la especialidad de enfermería del trabajo y planificadas las pruebas que en breve permitirán acceder, por vía excepcional a enfermera especialista en salud mental. Todo ello conlleva cierta indefinición, al menos en las restantes cuatro especialidades y preguntas que no encuentran respaldo legal en cuanto cometidos comunes y diferenciados a realizar, así como nivel competencial entre las especialidades y de éstas con la enfermera generalista; y sobre manera, esto sucede con la especialidad que se denomina "Cuidados Médico-Quirúrgicos", que desde sus inicios, no delimita diferenciadamente no sólo el cometido, sino también el ámbito de aplicación, al igual que lo hacen las otras. En relación con esto, y la inserción, previsiblemente, de enfermería de emergencias y urgencias en la especialidad de Cuidados Médico-Quirúrgicos, **la trayectoria que ha seguido la Medicina de Emergencias, y la Medicina de Emergencias Extrahospitalaria, hace que quede todavía un importante camino que recorrer, por investigar y por avanzar para dar el más eficiente resultado a las necesidades de la población que corresponda atender.** En este proceso de crecimiento, cada uno de los estamentos implicados; Médico (cuyo cuerpo doctrinal: se había formado en servicios de medicina intensiva y/o anestesiología, no tenían titulación MIR, si bien, algunos eran Mestros y la gran mayoría no tenían titulación específica), Enfermero y Técnico en Emergencias, intentan definir su marco de actuación y cuerpo de conocimientos. En la actualidad, el interés por esta especialidad (Emergencias) no titulada, ha ido en aumento, y así, otras disciplinas (medicina intensiva, anestesia...) quieren apropiarse de la misma e incorporarla; no obstante, los profesionales que hasta ahora han trabajado en este campo desde el inicio, reclaman la autonomía e independencia de la especialidad como tal, y desde la Sociedad Española de Medicina de Emergencias (SEMES), se está llevando a cabo la definición del Cuerpo Doctrinal y de Conocimientos de la Medicina de Emergencias, de manera que se consiga la Certificación en Medicina de Emergencias (CME) por dos vías de acceso diferentes: Directa, si el profesional tiene experiencia certificada suficiente en cada uno de los apartados que define al Cuerpo Doctrinal y por Examen, si el profesional no tiene suficiente experiencia certificada en cada uno de ellos. Este proyecto intenta definir la carrera profesional del Médico en Emergencias y la especialidad como tal. La mayoría del personal que comenzó trabajando en Sistemas de Emergencias (SE) Extrahospitalarias en

esta país, provenía de servicios de medicina intensiva y/o urgencias, donde llevaba años de experiencia profesional, aunque actualmente, no siempre esto es así, y no siempre el personal que trabaja en estos servicios tiene experiencia previa. Además, aunque ya hay cursos de formación específica, incluso reconocidos por la Universidad, no todo el personal los ha realizado o existe la obligación explícita de realizarlos, ni de reciclarse, sino que constituye una elección personal de cada profesional, que revierte en la actualización de la práctica laboral cotidiana. Además, por el tipo de respuesta que el personal debe de estar preparado a dar, su preparación técnica debe ser amplia, puesto que no existe la posibilidad de que si un profesional no puede realizar una técnica específica, otro pueda realizarla en su lugar en una situación de emergencia. Al hilo de esta necesidad de formación y su traslado hacia el personal de enfermería, surgen otras cuestiones: ¿Cómo vive este colectivo la profesión?, ¿reconoce ésta y la define en toda su potencialidad y vertientes, o como parece, la cree imprescindible sólo en su vertiente técnica?, ¿reconoce el colectivo de Enfermería en Emergencias el rol autónomo de la enfermera?, ¿se puede definir el marco conceptual de enfermería también en emergencias?, etc.

En relación con estos dos apartados, vale la pena resaltar que en virtud de las características del contexto de la asistencia sanitaria en general, de las peculiaridades de los efectivos que integran la UME y las situaciones de salud a entender, de la organización de los servicios sanitarios en esta Unidad; es nuestra opinión, que no sólo es el perfil de enfermería de emergencias-urgencias el que corresponde desempeñar en el servicio sanitario de la UME, aunque éste puede exigir una preparación de mayor rigor técnico y llevarse a efecto en el ámbito civil comunitario, en el cuál en ocasiones además de verse afectados los efectivos de la UME, también puede ser necesario puntualmente, auxiliar a otras personas; sino que junto a este, se precisa realizar unos cometidos similares a los asignados en los servicios del SNS, a la enfermera de primaria/comunitaria (prevista como especialidad, aunque hoy por hoy sea desempeñada por enfermeras generalistas), o también a la enfermera especialista del trabajo (antes de empresa), o en algunas situaciones, a la enfermera especialista de salud mental. Extremos estos, que no ha sido obligado observar, ya que el/la enfermero/a (diplomadas) generalista estaba autorizado/a a desempeñar cualquier puesto, a excepción de matrona, aun cuando tuviera para ello que superar al comienzo de la práctica, un programa de adiestramiento/cualificación; pero con el nuevo marco profesional que se está conformando mediante el desarrollo formativo de todas estas especialidades y su consiguiente traslación a la práctica asistencial, van a generarse una variedad de interrogantes, algunos de ellos ya señalados en la exposición, y que utilizando el símil del teatro, pivotarán sobre el *guión de enfermero/a generalista* y *guión de enfermero/a especialista* y *la obra a representar*. En este sentido, una mayor profundización respecto las prestaciones asistenciales que garantizan los/as enfermeros/as de la UME en esta corta andadura, las necesidades de salud en el contexto estrictamente laboral y su relación con el *modus operandi* de garantía de asistencia sanitaria en el contexto general civil, y los requisitos de desarrollo profesional de enfermería a través del despliegue en la práctica de las especialidades, junto con el cambio del programa de estudios en la universidad, posibilita la respuesta a los interrogantes planteados y la toma de decisiones ante los cambios organizativos.

C) OBJETIVOS DE LA INVESTIGACIÓN

1.- **Describir el abanico de servicios** que presta el personal de enfermería en la **Unidad Militar de Emergencias** a los usuarios en cualquier circunstancia en la que sea oportuno intervenir; y desde los ámbitos de la asistencia propiamente dicha, docencia, investigación y/o gestión.

2.- Definir **el perfil profesional de enfermero/a** de la UME que se deriva de aplicar la taxonomía NIC.

3.- **Identificar las necesidades de asistencia**, ya sean demandadas por los usuarios o bien detectadas por los/as enfermeros/as; y consiguientemente, satisfacerlas cumpliendo estándares de calidad y de seguridad del paciente.

4.- **Validar la utilización de lenguaje normalizado** como instrumento para delimitar la prestación enfermera en todos los servicios sanitarios de la UME, así como, los requisitos de formación postgrado y formación continuada.

D) MARCO TEÓRICO

El desarrollo de este apartado pretende evidenciar un conjunto extenso de planteamientos conceptuales y de constructos que influyen y condicionan el/los cometido/s de enfermería en la realidad social de los países desarrollados en estos primeros años del siglo XXI. En este sentido, en primer lugar, se abordan las cuestiones, controversias y alternativas respecto materias contextuales o del entorno (Salud-enfermedad y las dimensiones de estar enfermo, y de los cometidos profesionales sanitarios y no sólo de enfermería). A renglón seguido, y también con pretensión general, se relata aquellos aspectos más relevantes de lo que hemos titulado como herramientas metodológicas; incluyendo las aportaciones que están disponibles desde la perspectiva de las competencias de enfermería realizadas bajo el paraguas de trabajos concretos que identifican áreas junto con aptitudes y actitudes, la referencia literal sin entrar en su desarrollo de la normativa de aplicación, y finalmente, son los aspectos de metodología asistencial de enfermería más concretos los que se abordan, tratando de evidenciar las líneas de avance de enfermería, en cuanto modelo, proceso de atención y sistemas de definición de los productos y cuidados enfermos.

■ SALUD-ENFERMEDAD, y LAS DIMENSIONES DE ESTAR ENFERMO

En nuestro medio social la caracterización de la idea salud, a tenor de Uribe (1996) se sustenta en:

- La unión por una parte con el marketing social; consumidores y destinatarios de productos también de salud.
- La orientación biopolítica que adquiere la salud como política de los Estados, sobre la vida; algo diferenciado a lo que es posible o no añadirle salud, y que supone que sea la institución de servicios de salud la que deba crear el

objetivo, el papel que ha de jugar la salud, y, en última instancia, la apropiación institucional de su cuidado y mantenimiento. Esta salud es “no una salud estática, ni definitiva, sino asequible y flexible; al igual que el resto de las características económicas,.....que conforman la sociedad postindustrial: Un nuevo capital. Ante la disponibilidad de un escaso nuevo capital individual, ni se le segrega; recluyéndole, ni se le cura; aplicándole un tratamiento de vuelta a la normalidad, sino que se le recoloca en el gran sociograma colectivo de posiciones de salud/enfermedad, en el cual hay distintas posiciones, fundadas en potencialidades y capacidades, que marcan acceso o exclusión de planos sociales (Uribe, 1996: 396-400).

La salud ha de afirmarse y/o buscarse entre un conjunto de actuaciones y decisiones que desde el punto de vista sanitario son peligros o riesgos constantes que han de evitarse (riesgos como formas de vivir).

Si la cara de la moneda de vivir descrita es la salud, la cruz de la misma moneda es la enfermedad; en este sentido, recojo como ha expresado Granero (1984), la importancia de la falta de salud:

“Els grups humans han respost de manera diferent a la malaltia d’acord amb la seva estructura, el seu sistema de valors, les seves relacions socials, el seu grau d’adaptació al medi o la seva visió de l’Univers; allò que s’ha anomenat la seva cultura”. Si cada grup humà respon de manera distinta a la malaltia, i aquesta mateixa ve condicionada per la dimensió ideològica que aporta cada patró cultural, sembla lògica una disciplina que tractés de les diferents maneres de veure la malaltia, i procurés la confecció de conceptualitzacions generalitzadores sobre aquesta informació que ens fossin útils per millorar el nostre coneixement de l’home”.

Talcott Parsons (1978) escribe que probablemente, la salud y su negación, la enfermedad, han sido los objetivos de preocupación y de dedicación más grandes desde que existe alguna cosa parecida a la sociedad humana.

En dirección similar se expresan otros autores: *“Avi, com el pasat, no hi ha cap mena de dubte que, en l’existència humana, hi ha molt poques realitats que presentin una relació existencial tan diàfana com la que acostuma a establir-se entre el trobar-se bé o el trobar-se malament, amb la particularitat que mai no poden ser experimentats al marge de l’acomodació simbòlica que porten a terme els individus concrets que viuen en una trama social, religiosa, cultural, política concreta”* (Duch i Alvarez, 1999: 392).

Como dice Sigerist (1951) la enfermedad es una manifestación de la vida bajo condiciones alteradas.

En honor de Rosenberg (1992), recojo su aportación de la enfermedad: *“Siempre una entidad esquiva, que constituye al mismo tiempo, un acontecimiento biológico, un repertorio generador específico de constructos verbales que reflejan la historia intelectual e institucional de la medicina, una ocasión de legitimar y la legitimación potencial del sistema público, un aspecto del rol social y de la identidad individual, una sanción de valores culturales, y un elemento estructurador de las interacciones médico/paciente”.*

En la lengua inglesa, existen dos palabras para representar el doble significado de la enfermedad. **Disease**, que se refiere a la existencia de un mal funcionamiento del organismo humano o una mala adaptación de los procesos biológicos y/o psicosociales; es un “estado patológico anormal, de la estructura y/o función de los órganos y sistemas del cuerpo” (Young, 1982: 264-270), a pesar de que el mismo no sea reconocido social o culturalmente. La enfermedad en términos

biológicos es la expresión de la relación del hombre con la naturaleza que le rodea y que necesita dominar hasta cierto punto para conseguir la supervivencia. Dimensión objetiva de la enfermedad, que responde a la construcción elaborada desde la biomedicina o la Medicina Científica, generalmente estructurada al interior de un cuerpo de conocimientos teóricos y prácticos que clasifican, etiquetan e interpretan los problemas de salud. “Desde esta perspectiva, la enfermedad no debe ser considerada una entidad en sí misma, sino que también es una construcción cultural, un modelo explicativo elaborado por los practicantes de este modelo hegemónico (Osorio, 2001:33). El otro vocablo, se corresponde con **Illness**, o dimensión subjetiva del padecimiento que se refiere a la experiencia psicosocial y al significado de la enfermedad. En este sentido, también es una construcción que incluye procesos de atención, percepción, respuesta afectiva, cognición y evaluación dirigida a la enfermedad y a sus manifestaciones, por parte del enfermo, su familia o las redes sociales. “Considera al padecimiento como la configuración cultural que adquiere la enfermedad en términos de conductas, experiencias, problemas y demandas” (Osorio, 2001:32). Aunque, esta distinción, entre disease y illness es el punto de partida de una Antropología de la medicina independiente del modelo médico, puesto que permite el desarrollo de una teoría propia, en el desarrollo de la teoría social, se hizo preciso incorporar el concepto de **Sickness**, como malestar o “desorden que afecte a la población teniendo en cuenta las fuerzas macrosociales que lo condicionan” (Osorio,2001:33). Además es el resultado de ser definido por otros como no saludable; y esto generalmente resulta de la propia incapacidad para enfrentarse a las obligaciones sociales. También es entendido como el proceso por el cual a conductas preocupantes y a signos biológicos, particularmente aquellos originados en disease, se les es dado un significado reconocido socialmente. **Es un proceso para socializar disease e illness.** Desde el ámbito antropológico, Young (1982) sugiere la existencia de una Antropología de la illness, o dimensiones culturales de la enfermedad, desde una” perspectiva culturalista y generalmente interpretativista, y otra de la sickness o dimensiones sociales de la enfermedad, que sin constituir un bloque unitario, se articula como crítica al individualismo de la Illness” (Comelles, Martínez, 1993: 58-60). Con el desarrollo de estos estudios, se llegó al análisis de los contextos sociales más amplios que envuelven los procesos de salud y enfermedad, evidenciándose que la dicotomía cartesiana mente/cuerpo sólo se ejercía a partir de la dualidad disease/illness, en donde las dimensiones sociales quedan inexplicadas y atrapadas en un enfoque individualista. **Desde esta perspectiva se propusieron introducir un nuevo plano de análisis que pudiera dar cuenta de las prácticas, roles y comportamientos sociales y de cómo factores como las relaciones sociales, las estructuras de rol/status y las diferencias étnicas y de clase conforman y distribuyen la enfermedad.**

En esta discusión entre cultura, biología y la sociedad en el s. XXI es compartida por otras disciplinas afines, además de la propia medicina, que a través de su praxis han introducido saberes en el conjunto de la población y ha abocado a un modelo de interpretación de los problemas sociales monopolístico, que recientemente ha entrado en crisis, por los resultados en la gestión clínica del alcoholismo, toxicomanías, y que lleva aparejado la revisión del peso de las variables culturales y sociales. Asimismo, hay que considerar el aumento del gasto sanitario, la reforma en sectores como el psiquiátrico, el dispositivo de gestión de determinadas patologías sociales como la adicción a drogas, y políticas sectoriales de educación para la salud cuyo ejemplo más palmario es la lucha antitabaco, y

junto a esto, el crecimiento de las migraciones étnicas de países pobres a países ricos ha provocado desajustes en los dispositivos asistenciales en virtud de las barreras lingüísticas y formas distintas de entender culturalmente la enfermedad. **“Estos problemas exigen, el desarrollo de trabajo interdisciplinar, pero a la vez engendran nuevas segmentaciones corporativas determinadas por las expectativas de reproducción social de los profesionales y las disciplinas que intervienen en cada uno de estos terrenos”** (Comelles, Martínez, 1993: 58-76).

■ ¿A QUÉ SE DEDICA ENFERMERÍA?

▪ **¿En qué medida la enfermería presenta los rasgos de las profesiones¹ y por consiguiente se va aproximando a la profesión-tipo?**

Es decir:

- Constituye **una ocupación** que desarrolla una función social (esencial e indispensable para el mantenimiento de dicha sociedad).
- Es realizada **por un conjunto de personas que se dedican a ella de forma estable y para quienes dicha actividad constituye el medio de ganarse el sustento.**
- Se necesita de **una acreditación o licencia** que se obtiene tras el pertinente y largo proceso de aprendizaje y socialización en valores y cultura de la profesión.
- Se basa en **conocimientos y habilidades especiales y diferenciadas** que han de aplicarse a situaciones que no son rutinarias.
- Es realizada tomando en cuenta **el interés del cliente** que a veces se hace público en un código ético.
- El colectivo aspira a **establecer normas y modelos de su actuación** y reclama juzgar la calidad de sus servicios.
- Es esencial que el profesional tenga **libertad para poder juzgar y decidir en cada momento.**

La controversia no se suscita meramente entre los conceptos de ocupación y profesión; que han operado en el recorrido histórico del trabajo enfermero, sino que también incluye **la relación con la profesión médica; más concretamente con el modelo de la biomedicina, que ha devenido hegemónico²**. Este modelo, se basa en la atención que brindan los profesionales de la salud reconocidos por la comunidad científica y por el estado, que han recibido formación en universidades y otras instituciones que cuentan con sanción oficial. Constituye el núcleo de los sistemas convencionales de salud, en el formato de salud individual o

¹ Holey (1980) en Teixidor (1997) y también aspecto recogidos por otros autores como Vielva (2002).

² El modelo médico hegemónico es un concepto propuesto por Eduardo L. Menéndez, que hace referencia al sistema asistencial organizado por la medicina profesional o biomedicina. Como características estructurales destaca en énfasis en la eficacia pragmática, el biologicismo y asociabilidad del modelo, su concepción evolucionista-positivista, el individualismo, la universalidad, ahistoricidad y reduccionismo, la falta estructural de prevención, la mercantilización y la descalificación del paciente como portador de saberes equivocados y una relación asimétrica médico-paciente entre otras. Para Arthur Kleinman (1995), lo que resulta específico de la biomedicina es el énfasis que pone en el paradigma científico (positivista) como método unitario de conocimiento de pretensiones universales y ortodoxas, intolerante con otros saberes de carácter holístico, vitalistas, plurales o dialécticos. Este paradigma parte de una concepción materialista-física de la realidad en la cual lo psicológico y lo social son epifenómenos que cubren la verdadera realidad. Se centra en una oposición dual de carácter ontológico (normal/patológico, mente/cuerpo) que se traduce en una visión unicausal y reduccionista de la patogénesis de los fenómenos sanitarios.

colectiva, mediante la salud pública, el ámbito de la seguridad social, el campo de la medicina privada y servicios concertados, distintas formas de beneficencia, ciertos organismos internacionales (Médicos sin Fronteras, Cruz Roja) y se relaciona con otras formas híbridas como las denominadas de **autoatención o autocuidado**, a través de medios de comunicación o documentos impresos y sitios web. Frente a éste y reflejo de la permanente preocupación de todas las sociedades para hacer frente a la enfermedad, el modelo de la medicina alternativa, en el que “confluyen formas de muy variada factura histórica y filiación cultural, desde las primitivas y tradicionales, desde las primitivas y tradicionales indígenas (adivinos, chamanes, curanderos, hueseros) hasta diferentes corrientes terapéuticas ancestrales, como la medicina china, la islámica, la ayurvédica y la tibetana, y otras muchas más modernas, tales que: aromaterapia, homeopatía, iridología, kiniesología, naturismo, quiropraxia, sofrología, terapia neural, así como medicinas alternativas de la nueva era” Haro (2000:113-114), que constituyen el ámbito del cuidado lego³.

Los profesionales médicos han sido descritos como protagonistas por antonomasia del modelo biomédico; en tanto aplicación y consolidación hegemónica del mismo; y lo hacen con la participación de otros agentes, que se colocan bajo el término de paramédicos, que incluye enfermeras, auxiliares, farmacéuticos, técnicos, nutricionistas, psicólogos, trabajadores sociales, fisioterapeutas. Desde el lado administrativo, los perfiles son estadísticos, informáticos, archivistas, personal de oficina, de cocina, de mantenimiento, chóferes, etc. “La denominación de paramédicos expresa para nosotros tanto la labor de apoyo que realizan frente a las acciones médicas como su dependencia subordinada en la jerarquía organizada” Haro (2000: 108).

En este orden de asuntos, traídos a modo de amplitud de planteamientos no sólo etnocéntricos, se deriva que **la problemática de la profesionalización de enfermería, se encuentra en un proceso dinámico de realización práctica para incorporar a través de metodología específica, la satisfacción de necesidades fundamentales para la vida en salud o con enfermedad, cuando éstas no pueden ser satisfechas por los propios sujetos;** bien sea por “falta de fuerza, voluntad y conocimientos” necesarios, en terminología de Henderson. **Dicho cometido responde principalmente a la función social de CUIDAR a las personas, entendido como conjunto de conocimientos, de competencias, de actitudes, de actos, de pasos que permitan la vida; este desarrollo se logra gracias a la prevención de la enfermedad, la promoción de la salud, la atención y los cuidados a toda persona que vive un proceso de enfermedad, no importa que momento de su vida, y al sostén y acompañamiento organizado con ella, y para ella, y con sus familia en los períodos donde ella necesita, por una razón u otra que le ayude a obtener los cuidados que ella misma se daría si pudiera hacerlo; y esto opera en relación con la función social de CURAR (diagnóstico recogido en las diversas clasificaciones, pronóstico, tratamiento farmacológico y de otro tipo); e incluso, con lo que viene siendo**

³ Todas aquellas actividades relacionadas con lo sanitario que existen al margen de la medicina profesional, que constituyen un abanico de actividades que se despliega en forma concéntrica en un continuum que va desde las opciones de autocuidado/autoatención más elementales; ducharse, prevención de accidentes, alimentación, autoreceta de remedios o medicamentos etc, que resultan centrales para el funcionamiento de todas las formas de atención a la salud, hasta el concurso de diversas iniciativas asistenciales que se aglutinan bajo el nombre de autoayuda (redes sociales, familia extensa, organizaciones autogestionadas). El cuidado lego, si bien es tributario de la cultura popular, incorpora también saberes y métodos de la medicina profesional a través del contacto que tiene la población.

habitual en realidad cotidiana; **el rol de CURAR enfermero, o más exactamente, colaborar en la curación que protagoniza el profesional médico, es decir,** los equipos médicos, representantes de una medicina alta y progresivamente tecnificada, “la cual edifica y reedifica una siempre compleja relación con el ámbito del CUIDADO PROFESIONAL DE SALUD”⁴. Estas necesidades de cuidados, que son comunes a todas las personas, si bien adaptadas en virtud de la edad, etapa de desarrollo, sexo y situación personal en el ámbito social de que se trate o la vertiente cultural, no se alteran y operan en cada caso en pro de la continuidad de la vida; **lo que realmente se altera, son las maneras de satisfacerlas mediante conductas que generan distintas situaciones de dependencia,** y ante las cuales aparecen y adquieren su peso, los cuidados de los grupos de apoyo, denominados de autoatención o autocuidados⁵ y por otra parte de autoayuda o autogestión, en terminología de los antropólogos de la salud, en algunos casos también médicos, que se encuadran y conforman el conjunto de prácticas aglutinadas bajo el epígrafe de **cuidados legos o profanos;** y sobremanera, **se despliega el campo de actuación de los cuidados de los profesionales de enfermería que con su aportación de suplencia,** constituyen el ámbito del rol profesional independiente o indistintamente, también llamado autónomo, en tanto que definitorio de esta profesión y que junto al desarrollo del rol de **colaboración, interdependiente o de vigilancia,** como es la preparación y administración de un buen número de medicación por distintas vías, técnicas que conllevan los distintos tratamientos diagnósticos, curativos y rehabilitadores; tales como, cura de herida, sondaje vesical, catéter endovenoso, sondaje naso-gástrico, monitorización de constantes vitales, aplicación de contraste yodado y radiografías, preparado e instrumentación quirúrgica, determinación analítica, vigilancia de la evolución del enfermo en cuanto alteración de constantes vitales, hemorragia, fracaso renal agudo, vómitos, dolor, caídas, y un largo listado de complicaciones para los diferentes procesos patológicos; **completan el cometido competencial de este colectivo, realizado en un campo común de trabajo de grupo o equipo, del que forman parte otros diversos profesionales de la salud con diferenciada formación y responsabilidades, aunque en mayor grado profesionales médicos;** con y entre los cuales, corresponde una serie de relaciones, intercambios y coordinaciones. A tenor de lo expuesto, resulta fácil deducir **que las enfermeras CUIDAN profesionalmente y complementan los AUTOCUIDADOS que toda persona y su grupo familiar son capaces de garantizar, tal cual se ha dejado constancia en la líneas precedentes;**

⁴ (Collière, 1982)

⁵Haro (2000) “La autoatención/autocuidado de la salud alude a la dimensión personal o doméstica donde se ejerce los cuidados más elementales para la promoción de la salud y para la prevención de enfermedades, y que constituye el núcleo de cualquier sistema. Según algunas investigaciones, más de las tres cuartas partes de los síntomas son resueltos en el propio domicilio en todo caso constituyen instancias irreductibles que están presentes no solamente en cualquier proceso asistencial, sino en la vida cotidiana a nivel doméstico/familiar, destacando el papel protagonista que tienen las mujeres en unas funciones que suelen ser soslayadas”.

Autoayuda, constituye formas de atención que son diferentes de las redes familiares y sociales informales, se refiere a iniciativas que están organizadas para la atención de problemas sanitarios y que son genuinamente autogestionarias en tanto que ofrecen opciones de atención que complementan y compiten, pero que sobre todo, tienden a cuestionar la oferta de la atención médica profesional. El término de autogestión, tiene connotaciones de referencia interna al origen del grupo que se propone ejercer una experiencia de autoayuda. Implica a un nivel que sobrepasa el concepto de ayuda en sus aspectos fácticos e ideológicos, apunta hacia las prácticas constitutivas necesarias para la organización interna de las experiencias de autoayuda, como también a las acciones necesarias para obtener reconocimiento externo de su existencia y en suma en el intento de control de las condiciones que generan el estado de salud.

asimismo, colaboran en CURAR de las personas. Con asociaciones de ambos vocablos, se establecen lemas para seminarios y congresos en los cuales se relaciona CURAR Y CUIDAR, como por ejemplo; “Atención Sanitaria Integrada. Curar y Cuidar”, del 16 Congreso Nacional de Hospitales, o CUIDAR cuando no es posible CURAR, referido a pacientes paliativos. En esta casuística de enfermedad como episodio que pone el broche al ciclo vital de las personas, a priori, apuesto por afirmar y establecer que **los significados asignados y reconocidos; es decir, de los que van acompañados ambos términos de CUIDAR Y CURAR, no son antagonistas, ni divergentes ni excluyentes.** Puntualización que con ser reveladora, ya que permite una mayor comprensión de la relación que entre ambos es susceptible de establecerse, no agota los elementos de análisis y tampoco nos induce a concluir que son **términos con significados equivalentes, sinónimos o susceptibles de sustitución en cualquier caso.**

Llegados a este punto y con el interés puesto en ir avanzando, más bien, podemos atisbar que se hace preciso, acometer un rastreo desde su génesis, hasta su evolución de uso en la doble vertiente conceptual y de práctica, para explicar el conjunto de relaciones y la naturaleza de las mismas que se establecen entre ambos; con la posibilidad de incorporar en esta trayectoria la perspectiva y las aportaciones que desde la bioética son de aplicación.

En este sentido, continuamos con la descripción de lo más sobresaliente que en términos de cuidados que necesitan y obtienen los seres humanos para estar vivos y desarrollar el conjunto de potencialidades del que es sujeto. Así el ser humano, ha sido y es objeto de definición e investigación por los diferentes estudiosos de las disciplinas que conforman el grueso del conocimiento formalizado, y han resaltado diferentes aspectos; incluso dentro del campo de la enfermería, acontecen diferencias con puntos coincidentes, sin embargo, desde una constatación más apegada a ras de tierra, esta persona que acaba de desprenderse del útero materno e inicia el proceso vital, necesita por antonomasia, de inmediato y sucesivamente, a otros congéneres, especialmente la madre, para estar en un ambiente de temperatura adecuada, comer y beber, eliminar los desechos, mantener distintas posturas corporales, proteger su piel y que ésta permanezca limpia y seca, dormir y descansar, etc.; y también aspectos no tan biológicos; como sentirse seguro, protegido, querido y poner en práctica sus habilidades y aprendizajes. Estas necesidades, operan estando “disfrutando de un completo estado de bienestar físico, psíquico y social”; por tanto, al margen de la enfermedad, el ser humano le caracterizan unas necesidades que requieren irrenunciablemente de los demás para satisfacerlas, no sólo en los estadios próximos del nacimiento, sino en todo el proceso de desarrollo, en el cual va adquiriendo grados de autonomía para satisfacer por sí mismo sus necesidades vitales o fundamentales en una matriz social y cultural. Esta falta de autonomía o autonomía apropiada a su estadio de crecimiento funcional, constituye los cuidados legos o cuidados profanos en expresión de Haro Encinas (2000)⁶; relacionados con los hábitos más personales e íntimos que puede garantizar el medio social donde crece y se desarrolla, sin que tenga que intervenir en ello, de manera esencial la institución sanitaria, y no tiene el mismo significado que se reserva para

⁶ Según Graham (1984), existen al menos cinco actividades básicas de cuidado endógeno de la salud realizadas por las familias en el ámbito de la esfera doméstica: 1) Crear y mantener las condiciones de vida favorables a la salud, e incluye todas las actividades domésticas de limpieza, calidez, seguridad y nutrición alimenticia; 2) asistir o cuidar durante los trastornos de salud; 3) educar para la salud; 4) servir de mediador con los profesionales de la salud; 5) afrontar las demandas urgentes.

el término dependencia para satisfacer las necesidades fundamentales. Aunque es posible que opere conjuntamente dependencia con autonomía apropiada a edad evolutiva, la dependencia se entenderá de forma relativa; es decir, en relación a la autonomía apropiada a la edad evolutiva, y cuando existiera en *strictu sensu*, falta de energía, voluntad y conocimientos; y en consecuencia con esto, hay cierto consenso enfermero a facilitar los usos conceptuales en la práctica, descartando el empleo del concepto dependencia-independencia a los seres humanos hasta los 14 años, y prefiriendo mayoritariamente, el *continuum* autonomía-no autonomía para satisfacer las necesidades fundamentales, tanto si éstas son satisfechas por su grupo social y cuando también lo son por la instancia sanitaria, en cuanto educación y prevención, aunque no haya enfermedad, o conjuntamente por ambas; es a partir de esta edad, cuando utilizamos los vocablos dependiente e independiente, en relación con la falta de energía (en referencia a lo físico y orgánico), voluntad (psicológico y espiritual) y conocimientos.

A continuación, dejamos las primeras etapas de la vida y nos adentramos en la persona adulta para continuar desenmarañando las relaciones entre CURAR Y CUIDAR, dejando por sentado que a partir de este momento, me referiré exclusivamente al CUIDAR PROFESIONAL que tienen encomendado o llevan a efecto profesionales de la institución sanitaria reconocida en nuestro medio social, aún cuando vengo reconociendo explícitamente la trascendencia del AUTOCUIDADO/AUTOATENCIÓN y AUTOAYUDA/AUTOGESTIÓN. Asimismo, CURAR en nuestro mismo entorno social, también exige especificaciones en cuanto que se trata de la CURACIÓN, que ofrece la MEDICINA CIENTÍFICA o también denominada BIOMEDICINA⁷. La dinámica del CURAR de la BIOMÉDICA, se desarrolla cuando un médico, conveniente formado y en el marco de su desempeño profesional asistencial tanto en el ámbito privado como en el público, se encuentra en la situación de atender a una persona que refiere una sintomatología, y ésta, es preguntada y observada, junto a un conjunto de signos que obtiene de la estructura y funcionamiento orgánico mediante palpación, auscultación y datos mediante el empleo de otras sofisticadas técnicas y tecnologías sanitarias; EKG, EEG, parámetros bioquímicos, células sanguíneas, radiología en su más amplio despliegue; y una vez sistematiza toda esta información, le asigna una categoría de la taxonomía al uso; habitualmente, con un solo vocablo nominal; como por ejemplo colecistitis, en el caso de inflamación de vesícula biliar. Esta categoría diagnóstica, en virtud básicamente, de la repercusión *per se* para la vida en general de cualquier ser vivo, de otras enfermedades que presenta este paciente concreto, así como de la disponibilidad de recursos terapéuticos, inducen o emiten un pronóstico en cuanto la evolución del enfermo (muy grave, grave, reservado, leve, etc.). Tras esto, corresponde diseñar un plan terapéutico o de tratamiento, que en buena parte de las patologías se fundamenta en el uso de todo un arsenal de medicamentos, fruto de costosos, no solo en dinero, sino también en conocimientos, ensayos clínicos; ya sean

⁷ Para Arthur Kleinman (1980) lo que resulta específico de la biomedicina es el énfasis que pone en el paradigma científico y positivista, como método unitario de conocimiento de pretensiones universales y ortodoxas, intolerante con otros saberes de carácter holístico, vitalistas, plurales o dialécticos. Este paradigma parte de la concepción materialista-física de la realidad en la cual lo psicológico y lo social en epifenómenos que cubren la verdadera realidad. Se centra además en una oposición dual de carácter ontológico (normal/patológico, mente/cuerpo, fuerza/debilidad) que se traduce en una visión unicausal y reduccionista de la patogénesis de los fenómenos sanitarios. También una mirada que tiende a atomizar, a homogeneizar a los individuos y a apreciar la enfermedad ontológica y descontextualizada; es decir que tiende a ignorar el legado hipocrático de no existen enfermedades sino enfermos.

antibióticos, antifúngicos, antivíricos, antihipertensivos, diuréticos, betabloqueantes, adrenérgicos, anestésicos, tranquilizantes mayores y menores, mucolíticos, quimioterapéuticos, antieméticos, analgésicos, sueroterapia, vacunas, etc., clasificaciones que son el contenido del vademécum, y que en muchos casos tienen que acompañarse de tecnologías intervencionistas o quirúrgicas propiamente dichas; en casi permanente evolución con incorporación de avances de otros campos como la física, la informática y la ingeniería. Así, en el caso de que el tratamiento, pudiera ser una intervención quirúrgica, habría que decidir entre colecistectomía abierta; es decir acceso mediante incisión amplia en abdomen, colecistectomía por laparoscopia, con dos incisiones de mucho menor tamaño en el abdomen, o bien PCRE (Colangiopancreatografía retrógrada endoscopia), que a través de los varios conductos que comunican el exterior; boca, faringe, esófago, estomago, intestino delgado, colédoco y cístico, con la cavidad u órgano afecto, se llega hasta el mismo por un sistema de tubos flexibles, que llevan incorporados lentes de visualización y permiten recoger muestras, hacer dilataciones, extirpar y cauterizar pequeñas estructuras. En todo este proceso, no sólo ha participado el médico que al inicio tipificó el cuadro clínico, sino otros médicos especialistas en análisis clínicos, radiología, si el paciente tiene alguna patología crónica, el especialista correspondiente, por ejemplo cardiólogo o neumólogo, anestesista, preventivista, anatomopatólogo, medicina de trabajo, ayudante de cirujano y alumnos de medicina en pregrado y post-grado (especialización), junto con otros profesionales de la salud, básicamente enfermeras, pero también farmacéuticos, técnicos, auxiliares de enfermería, celadores, lavanderas, cocineras, limpiadoras, electricistas, calefactores, administrativos e informáticos, etc.; la muestra es lo bastante extensa, como para divisar una idea acertada de todas las interacciones *inter e intra* profesionales que han de articularse.

Este paciente que está viviendo toda esta sistemática curativa y que era independiente para satisfacer las necesidades fundamentales, o tenía más exactamente, cierta dependencia debida a su falta de voluntad para nutrirse convenientemente; tan solo a modo de ejemplo, y sin pretender relatar un plan de cuidados individualizado al uso, fruto por otra parte de una metodología, que supone observar y ejecutar las fases de valoración de la dependencia, los diagnósticos de enfermería o juicios que también utiliza una taxonomía, los objetivos y plan de acción para conseguir los estándares; **resulta que consustancialmente a este proceso terapéutico, cuando sale de quirófano recién intervenido, es dependiente para satisfacer casi todas sus necesidades fundamentales, porque evidentemente le falta fuerza, algo más de voluntad y obviamente ciertos conocimientos.** En este sentido y como ya hemos advertido tan sólo a modo de ejemplo y carente del rigor metodológico que la práctica asistencial, si requiere; nuestro paciente, aunque su funcionalidad respiratoria está conservada, presenta molestia en su laringe a consecuencia del tubo endotraqueal que ha llevado durante a la anestesia y habrá que explicarle también que se le pasará en breve sin secuelas, tiene tos como consecuencia de esta irritación, necesita ayuda para comer y beber; hasta el extremo, que ahora no va a hacerlo por boca y demás órganos de tracto digestivo, tendrá que ser satisfecha esta necesidad mediante el tratamiento endovenoso correspondiente, y progresivamente trabajaremos para conseguir tolerancia a agua y sucesivamente a otros alimentos, y puede sufrir malestar por sequedad de boca y mucosas, sin que pueda enjuagarse por sí sólo, no será autónomo para ir al aseo a realizar la eliminación fecal y urinaria y por tanto habrá que facilitarle la botella limpia y contar

la cantidad y otros aspectos de orina a si como su recogida para análisis en su caso y finalmente su desecho, o el cuidado del sondaje vesical o la cuña y características de las heces y asegurarle la higiene de estas zonas, respetando su intimidad y llevándolo a efecto de tal manera que se sienta atendido, probablemente si no hemos reparado en colocarle más ropa de abrigo en la cama, tenga frío y en los primeros momentos de despertar y no pueda o no se atreva a decirlo y le pongamos la manta cuando está titiritando, al igual que habrá necesitado de barandillas, porque existe cierto riesgo de somnolencia o desorientación temporo-espacial y no vamos a esperar a que se caiga de la cama para evitar estos peligro, para su seguridad también, deberá permanecer en una posición determinada en la cama, sin que esto suponga riesgo para el mantenimiento de la integridad cutánea o aspiración y tendrá alguna limitación de la movilidad de sus articulaciones, por inserción de catéteres en ciertas partes de su cuerpo, inicialmente puede tener cierta dificultad para expresarse verbalmente y obviamente por escrito, quizá esté intranquilo, preocupado por los resultados de la intervención y por como le va a afectar a partir de ahora todo ello en su vida personal; porque le gustaría estar al lado de su familia, porque no quiere que le vean en esta situación, como va a poder continuar con sus prácticas de sus actividades recreativas habituales; entre las que está las lifaras con los compañeros de caza, le preocupa el cambio en las relaciones con su mujer y con su grupo familiar, alberga incertidumbres sobre el futuro mantenimiento de su familia, en el propio ritmo de trabajo, necesitará dar muestra de su fe y practicar sus creencias, etc. A medida que transcurra el tiempo, el paciente irá adquiriendo mayores cuotas de independencia, porque las sistemáticas del tratamiento serán suspendidas tras haber conseguido los estándares de evolución favorable, y finalmente, curación del proceso; por lo que será dado de alta, con el consiguiente traslado a su domicilio, incorporando ciertos hábitos dietéticos, al igual que ejerciendo su independencia para satisfacer sus necesidades fundamentales, e ir incorporándose a su trabajo y a todas aquellas facetas que ha decidido constituyan su vida. Durante el proceso, su familia o grupo de apoyo, habrá estado compatibilizado sus responsabilidades habituales con el acompañamiento al paciente, el traslado hasta el centro sanitario, y habrá compartido preocupaciones, incertidumbres y deseos de que mejore bien y cuanto antes.

Con estas pinceladas de lo que sería una trayectoria clínica de un enfermo "itinerario terapéutico" o "carrera del enfermo"⁸; hemos tratado de aportar ideas elementales, respecto la relación de complementariedad que se ha establecido entre proceso de CURAR y proceso de CUIDAR; desde la perspectiva de lo que necesita este enfermo concreto; y como los profesionales que intervienen observan los principios de no-maleficencia y justicia, que constituyen la ética de mínimos, al igual que el de beneficencia; es decir con nuestros conocimientos actualizados; no sólo no haremos mal, sino que haremos el mejor bien posible. Sin embargo, pudiera parecer que ha quedado menos evidenciado como se ha incorporado el principio de autonomía del paciente; cada vez más reconocido legalmente. En este sentido, falta por expresar que todo paciente que ingresa en un centro sanitario por indicación médica, lo hace, salvo honrosas excepciones de gravedad, decidiendo explícitamente sobre la aceptación de tratamientos y sistemáticas sanitarias; y además, ciertos tipos de prácticas más bien curativas, en gradual incremento, exigen consentimientos informados específicos; como en este caso procedería

⁸ La carrera del enfermo, (Goffman, 1981) se encuentra en la literatura, como conducta en pos de la salud

para la intervención quirúrgica por cualquiera de la técnicas señaladas. Y esto es así, hasta el extremo, que de no efectuar el pronunciamiento porque así lo hubiera decidido tras haber sido bien informado por el médico y reforzado en su caso por la enfermera, debería ser aceptada su postura y emplearse en aplicarle el tratamiento farmacológico con todo rigor y estar sumamente pendiente de la evolución y complicaciones. En materia de autonomía del paciente, no solo a los sanitarios se exige el cumplimiento de los deberes y derechos de los pacientes, recogidos en la Ley General de Sanidad, de 1986 y que se recuerdan mediante documentación impresa en el momento del ingreso; sino que expresamente, existen documentos de consentimientos informados y sistemática de aplicación, códigos deontológicos de las profesiones sanitarias, junto con legislación específica, como es la Ley 41/2002 de Autonomía del Paciente y la Ley Orgánica 15/1999 de Protección de Datos de carácter Personal o la posibilidad actual de considerar toda la temática de las Voluntades Anticipadas.

¿CÓMO REPLANTEAR LAS CUESTIONES QUE SON OBJETO DE ESTE DISCURSO también a la luz de las APORTACIONES Y CONOCIMIENTOS DE LA BIOÉTICA?. En las primeras fases de este ejercicio de pensar y relacionar conceptos, apostamos por expresar que CUIDAR Y CURAR, no son desde la perspectiva de la dependencia para satisfacer las necesidades fundamentales o de la vida diaria o básicas del usuario-paciente, términos o conceptos antagónicos, divergentes ni excluyentes; ni tampoco desde el extremo opuesto de la dicotomía; términos o conceptos equivalentes, sinónimos o sustituibles. En la medida que hemos tratado de describir y relatar las tareas elementales de distintos profesionales en la atención a una persona concreta que se encuentra aquejada de una patología determinada, **hemos bosquejado relaciones necesarias de complementariedad entre ambos términos, que desde las prácticas presentan una interrelación armónica o si se prefiere sin problemas.** No obstante estos extremos pueden ser desarrollados y susceptibles de otras metodologías como las biografías o historias de vida de practicantes de la medicina, de la enfermería, de la psicología en el ámbito de la salud, de los farmacéuticos, y de otros profesionales, que a buen seguro darían luces y alguna sombra en esta no cuestionada relación de complementariedad. En este sentido, han quedado planteados atisbos de que hacen las enfermeras en cuanto su participación en la curación, y respondiendo a las taxonomías completas de intervenciones enfermeras y sin pretender ser etnocentrista, por mi condición de enfermera, es momento de clarificar con preguntas concretas las preocupaciones que guían las pretensiones analíticas y que subyacen a este trabajo de investigación; máxime si cabe cuando a nivel de los discursos, el vocablo que se utiliza frecuentemente, en los planes de estudios y en las definiciones que contienen los textos, se corresponde con CUIDAR para enfermeras, y CURAR para exclusivamente la clase médica: ¿QUE HACEN LOS MÉDICOS CUANDO EN EL PROCESO ASISTENCIAL NO PUEDEN CURAR O NO HAY TRATAMIENTO?, ¿EN QUÉ CONSISTE EL CUIDADO MÉDICO?, ¿CÓMO SE ARTICULA ESTE CUIDADO MÉDICO CON EL CUIDADO DE LOS PSICÓLOGOS?, ¿SI LAS ENFERMERAS CATALOGAN LAS SITUACIONES DE DEPENDENCIA MEDIANTE TERMINOLOGÍA, como: 00053 Aislamiento social, 00055 Desempeño Inefectivo del rol, 00057 Riesgo de deterioro parenteral, 00062 Riesgo de cansancio del rol cuidador, 00098 Deterioro del mantenimiento del hogar, 00177 Estrés por sobrecarga y 00188 Tendencia adoptar conductas de riesgo para la salud, ¿DONDE Y CÓMO ESTABLECER LOS LÍMITES Y RELACIONES CON OTRAS PROFESIONALES DEL ÁMBITO DE LA SALUD,

COMO LAS ASISTENTES SOCIALES?, ¿SI LAS ENFERMERAS DIPLOMADAS, PUEDEN EMITIR JUICIOS CLÍNICOS A TENOR DE LA TAXONOMÍA NANDA 2007-2008, tales que; 00059 Disfunción sexual, 00129 deprivación del sueño, 00101 Incapacidad del adulto para mantener su desarrollo, 00124 Desesperanza, 00127 Síndrome de deterioro de la interpretación del entorno, 00128 Confusión, 00131 Deterioro de la memoria, 00137 Aflicción crónica, 00146 Ansiedad, 00135 Duelo complicado, COMO SE FORMALIZAN Y OBSERVAN EN LA PRÁCTICA EL EMPLEO DE SUS CAMPOS COMPETENCIA LES EN RELACIÓN CON LOS LICENCIADOS EN PSICOLOGÍA?, ¿QUÉ RELACIÓN SE TIENE QUE ESTABLECER ENTRE CUIDADOS LEGOS, CON LA INSTITUCIÓN DEL CUIDADO PROFESIONAL?.

▪ **¿Y qué pasa en Atención Primaria del Sistema Público de Salud SNS?**

“El funcionamiento de la enfermería en Atención Primaria, y la especificidad de equipo, como manera de interrelacionar el trabajo entre los distintos componentes se perfila para ellos **como ideal a alcanzar y como rasgo distintivo en el mundo sanitario**. Por otra parte, el equipo y, su colorario, el tratamiento integral de la persona, les aleja de la otra imagen estereotipada de la sanidad, la correspondiente al hospital. Se distancian de una medicina superespecializada y tecnologizada que segrega en compartimentos estancos la totalidad del sujeto, y que a la par, por su masificación, no permite el contacto detenido ni más allá del motivado por el acontecimiento sanitario que lo provoca” (Uribe, 1996: 138-139). Pretender responder a la pregunta ¿qué es un Equipo de Atención Primaria?, exige plantearse que el equipo denotará diversas particularidades, más allá de su emergencia como opuesto a otras organizaciones sanitarias, expandiéndose o comprimiéndose las categorías de su composición. Una primera acepción de equipo a tener en cuenta es aquella que vienen impuesta desde el marco legal posibilitador a la creación de Centros de Salud (RD 137/1984): **“El conjunto de trabajadores sanitarios y no sanitarios que actúan en una zona de salud.”**, estableciendo, la primera y básica distinción al tratar de substantivar la idea de equipo: **la escisión entre sanitarios y no sanitarios**. La consideración del adjetivo sanitario, en una institución que a su vez se define como tal, provoca **la sobreestimación de aquellos miembros que dentro de la estructura sanitaria se encargan expresamente de lo denominado como salud y enfermedad, esto es médicos y enfermeras**. Al mismo tiempo, siendo lo sanitario la pauta discriminatoria, se privilegia a aquellos que encarnan su punto más cualificado: **el personal médico**. **“La enfermería engloba determinadas connotaciones de excepcionalidad y generalidad que la colocan en paralelo, pero dependiente y separadamente del médico”** (Uribe, 1996:140). La figura de la enfermera surge históricamente como ayudante voluntariosa del médico sin necesidad de unos conocimientos previos y específicos, confiriendo a su actuación la condición de una prolongación adaptada de las tareas del hogar adscritas a las mujeres. No obstante, **está distinción bipolar se altera** si, continuando el espíritu y letra de la ley, reparamos en el organigrama y en la composición de la plantilla del Centro de salud: médicos, personal de enfermería, auxiliar de enfermería, asistente social, administrativos y celador. Si por otra parte, atendemos a la coordinación de las distintas tareas de los trabajadores, se constata **una estructura jerárquica** que guía la interrelación entre los miembros y el alcance de la participación de cada uno en las actividades formales del centro. La dependencia

o no respecto a otros trabajadores para la realización de las propias labores, sintetiza la clasificación reestructurándola en tres grandes grupos entre sí diferenciados: **el médico, el personal de enfermería y los demás** (no intervienen en la fase diagnóstica ni terapéuticas). **El escalón más alto de la jerarquía está ocupado por el personal médico, “ya que es el único que detenta la facultad de diagnosticar, nombrar lo que es y no es susceptible de ser atendido sanitariamente, así como de fijar las actuaciones que deben instrumentarse para tal cometido”** (Uribe, 1996:140). Esta visión se refuerza aún más al distinguir entre aquéllos que dicen lo que hay que hacer y aquéllos que hacen lo que se dice que hay que hacer: personal médico y personal paramédico, respectivamente. “De esta forma, lo que parecía como algo diferenciado, El equipo de Atención Primaria, se revela como un conjunto de diversas condiciones de miembro que van superponiéndose, creándose y diluyéndose, en consonancia en el enfoque utilizado para caracterizarlo y en función de cuál de las actividades del Centro se destaque. Pero la fragmentación del concepto de equipo en una serie de subgrupos, facciones o equipos situacionales, arrojaría la estampa de una disparidad de situaciones instantáneas y estancas que fragmentan el mundo interno del colectivo sin poder abarcarlo” (Uribe, 1996: 141).

Es preciso introducir el seguimiento y la concatenación de situaciones concretas para tener presente en todo momento de qué equipo se está hablando. Es en el propio día a día donde se agrupan, entrecruzan, solapan y reordenan todas las categorías mencionadas haciendo surgir un equipo que, no siendo patrimonio de ninguna ocasión, es reconocible y enunciable en todas las actividades del Centro de Salud (Uribe, 1996:141). **Al repasar los cometidos de cada uno de estos componentes hay que reseñar las variaciones que se suscitan entre lo que ellos esperan efectuar como tarea propia, su perfil ocupacional ideal, aquello que representantes de otras unidades conceptúan como su papel, las funciones que los demás les posibiliten o niegan, y las actuaciones que operan cotidianamente, los ajustes y desajustes que la práctica diaria ejerce sobre ambos.** “Los cometidos que entre todos hagan propios y pertinentes de cada trabajador -el perfil real- estarán supeditados a esa idea abstracta de equipo que todos dicen representar y, a la vez, supeditarán a tales desempeños la imagen de equipo que van perfilando en la práctica sanitaria. Se da, entonces, un juego entre el equipo obvio⁹ y el equipo obtuso, en la línea de contrastar lo que se ha querido, en este caso, hacer, y lo que se ha sobreañadido, en este caso, en los papeles desarrollados” (Uribe, 1996: 142). Empezando por lo obvio, las ventajas particularistas gremiales de la defensa de la idea de equipo como organización laboral idónea funciona como nexos y soslaya las diferencias que el trabajo en equipo provoca. Los médicos depositan en ella la viabilidad para acceder a unos medios de asistencia, salas, posibilidad de acceso a pruebas complementarias, y de docencia, que de forma individual les serían negados. El personal de enfermería encuentra en esta nueva estructuración la vía para salir de la sala del médico y para instaurar un campo propio de actividades. Los administrativos la aceptan tanto por motivos ideológicos declarados, la atención global del usuario se facilita por medio del contacto y trabajo en común de los distintos trabajadores que participan en los servicios sanitarios, como por el

⁹ Barthes (1986:49-67), utiliza estos conceptos en cuanto planos de expresión y los distintos sentidos que en ella actúan; **lo obvio** implica la intención evidente y su traducción en elementos conducentes a transmitirla, mientras, **lo obtuso**, no por difuso menos real, se caracteriza como una expresión holística, exclusiva del conjunto, captada y difícilmente desmenuzable, pero que patentiza su presencia en la globalidad del fotograma y, en este caso, en la dinámica global del equipo.

supuesto de que la adscripción a un organigrama más pequeño y cercano favorece su participación con un mayor protagonismo. “Esta convivencia de la imagen de “debe ser” un equipo y las distintas materializaciones –el ser- que cada grupo surgido en los distintos enfoques produce, se presenta como un punto de contraste en el que buscar el equipo o al menos mi equipo” (Uribe, 1996: 143).

Durante el tiempo en que se llevó a cabo la investigación, el personal de enfermería sufrió una reordenación decisiva en el diseño y cometidos de su labor ocupacional: la instalación de consultas de enfermería. **“Aunque se puede hablar de un antes y un después de las consultas de enfermería, esto es fruto no tanto de una ampliación de sus labores o de su protagonismo en el devenir del Centro, como de la repercusión sobre el colectivo médico y su organización de las consultas”** (Uribe, 1996: 147). El trabajo del enfermero/enfermera cuando su puesto estaba en la sala del médico, habitualmente en una mesa aneja a la del licenciado en medicina, consistía en seguir las indicaciones que éste le hacía para agilizar y facilitar la consulta médica: toma de decisiones, redacción de recetas en la demanda, dar paso a los distintos usuarios y ayudar a desvestirlos, búsqueda y selección de historias clínicas, controles periódicos y de seguimiento a enfermos de los programas, cumplimentación de recetas a enfermos de largo tratamiento, y el mantenimiento de la consulta tanto en lo que se refiere a vigilancia y reposición de materiales necesarios para la labor asistencial, como a la limpieza de objetos del material usado para curas menores. En este período, los controles de los llamados enfermos programados planteaban ya un primer problema: la búsqueda de espacio *ad-hoc* para poder atenderlos, al estar ocupada la sala de consulta médica por el titular en consultas citadas o programadas. Así, el personal de enfermería en los tiempos reservados para control de enfermos programados, se veía obligado a coordinarse con otros trabajadores que pudieran vaciar sus salas respectivas. La creación de las consultas de enfermería significó la salida de las enfermeras de las consultas médicas, realojándose en salas ex profeso para ellas en las que tendrían desde entonces que ejercer sus tareas. Estas consultas intentan delimitar y definir áreas y contenidos específicos de la enfermera: la respuesta a una demanda propia de enfermería y el fomento de la educación y prevención de la salud; imposibles por otra parte de compatibilizar, como mínimo espacialmente, con el desarrollo de la consulta médica. **Habría que añadir que esta iniciativa surge, al mismo tiempo, como reacción a la insatisfacción laboral expresada por este personal ante su situación anterior calificada por ellas mismas, y reconocida en abstracto por algunos médicos de familia, como de secretarías del médico** (Uribe, 1996: 149).

La irrupción de la consulta de enfermería con un locus propio no alteró básicamente las actividades a desempeñar, a lo sumo, se potenció algunas de las ya asumidas; expresamente las tareas que venía ejerciendo en los domiciliarios, pero se frustró la incorporación de otras nuevas. Operaciones de ayuda al usuario, así como transcripción de recetas dictadas por el médico o información e instrucciones para la formalización de análisis, derivación a especialistas o solicitud de nueva consulta, tareas todas ellas suscitadas en el instante de la situación de consulta y de las que solía encargarse la enfermera, con su ausencia, pasaron a ser asumidas por el propio médico. **Este tiempo de demanda de enfermería en paralelo a la demanda médica, no cambió el papel de la enfermera en el equipo y su interrelación con el personal médico. Aunque disminuyó su intensidad, se mantuvo en los mismos términos que**

con anterioridad tanto en el carácter de auxiliar de sus labores como en la escasa iniciativa permitida (Uribe, 1996: 149). El obstáculo radicaba en que la demanda era de una espontaneidad dudosa o al menos mediatizada; porque los usuarios que a ella accedían eran aquéllos que tras haber acudido al médico habían sido derivados, mandados, con una indicación concreta a la nueva sala. En principio, esta consulta para el personal médico tenía como objeto que enfermería practicara curas, suministrara inyectables, y rellenara datos mínimos, generalmente información relativa a antecedentes personales con la única validez de poseer algún documento objetivable que respaldara la información recogida- de las historias clínicas, a la vez que el control ya mencionado de enfermos que, inscritos en el programa de adultos y consultado en esa ocasión por otro motivo, se aprovechaba para revisar. La escasa derivación recibida propició que el personal de enfermería por *motu proprio* comenzara a llamar a aquellos enfermos del programa a los que debía realizar los controles indicados. Así, la consulta a demanda se **convirtió en una ampliación del control de crónicos del programa**, que ya se había incorporado en las horas finales de la jornada laboral. **Junto a ello, se derivó en este tiempo, la cumplimentación, conveniente, de una serie de controles en domicilios de enfermos que, estando con algún tipo de afectación crónica, tenían imposibilitado su acceso al centro: se intensificó el cuidado más regular de alteraciones en personas mayores producidas por la situación de encamamiento, así como la realización de análisis de niveles de glucemia en domicilio de enfermos diabéticos.** Así pues, “Equipo de Atención Primaria con miembros que son figuras ocupacionales, facciones del equipo, miembro tipo o perfiles reales claramente reconocidos junto a miembros que se desdibujan (paramédicos); y asimismo, miembros nítidamente asentados en su intervención colectiva – médicos y administrativos- y otro cuya inserción no es clara puesto que el objeto de su participación resulta variable según contexto, y en definitiva se manifiestan como buscadores de estabilización de su porqué y para qué (enfermería y residentes). Se puede hablar de un continuum que va desde el papel perpetuamente visible e imprescindible para la institución hasta aquél que deviene más accesorio para el cumplimiento mínimo de las misiones de la misma. Tal y como V. Turner (1980) afirma acerca de los seres transaccionales, **las enfermeras se encuentran en los intersticios de la estructura**, ya que no tiene funciones claramente delimitadas, y según el momento del día y la actividad a realizar se le considera como no miembro del grupo médico o se le separa del resto de trabajadores al ser tipificado como de elemento sanitario” (Uribe, 1996: 153). En el personal de enfermería, esta indefinicióntiene que ver con la ausencia de funciones exclusivas y propias que substantiven su posición en la dinámica ordenada de tareas que debe ser el equipo. “En este sentido se ve a la enfermera como un ser y un hacer desordenado y contaminante; una contaminación que es estática, por su condición de ser enfermera. Junto con el residente, la enfermera por su calidad contradictoria, dudosa, difuminada, más allá de ser partes residuales o accesorias de la vida interna del equipo, hacen de hitos, se configuran como fronteras, límites en los que afloran los valores, conceptualizaciones, significados, estrategias e imágenes culturales que sobre su trabajo, y lo que sea el cuidado de la salud, están actuando e interrelacionándose en el equipo. La enfermera, no por afirmación sino por negación, fortalece la existencia de lo médico al ser su frontera con lo sanitario” (Uribe, 1996: 155).

“Otra manifestación concomitante de esta tensión entre lo médico y lo sanitario, captada y personificada en el cariz contradictorio del papel de la enfermera, sería **la diferencia según Freidson (1978) entre profesión y ocupación**”. En este caso, se podría hablar de una identidad profesional –la del médico- frente a una ausencia de identidad profesional o, de otra manera, **la condición de ocupación**, la enfermera, cercana a lo profesional o a lo idóneo, que es categorizada internamente como participante en la sanidad o **como parte conveniente, pero no imprescindible de la respuesta institucional a los problemas de salud y enfermedad**. “En resumen, el reconocimiento del carácter liminar de enfermera nos coloca ante la tensión entre el curar –lo médico y el cuidar– lo sanitario” (Uribe, 1996: 156).

Tras esta larga almágana **de opiniones y planteamientos, resulta fácil mantener que el CUIDAR de las personas que presentan dependencia o falta de autonomía, no tiene porque agotarse en el Curar;** e incluso, más bien **conceptualmente parece que el cuidado engloba la curación, cuando esta es posible; ya que el cuidado guarda estrecha relación con el hecho de vivir de los seres humanos y se entiende por ello, básicamente; las actividades e interacciones que facilitan que pueda curarse la persona aquejada de un proceso morbosos, cuidar para evitar los factores de riesgo de enfermar y cuidar para garantizar en las distintas etapas de desarrollo, un estado de completo bienestar físico, psíquico y social, tal cual define la OMS;** y esto, aunque en la práctica sanitaria de nuestros centros, es más visible, primordialmente y casi exclusivamente la curación mediante diagnóstico y tratamiento farmacológico en casi todos los supuestos, además de otra dimensión del tratamiento médico, espectacular en cuanto avances y resultados, como es el tratamiento quirúrgico e intervencionista; con los trasplantes, fertilizaciones in Vitro entre otros, y una continuada introducción de mejoras técnicas de otros ámbitos de la ciencia, no estrictamente médica.

▪ **“El nuevo grupo....”**

En este orden de problemáticas y a modo de complemento final, hemos trasladado las opiniones de una enfermera, que goza de reconocimiento entre el colectivo, y han sido vertidas en un foro de enfermeras: “La profesión de médico tiene una gran importancia; su contribución a la salud es enorme. Eso no impide que las enfermeras insistan, desde hace tiempo, en el hecho que su disciplina también contribuye de manera importante a la salud. ¿Es una aportación diferente de la disciplina médica? . Sí de hecho, **las atenciones enfermeras son diferentes a las médicas, hay razones para precisar en qué consisten las curaciones enfermeras**. Si, al contrario, las dos apuntan hacia el mismo objetivo y tienen la misma concepción de la persona, sería más lógico y más honesto dejar de hablar de enfermeras. Entonces hablaríamos más bien de asistentes o de ayudantes médicos, de escuelas de formación para ayudantes a médicos, y de búsqueda para hacer avanzar la asistencia médica”. Además de lo apuntado, en el desarrollo de la conferencia, su propuesta, no exenta de intencionada ironía, se concreta en el “nacimiento de una profesión nueva, que a diferencia de otros profesionales de ayuda, **el nuevo grupo proporcionará un servicio que ningún otro no facilite y colaborará con otros profesionales aceptando cierto solapamiento de funciones**. Al igual que los anteriores, los nuevos proporcionarán **un servicio de persona a persona:** respeto, empatía, comprensión, escucha activa, actitud cálida. Además **tendrán una formación científica comparable a la de sus colegas**.”

Convencidos de la importancia del servicio, los nuevos profesionales **confiarán su lugar dentro del equipo interdisciplinar de salud y realizarán la búsqueda científica necesaria para mejorar su servicio, formar un número suficiente de miembros y contribuir a los conocimientos en el dominio de la salud**” (Evelyn Adam).¹⁰

■ **METODOLOGÍA DE ENFERMERÍA**

▪ **COMPETENCIAS DE LA PROFESIÓN DE ENFERMERA**

Se entiende por competencia, en un intento básicamente clarificador, dada la complejidad inherente a este concepto; “como un conjunto de capacidades de concepción y de acción que ha de adquirir las personas formadas en un determinado y diferenciado grupo correspondiente a una profesión, que han de desplegar para resolver las cuestiones y problemáticas que son propias de su cometido profesional en cualesquiera de sus vertientes, y en definitiva; garantizar la aportación diferenciada y complementaria a un conjunto social”.

A falta de marco legal estructurado de las competencias de enfermera extensible a todos los ámbitos de su práctica, desde la formación, aspecto en el cual se están logrando avances, tanto en el ámbito estrictamente de grado universitario, como en las especialidades, hasta el estrictamente asistencial; y convenientemente actualizado a la realidad de inicios del s. XXI, se recogen las competencias establecidas por distintos grupos de trabajo:

A) Comissió d’Infermeria i les seves Especialitats Específiques del Consell Català d’especialitats en Ciències de la Salut:

PROCESO DE CUIDADOS

Objetivo: proporcionar cuidados de enfermería individualizados mediante un método sistemático y organizado.

Valoración, recogida de datos y formulación de problemas

Objetivos: Obtener y analizar los datos para determinar el estado de salud del usuario y describir sus capacidades y/o problemas.

- Hacer la entrevista clínica completa con los usuarios y/o personas significativas.
- Observar y valorar signos objetivos: Saber hacer una exploración física.
- Recoger y valorar síntomas subjetivos manifestados por el usuario y/o personas significativas.
- Realizar acciones y procedimientos que permiten validar el problema identificado.
- Registrar y expresar de forma sistemática los datos prioritarios de la información recogida.
- Identificar y valorar los datos significativos y en base a ellos definir los problemas reales y/o potenciales.

¹⁰ Conferencia dada en la Escuela Universitaria de Enfermería de Sant Pau de Barcelona.

Priorización y actuación

Objetivo. Priorizar los problemas detectados, desarrollar y realizar un plan de acción para disminuirlos y promover la salud y autonomía.

- Priorizar los problemas detectados y en base a ellos, elaborar un plan de cuidados que incluya objetivos e intervenciones adecuadas a los problemas definidos.
- Formular objetivos con el usuario y/o personas significativas y recoger sus experiencias según el problema previamente definido.
- Planificar actividades de cuidados par resolver los problemas de salud del paciente/usuario/cliente (con los recursos disponibles y observando la política de la organización)
- Elaborar, decidir y seleccionar los protocolos y procedimientos más adecuados a la actividad planificada en base a su pertinencia, validez y eficiencia.
- Ejecutar las actividades planificadas, tanto en lo referente al rol autónomo como al rol de colaboración.
- Mantener la planificación de actividades de forma actualizada.
- Planificar el alta en consonancia con la fecha prevista.
- Complimentar los registros.
- Diseñar y adaptar el plan de cuidados y el plan terapéutico a las necesidades del paciente/usuario de forma individualizada.

Evaluación

Objetivo: Evaluar de forma continuada y sistemática la efectividad del plan de acción en relación a los objetivos y/o criterios de resultados establecidos.

- Establecer criterios de resultados.
- Hacer la evaluación continuada del proceso de cuidados.
- Rediseñar los objetivos y las actividades según la evaluación continuada, si fuera preciso.
- Evaluar los objetivos formulados en el plan de cuidados.
- Valorar los recursos y el potencial del enfermo (conocimientos y medios materiales) para seguir aplicando los cuidados en el domicilio.
- Hacer un informe de alta de enfermería.

PREVENCIÓN Y PROMOCIÓN DE LA SALUD

Objetivo: Desarrollar acciones conducentes a la promoción de la salud, la prevención de la enfermedad y la educación sanitaria en los diferentes ámbitos de la práctica.

- Identificar usuarios con riesgo de padecer alguno/os de los problemas más prevalentes de salud.
- Evaluar y seleccionar los usuarios que pueden beneficiarse de medidas preventivas.
- Identificar los problemas potenciales de salud.
- Evaluar el estado de salud de la persona sana.
- Evaluar el entorno socio-sanitario.

- Enseñar y dar consejo sobre los diferentes medios de prevención del riesgo y promoción de la salud.
- Identificar los problemas de salud en el propio medio.
- Facilitar la prevención del riesgo.
- Realizar acciones educativas encaminadas al cambio de hábito.
- Promover actitudes de autoresponsabilidad frente la salud
- Promover un entorno saludable y seguro.
- Realizar actividades para la prevención de la infección nosocomial.
- Realizar estudios sobre la influencia del entorno en la salud.
- Evaluar periódica y gradualmente el aprendizaje del usuario.

PROCEDIMIENTOS Y PROTOCOLOS

Objetivo: Proporcionar cuidados de enfermería de forma sistematizada, teniendo en cuenta la situación individual de cada usuario y haciendo énfasis en la comunicación y la información.

CUIDAR A LAS PERSONAS EN SITUACIONES ESPECÍFICAS

Objetivo: Llevar a efecto la práctica profesional en los diferentes ámbitos y situaciones.

COMUNICACIÓN CON EL USUARIO Y/O PERSONAS SIGNIFICATIVAS

Objetivo: Conseguir una comunicación efectiva y establecer una relación terapéutica con el usuario.

TRABAJO EN EQUIPO Y RELACIÓN INTERPROFESIONAL

Objetivo: Dar una atención integral y coordinada mediante el trabajo en equipo.

COMUNICACIÓN INTRAPROFESIONAL

Objetivo: Garantizar la continuidad de los cuidados utilizando la comunicación formal y estructurada.

MANTENIMIENTO DE LAS COMPETENCIAS PROFESIONALES

Objetivo: Dar una respuesta profesional y de calidad a las diferentes situaciones de la práctica.

ÉTICA, VALORES Y ASPECTOS LEGALES

Objetivo: Incorporar a la práctica los principios ético y legales que guíen la profesión.

IMPLICACIÓN Y COMPROMISO PROFESIONAL

Objetivo. Hacer presente el compromiso profesional con la sociedad a través de la participación y la implicación.

B) Breve reseña de la referencia que se ha utilizado para elaborar los nuevos currículums de pregrado, en los cuales todo el desarrollo pedagógico pivota, al igual que en otros currículums de otras titulaciones, en torno al concepto de competencia:

- **Competencias asociadas con los valores profesionales y la función de la enfermera.** Primordialmente significa proporcionar cuidados en un entorno en el que se promueve el respeto a los derechos humanos, valores, costumbres y creencias de la persona, familia y comunidad y ejercer con responsabilidad y excelente profesionalidad tanto en las actividades autónomas como en las interdependientes.

- **Competencias asociadas con la práctica enfermera y la toma de decisiones clínicas.** Supone entre otros, emitir juicios y decisiones clínicas sobre la persona sujeto y objeto de cuidados, que deben basarse en valoraciones integrales, así como en evidencias científicas. Significa también mantener la competencia mediante la formación continuada.

- **Capacidad para utilizar adecuadamente un abanico de habilidades, intervenciones y actividades para proporcionar cuidados óptimos.** Supone realizar valoraciones, procedimientos y técnicas con pleno conocimiento de causa, destreza y habilidad excelentes y con la máxima seguridad para la persona que lo recibe y para uno mismo. Estaría también en este apartado todas las intervenciones de enfermería ligadas a la promoción de la salud, educación sanitaria, etc.

- **Conocimiento y competencias cognitivas.** Significa actualizar los conocimientos y estar al corriente de los avances tecnológicos y científicos, cerciorándose que la aplicación de estos últimos son compatibles con la seguridad, dignidad y derechos de las personas.

- **Competencias interpersonales y de comunicación.** Supone proporcionar la información adaptada a las necesidades del interlocutor, establecer una comunicación fluida y proporcionar un óptimo soporte emocional. También significa utilizar sistemas de registro y de gestión de la información utilizando el código ético, garantizando la confidencialidad.

- **Competencias relacionadas con el liderazgo, la gestión y el trabajo en equipo.** Supone capacidad para trabajar y liderar equipos y también garantizar la calidad de los cuidados a las personas, familias y grupos, optimizando los recursos.

▪ **PERFIL PROFESIONAL-ESPECIALIDADES DE ENFERMERÍA**

El real decreto de 22 de abril 450/2005, que establece las siguientes especialidades de enfermería:

- Obstétrico-Ginecológica.
- Salud Mental.
- Geriatria.
- Enfermería del Trabajo.
- Familiar y Comunitaria.
- Pediátrica.
- Enfermera de Cuidados Medicoquirúrgicos.

Para acceder a la referida titulación, una vez obtenida la titulación de Diplomada en Enfermería, ya que ha habido que habilitar formación para que las aún tituladas ATS, pudieran optar, permutando los títulos antiguos en el marco del

programa de ATS por los nuevos. Asimismo, existe un acceso excepcional, sustentado en cuatro años de experiencia profesional o bien dos años de experiencia profesional en alguno de los ámbitos que se sobreentienden y curso de postgrado de 20 créditos, referido a la misma materia, que parece se va a culminar con una prueba objetiva prevista en la disposición transitoria segunda del Real Decreto mencionado, y cuyo proceso ha sido aprobado por resolución de 17 de julio de 2009, de la Secretaría General de Universidades. La vía de acceso tipo MIR, en este caso EIR se viene convocando desde hace más de 10 años para la Especialidad Obstétrico-Ginecológica, con dos años de formación y también, aunque mucho más próxima, para la Especialidad de Salud Mental, con un año de formación. En este sentido, recientemente se ha modificado el programa formativo, 6 de mayo, para la especialidad de enfermería Obstétrico-Ginecológica y para la especialidad de Enfermería del Trabajo.

De esto se deduce que **la oferta de especialidades se limita al campo estrictamente asistencial; y dentro de este, hay algunas de ellas, por tener cierta tradición que son más conocidas y por tanto resulta más fácil presuponer y suponer el campo de actuación; como ocurre con la enfermera en obstétrico-ginecológica o enfermera especialista del trabajo, mientras que la especialidad de cuidados medicoquirúrgicos, a nuestro entender, viene acompañada de una buena dosis de incertidumbre.**

Particularidades de la emergencia y la enfermería en la emergencia:

La Medicina de Emergencias Extrahospitalarias, comienza a desarrollarse en nuestro país, en la década de los 80, alrededor del año 1985, dependiendo de la Comunidad Autónoma. Hasta entonces, la asistencia prehospitalaria, esto es, desde la asistencia en accidentes de tráfico o la asistencia sanitaria de emergencia médica en domicilio o vía pública, era realizada con la mejor intención pero con la preparación teórico-práctica insuficiente por el voluntariado o los profesionales de organizaciones como Cruz Roja, o de Servicios Municipales de Ambulancias (así comenzó en la ciudad de Barcelona el 061 Urgències Mediques), o de empresas de ambulancias de diferente carácter público o privado.

Por otro lado, el llamado traslado interhospitalario de paciente crítico, esto es, el traslado que en la mayoría de los casos debe realizarse para darle al paciente grave el tratamiento específico que requiere desde un centro hospitalario a otro que posea este tratamiento, ha evolucionado favorablemente desde la ambulancia convencional y el acompañamiento con técnicos de ambulancias, hasta la uci móvil medicalizada (o el helicóptero medicalizado) con el personal médico idóneo (con experiencia profesional en unidades de intensivos, preparados para responder ante cualquier complicación médica que el paciente grave pueda presentar), y con el material electro-médico standard habitual de los servicios de medicina intensiva.

La medicina de emergencias, en sus inicios, requirió que todos aquellos pioneros que creyeron en ella, la defendiera, la divulgaran, le dieran cuerpo y contenido como a cualquier buena idea que nace, pero que requiere de un largo proceso para que tenga validez y autonomía por ella misma. Vaya para todos ellos nuestro agradecimiento, pues sin su esforzado trabajo no hubiera sido posible que una necesidad sanitaria tan obvia para la sociedad actual, se hubiera desarrollado.

Cada Comunidad Autónoma, dependiendo de los medios y recursos sanitarios de que dispongan, desarrolló, están desarrollando o desarrollarán en un futuro cercano, el inicio de la creación de un Sistema Integral de Emergencias para

la comunidad de gente a la que representan. Bien es verdad que la intención actual es estandarizar los Sistemas Integrales de Emergencias, independientemente de la Comunidad Autónoma en que se implante, pero analizando para ello los recursos y necesidades sanitarias que cada una tiene y adaptándose a ella (es el caso del 061 a nivel del Estado Español) para, a la vez, adaptarse a las necesidades que a nivel sanitario requiere la pertenencia a la Comunidad Europea (instauración del número 112 como único número de emergencias, independientemente del tipo de emergencia que el usuario precise).

Son muchos los problemas que acucian a la asistencia urgente en España y a todos los profesionales que se dedican a ella. La ausencia de formación especializada oficialmente formal en todos los estamentos (médicos, enfermería y técnicos) origina una heterogeneidad en la formación académica basada en la autoformación; la inestabilidad laboral del colectivo; existencias de multitud de modelos organizativos, no sólo en cada comunidad autónoma sino dentro de ella, diferencias de un centro a otro; la ausencia de indicadores y estándares que permitan adecuar la estructura física y los recursos materiales y humanos de los servicios de urgencias a la cuantía y complejidad de la demanda asistencial; y, en definitiva, múltiples circunstancias que hacen que las condiciones de trabajo sean objeto de consideración especial. Las urgencias tienen que dejar de ser un espacio donde confluyen la angustia del enfermo y de los familiares, el agotamiento del personal, la inexperiencia de los MIR, la falta de protección jurídica, para convertirse en servicios perfectamente estructurados y dotados con profesionales con una formación reglada, que garanticen una asistencia integral al paciente y facilite una mayor calidad humana y científica del trabajo realizado, independientemente que se trate de un servicio de urgencias hospitalario, extrahospitalario .(Rev. Emergencias vol.5 Octubre 2001).

ENFERMERIA ANTE LAS EMERGENCIAS, Marina AGUILERA (Rev. Oficial Col.legi Oficial d'Infermeria de BCN. Gener-Març 2001): Es cierto las situaciones de emergencia son vivencias muy específicas y el personal de enfermería que las asiste debe tener un nivel de conocimientos y de experiencia profesional amplia y consolidada, a la vez que, requerir un perfil humano muy definido.

Estaremos de acuerdo en que en todo ámbito de asistencia, es bien recibido un profesional bien formado, con dominio de las técnicas y que, por encima de todo, sobresalga su carisma humano, tanto en relación con las personas que deberá atender como con el equipo de profesionales con quien deberá coordinarse. No debemos olvidar que los enfermeros son los profesionales que tienen más contacto con los usuarios, y la imagen que dan incide positivamente o negativamente sobre nuestro colectivo y el conjunto del servicio sanitario.

¿Cómo se deberá actuar para ser y además parecer un buen profesional?, ¿nos hemos puesto alguna vez los enfermeros en el supuesto de encontrarnos en una situación crítica, debido a una enfermedad grave o un accidente, es decir, ponernos en el lugar de las personas que a menudo asistimos?, ¿sabemos que sienten y cómo piensan estas personas en momentos tan difíciles de superar?. Casi seguro que estas personas se preguntan: ¿Por qué yo?, ¿somos conscientes de que a menudo se producen enfermedades o accidentes que pueden cambiar totalmente la vida de una persona?, ¿qué se debe hacer y qué se debe saber para poder ayudar adecuadamente y con profesionalidad a estas personas que, súbitamente, están en nuestras manos, llenas de dolor, angustia e interrogantes?, ¿cómo saber lo que sienten ante la pérdida de su estatus, cuando

se encuentran con su autonomía mermada, con pérdida de su autoestima, en un entorno diferente donde se encuentran indefensos?.

Es muy probable que los profesionales de enfermería a menudo se planteen estas cuestiones pero, ¿qué es lo que falla para en muchas ocasiones al usuario le parezca que esto no es así? y ¿cual es la imagen que se desprende de los profesionales que constantemente se enfrentan a situaciones de emergencia?.

Ante una urgencia vital se deben tener presente al menos dos factores claves en la actitud y actuación del profesional de enfermería: el tipo de actuación debe ser rápida, efectiva, resolutiva. Siempre que la persona atendida esté consciente, la actitud del profesional de enfermería debe transmitir seguridad, confianza, calor humano, consideración ética...Esta doble asistencia técnica y humana no siempre es fácil, y forma parte del “saber, saber hacer, saber estar y saber ser” de estos profesionales. La importancia del trato humano debe estar siempre presente en la actitud y manera de hacer de los profesionales de enfermería, y no debe olvidarse que este aspecto forma parte del crecimiento y enriquecimiento de todo profesional, por tanto, debe ser una habilidad también a dominar y a saber aplicar.

▪ **LEGISLACIÓN REGULADORA DE LA PROFESIÓN DE ENFERMERÍA**

- Resolución 12578 de 17 de Julio de 2009, de la Secretaría General de Universidades, por la que se establecen las bases de la convocatoria de la prueba objetiva prevista en la disposición transitoria segunda del Real Decreto 450/2005.
- Orden SAS/1348/2009, de 6 de mayo, por la que se aprueba y publica el programa formativo de la especialidad de Enfermería del Trabajo.
- Orden SAS/1349/2009, de 6 de mayo, por la que se aprueba y publica el programa formativo de la especialidad de Enfermería Obstétrico-Ginecológica.
- Real Decreto 139/2007, de 29 de Octubre, ordenación de las enseñanzas universitarias.
- Real Decreto 399/2007, de 23 de Marzo, por el que se aprueba el protocolo de intervención de la Unidad Militar de Emergencias.
- Orden DEF/1766/2007, de 13 de Junio de 2006, por la que se desarrolla el encuadramiento, organización y funcionamiento de la Unidad Militar de Emergencias.
- Real Decreto 450/2005, de 22 de Abril, **sobre Especialidades de Enfermería.**
- Real Decreto 55/2005, de 21 de Enero, **por el que se establece la estructura de las enseñanzas universitarias y se regulan los estudios universitarios oficiales de Grado.**
- Real Decreto 56/2005, de 21 Enero, por el que se regulan **los estudios universitarios oficiales de Postgrado.**
- Ley 55/2003, de 16 de Diciembre, **del Estatuto Marco del Personal Estatutario de los Servicios de Salud**
- Ley 44/2003, de 21 de Noviembre, **de Ordenación de las Profesiones Sanitarias.**
- Ley 41/2002, de 14 de Noviembre **de Autonomía del Paciente.**
- Orden Ministerial de 14 de Agosto de 2003 que abre el **plazo para la realización del curso de nivelación de ATS a DUE.**

- Ley 16/2003, de 28 de Marzo, de **Cohesión y Calidad del Sistema Nacional de Salud.**

▪ **MARCO CONCEPTUAL DE ENFERMERÍA**

Antes de referirnos en *strictu sensu* al concepto que se ha recogido en la rotulación del apartado, vamos a hacerlo en cuanto otro concepto con el que guarda relación y de muy recocida influencia en el ámbito científico, como es el de paradigma; en el sentido de que para poder ejercer y desarrollar el rol profesional es imprescindible contar con un cuerpo sistemático de conocimientos que sustente la metodología y en consecuencia, la práctica. Pont (1997) define el término paradigma como un conjunto ordenado y finito de variaciones respecto a una misma base de o raíz. Como recoge Riopelle-Teixidor (2000) “El paradigma es un universo coherente de ideas y principios que intentan dar una explicación total sobre los fenómenos; son visiones del mundo y las cosas”. Thomas S. Kuhn (1975), atribuye al concepto de paradigma no solamente el valor de reunir los axiomas principales de una disciplina o conjunto de disciplinas, sino también la capacidad de englobar al conjunto de compromisos y valores asumidos por una comunidad científica que guía su investigación y su practica en un momento histórico determinado. La ciencia progresa en la medida en que unos paradigmas dejan paso a otros, en el sentido de que el nuevo es capaz de responder o responde efectivamente a cuestiones y problemáticas que se van planteando. En el ámbito de la enfermería, para Jacqueline Fawcett (1995) el “metaparadigma” está compuesto por los conceptos globales de persona, salud, cuidados de enfermería y entorno. El paradigma es un supermodelo que deriva de una opción filosófica o social y Legendre (1993) a partir de la elaboración científica, nos formula unos principios muy generales para una interpretación de la realidad. En esta dirección, de hecho, **podríamos decir que el paradigma se mueve entre diferentes perspectivas disciplinares, mientras que la teoría lo hace en un campo de conocimiento concreto, de manera que dentro de un paradigma podemos encontrar diferentes teorías derivadas.** Las teorías son conocimiento ideal, desligado inicialmente de cualquier aplicación práctica, se generan en el seno del ámbito disciplinario, regulan, mediante reglas y leyes, el comportamiento de los fenómenos y tienen un valor tanto explicativo como predictivo. **“Estas teorías no nos dan una visión tan global de la realidad, sino que permiten un explicación ideal y abstracta de los fenómenos, pero más compleja y menos intuitiva que la que nos ofrecen los modelos. Éstos son una construcción que presenta de una manera simplificada una realidad o fenómeno con la finalidad de interpretarlo, de cuantificarlo y de concretarlo. El modelo intenta detectar los elementos fundamentales de un problema concreto, sus comportamientos e interrelaciones, que se traducen en representaciones o ideales que facilitan su comprensión e investigación”.** Los modelos pueden ser entendidos como esquemas de interpretación de la realidad, actúan como mediadoras entre la realidad y la teoría, y proporcionan los datos para que un paradigma, una teoría o un metaparadigma puedan evolucionar. Los modelos conceptuales en cuidados de enfermería se derivan de un paradigma y se inspiran en una teoría, clarifican la naturaleza de los cuidados enfermeros al identificar el objetivo perseguido por la enfermera así como su papel autónomo, recogen los valores principales y sustentan el rol profesional.

Desde las ciencias de la salud, Kèrouac considera tres paradigmas, a saber, el de la categorización, centrada en la salud pública y la enfermedad y de orientación biomédica, el de la integración, centrada en la persona con sus necesidades y efectos deseados, y por último, el de la transformación, centrado en el cosmos, que se orienta al ser humano unitario, y en el que se inserta la escuela del *caring*.

Chalifour (1999), apunta que las actitudes de la enfermera, cuando está interviniendo al lado del cliente, son tan importantes como el tratamiento y los cuidados que le proporciona. De esta afirmación se desprende que el sistema de valores es capital, y en este sentido, varias autoras coinciden en reconocer como tal al humanismo, que siguiendo a Legendre (1993), se define principalmente por:

- Postular el valor supremo del ser humano y promueve su desarrollo integral.
- La finalidad de la educación es el desarrollo integral de la persona, de su dignidad y su bienestar. El educador es un facilitador o una persona recurso que busca la actualización del potencial del alumno, principal agente de su desarrollo.

Estos postulados son aplicados, reelaborados en relación a los otros conceptos y contrastos que constituyen los diferentes modelos que sustentan el rol profesional, en el sentido de Legendre (1993), es decir; un comportamiento de la persona en relación con una función que le es dada; o si se prefiere, una dimensión que queda establecida por aquello que el entorno social espera de un profesional. El rol de la enfermera, según Kozier, Erb y Blais (1997), está determinado por:

- Concepción y teorías en cuidados enfermeros.
- El proceso de cuidados
- Intervenciones
- Códigos de ética.

En cuanto a las formas de intervención relacionadas con el rol; la reelaboración hecha por Riopelle-Teixidor de la aportación de Chalifour, se concreta en los siguientes atributos:

- Cuidadora
- Educadora
- Consejera
- Agente de cambio
- Defensora de la persona en sus derechos fundamentales de ciudadano
- Líder
- Gestora
- Consultora
- Colaboradora
- Investigadora
- Gestora de casos
- Promotora y evaluadora de la calidad de los cuidados.

Estas formas de hacer profesionalmente, o más exactamente, el resultado del saber, saber hacer, saber ser y saber estar, también se agrupan a modo de síntesis en una clasificación con cinco categorías competenciales Riopelle L, Teixidor M. (2001): **“rol asistencial, rol administrativo, rol educador, rol social y rol investigador y “las competencias generales o transversales para el desarrollo de la práctica reflexiva y del humanismo enfermero”**

Para finalizar la temática respecto al rol, vale la pena destacar, no tanto por el importante grado de difusión, sino por su relevancia social en cuanto relación de ayuda con mayúsculas, los valores de respeto, comprensión, empatía, autenticidad, congruencia, aceptación incondicional del otro, solidaridad y

pensamiento positivo, junto con las actitudes de no prejuizar, altruismo, moderación, equidad y no violencia.

La disponibilidad de un amplio abanico de modelos de atención de enfermería, con todo el desarrollo teórico e interdisciplinar en que se sustentan, tal cual se viene explicando, **por áreas temáticas agrupadas en escuelas**¹¹, que formalizan el marco de desarrollo profesional, y en consecuencia, la consiguiente metodología que lleva aparejada, si bien constituyen un punto de partida crucial, y en nuestra opinión irreversible, con algo más de 25 años de implantación en la universidad; hoy por hoy, parece que en la generalidad del ámbito de la sanidad pública, y de modo más palmario en el ámbito hospitalario, **no ha propiciado todavía, la sustitución y/o complementariedad adecuada de las prácticas del colectivo de enfermería anteriores a la reforma universitaria. Y sobremanera, no se ha hecho, en la dimensión de registros o documentación clínica correspondiente a pacientes atendidos.** A nuestro entender, bien pudiera pensarse sin gran riesgo de errar, que concebidos y elaborados en otra esfera socio-laboral; la traducción-trascrición a idioma distinto adolece de la congruencia interna entre los conceptos en que se fundamenta, de conexión suficiente entre otras nociones que son precisas y de formulaciones específicas congruentes con nuestro sistema sanitario. La profusión de planteamientos teóricos en las circunstancias señaladas, tampoco favorece **el que resulte sencilla su comprensión y aceptación para quienes ya tienen una considerable experiencia a través de sus trayectorias profesionales**, e incluso puede resultar problemática la selección por el estamento académico de uno de los modelos en detrimento de otros, y en el cual habrá de sustentarse una misma metodología. En una segunda e inmediata mirada, se suscitan varias dificultades que parecen más operativas o de puesta en marcha; como la disponibilidad del recurso tiempo, contar con herramientas más eficaces en el manejo de grandes dosis de información, sistemas de evaluación de calidad de la actuación profesional, que inciden sobremanera, y que tendrán que ser tenidas en cuenta. **En este sentido, conviene recordar que en la cotidianidad de las relaciones entre profesionales sanitarios, asistenciales y gestores, y obviamente con los pacientes-usuarios-clientes confluyen muchos aspectos; relaciones de poder (político, económico y científico), relaciones de género, relaciones entre grupos profesionales y sus identidades culturales, entre otras; que en nuestra opinión, son precisos desarrollar para la reflexión acerca de los distintos procesos que tienen lugar en torno a la institucionalización de la salud/enfermedad y la contribución que corresponda a los colectivos que operan.**

No obstante todo esto, el modelo de Virginia Henderson, es uno de los modelos conceptuales más conocidos, resulta coherente con nuestros valores culturales y emplea una terminología de más fácil comprensión para describir los conceptos, su construcción teórica es muy abierta, incluye también como parte de la actuación de la enfermera el papel de colaboración con otros profesionales de la salud, da una imagen de unicidad de la persona al conceptualizar al ser humano como un todo compuesto por aspectos biológicos, psicológicos, socioculturales y espirituales que interactúan entre sí, reconoce que la persona posee el potencial de

¹¹ Kérouac en “El pensamiento enfermero”, establece 6 escuelas en las que dando entidad propia al modelo de Florence Nightingale, aglutina y clasifica a 16 modelos de enfermería : Escuela de las Necesidades, de la Interacción, de los Efectos Deseables, Promoción de la Salud , del Ser Humano Unitario y Escuela del Caring.

cambio, propicia la toma de conciencia de las ventajas a desarrollar un estilo de vida sano y de mejorar y mantener un entorno saludable, propone el método de solución de problemas y permite utilizar la taxonomía diagnóstica de la NANDA, NIC y NOC.

▪ **PROCESO DE ATENCIÓN DE ENFERMERÍA**

“Un modelo nos dice como deben ser los cuidados de enfermería, el proceso de enfermería describen como deben organizarse”.

El proceso de atención de enfermería se compone de modo equiparable al método científico, de diversas etapas que se aplican en la atención y asistencia a personas que necesitan y/o demandan la intervención de las enfermeras; iniciándose el mismo con la etapa de valoración, que nos permite conocer la situación de la persona y es un proceso organizado y sistemático de búsqueda de información, con el fin de conocer el grado de satisfacción de las necesidades, identificar problemas, conocer recursos y planificar intervenciones. De la valoración, se desprende problemas de dependencia/autonomía que se concretan en diagnósticos de enfermería o bien en complicaciones potenciales que se traducen en problemas de colaboración o interdependiente. La planificación supone el establecimiento de objetivos con su indicador estrella junto con delimitación de las acciones cuidadoras, que son llevadas a la práctica en la fase de ejecución. En la ejecución, evidentemente, cada profesional realiza las acciones cuidadoras que corresponde con su puesto, perfil o titulación en un marco de actuación de distintas profesionales de la salud, o más estrictamente, de la sanidad. Finalmente, la última etapa del proceso, se encarga de contrastar lo establecido con lo realmente conseguido y aquello en lo que hay que incidir. Tanto para la denominación de los diagnósticos de enfermería, como para los objetivos y las acciones cuidadoras se utilizan respectivamente, NADA, NOC y NIC, en las ediciones actualizadas.

▪ **DEFINICIÓN-MEDICIÓN Y SISTEMATIZACIÓN DEL PRODUCTO/RESULTADO ENFERMERA/O**

En nuestro país, los esfuerzos con cierto carácter generalizador se remontan al proyecto SIGNO, 1992-1996, que trato de identificar y codificar las acciones cuidadoras o actividades que realizaban las enfermeras en determinadas áreas de actuación; como respiración-oxigenación, alimentación-hidratación, comunicación-relajación, pruebas diagnósticas, etc mediante la confección de un catalogo de estos productos que permitía aportar resultados en cuanto costes (URV) en determinadas unidades organizativas, como unidades de hospitalización, quirófanos, urgencias, etc.

Para estimar el nivel de cuidados necesitados/prestados, hay varios instrumentos que se utilizan en la distribución de recursos de enfermería, sobre todo en las unidades de hospitalización. Los sistemas de medida directa, se basan en la medida del tiempo de cuidados a partir de determinar todas las actividades de cuidados que se han realizado o se prevé realizar a un paciente durante un tiempo establecido. Los sistemas de medida indirecta parten de la premisa de que hay indicadores que son buenos predictores del tiempo de cuidados, de forma que identificando una serie de indicadores presentes en un paciente determinado, puede deducirse el tiempo de cuidados que el enfermo ha consumido o necesita. Evidentemente, los sistemas directos, como es el caso del PRN, exigen un listado

exhaustivo de todas las actividades, tareas, acciones cuidadoras y de apoyo, y considera la sistematización de las mismas, mediante las taxonomías que se incorporan a los planes de cuidados o en su caso, procedimientos, en lo referente a diagnósticos y objetivos o resultados en los pacientes.

Se han realizado también considerables esfuerzos en aplicar la metodología enfermera para atender pacientes en cualesquiera de los ámbitos, que a partir de finales de la década de los noventa, un poco antes de el completo traspaso de competencias del INSALUD a todas las Comunidades Autónomas, se vio impulsada por la sistematización de registro de planes de cuidados en soporte informático, al igual que también se informatizaba todas las dimensiones de las prestaciones sanitarias. A medida que las taxonomías se han desarrollado se han ido incorporado, con resultados diversos, en los planes de cuidados estandarizados o individualizados, aportando un lenguaje diferenciado y una codificación específica tal cual se expresan las distintas ediciones que se van publicando a medida que avanza la investigación. También en este proceso de la sistematización de la asistencia, aparecieron en unos casos, las Guías Clínicas, que ha tenido mayor realce con el proyecto público de Guía Salud liderado por el Ministerio de Sanidad y Política Social, o en otros casos los Procesos Asistenciales; que aunque ambos dos potencialmente permiten, la inclusión de las taxonomías propias de enfermería, no siempre y en todos los proyectos ha sido así. En la mayoría de la realizaciones y logros sistematizadores de la aportación de enfermería asistencial, las taxonomías utilizadas son NANDA-I, NOC y NIC conjuntamente, aunque también exclusivamente, la Taxonomía NIC, a través de protocolos o procedimientos. El uso de las categorías de estas tres taxonomías no otorgan parejamente un medida de la carga de trabajo o producto enfermero, pero sí a través del registro informático de las categorías que correspondan aplicar a los distintos pacientes y situaciones, se puede ponderar y estimar la intensidad de los cuidados y la carga de trabajo de enfermería.

▪ **TAXONOMÍA DIAGNÓSTICOS NANDA**

El Diagnóstico de Enfermería, cuya definición fue aprobada por la 9ª Conferencia de la NANDA: “Consiste en formular un juicio clínico sobre las respuestas del individuo, familia o comunidad, a los procesos vitales/problemas de salud reales o potenciales que proporciona la base para la selección de las intervenciones para lograr los objetivos de los que el enfermero es responsable”.

La edición correspondiente a 2007-2008, que es la última publicada hasta la finales de 2009, contiene el mayor número de revisiones y adiciones de diagnósticos enfermeros de la Taxonomía NANDA-I, con 15 nuevos diagnósticos, así como la revisión de otros 26. Los nuevos diagnósticos reflejan el énfasis en la promoción de la salud y añaden dos diagnósticos centrados en la comunidad. Cuatro de las revisiones aceptadas para los diagnósticos fueron propuestas por personas de fuera de Estados Unidos. En esta edición muchos diagnósticos tienen algunos cambios en sus características definitorias y factores relacionados o de riesgo, al igual que otros cambios, incluyen la adición de información sobre el uso y la aplicabilidad de los diagnósticos enfermeros en educación, informática, investigación y administración en enfermería. Asimismo, debido a la creciente toma de conciencia de la necesidad de estandarizar el lenguaje enfermero para nombrar lo que las enfermeras hacen, para permitir que su presencia sea evidenciada y sus efectos medidos a través de los sistemas informáticos, todos los

enfermeros pueden participar en mejorarlos en beneficio de los pacientes. Finalmente, incluye 187 categorías diagnósticas con todos sus articulados; respecto algunas de ellas, para nuestro país, M. T. Luis, ha reflexionado acerca de su aplicación y ha establecido indicaciones precisas, basadas en el alcance del marco legislativo y la experiencia práctica; de tal manera, que 47 de las 187 han sido desaconsejadas. Compartimos plenamente los argumentos esgrimidos por esta autora, y creemos deben ser considerados, cuando menos, en el proceso de adopción de esta taxonomía en la práctica asistencial de una organización sanitaria concreta, que se gesta como fruto del trabajo de adaptación de un grupo de enfermeros/as expertos/as en práctica clínica, que aportan el conocimiento de atender a pacientes con patologías junto con gestoras, que disponen de datos concretos de la evolución de los resultados asistenciales en organizaciones concretas y el nivel de prestaciones que se pretende sistematizar. En el primer trimestre de 2010, se ha publicado la Taxonomía de Diagnósticos de Enfermería 2009-2011, que observando idéntica configuración axial, con sus siete ejes, contiene un total de 201 categorías diagnósticas con sus códigos, después de modificaciones, eliminaciones y nuevas incorporaciones, se agrupadas en 13 Dominios y 47 Clases, manteniendo idéntica estructura.

▪ TAXONOMÍA NOC

El uso sistemático de los resultados de los pacientes para evaluar la atención sanitaria empezó cuando Florence Nightingale registró y analizó las condiciones sanitarias y los resultados de los pacientes durante la Guerra de Crimea. Se necesitan resultados que sean fiables, válidos y que respondan a intervenciones enfermeras por varias razones:

a) Los médicos deben confiar en la integridad de las medidas de los resultados para monitorizar el progreso, o su ausencia, de los pacientes.

b) Los administradores y clínicos necesitan datos de resultados fiables para evaluar la competencia y hacer a los individuos y grupos de enfermeras responsables de ciertos estándares de la práctica.

c) Profesionalmente, se necesitan resultados fiables y válidos para investigar la efectividad de la enfermería en desarrollar una práctica basada en la evidencia e influir en la política sanitaria. Los resultados de los pacientes que dependen de enfermería proporcionarían uno de los datos para el CMBDE.

La clasificación actual, 4ª edición, **es un listado de 385 resultados con definiciones, indicadores y escalas de medida, junto con bibliografía complementaria, distribuidos en 7 Campos y 31 Clases.** Su uso puede hacerse a nivel individual, familiar y comunitario o poblacional, aunque esto no impide la utilización de resultados de varias perspectivas para situaciones clínicas de un paciente concreto. El Resultado de los pacientes dependientes de enfermería, **se define como “el estado, conducta o percepción variable del individuo, familia o comunidad medidos a lo largo de un continuo, en respuesta a intervención/es de enfermería; lo que significa que los resultados se exponen como conceptos que reflejan la condición, percepción o conducta real de un paciente, cuidador, familia o comunidad en lugar de objetivos esperados”.** Cada resultado tiene un grupo de indicadores asociado que se utiliza para determinar el estado del paciente en relación al resultado. **“Los indicadores de resultados del paciente se definen como un estado, conducta o percepción de un individuo, familia o comunidad más concreto que sirve para medir un**

resultado más global”. Se utiliza una escala Likert de cinco puntos con todos los resultados o indicadores, que proporciona un número adecuado de opciones para demostrar la variabilidad en la condición seleccionada. La diferencia entre puntuaciones representa los efectos de la intervención sobre el resultado, y es uno de los principales beneficios de utilizar resultados variables, más que objetivos. La puntuación puede ser positiva cuando la puntuación del segundo resultado aumenta y negativa cuando la puntuación de resultado disminuye, o puede ser cero cuando no se producen modificaciones. Puede utilizarse una puntuación diana para fijar un objetivo para el estado, percepción o conducta post-intervención del paciente. Por ejemplo, el resultado cognición se mide en una escala de cinco puntos desde “gravemente comprometido” hasta “no comprometido, y el rendimiento de cuidador principal: cuidados directos se mide en una escala de cinco puntos desde “inadecuado” hasta “completamente adecuado”. Las escalas de medición están estandarizadas de forma que una puntuación de 5 es siempre la puntuación mejor posible y una puntuación de 1 es la puntuación peor posible. Al medir el resultado antes de intervenir, la enfermera establece una puntuación basal sobre el resultado y luego puede puntuarlo después de la intervención; lo cual permite seguir la evolución. Cuando medimos resultados, optamos por utilizar una persona de referencia para comparar con el paciente que se atiende; siendo una persona sana de la misma edad y sexo; lo cual permite identificar la potencialidad de esta persona sana con la máxima puntuación de cinco. No queremos que la puntuación cinco se debilite con condiciones que reflejan el mejor estado normal para la población con quien trabaja la enfermera. Esto es especialmente cierto para poblaciones de pacientes con, por ejemplo, insuficiencia renal, insuficiencia cardíaca; en cuyo caso, la puntuación más alta que podrían alcanzar sería 3 ó 4. Las enfermeras históricamente sólo han descrito declaraciones de objetivos que creían que podían conseguir sus pacientes, de forma que el uso de una persona de referencia es una nueva habilidad, y a medida que aumentan los conocimientos, se eligen intervenciones que sean más efectivas o se desarrollan nuevos tratamientos, puede esperarse una mejora en los resultados obtenidos. El momento adecuado para medir los resultados del paciente variará, dado que algunos resultados responden rápidamente a las intervenciones y otros precisan de mayor tiempo. Escoger un momento para la medición demasiado cercano a la intervención como para garantizar que el cambio es debido a la intervención es un problema, pero hacerlo demasiado lejos impide poder medir un cambio. Se necesitan más investigaciones para determinar los intervalos de evaluación y documentación de los resultados que actualmente se sustenta en el juicio clínico de la enfermera; encontrándose con que una sobrevaloración supone más trabajo. Lo más frecuente es que se haga al ingreso o inicio de una relación terapéutica, cuando se le deriva a otros colaboradores, se le da de alta de una instancia o se produce un cambio muy evidente.

Los resultados de la Calificación generalmente se encuentran en un nivel de abstracción más alto que las declaraciones de objetivos. En otros casos, los indicadores utilizados para determinar la situación del paciente con respecto a un resultado representan los resultados intermedios específicos reflejados habitualmente en las declaraciones de objetivos. Debido a que los resultados son representativos de conceptos amplios de nivel medio, poseen diversos niveles de especificidad; por ejemplo, el control de riesgo es un resultado amplio que se define como “las acciones personales para prevenir, eliminar o reducir amenazas reales y modificables de salud, y que puede utilizarse con cualquier intervención

enfermera dirigida hacia los pacientes asistidos para identificar y controlar los riesgos. Sin embargo, en la Clasificación NOC también existen resultados más específicos de riesgo. La estructura de la Clasificación utiliza los dos puntos para separar los términos de resultados amplios de aquellos que hacen que los resultados sean más específicos. Siempre que sea posible, el primer término de resultado refleja el término que el profesional seleccionará al buscar el resultado”.

El lenguaje utilizado refleja el lenguaje empleado por las enfermeras, y siempre que fue posible, se seleccionó éste que era más habitual y constante, aunque con excepciones, como cuando la terminología más familiar de las enfermeras es demasiado específica para reflejar un estado general de paciente o se expone con un resultado negativo (úlceras por presión-Integridad tisular: piel y membranas mucosas). La estandarización del lenguaje utilizado para describir los resultados no interfiere de ninguna manera con la valoración de la respuesta exclusiva de cada paciente, cuidador, familia o comunidad/población; más bien, el uso de los resultados NOC permitirá a las enfermeras mensurar cada estado del resultado en cada individuo, cuidador, familia y comunidad, y proporcionará información para monitorizar el progreso de cada uno. Además, pueden establecerse objetivos específicos y cuantitativos para cada uno y determinar hasta qué punto los objetivos cumplidos o no pueden documentarse a lo largo del tiempo y de los diferentes ámbitos y, posteriormente, compararse.

Los resultados también pueden utilizarse para identificar objetivos en vías clínicas o en planes de cuidados estandarizados. En estas situaciones, el resultado es planteado con la puntuación deseada o esperada sobre la escala de medición que se ha de conseguir en cierto momento.

“Los resultados publicados no incluyen todos aquellos que abarcan individuos, grupos, familias y comunidades en los que intervienen enfermeras, porque todavía se está en una fase inicial de investigación en que si bien se han abordado las cuestiones de fiabilidad, validez, sensibilidad y utilidad, falta profundizar en contrastarlos con la práctica asistencial en los más variados ámbitos donde se desenvuelve la prestación enfermera y también contrastarlos con otros sistemas de clasificación de resultados, que se están elaborando en los EEUU, y que se concretan en: Clinical Care Clasificación¹², ICNP¹³, Nursing Care Quality Project¹⁴, OASIS¹⁵, Patient Care Data Set¹⁶ y PRSO¹⁷”.

¹² Utiliza tres medidas del estado al alta.

¹³ Se está desarrollando como un sistema multiaxial para la clasificación de fenómenos enfermeros, en los que la clasificación del resultado se sustituye por juicios diagnósticos enfermeros sobre el estado del paciente realizados en diferentes momentos. Los juicios diagnósticos utilizan términos tales como alterado, inquieto, estimulado o disfuncional enfocados a la nutrición, sueño, et.

¹⁴ Se propone aprobar un grupo de estándares de consenso voluntario para evaluar la calidad de los cuidados de enfermería, e identificar y priorizar temas no resueltos respecto a la medición del rendimiento de los cuidados y necesidades de investigación.

¹⁵ Fue desarrollado en el Centre for Health Policy Research de la Universidad de Colorado. Contiene medidas centrales que se aplican a todos los grupos de pacientes/usuarios y medidas específicas para aquellos con un diagnóstico o problemas concretos. Cada resultado se mide en una escala específica para determinar si el paciente ha mejorado, se ha estabilizado o se ha deteriorado. Es el único sistema que emplea la comprobación de factores de ajunta al riesgo, Las comisiones de participación HCFA requieren, desde 1998, que todas las organizaciones de salud domiciliaria acreditadas por Medicare incorporen este grupo de datos en sus procesos de cuidados.

¹⁶ Fue desarrollado para su uso exclusivamente en el medio hospitalario y proporciona un rango de posibles resultados para pacientes agudo. Recientemente se ha retirado del reconocimiento de la ANA.

La NOC tampoco contiene resultados de rendimiento organizativo ni del coste de la atención sanitaria; no reflejan los efectos de las intervenciones sobre un paciente.

Los resultados no son los diagnósticos enfermeros aunque muchos de ellos evalúan los mismos estados tratados o identificados por estos diagnósticos. Un diagnóstico identifica un estado que está alterado, tienen posibilidad de alterarse o de mejorarse, mientras que un resultado establece el estado real en un momento determinado y su evolución posible tras llevar a efecto las tareas que proceden y que se encuadran con la clasificación de intervenciones de enfermería.

Los resultados no son las valoraciones, aunque los indicadores pueden representar los estados, conductas o percepciones de pacientes evaluados durante una evaluación del paciente. Ningún resultado representa el rango total de estados individual, familiar o comunitario/poblacional incluidos en una valoración exhaustiva. Una valoración proporciona la base de datos para el razonamiento clínico y para las decisiones, incluyendo la selección de los resultados de los diagnósticos enfermeros, resultados en intervenciones. **Aunque los datos de valoración definatorios de un diagnóstico deben corresponderse con los indicadores del resultado que se refieren al mismo estado del paciente, la validación de los diagnósticos enfermeros y de los resultados del paciente dependientes de enfermería requiere alcanzar una correspondencia completa que todavía no se ha conseguido.**

La NOC además de en el ámbito asistencial, obviamente puede ser de utilidad en los ámbitos complementarios de formación e investigación. En este sentido, todas las facetas del currículum (filosofía, objetivos del programa y de la administración académica) han de reflejar el compromiso de incluir estos conocimientos. Con frecuencia, uno o más miembros del profesorado se interesan en implantar en fase piloto un lenguaje estandarizado en un curso, utilizan el lenguaje en este curso y posteriormente fomentan su adopción a lo largo de currículum. Estos miembros pueden actuar como líderes de proyecto en la formación de otros miembros del profesorado y en la demostración de cómo puede adaptarse el contenido de los cursos para incluir la NOC. La estrategia de implantación supone hacerlo junto con NANDA y NIC; y por tanto, determinar que diagnósticos se utilizan en cada curso académico y área clínica, luego identificar todos los diagnósticos en todos los cursos, luego los NOCs asociados, a continuación las NICs. El resultado final debería ser una lista de diagnósticos emparejados con resultados e intervenciones que abarcará el currículum y reflejara los objetivos del programa. El último paso consiste en determinar en qué curso se enseñarán los respectivos paquetes asociados. Otra estrategia consiste en empezar con las intervenciones centrales utilizadas por 43 especialidades clínicas y determinar cuáles de ellas son adecuadas para el programa de los estudiantes.

La Clasificación y resultados individuales pueden utilizarse en investigación de evaluación, investigación de la efectividad e investigación de la eficacia o clínica tradicional. También existe una necesidad creciente para continuar investigando sobre la propia Clasificación, con especial atención a la exactitud de las medidas entre poblaciones y entornos.

Finalmente, el proyecto NOC lleva como pretensión aparejada el relacionar/clasificar los resultados con las prácticas especializadas o por

¹⁷ La escala ordinal de cinco puntos para medir la evolución del paciente respecto al conocimiento, la conducta y el estado.

especialidades de enfermería; es decir, responder a cuál es el número razonable de resultados centrales para cada especialidad. La respuesta general, es que aún se necesita identificar métodos para llevar a cabo este propósito y encontrar maneras de implicar a las organizaciones especializadas en la evolución y el continuo desarrollo de los resultados de la NOC.

▪ **TAXONOMÍA NIC**

La Clasificación de Intervenciones de Enfermería (NIC) es una “clasificación normalizada y completa de intervenciones que realizan los profesionales de enfermería”¹⁸. Es útil para la documentación clínica, la comunicación de cuidados en distintas situaciones, la integración de datos entre sistemas y situaciones, la investigación eficaz, la cuantificación de la productividad, la evaluación de la competencia, la retribución y el diseño de programas. En este sentido, desde 1987, un gran equipo de investigación, con Gloria M. Bulechek, Howard K. Butcher, y Joanne McCloskey Dochterman al frente, ha estado trabajando para elaborar, validar e implantar un lenguaje normalizado de los cuidados, técnicas, actividades, tareas; y en definitiva, de toda la asistencia de enfermería en EEUU. Para ello, se han utilizado varios métodos cuantitativos y cualitativos, incluyendo análisis de contenido, ensayos de expertos, análisis jerárquicos y escalas multidimensionales. Esta Clasificación, que al establecer y observar un orden determinado mediante cuatro dígitos (el primero puede ser el 0), se constituye en Taxonomía, que “incluye las intervenciones realizadas en función de los pacientes, intervenciones tanto desde la perspectiva de la independencia/especificidad **propia profesional como desde la perspectiva de colaboración con otros profesionales de la salud, y cuidados tanto directos**; en la esfera fisiológica (Manejo del ácido-base), en la esfera psicosocial (Disminución de la Ansiedad), de tratamiento de la enfermedad (Manejo de la hiperglucemia), de prevención de la enfermedad (Prevención del consumo de sustancias nocivas), y de fomento o promoción de la salud (Desarrollo de un programa, Educación sanitaria), **como indirectos**; de soporte (Revisión del carro de paradas), o de otros aspectos que aunque relevantes, nos resulta más fácil colocarlos próximos pero fuera de lo estrictamente asistencial, y así, están más relacionados con la gestión y la investigación sanitarias (Contención de costes, marketing social, recogida de datos para la investigación)”

“Una intervención de enfermería, se define como cualquier tratamiento, basado en el criterio y conocimiento clínico, que realiza un profesional de enfermería para mejorar los resultados en el paciente”. Una **intervención de enfermería directa** consiste en un tratamiento realizado a través de la interacción con los pacientes y comprende acciones fisiológicas y psicosociales, tanto las acciones directas sobre el paciente como las que son más bien de apoyo y asesoramiento en su naturaleza. Una intervención de enfermería indirecta es un tratamiento realizado lejos del paciente pero en beneficio del paciente o grupo de incluyen las acciones de cuidados dirigidas al ambiente que rodea al paciente y la colaboración interdisciplinaria. Una intervención a la comunidad está dirigida a fomentar y a mantener la salud de las poblaciones y pretenden el fomento de la salud, el mantenimiento de la salud y la prevención de

¹⁸ En todas las ediciones de la misma, y hasta la más reciente de mediados de 2009, figuran literalmente estas palabras.

enfermedades de poblaciones, e incluyen estrategias para dirigir el clima social y político en el que vive la población.

El conjunto total de las 542 intervenciones, en esta última edición, que ha visto la luz, en su versión española a mediados de 2009, **aparecen con un código, una denominación, una definición, una serie de actividades y bibliografía; las tres primeras características** (código, denominación y definición) **son invariables** y constituyen la normalización *per se*, pese a la traducción casi literal y no tanto contextual desde el ámbito de la enfermería norteamericana al entorno español; y la elección y adopción de las actividades (tareas), resulta habitual en el día a día asistencial; de modo que a partir de una lista de aproximadamente, entre 10 y 30 actividades por Intervención, el profesional elige aquellas que son más apropiadas para un individuo o grupo familiar concreto o comunidad, y si lo considera oportuno, tras observar ciertas prescripciones, después puede añadir alguna actividad más. Las intervenciones están agrupadas en **30 Clases**, que se señalan con una letra del abecedario y a su vez pertenecen a los **7 Campos** establecidos por las autoras; a saber, **Fisiológico Básico, Fisiológico Complejo, Conductual, Seguridad, Familia, Sistema Sanitario y Comunidad**; tal cual se aprecia en el Formulario-Cuestionario de recogida de información para consideración de los encuestados. Por ejemplo, la NIC 0620, pertenece al campo fisiológico básico, clase B, de control de la eliminación urinaria, su denominación es: CUIDADOS DE LA RETENCIÓN URINARIA, y su definición: Ayudar a aliviar la distensión de la vejiga.

“Las intervenciones de la NIC se han relacionado con los diagnósticos de enfermería de la North American Nursing Diagnosis Association¹⁹ los resultados de la Clasificación de Resultados de Enfermería (NOC), los problemas de Omaha System²⁰, los protocolos de valoración de residentes (RAP²¹) utilizados en residencias y el Outcome and Assessment Information Set²² y actualmente es obligatorio en la recogida para pacientes con cobertura de Medicare o de Medicaid que están recibiendo asistencia domiciliaria técnica. La NIC está reconocida por la ANA²³ y está incluida como uno de los conjuntos de datos que satisfacen las pautas para los vendedores de sistemas de información en NIDSEC²⁴. La NIC está incluida en el Metethesaurus for a Unified Medical Language de la National Library of Medicine. El Cumulative Index to Nursing Literature²⁵ incluye las intervenciones de la NIC en estos índices. La NIC está incluida en los requisitos de autorización de la Joint Comisión on Accreditation for Health Care Organizations²⁶ como un sistema de clasificación de enfermería que puede utilizarse para satisfacer los estándares de datos uniformes. Alternative Link ha incluido la NIC en sus códigos ABC para la retribución a proveedores alternativos. La NIC está registrada en HL7²⁷, la organización de estándares estadounidenses para la asistencia sanitaria. La NIC también está autorizada para su inclusión en la SNOMED²⁸.

¹⁹ NANDA

²⁰ Sistemas comunitarios.

²¹ Para instalaciones de cuidados a largo plazo.

²² OASIS

²³ American Nurses Association

²⁴ Nursing Information and Data Set Evaluation Center

²⁵ CINAHL

²⁶ JCAHO

²⁷ Health Level 7

²⁸ Systematized Nomenclature of Medicine

El lenguaje utilizado en la Clasificación es claro, esta redactado de manera lógica y refleja el lenguaje utilizado en la práctica. Los ensayos enviados a los médicos, así como 15 años de uso de la clasificación, **han demostrado que todas las intervenciones se utilizan en la práctica; y aunque la lista pudiera parecer extensa, pronto se advierte de la utilización delimitada en virtud de las necesidades de atención de los pacientes que se satisfacen en cada servicio. La clasificación se actualiza constantemente y tiene un proceso continuo de respuesta y de revisión, que se plasma cada cuatro años en una nueva edición.**

Las razones que sustentan la Clasificación, según sus constructoras son:

Normalización de la nomenclatura de los tratamientos de enfermería

El fenómeno que atañe a las intervenciones de enfermería es el del comportamiento y actividad de los profesionales de enfermería, es decir, lo que hacen éstos para ayudar a que con la conducta del paciente se obtenga el resultado deseado. “Este fenómeno difiere de los diagnósticos de enfermería o de los resultados esperados del paciente sensible a los cuidados, en los que el fenómeno de la preocupación es la conducta del paciente o el estado del paciente”. **Es necesaria una clasificación de las intervenciones de enfermería para normalizar el lenguaje utilizado por el profesional y describir sus actividades específicas al realizar los tratamientos de enfermería.** Antes de la NIC, se utilizaron muchos términos para el paso de la intervención del proceso de cuidados de enfermería; había confusión entre actividades de intervención, de valoración y de evaluación, y una falta de conceptualización sobre lo que constituye una intervención y sobre la manera en que estas acciones encajan unas con otras para constituir intervenciones y tratamientos. El resultado ha sido largos y extensos planes de cuidados que raramente se utilizan en los sistemas de información, que contenían miles de acciones, mientras que los profesionales de enfermería normalmente seleccionaban un número mucho más pequeño. Los libros de texto también han considerado las intervenciones de enfermería al nivel más individualizado y, típicamente incluyen largas listas de acciones de enfermería para cada tipo de pacientes. Por el contrario, **las denominaciones de intervenciones de la NIC son conceptos implementados por un grupo de actividades (acciones) de enfermería dirigidas a la resolución de problemas sanitarios reales o potenciales del paciente.** Los intentos de generar esquemas de clasificación han sido numerosos, y la mayor parte de ellos sólo contienen categorías brutas que son muy poco útiles en la práctica clínica y los que no contienen este tipo de categorías están incompletos. En resumen, antes de la NIC, las intervenciones de enfermería se consideraban con extensas listas de acciones individualizadas o como grandes categorías; y por tanto faltaba un recurso útil ente ambos extremos.

Ampliación del conocimiento de enfermería sobre las relaciones entre diagnósticos, tratamientos y resultados esperados

El extendido uso del lenguaje de diagnósticos de enfermería de la NANDA ha aumentado la consciencia sobre la necesidad de clasificaciones normalizadas en las áreas de las intervenciones y los resultados esperados. El ímpetu por el desarrollo de guías por parte de la Agency for Health Care Policy and Research ha acentuado aún más esta necesidad. Las guías se proponen ayudar a los profesionales a determinar una acción a realizar, entre varias, que tengan la mayor

probabilidad de producir resultados efectivos, teniendo en cuenta las circunstancias concretas que rodean el estado del paciente. La medicina ha utilizado bases de datos normalizados, y a partir de éstos, ha comenzado a explorar los resultados en función de intervenciones médicas. Por el contrario, el conocimiento de enfermería en áreas de diagnósticos, intervenciones y resultados para poder construir grandes bases de datos es limitado, básicamente por la carencia de taxonomías. **Por tanto, el uso de un lenguaje normalizado, no sólo mejorarán los cuidados que se prestan, sino que, enfermería como profesión tendrá un mayor reconocimiento por su contribución demostrada en la consecución de los resultados deseados en los pacientes.**

Desarrollo de los sistemas de información de cuidados sanitarios

La asistencia sanitaria está cada día más informatizada, sin embargo, hasta que se desarrolló la NIC no había ningún sistema normalizado para la descripción de los tratamientos realizados por enfermería. Los centros particulares desarrollaron sus propios grupos de órdenes o acciones de cuidados copiando ideas unos de otros, utilizando listas de órdenes que se habían generado a partir de planes de cuidados. Debido a que las intervenciones se han considerado tradicionalmente como una serie de acciones individualizadas, una lista de ordenador sin la NIC conllevaría miles de artículos y el plan de cuidados de paciente sería muy extenso. Aunque se podía estar de acuerdo con la lista de intervenciones normalizadas de un centro particular y también podría resultar útil para el personal, es poco probable que ese listado fuera de aplicación en otro centro particular. Esta falta de consistencia lleva a una incapacidad para reunir datos comparables de múltiples centros, o incluso dentro de un centro, entre una unidad y otra. **La NIC junto con la NANDA y NOC, da a las enfermeras elementos de datos clínicos para así disponer de un registro informatizado del paciente.**

Enseñanza de la toma de decisiones a los estudiantes de enfermería

Desde la década de los 80, en la mayoría de los libros de texto, se han incluido los diagnósticos de enfermería, pero antes de la NIC, no había una propuesta sistemática para enseñar y estudiar las acciones cuidadoras. Los estudiantes practicaban sus habilidades técnicas en un laboratorio antes de hacerlo en los pacientes, pero siguen sin tener muchas oportunidades de toma de decisiones clínicas. Con el tiempo, los textos basados en teoría probada desplazarán a los tradicionales y se podrá acceder a otras bases de información que se están gestando como consecuencia de la aplicación de las taxonomías.

Determinación de costes de los servicios proporcionados por los profesionales de enfermería

Durante la década de 1980 se han hecho muchos esfuerzos, de acuerdo con la literatura disponible, para determinar el coste de los servicios de enfermería. La amplia variedad de sistemas de clasificación de pacientes sin mucha consideración en cuanto su validez y fiabilidad de normalización es la causa que sustenta la dificultad de obtener grupos de datos para comparar los costes de los profesionales de enfermería. **La determinación de estos costes en función de las intervenciones realizadas sería un gran paso adelante y la NIC proporciona el lenguaje para las intervenciones administradas a los pacientes, que puede constituirse en la base para determinar los costes por servicios.**

Planificación de los recursos necesarios para la práctica de enfermería

Conocer los costes y la efectividad de intervenciones específicas permite la disminución de aquéllos a través de la eliminación o sustitución de servicios y ayuda a determinar si los costes actuales aumentarán o disminuirán los costes futuros. En el pasado, la utilización de recursos se basaba en la tradición; la identificación de las intervenciones de enfermería constituye el primer paso hacia una planificación y utilización de los recursos de manera eficaz en el futuro.

Lenguaje para comunicar la función única de enfermería

En la primera de una serie de tres partes que apareció en el Journal of the American Medical Association en diciembre de 1990, el personal de la publicación preguntaba “¿Cómo un elemento tan obvio de los cuidados sanitarios puede ser tan invisible?”. Seguían para identificar el dilema clave: ¿Qué hace una profesional de enfermería que sea tan único? . Gebbie y otros mantienen que en **la profesión de enfermería necesitamos describir sistemáticamente qué hacen estos profesionales para que se comprenda su aportación a los cuidados sanitarios. Una clasificación de intervenciones de enfermería ayuda en los esfuerzos de ésta para describir su unificación, así como sus similitudes y diferencias con otros profesionales de la salud.**

Articulación con los sistemas de clasificación de otros proveedores de cuidados

A efectos de retribución e investigación, en EEUU, el gobierno federal, las compañías de seguros y la comunidad médica han reunido información sanitaria normalizada durante algunos años. Se han desarrollado varios Grupos de Datos Sanitarios Mínimos de Alta (CMBD) y se han considerado 14 ítems, que entre otros hacen referencia a diagnóstico principal y secundario, al igual que a procedimientos, situación al alta del paciente. No obstante, a pesar del esfuerzo sistematizador de la asistencia sanitaria, tanto en hospitalización, como en pacientes de larga estancia o ambulatorios, no incluyen expresamente los cuidados de enfermería. **Harriet Werley y colaboradores han publicado profusamente sobre la necesidad de un Conjunto Mínimo Básico de Datos en el que se incluya los diagnósticos de enfermería, intervenciones (NIC), resultados esperado del paciente y la intensidad de los cuidados.**

La investigación para el desarrollo de la NIC empezó en 1987 y ha pasado por cuatro fases que se solapan:

- Fase I: Elaboración de la clasificación (1987-1992):

Etapas 1: Identificación y resolución de las cuestiones conceptuales y metodológicas

Etapas 2: Generación de una lista inicial de intervenciones

Etapas 3: Perfeccionamiento de la lista de intervenciones y de las actividades.

- Fase II: Elaboración de la taxonomía

Etapas 4: Disposición de la lista de intervenciones en una estructura taxonómica inicial.

Etapas 5: Validación de las denominaciones de las intervenciones, actividades definitorias y taxonomía

- Fase III: Prueba y perfeccionamiento clínicos (1993-1997).

La NIC incluye todas las intervenciones realizadas por los profesionales de enfermería, y así resulta útil para este personal en todas las

especialidades y en todas las situaciones. En esta fase, se hizo el trabajo de campo en cinco centros para poner en práctica la NIC en sus sistemas de información, con diferentes niveles de éxito. En 1997 se construyó una escala para medir el alcance de la implantación, y pedimos a los representantes de cada centro que tomaran parte en la escala, que considera a cada NIC como variable independiente. Mientras observaron a los profesionales de enfermería en sus unidades discutiendo, se pudo apreciar que en una primera etapa su esfuerzo estaba en determinar cuáles de las intervenciones estaban más relacionadas con su población de pacientes y debían ser objeto de mayor atención. Para ayudar a identificar las intervenciones centrales para las áreas de una especialidad en la práctica, en junio de 1995, se envió un cuestionario a 49 organizaciones de especialidades clínicas. Cada representante debía identificar en beneficio de la organización, las intervenciones de la NIC centrales para su especialidad. Se definen éstas como un conjunto limitado de intervenciones que definen la naturaleza de la especialidad o bien que la diferencian de otras. Para la cuarta y esta edición se ha actualizado el ensayo inicial utilizando las entradas de grupos clave, y se han incluido las intervenciones centrales para 45 especialidades.

- Fase IV: Uso y mantenimiento (a partir de 1996)

Los sistemas de clasificación no son útiles si no reflejan la práctica actual. En este sentido, el trabajo actual establece una relación entre el desarrollo continuo y el uso de la NIC, para lo cual pone el énfasis en el feedback de los usuarios, el desarrollo de las intervenciones en la comunidad, el establecimiento de relaciones con otros lenguajes, el trabajo en curso para ayudar a la puesta en práctica y el trabajo con otras organizaciones.

Durante los últimos años el principal esfuerzo ha sido el desarrollo de relaciones con NANDA-1, OMAHA System, NOC, Resident Assessment Protocols (RAP) y Outcome and Assessment Information Set (OASIS), que empezaron en las pruebas de campo de la NIC, cuando los profesionales de enfermería de los centros clínicos observaron conexiones con los diagnósticos de enfermería. En las ediciones tercera y sucesiva, estas relaciones se concretan en que para categoría diagnóstica se proporciona intervenciones de NIC en dos apartados; intervenciones sugeridas e intervenciones opcionales adicionales. En el año 2001 los principales investigadores de la NIC y la NOC, relacionaron los resultados de la NOC y las intervenciones de la NIC con los diagnósticos de la NANDA. Las relaciones se basan principalmente en la opinión de expertos y deben completarse como una ayuda para la toma de decisiones clínicas. En los últimos años se han completado las relaciones entre la NIC y la NOC y otras dos clasificaciones, RAP para utilizar en instalaciones de cuidados a largo plazo y OASIS para uso en la asistencia domiciliaria. **Estas relaciones son muy útiles para crear sistemas de información para ordenadores, y aunque hasta la fecha, las relaciones se basan en la opinión de expertos; próximamente, será posible validarlas a través del estudio de su uso real en la práctica.**

E) HIPÓTESIS Y VARIABLES

HIPÓTESIS PRINCIPAL:

1.- **La utilización de la taxonomía NIC para delimitar la práctica enfermero/a en la UME permite establecerle el perfil profesional que se requiere para este puesto de trabajo.**

HIPÓTESIS SECUNDARIAS:

1.- **El 20 % del conjunto de categorías NIC son aplicables al 80 % de las personas.**

2.- **El perfil de enfermero/a en UME responde a más de una Especialidad de las consideradas en el Real Decreto de 22 de abril 450/2005.**

3.- **Los/as enfermeros/as que refieren mayor número de formación postgrado y años de experiencia asistencial coinciden en la selección de un mayor número de intervenciones en todos los campos del total de 434, que constituyen la muestra para delimitar el cometido de enfermería en la UME.**

VARIABLES INDEPENDIENTES:

TAXONOMIA NIC, 5ª EDICIÓN ADAPTADA: 434 Código, Denominación y Definición (ANEXO I).

VARIABLES DEPENDIENTES:

1) APLICACIÓN EN EL ÁMBITO DEL DESPLIEGUE ENFERMERO DE LA UME

2) % DE PACIENTES QUE SE LES APLICA UNA NIC, O GRADO DE EJECUCIÓN EN PORCENTAJE DE PACIENTES

3) NECESIDADES DETECTADAS EN LOS USUARIOS/ CLIENTES

4) FALTA DE CONOCIMIENTOS

5) OBSERVACIONES

VARIABLES INTERDEPENDIENTES:

1) SEXO:

2) AÑO DE FINALIZACIÓN DE LOS ESTUDIOS DE DIPLOMATURA:

3) EXPERIENCIA ASISTENCIAL EN UME:

4) EXPERIENCIA ASISTENCIAL EN SU TRAYECTORIA PROFESIONAL

5) POSESIÓN DE ESPECIALIDAD DE ENFERMERÍA

6) EXPERIENCIA DOCENTE

7) EXPERIENCIA INVESTIGADORA

8) FORMACIÓN CONTINUADA POST-GRADO

9) REQUERIMIENTO DE ESPECIALIDAD DE ENFERMERÍA

10) OPINIÓN SOBRE ESPECIFICIDAD DEL COMETIDO EN UME EN RELACIÓN CON EL TRABAJO EN OTRAS UNIDADES MILITARES QUE OPERAN EN EL TERRITORIO NACIONAL.

F) METODOLOGÍA

DISEÑO DEL ESTUDIO: Estudio descriptivo transversal que ha utilizado en virtud de las ventajas diferenciadas, tal cual se ha constado en la revisión bibliográfica, la taxonomía NIC en su 5ª edición (**ANEXO I**), para evidenciar los cometidos de los/as enfermeros/as en la UME, ante la imposibilidad o extrema dificultad de acceder a las historias clínicas de los usuarios que atienden, así como a cualesquiera parámetros específicos de registro, protocolos u otras formalidades documentales que pudieran ser apropiados para la consecución de la finalidad que persigue esta investigación.

El estudio consta de dos fases; en la primera de ellas; **se somete la referida Taxonomía, cuya última edición ha sido publicada a mediados del año 2009**, con los códigos, definición y denominación de las 542 categorías en el orden correspondiente ente campos y clases, **a consideración mediante técnica Delphi, de un grupo de tres expertas**, por su experiencia en la elaboración de planes de cuidados usando la taxonomía de diagnósticos NANDA, junto con taxonomía NOC y correspondientemente taxonomía NIC, así como experiencia asistencial en unidades de urgencias hospitalarias; aunque en ningún caso miembros de la UME. Tras el ejercicio de consenso, fundamentado, en primer lugar, **en el marco normativo general de la práctica de enfermería en nuestro país hasta mediados del año 2009**; así por ejemplo, descartaron la NIC “Prescribir medicación”; en segundo lugar, **todos los aspectos de práctica asistencial específica de la enfermera especialista en obstetricia-ginecología**, que permitieron la exclusión de otra parte importante de NICs; y finalmente, **la edad del sujeto al que se orienta la NIC, cuando expresamente consta ya sea en la definición, o en la denominación**, como por ejemplo; “Cuidado de la incontinencia urinaria; enuresis”, fue posible descartar un total de 108 NICs, quedando una Taxonomía de **434 Intervenciones de Enfermería (NIC Adaptada)**, con sus respectivos códigos, incluidos ordenadamente en los siete campos y clases de que constan, de igual modo que en la taxonomía completa de referencia. Esta Taxonomía NIC Adaptada se ha utilizado para confeccionar el cuestionario *ad hoc* de este estudio (**ANEXO II**); el cual recoge la formulación de la pregunta cerrada para cada una de las 434 NICs, de **si constituye o no constituye práctica asistencial de enfermería en la UME**. Al respecto, se estableció siete alternativas de respuesta; cuatro en caso de respuesta afirmativa y tres en caso de respuesta negativa. **La respuesta afirmativa pretende profundizar en la magnitud de aplicación a los usuarios que atiende durante un período temporal determinado (de 1 de enero de 2008**

a 31 de agosto de 2009), estableciéndose cuatro intervalos con límites excluyentes. En el caso de respuesta negativa, la concreción de la misma se establece en virtud de las necesidades y resultados que se pueden obtener en y con las personas que corresponde atender; “no y no debería incorporarse”, “no pero sí debería incorporarse”, y por último, “no constituye práctica habitual y no sabe si debería incorporarse”. A modo de complemento, **cada uno de los 434 NICs dispone de un campo abierto donde registrar aquellas observaciones que le parecen aclaratorias a las respuestas seleccionadas para la pregunta cerrada referida**; e incluso, sugiriendo que la relevancia de la NIC aunque venga determinada por el porcentaje de pacientes a quienes se aplique, puede darse la circunstancia que siendo poco frecuente necesite gran pericia, constatar actividades que no parecen encajar con ninguna NIC de la clasificación adaptada a este estudio y por supuesto cualquier otro aspecto.

Finalmente, este cuestionario, en el apartado de datos complementarios, permite recoger datos del encuestado que se refieren a sexo, año de finalización de estudios, especialidades, experiencia asistencial, docente, investigadora, y el pronunciamiento acerca el trabajo en la UME enmarcándolo opinativamente en una especialidad.

POBLACIÓN DE ESTUDIO: Dado que esta Unidad se estructura en cinco Batallones, en cada uno de los cuales existe un servicio sanitario, cuya dotación con oficiales enfermeros de carrera, oscila entre un máximo de 7 miembros por batallón a un mínimo de 3, que se desempeñan profesionalmente junto con licenciados en medicina, psicólogos, también oficiales de carrera y sanitarios militares que realizan labores auxiliares (conductores, camilleros y personal de soporte), **la población enfermero/a y la muestra de este estudio coinciden y se cifra en un total de 15 efectivos, en el período planificado para la cumplimentación por los encuestados.** Al ser habitualmente menor la dotación real de militares de carrera al total planificado, se facilita la incorporación por períodos puntuales de enfermeros/as reservistas voluntarios; que no han sido incluidos en este estudio, en virtud de los variables y distintos períodos de activación, así como las características de las rotaciones.

Inicialmente, una vez obtenida la autorización oportuna que delimitó el ámbito de la investigación en lo estrictamente individual de las investigadoras, el cuestionario se presentó mediante correo electrónico corporativo a cada uno de los cinco batallones que aseguraba el anonimato de quien realizaba la cumplimentación, junto con una carta con instrucciones de cumplimentación (**ANEXO III**). Además para facilitar la comprensión de la estructura del cuestionario, se hizo llegar una copia del mismo en soporte papel, enviado mediante correo certificado y dejando un plazo de 30 días para poder proceder a las respuestas, ya fuera vía informática o indistintamente, en soporte papel.

G) RESULTADOS

El cuestionario de NICs adaptado y las preguntas respecto a cada una de las 434 categorías ha sido elaborado para ser cumplimentado de forma individual

por los enfermeros/as de carrera de la UME, 15 efectivos en total, en ese período de estudio, mes de septiembre; sin embargo, las circunstancias de estar de maniobras, el carácter jerárquico y la escasa costumbre de este tipo de estudios entre otras dificultades, **se aceptó que fuera cumplimentado de forma grupal y se elaboraron las respuestas por mayoría simple en una única rueda de consideración del cuestionario por cada equipo de enfermería de cada uno de los cinco batallones.** Esta única alternativa de respuesta posible, ha incidido en la obtención de respuesta a los “datos complementarios del encuestado”, que en ningún caso han sido recogidos; y por tanto, imposibilitando el tratamiento estadístico de contraste entre estas variables y las respuestas a las preguntas respecto todos y cada uno de los 434 NICs. Las respuestas de los cinco grupos o equipos se concretan en el grado de aplicación a los usuarios del servicio sanitario de la UME en todas sus vertientes; seleccionando **1** cuando se aplica hasta el **25 %**, **2** para el **26 hasta el 50 %** de los usuarios, **3 para el 51 al 75 %** de los usuarios y finalmente, **4 para el 76 al 100 %** de los sujetos atendidos. En caso negativo, se les pedía que se pronunciaron respecto si debía incorporarse a la práctica enfermero/a en la UME en virtud de las necesidades de las personas que detectan en las personas que les corresponde atender y los resultados que en ellas se esperan alcanzar como enfermeros/as; siendo tres modalidades de respuesta alternativa, que se concretan en; **no pero si** (ampliación del campo profesional), **no** (descartar tal NIC porque no aplica) y **no sabe** (significativa de reconocimiento de falta de conocimientos).

Para el análisis cualitativo de las observaciones en cualquiera de sus modalidades se diseñó el uso del programa MAXQDA II; que no ha podido utilizarse ante la exigua formulación de las mismas. Para la confección de la base de datos del cuestionario, así como para el análisis estadístico de frecuencias, se ha utilizado el programa SPSS, versión 15.0; de lo cual resulta destacable, lo siguiente:

Grado de respuesta: De un total de 2170 potenciales respuestas a las preguntas cerradas respecto los 434 NICs; se han obtenido 2139; lo que representa un 98,57 % de respuestas. Todos los NIC han sido respondido por al menos dos de los grupos de encuestados y en tres NICs, dos grupos han dejado la respuesta sin cumplimentar. El tratamiento de cada NICs se ha realizado con las respuestas obtenidas, dejando fuera los valores perdidos por falta de respuesta. Sólo un grupo de encuestados cumplimentó en dos NICs el apartado de observaciones.

Respuestas y su tipología:

■ Tal cual se desprende de la tabla siguiente (tabla I), en la que además figuran expresamente, los valores absolutos y porcentajes correspondientes por los distintos campos; **234 NICs fueron aceptados como práctica habitual de enfermería en UME**, lo que representa un 53,91%, **64 NICs fueron rechazados** como no práctica habitual de enfermería en UME, lo que representa 14,74%, **4 NICs fueron considerados como no práctica habitual pero deberían incorporarse**, que se traduce en un porcentaje del 0,92%, **29 NICs son reconocidos como no práctica habitual de enfermería en UME y no se sabe si deberían incorporarse**, lo cual representa el 6,68%, y finalmente, respecto **los 103 NICs restantes**, el 23,73%, **no es posible pronunciarse por**

falta de coincidencia en las respuestas, o si se prefiere, **disparidad en las respuestas.**

TABLA I:

RESPUESTAS POR CAMPOS	SI		NO		NO PERO DEBERÍA		NO-NO SABE		NO VALOR	
	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%
FISIOLOGICO BÁSICO (83)	23+ 11= 34	14,52	21+ 7= 28	43,75	0	0,00	1	3,44	20	19,41
FISIOLOGICO COMPLEJO(142)	72+ 33= 105	44,87	12+ 3= 15	23,43	0	0,00	3	10,34	19	18,44
CONDUCTUAL (81)	16+ 5= 21	8,97	8	12,50	0	0,00	7	24,13	45	43,68
SEGURIDAD (43)	28+ 3= 31	13,24	3+ 2= 5	7,81	2	50	2	6,89	3	2,91
FAMILIA (22)	0	0,00	3	4,68	0	0,00	11	37,93	8	7,76
SISTEMA SANITARIO (48)	24+ 7= 31	13,24	4+ 1= 5	7,81	2	50	4	13,79	6	5,82
COMUNIDAD (15)	9+ 3= 12	5,12	0	0,00	0	0,00	1	3,44	2	1,94
434	234	100	64	100	4	100	29	100	103	100

■ **Los items en los que ha habido consenso en las respuestas (74 de 434): representan el 17,05 %;** dicha coincidencia lo es en un 14,05% en la respuesta afirmativa de constituir práctica habitual de enfermero/a en UME y en el 2,9% en caso negativo.

No ha habido consenso (total acuerdo) para las alternativas de no constituir práctica habitual en UME y debería incorporarse y no constituye práctica habitual en UME y no se sabe si debería incorporarse. **Un total de 257 NICs se han decidido por mayoría, ya sea 4 de cinco ó 3 de cinco; lo cual hace un porcentaje de 59,21% del conjunto de la Taxonomía Adaptada.**

La disparidad de respuesta total o a lo sumo coincidencia en la modalidad de respuesta de dos informantes, deriva en imposibilidad de respuesta porcentual mayoritaria y se ha producido en 103 NICs; lo cual representa el 23, 73 % del total. De estos 103 NICs, 9 de ellos no han tenido respuesta de los cinco informantes, es decir se corresponde con valores perdidos.

■ **Un total de 234 NICs fueron aceptadas como práctica asistencial habitual en UME, y lo ha sido en términos absolutos de forma desigual entre**

los siete campos en los que se ordena la referida Taxonomía adaptada. Las respuestas de aceptación obtenidas en el campo “Fisiológico Complejo” contribuye en mayor proporción con un 44,87%, y el campo “Familia”, al no haber sido aceptada ninguna de la NICs contenidas en el referido campo, representa la menor proporción.

■ Un total de 51 NICs fueron descartadas por mayoría simple de los cinco batallones, como práctica habitual de enfermería en UME y que no deberían incorporarse; lo cual representa el 11,75 % del conjunto de la Taxonomía NIC adaptada. Estos 51 NICs que fueron descartados por mayoría simple junto con los 13 que lo fueron por unanimidad, representan un porcentaje de rechazo total del 14,74 % del conjunto de la Taxonomía Adaptada. De este total de 64, el mayor número de respuestas negativas se han efectuado en el campo “Fisiológico Básico” (43,75%) y el menor número de respuestas se ha efectuado en el campo “Comunidad”.

■ Los NIC, que se han detectado como ampliación del marco competencial al ser respondidas por mayoría (4 ó 3 respuestas) en la categoría de “no constituyen cometido habitual pero debería incorporarse como tal”, lo han sido en un total de 4 en términos absolutos, que representan un total del 0,92 del total de la taxonomía aceptada y que se concretan en: 6260 OBTENCIÓN DE ÓRGANOS, 6522 EXPLORACIÓN DE LA MAMA; ambos pertenecientes al campo de Seguridad, aunque diferente clase (Control de casos de crisis- control de riesgos), 8120 RECOGIDA DE DATOS PARA INVESTIGACIÓN y 8020 REUNIÓN MULTIDISCIPLINAR SOBRE CUIDADOS; ambos dos pertenecientes al mismo campo de Sistema Sanitario y en este caso misma clase de Control de la Información.

■ Falta de conocimientos reconocidos, en cuanto que las respuestas por mayoría se concretan en que no constituye práctica asistencial de enfermería en UME y no sabe si debería incorporarse como tal, se refieren a 29 NICs en términos absolutos que suponen un 6,68 % del conjunto de la Taxonomía adaptada. Estos se distribuyen de forma desigual por los siete campos:

▪ Fisiológico Básico; 1802 AYUDA CON LOS AUTOCUIDADOS: VESTIR/ARREGLO PERSONAL.

▪ Fisiológico Complejo; 4022 DISMINUCIÓN DE LA HEMORRAGIA: GASTROINTESTINAL, 4096 MANEJO DEL DESFIBRILADOR: INTERNO y 4091 MANEJO DEL MARCAPASOS PERMANENTE.

▪ Conductual; 4514 TRATAMIENTO POR EL CONSUMO DE SUSTANCIAS NOCIVAS: RETIRADA DE DROGAS, 5430 GRUPO DE APOYO, 5320 HUMOR, 5860 BIORRETROALIMENTACIÓN, 5640 ENTRENAMIENTO AUTOGÉNICO, 5960 FACILITAR LA MEDITACIÓN y 6040 TERAPIA DE RELAJACIÓN SIMPLE.

▪ Seguridad; 6300 TRATAMIENTO DEL TRAUMA DE VIOLACIÓN y 6408 APOYO EN LA PROTECCIÓN CONTRA ABUSOS: RELIGIOSO.

- Familia; 5562 EDUCACIÓN PATERNA: ADOLESCENTES, 5566 EDUCACIÓN PATERNA: CRIANZA FAMILIAR DE NIÑOS, 5568 EDUCACIÓN PATERNA: NIÑO, 8247 FOMENTAR EL DESARROLLO: NIÑO, 7200 FOMENTAR LA PATERNIDAD, 6340 FOMENTAR LA RESISTENCIA, 7140 APOYO A LA FAMILIA, 7180 ASISTENCIA EN EL MANTENIMIENTO DEL HOGAR, 7100 ESTIMULACIÓN DE LA INTEGRIDAD FAMILIAR, 7130 MANTENIMIENTO EN LOS PROCESOS FAMILIARES y 7120 MOVILIZACIÓN FAMILIAR.

- Sistema Sanitario; 7500 APOYO PARA LA CONSECUCCIÓN DEL CONSENSO, 7380 ASISTENCIA PARA LOS RECURSOS FINANCIEROS, 7330 INTERMEDIACIÓN CULTURAL y 6485 MANEJO AMBIENTAL: PREPARACIÓN DEL HOGAR.

- Comunidad; 8750 MARKETING SOCIAL.

- **Los 103 NICs en los cuales no se ha producido coincidencia mayoritaria en las respuestas, y por tanto no es posible pronunciarse en ninguna de las alternativas propuestas, constituye un área de especial reflexión en relación con la metodología empleada. El porcentaje de dispersión, presenta una distribución desigual entre los distintos campos; siendo mayor en el campo “Conductual” con un 43,68% y menor en el campo “Comunidad” con un 1,94 %. Estos NICs se relacionan, con su código y denominación en el listado siguiente:**

- Conductual (45):

4470 AYUDA EN LA MODIFICACIÓN DE SI MISMO
4340 ENTRENAMIENTO PARA CONTROLAR LA ASERTIVIDAD
4370 ENTRENAMIENTO PARA CONTROLAR LOS IMPULSOS
4380 ESTABLECER LÍMITES
4410 ESTABLECIMIENTO DE OBJETIVOS COMUNES
4352 MANEJO DE LA CONDUCTA: HIPERACTIVIDAD/FALTA DE ATENCIÓN
4356 MANEJO DE LA CONDUCTA: SEXUAL
4362 MODIFICACIÓN DE LA CONDUCTA: HABILIDADES SOCIALES
4362 TRATAMIENTO POR EL CONSUMO DE SUSTANCIAS NOCIVAS
4512 TRATAMIENTO POR EL CONSUMO DE SUSTANCIAS NOCIVAS :
RETIRADA DEL ALCOHOL
4640 AYUDA PARA EL CONTROL DEL ENFADO
4760 ENTRENAMIENTO DE LA MEMORIA
5520 FACILITAR EL APRENDIZAJE
4740 LLEVAR UN DIARIO
4820 ORIENTACIÓN DE LA REALIDAD
4860 TERAPIA DE LA REMINISCENCIA
5020 MEDIACIÓN DE CONFLICTOS
4974 MEJORAR LA COMUNICACIÓN: DÉFICIT AUDITIVO
4976 MEJORAR LA COMUNICACIÓN: DÉFICIT DEL HABLA
4978 MEJORAR LA COMUNICACIÓN: DÉFICIT VISUAL
5420 APOYO ESPIRITUAL
5240 ASESORAMIENTO

5248 ASESORAMIENTO SEXUAL
5230 AUMENTAR EL AFRONTAMIENTO
5440 AUMENTAR LOS SISTEMAS DE APOYO
5440 CLARIFICACIÓN DE VALORES
5310 DAR ESPERANZA
5470 DECLARAR LA VERDAD AL PACIENTE
5350 DISMINUCIÓN DEL ESTRÉS POR TRASLADO
5426 FACILITAR EL CRECIMIENTO ESPIRITUAL
5290 FACILITAR EL DUELO
5294 FACILITAR EL DUELO: MUERTE PERINATAL
5280 FACILITAR EL PERDÓN
5300 FACILITAR LA EXPRESIÓN DE SENTIMIENTO DE CULPA
5424 FACILITAR LA PRÁCTICA RELIGIOSA
5210 GUÍA DE ANTICIPACIÓN
6160 INTERVENCIÓN EN CASO DE CRISIS
5400 POTENCIACIÓN DE LA AUTOESTIMA
5390 POTENCIACIÓN DE LA CONCIENCIA DE SI MISMO
5220 POTENCIACIÓN DE LA IMAGEN CORPORAL
5380 POTENCIACIÓN DE LA SEGURIDAD
5370 POTENCIACIÓN DE LOS ROLES
5450 TERAPIA DE GRUPO
5604 ENSEÑANZA: GRUPO
5900 DISTRACCIÓN

- Familia (8):

5247 ASESORAMIENTO ANTES DE LA CONCEPCIÓN
7160 PRESERVACIÓN DE LA FERTILIDAD
5244 ASESORAMIENTO EN LA LACTANCIA
6710 FOMENTAR EL ACERCAMIENTO
7200 FOMENTAR LA NORMALIZACIÓN FAMILIAR
7040 APOYO AL CUIDADOR PRINCIPAL
7170 FACILITAR LA PRESENCIA DE LA FAMILIA
7110 FOMENTAR LA IMPLICACIÓN FAMILIAR

- Fisiológico Básico:

0180 MANEJO DE LA ENERGÍA
0570 ENTRENAMIENTO DE LA VEJIGA URINARIA
0940 CUIDADOS DE LA TRACCIÓN/INMOVILIZACIÓN
5246 ASESORAMIENTO NUTRICIONAL
1280 AYUDA PARA DISMINUIR EL PESO
1240 AYUDA PARA GANAR PESO
1020 ETAPAS EN LA DIETA
1030 MANEJO DE LOS TRASTORNOS DE LA ALIMENTACIÓN
1260 MANEJO DEL PESO
4565 CONTACTO TERAPÉUTICO
1340 ESTIMULACIÓN CUTÁNEA
1460 RELAJACIÓN MUSCULAR PROGRESIVA
1805 AYUDA CON LOS AUTOCUIDADOS: AIVD

1804 AYUDA CON LOS AUTOCUIDADOS: ASEO
1801 AYUDA CON LOS AUTOCUIDADOS: BAÑO/HIGIENE
1660 CUIDADOS DE LOS PIES
1780 CUIDADOS DE UNA PRÓTESIS
5603 ENSEÑANZA: CUIDADOS DE LOS PIES
1710 MANTENIMIENTO DE LA SALUD BUCAL
1850 MEJORAR EL SUEÑO

- Fisiológico Complejo (19):

1910 MANEJO ÁCIDO-BASE
2008 MANEJO DE ELECTRÓLITOS: HIPOMAGNESEMIA
2009 MANEJO DE ELECTRÓLITOS: HIPONATREMIA
2080 MONITORIZACIÓN ÁCIDO-BASE
2301 ADMINISTRACIÓN DE MEDICACIÓN ENTERAL
2400 ASISTENCIA EN LA ANALGESIA CONTROLADA POR EL PACIENTE
2760 MANEJO DE LA ANULACIÓN DE UN LADO DEL CUERPO
2620 MONITORIZACIÓN NEUROLÓGICA
3480 MONITORIZACIÓN DE LAS EXTREMIDADES INFERIORES
4044 CUIDADOS CARDÍACOS: AGUDOS
4062 CUIDADOS CIRCULATORIOS: INSUFICIENCIA ARTERIAL
4066 CUIDADOS CIRCULATORIOS: INSUFICIENCIA VENOSA
4232 FEBLOTOMÍA: MUESTRA DE SANGRE ARTERIAL
4270 MANEJO DE LA TERAPIA TROMBOLÍTICA
4092 MANEJO DEL MARCAPASOS: TEMPORAL
4252 MANEJO DEL SHOCK: CARDÍACO
4130 MONITORIZACIÓN DE LÍQUIDOS
4210 MONITORIZACIÓN HEMODINÁMICA INVASIVA
4035 MUESTRA DE SANGRE CAPILAR

- Comunidad (2):

6520 ANÁLISIS DE LA SITUACIÓN SANITARIA
6652 VIGILANCIA COMUNIDAD

- Sistema Sanitario (6):

7320 GESTIÓN DE CASOS
7640 DESARROLLO DE SITUACIÓN CRÍTICA
7800 MONITORIZACIÓN DE LA CALIDAD
7980 INFORME DE INCIDENCIAS
7940 RECOGIDA DE INFORMES FORENSES
6658 VIGILANCIA: ELECTRÓNICA POR CONTROL REMOTO

- Seguridad (3):

6362 TRIAJE: CATÁSTROFE
6510 MANEJO DE LAS ALUCINACIONES
6440 MANEJO DEL DELIRIO

■ Del análisis de la ordenación de datos por porcentajes ponderados, se deduce que la contribución porcentual al conjunto de las distintas alternativas de respuesta presenta las siguientes características, que figuran en la tabla II:

TABLA II:

RESPUESTAS PONDERADAS POR CAMPOS	SI		NO		NO PERO DEBERÍA		NO Y NO SABE		NO VALOR	
	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº
434 NICs	53,91	173 + 61= 234	14,74	51 + 13= 64	0,92	4	6,68	29	23,73	103
FISIOLÓGICO BÁSICO (83)	27,71+ 13,25= 40,96	23+ 11= 34	25,30+ 8,43= 34,23	21+ 7= 28	0,00	0	1,20	1	24,09	20
FISIOLÓGICO COMPLEJO(142)	50,70+ 23,23= 73,94	72+ 33= 105	8,45+ 2,11= 10,56	12+ 3= 15	0,00	0	2,11	3	13,38	19
CONDUCTUAL (81)	37,20+ 6,17= 25,92	16+ 5= 21	9,87	8	0,00	0	8,64	7	55,55	45
SEGURIDAD (43)	65,11+ 6,97= 72,09	28+ 3= 31	6,97+ 4,65= 11,62	3+ 2= 5	4,65	2	4,65	2	6,97	3
FAMILIA (22)	0,00	0	13,63	3	0,00		50,00	11	36,36	8
SISTEMA SANITARIO (48)	50+ 14,58= 64,58	24+ 7= 31	8,33+ 2,08= 10,41	4+ 1= 5	4,16	2	8,33	4	12,50	6
COMUNIDAD (15)	60+ 20= 80,00	9+ 3= 12	0,00	0	0,00		6,66	1	13,33	2

■ Categoría afirmativa; distintos porcentajes en todos los campos, siendo el mayor peso ponderado el correspondiente al campo “**Comunidad**”, en el cual 12 NIC, aceptados por mayoría de un total de 15 NICs, representa un **80 %** y el menor valor se corresponde con el campo “**Conductual**”, que son 21 NICs considerados mayoritariamente como práctica habitual en UME de un total de 81 NICs de que consta el campo, lo que supone el **25,92%**.

■ Categoría doblemente negativa; también diferencias entre todos los campos; siendo el peso ponderado menor, **0,00%**, para el campo “**Comunidad**”; en el que de 15 NICs, ninguna fue considerada mayoritariamente negativa. El mayor peso ponderado se corresponde con el campo “**Fisiológico Básico**”, con un **34,23%**, o lo que es lo mismo, de 83 NICs contenidas en este campo, 28 fueron descartas.

■ Categoría negativa pero debería incorporarse. Solamente en NICs correspondientes a dos campos, “**Seguridad**” y “**Sistema Sanitario**” han obtenido pronunciamiento expreso, representando un porcentaje bajo; **4,65%** y **4,16%**, respectivamente.

▪ **Categoría negativa y no sabe.** Ponderadamente la manifestación de falta de conocimientos ha sido en mayor grado, 50%, en el campo “Familia”, en 11 NICs del total de 22 NICs que constituye el global del campo.

▪ Categoría “no valorable”; no concebida como opción de respuesta, derivado del grado de dispersión de las respuestas de los encuestados. No ha habido ningún campo que no se haya producido en alguna NIC esta disparidad de respuestas; no obstante, ha ocurrido en porcentaje desigual, ente un 55,55% como peso ponderado más alto, que se corresponde con el campo “Conductual”, y un 6,97% como peso ponderado más bajo, que se corresponde con “Seguridad”.

■ **TAXONOMÍA DE INTERVENCIONES DE ENFERMERÍA DE LA UME, ACEPTADA / ELEGIDA COMO CARTERA DE SERVICIOS**, contiene 234 NICs expresamente seleccionadas por mayoría + 4 NICs, que se corresponden con la identificación de ampliación de prestaciones (en lila); en total 238, lo cual supone un 54,83 % de la taxonomía ADAPTADA (434) y 39, 91% de la TAXONOMÍA NIC en su 5ª edición (542), tal cual se recoge con el orden correspondiente:

**NOVIEMBRE TAXONOMÍA NIC-APORTACIÓN DE ENFERMERÍA EN LA UME
2009 CLASIFICACIÓN Y TAXONOMÍA DE LAS INTERVENCIONES
DE ENFERMERÍA ELEGIDA:**

CAMPO 1 FISIOLÓGICO BÁSICO

CLASE A CONTROL DE ACTIVIDAD Y EJERCICIO

- 1 5612 ENSEÑANZA: ACTIVIDAD/EJERCICIO PRESCRITO*
- 2 0140 FOMENTAR LOS MECANISMOS CORPORALES
- 3 0200 FOMENTO DEL EJERCICIO

CLASE B CONTROL DE LA ELIMINACIÓN

- 1 0620 CUIDADOS DE LA RETENCIÓN URINARIA
- 2 0470 DISMINUCIÓN DE LA FLATULENCIA
- 3 0420 IRRIGACIÓN INTESTINAL
- 4 0460 MANEJO DE LA DIARREA
- 5 0590 MANEJO DE LA ELIMINACIÓN URINARIA
- 6 0450 MANEJO DEL ESTREÑIMIENTO/IMPACTACIÓN
- 7 0430 MANEJO INTESTINAL
- 8 0580 SONDAJE VESICAL
- 9 0582 SONDAJE VESICAL: INTERMITENTE

CLASE C CONTROL DE INMOVILIDAD

- 1 1806 AYUDA CON LOS AUTOCUIDADOS: TRANSFERENCIA*
- 2 0840 CAMBIO DE POSICIÓN
- 3 0846 CAMBIO DE POSICIÓN: SILLA DE RUEDAS
- 4 0764 CUIDADOS DEL PACIENTE ESCAYOLADO: YESO HÚMEDO
- 5 0910 INMOVILIZACIÓN
- 6 0970 TRANSFERENCIA

CLASE D APOYO NUTRICIONAL

- 5614 ENSEÑANZA: DIETA PRESCRITA*
- 1100 MANEJO DE LA NUTRICIÓN

CLASE E FOMENTO DE LA COMODIDAD FÍSICA

- 1 1380 APLICACIÓN DE CALOR Y FRÍO
- 2 6482 MANEJO AMBIENTAL: CONFORT
- 3 1450 MANEJO DE LAS NÁUSEAS
- 4 1400 MANEJO DEL DOLOR
- 5 1440 MANEJO DEL SÍNDROME PREMENSTRUAL
- 6 1570 MANEJO DEL VÓMITO

CLASE F FACILITACIÓN DE LOS AUTOCUIDADOS

- 1 1620 CUIDADOS DE LAS LENTILLAS DE CONTACTO
- 2 1680 CUIDADOS DE LAS UÑAS
- 3 1640 CUIDADOS DE LOS OÍDOS
- 4 1650 CUIDADOS DE LOS OJOS
- 5 1670 CUIDADOS DEL CABELLO
- 6 1770 CUIDADOS POST MÓRTEN
- 7 1720 FOMENTAR LA SALUD BUCAL
- 8 1630 VESTIR

CAMPO 2 FISIOLÓGICO COMPLEJO

CLASE G CONTROL DE ELECTRÓLITOS Y ÁCIDO-BASE

- 1 1911 MANEJO ÁCIDO-BASE: ACIDOSIS METABÓLICA
- 2 1913 MANEJO ÁCIDO-BASE: ALCALOSIS METABÓLICA
- 3 2000 MANEJO DE ELECTRÓLITOS
- 4 2001 MANEJO DE ELECTRÓLITOS: HIPERCALCEMIA
- 5 2002 MANEJO DE ELECTRÓLITOS: HIPERCALCEMIA
- 6 2005 MANEJO DE ELECTRÓLITOS: HIPERFOSFATEMIA
- 7 2003 MANEJO DE ELECTRÓLITOS: HIPERMAGNESEMIA
- 8 2004 MANEJO DE ELECTRÓLITOS: HIPERNATREMIA
- 9 2006 MANEJO DE ELECTRÓLITOS: HIPOCALCEMIA
- 10 2007 MANEJO DE ELECTRÓLITOS: HIPOCALCEMIA
- 11 2010 MANEJO DE ELECTRÓLITOS: HIPOFOSFATEMIA
- 12 2120 MANEJO DE LA HIPERGLUCEMIA
- 13 2130 MANEJO DE LA HIPOGLUCEMIA
- 14 2080 MANEJO DE LÍQUIDOS/ELECTRÓLITOS
- 15 2020 MONITORIZACIÓN DE ELECTRÓLITOS

CLASE H CONTROL DE FÁRMACOS

- 1 2210 ADMINISTRACIÓN DE ANALGÉSICOS
- 2 2840 ADMINISTRACIÓN DE ANESTESIA*
- 3 2300 ADMINISTRACIÓN DE MEDICACIÓN
- 4 2311 ADMINISTRACIÓN DE MEDICACIÓN: INHALACIÓN
- 5 2312 ADMINISTRACIÓN DE MEDICACIÓN: INTRADÉRMICA
- 6 2313 ADMINISTRACIÓN DE MEDICACIÓN: INTRAMUSCULAR
- 7 2303 ADMINISTRACIÓN DE MEDICACIÓN: INTRA ÓSEA
- 8 2314 ADMINISTRACIÓN DE MEDICACIÓN: INTRAVENOSA
- 9 2320 ADMINISTRACIÓN DE MEDICACIÓN: NASAL
- 10 2310 ADMINISTRACIÓN DE MEDICACIÓN: OFTÁLMICA
- 11 2304 ADMINISTRACIÓN DE MEDICACIÓN: ORAL
- 12 2308 ADMINISTRACIÓN DE MEDICACIÓN: ÓTICA
- 13 2315 ADMINISTRACIÓN DE MEDICACIÓN: RECTAL
- 14 2317 ADMINISTRACIÓN DE MEDICACIÓN: SUBCUTÁNEA

- 15 2316 ADMINISTRACIÓN DE MEDICACIÓN: TÓPICA
- 16 2318 ADMINISTRACIÓN DE MEDICACIÓN: VAGINAL
- 17 2395 CONTROL DE LA MEDICACIÓN
- 18 5616 ENSEÑANZA: MEDICAMENTOS PRESCRITOS*
- 19 2380 MANEJO DE LA MEDICACIÓN
- 20 2260 MANEJO DE LA SEDACIÓN
- CLASE I CONTROL NEUROLÓGICO**
- 1 0844 CAMBIO DE POSICIÓN: NEUROLÓGICO
- 2 2560 MANEJO DE LA DISREFLEXIA
- 3 2660 MANEJO DE LA SENSIBILIDAD PERIFÉRICA ALTERADA
- 4 2680 MANEJO DE LAS CONVULSIONES
- 5 2540 MANEJO DEL EDEMA CEREBRAL
- 6 2550 MEJORA DE LA PERFUSIÓN CEREBRAL
- 7 2690 PRECAUCIONES CONTRA LAS CONVULSIONES
- CLASE J CUIDADOS PERIOPERATORIOS**
- 1 2900 ASISTENCIA QUIRÚRGICA
- 2 0842 CAMBIO DE POSICIÓN: INTRA OPERATORIO
- 3 2870 CUIDADOS POSTANESTESIA
- 4 5610 ENSEÑANZA: PREQUIRÚRGICA
- 5 2920 PRECAUCIONES QUIRÚRGICAS
- 6 2930 PREPARACIÓN QUIRÚRGICA
- CLASE K CONTROL RESPIRATORIO**
- 1 3160 ASPIRACIÓN DE LAS VÍAS AÉREAS
- 2 3390 AYUDA A LA VENTILACIÓN
- 3 1872 CUIDADOS DEL DRENAJE TORÁCICO
- 4 4106 CUIDADOS DEL EMBOLISMO: PULMONAR
- 5 3270 DESINTUBACION ENDOTRAQUEAL
- 6 3310 DESTETE DE LA VENTILACIÓN MECÁNICA
- 7 3230 FISIOTERAPIA RESPIRATORIA
- 8 3120 INTUBACIÓN Y ESTABILIZACIÓN DE VÍAS AÉREAS
- 9 1912 MANEJO ÁCIDO-BASE: ACIDOSIS RESPIRATORIA
- 10 1914 MANEJO ÁCIDO-BASE: ALCALOSIS RESPIRATORIA
- 11 3300 MANEJO DE LA VENTILACIÓN MECÁNICA: INVASIVA
- 12 3302 MANEJO DE LA VENTILACIÓN MECÁNICA: NO INVASIVA
- 13 3140 MANEJO DE LAS VÍAS AÉREAS
- 14 3180 MANEJO DE LAS VÍAS AÉREAS ARTIFICIALES
- 15 3210 MANEJO DEL ASMA
- 16 3250 MEJORAR LA TOS
- 17 3350 MONITORIZACIÓN RESPIRATORIA
- 18 3320 OXIGENOTERAPIA
- CLASE L CONTROL DE LA PIEL/HÉRIDAS**
- 1 3584 CUIDADOS DE LA PIEL: TRATAMIENTO TÓPICO
- 2 3660 CUIDADOS DE LAS HERIDAS
- 3 3662 CUIDADOS DE LAS HERIDAS: DRENAJE CERRADO
- 4 3661 CUIDADOS DE LAS HERIDAS: QUEMADURAS
- 5 3440 CUIDADOS DEL SITIO DE LA INCISIÓN
- 6 3680 IRRIGACIÓN DE HERIDAS

- 7 3550 MANEJO DEL PRURITO*
- 8 3620 SUTURA
- 9 3590 VIGILANCIA DE LA PIEL

CLASE M TERMOREGULACIÓN

- 1 3900 REGULACIÓN DE LA TEMPERATURA
- 2 3780 TRATAMIENTO DE LA EXPOSICIÓN AL CALOR
- 3 3740 TRATAMIENTO DE LA FIEBRE
- 4 3800 TRATAMIENTO DE LA HIPOTERMIA

CLASE N CONTROL DE LA PERFUSIÓN TISULAR

- 1 4160 CONTROL DE HEMORRAGIAS
- 2 4040 CUIDADOS CARDÍACOS
 - CUIDADOS DEL CATÉTER CENTRAL INSERTADO
- 3 4220 PERIFÉRICAMENTE
- 4 4104 CUIDADOS DEL EMBOLISMO: PERIFÉRICO
- 5 4020 DISMINUCIÓN DE LA HEMORRAGIA
- 6 4028 DISMINUCIÓN DE LA HEMORRAGIA: HERIDAS
- 7 4024 DISMINUCIÓN DE LA HEMORRAGIA NASAL
- 8 4238 FLEBOTOMÍA: MUESTRA DE SANGRE VENOSA
- 9 4235 FEBLOTOMÍA: VÍA CANALIZADA
- 10 4090 MANEJO DE LA DISRITMIA
- 11 4170 MANEJO DE LA HIPERVOLEMIA
- 12 4180 MANEJO DE LA HIPOVOLEMIA
- 13 4120 MANEJO DE LÍQUIDOS
- 14 4095 MANEJO DEL DESFIBRILADOR: EXTERNO*
- 15 4250 MANEJO DEL SHOCK
- 16 4256 MANEJO DEL SHOCK: VASOGÉNICO
- 17 4258 MANEJO DEL SHOCK: VOLUMEN
- 18 4050 PRECAUCIONES CARDÍACAS
- 19 4070 PRECAUCIONES CIRCULATORIAS
- 20 4110 PRECAUCIONES EN EL EMBOLISMO
- 21 4010 PREVENCIÓN DE LA HEMORRAGIA
- 22 4260 PREVENCIÓN DEL SHOCK
- 23 4190 PUNCIÓN INTRAVENOSA
- 24 4150 REGULACIÓN HEMODINÁMICA
- 25 4140 REPOSICIÓN DE LÍQUIDOS
- 26 4200 TERAPIA INTRAVENOSA

CAMPO 3 CONDUCTUAL

CLASE O TERAPIA CONDUCTUAL

- 1 4420 ACUERDO CON EL PACIENTE
- 2 4480 FACILITAR LA AUTORRESPONSABILIDAD
- 3 4350 MANEJO DE LA CONDUCTA
- 4 4354 MANEJO DE LA CONDUCTA: AUTOLESIÓN
- 5 4360 MODIFICACIÓN DE LA CONDUCTA
- 6 4510 TRATAMIENTO POR EL CONSUMO DE SUSTANCIAS NOCIVAS

CLASE P TERAPIA COGNITIVA

- 1 5540 POTENCIACIÓN DE LA DISPOSICIÓN DE APRENDIZAJE*

CLASE Q POTENCIACIÓN DE LA COMUNICACIÓN

- 1 4920 ESCUCHA ACTIVA
- CLASE R AYUDA PARA HACER FRENTE A SITUACIONES DIFÍCILES**
- 1 5270 APOYO EMOCIONAL
- 2 5250 APOYO EN LA TOMA DE DECISIONES*
- 3 5260 CUIDADOS EN LA AGONÍA
- 4 5395 MEJORA DE LA AUTOCONFIANZA
- 5 5340 PRESENCIA
- CLASE S EDUCACIÓN DE LOS PACIENTES**
- 1 5620 ENSEÑANZA: HABILIDAD PSICOMOTORA
- 2 5606 ENSEÑANZA: INDIVIDUAL
- 3 5618 ENSEÑANZA: PROCEDIMIENTO/TRATAMIENTO
- 4 5602 ENSEÑANZA: PROCESO DE ENFERMEDAD
- 5 5622 ENSEÑANZA: SEXO SEGURO
- 6 5624 ENSEÑANZA: SEXUALIDAD
- 7 5580 INFORMACIÓN PREPARATORIA: SENSORIAL
- CLASE T FOMENTO DE LA COMODIDAD PSICOLÓGICA**
- 1 5820 DISMINUCIÓN DE LA ANSIEDAD
- CAMPO 4 SEGURIDAD**
- CLASE U CONTROL DE CASOS DE CRISIS**
- 1 6200 CUIDADOS EN LA EMERGENCIA
- 2 6140 MANEJO DEL CÓDIGO DE URGENCIAS
- 3 6260 OBTENCIÓN DE ÓRGANOS
- 4 6240 PRIMEROS AUXILIOS
- 5 6320 RESUCITACIÓN
- 6 6364 TRIAJE: CENTRO DE URGENCIA
- CLASE V CONTROL DE RIESGOS**
- 1 6630 AISLAMIENTO
- 2 6400 APOYO EN LA PROTECCIÓN CONTRA ABUSOS
- 3 6340 CONTROL DE AGENTES QUÍMICOS*
- 4 6540 CONTROL DE INFECCIONES
- 5 6522 EXPLORACIÓN DE LA MAMA
- 6 9050 FOMENTAR LA SEGURIDAD EN EL VEHÍCULO*
- 7 6610 IDENTIFICACIÓN DE RIESGOS*
- 8 6448 MANEJO AMBIENTAL
- 9 6487 MANEJO AMBIENTAL: PREVENCIÓN DE LA VIOLENCIA
- 10 6486 MANEJO AMBIENTAL: SEGURIDAD
- 11 6450 MANEJO DE IDEAS ILUSORIAS
- 12 6410 MANEJO DE LA ALERGIA
- 13 6412 MANEJO DE LA ANAFILAXIA*
- 14 6680 MONITORIZACIÓN DE LOS SIGNOS VITALES
- 15 6590 PRECAUCIONES CON LOS TORNQUETES NEUMÁTICOS
- 16 6470 PRECAUCIONES CONTRA FUGAS
- 17 6500 PRECAUCIONES CONTRA INCENDIOS PROVOCADOS
- 18 6570 PRECAUCIONES EN LA ALERGIA AL LÁTEX
- 19 3200 PRECAUCIONES PARA EVITAR LA ASPIRACIÓN*
- 20 6490 PREVENCIÓN DE CAÍDAS
- 21 6648 PREVENCIÓN DE LAS LESIONES DEPORTIVAS: JÓVENES*

- 22 6340 PREVENCIÓN DEL SUICIDIO*
- 23 6550 PROTECCIÓN CONTRA LAS INFECCIONES
- 24 6420 RESTRICCIÓN DE ZONAS DE MOVIMIENTO
- 25 6580 SUJECCIÓN FÍSICA*
- 26 6650 VIGILANCIA
- 27 6654 VIGILANCIA: SEGURIDAD

CAMPO 5 FAMILIA

CLASE W CUIDADOS DE UN NUEVO BEBE

CLASE Z CUIDADOS DE CRIANZA DE UN NUEVO BEBE

CLASE X CUIDADOS DE LA VIDA

CAMPO 6 SISTEMA SANITARIO

CLASE Y MEDIACIÓN DEL SISTEMA SANITARIO

- 1 7410 AUTORIZACIÓN DE SEGUROS
- 2 7310 CUIDADOS DE ENFERMERÍA AL INGRESO
- 3 7440 FACILITAR LOS PERMISOS
- 4 7400 GUÍAS DEL SISTEMA SANITARIO
- 5 7460 PROTECCIÓN DE LOS DERECHOS DEL PACIENTE

CLASE a GESTIÓN DEL SISTEMA SANITARIO

- 1 7610 ANÁLISIS DE LABORATORIO A PIE DE CAMA
- 2 7680 AYUDA EN LA EXPLORACIÓN
- 3 7710 COLABORACIÓN CON EL MÉDICO
- 4 7620 COMPROBACIÓN DE SUSTANCIAS CONTROLADAS
- 5 7630 CONTENCIÓN DE COSTES
- 6 7650 DELEGACIÓN
- 7 7850 DESARROLLO DEL PERSONAL
- 8 7700 EVALUACIÓN DE COMPAÑEROS
- 9 7760 EVALUACIÓN DE LOS PRODUCTOS
- 10 7690 INTERPRETACIÓN DE DATOS DE LABORATORIO
- 11 7880 MANEJO DE LA TECNOLOGÍA
- 12 8550 MANEJO DE RECURSOS ECONÓMICOS*
- 13 7840 MANEJO DE LOS SUMINISTROS
- 14 7820 MANEJO DE MUESTRAS
- 15 7722 PRECEPTOR: EMPLEADO
- 16 7660 REVISIÓN DEL CARRO DE EMERGENCIAS
- 17 7830 SUPERVISIÓN DEL PERSONAL
- 18 7892 TRANSPORTE: DENTRO DE LA INSTALACIÓN
- 19 7890 TRANSPORTE: ENTRE INSTALACIONES

CLASE b CONTROL DE LA INFORMACIÓN

- 1 7910 CONSULTA
- 2 7930 DECLARACIÓN/TESTIMONIO
- 3 8100 DERIVACIÓN
- 4 7920 DOCUMENTACIÓN
- 5 8140 INFORME DE TURNOS
- 6 7960 INTERCAMBIO DE INFORMACIÓN DE CUIDADOS DE SALUD
- 7 8120 RECOGIDA DE DATOS PARA LA INVESTIGACIÓN
- 8 8020 REUNIÓN MULTIDISCIPLINAR SOBRE CUIDADOS
- 9 8060 TRASCRIPTIÓN DE ORDENES

CAMPO 7 COMUNIDAD

CLASE c FOMENTO DE LA SALUD DE LA COMUNIDAD

- 1 8700 DESARROLLO DE UN PROGRAMA
- 2 5510 EDUCACIÓN SANITARIA
- 3 8500 FOMENTAR LA SALUD DE LA COMUNIDAD
- 4 6530 MANEJO DE LA INMUNIZACIÓN/VACUNACIÓN*
- 5 5516 MEJORAR EL ACCESO A LA INFORMACIÓN SANITARIA
- 6 7990 SEGUIMIENTO DE LA POLÍTICA SANITARIA

CLASE d CONTROL DE RIESGOS DE LA COMUNIDAD

- 1 8820 CONTROL DE ENFERMEDADES TRANSMISIBLES
- 2 6484 MANEJO AMBIENTAL: COMUNIDAD
- 3 6489 MANEJO AMBIENTAL: SEGURIDAD DEL TRABAJADOR
- 4 8810 PREPARACIÓN ANTE EL BIOTERRORISMO
- 5 8840 PREPARACIÓN PARA UN DESASTRE EN LA COMUNIDAD
- 6 8850 PROTECCIÓN DE RIEGOS AMBIENTALES

■ PERFIL DE COMETIDOS ASISTENCIALES DIFERENCIADOS DE ENFERMERÍA EN UNIDAD MILITAR DE EMERGENCIA:

Para aproximarnos al perfil de cometidos profesionales de enfermería en la Unidad Militar de Emergencias, nos hemos basado en los contenidos que figuran en el apartado cuarto del texto “Clasificación de Intervenciones de Enfermería”, con el título de: “Intervenciones centrales según especialidades”. En este sentido, la distribución no excluyente de los NICs entre las distintas especialidades de enfermería que constituyen el referente en los Estados Unidos de Norteamérica, con 45 especialidades en total, difieren notablemente respecto la situación prevista para la realidad Española con 7 especialidades; no obstante, a falta de otros criterios formalizados con esta finalidad, ha permitido una inicial reflexión para definir el perfil de este colectivo. Dejando al margen la diferenciación sistematizada en este momento, entre campo de actuación de enfermera generalista y campo de actuación de enfermera especialista, ya sea mediante resultados diferenciados de actividad en los distintos puestos, competencias garantizadas mediante formación o ambas dos vertientes, convenientemente combinadas, salvo para la condición de especialista obstétrico-ginecológica y enfermería especialista de trabajo; **corresponde clarificar que las NICs pertenecientes a la especialidad obstétrico-ginecológica (matrona), contemplada explícitamente en los dos contextos en las instancias, principalmente, jurídica, académica y laboral, ha de excluirse para el cometido de enfermería de la UME, como ya se mencionó en el diseño del documento de recogida de información de los encuestados; al igual que ocurre con la especialidad de enfermería Pediátrica y especialista en Geriátrica**, en estas dos últimas categorías, en virtud de la variable edad a quien van dirigidas la atención y que no se corresponde con los años que tienen los efectivos de la UME. Asimismo, dada la imposibilidad de recoger la opinión pedida a los encuestados respecto de las especialidades, y de ello se deriva la no procedencia del contraste entre esos datos, nos aferramos a la alternativa, que supone relacionar las categorías de la especialidades de enfermería en Cuidados Medicoquirúrgicos, Enfermería del Trabajo, Salud Mental y finalmente, Familiar y Comunitaria con las agrupaciones de NICs distribuidas por especialidades norteamericanas, que resulten más congruentes tras la adaptación por consenso

de estas investigadoras a nuestro entorno. En consecuencia, **con la información disponible a cierre del trabajo**, que a grandes rasgos, se concreta en que en dos de estas especialidades no se ha publicado el plan de formación, en la tercera está previsto el inicio de la formación en el año 2010 y en la especialidad de salud mental, el período de formación de un año va a ser revisado junto con el correspondiente plan, **hemos optado por diferenciar “Enfermería Médicoquirúrgica de “Enfermería de Urgencias y Cuidados Críticos” tal cual explicitan las autoras de la NIC, y de este modo se refleja en la tabla III.** Asimismo, se desprende que la especialidad de Enfermería Familiar y Comunitaria (FC), con 63 NICs propuestos, resultantes de unir “Enfermería Ambulatoria” y de “Salud Pública/Comunidad” (ANEXO IV), le corresponde 38 elecciones de NICs respecto las 238 de la Taxonomía ACEPTADA/ ELEGIDA, lo cual supone ponderadamente un 25,3%. La especialidad de Salud Mental (SM), con 59 NICs (ANEXO V), ha adoptado 22 de ellos, representando un 15,6%. La especialidad de Enfermería del Trabajo (ET), en cuyo listado de comparación se ha fusionado las referencias correspondientes a “Enfermería de Salud Laboral y Enfermería Epidemiológica/Control de Infecciones” (ANEXO VI), supone una elección de 44 NICs del total de 69, que ponderadamente se cifra en 26,7%. En la especialidad de Cuidados Médicoquirúrgicos (MQ) se ha contrastado con la relación de NICs que se corresponden con “Enfermería Médicoquirúrgica” (ANEXO VII); en total 77 NICs de los cuales se observan en la UME, 55 de ellos, que se traduce en un 30% ponderado. Por último, “Enfermería de Urgencias y Cuidados Críticos” (UR) (ANEXO VIII) con la fusión de los NICs atribuidos en el contexto norteamericano a ambos ámbitos, y que para nuestra realidad no se contempla como tal, son 91 NICs seleccionados del total de 113, que se traduce en un 33,8%. De todo esto, se desprende que **el mayor número ponderado de NICs se corresponde con el perfil de “Enfermería de Urgencias y Cuidados Críticos”, seguida por el perfil de “Enfermería Médicoquirúrgica”;** que al juntar ambos dos como se ha previsto con la especialidad de Cuidados Médicoquirúrgicos, se aproxima a la mitad de los NICs que aplican. Asimismo, a continuación se coloca el perfil de enfermería especialista del Trabajo, seguida con una diferencia inferior a 2 puntos con el perfil de enfermería especialista en Familiar y Comunitaria; y quedando en último lugar el perfil de enfermería especialista en Salud Mental.

TABLA III:

NICs DE APORTACIÓN DE ENFERMERÍA EN LA UME
2009 CLASIFICACIÓN DE LAS INTERVENCIONES DE ENFERMERÍA POR ESPECIALIDADES

CAMPO 1 CLASE A	<u>FISIOLÓGICO BÁSICO</u> CONTROL DE ACTIVIDAD Y EJERCICIO	S M U FCM ET QR				
1	5612 ENSEÑANZA: ACTIVIDAD/EJERCICIO PRESCRITO*	<table border="1" style="border-collapse: collapse; width: 100px; height: 20px;"> <tr> <td style="width: 25px;"></td> <td style="width: 25px;"></td> <td style="width: 25px;"></td> <td style="width: 25px;"></td> </tr> </table>				
2	0140 FOMENTAR LOS MECANISMOS CORPORALES	<table border="1" style="border-collapse: collapse; width: 100px; height: 20px;"> <tr> <td style="width: 25px;"></td> <td style="width: 25px;"></td> <td style="width: 25px;"></td> <td style="width: 25px;"></td> </tr> </table>				
3	0200 FOMENTO DEL EJERCICIO	<table border="1" style="border-collapse: collapse; width: 100px; height: 20px;"> <tr> <td style="width: 25px;"></td> <td style="width: 25px; text-align: center;">X</td> <td style="width: 25px;"></td> <td style="width: 25px;"></td> </tr> </table>		X		
	X					

CLASE

B CONTROL DE LA ELIMINACIÓN

- 1 0620 CUIDADOS DE LA RETENCIÓN URINARIA
- 2 0470 DISMINUCIÓN DE LA FLATULENCIA
- 3 0420 IRRIGACIÓN INTESTINAL
- 4 0460 MANEJO DE LA DIARREA
- 5 0590 MANEJO DE LA ELIMINACIÓN URINARIA
- 6 0450 MANEJO DEL ESTREÑIMIENTO/IMPACTACIÓN
- 7 0430 MANEJO INTESTINAL
- 8 0580 SONDAJE VESICAL
- 9 0582 SONDAJE VESICAL: INTERMITENTE

				X
			X	
			X	
				X
				X

CLASE

C CONTROL DE INMOVILIDAD

AYUDA CON LOS AUTOCUIDADOS:

- 1 1806 TRANSFERENCIA*
- 2 0840 CAMBIO DE POSICIÓN
- 3 0846 CAMBIO DE POSICIÓN: SILLA DE RUEDAS
CUIDADOS DEL PACIENTE ESCAYOLADO: YESO
- 4 0764 HÚMEDO
- 5 0910 INMOVILIZACIÓN
- 6 0970 TRANSFERENCIA

				X
				X
				X

CLASE

D APOYO NUTRICIONAL

- 5614 ENSEÑANZA: DIETA PRESCRITA*
- 1100 MANEJO DE LA NUTRICIÓN

X				
			X	

CLASE E FOMENTO DE LA COMODIDAD FÍSICA

- 1 1380 APLICACIÓN DE CALOR Y FRÍO
- 2 6482 MANEJO AMBIENTAL: CONFORT
- 3 1450 MANEJO DE LAS NÁUSEAS
- 4 1400 MANEJO DEL DOLOR
- 5 1440 MANEJO DEL SÍNDROME PREMENSTRUAL
- 6 1570 MANEJO DEL VÓMITO

			X	X
			X	X
			X	

CLASE F FACILITACIÓN DE LOS AUTOCUIDADOS

- 1 1620 CUIDADOS DE LAS LENTILLAS DE CONTACTO
- 2 1680 CUIDADOS DE LAS UÑAS
- 3 1640 CUIDADOS DE LOS OÍDOS
- 4 1650 CUIDADOS DE LOS OJOS
- 5 1670 CUIDADOS DEL CABELLO
- 6 1770 CUIDADOS POST MÓRTEN
- 7 1720 FOMENTAR LA SALUD BUCAL
- 8 1630 VESTIR

		X		
			X	

CAMPO

2 FISIOLÓGICO COMPLEJO

CLASE

G CONTROL DE ELECTRÓLITOS Y ÁCIDO-BASE

- 1 1911 MANEJO ÁCIDO-BASE: ACIDOSIS METABÓLICA
- 2 1913 MANEJO ÁCIDO-BASE: ALCALOSIS METABÓLICA

			X	X
			X	X

3	2000 MANEJO DE ELECTRÓLITOS				X	X
4	2001 MANEJO DE ELECTRÓLITOS: HIPERCALCEMIA					X
5	2002 MANEJO DE ELECTRÓLITOS: HIPERCALIEMIA					X
6	2005 MANEJO DE ELECTRÓLITOS: HIPERFOSFATEMIA					X
7	2003 MANEJO DE ELECTRÓLITOS: HIPERMAGNESEMIA					X
8	2004 MANEJO DE ELECTRÓLITOS: HIPERNATREMIA					X
9	2006 MANEJO DE ELECTRÓLITOS: HIPOCALCEMIA					X
10	2007 MANEJO DE ELECTRÓLITOS: HIPOCALIEMIA					X
11	2010 MANEJO DE ELECTRÓLITOS: HIPOFOSFATEMIA					X
12	2120 MANEJO DE LA HIPERGLUCEMIA				X	X
13	2130 MANEJO DE LA HIPOGLUCEMIA				X	X
14	2080 MANEJO DE LÍQUIDOS/ELECTRÓLITOS				X	X
15	2020 MONITORIZACIÓN DE ELECTRÓLITOS					X

CLASE

H CONTROL DE FÁRMACOS

1	2210 ADMINISTRACIÓN DE ANALGÉSICOS					X
2	2840 ADMINISTRACIÓN DE ANESTESIA*					
3	2300 ADMINISTRACIÓN DE MEDICACIÓN	X	X		X	X
4	2311 ADMINISTRACIÓN DE MEDICACIÓN: INHALACIÓN					
	ADMINISTRACIÓN DE MEDICACIÓN:					
5	2312 INTRADÉRMICA	X				
	ADMINISTRACIÓN DE MEDICACIÓN:					
6	2313 INTRAMUSCULAR	X				
7	2303 ADMINISTRACIÓN DE MEDICACIÓN: INTRA ÓSEA					
	ADMINISTRACIÓN DE MEDICACIÓN:					
8	2314 INTRAVENOSA	X				X
9	2320 ADMINISTRACIÓN DE MEDICACIÓN: NASAL					
10	2310 ADMINISTRACIÓN DE MEDICACIÓN: OFTÁLMICA					
11	2304 ADMINISTRACIÓN DE MEDICACIÓN: ORAL					
12	2308 ADMINISTRACIÓN DE MEDICACIÓN: ÓTICA					
13	2315 ADMINISTRACIÓN DE MEDICACIÓN: RECTAL					
14	2317 ADMINISTRACIÓN DE MEDICACIÓN: SUBCUTÁNEA	X				
15	2316 ADMINISTRACIÓN DE MEDICACIÓN: TÓPICA					X
16	2318 ADMINISTRACIÓN DE MEDICACIÓN: VAGINAL					
17	2395 CONTROL DE LA MEDICACIÓN				X	X
18	5616 ENSEÑANZA: MEDICAMENTOS PRESCRITOS*	X			X	
19	2380 MANEJO DE LA MEDICACIÓN	X	X		X	
20	2260 MANEJO DE LA SEDACIÓN					X

CLASE I CONTROL NEUROLÓGICO

1	0844 CAMBIO DE POSICIÓN: NEUROLÓGICO					
2	2560 MANEJO DE LA DISREFLEXIA					X
	MANEJO DE LA SENSIBILIDAD PERIFÉRICA					
3	2660 ALTERADA					X
4	2680 MANEJO DE LAS CONVULSIONES					
5	2540 MANEJO DEL EDEMA CEREBRAL					
6	2550 MEJORA DE LA PERFUSIÓN CEREBRAL					
7	2690 PRECAUCIONES CONTRA LAS CONVULSIONES				X	X

2	5250 APOYO EN LA TOMA DE DECISIONES*	X		Y		X
3	5260 CUIDADOS EN LA AGONÍA					
4	5395 MEJORA DE LA AUTOCONFIANZA					
5	5340 PRESENCIA				X	

CLASE S EDUCACIÓN DE LOS PACIENTES

1	5620 ENSEÑANZA: HABILIDAD PSICOMOTORA					
2	5606 ENSEÑANZA: INDIVIDUAL	X		Y	X	X
3	5618 ENSEÑANZA: PROCEDIMIENTO/TRATAMIENTO				X	X
4	5602 ENSEÑANZA: PROCESO DE ENFERMEDAD	X			X	X
5	5622 ENSEÑANZA: SEXO SEGURO	X		Y		
6	5624 ENSEÑANZA: SEXUALIDAD					
7	5580 INFORMACIÓN PREPARATORIA: SENSORIAL					

CLASE T FOMENTO DE LA COMODIDAD PSICOLÓGICA

1	5820 DISMINUCIÓN DE LA ANSIEDAD	X	X	Y		X
---	---------------------------------	---	---	---	--	---

CAMPO

4 SEGURIDAD

CLASE

U CONTROL DE CASOS DE CRISIS

1	6200 CUIDADOS EN LA EMERGENCIA			Y		X
2	6140 MANEJO DEL CÓDIGO DE URGENCIAS				X	X
3	6260 OBTENCIÓN DE ÓRGANOS					
4	6240 PRIMEROS AUXILIOS					X
5	6320 RESUCITACIÓN					X
6	6364 TRIAJE: CENTRO DE URGENCIA	X				X

CLASE V CONTROL DE RIESGOS

1	6630 AISLAMIENTO		X	Y		
2	6400 APOYO EN LA PROTECCIÓN CONTRA ABUSOS		X			X
3	6340 CONTROL DE AGENTES QUÍMICOS*		X	Y	X	
4	6540 CONTROL DE INFECCIONES			Y	X	
5	6522 EXPLORACIÓN DE LA MAMA					
6	9050 FOMENTAR LA SEGURIDAD EN EL VEHÍCULO*			Y		
7	6610 IDENTIFICACIÓN DE RIESGOS*			Y		
8	6448 MANEJO AMBIENTAL			Y		
	MANEJO AMBIENTAL: PREVENCIÓN DE LA					
9	6487 VIOLENCIA		X	Y		
10	6486 MANEJO AMBIENTAL: SEGURIDAD			Y		
11	6450 MANEJO DE IDEAS ILUSORIAS		X			
12	6410 MANEJO DE LA ALERGIA			Y		
13	6412 MANEJO DE LA ANAFILAXIA*					X
14	6680 MONITORIZACIÓN DE LOS SIGNOS VITALES	X			X	X
	PRECAUCIONES CON LOS TORNQUETES					
15	6590 NEUMÁTICOS					X
16	6470 PRECAUCIONES CONTRA FUGAS		X			
	PRECAUCIONES CONTRA INCENDIOS					
17	6500 PROVOCADOS		X			
18	6570 PRECAUCIONES EN LA ALERGIA AL LÁTEX			Y		
19	3200 PRECAUCIONES PARA EVITAR LA ASPIRACIÓN*					X

- 20 6490 PREVENCIÓN DE CAÍDAS
PREVENCIÓN DE LAS LESIONES DEPORTIVAS:
- 21 6648 JÓVENES*
- 22 6340 PREVENCIÓN DEL SUICIDIO*
- 23 6550 PROTECCIÓN CONTRA LAS INFECCIONES
- 24 6420 RESTRICCIÓN DE ZONAS DE MOVIMIENTO
- 25 6580 SUJECCIÓN FÍSICA*
- 26 6650 VIGILANCIA
- 27 6654 VIGILANCIA: SEGURIDAD

		X	X	X
		X		
X		X		
X				
X			X	
		X		
		X		

CAMPO

5 FAMILIA

CLASE

W CUIDADOS DE UN NUEVO BEBE

CLASE Z CUIDADOS DE CRIANZA DE UN NUEVO BEBE

CLASE X CUIDADOS DE LA VIDA

CAMPO

6 SISTEMA SANITARIO

CLASE Y MEDIACIÓN DEL SISTEMA SANITARIO

- 1 7410 AUTORIZACIÓN DE SEGUROS
- 2 7310 CUIDADOS DE ENFERMERÍA AL INGRESO
- 3 7440 FACILITAR LOS PERMISOS
- 4 7400 GUÍAS DEL SISTEMA SANITARIO
- 5 7460 PROTECCIÓN DE LOS DERECHOS DEL PACIENTE

	X			
X		X	X	
				X

CLASE a GESTIÓN DEL SISTEMA SANITARIO

- 1 7610 ANÁLISIS DE LABORATORIO A PIE DE CAMA
- 2 7680 AYUDA EN LA EXPLORACIÓN
- 3 7710 COLABORACIÓN CON EL MÉDICO
- 4 7620 COMPROBACIÓN DE SUSTANCIAS CONTROLADAS
- 5 7630 CONTENCIÓN DE COSTES
- 6 7650 DELEGACIÓN
- 7 7850 DESARROLLO DEL PERSONAL
- 8 7700 EVALUACIÓN DE COMPAÑEROS
- 9 7760 EVALUACIÓN DE LOS PRODUCTOS
- 10 7690 INTERPRETACIÓN DE DATOS DE LABORATORIO
- 11 7880 MANEJO DE LA TECNOLOGÍA
- 12 8550 MANEJO DE RECURSOS ECONÓMICOS*
- 13 7840 MANEJO DE LOS SUMINISTROS
- 14 7820 MANEJO DE MUESTRAS
- 15 7722 PRECEPTOR: EMPLEADO
- 16 7660 REVISIÓN DEL CARRO DE EMERGENCIAS
- 17 7830 SUPERVISIÓN DEL PERSONAL
- 18 7892 TRANSPORTE: DENTRO DE LA INSTALACIÓN
- 19 7890 TRANSPORTE: ENTRE INSTALACIONES

X				
X				
X				X
X				X
		X		
		X	X	
X				X
			X	
X				X
X				X

CLASE b CONTROL DE LA INFORMACIÓN

- 1 7910 CONSULTA
- 2 7930 DECLARACIÓN/TESTIMONIO
- 3 8100 DERIVACIÓN

X	X	X		
X		X		X

- 4 7920 DOCUMENTACIÓN
- 5 8140 INFORME DE TURNOS
INTERCAMBIO DE INFORMACIÓN DE CUIDADOS
- 6 7960 DE SALUD
- 7 8120 RECOGIDA DE DATOS PARA LA INVESTIGACIÓN
- 8 8020 REUNIÓN MULTIDISCIPLINAR SOBRE CUIDADOS
- 9 8060 TRASCRIPTIÓN DE ORDENES

X			X	
				X
		X		
			X	X

CAMPO

7 COMUNIDAD

CLASE c FOMENTO DE LA SALUD DE LA COMUNIDAD

- 1 8700 DESARROLLO DE UN PROGRAMA
- 2 5510 EDUCACIÓN SANITARIA
- 3 8500 FOMENTAR LA SALUD DE LA COMUNIDAD
- 4 6530 MANEJO DE LA INMUNIZACIÓN/VACUNACIÓN*
MEJORAR EL ACCESO A LA INFORMACIÓN
- 5 5516 SANITARIA
- 6 7990 SEGUIMIENTO DE LA POLÍTICA SANITARIA

X		X		
X		X		
X				
X		X		
	X	X	X	
X		X		

CLASE d CONTROL DE RIESGOS DE LA COMUNIDAD

- 1 8820 CONTROL DE ENFERMEDADES TRANSMISIBLES
- 2 6484 MANEJO AMBIENTAL: COMUNIDAD
MANEJO AMBIENTAL: SEGURIDAD DEL
- 3 6489 TRABAJADOR
- 4 8810 PREPARACIÓN ANTE EL BIOTERRORISMO
PREPARACIÓN PARA UN DESASTRE EN LA
- 5 8840 COMUNIDAD
- 6 8850 PROTECCIÓN DE RIEGOS AMBIENTALES

		X		
X		X		
X		X		
X		X		X
X				
X		X		

PORCENTAJES RELATIVOS %

	9,			
15	2	18	23	38
,9	,4	,1	,2	

PORCENTAJES RELATIVOS PONDERADOS %

25	15	26	30	33
,3	,6	,7		,8

■ **PORCENTAJE DE APLICACIÓN O DEMANDAS DE ASISTENCIA:**

Ponderar la aplicación de cada una de las intervenciones, y hacerlo basándose en aquello que los sujetos encuestados tuvieran a su alcance, y por consiguiente, sin más pauta que la opinión del sujeto encargado de cumplimentar el cuestionario, y sin ser contrastado con otras sistemáticas por parte de las investigadoras, tiene evidentemente limitaciones que hay que destacar en el análisis de los resultados. La consideración de tal variable del modo que se ha hecho y exclusivamente, en el supuesto de respuesta afirmativa, respondía al deseo de facilitar la elección, y así, además de la significación de la denominación y definición de cada una de las 434 NICs, se ha pretendido orientar esto, en su caso, hacia sujetos concretos que son atendidos en el día a día profesional. En este sentido, se recogen las apreciaciones siguientes:

- La dotación de efectivos asignados a la UME y a cada uno de sus Batallones, en el período de estudio, en el cual se descarta el tiempo inicial de constitución e incorporación, **presenta variaciones y cifras diferentes** como consecuencia de los procesos selectivos de consolidación; **y variabilidad desigual**, entre los distintos batallones, que ya partían con dotaciones distintas de miembros incorporados. En este sentido, un 25 % de un total medio de 3000, no es igual que un 25% de un total medio de 1800; aunque entendemos que al haber formulado la pregunta en porcentaje, si es posible la comparación.

- Asimismo, la amplitud elevada, 24, de los intervalos de respuesta, responde a que el esfuerzo de cálculo para realizar la respuesta, éste no impidiera el grado de cumplimentación de un cuestionario que los objetivos del estudio exigían, y que pretender una detección exhaustiva de las necesidades sanitarias de la población a la que atiende la UME.

- **Las necesidades de asistencia de los individuos no se corresponden con una aplicación uniforme y en la misma proporción de todos los NICs**; queremos decir, que por ejemplo, la prevención del shock tendrá una más alta probabilidad en pacientes en estado crítico, tal que, situaciones de intraoperatorio y postoperatorio inmediato que cuando los adultos jóvenes y adultos que no están siendo tratados por ningún proceso patológico ni atendidos en ninguna situación de emergencia.

- **La formulación de Taxonomía, tanto original, como en el cuestionario ad hoc, puede dar lugar a cierta confusión** o dudas, cuando se trata de ajustar su grado de aplicación; bien por considerar alguna NIC como excluyentes de otras NICs con la que guardan relación, a pesar de estar formalizadas de forma independiente y en condiciones igualitarias, o bien como aglutinadora de todas las que tienen un común denominador. Aunque esto ocurre en varias potenciales agrupaciones, recogemos un ejemplo para hacer más entendible esta idea. Así la NIC 2300 ADMINISTRACIÓN DE MEDICACIÓN: **Preparar, administrar y evaluar la efectividad de los medicamentos prescritos y de libre dispensación**, precedida de; 2210 ADMINISTRACIÓN DE ANALGÉSICOS: **Utilización de agentes farmacológicos para disminuir o eliminar el dolor**, y seguida de las siguientes NICs:

- 2311 ADMINISTRACIÓN DE MEDICACIÓN: INHALACIÓN: **Preparación y administración de medicamentos por inhalación**

- 2312 ADMINISTRACIÓN DE MEDICACIÓN: INTRADÉRMICA: **Preparación y administración de medicamentos vía intradérmica**

- 2313 ADMINISTRACIÓN DE MEDICACIÓN: INTRAMUSCULAR: **Preparación y administración de medicamentos por vía intramuscular**

- 2303 ADMINISTRACIÓN DE MEDICACIÓN: INTRAÓSEA: **Inserción de una aguja en la medula ósea, con el fin de administrar líquidos, sangre o medicamentos de emergencia, en un período corto**

- 2314 ADMINISTRACIÓN DE MEDICACIÓN: INTRAVENOSA: **Preparación y administración de medicación por vía intravenosa**

- 2320 ADMINISTRACIÓN DE MEDICACIÓN: NASAL: **Preparación y administración de medicaciones a través de conductos nasales**

- 2310 ADMINISTRACIÓN DE MEDICACIÓN: OFTÁLMICA: **Preparación e instilación de medicamentos oftálmicos**

- 2304 ADMINISTRACIÓN DE MEDICACIÓN: ORAL: **Preparación y administración de medicamentos por boca**

2308 ADMINISTRACIÓN DE MEDICACIÓN: ÓTICA: **Preparación e instilación de medicamentos óticos**

2315 ADMINISTRACIÓN DE MEDICACIÓN: RECTAL: **Preparación e introducción de supositorios rectales**

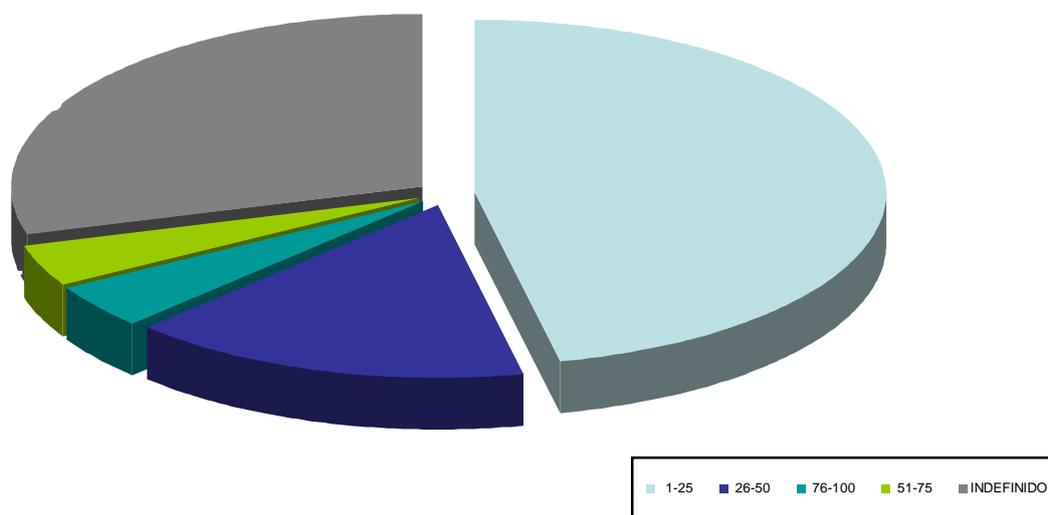
2317 ADMINISTRACIÓN DE MEDICACIÓN: SUBCUTÁNEA: **Preparación y administración de medicamentos por vía subcutánea**

2316 ADMINISTRACIÓN DE MEDICACIÓN: TÓPICA: **Preparación y aplicación de medicamentos en la piel**

2318 ADMINISTRACIÓN DE MEDICACIÓN: VAGINAL: **Preparación e introducción de medicaciones vaginales.**

En este sentido, es preciso considerar que además de que a un sujeto se le aplique medicación oral e intramuscular al mismo tiempo y por tanto está contado en ambas NICs durante el período establecido; se ha podido excluir o incluir en la NIC de 2300 ADMINISTRACIÓN DE MEDICACIÓN: **Preparar, administrar y evaluar la efectividad de los medicamentos prescritos y de libre dispensación.**

GRAFICO I:



Tal cual refleja el dibujo, **las respuestas de los participantes respecto de la Taxonomía NIC DE LAS INTERVENCIONES DE ENFERMERÍA ELEGIDAS EN 2009**, nos han referido mayoritariamente, que 109 NICs de las 234, son aplicadas entre el 1 y 25 % de los usuarios de los servicios sanitarios de la UME, 37 de las NICs, entre un 26 y 50 %, 9 NICs entre el 51 y 75 %, 10 NICs entre el 76 y 100 de los usuarios durante el período contemplado y en todos los servicios sanitarios de la UME, y finalmente, aunque por mayoría de los encuestados son reconocidas como de cumplimiento en la atención habitual y en las distintas vertientes, en 69 NICs, el 29,4 %, no es posible establecer el predominio de un porcentaje respecto a otro, en virtud del empate o dispersión en las selecciones efectuadas

H) CONCLUSIONES

■ **Este trabajo permite**, tal cual se constata en las páginas anteriores, **identificar y describir, con la opinión de los enfermeros directamente implicados, el despliegue profesional de este colectivo en la Unidad Militar de Emergencias, utilizando la terminología formalizada correspondiente a la Clasificación de las Intervenciones de Enfermería.** Y lo ha posibilitado, básicamente desde una perspectiva de reflejar una práctica profesional determinada asistencial, aunque también en las otras dimensiones, de gestora, docente e investigadora, en un servicio, en el cual resulta difícil el acceso a registros de actividad asistencial y protocolos de actuación, y no se observa en *strictu sensu* la metodología enfermera, y por consiguiente no se dispone de planes de cuidados, al igual que sucede en virtud del contenido en las historias clínicas y demás formalidades de registro en otras instituciones sanitarias, tanto en Atención Primaria como en Atención Especializada en nuestro país. Asimismo y sólo como testimonio, tampoco figuran ni diagnósticos, ni NOCs ni NICs en Guías de Práctica Clínica del catálogo de Guía Salud, que se desarrolla al amparo del Ministerio de Sanidad y Política Social. En este sentido, la aplicación de *un cuestionario ad hoc* sustentado en una Clasificación de Intervenciones de Enfermería, **“normalizada en cuanto código, denominación definición, y completa de las actividades que realizan las enfermeras”**; tanto desde la perspectiva de la independencia/especificidad profesional como desde la perspectiva de colaboración con otros profesionales de la salud, y cuidados tanto directos: en la esfera fisiológica, en la esfera psicosocial, de tratamiento de la enfermedad, de prevención de la enfermedad y de fomento o promoción de la salud, como indirectos: de soporte, administrativos, etc., **ha supuesto un primer paso en pro de encontrar y establecer relaciones entre el comportamiento y la mayor parte la actividad, diariamente desplegada en este puesto de trabajo, con un lenguaje de estructura compleja, pero que al menos los vocablos de que se nutre, les resultan familiares y guardan similar lógica a la que aplican en su quehacer profesional.** En relación con esto y tal cual ha quedado explicado en el epígrafe que hemos rotulado como: ¿A que se dedica enfermería?, nos resulta bastante razonable admitir que la no emisión de diagnósticos con todo el rigor que sería deseable y exigible, teniendo en cuenta pronunciamientos legales, como la Ley 44/2003, de 21 de Noviembre, de Ordenación de la Profesiones Sanitarias, no conculca o trasgrede que las enfermeras en la dimensión asistencial, basen desde tiempos inmemoriales, su actuación en un conjunto de señales, síntomas y signos que guardan estrecha relación con las respuestas humanas de las personas que atienden; por ejemplo, palidez, arcadas y estomago revuelto con náuseas, y en este sentido, adoptan una serie de actividades para prevenirlas, mitigarlas y en su defecto, garantizar la higiene y anotar ciertos datos, como color, cantidad, tipología, etc.; y esto lo hacen, en resumen, considerando el concepto de persona, sus necesidades, respeto y comprensión de la situación que está viviendo esa persona y su grupo familiar, y bajo unos principios éticos y en un marco de colaboración con otros profesionales de la salud. Los objetivos, más bien como resultados esperados, también están implícitos para nuestra usuaria, porque además de prestarle apoyo, se garantizará una adecuada higiene y se enseñará a como evitar las náuseas, etc. La taxonomía NIC, **con una estructura elaborada y un lenguaje sistematizado**, pretende completar, todo el abanico de la práctica de todos los profesionales de enfermería, en todos los ámbitos; y en este sentido, compartimos con las autoras, que **cada una de las actividades** que es susceptible de elegirse en virtud de la situación del paciente para cada intervención

y conjunto de intervenciones, **tiene sentido por “ella misma”**; y a nuestro entender, **este interés se eleva hasta un límite máximo, al constatar**, tras el análisis pormenorizado de la taxonomía, **que buena parte de estas actividades que constituyen las NICs, y también buena parte de las propias intervenciones, coinciden o guardan estrecha vinculación con el contenido de protocolos y procedimientos que son documentación habitual de la práctica; es decir, técnicas, acciones cuidadoras, indicadores de evaluación, trámites, colaboraciones con otros sanitarios, etc.**, de la mayoría de las organizaciones, y **por consiguiente, están en el contenido de las asignaturas y programas de formación respectivos**. Además, hemos conformado la opinión de que la taxonomía NIC, **se convierte en una herramienta apta para fundamentar investigaciones de este tipo, porque recoge e interrelaciona congruentemente las actividades que se corresponden con el desempeño del rol autónomo**, como se desprende de los siguientes NICs, escogidos del Campo Conductual: Acuerdo con el paciente, facilitar la autorresponsabilidad, potenciación de la disposición de aprendizaje, **pero también existen muestras en los restantes Campos:** Fomento del ejercicio, manejo de la energía, entrenamiento intestinal, manejo de la diarrea, manejo de la eliminación urinaria, cambio de posición, manejo de la nutrición, manejo del vómito, cuidados postmortem, fomentar la salud bucal, precauciones contra las convulsiones, enseñanza: prequirúrgica, mejorar la tos, vigilancia de la piel, regulación de la temperatura, prevención de la hemorragia, triaje: centro de urgencia, fomentar la seguridad del vehículo, prevención de caídas, vigilancia, facilitar los permisos, manejo de la inmunización/vacunación etc.; todas ellas susceptibles de asociarse ordenadamente con diagnósticos de enfermería y criterios de resultados. Asimismo, **La Taxonomía NIC, es una herramienta muy útil, en la correspondencia de las NICs, con el rol de vigilancia y colaboración**, y que en tal caso, cabe recordar, la no referencia a diagnósticos de enfermería; sustituyendo éstos, por las denominadas complicaciones potenciales o problemas interdependientes; de las cuales, son magníficos ejemplos las siguientes: **Monitorización de electrolitos, desintubación endotraqueal, destete de la ventilación mecánica, intubación y estabilización de las vías aéreas, oxigenoterapia, mejora de la perfusión tisular, terapia intravenosa, sutura, y un largo etc.**, que vamos a dar por ultimado con la mención a **Administración de medicación** (en general) y administración de medicación con adjetivos (oral, intramuscular, endovenosa, óptica,...), que aunque se está debatiendo el cambio legislativo que autorizase la indicación a las enfermeras y profesionales asimilados, de un catálogo de fármacos y de productos farmacológicos, a fecha de hoy no ha entrado en vigor, y por consiguiente, para administrar los medicamentos, éstos han de estar prescritos por el profesional de la medicina, y no existe respaldo, salvo en situación urgente para la vida o secuelas irreversibles. Esta visibilización en lenguaje formalizado de lo que habitualmente vienen haciendo las enfermeras en un puesto de trabajo en una unidad tan específica como es la UME, aunque pudiera hacerse extensible a otros puestos e instituciones, en nuestro convencimiento, **no restringe ni agota el desarrollo profesional de esta enfermería en pro de una mayor adecuación a las necesidades de atención de los usuarios, en marcos sociales en dinámica continua**; y por tanto, **en la elaboración de planes de estudios, como se están gestando en estos momentos, que capaciten, con mayor énfasis, a las enfermeras, en la prevención de riesgos de salud ya conocidos, pero otros, sujetos a**

resultados de proyectos de investigación, como también, **profundizar en cuanto hábitos de vida saludables en la población asignada, incorporación permanente de la actualización de evidencia y evaluación de la eficacia de estas actuaciones.** Asimismo, **no minimiza ni impide la adopción y profundización en un modelo de cuidados de enfermera que sea una respuesta a una misión social, un marco para la adquisición de destrezas y unas competencias específicas en la práctica, un conjunto de conocimientos, de actitudes y habilidades inherentes a una disciplina que no se alcanzaría por el mero ejercicio de las actividades, un ámbito de decisión autónomo, mediante el establecimiento de diagnósticos de enfermería, basados en las características definitorias que las personas expresan o son captadas y los factores relacionados que concurren en una situación determinada, y que describen respuestas humanas a estados de salud/procesos vitales, que puede desarrollar cuando se es vulnerable, o juicio clínico sobre la motivación o el deseo para aumentar su bienestar y actualizar su potencial de salud, expresado por su disposición para mejorar conductas específicas, y finalmente, un código ético particular/propio.** Más bien, apostamos, con más ímpetu, tras el avance de este proyecto, **que al iniciar el acercamiento en el marco estricto de ejercicio diario entre, la parte más generalizada de la práctica con lenguajes formalizados de la misma, mediante la taxonomía NIC, potencia la inauguración de una trayectoria de aplicación metodológica, que resulta más fácil recorrer, ir superando dificultades y etapas, completar en cuanto modelo profesional y comenzar un continuo proceso de mejora con la metodología de investigación aplicada a la metodología de asistencia de enfermería como pilar fundamental.** En este sentido, aunque las pretensiones de estas investigadoras han quedado delimitadas a una primera etapa, tanto las autoras de la Taxonomía NANDA Internacional 2007-2009, como las autoras de la Taxonomía NOC y de la Taxonomía NIC, en sus últimas ediciones, afirman y explican con ejemplos la **complementariedad y sistemáticas de relaciones de las mismas en virtud de las diferentes fases del proceso de atención;** es decir, valoración, diagnóstico, planificación, ejecución y evaluación. De hecho, además de participar algunas autoras, básicamente en los proyectos NIC y NOC, en la propia definición de diagnóstico de enfermería ya se contempla que el juicio clínico de las respuestas proporciona las bases para la selección de las intervenciones que responden a los objetivos de los que el enfermero es responsable. Resultado se define como “el estado, conducta o percepción variable del individuo, familia o comunidad medidos a lo largo de un continuo, en respuesta a intervenciones de enfermería” y indicador de resultado del paciente, como “un estado, conducta o percepción de un individuo, familia o comunidad más concreto que sirve para medir un resultado global”. Finalmente, una intervención de enfermería, se define como “cualquier tratamiento, basado en el criterio y conocimiento clínico, que realiza un profesional de enfermería para mejorar los resultados en el paciente”. Tal cual venimos recogiendo, todas las intervenciones se utilizan en la práctica; y aunque la lista pudiera parecer extensa, pronto se advierte una elección delimitada en virtud de las necesidades de atención de los pacientes que se satisfacen en cada servicio, **como se ha evidenciado para la casuística de la enfermería de la UME. Existen diferencias, y así lo hemos confirmado, entre las intervenciones y las actividades bajo el prisma de los requisitos exigidos; de modo que, unas precisan de formación muy especializada, mientras que otras describen medidas básicas de higiene y**

comodidad, que en algunos casos pueden ser ejecutadas por la auxiliar de enfermería o el cuidador del paciente o el propio paciente, pero cuya planificación y evaluación corresponde al profesional enfermera. Estas diferencias, y las exigencias de conocimientos, habilidades y actitudes son las que deberían fundamentar la especialización de los profesionales; aspecto que completaremos como proceso investigador en el apartado correspondiente. La clasificación de 542 NICs, las agrupa en 30 Clases, que se señalan con una letra del abecedario y a su vez, pertenecen a los 7 Campos establecidos por las autoras; a saber, Fisiológico Básico, Fisiológico Complejo, Conductual, Seguridad, Familia, Sistema Sanitario y Comunidad, y tras el proceso de selección previo, la taxonomía correspondientes obtenida **como práctica habitual de enfermería en UME, se concretan en un total de 234 NICs**, lo cual representa un 53,91%, **64 NICs fueron rechazados** como no práctica habitual de enfermería en UME, lo que se traduce en un 14,74%, **4 NICs fueron considerados como no práctica habitual pero deberían incorporarse**, o lo que es lo mismo un 0,92%, **29 NICs son reconocidos como no práctica habitual de enfermería en UME y no se sabe si deberían incorporarse**, lo cual representa el 6,68%. **Las respuestas de aceptación obtenidas en el campo “Fisiológico Complejo” contribuye en mayor proporción con un 44,87%**, y el campo “Familia”, al no haber sido aceptada ninguna de la NICs contenidas en el referido campo, representa la menor proporción o la no aplicación. En este sentido, la Taxonomía no sólo permite reflejar aquello que constituye práctica habitual, sino que también, **posibilita la ampliación del cometido; de modo que junto con el reconocimiento de falta de conocimientos para pronunciarse respecto la viabilidad en relación con algunas de las NICs**; tal cual ha quedado reflejado en el apartado de revisión bibliográfica, el planteamiento de permanente proceso de actualización y revisión, que se plasma cada cuatro años en una nueva edición; facilita que cualesquiera avance que se produzca, sea con facilidad adoptado en la generalidad de la práctica y su sistematización en el conjunto de las prestaciones.

■ **TAXONOMÍA DE INTERVENCIONES DE ENFERMERÍA DE LA UME, ACEPTADA / ELEGIDA COMO CARTERA DE SERVICIOS**, contiene 234 NICs expresamente seleccionadas + 4 NICs, que se corresponden con la identificación de ampliación de prestaciones, y **permite trazar**, a falta de otros parámetros o sistemáticas formalmente establecidas, **una tendencia en cuanto al perfil profesional de enfermería en UME**. En este sentido, el mayor número ponderado de NICs se corresponde con el perfil de **“enfermería de urgencias y cuidados críticos”**, seguida por el perfil “medicoquirúrgico”; que al juntar ambos, como se ha previsto con la especialidad de Cuidados Medicoquirúrgicos para nuestro país, se aproxima a la mitad de los NICs que aplican. A continuación se coloca el perfil de enfermería especialista del Trabajo, seguida con una diferencia inferior a 2 puntos, por el perfil de enfermería especialista en Familiar y Comunitaria; y quedando en último lugar el perfil de enfermería especialista en Salud Mental. En este sentido, la mencionada TAXONOMÍA, presentada con sus códigos, definiciones, denominaciones y ordenados por campos y clases, es un instrumento que ayuda decisivamente a delimitar los requisitos académicos y práctica de especialidad que pudieran decidirse para estos profesionales, así como los programas de actualización de conocimientos y formación continuada postgrado. No obstante, **resulta indicativo, que una misma NIC se encuadra en más de una especialidad en el marco estadounidense, e incluso figura en las**

cinco opciones de comparación en que nos estamos basando, y también que, del total de los 238 NICs, 70 de ellos no vienen referidos en ninguno de los listados utilizados para elaborar los perfiles; lo cual abre interrogantes de si se corresponden con el marco profesional de enfermera generalista o que la referencias de comparación, que únicamente se han podido usar como modelo de comparación, no sean todo lo fiables y válidas que hubiera sido deseable para el contexto español.

■ **Si los resultados** de las respuestas de los participantes respecto de la Taxonomía NIC DE LAS INTERVENCIONES DE ENFERMERÍA ELEGIDA EN 2009, nos han referido que mayoritariamente 109 NICs de las 234, son aplicadas entre el 1 y 25 % de los usuarios de los servicios sanitarios de la UME, 37 de las NICs, entre un 26 y 50 %, 9 NICs entre el 51 y 75 %, 10 NICs entre el 76 y 100 de los usuarios durante el período contemplado y en todos los servicios sanitarios de la UME, y finalmente, aunque por mayoría de los encuestados son reconocidas como de cumplimiento en la atención habitual y en las distintas vertientes, en 69 NICs, el 29,4 %, no es posible establecer el predominio de un porcentaje respecto a otro, en virtud del empate o dispersión en las selecciones efectuadas, pudiera a groso modo inducir a considerar, que la taxonomía proporciona un buen instrumento para detectar las necesidades de asistencia de enfermería en cuanto calidad, fundamentalmente técnica y cantidad; y esto con ser susceptible de construirse en certeza, exige un proceso más elaborado y contrastado, junto con una serie de precauciones, que han quedado apuntadas en el apartado de resultados.

I) PROPUESTAS DE INVESTIGACIÓN

■ Los objetivos asignados a este estudio, se sustentan en el interés y en ciertos momentos, preocupación general y principal de explicitar el cometido desempeñado o que corresponda desempeñar por las enfermeras en su despliegue profesional en todas sus vertientes; y esto hacerlo, mediante la elaboración de instrumentos basados en lenguajes sanitarios formalizados y normalizados, que guarden estrecha relación con indicadores de proceso y de resultados. En este sentido, la utilización de la Clasificación de Intervenciones de Enfermería, ordenada en sus campos y clases y explicitando código, denominación y definición de cada una de las categorías, aunque no actividades, como columna vertebral del cuestionario para la particularidad de la UME, **ofrece mayores potencialidades, tal cual ha quedado consignado en la revisión bibliográfica, que las otras clasificaciones NANDA o NOC.** En virtud de esta proposición y los razonamientos en los que se cimenta, **cabe proponer trasladar este mismo proceso investigador a unidades que tenga una finalidad similar como pueden ser los servicios sanitarios de los cuerpos de bomberos en nuestro país, apliquen o no apliquen en *strictu sensu* la metodología de enfermería, lo cual permitiría contrastar los resultados obtenidos en este trabajo y otra vía de validar el instrumento.** Asimismo, con las adaptaciones que se estimasen pertinentes, tal cual hemos realizado para nuestros objetivos de estudio, **pudiera servir para cualesquiera otros ámbitos en los que enfermería está presente, y en esta línea habría que, además de describir la cartera servicios de enfermería del ámbito de que se trate, orientar el esfuerzo investigador hacia**

las correlaciones entre aplicar metodología de enfermería en *strictu sensu* y no aplicarla y la repercusión que se deriva hacia, entre otras; coherencia interna, estructura y vinculaciones lógicas de la taxonomía NIC con otros lenguajes normalizados de la asistencia sanitaria, y no de menos relevancia, aspectos correlativos a criterios de registro susceptibles de ser autorizados y homologados, para exigir su cumplimiento; y de esta forma disponer de rigurosa constancia de la parte principal de lo actuado.

■ El expreso reconocimiento de falta de conocimientos en cuanto a 29 NICs y la imposibilidad de clarificar la aplicación o no aplicación de 103 NICs; constituye un área de especial reflexión en relación con la metodología empleada en este estudio. Asimismo, la carencia de observaciones manifestadas para cada una de las 434 NICs, también induce a considerar la necesidad de completar este estudio con otras técnicas de investigación, en las cuales el esfuerzo de relacionar el trabajo desplegado por los/as enfermeros/as de la UME con la sistemática y lenguaje normalizado de la Taxonomía, recaiga en mayor proporción en el investigador. Por consiguiente, cabría la posibilidad de al menos recorrer dos caminos:

▪ Con las NICs implicadas (29+103), reelaborar el cuestionario, y volverlo a trasladar en una segunda vuelta a los sujetos informantes.

▪ Descender hasta el nivel de las actividades y someterlas a análisis y comparaciones, y en el mejor de los casos, contar con la **referencia expresa del nivel de evidencia y grado de recomendación de las mismas**, transferible a las NICs con las que se corresponden; **aspecto éste que con ser muy relevante, no contempla la taxonomía NIC, en cuanto reflejo explícito, para aquellas actividades o intervenciones en que la evidencia esté disponible.**

■ Tal cual se ha puesto de relieve a lo largo de esta tesis, la elección mediante código, denominación y definición, de algunas NICs que guardan entre sí preferentemente una relación del tipo general-específica, tal cual se ha reflejado en el apartado de resultados en cuanto ADMINISTRACIÓN DE MEDICACIÓN (en general) y ADMINISTRACIÓN DE MEDICACIÓN: RECTAL, ADMINISTRACIÓN DE MEDICACIÓN: ORAL, etc., y que se hace principalmente extensivo a: FOMENTO DEL EJERCICIO, MANEJO AMBIENTAL, AYUDA CON EL AUTOCUIDADO, MANEJO ÁCIDO-BASE, MANEJO DE ELECTRÓLITOS, CUIDADOS CARDÍACOS, DISMINUCIÓN DE LA HEMORRAGIA y MANEJO DEL SHOCK; a nuestro entender **exige clarificar si la NIC de carácter general es la que se debe adoptar sólo en el caso concreto de exceder el ámbito de cualquier NIC particular**, si esto llegase a ocurrir, o de otra manera, **sería más apropiado utilizar las NICs particulares relacionadas**; por ejemplo, un paciente que está ingresado en el hospital por una intervención quirúrgica, inicialmente la administración de medicación será intravenosa y progresivamente pasará a oral, no necesariamente en el mismo momento para todo los fármacos que constituyan su tratamiento; en esta caso adoptamos la NIC general, o bien vamos cambiando de NICs particulares en virtud de la evolución del estado de paciente. El uso más eficaz y recomendable de estas NICs debería demostrarse, **y resulta de suma trascendencia para que la referida Taxonomía sea una realidad; y además, debería incidir en las sistemáticas de registro.**

Finalmente, queremos resaltar que hubiéramos deseado que en esta aproximación al cometido que despliegan los enfermeros en la UME, la labor de

obtención de información hubiera pivotado más en el equipo investigador, al poder acceder y analizar los registros de las historias clínicas, planes de cuidados estandarizados, protocolos y demás recursos documentales, y no hubiera recaído sustancialmente en los propios profesionales de enfermería aquí destinados, mediante la comprensión de las cuestiones planteadas y consiguiente proceso de elaboración y registro de sus respuestas. En este primer trabajo, las limitaciones no sólo conceptuales, sino también de avance del proceso investigador; avalan, que **la metodología cuantitativa, en su versión utilización de cuestionario, debería ser validada con periódicas tareas de recogida de información en esta dirección, mientras el sistema de registro actual, las fuentes documentales de que se nutren y/o la sistemática organizativa de la aportación enfermera se mantengan.** También queremos señalar que en la modalidad de triangulación, la metodología cualitativa, con principalmente, técnicas de historias de vida de profesionales, trayectorias del paciente y trabajo de campo en un marco de respecto al derecho de confidencialidad, resulta especialmente valiosa para sistematizar la obtención de datos que permitan sustentar decisiones sobre los límites e intersecciones necesarias entre enfermera generalista y las diversas especialidades enfermera, y entre éstas últimas entre sí, al igual que las relaciones laborales con otros profesionales que operan en la sanidad, y no sólo los médicos; así como un amplio abanico de cuestiones bien interesantes que se suscitan y gestan en el devenir organizacional.

L) NUEVAS LÍNEAS DE INVESTIGACIÓN

■ Tal cual recoge la doctrina, entendemos que no debe limitarse una investigación a la comprobación de aplicabilidad de la Taxonomía NIC y las exigencias que ello entraña, tal hemos apuntado, y por consiguiente, compartimos el proceso continuado de revisión, con incorporaciones de NICs, cambio de denominaciones, ubicaciones, etc. que BULECHEK, DOCHTERMAN, como autoras principales proponen. En este sentido, partiendo de la experiencia de servicios y unidades, donde existen planes de cuidados estandarizados junto con planes de cuidados individualizados, en los cuales se perfilan la relaciones entre NANDA, NIC y NOC, así como un texto editado en 2004, específico de estas relaciones y las actualizaciones en la dirección web referida por las referidas creadoras, **a nuestro entender es preciso profundizar en estas conexiones y relaciones: por ejemplo, en la utilización de criterios de clasificación de más adecuada vinculación; tanto desde la vertiente teórica y conceptual, el sentido, de que la Clasificación de Diagnósticos Enfermeros 2007-2009, distribuye las 187 categorías diagnósticas entre 13 Dominios y 47 Clases, la Clasificación de los Resultados de Enfermería, distribuye los 385 resultados en 7 campos, y cada campo en clases, con un total de 31 Clases, y la Clasificación de Intervenciones de Enfermería, distribuye las 542 en 7 Campos, cuya denominación no es idéntica a la utilizada en NOC, y 30 Clases, y también desde el seguimiento y evaluación de diagnósticos, criterios de resultados e intervenciones que se aplican a los usuarios en la asistencia prestada.** Líneas de investigación similares por las que abocamos, se están desarrollando bajo el patrocinio de diversas entidades, como por ejemplo el proyecto CENES, llevado a efecto por FUDEN.

■ Por lo que respecta a la Taxonomía NOC, nos parece obligado resaltar la propuesta que recogen las propias autoras, es decir; **“ los resultados publicados no incluyen todos aquellos que abarcan individuos, grupos, familias y comunidades en los que intervienen enfermeras, porque todavía se está en una fase inicial de investigación, en que si bien se han abordado las cuestiones de fiabilidad, validez, sensibilidad y utilidad, falta profundizar en contrastarlos con la práctica asistencial en los más variados ámbitos donde se desenvuelve la prestación enfermera y también contrastarlos con otros sistemas de clasificación de resultados, que se están elaborando en los EEUU”**; y dado que no existen limitaciones insalvables, para que se puedan elaborar clasificaciones de resultados con las que compararse, y/o contrastes de su uso en diversos entornos y escenarios en nuestro país. Asimismo, el proyecto NOC, también pretende relacionar y clasificar los resultados por especialidades de enfermería; aunque hoy por hoy se necesita “identificar métodos y encontrar maneras de implicar a las organizaciones especializadas en la evolución y el continuo desarrollo de los resultados, con especial atención a la exactitud de las medidas entre poblaciones y entornos”.

■ Tal cual mantenemos, para analizar la conveniencia o no de una actividad en una NIC en relación con la elección o rechazo de una u otra NIC con enunciados en la misma temática y entre las cuales la relación no es de dimensión de ámbito de aplicación, **parece del todo recomendable, y casi irrenunciable el recurrir a incorporar la variable evidencia científica y grado de recomendación de las actividades, en las cuales estén disponibles**. En este sentido, proponemos plasmar esta evidencia en la propia clasificación expresamente, junto con investigar la evidencia de cuantas actividades fuera posible y por extensión de las NICs a las cuales pertenecen. Esto, sería el golpe de gracia definitivo en NICs, cuyos enunciados y su significación diferenciada, *a priori*, no resulta suficientemente asequible; tal cual puede desprenderse del ejemplo; 1050 ALIMENTACIÓN, 5246 ASESORAMIENTO NUTRICIONAL, 1803 AYUDA CON LOS AUTOCUIDADOS: ALIMENTACIÓN, 5614 ENSEÑANZA: DIETA PRESCRITA, 1100 MANEJO DE LA NUTRICIÓN, 1160 MONITORIZACIÓN NUTRICIONAL, 1120 TERAPIA NUTRICIONAL.1052 ALIMENTACIÓN POR BIBERÓN.

■ El perfil de cometido profesional, dadas las características que pertenecen al ámbito legal, doctrinal y pedagógico, ha sido establecido mediante la adaptación de los criterios que han elaborado las autoras de la Taxonomía NIC y su asignación a especialidades que imperan en los EEUU. No obstante, en plena implantación del Marco Europeo de Educación Superior, **correspondería investigar y profundizar en la relación de las NICs con las competencias atribuidas en las distintas materias y planes de formación, y de que manera unas intervenciones exigen distintas habilidades, destrezas, conocimientos, aprendizajes, o incluso si dentro de una intervención o de varias intervenciones, la diferenciación de actividades se sustenta en diferentes competencias**. Los resultados de un proyecto con este enfoque, permitiría una adecuada vinculación entre formación pregrado y sistemáticas de evaluación de materias con tanto contenido práctico, tal cual ocurre con las denominadas en algunos curriculums académicos como “Estancias Clínicas”, formación postgrado continuada y en su caso, formación de especialistas en enfermería, y de igual

modo sistemáticas de evaluación. Asimismo, permitiría clarificar los cometidos, responsabilidades y ámbitos de actuación de los distintos profesionales, ya sean específicos o compartidos, que trabajan conjuntamente en el sector sanitario. Por último, en la práctica asistencial profesional, el profundizar en la asociación entre competencias y NICs incidiría en la distribución de recursos humanos de enfermería, criterios de selección, promoción respecto la carrera profesional, y cualesquiera otros factores de gestión y liderazgo de los recursos humanos.

■ Tal cual se ha puesto de relieve a lo largo de esta tesis, **determinar las necesidades de atención de enfermería que presentan los usuarios**, haciendo abstracción de otras particularidades, no resulta tarea ágil y fácil, si nos fundamentamos exclusivamente en las opiniones de los profesionales; y en el mejor de los casos, éstas opiniones debería ser contrastadas con observación de actividad y registros correspondientes, y/o opiniones de los propios usuarios. Consideramos que podrían obtenerse resultados finales que fueran de interés general y por consiguiente de aplicación, mediante un proyecto de investigación en el cual utilizando la NIC como piedra angular, se elaborasen los instrumentos y sistemáticas de **participación de los usuarios**.

■ En la vertiente de **análisis de cargas de trabajo de enfermería** derivadas de las necesidades de los usuarios; y dado que las herramientas hasta ahora disponibles no son fáciles de utilizar, sería factible ahondar en la sistematización de la taxonomía NIC para extraer este tipo de información; que en nuestro entorno, debería concebirse prácticamente, como un proceso directamente derivado del registro informático de la práctica. En este sentido, las líneas de investigación pasan por, entre otras consideraciones, profundizar en las actividades asignadas a los NICs, el tiempo medio de ejecución, y delimitar la participación en la misma de distintos profesionales de salud, el/los orden/es estructural/es o lógico/s, las prevalencias de cada actividad de las 542 NICs con las distintas patologías o proceso de atención. Con la finalidad de volver a manifestar, nuestra convicción de que la NICs es una parte de un TODO, es decir; de la metodología de asistencia de enfermería, hay que dejar sentado, que estos estudios deberían incorporar la carga de trabajo que supone garantizar valoración sistematizada, emisión de diagnósticos, objetivos y acciones cuidadoras y curativas, junto con el trabajo interdependiente, y administrativo.

BIBLIOGRAFÍA

ADAM, E. (2002): Enfermeras: ¿Dónde estamos?, Página Web, Barcelona: Col·legi d'Infermeria <www.coib>. [Consulta, 15 de marzo de 2008].

AGUILERA, M. (2001), Enfermería ante las emergencias, Rev. Oficial Col·legi Oficial d'Infermeria de Barcelona, Gener-Març

BARTHES, R. (1986): L'obvie es l'obtuse. Essais Critiques III, Barcelona, Paidós.

BULECHEK, G. M.; DOCHTERMAN, J. M. (2009): Clasificación de Intervenciones de Enfermería (NIC), Madrid, 5ª edición, Elsevier.

BUSQUETS, E.; MIR, J. (2005): Fem bioètica 2, Esplugues de Llobregat, Gráficas Rey.

COMELLES J M., PERDIGUERO E. et al. (2000): Medicina y Cultura, Barcelona, Bellaterra.

COMELLES, J.M.; MARTÍNEZ (1993): Enfermedad, Cultura y Sociedad, Madrid, Eudema S.A.

CHALIFOUR J. (1999): L' Intervention Thérapeutique:les fondements existentiels-humanistes de la relation d'aide, Montreal, Gaëtan Morin.

DUCH I ALVAREZ, L. (1999): Simbolisme i salut: antropologia de la vida quotidiana, Barcelona, Publicaciones de la Abadía de Montserrat.

ELIAS, A.; ESTEVE, C.; ESTEVE, N.; PAGÈS, I.; PERA, I.; PENYA, M. (2002): Competències de la Professiò d' Infermeria, Barcelona, Consell de Diplomats de Col·legis d' Infermeria de Catalunya.

FAWCETT J. (1995): Analysis and Evaluation of Conceptual Models of Nursing, Philadelphia, Davis Company.

FREIDSON, E. (1978)[1970]: La profesión médica, Barcelona, Península.

GOFFMAN, E. (1981) [1951]: Internados, Buenos Aires, Amarrortu.

GRAHAM, H. (1984): “Caring a labour of love” in Finch,I., Groves, O., A labour of love: women, work and caring, London, Routledge Kegan and Paul.

GRANERO, X. (1984): “El desenvolupament històric i conceptual de l'antropologia de la Medicina” en Comelles. J. M. Antropologia i salut, Barcelona, Fundació Caixa de Pensions.

HARO, J. A. (2000): “Cuidados profanos: una dimensión ambigua en la atención de la salud, en Perdiguero, E.; Comelles, J.M. Medicina y Cultura: Estudios entre la antropología y la medicina, Barcelona, Ediciones Bellaterra.

HENDERSON, V. (1971): Principios básicos de los cuidados de enfermería, Basel, S. Karger.

- HENDERSON, V.** (1966): The Nature of Nursing, New Cork, Macmillan.
- KÉROUC, S.; PEPIN, J.; DUCHARME, F.; DUQUETE, A. ; MAJOR, F.** (1996): El pensamiento enfermero, Barcelona, Masson.
- KLEINMAN, A.** (1980): Patients and Healers in the Context of Culture, Berkeley, California University Press.
- KLEINMAN, A.** (1978): "International Health Care Planning from an Ethnomedical Perspective: Critique and Recommendations for Change"; Medical Anthropology Cross-Cultural Studies in Health and Illness, vol 2.
- KOZIER, B., ERB, G., BLAIS, K.** (1997): Professional Nursing practice. Concepts and Perspectives, California, Addison-Wesley Longman.
- KUHN, T. S.** (1975): La estructura de las revoluciones científicas, Mexico, Fondo de Cultura Científica.
- LEGENDRE, R.** (1993): Dictionari actual de l'education, Montréal, Guérin.
- LUIS, M. T.** (2007): Los diagnósticos de enfermeros. Revisión crítica y guía práctica, Barcelona, Elsevier Masson.
- MENÉNDEZ, E.** (2000): "Factores culturales. De las definiciones a los usos específicos" en Perdiguero, E.; Comelles, J. M. Medicina y Cultura: Estudios entre la antropología y la medicina, Barcelona, Ediciones Bellaterra.
- MENÉNDEZ, E.** (1990) "Antropología médica en México. Hacia la construcción de una epidemiología socio-cultural, Antropología Médica. Orientaciones, desigualdades y transacciones, México, Centro de Investigaciones y Estudios Superiores en Antropología Social, Cuadernos de la Casa Chata.
- MOORHEAD, S.; JONSON, M.; MAAS, M.L.; SWANSON, E.** (2009): Clasificación de Resultados de Enfermería (NOC), Barcelona, Elsevier Mosby.
- NANDA-I** (2008): Diagnósticos Enfermeros: Definiciones y Clasificaciones 2007-2008, Madrid, Elsevier.
- OMS:** Definición de salud < www.who.int/es>, [Consultado 19 de marzo de 2009].
- OSORIO, R. M.** (2001): Entender y atender la Enfermedad. Los saberes maternos frente a los padecimientos infantiles, DF México, Centro de Investigaciones y Estudios Superiores en Antropología Social.
- PARSONS, T.** (1978): Acción Teórica y la condición humana, Nueva York, NY, Collicer Macmillan.
- PONT, E.** (1997): Models didactics, Barcelona, Eduoc.

POYECTO CENES, <www.fuden.es>, [Consultado 11 de septiembre de 2009].

KHUN, T. S. (1975): La estructura de las revoluciones científicas, México, Fondo de Cultura Científica.

RIOPELLE, L. TEIXIDOR, M. (2002): La práctica enfermera: fundamentos científicos y acercamiento humanista EN Teixidor M. (dir) Proyecto de formación para la implantación del proceso de cuidados en el marco del modelo conceptual de Virginia Henderson en los Centros de Atención Primaria del Institut Català de la Salut: la salud y la calidad de vida, un reto para las enfermeras asistenciales, docentes y gestoras. Barcelona, Fundació “la Caixa” / EUI Santa Madrona.

ROSENBERG, C. E. (1992): “Introduction. Framing disease.Studies en Cultural History, en Rosemberg, C. E.; Golden, J. Framing Disease.Studies in Cultural History, New Brunswick, Rutgers University Press.

SIGERIST, H. E. (1981): Hitos en la historia de la salud pública, México, Siglo XXI.

SOLICITUD DE VERIFICACIÓN DEL TÍTULO OFICIAL DE GRADO EN ENFERMERÍA (2007), Universidad de Zaragoza.

TEIXIDOR, M. (DIR) (2002): Proyecto de formación para la implantación del proceso de cuidados en el marco del modelo conceptual de Virginia Henderson en los Centros de Atención Primaria del Institut Català de la Salut: la salud y la calidad de vida, un reto para las enfermeras asistenciales, docentes y gestoras. Barcelona, Fundació “la Caixa” / EUI Santa Madrona.

TEIXIDOR FREIXA M. (1997): Los espacios de profesionalización de la enfermería. Enfermería Clínica; mayo-junio, 7(3): 126-136.

TURNER, V. (1980): La selva de los símbolos, Madrid, Siglo XXI de España editores.

URIBE, J. M. (1996): Educar y curar: El diálogo cultural en Atención Primaria, Madrid, Ministerio de Cultura.

VIELVA, J. (2002): Ética profesional de enfermería, Bilbao, Descleé De Brouwer.

YOUNG, A. (1982): “The Anthropologies of Illness and Sickness”, Annual review of Anthropology, Stanford, Stanford Universiyt Press.

ANEXOS

ANEXO: I

**RELACIÓN COMPLETA (542) CLASIFICADA POR CAMPOS Y CLASES
5º edición**

1 FISIOLÓGICO BÁSICO. Cuidados que apoyan el funcionamiento físico

A CONTROL DE ACTIVIDAD Y EJERCICIO

- 1 5612 ENSEÑANZA: ACTIVIDAD/EJERCICIO PRESCRITO*
- 2 140 FOMENTAR LOS MECANISMOS CORPORALES
- 3 200 FOMENTO DEL EJERCICIO
- 4 202 FOMENTO DE EJERCICIOS: EXTENSIÓN
- 5 201 FOMENTO DEL EJERCICIO: ENTRENAMIENTO DE EXTENSIÓN
- 6 180 MANEJO DE LA ENERGÍA
- 7 221 TERAPIA DE EJERCICIOS: DEAMBULACION
- 8 226 TERAPIA DE EJERCICIOS: CONTROL MUSCULAR
- 9 222 TERAPIA DE EJERCICIOS: EQUILIBRIO
- 10 224 TERAPIA DE EJERCICIOS: MOVILIDAD ARTICULAR

B CONTROL DE LA ELIMINACIÓN

- 1 410 CUIDADOS DE LA INCONTINENCIA INTESTINAL
- 2 610 CUIDADOS DE LA INCONTINENCIA URINARIA
- 3 612 CUIDADOS DE LA INCONTINENCIA URINARIA: ENURESIS*
- 4 620 CUIDADOS DE LA RETENCIÓN URINARIA
- 5 1876 CUIDADOS DEL CATÉTER URINARIO
- 6 410 CUIDADOS DE LA INCONTINENCIA INTESTINAL ENCOPRESIS*
- 7 470 DISMINUCIÓN DE LA FLATULENCIA
- 8 560 EJERCICIO DEL SUELO PÉLVICO
- 9 570 ENTRENAMIENTO DE LA VEJIGA URINARIA
- 10 600 ENTRENAMIENTO DEL HÁBITO URINARIO
- 11 440 ENTRENAMIENTO INTESTINAL
- 12 640 EVACUACIÓN INMEDIATA
- 13 550 IRRIGACIÓN DE LA VEJIGA
- 14 420 IRRIGACIÓN INTESTINAL
- 15 460 MANEJO DE LA DIARREA
- 16 590 MANEJO DE LA ELIMINACIÓN URINARIA
- 17 450 MANEJO DEL ESTREÑIMIENTO/IMPACTACION
- 18 630 MANEJO DEL PESARIO
- 19 490 MANEJO DEL PROLAPASO RECTAL
- 20 430 MANEJO INTESTINAL
- 21 580 SONDAJE VESICAL

- 22 582 SONDAJE VESICAL: INTERMITENTE
- C **CONTROL DE INMOVILIDAD**
 - 1 1806 AYUDA CON LOS AUTOCUIDADOS: TRANSFERENCIA*
 - 2 840 CAMBIO DE POSICIÓN
 - 3 846 CAMBIO DE POSICIÓN: SILLA DE RUEDAS
 - 4 940 CUIDADOS DE TRACCIÓN/INMOVILIZACION
 - 5 740 CUIDADOS DEL PACIENTE ENCAMADO
 - 6 762 CUIDADOS DEL PACIENTE ESCAYOLADO: MANTENIMIENTO
 - 7 764 CUIDADOS DEL PACIENTE ESCAYOLADO: YESO HÚMEDO
 - 8 910 INMOVILIZACIÓN
 - 9 970 TRANSFERENCIA
- D **APOYO NUTRICIONAL**
 - 1 1200 ADMINISTRACIÓN DE NUTRICIÓN PARENTERAL TOTAL*
 - 2 1050 ALIMENTACIÓN*
 - 3 1056 ALIMENTACIÓN ENTERAL POR SONDA
 - 4 5246 ASESORAMIENTO NUTRICIONAL
 - 5 1803 AYUDA CON LOS AUTOCUIDADOS: ALIMENTACIÓN*
 - 6 1280 AYUDA PARA DISMINUIR EL PESO
 - 7 1240 AYUDA PARA GANAR PESO
 - 8 1874 CUIDADOS DE LA SONDA GASTROINTESTINAL
 - 9 5614 ENSEÑANZA: DIETA PRESCRITA*
 - 10 1020 ETAPAS EN LA DIETA
 - 11 1100 MANEJO DE LA NUTRICIÓN
 - 12 1030 MANEJO DE LOS TRASTORNOS DE LA ALIMENTACIÓN
 - 13 1260 MANEJO DEL PESO
 - 14 1160 MONITORIZACIÓN NUTRICIONAL
 - 15 1080 SONDAJE GASTROINTESTINAL
 - 16 1860 TERAPIA DE DEGLUCIÓN*
 - 17 1120 TERAPIA NUTRICIONAL
- E **FOMENTO DE LA COMODIDAD FISICA**
 - 1 1320 ACUPRESIÓN
 - 2 1380 APLICACIÓN DE CALOR O FRIO
 - 3 1330 AROMATERAPIA
 - 4 5465 CONTACTO TERAPÉUTICO
 - 5 1340 ESTIMULACIÓN CUTÁNEA
 - 6 1540 ESTIMULACIÓN NERVIOSA ELECTRICA TRANSCUTANEA (TENS)
 - 7 6482 MANEJO AMBIENTAL: CONFORT
 - 8 1450 MANEJO DE LAS NAÚSEAS
 - 9 1400 MANEJO DEL DOLOR
 - 10 1440 MANEJO DEL SÍNDROME PREMENSTRUAL

- 11 1570 MANEJO DEL VÓMITO
- 12 1480 MASAJE
- 13 1460 RELAJACION MUSCULAR PROGRESIVA
- F **FACILITACION DE LOS AUTOCUIDADOS**
- 1 1800 AYUDA AL AUTOCUIDADO
- 2 1805 AYUDA CON LOS AUTOCUIDADOS:AIVD
- 3 1804 AYUDA CON LOS AUTOCUIDADOS: ASEO*
- 4 1801 AYUDA CON LOS AUTOCUIDADOS: BAÑO/HIGIENE
- 5 1802 AYUDA CON LOS AUTOCUIDADOS: VESTIR/ARREGLO PERSONAL
- 6 1610 BAÑO
- 7 1620 CUIDADOS DE LAS LENTILLAS DE CONTACTO
- 8 1680 CUIDADOS DE LAS UÑAS
- 9 1640 CUIDADOS DE LOS OÍDOS
- 10 1650 CUIDADOS DE LOS OJOS
- 11 1660 CUIDADOS DE LOS PIES
- 12 1780 CUIDADOS DE UNA PRÓTESIS
- 13 1670 CUIDADOS DEL CABELLO
- 14 1870 CUIDADO DEL DRENAJE
- 15 1750 CUIDADOS PERINEALES
- 16 1770 CUIDADOS POST MÓRTEN
- 17 5603 ENSEÑANZA: CUIDADOS DE LOS PIES*
- 18 1720 FOMENTAR LA SALUD BUCAL
- 19 6460 MANEJO DE LA DEMENCIA: BAÑO*B371
- 20 1710 MANTENIMIENTO DE LA SALUD BUCAL
- 21 1850 MEJORAR DEL SUEÑO
- 22 1730 RESTABLECIMIENTO DE LA SALUD BUCAL
- 23 1630 VESTIR

2 FISIOLÓGICO COMPLEJO

- G **CONTROL DE ELECTRÓLITOS Y ÁCIDO-BASE**
- 1 1910 MANEJO ÁCIDO-BASE
- 2 1911 MANEJO ÁCIDO-BASE: ACIDOSIS METABÓLICA
- 3 1913 MANEJO ÁCIDO-BASE: ALCALOSIS METABÓLICA
- 4 2000 MANEJO DE ELECTRÓLITOS
- 5 2001 MANEJO DE ELECTRÓLITOS: HIPERCALIEMIA
- 6 2002 MANEJO DE ELECTRÓLITOS: HIPERCALIEMIA
- 7 2005 MANEJO DE ELECTRÓLITOS: HIPERFOSFATEMIA
- 8 2003 MANEJO DE ELECTRÓLITOS: HIPERMAGNESEMIA
- 9 2004 MANEJO DE ELECTRÓLITOS: HIPERNATREMIA
- 10 2006 MANEJO DE ELECTRÓLITOS: HIPOCALCEMIA
- 11 2007 MANEJO DE ELECTRÓLITOS: HIPOCALIEMIA

- 12 2010 MANEJO DE ELECTRÓLITOS: HIPOFOSFATEMIA
- 13 2008 MANEJO DE ELECTRÓLITOS: HIPOMAGNESEMIA
- 14 2009 MANEJO DE ELECTRÓLITOS: HIPONATREMIA
- 15 2120 MANEJO DE LA HIPERGLUCEMIA
- 16 2130 MANEJO DE LA HIPOGLUCEMIA
- 17 2080 MANEJO LÍQUIDOS/ELECTRÓLITOS
- 18 1920 MONITORIZACIÓN ÁCIDO-BASE
- 19 2020 MONITORIZACIÓN DE ELECTRÓLITOS
- 20 2150 TERAPIA DE DIALISIS PERITONEAL
- 21 2100 TERAPIA DE HEMODIÁLISIS
- 22 2110 TERAPIA DE HEMOFILTRACIÓN
- H **CONTROL DE FÁRMACOS**
- 1 2210 ADMINISTRACIÓN DE ANALGÉSICOS
- 2 2214 ADMINISTRACIÓN DE ANALGÉSICOS: INTRAESPINAL
- 3 2840 ADMINISTRACIÓN DE ANESTESIA*
- 4 2300 ADMINISTRACIÓN DE MEDICACIÓN
- 5 2301 ADMINISTRACIÓN DE MEDICACIÓN: ENTERAL
- 6 2311 ADMINISTRACIÓN DE MEDICACION: INHALACIÓN
- 7 2302 ADMINISTRACIÓN DE MEDICACIÓN: INTERPLEURAL
- 8 2312 ADMINISTRACIÓN DE MEDICACIÓN: INTRADÉRMICA
- 9 2319 ADMINISTRACIÓN DE MEDICACIÓN: INTRAESPINAL
- 10 2313 ADMINISTRACIÓN DE MEDICACIÓN: INTRAMUSCULAR
- 11 2303 ADMINISTRACIÓN DE MEDICACIÓN: INTRA ÓSEA
- 12 2314 ADMINISTRACIÓN DE MEDICACIÓN: INTRAVENOSA
- 13 2320 ADMINISTRACIÓN DE MEDICACIÓN: NASAL
- 14 2310 ADMINISTRACIÓN DE MEDICACIÓN:OFTÁLMICA
- 15 2304 ADMINISTRACIÓN DE MEDICACIÓN: ORAL
- 16 2308 ADMINISTRACIÓN DE MEDICACIÓN: ÓTICA
- 17 2315 ADMINISTRACIÓN DE MEDICACIÓN: RECTAL
- 18 2307 ADMINISTRACIÓN DE MEDICACIÓN: RESERVORIO VENTRICULAR
- 19 2317 ADMINISTRACIÓN DE MEDICACIÓN SUBCUTÁNEA
- 20 2316 ADMINISTRACIÓN DE MEDICACIÓN: TÓPICA
- 21 2318 ADMINISTRACIÓN DE MEDICACIÓN: VAGINAL
- 22 2400 ASISTENCIA EN LA ANALGESIA CONTROLADA POR EL PACIENTE
- 23 2395 CONTROL DE LA MEDICACIÓN
- 24 5616 ENSEÑANZA: MEDICAMENTOS PRESCRITOS*
- 25 2380 MANEJO DE LA MEDICACIÓN
- 26 2240 MANEJO DE LA QUIMIOTERAPIA*
- 27 2260 MANEJO DE LA SEDACIÓN
- 28 2440 MANTENIMIENTO DE DISPOSITIVOS DE ACCESO VENOSO (DAV)

- 29 2390 PRESCRIBIR MEDICACIÓN
30 2280 TERAPIA DE SUSTITUCIÓN HORMONAL
- I CONTROL NEUROLÓGICO**
- 1 844 CAMBIO DE POSICIÓN: NEUROLÓGICO
2 1878 CUIDADOS DEL CATÉTER DEL DRENAJE DE VENTRICULOSTOMIA/LUMBAR
3 2760 MANEJO ANTE LA ANULACIÓN DE UN LADO DEL CUERPO
4 2560 MANEJO DE LA DISREFLEXIA
5 2660 MANEJO DE LA SENSIBILIDAD PERIFÉRICA ALTERADA
6 2570 MANEJO DE LA TERAPIA ELECTROVONVULSIVA
7 2680 MANEJO DE LAS CONVULSIONES
8 2540 MANEJO DEL EDEMA CEREBRAL
9 2550 MEJORA DE LA PERFUSIÓN CEREBRAL
10 2590 MONITORIZACIÓN DE LA PRESIÓN INTRACRANEAL(PIC)
11 2620 MONITORIZACIÓN NEUROLÓGICA
12 4010 PRECAUCIONES CON LA HEMORRAGIA SUBARACNOIDEA
13 2690 PRECAUCIONES CONTRA LAS CONVULSIONES
- J CUIDADOS PERIOPERATORIOS**
- 1 2900 ASISTENCIA QUIRÚRGICA
2 842 CAMBIO DE POSICIÓN: INTRA OPERATORIO
3 6545 CONTROL DE INFECCIONES INTRA OPERATORIAS
4 2880 COORDINACIÓN PREOPERATORIA
5 2870 CUIDADOS POSTANESTESIA
6 5610 ENSEÑANZA: PREQUIRÚRGICA
7 2920 PRECAUCIONES QUIRURGICAS
8 2930 PREPARACION QUIRURGICA
- K CONTROL RESPIRATORIO**
- 1 3160 ASPIRACIÓN DE LAS VÍAS AÉREAS
2 3390 AYUDA EN LA VENTILACIÓN
3 1872 CUIDADOS DEL DRENAJE TORÁCICO
4 4106 CUIDADOS DEL EMBOLISMO: PULMONAR
5 3270 DESINTUBACION ENDOTRAQUEAL
6 3310 DESTETE DE LA VENTILACIÓN MECÁNICA
7 3230 FISIOTERAPIA RESPIRATORIA
8 3120 INTUBACIÓN Y ESTABILIZACIÓN DE VÍAS AÉREAS
9 1912 MANEJO ÁCIDO-BASE: ACIDOSIS RESPIRATORIA
10 1914 MANEJO ÁCIDO-BASE: ALCALOSIS RESPIRATORIA
11 3300 MANEJO DE LA VENTILACIÓN MECÁNICA: INVASIVA
12 3302 MANEJO DE LA VENTILACIÓN MECÁNICA: NO INVASIVA
13 3140 MANEJO DE LAS VÍAS AÉREAS
14 3180 MANEJO DE LAS VÍAS AÉREAS ARTIFICIALES

- 15 3210 MANEJO DEL ASMA
- 16 3250 MEJORAR LA TOS
- 17 3350 MONITORIZACIÓN RESPIRATORIA
- 18 3320 OXIGENOTERAPIA
- L **CONTROL DE LA PIEL/HERIDAS**
 - 1 480 CUIDADOS DE LA OSTOMÍA*
 - 2 3584 CUIDADOS DE LA PIEL: TRATAMIENTO TÓPICO
 - 3 3583 CUIDADOS DE LA PIEL: ZONA DE INJERTO*
 - 4 3582 CUIDADOS DE LA PIEL: ZONA DE DONANTE*
 - 5 3660 CUIDADOS DE LAS HERIDAS
 - 6 3662 CUIDADOS DE LAS HERIDAS: DRENAJE CERRADO
 - 7 3661 CUIDADOS DE LAS HERIDAS:QUEMADURAS
 - 8 3520 CUIDADOS DE LAS ÚLCERAS POR PRESIÓN
 - 9 3420 CUIDADOS DEL PACIENTE AMPUTADO
 - 10 3440 CUIDADOS DEL SITIO DE LA INCISIÓN
 - 11 3680 IRRIGACIÓN DE HERIDAS
 - 12 3500 MANEJO DE PRESIONES
 - 13 3550 MANEJO DEL PRURITO*
 - 14 3480 MONITORIZACIÓN DE LAS ESTREMIDADES INFERIORES
 - 15 3620 SUTURA
 - 16 3460 TERAPIA CON SANGUIJUELAS
 - 17 3590 VIGILANCIA DE LA PIEL
- M **TERMOREGULACIÓN**
 - 1 3790 INDUCCIÓN A LA HIPOTERMIA
 - 2 3840 PRECAUCIONES EN LA HIPERTERMIA MALIGNA
 - 3 3900 REGULACION DE LA TEMPERATURA
 - 4 3902 REGULACION DE LA TEMPERATURA: INTRAOPERATORIA
 - 5 3780 TRATAMIENTO DE LA EXPOSICION AL CALOR
 - 6 3740 TRATAMIENTO DE LA FIEBRE
 - 7 3800 TRATAMIENTO DE LA HIPOTERMIA
- N **CONTROL DE LA PERFUSIÓN TISULAR**
 - 1 4030 ADMINISTRACIÓN DE PRODUCTOS SANGUÍNEOS
 - 2 2860 AUTOTRANSFUSIÓN*
 - 3 4160 CONTROL DE HEMORRAGIAS
 - 4 4040 CUIDADOS CARDIACOS
 - 5 4044 CUIDADOS CARDÍACOS: AGUDOS
 - 6 4046 CUIDADOS CARDIACOS: REHABILITACIÓN
 - 7 4064 CUIDADOS CIRCULATORIOS: DISPOSITIVOS DE AYUDA MECÁNICO
 - 8 4062 CUIDADOS CIRCULATORIOS: INSUFICIENCIA ARTERIAL
 - 9 4066 CUIDADOS CIRCULATORIOS: INSUFICIENCIA VENOSA

- 10 4220 CUIDADOS DEL CATÉTER CENTRAL INSERTADO PERIFÉRICAMENTE
- 11 4104 CUIDADOS DEL EMBOLISMO: PERIFÉRICO
- 12 4020 DISMINUCIÓN DE LA HEMORRAGIA
- 13 4022 DISMINUCIÓN DE LA HEMORRAGIA: GASTROINTESTINAL
- 14 4028 DISMINUCIÓN DE LA HEMORRAGIA: HERIDAS
- 15 4024 DISMINUCIÓN DE LA HEMORRAGIA NASAL
- 16 4021 DISMINUCIÓN DE LA HEMORRAGIA: ÚTERO ANTEPARTO*
- 17 4026 DISMINUCIÓN DE LA HEMORRAGIA: ÚTERO POSPARTO*
- 18 4232 FEBLOTOMÍA: MUESTRA DE SANGRE ARTERIAL*
- 19 4238 FLEBOTOMÍA: MUESTRA DE SANGRE VENOSA
- 20 4234 FEBLOTOMÍA: OBTENCIÓN DE UNA UNIDAD DE SANGRE
- 21 4235 FEBLOTOMÍA: VÍA CANALIZADA
- 22 4090 MANEJO DE LA DISRITMIA
- 23 4170 MANEJO DE LA HIPERVOLEMIA
- 24 4180 MANEJO DE LA HIPOVOLEMIA
- 25 4270 MANEJO DE LA TERAPIA TROMBOLÍTICA
- 26 4120 MANEJO DE LÍQUIDOS
- 27 4095 MANEJO DEL DESFIBRILADOR: EXTERNO*
- 28 4096 MANEJO DEL DESFIBRILADOR: INTERNO
- 29 4091 MANEJO DEL MARCAPASOS: PERMANENTE
- 30 4092 MANEJO DEL MARCAPASOS: TEMPORAL
- 31 4250 MANEJO DEL SHOCK
- 32 4254 MANEJO DEL SHOCK: CARDÍACO
- 33 4256 MANEJO DEL SHOCK: VASOGENICO
- 34 4258 MANEJO DEL SHOCK: VOLUMEN
- 35 4240 MANTENIMIENTO DE ACCESO PARA DIALISIS
- 36 4130 MONITORIZACIÓN DE LÍQUIDOS
- 37 4210 MONITORIZACIÓN HEMODINÁMICA INVASIVA
- 38 4035 MUESTRA DE SANGRE CAPILAR
- 39 4050 PRECAUCIONES CARDÍACAS
- 40 4070 PRECAUCIONES CIRCULATORIAS
- 41 4110 PRECAUCIONES EN EL EMBOLISMO
- 42 4010 PREVENCIÓN DE LA HEMORRAGIA
- 43 4260 PREVENCIÓN DEL SHOCK
- 44 4190 PUNCIÓN INTRAVENOSA
- 45 4150 REGULACIÓN HEMODINÁMICA
- 46 4140 REPOSICIÓN DE LÍQUIDOS
- 47 4200 TERAPIA INTRAVENOSA

3 **CONDUCTUAL**

○ **TERAPIA CONDUCTUAL**

- 1 4420 ACUERDO CON EL PACIENTE
- 2 4470 AYUDA EN LA MODIFICACIÓN DE SI MISMO
- 3 4490 AYUDA PARA DEJAR DE FUMAR
- 4 4340 ENTRENAMIENTO DE LA ASERTIVIDAD
- 5 4370 ENTRENAMIENTO PARA CONTROLAR LOS IMPULSOS
- 6 4380 ESTABLECER LIMITES
- 7 4410 ESTABLECIMIENTO DE OBJETIVOS COMUNES
- 8 4480 FACILITAR LA AUTORRESPONSABILIDAD
- 9 6926 FOTOTERAPIA: REGULACIÓN DEL BIORRITMO
- 10 4350 MANEJO DE LA CONDUCTA
- 11 4354 MANEJO DE LA CONDUCTA: AUTOLESIÓN
- 12 4352 MANEJO DE LA CONDUCTA: HIPERACTIVIDAD/FALTA DE ATENCIÓN
- 13 4356 MANEJO DE LA CONDUCTA: SEXUAL
- 14 4360 MODIFICACION DE LA CONDUCTA
- 15 4362 MODIFICACION DE LA CONDUCTA: HABILIDADES SOCIALES
- 16 4400 MUSICOTERAPIA*
- 17 4500 PREVENCION DEL CONSUMO DE SUSTANCIAS NOCIVAS
- 18 4330 TERAPIA ARTÍSTICA*
- 19 4320 TERAPIA ASITIDA CON ANIMALES*
- 20 4390 TERAPIA CON EL ENTORNO
- 21 4430 TERAPIA CON JUEGOS*
- 22 4310 TERAPIA DE ACTIVIDAD
- 23 4510 TRATAMIENTO POR EL CONSUMO DE SUSTANCIAS NOCIVAS
- 24 4514 TRATAMIENTO POR EL CONSUMO DE SUSTANCIAS NOCIVAS: RETIRADA DROGAS
- 25 4512 TRATAMIENTO POR EL CONSUMO DE SUSTANCIAS NOCIVAS: RETIRADA DEL ALCOHOL
- 26 4516 TRATAMIENTO POR EL CONSUMO DE SUSTANCIAS NOCIVAS: SOBREDOSIS

P TERAPIA COGNITIVA

- 1 4640 AYUDA PARA EL CONTROL DEL ENFADO
- 2 4680 BIBLIOTERAPIA
- 3 4760 ENTRENAMIENTO DE LA MEMORIA
- 4 4720 ESTIMULACIÓN COGNOSCITIVA
- 5 5520 FACILITAR EL APRENDIZAJE*
- 6 4740 LLEVAR UN DIARO
- 7 4820 ORIENTACION DE LA REALIDAD
- 8 5540 POTENCIACION DE LA DISPOSICION DE APRENDIZAJE*
- 9 4700 REESTRUCTURACION COGNITIVA
- 10 4860 TERAPIA DE LA REMINISCENCIA

Q POTENCIACIÓN DE LA COMUNICACIÓN

- 1 4920 ESCUCHA ACTIVA
- 2 5020 MEDIACIÓN DE CONFLICTOS

- 3 4974 MEJORAR LA COMUNICACIÓN: DÉFICIT AUDITIVO
- 4 4976 MEJORAR LA COMUNICACION: DEFICIT DEL HABLA
- 5 4978 MEJORAR LA COMUNICACIÓN: DÉFICIT VISUAL
- 6 5100 POTENCIACION DE LA SOCIALIZACION
- 7 5000 RELACIONES COMPLEJAS EN EL HOSPITAL
- R **AYUDA PARA HACER FRENTE A SITUACIONES DIFICILES**
- 1 5270 APOYO EMOCIONAL
- 2 5250 APOYO EN LA TOMA DE DECISIONES*
- 3 5420 APOYO ESPIRITUAL
- 4 5240 ASESORAMIENTO
- 5 5248 ASESORAMIENTO SEXUAL
- 6 5230 AUMENTAR EL AFRONTAMIENTO
- 7 5440 AUMENTAR LOS SISTEMAS DE APOYO
- 8 5440 CLARIFICACIÓN DE VALORES
- 9 5460 CONTACTO
- 10 5330 CONTROL DEL HUMOR
- 11 5260 CUIDADOS EN LA AGONÍA
- 12 5310 DAR ESPERANZA
- 13 5470 DECLARAR LA VERDAD AL PACIENTE
- 14 5350 DISMINUCIÓN DEL ESTRÉS POR TRASLADO
- 15 5426 FACILITAR EL CRECIMIENTO ESPIRITUAL
- 16 5290 FACILITAR EL DUELO
- 17 5294 FACILITAR EL DUELO: MUERTE PERINATAL*
- 18 5280 FACILITAR EL PERDÓN
- 19 5300 FACILITAR LA EXPRESIÓN DEL SENTIMIENTO DE CULPA
- 20 5424 FACILITAR LA PRÁCTICA RELIGIOSA
- 21 5430 GRUPO DE APOYO
- 22 5210 GUÍA DE ANTICIPACIÓN*
- 23 5320 HUMOR
- 24 6160 INTERVENCIÓN EN CASO DE CRISIS*
- 25 5395 MEJORA DE LA AUTOCONFIANZA
- 26 5400 POTENCIACION DE LA AUTOESTIMA
- 27 5390 POTENCIACION DE LA CONCIENCIA DE SI MISMO
- 28 5220 POTENCIACION DE LA IMAGEN CORPORAL
- 29 5380 POTENCIACION DE LA SEGURIDAD
- 30 5370 POTENCIACION DE LOS ROLES*
- 31 5340 PRESENCIA
- 32 5422 PREVENCION DE LA ADICCION RELIGIOSA
- 33 5360 TERAPIA DE ENTRETENIMIENTO
- 34 5450 TERAPIA DE GRUPO

- 35 5410 TERAPIA DEL TRAUMA: NIÑO
- S **EDUCACIÓN DE LOS PACIENTES**
- 1 5604 ENSEÑANZA: GRUPO
- 2 5620 ENSEÑANZA: HABILIDAD PSICOMOTORA
- 3 5606 ENSEÑANZA: INDIVIDUAL
- 4 5618 ENSEÑANZA: PROCEDIMIENTO/TRATAMIENTO
- 5 5602 ENSEÑANZA: PROCESO DE ENFERMEDAD
- 6 5622 ENSEÑANZA: SEXO SEGURO
- 7 5624 ENSEÑANZA: SEXUALIDAD
- 8 5580 INFORMACIÓN PREPARATORIA: SENSORIAL
- T **FOMENTO DE LA COMODIDAD PSICOLÓGICA**
- 1 5860 BIORRETROALIMENTACION
- 2 5820 DISMINUCIÓN DE LA ANSIEDAD
- 3 5900 DISTRACCIÓN
- 4 5640 ENTRENAMIENTO AUTOGÉNICO
- 5 5922 FACILITAR LA AUTOHIPNOSIS
- 6 5960 FACILITAR LA MEDITACIÓN
- 7 5920 HIPNOSIS
- 8 6000 IMAGINACIÓN SIMPLE DIRIGIDA
- 9 5880 TECNICA DE RELAJACIÓN
- 10 6040 TERAPIA DE RELAJACIÓN SIMPLE
- 4 **SEGURIDAD**
- U **CONTROL E CASOS DE CRISIS**
- 1 6200 CUIDADOS EN LA EMERGENCIA
- 2 6140 MANEJO DEL CÓDIGO DE URGENCIAS
- 3 6260 OBTENCION DE ORGANOS
- 4 6240 PRIMEROS AUXILIOS
- 5 6320 RESUCITACIÓN
- 6 6300 TRATAMIENTO DEL TRAUMA DE VIOLACIÓN
- 7 6362 TRIAJE: CATASTROFE
- 8 6364 TRIAJE: CENTRO DE URGENCIA
- 9 6366 TRIAJE: TELEFONO
- V **CONTROL DE RIESGOS**
- 1 6630 AISLAMIENTO
- 2 6400 APOYO EN LA PROTECCIÓN CONTRA ABUSOS
- 3 6404 APOYO EN LA PROTECCIÓN CONTRA ABUSOS: ANCIANOS
- 4 6403 APOYO EN LA PROTECCIÓN CONTRA ABUSOS: CÓNYUGE
- 5 6402 APOYO EN LA PROTECCIÓN CONTRA ABUSOS: NIÑOS*
- 6 6408 APOYO EN LA PROTECCIÓN CONTRA ABUSOS: RELIGIOSO
- 7 6340 CONTROL DE AGENTES QUÍMICOS*

- 8 6540 CONTROL DE INFECCIONES
- 9 6522 EXPLORACIÓN DE LA MAMA
- 10 9050 FOMENTAR LA SEGURIDAD EN EL VEHÍCULO*
- 11 6610 IDENTIFICACIÓN DE RIESGOS*
- 12 6448 MANEJO AMBIENTAL
- 13 6487 MANEJO AMBIENTAL: PREVENCIÓN DE LA VIOLENCIA
- 14 6486 MANEJO AMBIENTAL: SEGURIDAD
- 15 6450 MANEJO DE IDEAS ILUSORIAS
- 16 6410 MANEJO DE LA ALERGIA
- 17 6412 MANEJO DE LA ANAFILAXIA*
- 18 6460 MANEJO DE LA DEMENCIA
- 19 6600 MANEJO DE LA RADIOTERAPIA
- 20 6510 MANEJO DE LAS ALUCINACIONES
- 21 6440 MANEJO DEL DELIRIO
- 22 6680 MONITORIZACIÓN DE LOS SIGNOS VITALES
- 23 6560 PRECAUCIONES CON LASER
- 24 6590 PRECAUCIONES CON LOS TORNIQUETES NEUMATICOS
- 25 6470 PRECAUCIONES CONTRA FUGAS
- 26 6500 PRECAUCIONES CONTRA INCENDIOS PROVOCADOS
- 27 6570 PRECAUCIONES EN LA ALERGIA AL LATEX
- 28 3200 PRECAUCIONES PARA EVITAR LA ASPIRACIÓN*
- 29 6490 PREVENCION DE CAIDAS
- 30 6648 PREVENCION DE LAS LESIONES DEPORTIVAS: JOVENES*
- 31 3540 PREVENCION DE ULCERAS POR PRESION*
- 32 6340 PREVENCION DEL SUICIDIO*
- 33 6550 PROTECCION CONTRA LAS INFECCIONES
- 34 6420 RESTRICCION DE ZONAS DE MOVIMIENTO
- 35 6580 SUJECION FÍSICA*
- 36 6670 TERAPIA DE VALIDACIÓN
- 37 6650 VIGILANCIA
- 38 6654 VIGILANCIA: SEGURIDAD

5 FAMILIA

W CUIDADOS DE UN NUEVO BEBE

- 1 6700 AMNIOINFUSION
- 2 5247 ASESORAMIENTO ANTES DE LA CONCEPCIÓN
- 3 5242 ASESORAMIENTO GENÉTICO*
- 4 1054 AYUDA EN LA LACTANCIA MATERNA
- 5 3000 CUIDADOS DE LA CIRCUNCISIÓN
- 6 6750 CUIDADOS DE LA ZONA DE LA CESÁREA
- 7 1875 CUIDADOS DEL CATÉTER UMBILICAL

- 8 6800 CUIDADOS DEL EMBARAZO DE ALTO RIESGO
- 9 6840 CUIDADOS DE CANGURO (DEL NIÑO PREMATURO)
- 10 6880 CUIDADOS DEL RECIÉN NACIDO
- 11 6830 CUIDADOS INTRAPARTO
- 12 6834 CUIDADOS INTRAPARTO: PARTO DE ALTO RIESGO
- 13 6950 CUIDADOS POR CESE DEL EMBARAZO
- 14 6930 CUIDADOS POSPARTO
- 15 6960 CUIDADOS PRENATALES
- 16 7104 ESTIMULACIÓN DE LA INTEGRIDAD FAMILIAR: FAMILIA CON NIÑO RN
- 17 6924 FOTOTERAPIA: NEONATO
- 18 6612 IDENTIFICACIÓN DE RIESGOS: FAMILIA CON RECIÉN NACIDO
- 19 6850 INDUCCIÓN AL PARTO
- 20 6481 MANEJO AMBIENTAL: PROCESO DE ACERCAMIENTO
- 21 7886 MANEJO DE LA TECNOLOGÍA REPRODUCTORA
- 22 6890 MONITORIZACIÓN DEL RECIÉN NACIDO
- 23 6771 MONITORIZACIÓN FETAL ELECTRONICA: ANTES DEL PARTO
- 24 6772 MONITORIZACIÓN FETAL ELECTRÓNICA: DURANTE EL PARTO
- 25 6720 PARTO
- 26 6784 PLANIFICACION FAMILIAR: ANTICONCEPCION*
- 27 6788 PLANIFICACION FAMILIAR: EMBARAZO NO DESEADO
- 28 6786 PLANIFICACION FAMILIAR: INFERTILIDAD
- 29 6760 PREPARACION AL PARTO
- 30 7160 PRESERVACION DE LA FERTILIDAD
- 31 6972 RESUCITACIÓN FETAL
- 32 6974 RESUCITACIÓN: NEONATO
- 33 6900 SUCCION NO NUTRITIVA
- 34 6870 SUPRESION DE LA LACTANCIA
- 35 6860 SUPRESION DE LAS CONTRACCIONES DEL PARTO
- 36 6982 ULTRASONOGRAFÍA: OBSTETRICA
- 37 6656 VIGILANCIA AL FINAL DEL EMBARAZO

Z CUIDADOS DE CRIANZA DE UN NUEVO BEBE

- 1 1052 ALIMENTACIÓN POR BIBERÓN
- 2 7280 APOYO DE HERMANOS
- 3 5244 ASESORAMIENTO EN LA LACTANCIA
- 4 8250 CUIDADOS DEL DESARROLLO
- 5 6820 CUIDADOS DEL LACTANTE
- 6 5562 EDUCACIÓN PATERNA: ADOLESCENTES*
- 7 5566 EDUCACIÓN PATERNA: CRIANZA FAMILIAR DE NIÑOS*
- 8 5568 EDUCACIÓN PATERNA: NIÑO*
- 9 5634 ENSEÑANZA: ENTRENAMIENTO PARA EL ASEO*

- 10 5655 ENSEÑANZA: ESTIMULACIÓN DEL BEBÉ (0-4 MESES)*
- 11 5656 ENSEÑANZA: ESTIMULACIÓN DEL BEBÉ (5-8 MESES)*
- 12 5657 ENSEÑANZA: ESTIMULACIÓN DEL BEBÉ (9-12 MESES)*
- 13 5640 ENSEÑANZA: NUTRICIÓN DEL BEBÉ (0-3 MESES)*
- 14 5641 ENSEÑANZA: NUTRICIÓN DEL BEBÉ (4-6 MESES)*
- 15 5642 ENSEÑANZA: NUTRICIÓN DEL BEBÉ (7-9 MESES)*
- 16 5643 ENSEÑANZA: NUTRICIÓN DEL BEBÉ (10-12 MESES)*
- 17 5660 ENSEÑANZA: NUTRICIÓN DEL NIÑO (13-18 MESES)*
- 18 5661 ENSEÑANZA: NUTRICIÓN DEL NIÑO (19-24 MESES)*
- 19 5662 ENSEÑANZA: NUTRICIÓN DEL NIÑO (25-36 MESES)*
- 20 5645 ENSEÑANZA: SEGURIDAD DEL BEBÉ (0-3 MESES)*
- 21 5646 ENSEÑANZA: SEGURIDAD DEL BEBÉ (4-6 MESES)*
- 22 5647 ENSEÑANZA: SEGURIDAD DEL BEBÉ (7-9 MESES)*
- 23 5648 ENSEÑANZA: SEGURIDAD DEL BEBÉ (10-12 MESES)*
- 24 5665 ENSEÑANZA: SEGURIDAD DEL NIÑO (13-18 MESES)*
- 25 5666 ENSEÑANZA: SEGURIDAD DEL NIÑO (19-24 MESES)*
- 26 5667 ENSEÑANZA: SEGURIDAD DEL NIÑO (25-36 MESES)*
- 27 6710 FOMENTAR EL ACERCAMIENTO
- 28 8272 FOMENTAR EL DESARROLLO: ADOLESCENTES
- 29 8274 FOMENTAR EL DESARROLLO: NIÑO
- 30 7200 FOMENTAR LA NORMALIZACIÓN FAMILIAR
- 31 8300 FOMENTAR LA PATERNIDAD
- 32 8340 FOMENTAR LA RESISTENCIA
- X ****CUIDADOS DE LA VIDA****
- 1 7140 APOYO A LA FAMILIA
- 2 7040 APOYO AL CUIDADOR PRINCIPAL
- 3 7180 ASISTENCIA EN EL MANTENIMIENTO DEL HOGAR
- 4 7260 CUIDADOS INTERMITENTES
- 5 7100 ESTIMULACIÓN DE LA INTEGRIDAD FAMILIAR
- 6 7170 FACILITAR LA PRESENCIA DE LA FAMILIA*
- 7 7110 FOMENTAR LA IMPLICACIÓN FAMILIAR
- 8 6614 IDENTIFICACIÓN DE RIESGOS GENÉTICOS
- 9 7130 MANTENIMIENTO EN LOS PROCESOS FAMILIARES
- 10 7120 MOVILIZACIÓN FAMILIAR
- 11 7150 TERAPIA FAMILIAR
- 6 **SISTEMA SANITARIO**
- Y ****MEDIACIÓN DEL SISTEMA SANITARIO****
- 1 7500 APOYO PARA LA CONSECUCCIÓN DEL SUSTENTO
- 2 7380 ASISTENCIA PARA LOS RECURSOS FINANCIEROS
- 3 7410 AUTORIZACIÓN DE SEGUROS

- 4 7310 CUIDADOS DE ENFERMERÍA AL INGRESO
- 5 7560 FACILITAR LAS VISITAS
- 6 7440 FACILITAR LOS PERMISOS
- 7 7320 GESTIÓN DE CASOS*
- 8 7400 GUÍAS DEL SISTEMA SANITARIO
- 9 7330 INTERMEDIACIÓN CULTURAL
- 10 6485 MANEJO AMBIENTAL: PREPARACIÓN DEL HOGAR
- 11 7370 PLANIFICACION AL ALTA
- 12 7460 PROTECCION DE LOS DERECHOS DEL PACIENTE
- a **GESTIÓN DEL SITEMA SANITARIO**
- 1 7610 ANÁLISIS DE LABORATORIO A PIE DE CAMA
- 2 7680 AYUDA EN LA EXPLORACIÓN
- 3 7710 COLABORACIÓN CON EL MEDICO
- 4 7620 COMPROBACIÓN DE SUSTANCIAS CONTROLADAS
- 5 7630 CONTENCIÓN DE COSTES
- 6 7650 DELEGACIÓN
- 7 7640 DESARROLLO DE SITUACIÓN CRITICA
- 8 7850 DESARROLLO DEL PERSONAL
- 9 7700 EVALUACIÓN DE COMPAÑEROS
- 10 7760 EVALUACION DE LOS PRODUCTOS
- 11 7690 INTERPRETACIÓN DE DATOS DE LABORATORIO
- 12 7880 MANEJO DE LA TECNOLOGÍA
- 13 8550 MANEJO DE RECURSOS ECONÓMICOS*
- 14 7840 MANEJO DE LOS SUMINISTROS
- 15 7820 MANEJO DE MUESTRAS
- 16 7800 MONITORIZACIÓN DE LA CALIDAD
- 17 7722 PRECEPTOR: EMPLEADO
- 18 7726 PRECEPTOR: ESTUDIANTE
- 19 7660 REVISION DEL CARRO DE EMERGENCIAS
- 20 7830 SUPERVISION DEL PERSONAL
- 21 7892 TRANSPORTE: DENTRO DE LA INSTALACIÓN
- 22 7890 TRANSPORTE: ENTRE INSTALACIONES
- b **CONTROL DE LA INFORMACIÓN**
- 1 7910 CONSULTA
- 2 8180 CONSULTA POR TELÉFONO
- 3 7930 DECLARACION/TESTIMONIO
- 4 8100 DERIVACIÓN
- 5 7920 DOCUMENTACIÓN
- 6 7980 INFORME DE INCIDENCIAS
- 7 8140 INFORME DE TURNOS

- 8 7960 INTERCAMBIO DE INFORMACIÓN DE CUIDADOS DE SALUD
- 9 7940 RECOGIDA DE DATOS FORENSES
- 10 8120 RECOGIDA DE DATOS PARA LA INVESTIGACION
- 11 8020 REUNION MULTIDISCIPLINAR SOBRE CUIDADOS
- 12 7970 SEGUIMIENTO TELEFONICO
- 13 8060 TRASCIPCION DE ORDENES
- 14 6658 VIGILANCIA: ELECTRÓNICA POR CONTROL REMOTO

7 COMUNIDAD

c FOMENTO DE LA SALUD DE LA COMUNIDAD

- 1 8700 DESARROLLO DE UN PROGRAMA
- 2 5510 EDUCACIÓN SANITARIA
- 3 8500 FOMENTAR LA SALUD DE LA COMUNIDAD
- 4 6530 MANEJO DE LA INMUNIZACIÓN/VACUNACIÓN*
- 5 5516 MEJORAR EL ACCESO A LA INFORMACIÓN SANITARIA
- 6 8750 MARKETING SOCIAL
- 7 7990 SEGUIMIENTO DE LA POLÍTICA SANITARIA

d CONTROL DE RIESGOS DE LA COMUNIDAD

- 1 6520 ANÁLISIS DE LA SITUACIÓN SANITARIA
- 2 8820 CONTROL DE ENFERMEDADES TRANSMISIBLES
- 3 6484 MANEJO AMBIENTAL: COMUNIDAD
- 4 6489 MANEJO AMBIENTAL: SEGURIDAD DEL TRABAJADOR
- 5 8810 PREPARACION ANTE EL BIOTERRORISMO
- 6 8840 PREPARACION PARA UN DESASTRE EN LA COMUNIDAD
- 7 8850 PROTECCION DE RIEGOS AMBIENTALES
- 8 6652 VIGILANCIA: COMUNIDAD

ANEXO:II

AGOSTO 2009	CLASIFICACION Y TAXONOMIA ADAPTADA DE LAS INTERVENCIONES (434)
----------------	---

CAMPO 1 **FISIOLÓGICO BÁSICO**

CLASE A **CONTROL DE ACTIVIDAD Y EJERCICIO**

- 1 5612 ENSEÑANZA: ACTIVIDAD/EJERCICIO PRESCRITO*
- 2 140 FOMENTAR LOS MECANISMOS CORPORALES
- 3 200 FOMENTO DEL EJERCICIO
- 4 180 MANEJO DE LA ENERGÍA
- 5 221 TERAPIA DE EJERCICIOS: DEAMBULACIÓN
- 6 226 TERAPIA DE EJERCICIOS:CONTROL MUSCULAR
- 7 222 TERAPIA DE EJERCICIOS: EQUILIBRIO
- 8 224 TERAPIA DE EJERCICIOS:MOVILIDAD ARTICULAR

CLASE B **CONTROL DE LA ELIMINACIÓN**

- 1 410 CUIDADOS DE LA INCONTINENCIA INTESTINAL
- 2 610 CUIDADOS DE LA INCONTINENCIA URINARIA
- 3 620 CUIDADOS DE LA RETENCIÓN URINARIA
- 4 1876 CUIDADOS DEL CATÉTER URINARIO
- 5 470 DISMINUCIÓN DE LA FLATULENCIA
- 6 560 EJERCICIO DEL SUELO PÉLVICO
- 7 570 ENTRENAMIENTO DE LA VEJIGA URINARIA
- 8 600 ENTRENAMIENTO DEL HÁBITO URINARIO
- 9 440 ENTRENAMIENTO INTESTINAL
- 10 640 EVACUACIÓN INMEDIATA
- 11 550 IRRIGACIÓN DE LA VEJIGA
- 12 420 IRRIGACIÓN INTESTINAL
- 13 460 MANEJO DE LA DIARREA
- 14 590 MANEJO DE LA ELIMINACIÓN URINARIA
- 15 450 MANEJO DEL ESTREÑIMIENTO/IMPACTACIÓN
- 16 430 MANEJO INTESTINAL
- 17 580 SONDAJE VESICAL
- 18 582 SONDAJE VESICAL: INTERMITENTE

CLASE C **CONTROL DE INMOVILIDAD**

- 1 1806 AYUDA CON LOS AUTOCUIDADOS: TRANSFERENCIA*
- 2 840 CAMBIO DE POSICIÓN
- 3 846 CAMBIO DE POSICIÓN: SILLA DE RUEDAS
- 4 940 CUIDADOS DE TRACCIÓN/INMOVILIZACIÓN

- 5 740 CUIDADOS DEL PACIENTE ENCAMADO
- 6 762 CUIDADOS DEL PACIENTE ESCAYOLADO: MANTENIMIENTO
- 7 764 CUIDADOS DEL PACIENTE ESCAYOLADO: YESO HÚMEDO
- 8 910 INMOVILIZACIÓN
- 9 970 TRANSFERENCIA

CLASE D APOYO NUTRICIONAL

- 1 1200 ADMINISTRACIÓN DE NUTRICIÓN PARENTERAL TOTAL*
- 2 1050 ALIMENTACIÓN*
- 3 1056 ALIMENTACIÓN ENTERAL POR SONDA
- 4 5246 ASESORAMIENTO NUTRICIONAL
- 5 1803 AYUDA CON LOS AUTOCUIDADOS: ALIMENTACIÓN*
- 6 1280 AYUDA PARA DISMINUIR EL PESO
- 7 1240 AYUDA PARA GANAR PESO
- 8 1874 CUIDADOS DE LA SONDA GASTROINTESTINAL
- 9 5614 ENSEÑANZA: DIETA PRESCRITA*
- 10 1020 ETAPAS EN LA DIETA
- 11 1100 MANEJO DE LA NUTRICIÓN
- 12 1030 MANEJO DE LOS TRASTORNOS DE LA ALIMENTACIÓN
- 13 1260 MANEJO DEL PESO
- 14 1160 MONITORIZACIÓN NUTRICIONAL
- 15 1080 SONDAJE GASTROINTESTINAL
- 16 1860 TERAPIA DE DEGLUCIÓN*
- 17 1120 TERAPIA NUTRICIONAL

CLASE E FOMENTO DE LA COMODIDAD FÍSICA

- 1 1380 APLICACIÓN DE CALOR Y FRÍO
- 2 5465 CONTACTO TERAPÉUTICO
- 3 1340 ESTIMULACIÓN CUTÁNEA
- 4 6482 MANEJO AMBIENTAL: CONFORT
- 5 1450 MANEJO DE LAS NÁUSEAS
- 6 1400 MANEJO DEL DOLOR
- 7 1440 MANEJO DEL SÍNDROME PREMENSTRUAL
- 8 1570 MANEJO DEL VÓMITO
- 9 1460 RELAJACIÓN MUSCULAR PROGRESIVA

CLASE F FACILITACION DE LOS AUTOCUIDADOS

- 1 1800 AYUDA AL AUTOCUIDADO
- 2 1805 AYUDA CON LOS AUTOCUIDADOS:AIVD
- 3 1804 AYUDA CON LOS AUTOCUIDADOS: ASEO*
- 4 1801 AYUDA CON LOS AUTOCUIDADOS: BAÑO/HIGIENE
- 5 1802 AYUDA CON LOS AUTOCUIDADOS: VESTIR/ARREGLO PERSONAL
- 6 1610 BAÑO

- 7 1620 CUIDADOS DE LAS LENTILLAS DE CONTACTO
- 8 1680 CUIDADOS DE LAS UÑAS
- 9 1640 CUIDADOS DE LOS OÍDOS
- 10 1650 CUIDADOS DE LOS OJOS
- 11 1660 CUIDADOS DE LOS PIES
- 12 1780 CUIDADOS DE UNA PRÓTESIS
- 13 1670 CUIDADOS DEL CABELLO
- 14 1870 CUIDADO DEL DRENAJE
- 15 1750 CUIDADOS PERINEALES
- 16 1770 CUIDADOS POST MÓRTEN
- 17 5603 ENSEÑANZA: CUIDADOS DE LOS PIES*
- 18 1720 FOMENTAR LA SALUD BUCAL
- 19 1710 MANTENIMIENTO DE LA SALUD BUCAL
- 20 1850 MEJORAR DEL SUEÑO
- 21 1730 RESTABLECIMIENTO DE LA SALUD BUCAL
- 22 1630 VESTIR

CAMPO 2 FISIOLÓGICO COMPLEJO

CLASE G CONTROL DE ELECTRÓLITOS Y ÁCIDO-BASE

- 1 1910 MANEJO ÁCIDO-BASE
- 2 1911 MANEJO ÁCIDO-BASE: ACIDOSIS METABÓLICA
- 3 1913 MANEJO ÁCIDO-BASE: ALCALOSIS METABÓLICA
- 4 2000 MANEJO DE ELECTRÓLITOS
- 5 2001 MANEJO DE ELECTRÓLITOS: HIPERCALCEMIA
- 6 2002 MANEJO DE ELECTRÓLITOS: HIPERCALIEMIA
- 7 2005 MANEJO DE ELECTRÓLITOS: HIPERFOSFATEMIA
- 8 2003 MANEJO DE ELECTRÓLITOS: HIPERMAGNESEMIA
- 9 2004 MANEJO DE ELECTRÓLITOS: HIPERNATREMIA
- 10 2006 MANEJO DE ELECTRÓLITOS: HIPOCALCEMIA
- 11 2007 MANEJO DE ELECTRÓLITOS: HIPOCALIEMIA
- 12 2010 MANEJO DE ELECTRÓLITOS: HIPOFOSFATEMIA
- 13 2008 MANEJO DE ELECTRÓLITOS: HIPOMAGNESEMIA
- 14 2009 MANEJO DE ELECTRÓLITOS: HIPONATREMIA
- 15 2120 MANEJO DE LA HIPERGLUCEMIA
- 16 2130 MANEJO DE LA HIPOGLUCEMIA
- 17 2080 MANEJO DE LÍQUIDOS/ELECTRÓLITOS
- 18 1920 MONITORIZACIÓN ÁCIDO-BASE
- 19 2020 MONITORIZACIÓN DE ELECTRÓLITOS

CLASE H CONTROL DE FÁRMACOS

- 1 2210 ADMINISTRACIÓN DE ANALGÉSICOS
- 2 2840 ADMINISTRACIÓN DE ANESTESIA*

- 3 2300 ADMINISTRACIÓN DE MEDICACIÓN
- 4 2301 ADMINISTRACIÓN DE MEDICACIÓN: ENTERAL
- 5 2311 ADMINISTRACIÓN DE MEDICACION: INHALACIÓN
- 6 2312 ADMINISTRACIÓN DE MEDICACIÓN: INTRADÉRMICA
- 7 2313 ADMINISTRACIÓN DE MEDICACIÓN: INTRAMUSCULAR
- 8 2303 ADMINISTRACIÓN DE MEDICACIÓN: INTRA ÓSEA
- 9 2314 ADMINISTRACIÓN DE MEDICACIÓN: INTRAVENOSA
- 10 2320 ADMINISTRACIÓN DE MEDICACIÓN: NASAL
- 11 2310 ADMINISTRACIÓN DE MEDICACIÓN:OFTÁLMICA
- 12 2304 ADMINISTRACIÓN DE MEDICACIÓN: ORAL
- 13 2308 ADMINISTRACIÓN DE MEDICACIÓN: ÓTICA
- 14 2315 ADMINISTRACIÓN DE MEDICACIÓN: RECTAL
- 15 2317 ADMINISTRACIÓN DE MEDICACIÓN: SUBCUTÁNEA
- 16 2316 ADMINISTRACIÓN DE MEDICACIÓN: TÓPICA
- 17 2318 ADMINISTRACIÓN DE MEDICACIÓN: VAGINAL
- 18 2400 ASISTENCIA EN LA ANALGESIA CONTROLADA POR EL PACIENTE
- 19 2395 CONTROL DE LA MEDICACIÓN
- 20 5616 ENSEÑANZA: MEDICAMENTOS PRESCRITOS*
- 21 2380 MANEJO DE LA MEDICACIÓN
- 22 2260 MANEJO DE LA SEDACIÓN
- 23 2440 MANTENIMIENTO DE DISPOSITIVOS DE ACCESO VENOSO (DAV)

CLASE I CONTROL NEUROLÓGICO

- 1 844 CAMBIO DE POSICIÓN: NEUROLÓGICO
- 2 2760 MANEJO ANTE LA ANULACIÓN DE UN LADO DEL CUERPO
- 3 2560 MANEJO DE LA DISREFLEXIA
- 4 2660 MANEJO DE LA SENSIBILIDAD PERIFÉRICA ALTERADA
- 5 2680 MANEJO DE LAS CONVULSIONES
- 6 2540 MANEJO DEL EDEMA CEREBRAL
- 7 2550 MEJORA DE LA PERFUSIÓN CEREBRAL
- 8 2620 MONITORIZACIÓN NEUROLÓGICA
- 9 4010 PRECAUCIONES CON LA HEMORRAGIA SUBARACNOIDEA
- 10 2690 PRECAUCIONES CONTRA LAS CONVULSIONES

CLASE J CUIDADOS PERIOPERATORIOS

- 1 2900 ASISTENCIA QUIRÚRGICA
- 2 842 CAMBIO DE POSICIÓN: INTRA OPERATORIO
- 3 6545 CONTROL DE INFECCIONES INTRA OPERATORIAS
- 4 2880 COORDINACIÓN PREOPERATORIA
- 5 2870 CUIDADOS POSTANESTESIA
- 6 5610 ENSEÑANZA: PREQUIRÚRGICA
- 7 2920 PRECAUCIONES QUIRÚRGICAS

- 8 2930 PREPARACION QUIRÚRGICA
- CLASE K CONTROL RESPIRATORIO**
- 1 3160 ASPIRACIÓN DE LAS VÍAS AÉREAS
- 2 3390 AYUDA A LA VENTILACIÓN
- 3 1872 CUIDADOS DEL DRENAJE TORÁCICO
- 4 4106 CUIDADOS DEL EMBOLISMO: PULMONAR
- 5 3270 DESINTUBACIÓN ENDOTRAQUEAL
- 6 3310 DESTETE DE LA VENTILACIÓN MECÁNICA
- 7 3230 FISIOTERAPIA RESPIRATORIA
- 8 3120 INTUBACIÓN Y ESTABILIZACIÓN DE VÍAS AÉREAS
- 9 1912 MANEJO ÁCIDO-BASE: ACIDOSIS RESPIRATORIA
- 10 1914 MANEJO ÁCIDO-BASE: ALCALOSIS RESPIRATORIA
- 11 3300 MANEJO DE LA VENTILACIÓN MECÁNICA: INVASIVA
- 12 3302 MANEJO DE LA VENTILACIÓN MECÁNICA: NO INVASIVA
- 13 3140 MANEJO DE LAS VÍAS AÉREAS
- 14 3180 MANEJO DE LAS VÍAS AÉREAS ARTIFICIALES
- 15 3210 MANEJO DEL ASMA
- 16 3250 MEJORAR LA TOS
- 17 3350 MONITORIZACIÓN RESPIRATORIA
- 18 3320 OXIGENOTERAPIA
- CLASE L CONTROL DE LA PIEL/HERIDAS**
- 1 480 CUIDADOS DE LA OSTOMÍA*
- 2 3584 CUIDADOS DE LA PIEL: TRATAMIENTO TÓPICO
- 3 3583 CUIDADOS DE LA PIEL: ZONA DE INJERTO*
- 4 3582 CUIDADOS DE LA PIEL: ZONA DE DONANTE*
- 5 3660 CUIDADOS DE LAS HERIDAS
- 6 3662 CUIDADOS DE LAS HERIDAS: DRENAJE CERRADO
- 7 3661 CUIDADOS DE LAS HERIDAS:QUEMADURAS
- 8 3520 CUIDADOS DE LAS ÚLCERAS POR PRESIÓN
- 9 3420 CUIDADOS DEL PACIENTE AMPUTADO
- 10 3440 CUIDADOS DEL SITIO DE LA INCISIÓN
- 11 3680 IRRIGACIÓN DE HERIDAS
- 12 3500 MANEJO DE PRESIONES
- 13 3550 MANEJO DEL PRURITO*
- 14 3480 MONITORIZACIÓN DE LAS EXTREMIDADES INFERIORES
- 15 3620 SUTURA
- 16 3590 VIGILANCIA DE LA PIEL
- CLASE M TERMOREGULACIÓN**
- 1 3840 PRECAUCIONES EN LA HIPERTERMIA MALIGNA

- 2 3900 REGULACIÓN DE LA TEMPERATURA
- 3 3780 TRATAMIENTO DE LA EXPOSICION AL CALOR
- 4 3740 TRATAMIENTO DE LA FIEBRE
- 5 3800 TRATAMIENTO DE LA HIPOTERMIA
- CLASE N CONTROL DE LA PERFUSIÓN TISULAR**
- 1 4030 ADMINISTRACIÓN DE PRODUCTOS SANGUÍNEOS
- 2 4160 CONTROL DE HEMORRAGIAS
- 3 4040 CUIDADOS CARDÍACOS
- 4 4044 CUIDADOS CARDÍACOS: AGUDOS
- 5 4046 CUIDADOS CARDIACOS: REHABILITACIÓN
- 6 4064 CUIDADOS CIRCULATORIOS: DISPOSITIVOS DE AYUDA MECÁNICO
- 7 4062 CUIDADOS CIRCULATORIOS: INSUFICIENCIA ARTERIAL
- 8 4066 CUIDADOS CIRCULATORIOS: INSUFICIENCIA VENOSA
- 9 4220 CUIDADOS DEL CATÉTER CENTRAL INSERTADO PERIFÉRICAMENTE
- 10 4104 CUIDADOS DEL EMBOLISMO: PERIFÉRICO
- 11 4020 DISMINUCIÓN DE LA HEMORRAGIA
- 12 4022 DISMINUCIÓN DE LA HEMORRAGIA: GASTROINTESTINAL
- 13 4028 DISMINUCIÓN DE LA HEMORRAGIA: HERIDAS
- 14 4024 DISMINUCIÓN DE LA HEMORRAGIA NASAL
- 15 4232 FEBLOTOMÍA: MUESTRA DE SANGRE ARTERIAL *
- 16 4238 FLEBOTOMÍA: MUESTRA DE SANGRE VENOSA
- 17 4235 FEBLOTOMÍA: VÍA CANALIZADA
- 18 4090 MANEJO DE LA DISRITMIA
- 19 4170 MANEJO DE LA HIPERVOLEMIA
- 20 4180 MANEJO DE LA HIPOVOLEMIA
- 21 4270 MANEJO DE LA TERAPIA TROMBOLÍTICA
- 22 4120 MANEJO DE LÍQUIDOS
- 23 4095 MANEJO DEL DESFIBRILADOR: EXTERNO*
- 24 4096 MANEJO DEL DESFIBRILADOR: INTERNO
- 25 4091 MANEJO DEL MARCAPASOS: PERMANENTE
- 26 4092 MANEJO DEL MARCAPASOS: TEMPORAL
- 27 4250 MANEJO DEL SHOCK
- 28 4254 MANEJO DEL SHOCK: CARDÍACO
- 29 4256 MANEJO DEL SHOCK: VASOGENICO
- 30 4258 MANEJO DEL SHOCK: VOLUMEN
- 31 4240 MANTENIMIENTO DE ACCESO PARA DIÁLISIS
- 32 4130 MONITORIZACIÓN DE LÍQUIDOS
- 33 4210 MONITORIZACIÓN HEMODINÁMICA INVASIVA
- 34 4035 MUESTRA DE SANGRE CAPILAR
- 35 4050 PRECAUCIONES CARDÍACAS
- 36 4070 PRECAUCIONES CIRCULATORIAS

- 37 4110 PRECAUCIONES EN EL EMBOLISMO
- 38 4010 PREVENCIÓN DE LA HEMORRAGIA
- 39 4260 PREVENCIÓN DEL SHOCK
- 40 4190 PUNCIÓN INTRAVENOSA
- 41 4150 REGULACIÓN HEMODINÁMICA
- 42 4140 REPOSICIÓN DE LÍQUIDOS
- 43 4200 TERAPIA INTRAVENOSA

CAMPO 3 CONDUCTUAL

CLASE O TERAPIA CONDUCTUAL

- 1 4420 ACUERDO CON EL PACIENTE
- 2 4470 AYUDA EN LA MODIFICACIÓN DE SI MISMO
- 3 4490 AYUDA PARA DEJAR DE FUMAR
- 4 4340 ENTRENAMIENTO DE LA ASERTIVIDAD
- 5 4370 ENTRENAMIENTO PARA CONTROLAR LOS IMPULSOS
- 6 4380 ESTABLECER LÍMITES
- 7 4410 ESTABLECIMIENTO DE OBJETIVOS COMUNES
- 8 4480 FACILITAR LA AUTORRESPONSABILIDAD
- 9 4350 MANEJO DE LA CONDUCTA
- 10 4354 MANEJO DE LA CONDUCTA: AUTOLESIÓN
- 11 4352 MANEJO DE LA CONDUCTA: HIPERACTIVIDAD/FALTA DE ATENCIÓN
- 12 4356 MANEJO DE LA CONDUCTA: SEXUAL
- 13 4360 MODIFICACIÓN DE LA CONDUCTA
- 14 4362 MODIFICACIÓN DE LA CONDUCTA: HABILIDADES SOCIALES
- 15 4500 PREVENCIÓN DEL CONSUMO DE SUSTANCIAS NOCIVAS
- 16 4510 TRATAMIENTO POR EL CONSUMO DE SUSTANCIAS NOCIVAS
- 17 4514 TRATAMIENTO POR EL CONSUMO DE SUSTANCIAS NOCIVAS: RETIRADA DROGAS
- 18 4512 TRATAMIENTO POR EL CONSUMO DE SUSTANCIAS NOCIVAS: RETIRADA DEL ALCOHOL
- 19 4516 TRATAMIENTO POR EL CONSUMO DE SUSTANCIAS NOCIVAS: SOBREDOSIS

CLASE P TERAPIA COGNITIVA

- 1 4640 AYUDA PARA EL CONTROL DEL ENFADO
- 2 4680 BIBLIOTERAPIA
- 3 4760 ENTRENAMIENTO DE LA MEMORIA
- 4 5520 FACILITAR EL APRENDIZAJE*
- 5 4740 LLEVAR UN DIARIO
- 6 4820 ORIENTACIÓN DE LA REALIDAD
- 7 5540 POTENCIACIÓN DE LA DISPOSICIÓN DE APRENDIZAJE*
- 8 4860 TERAPIA DE LA REMINISCENCIA

CLASE Q POTENCIACIÓN DE LA COMUNICACIÓN

- 1 4920 ESCUCHA ACTIVA
- 2 5020 MEDIACIÓN DE CONFLICTOS

- 3 4974 MEJORAR LA COMUNICACIÓN: DÉFICIT AUDITIVO
- 4 4976 MEJORAR LA COMUNICACION: DÉFICIT DEL HABLA
- 5 4978 MEJORAR LA COMUNICACIÓN: DÉFICIT VISUAL
- 6 5100 POTENCIACIÓN DE LA SOCIALIZACION

CLASE R AYUDA PARA HACER FRENTE A SITUACIONES DIFICILES

- 1 5270 APOYO EMOCIONAL
- 2 5250 APOYO EN LA TOMA DE DECISIONES*
- 3 5420 APOYO ESPIRITUAL
- 4 5240 ASESORAMIENTO
- 5 5248 ASESORAMIENTO SEXUAL
- 6 5230 AUMENTAR EL AFRONTAMIENTO
- 7 5440 AUMENTAR LOS SISTEMAS DE APOYO
- 8 5440 CLARIFICACIÓN DE VALORES
- 9 5460 CONTACTO
- 10 5330 CONTROL DEL HUMOR
- 11 5260 CUIDADOS EN LA AGONÍA
- 12 5310 DAR ESPERANZA
- 13 5470 DECLARAR LA VERDAD AL PACIENTE
- 14 5350 DISMINUCIÓN DEL ESTRÉS POR TRASLADO
- 15 5426 FACILITAR EL CRECIMIENTO ESPIRITUAL
- 16 5290 FACILITAR EL DUELO
- 17 5294 FACILITAR EL DUELO: MUERTE PERINATAL*
- 18 5280 FACILITAR EL PERDÓN
- 19 5300 FACILITAR LA EXPRESIÓN DEL SENTIMIENTO DE CULPA
- 20 5424 FACILITAR LA PRÁCTICA RELIGIOSA
- 21 5430 GRUPO DE APOYO
- 22 5210 GUÍA DE ANTICIPACIÓN*
- 23 5320 HUMOR
- 24 6160 INTERVENCIÓN EN CASO DE CRISIS*
- 25 5395 MEJORA DE LA AUTOCONFIANZA
- 26 5400 POTENCIACIÓN DE LA AUTOESTIMA
- 27 5390 POTENCIACIÓN DE LA CONCIENCIA DE SI MISMO
- 28 5220 POTENCIACIÓN DE LA IMAGEN CORPORAL
- 29 5380 POTENCIACIÓN DE LA SEGURIDAD
- 30 5370 POTENCIACIÓN DE LOS ROLES*
- 31 5340 PRESENCIA
- 32 5422 PREVENCIÓN DE LA ADICCIÓN RELIGIOSA
- 33 5360 TERAPIA DE ENTRETENIMIENTO
- 34 5450 TERAPIA DE GRUPO

CLASE S EDUCACIÓN DE LOS PACIENTES

- 1 5604 ENSEÑANZA: GRUPO
- 2 5620 ENSEÑANZA: HABILIDAD PSICOMOTORA
- 3 5606 ENSEÑANZA: INDIVIDUAL
- 4 5618 ENSEÑANZA: PROCEDIMIENTO/TRATAMIENTO
- 5 5602 ENSEÑANZA: PROCESO DE ENFERMEDAD
- 6 5622 ENSEÑANZA: SEXO SEGURO
- 7 5624 ENSEÑANZA: SEXUALIDAD
- 8 5580 INFORMACIÓN PREPARATORIA: SENSORIAL

CLASE T FOMENTO DE LA COMODIDAD PSICOLÓGICA

- 1 5860 BIORRETROALIMENTACIÓN
- 2 5820 DISMINUCIÓN DE LA ANSIEDAD
- 3 5900 DISTRACCIÓN
- 4 5640 ENTRENAMIENTO AUTOGÉNICO
- 5 5960 FACILITAR LA MEDITACIÓN
- 6 6040 TERAPIA DE RELAJACIÓN SIMPLE

CAMPO 4 SEGURIDAD

CLASE U CONTROL E CASOS DE CRISIS

- 1 6200 CUIDADOS EN LA EMERGENCIA
- 2 6140 MANEJO DEL CÓDIGO DE URGENCIAS
- 3 6260 OBTENCIÓN DE ÓRGANOS
- 4 6240 PRIMEROS AUXILIOS
- 5 6320 RESUCITACIÓN
- 6 6300 TRATAMIENTO DEL TRAUMA DE VIOLACIÓN
- 7 6362 TRIAJE: CATÁSTROFE
- 8 6364 TRIAJE: CENTRO DE URGENCIA
- 9 6366 TRIAJE: TELEFONO

CLASE V CONTROL DE RIESGOS

- 1 6630 AISLAMIENTO
- 2 6400 APOYO EN LA PROTECCIÓN CONTRA ABUSOS
- 3 6408 APOYO EN LA PROTECCIÓN CONTRA ABUSOS: RELIGIOSO
- 4 6340 CONTROL DE AGENTES QUÍMICOS*
- 5 6540 CONTROL DE INFECCIONES
- 6 6522 EXPLORACIÓN DE LA MAMA
- 7 9050 FOMENTAR LA SEGURIDAD EN EL VEHÍCULO*
- 8 6610 IDENTIFICACIÓN DE RIESGOS*
- 9 6448 MANEJO AMBIENTAL
- 10 6487 MANEJO AMBIENTAL: PREVENCIÓN DE LA VIOLENCIA
- 11 6486 MANEJO AMBIENTAL: SEGURIDAD
- 12 6450 MANEJO DE IDEAS ILUSORIAS
- 13 6410 MANEJO DE LA ALERGIA

- 14 6412 MANEJO DE LA ANAFILAXIA*
- 15 6460 MANEJO DE LA DEMENCIA
- 16 6600 MANEJO DE LA RADIOTERAPIA
- 17 6510 MANEJO DE LAS ALUCINACIONES
- 18 6440 MANEJO DEL DELIRIO
- 19 6680 MONITORIZACIÓN DE LOS SIGNOS VITALES
- 20 6560 PRECAUCIONES CON LASER
- 21 6590 PRECAUCIONES CON LOS TORNQUETES NEUMATICOS
- 22 6470 PRECAUCIONES CONTRA FUGAS
- 23 6500 PRECAUCIONES CONTRA INCENDIOS PROVOCADOS
- 24 6570 PRECAUCIONES EN LA ALERGIA AL LATEX
- 25 3200 PRECAUCIONES PARA EVITAR LA ASPIRACIÓN*
- 26 6490 PREVENCIÓN DE CAIDAS
- 27 6648 PREVENCIÓN DE LAS LESIONES DEPORTIVAS: JÓVENES*
- 28 3540 PREVENCIÓN DE ÚLCERAS POR PRESION*
- 29 6340 PREVENCIÓN DEL SUICIDIO*
- 30 6550 PROTECCIÓN CONTRA LAS INFECCIONES
- 31 6420 RESTRICCIÓN DE ZONAS DE MOVIMIENTO
- 32 6580 SUJECIÓN FÍSICA*
- 33 6650 VIGILANCIA
- 34 6654 VIGILANCIA: SEGURIDAD

CAMPO 5 FAMILIA

CLASE W CUIDADOS DE UN NUEVO BEBE

- 1 5247 ASESORAMIENTO ANTES DE LA CONCEPCIÓN*
- 2 7160 PRESERVACIÓN DE LA FERTILIDAD

CLASE Z CUIDADOS DE CRIANZA DE UN NUEVO BEBE

- 1 7280 APOYO DE HERMANOS
- 2 5244 ASESORAMIENTO EN LA LACTANCIA
- 3 5562 EDUCACIÓN PATERNA: ADOLESCENTES*
- 4 5566 EDUCACIÓN PATERNA: CRIANZA FAMILIAR DE NIÑOS*
- 5 5568 EDUCACIÓN PATERNA: NIÑO*
- 6 6710 FOMENTAR EL ACERCAMIENTO
- 7 8274 FOMENTAR EL DESARROLLO: NIÑO
- 8 7200 FOMENTAR LA NORMALIZACIÓN FAMILIAR
- 9 8300 FOMENTAR LA PATERNIDAD
- 10 8340 FOMENTAR LA RESISTENCIA

CLASE X CUIDADOS DE LA VIDA

- 1 7140 APOYO A LA FAMILIA
- 2 7040 APOYO AL CUIDADOR PRINCIPAL
- 3 7180 ASISTENCIA EN EL MANTENIMIENTO DEL HOGAR

- 4 7260 CUIDADOS INTERMITENTES
- 5 7100 ESTIMULACIÓN DE LA INTEGRIDAD FAMILIAR
- 6 7170 FACILITAR LA PRESENCIA DE LA FAMILIA*
- 7 7110 FOMENTAR LA IMPLICACIÓN FAMILIAR
- 8 7130 MANTENIMIENTO EN LOS PROCESOS FAMILIARES
- 9 7120 MOVILIZACIÓN FAMILIAR
- 10 7150 TERAPIA FAMILIAR

CAMPO 6 SISTEMA SANITARIO

CLASE Y MEDIACIÓN DEL SISTEMA SANITARIO

- 1 7500 APOYO PARA LA CONSECUCCIÓN DEL SUSTENTO
- 2 7380 ASISTENCIA PARA LOS RECURSOS FINANCIEROS
- 3 7410 AUTORIZACIÓN DE SEGUROS
- 4 7310 CUIDADOS DE ENFERMERÍA AL INGRESO
- 5 7560 FACILITAR LAS VISITAS
- 6 7440 FACILITAR LOS PERMISOS
- 7 7320 GESTIÓN DE CASOS*
- 8 7400 GUÍAS DEL SISTEMA SANITARIO
- 9 7330 INTERMEDIACIÓN CULTURAL
- 10 6485 MANEJO AMBIENTAL: PREPARACIÓN DEL HOGAR
- 11 7370 PLANIFICACION AL ALTA
- 12 7460 PROTECCIÓN DE LOS DERECHOS DEL PACIENTE

CLASE a GESTIÓN DEL SITEMA SANITARIO

- 1 7610 ANÁLISIS DE LABORATORIO A PIE DE CAMA
- 2 7680 AYUDA EN LA EXPLORACIÓN
- 3 7710 COLABORACIÓN CON EL MÉDICO
- 4 7620 COMPROBACIÓN DE SUSTANCIAS CONTROLADAS
- 5 7630 CONTENCIÓN DE COSTES
- 6 7650 DELEGACIÓN
- 7 7640 DESARROLLO DE SITUACIÓN CRÍTICA
- 8 7850 DESARROLLO DEL PERSONAL
- 9 7700 EVALUACIÓN DE COMPAÑEROS
- 10 7760 EVALUACION DE LOS PRODUCTOS
- 11 7690 INTERPRETACIÓN DE DATOS DE LABORATORIO
- 12 7880 MANEJO DE LA TECNOLOGÍA
- 13 8550 MANEJO DE RECURSOS ECONÓMICOS*
- 14 7840 MANEJO DE LOS SUMINISTROS
- 15 7820 MANEJO DE MUESTRAS
- 16 7800 MONITORIZACIÓN DE LA CALIDAD
- 17 7722 PRECEPTOR: EMPLEADO
- 18 7726 PRECEPTOR: ESTUDIANTE

- 19 7660 REVISIÓN DEL CARRO DE EMERGENCIAS
- 20 7830 SUPERVISIÓN DEL PERSONAL
- 21 7892 TRANSPORTE: DENTRO DE LA INSTALACIÓN
- 22 7890 TRANSPORTE: ENTRE INSTALACIONES

CLASE b CONTROL DE LA INFORMACIÓN

- 1 7910 CONSULTA
- 2 8180 CONSULTA POR TELÉFONO
- 3 7930 DECLARACIÓN/TESTIMONIO
- 4 8100 DERIVACIÓN
- 5 7920 DOCUMENTACIÓN
- 6 7980 INFORME DE INCIDENCIAS
- 7 8140 INFORME DE TURNOS
- 8 7960 INTERCAMBIO DE INFORMACIÓN DE CUIDADOS DE SALUD
- 9 7940 RECOGIDA DE DATOS FORENSES
- 10 8120 RECOGIDA DE DATOS PARA LA INVESTIGACIÓN
- 11 8020 REUNIÓN MULTIDISCIPLINAR SOBRE CUIDADOS
- 12 7970 SEGUIMIENTO TELEFÓNICO
- 13 8060 TRASCIPCIÓN DE ORDENES
- 14 6658 VIGILANCIA: ELECTRÓNICA POR CONTROL REMOTO

CAMPO 7 COMUNIDAD

CLASE c FOMENTO DE LA SALUD DE LA COMUNIDAD

- 1 8700 DESARROLLO DE UN PROGRAMA
- 2 5510 EDUCACIÓN SANITARIA
- 3 8500 FOMENTAR LA SALUD DE LA COMUNIDAD
- 4 6530 MANEJO DE LA INMUNIZACIÓN/VACUNACIÓN*
- 5 5516 MEJORAR EL ACCESO A LA INFORMACIÓN SANITARIA
- 6 8750 MARKETING SOCIAL
- 7 7990 SEGUIMIENTO DE LA POLÍTICA SANITARIA

CLASE d CONTROL DE RIESGOS DE LA COMUNIDAD

- 1 6520 ANÁLISIS DE LA SITUACIÓN SANITARIA
- 2 8820 CONTROL DE ENFERMEDADES TRANSMISIBLES
- 3 6484 MANEJO AMBIENTAL: COMUNIDAD
- 4 6489 MANEJO AMBIENTAL: SEGURIDAD DEL TRABAJADOR
- 5 8810 PREPARACIÓN ANTE EL BIOTERRORISMO
- 6 8840 PREPARACIÓN PARA UN DESASTRE EN LA COMUNIDAD
- 7 8850 PROTECCIÓN DE RIEGOS AMBIENTALES
- 8 6652 VIGILANCIA: COMUNIDAD

ANEXO III:

CONSIDERACIONES PREVIAS A LA FORMALIZACIÓN DEL CUESTIONARIO

A) ¿Qué se entiende por Taxonomía de intervenciones de enfermería: NIC?

La Clasificación de Intervenciones de Enfermería (NIC), que se utiliza en este estudio de investigación, cuyo objetivo principal **consiste en identificar el despliegue competencial de enfermería diplomada en la Unidad Militar de Emergencias**, o si se prefiere, con otros vocablos, en definir la cartera de servicios enfermeros, en el marco de los trabajos del Master: “Administración y Gestión en Enfermería, que organiza la EUE Santa Madrona (adscrita a la Universidad de Barcelona); es una “clasificación normalizada y completa de intervenciones que realizan los profesionales de enfermería”¹.

En este sentido, desde 1987, un gran equipo de investigación, con Gloria M. Bulechek, Howard K. Butcher, y Joanne McCloskey Dochterman al frente, ha estado trabajando para elaborar, validar e implantar un lenguaje normalizado de los cuidados, técnicas, actividades, tareas; y en definitiva, de toda la asistencia de enfermería en EEUU. Para ello, se han utilizado varios métodos cuantitativos y cualitativos, incluyendo análisis de contenido, ensayos de expertos, análisis jerárquicos y escalas multidimensionales.

Esta Clasificación, que al establecer y observar un orden determinado mediante cuatro dígitos (el primero puede ser el 0), se constituye en Taxonomía, e incluye, “las intervenciones realizadas en función de los pacientes, intervenciones tanto desde la perspectiva de la independencia/especificidad **propia profesional como desde la perspectiva de colaboración con otros profesionales de la salud, y cuidados tanto directos**; en la esfera fisiológica (Manejo del ácido-base), en la esfera psicosocial (Disminución de la Ansiedad), de tratamiento de la enfermedad (Manejo de la hiperglucemia), de prevención de la enfermedad (Prevención del consumo de sustancias nocivas), y de fomento o promoción de la salud (Desarrollo de un programa, Educación sanitaria), **como indirectos**; de soporte (Revisión del carro de paradas), o de otros aspectos que aunque relevantes, nos resulta más fácil, colocarlos próximos pero fuera de lo estrictamente asistencial, y así, están más relacionados con la gestión y la investigación sanitarias (Contención de costes, marketing social, recogida de datos para la investigación).

Una intervención de enfermería, se define como “cualquier tratamiento, basado en el criterio y conocimiento clínico, que realiza un profesional de enfermería para mejorar los resultados en el paciente”.

El conjunto total de las 542 intervenciones, en esta última edición, que ha visto la luz, en su versión española a mediados de 2009, **aparecen con una denominación, una definición, una serie de actividades y bibliografía;**

¹ En todas las ediciones de la misma, y hasta la más reciente de mediados de 2009, figuran literalmente estas palabras.

las tres primeras características (código, denominación y definición) son invariables, pese a la traducción casi literal y no tanto contextual desde el ámbito de la enfermería norteamericana al entorno español; y la elección y adopción de las actividades (tareas), resulta habitual en el día a día asistencial; de modo que, a partir de una lista de aproximadamente, entre 10 y 30 actividades por Intervención, el profesional elige aquellas que son más apropiadas para un individuo o grupo familiar concreto o comunidad, y si lo considera oportuno, tras observar ciertas prescripciones, después puede añadir alguna actividad más; **aspecto este, que expresamente ha quedado al margen de las pretensiones metodológicas iniciales de este estudio.** Las intervenciones están agrupadas en 30 clases, que se señalan con una letra del abecedario y a su vez pertenecen a los 7 campos establecidos por las autoras; a saber, Fisiológico Básico, Fisiológico Complejo, Conductual, Seguridad, Familia, Sistema Sanitario y Comunidad; tal cual se aprecia en el Formulario-Cuestionario de recogida de información para consideración de los encuestados. Por ejemplo, **la NIC 0620, pertenece al campo fisiológico básico, clase B, (control de la eliminación urinaria), su denominación es: CUIDADOS DE LA RETENCIÓN URINARIA, y su definición: Ayudar a aliviar la distensión de la vejiga.**

B) Clasificación de Intervenciones de Enfermería adaptada a este estudio y su sistematización.

Para facilitar la labor de quienes tienen que cumplimentar todo el cuestionario, la versión original de 542 Intervenciones, en su última edición, se ha sometido a una selección mediante técnica Delphy con cuatro expertas en Metodología de Enfermería. Estrategia, que ha permitido descartar, en primer lugar; aquellas intervenciones, que no tienen a fecha de hoy sustento legal en nuestro país, como Prescripción de medicación, y en segundo lugar; aquellas otras, que constituyen principalmente, el campo competencial de las enfermeras matronas; y por tanto carece de fundamento, el ser aplicadas en el ámbito de asistencia del Servicio de Sanidad de la referida Unidad Militar de Emergencias. Del conjunto de Intervenciones seleccionadas para ser valoradas, algunas de ellas tienen carácter general, tal como sucede con la 2300 ADMINISTRACIÓN DE MEDICACIÓN y a continuación, se contemplan las Nics particulares de esta materia. Otras tienen mayor relación con especialidades de enfermería con programa de formación específico, como Salud Mental y Enfermería de Empresa; y se ha considerado pertinente, el que sean sometidas a valoración de los profesionales que vienen desempeñando su labor de enfermería en la UME, **quedando finalmente, un total de 434 Intervenciones.**

En este orden de prioridades, se propone, la cumplimentación a las preguntas y opciones de respuestas a cada una de las Intervenciones; y este proceso, ha de ser fruto de una reflexión sobre el conjunto de la práctica enfermera/o en UME, para luego establecer las relaciones con la terminología que estable esta Taxonomía.

En este sentido, y con el fin último de ayudarle en la formalización de su imprescindible aportación, se reflejan a continuación las siguientes consideraciones:

1.- La primera cuestión hace referencia a si cada una de las Intervenciones, con su **código, denominación y definición** de la Taxonomía NIC, constituyen práctica asistencial habitual en las dependencias de la UME, en virtud de lo que viene siendo el día a día, desde que presta aquí sus servicios como enfermera/o y en relación con el período de estudio. La opción de respuesta es dicotómica y contempla como alternativas de respuesta, exclusivamente, **SI**, o en su defecto, **NO**.

2.- En aquellas Intervenciones en que la respuesta sea afirmativa, se le pide que indique la importancia que Usted le otorga en cuanto la representatividad que tiene la realización de esta NIC concreta en el conjunto de todo su desempeño y trasladado a los usuarios o clientes que ha atendido o con quienes ha interactuado, **durante el tiempo que media entre el 1 de enero de 2008 hasta 31 de agosto de 2009**. No obstante, aquellas personas cuya experiencia fuera inferior, es aconsejable que lo refleje en el apartado de observaciones finales (**letra K**). La respuesta SI, en virtud de los objetivos de este estudio, lleva consigo, la exigencia de la ponderar del 1 al 4, ambos inclusive, De modo que; el **1** representa que esa NIC se observa en **el 25 % de los usuarios** que has atendido (no sólo consultas asistenciales, también actividades de formación y reconocimientos). El **2** representa que en la práctica, entre el **26 al 50 %** de los que han sido objeto de atención en UME, la NIC concreta se ha aplicado, el **3**, representa que entre el **51 al 75 %**, y finalmente, el **4** desde el **76 al 100 %** de los clientes han sido objeto de ser usada esta NIC.

3.- Si la respuesta la considera negativa, se le pide, que haga el esfuerzo de **valorar** la pertinencia de **la intervención concreta (NIC)**, **en función de las necesidades de asistencia**, demandadas o no (latentes), **de los usuarios/clientes del Servicio de Sanidad de la UME y los resultados que en su criterio debería/sería conveniente obtener de llevarse a la práctica**, mediante el despliegue de las competencias, los conocimientos y preparación que posee como profesional de enfermería.

4.- Observaciones por cada una de las 434 NICs. Se pretende recoger todo tipo de sugerencias, opiniones, tanto matizando las respuestas anteriores, como lo que considere oportuno. Por ejemplo, hay alguna NIC que puede ser poco frecuente, es decir se aplica a pocos clientes, pero exige una gran pericia (Manejo del desfibrilador externo).

5.- Aspectos descriptivos: Edad, sexo, año de finalización de los estudios de Diplomatura en Enfermería, año de ingreso en la UME, años de experiencia profesional asistencia de enfermería, excluyendo la adquirida en la UME, experiencia investigadora que se haya publicado, experiencia docente, Cursos de formación Continuada Post-grado: Título, Institución y horas o créditos, y el apartado para Observaciones Generales (K).

En cuanto la operativa de plasmar por escrito tus opiniones; el cuestionario, se puede contestar, **en soporte papel o directamente en soporte informático**. En el primer supuesto, **la opción seleccionada, se delimitará mediante una circunferencia o bien se subrayará en la parte**

inferior; en ambos casos sería aconsejable hacerlo con bolígrafo de otro color al utilizado para la matriz de cuestionario; en el supuesto de cambiar de opinión se tachará con un aspa y se señalará la opción que finalmente se desea escoger. Si se cumplimenta vía ordenador, **la opción seleccionada se cambiará a otro color diferente al utilizado en la escritura de texto matiz**; preferiblemente, el rojo. Las repuestas no predeterminadas, es decir, preguntas abiertas, principalmente, **las observaciones**, pueden formalizarse como parezca más oportuno y utilizar el espacio que se desee, sin que el formato original sea una restricción de espacio. En esta modalidad, de sistemática informatizada, puede ser de gran ayuda tener como guía la copia en soporte papel que se adjunta a este escrito, y otra que pueda imprimirse, **tanto para ser leída y poder analizar las cuestiones antes de la cumplimentación**, como de soporte continuado en el proceso de plasmar las respuestas.

Por ultimo, pero no por ello de mínima relevancia; está investigación y las que la llevamos a afecto, **observa las recomendaciones fundadas en la declaración de Helsinki; y por tanto, reconoce el derecho a decidir libremente su participación y garantizamos el derecho al anonimato y a la confidencialidad en el desarrollo de la investigación y en el momento de la presentación de los resultados del estudio.**

Para cualquier aclaración, me encontrará a su entera disposición en el teléfono, 639325388 ó bien en la dirección de correo electrónico siguiente: marisolsunin@terra.es.

MUCHAS GRACIAS POR SU COLABORACIÓN

A BUEN SEGURO, SIN SU INESTIMABLE AYUDA, ESTE TRABAJO NO PODRÍA VER LA LUZ Y POR TANTO LAS EXIGENCIAS DE LA FORMACIÓN REFERIDA NO PODRÍAN CUMPLIRSE.

Logroño, a 8 de Septiembre de 2009

Fdo: M^a Soledad GRAU SANZ

ANEXOS IV-V-VI-VII-VIII

TAXONOMIA NIC-APORTACIÓN DE ENFERMERÍA EN LA UME
2009 CLASIFICACIÓN Y TAXONOMÍA DE LAS INTERVENCIONES
DE ENFERMERÍA ELEGIDA:

CAMPO 1 FISIOLÓGICO BÁSICO**CLASE A CONTROL DE ACTIVIDAD Y EJERCICIO**

- 1 5612 ENSEÑANZA: ACTIVIDAD/EJERCICIO PRESCRITO*
 2 140 FOMENTAR LOS MECANISMOS CORPORALES
 3 200 FOMENTO DEL EJERCICIO

CLASE B CONTROL DE LA ELIMINACIÓN

- 1 620 CUIDADOS DE LA RETENCIÓN URINARIA
 2 470 DISMINUCIÓN DE LA FLATULENCIA
 3 420 IRRIGACIÓN INTESTINAL
 4 460 MANEJO DE LA DIARREA
 5 590 MANEJO DE LA ELIMINACIÓN URINARIA
 6 450 MANEJO DEL ESTREÑIMIENTO/IMPACTACIÓN
 7 430 MANEJO INTESTINAL
 8 580 SONDAJE VESICAL
 9 582 SONDAJE VESICAL: INTERMITENTE

CLASE C CONTROL DE INMOVILIDAD

- 1 1806 AYUDA CON LOS AUTOCUIDADOS: TRANSFERENCIA*
 2 840 CAMBIO DE POSICIÓN
 3 846 CAMBIO DE POSICIÓN: SILLA DE RUEDAS
 4 764 CUIDADOS DEL PACIENTE ESCAYOLADO: YESO HÚMEDO
 5 910 INMOVILIZACIÓN
 6 970 TRANSFERENCIA

CLASE D APOYO NUTRICIONAL

- 5614 ENSEÑANZA: DIETA PRESCRITA*
 1100 MANEJO DE LA NUTRICIÓN

Co Me La MQ Ur

		X		
--	--	---	--	--

				X
			X	
			X	
				X
				X

				X
				X
				X

X			X	
---	--	--	---	--

CLASE E FOMENTO DE LA COMODIDAD FÍSICA

- 1 1380 APLICACIÓN DE CALOR Y FRÍO
- 2 6482 MANEJO AMBIENTAL: CONFORT
- 3 1450 MANEJO DE LAS NAÚSEAS
- 4 1400 MANEJO DEL DOLOR
- 5 1440 MANEJO DEL SÍNDROME PREMENSTRUAL
- 6 1570 MANEJO DEL VÓMITO

			X	X
			X	X
			X	

CLASE F FACILITACIÓN DE LOS AUTOCUIDADOS

- 1 1620 CUIDADOS DE LAS LENTILLAS DE CONTACTO
- 2 1680 CUIDADOS DE LAS UÑAS
- 3 1640 CUIDADOS DE LOS OÍDOS
- 4 1650 CUIDADOS DE LOS OJOS
- 5 1670 CUIDADOS DEL CABELLO
- 6 1770 CUIDADOS POST MÓRTEN
- 7 1720 FOMENTAR LA SALUD BUCAL
- 8 1630 VESTIR

		X		
			X	

CAMPO 2 FISIOLÓGICO COMPLEJO

CLASE G CONTROL DE ELECTRÓLITOS Y ÁCIDO-BASE

- 1 1911 MANEJO ÁCIDO-BASE: ACIDOSIS METABÓLICA
- 2 1913 MANEJO ÁCIDO-BASE: ALCALOSIS METABÓLICA
- 3 2000 MANEJO DE ELECTRÓLITOS
- 4 2001 MANEJO DE ELECTRÓLITOS: HIPERCALCEMIA
- 5 2002 MANEJO DE ELECTRÓLITOS: HIPERCALIEMIA
- 6 2005 MANEJO DE ELECTRÓLITOS: HIPERFOSFATEMIA
- 7 2003 MANEJO DE ELECTRÓLITOS: HIPERMAGNESEMIA
- 8 2004 MANEJO DE ELECTRÓLITOS: HIPERNATREMIA
- 9 2006 MANEJO DE ELECTRÓLITOS: HIPOCALCEMIA
- 10 2007 MANEJO DE ELECTRÓLITOS: HIPOCALIEMIA
- 11 2010 MANEJO DE ELECTRÓLITOS: HIPOFOSFATEMIA
- 12 2120 MANEJO DE LA HIPERGLUCEMIA
- 13 2130 MANEJO DE LA HIPOGLUCEMIA
- 14 2130 MANEJO DE LÍQUIDOS/ELECTRÓLITOS
- 15 1920 MONITORIZACIÓN DE ELECTRÓLITOS

			X	X
			X	X
			X	X
				X
				X
				X
				X
				X
				X
				X
				X
			X	X
			X	X
			X	X

CLASE H CONTROL DE FÁRMACOS

- 1 2210 ADMINISTRACIÓN DE ANALGÉSICOS

				X
--	--	--	--	---

- 2 2840 ADMINISTRACIÓN DE ANESTESIA*
- 3 2300 ADMINISTRACIÓN DE MEDICACIÓN
- 4 2311 ADMINISTRACIÓN DE MEDICACIÓN: INHALACIÓN
- 5 2312 ADMINISTRACIÓN DE MEDICACIÓN: INTRADÉRMICA
- 6 2313 ADMINISTRACIÓN DE MEDICACIÓN: INTRAMUSCULAR
- 7 2303 ADMINISTRACIÓN DE MEDICACIÓN: INTRA ÓSEA
- 8 2314 ADMINISTRACIÓN DE MEDICACIÓN: INTRAVENOSA
- 9 2320 ADMINISTRACIÓN DE MEDICACIÓN: NASAL
- 10 2310 ADMINISTRACIÓN DE MEDICACIÓN: OFTÁLMICA
- 11 2304 ADMINISTRACIÓN DE MEDICACIÓN: ORAL
- 12 2308 ADMINISTRACIÓN DE MEDICACIÓN: ÓTICA
- 13 2315 ADMINISTRACIÓN DE MEDICACIÓN: RECTAL
- 14 2317 ADMINISTRACIÓN DE MEDICACIÓN: SUBCUTÁNEA
- 15 2316 ADMINISTRACIÓN DE MEDICACIÓN: TÓPICA
- 16 2318 ADMINISTRACIÓN DE MEDICACIÓN: VAGINAL
- 17 2395 CONTROL DE LA MEDICACIÓN
- 18 5616 ENSEÑANZA: MEDICAMENTOS PRESCRITOS*
- 19 2380 MANEJO DE LA MEDICACIÓN
- 20 2260 MANEJO DE LA SEDACIÓN

X	X		X	X
X				
X				X
				X
			X	X
X			X	
X	X		X	
				X

CLASE I CONTROL NEUROLÓGICO

- 1 844 CAMBIO DE POSICIÓN: NEUROLÓGICO
- 2 2560 MANEJO DE LA DISREFLEXIA
- 3 2660 MANEJO DE LA SENSIBILIDAD PERIFÉRICA ALTERADA
- 4 2680 MANEJO DE LAS CONVULSIONES
- 5 2540 MANEJO DEL EDEMA CEREBRAL
- 6 2550 MEJORA DE LA PERFUSIÓN CEREBRAL
- 7 2690 PRECAUCIONES CONTRA LAS CONVULSIONES

				X
				X
			X	X

CLASE J CUIDADOS PERIOPERATORIOS

- 1 2900 ASISTENCIA QUIRÚRGICA
- 2 842 CAMBIO DE POSICIÓN: INTRA OPERATORIO
- 3 2870 CUIDADOS POSTANESTESIA
- 4 5610 ENSEÑANZA: PREQUIRÚRGICA
- 5 2920 PRECAUCIONES QUIRÚRGICAS
- 6 2930 PREPARACIÓN QUIRÚRGICA

CLASE K CONTROL RESPIRATORIO

- 1 3160 ASPIRACIÓN DE LAS VÍAS AÉREAS
- 2 3390 AYUDA A LA VENTILACIÓN
- 3 1872 CUIDADOS DEL DRENAJE TORÁCICO
- 4 4106 CUIDADOS DEL EMBOLISMO: PULMONAR
- 5 3270 DESINTUBACION ENDOTRAQUEAL
- 6 3310 DESTETE DE LA VENTILACIÓN MECÁNICA
- 7 3230 FISIOTERAPIA RESPIRATORIA
- 8 3120 INTUBACIÓN Y ESTABILIZACIÓN DE VÍAS AÉREAS
- 9 1912 MANEJO ÁCIDO-BASE: ACIDOSIS RESPIRATORIA
- 10 1914 MANEJO ÁCIDO-BASE: ALCALOSIS RESPIRATORIA
- 11 3300 MANEJO DE LA VENTILACIÓN MECÁNICA: INVASIVA
- 12 3302 MANEJO DE LA VENTILACIÓN MECÁNICA: NO INVASIVA
- 13 3140 MANEJO DE LAS VÍAS AÉREAS
- 14 3180 MANEJO DE LAS VÍAS AÉREAS ARTIFICIALES
- 15 3210 MANEJO DEL ASMA
- 16 3250 MEJORAR LA TOS
- 17 3350 MONITORIZACIÓN RESPIRATORIA
- 18 3320 OXIGENOTERAPIA

			X	X
			X	
			X	X
				X
				X
			X	X
			X	X
			X	X
		X	X	X
			X	X
		X	X	X
			X	X

CLASE L CONTROL DE LA PIEL/HÉRIDAS

- 1 3584 CUIDADOS DE LA PIEL: TRATAMIENTO TÓPICO
- 2 3660 CUIDADOS DE LAS HERIDAS
- 3 3662 CUIDADOS DE LAS HERIDAS: DRENAJE CERRADO
- 4 3661 CUIDADOS DE LAS HERIDAS: QUEMADURAS
- 5 3440 CUIDADOS DEL SITIO DE LA INCISIÓN
- 6 3680 IRRIGACIÓN DE HERIDAS
- 7 3550 MANEJO DEL PRURITO*
- 8 3620 SUTURA
- 9 3590 VIGILANCIA DE LA PIEL

		X	X	X
			X	
			X	X
			X	

CLASE M TERMOREGULACIÓN

- 1 3900 REGULACIÓN DE LA TEMPERATURA
- 2 3780 TRATAMIENTO DE LA EXPOSICIÓN AL CALOR
- 3 3740 TRATAMIENTO DE LA FIEBRE
- 4 3800 TRATAMIENTO DE LA HIPOTERMIA

				X
				X

CLASE N CONTROL DE LA PERFUSIÓN TISULAR

- 1 4160 CONTROL DE HEMORRAGIAS

--	--	--	--	--

CLASE Q POTENCIACIÓN DE LA COMUNICACIÓN

1 4920 ESCUCHA ACTIVA

	X	X		X
--	---	---	--	---

CLASE R AYUDA PARA HACER FRENTE A SITUACIONES DIFÍCILES

1 5270 APOYO EMOCIONAL
 2 5250 APOYO EN LA TOMA DE DECISIONES*
 3 5260 CUIDADOS EN LA AGONÍA
 4 5395 MEJORA DE LA AUTOCONFIANZA
 5 5340 PRESENCIA

X	X	X	X	X
X		X		X
			X	

CLASE S EDUCACIÓN DE LOS PACIENTES

1 5620 ENSEÑANZA: HABILIDAD PSICOMOTORA
 2 5606 ENSEÑANZA: INDIVIDUAL
 3 5618 ENSEÑANZA: PROCEDIMIENTO/TRATAMIENTO
 4 5602 ENSEÑANZA: PROCESO DE ENFERMEDAD
 5 5622 ENSEÑANZA: SEXO SEGURO
 6 5624 ENSEÑANZA: SEXUALIDAD
 7 5580 INFORMACIÓN PREPARATORIA: SENSORIAL

				X
X		X	X	X
X			X	X
X		X		X

CLASE T FOMENTO DE LA COMODIDAD PSICOLÓGICA

1 5820 DISMINUCIÓN DE LA ANSIEDAD

X	X	X		X
---	---	---	--	---

CAMPO 4 SEGURIDAD

CLASE U CONTROL DE CASOS DE CRISIS

1 6200 CUIDADOS EN LA EMERGENCIA
 2 6140 MANEJO DEL CÓDIGO DE URGENCIAS
 3 6260 OBTENCIÓN DE ÓRGANOS
 4 6240 PRIMEROS AUXILIOS
 5 6320 RESUCITACIÓN
 6 6364 TRIAJE: CENTRO DE URGENCIA

		X	X	X
			X	X
				X
X				X

CLASE V CONTROL DE RIESGOS

1 6630 AISLAMIENTO
 2 6400 APOYO EN LA PROTECCIÓN CONTRA ABUSOS
 3 6340 CONTROL DE AGENTES QUÍMICOS*
 4 6540 CONTROL DE INFECCIONES
 5 6522 EXPLORACIÓN DE LA MAMA
 6 9050 FOMENTAR LA SEGURIDAD EN EL VEHÍCULO*
 7 6610 IDENTIFICACIÓN DE RIESGOS*

	X	X		X
	X			
	X	X	X	
		X	X	
		X		
		X		

- 8 6448 MANEJO AMBIENTAL
- 9 6487 MANEJO AMBIENTAL: PREVENCIÓN DE LA VIOLENCIA
- 10 6486 MANEJO AMBIENTAL: SEGURIDAD
- 11 6450 MANEJO DE IDEAS ILUSORIAS
- 12 6410 MANEJO DE LA ALERGIA
- 13 6412 MANEJO DE LA ANAFILAXIA*
- 14 6680 MONITORIZACIÓN DE LOS SIGNOS VITALES
- 15 6590 PRECAUCIONES CON LOS TORNQUETES NEUMÁTICOS
- 16 6470 PRECAUCIONES CONTRA FUGAS
- 17 6500 PRECAUCIONES CONTRA INCENDIOS PROVOCADOS
- 18 6570 PRECAUCIONES EN LA ALERGIA AL LÁTEX
- 19 3200 PRECAUCIONES PARA EVITAR LA ASPIRACIÓN*
- 20 6490 PREVENCIÓN DE CAÍDAS
- 21 6648 PREVENCIÓN DE LAS LESIONES DEPORTIVAS: JÓVENES*
- 22 6340 PREVENCIÓN DEL SUICIDIO*
- 23 6550 PROTECCIÓN CONTRA LAS INFECCIONES
- 24 6420 RESTRICCIÓN DE ZONAS DE MOVIMIENTO
- 25 6580 SUJECIÓN FÍSICA*
- 26 6650 VIGILANCIA
- 27 6654 VIGILANCIA: SEGURIDAD

		X		
	X	X		
		X		
	X			
X			X	X
				X
	X			
	X			
		X	X	X
		X	X	X
	X			
		X		
	X			
	X		X	
		X		
		X		

CAMPO 5 FAMILIA

CLASE W CUIDADOS DE UN NUEVO BEBE

CLASE Z CUIDADOS DE CRIANZA DE UN NUEVO BEBE

CLASE X CUIDADOS DE LA VIDA

CAMPO 6 SISTEMA SANITARIO

CLASE Y MEDIACIÓN DEL SISTEMA SANITARIO

- 1 7410 AUTORIZACIÓN DE SEGUROS
- 2 7310 CUIDADOS DE ENFERMERÍA AL INGRESO
- 3 7440 FACILITAR LOS PERMISOS
- 4 7400 GUÍAS DEL SISTEMA SANITARIO
- 5 7460 PROTECCIÓN DE LOS DERECHOS DEL PACIENTE

X	X		X	
		X		X

CLASE a GESTIÓN DEL SISTEMA SANITARIO

- 1 7610 ANÁLISIS DE LABORATORIO A PIE DE CAMA
- 2 7680 AYUDA EN LA EXPLORACIÓN

X				
X				

- 3 7710 COLABORACIÓN CON EL MÉDICO
- 4 7620 COMPROBACIÓN DE SUSTANCIAS CONTROLADAS
- 5 7630 CONTENCIÓN DE COSTES
- 6 7650 DELEGACIÓN
- 7 7850 DESARROLLO DEL PERSONAL
- 8 7700 EVALUACIÓN DE COMPAÑEROS
- 9 7760 EVALUACIÓN DE LOS PRODUCTOS
- 10 7690 INTERPRETACIÓN DE DATOS DE LABORATORIO
- 11 7880 MANEJO DE LA TECNOLOGÍA
- 12 8550 MANEJO DE RECURSOS ECONÓMICOS*
- 13 7840 MANEJO DE LOS SUMINISTROS
- 14 7820 MANEJO DE MUESTRAS
- 15 7722 PRECEPTOR: EMPLEADO
- 16 7660 REVISIÓN DEL CARRO DE EMERGENCIAS
- 17 7830 SUPERVISIÓN DEL PERSONAL
- 18 7892 TRANSPORTE: DENTRO DE LA INSTALACIÓN
- 19 7890 TRANSPORTE: ENTRE INSTALACIONES

X				X
X				X
		X	X	
X		X		X
X			X	X
X				X
X				X

CLASE b CONTROL DE LA INFORMACIÓN

- 1 7910 CONSULTA
- 2 7930 DECLARACIÓN/TESTIMONIO
- 3 8100 DERIVACIÓN
- 4 7920 DOCUMENTACIÓN
- 5 8140 INFORME DE TURNOS
- 6 7960 INTERCAMBIO DE INFORMACIÓN DE CUIDADOS DE SALUD
- 7 8120 RECOGIDA DE DATOS PARA LA INVESTIGACIÓN
- 8 8020 REUNIÓN MULTIDISCIPLINAR SOBRE CUIDADOS
- 9 8060 TRASCRIPTIÓN DE ORDENES

X	X	X		
X		X		X
X			X	
				X
		X	X	X

CAMPO 7 COMUNIDAD

CLASE c FOMENTO DE LA SALUD DE LA COMUNIDAD

- 1 8700 DESARROLLO DE UN PROGRAMA
- 2 5510 EDUCACIÓN SANITARIA
- 3 8500 FOMENTAR LA SALUD DE LA COMUNIDAD
- 4 6530 MANEJO DE LA INMUNIZACIÓN/VACUNACIÓN*
- 5 5516 MEJORAR EL ACCESO A LA INFORMACIÓN SANITARIA
- 6 7990 SEGUIMIENTO DE LA POLÍTICA SANITARIA

X		X		
X		X		
X				
X		X		
	X	X	X	
X		X		

CLASE d CONTROL DE RIESGOS DE LA COMUNIDAD

- 1 8820 CONTROL DE ENFERMEDADES TRANSMISIBLES
- 2 6484 MANEJO AMBIENTAL: COMUNIDAD
- 3 6489 MANEJO AMBIENTAL: SEGURIDAD DEL TRABAJADOR
- 4 8810 PREPARACIÓN ANTE EL BIOTERRORISMO
- 5 8840 PREPARACIÓN PARA UN DESASTRE EN LA COMUNIDAD
- 6 8850 PROTECCIÓN DE RIEGOS AMBIENTALES

X		X		
X		X		
X		X		X
X		X		
X		X		
X		X		
37	22	44	54	92

ANEXO: IV

ENFERMERÍA AMBULATORIA Y DE SALUD PÚBLICA/COMUNIDAD

- 1 ADMINITRACIÓN DE MEDICACIÓN: INTRAMÉDICA
- 2 ADMINITRACIÓN DE MEDICACIÓN: INTRAVENOSA
- 3 ADMINITRACIÓN DE MEDICACIÓN: INTRAMUSCULAR
- 4 ADMINITRACIÓN DE MEDICACIÓN: ORAL
- 5 ADMINITRACIÓN DE MEDICACIÓN: SUBCÚTANEA
- 6 ANÁLISIS DE LABORATORIO A PIE DE CAMA
- 7 ANÁLISIS DE LA SITUACIÓN SANITARIA
- 8 APOYO EMOCIONAL
- 9 APOYO EN LA PROTECCIÓN CONTRA ABUSOS
- 10 APOYO EN TOMA DE DECISIONES
- 11 APOYO PARA LA CONSECUCCIÓN DEL SUSTENTO
- 12 ASESORAMIENTO NUTRICIONAL
- 13 ASISTENCIA EN EL MANTENIMIENTO DEL HOGAR
- 14 AUMENTAR EL AFRONTAMIENTO
- 15 AYUDA EN LA EXPLORACIÓN
- 16 COLABORACIÓN CON EL MÉDICO
- 17 CONSULTA

18	DELEGACIÓN
19	DERIVACIÓN
20	DESARROLLO DE UN PROGRAMA
21	DISMINUCIÓN DE LA ANSIEDAD
22	DOCUMENTACIÓN
23	EDUCACIÓN SANITARIA
24	ENSEÑANZA: DIETA PRESCRITA
25	ENSEÑANZA: GRUPO
26	ENSEÑANZA: INDIVIDUAL
27	ENSEÑANZA: MEDICAMENTOS PRESCRITOS
28	ENSEÑANZA: NUTRICIÓN DEL BEBÉ
29	ENSEÑANZA: NUTRICIÓN DEL NIÑO
30	ENSEÑANZA: PROCESO DE ENFERMEDAD
31	ENSEÑANZA: SEGURIDAD DEL NIÑO
32	ENSEÑANZA:SEGURIDAD DEL BEBÉ
33	ENSEÑANZA: SEXO SEGURO
34	FOMENTAR LA PATERNIDAD
35	FOMENTAR LA SALUD DE LA COMUNIDAD
36	FOMENTAR LA SEGURIDAD EN EL VEHÍCULO
37	GESTIÓN DE CASOS
38	GUÍAS DEL SISTEMA SANITARIO
39	IDENTIFICACIÓN DE RIESGOS
40	INTERCAMBIO DE INFORMACIÓN DE CUIDADOS DE SALUD
41	INTERMEDIACIÓN CULTURAL
42	MANEJO AMBIENTAL : COMUNIDAD
43	MANEJO AMBIENTAL: PREPARACIÓN DEL HOGAR
44	MANEJO AMBIENTAL: SEGURIDAD DEL TRABAJADOR
45	MANEJO DE LA INMUNIZACIÓN/VACUNACIÓN
46	MANEJO DE LA MEDICACIÓN
47	MANEJO DE LOS RECURSOS ECONÓMICOS
49	MARKETING SOCIAL
50	MEJORAR EL ACCESO A LA INFORMACIÓN SANITARIA
51	MODIFICACIÓN DE LA CONDUCTA
53	MONITORIZACIÓN DE LOS SIGNOS VITALES
54	MUESTRA DE SANGRE CAPILAR
55	PLANIFICACIÓN FAMILIAR: ANTICONCEPTIVOS

56	PREPARACIÓN ANTE EL BIOTERRORISMO
57	PREPARACIÓN PARA UN DESASTRE EN LA COMUNIDAD
58	PROTECCIÓN DE RIESGOS AMBIENTALES
58	SEGUIMIENTO DE LA POLÍTICA SANITARIA
60	SEGUIMIENTO TELEFÓNICO
61	SUPERVISIÓN DE PERSONAL
62	TRANSPORTE: ENTRE INSTALACIONES
63	TRIAJE: CENTRO DE URGENCIAS
64	TRIAJE: TELÉFONO
65	VIGILANCIA: COMUNIDAD

ANEXO: VIII

ENFERMERÍA DE URGENCIAS Y CUIDADOS CRÍTICOS

1	ADMINISTRACIÓN DE ANALGÉSICOS
2	ADMINISTRACIÓN DE MEDICACIÓN
3	ADMINISTRACIÓN DE MEDICACIÓN: INTRAVENOSA
4	ADMINISTRACIÓN DE PRODUCTOS SANGUÍNEOS
5	APOYO AL CUIDADOR PRINCIPAL
6	APOYO EMOCIONAL
7	APOYO EN LA TOMA DE DECISIONES
8	APOYO EN LA PROTECCIÓN CONTRA ABUSOS: CONYÚGE
9	APOYO EN LA PROTECCIÓN CONTRA ABUSOS: NIÑO
10	ASPIRACIÓN DE LAS VÍAS AÉREAS
11	CAMBIO DE POSICIÓN
12	COLABORACIÓN CON EL MÉDICO
13	CUIDADOS CARDÍACOS: AGUDOS
14	CUIDADOS CARDÍACOS: DISPOSITIVOS DE AYUDA MECÁNICO
15	CUIDADOS CIRCULATORIOS: INSUFICIENCIA ARTERIAL

16	CUIDADOS CIRCULATORIOS: INSUFICIENCIA VENOSA
17	CUIDADOS DE LAS HERIDAS
18	CUIDADOS EN LA EMERGENCIA
19	DELEGACIÓN
20	DESTETE DE LA VENTILACIÓN MECÁNICA
21	DISMINUCIÓN DE LA ANSIEDAD
22	DOCUMENTACIÓN
23	ENSEÑANZA: GRUPO
24	ENSEÑANZA: INDIVIDUAL
25	ENSEÑANZA: PROCEDIMIENTO/TRATAMIENTO
26	FACILITAR LA PRESENCIA DE LA FAMILIA
27	FACILITAR LAS VISITAS
28	FOMENTAR LA IMPLICACIÓN FAMILIAR
29	FLEBOTOMÍA: MUESTRA DE SANGRE VENOSA
30	INTERVENCIÓN EN CASO DE CRISIS
31	MANEJO DE ELECTRÓLITOS
32	MANEJO DE LA ANAFILAXIA
33	MANEJO DE LA DISRITMIA
34	MANEJO DE LA HIPOVOLEMIA
35	MANEJO DE LA SEDACIÓN
36	MANEJO DE LA TECNOLOGÍA
37	MANEJO DE LA TERAPIA TROMBOLÍTICA
38	MANEJO DE LA VENTILACIÓN MECÁNICA: INVASIVA
39	MANEJO DE LA VENTILACIÓN MECÁNICA: NO INVASIVA
40	MANEJO DE LAS CONVULSIONES
41	MANEJO DE LAS NÁUSEAS
42	MANEJO DE LAS VÍAS AÉREAS
43	MANEJO DE LAS VÍAS AÉREAS ARTIFICIALES
44	MANEJO DE LÍQUIDOS
45	MANEJO DE LÍQUIDOS/ELECTRÓLITOS
46	MANEJO DEL CÓDIGO DE URGENCIAS
47	MANEJO DEL DESFIBRILADOR: EXTERNO
49	MANEJO DEL DESFIBRILADOR: INTERNO
50	MANEJO DEL DOLOR
51	MANEJO DEL MARCAPASOS:PERMANENTE
53	MANEJO DEL MARCAPASOS:TEMPORAL

54	MANEJO DEL SHOCK
55	MANEJO DEL VÓMITO
56	MONITORIZACIÓN ÁCIDO-BASE
57	MONITORIZACIÓN DE ELECTRÓLITOS
58	MONITORIZACIÓN DE LA PRESIÓN INTRACRANEAL
58	MONITORIZACIÓN DE ELECTRÓLITOS
60	MONITORIZACIÓN DE SIGNOS VITALES
61	MONITORIZACIÓN HEMODINÁMICA INVASIVA
62	MONITORIZACIÓN NEUROLÓGICA
63	MONITORIZACIÓN RESPIRATORIA
64	OXIGENOTERAPIA
65	PLANIFICACIÓN AL ALTA
66	PRECAUCIONES CARDÍACAS
67	PREPARACIÓN PARA EL BIOTERRORISMO
68	PRIMEROS AUXILIOS
69	PROTECCIÓN DE LOS DERECHOS DEL PACIENTE
70	PUNCIÓN INTRAVENOSA
71	RECOGIDA DE DATOS FORENSES
72	REGULACIÓN DE LA TEMPERATURA
73	REGULACIÓN HEMODINÁMICA
74	REPOSICIÓN DE LÍQUIDOS
75	REUNIÓN MULTIDISCIPLINAR SOBRE CUIDADOS
76	TERAPIA INTRAVENOSA
77	TRANSPORTE: DENTRO DE LA INSTALACIÓN
78	TRANSPORTE: ENTRE INSTALACIONES

ANEXO: VI

ENFERMERÍA DE SALUD LABORAL Y EPIDEMIOLOGÍA/CONTROL DE INFECCIONES

1	ANÁLISIS DE LA SITUACIÓN SANITARIA
2	APOYO A LA FAMILIA
3	APOYO EMOCIONAL
4	APOYO EN LA TOMA DE DECISIONES
5	ASESORAMIENTO
6	ASESORAMIENTO NUTRICIONAL
7	AYUDAR PARA DEJAR DE FUMAR
8	AYUDA PARA DISMINUIR EL PESO
9	CONSULTA POR TELÉFONO
10	CONTROL DE LAS ENFERMEDADES TRANSMISIBLES
11	CONTROL DE LAS INFECCIONES
12	CONTROL DE LAS INFECCIONES: INTRAOPERATORIO
13	CUIDADOS CARDÍACOS: REHABILITACIÓN
14	CUIDADOS DE LOS OÍDOS
15	CUIDADOS DE LA EMERGENCIA
16	CUIDADOS PRENATALES
17	DERIVACIÓN
18	DESARROLLO DE UN PROGRAMA
19	DESMINUCIÓN DE LA ANSIEDAD
20	EDUCACIÓN PATERNA: ADOLESCENTES
21	EDUCACIÓN PATERNA: CRIANZA FAMILIAR DE NIÑOS
22	EDUCACIÓN SANITARIA
23	EDUCACIÓN: SEXO SEGURO
24	ENSEÑANZA: GRUPO
25	ENSEÑANZA: INDIVIDUAL
26	ESCUCHA ACTIVA
27	EVALUACIÓN DE PRODUCTOS
28	FACILITAR EL APRENDIZAJE
29	FOMENTAR LA SEGURIDAD EN EL VEHÍCULO
30	FOMENTAR EL EJERCICIO
31	GESTIÓN DE CASOS
32	GUÍA DE ANTICIPACIÓN
33	GUÍAS DEL SISTEMA SANITARIO
34	IDENTIFICACIÓN DE RIESGOS
35	INTERVENCIÓN EN CASOS DE CRISIS
36	MANEJO AMBIENTAL: COMUNIDAD

37	MANEJO AMBIENTAL: PREVENCIÓN DE LA VIOLENCIA
38	MANEJO AMBIENTAL: SEGURIDAD
39	MANEJO AMBIENTAL: SEGURIDAD DEL TRABAJADOR
40	MANEJO DE LA ALERGIA
41	MANEJO DE LA INMUNIZACIÓN/VACUNACIÓN
42	MANEJO DE LA TECNOLOGÍA
43	MANEJO DEL ASMA
44	MANEJO DEL DESFIBRILADOR: EXTERNO
45	MANEJO DEL PESO
46	MARKETING SOCIAL
47	MEJORAR EL ACCESO A LA INFORMACIÓN SANITARIA
49	MONITORIZACIÓN DE LA CALIDAD
50	MONITORIZACIÓN RESPIRATORIA
51	PRECAUCIONES EN LA ALERGIA AL LÁTEX
53	PREPARACIÓN ANTE EL BIOTERRORISMO
54	PREVENCIÓN DE CAÍDAS
55	PREVENCIÓN DE CONSUMO DE SUSTANCIAS NOCIVAS
56	PROTECCIÓN CONTRA LAS INFECCIONES
57	PROTECCIÓN DE RIESGOS AMBIENTALES
58	RECOGIDA DE DATOS PARA LA INVESTIGACIÓN
58	SEGUIMIENTO DE LA POLÍTICA SANITARIA
60	SEGUIMIENTO TELEFÓNICO
61	TRATAMIENTO POR EL CONSUMO DE SUSTANCIAS NOCIVAS
62	TRIAJE: CATÁSTROFE
63	VIGILANCIA
64	VIGILANCIA:SEGURIDAD

ANEXO: V

ENFERMERÍA DE SALUD MENTAL

1	ADMINISTRACIÓN DE MEDICACIÓN
2	AISLAMIENTO
3	APOYO EN LA PROTECCIÓN CONTRA ABUSOS
4	ASESORAMIENTO
5	AUMENTAR EL AFRONTAMIENTO
6	AYUDA EN LOS AUTOCUIDADOS: AIVD
7	AYUDA PARA EL CONTROL DEL ENFADO
8	BIBLIOTERAPIA
9	CONSULTA
10	CONTROL DE AGENTES QUÍMICOS
11	CONTROL DEL HUMOR
12	DISMINUCIÓN DE LA ANSIEDAD
13	ENTRENAMIENTO DE LA ASERTIVIDAD
14	ENTRENAMIENTO PARA CONTROLAR LOS IMPULSOS
15	ESCUCHA ACTIVA
16	ESTABLECER LÍMITES
17	FACILITAR EL DUELO
18	FACILITAR LA EXPRESIÓN DE SENTIMIENTOS DE CULPA
19	FACILITAR LOS PERMISOS
20	FOMENTAR LA IMPLICACIÓN FAMILIAR
21	FOTOTERAPIA: REGULACIÓN DEL BIORRITMO
22	GESTIÓN DE CASOS
23	GRUPO DE APOYO
24	INTERVENCIÓN EN CASO DE CRISIS
25	LLEVAR UN DIARIO
26	MANEJO AMBIENTAL: PREVENCIÓN DE LA VIOLENCIA
27	MANEJO DE LAS IDEAS ILUSORIAS
28	MANEJO DE LA CONDUCTA: AUTOLESIÓN
29	MANEJO DE LA CONDUCTA: HIPERACTIVIDAD/FALTA DE ATENCIÓN
30	MANEJO DE LA CONDUCTA: SEXUAL
31	MANEJO DE LA DEMENCIA
32	MANEJO DE LA DEMENCIA: BAÑO
33	MANEJO DE LA MEDICACIÓN
34	MANEJO DE LA TERAPIA ELECTROCONVULSIVA
35	MANEJO DE LAS ALUCINACIONES
36	MANEJO DE LOS TRASTORNOS DE LA ALIMENTACIÓN

37	MEJORAR EL ACCESO A LA INFORMACIÓN SANITARIA
38	MODIFICACIÓN DE LA CONDUCTA
39	MODIFICACIÓN DE LA CONDUCTA: HABILIDADES SOCIALES
40	ORIENTACIÓN A LA REALIDAD
41	POTENCIACIÓN DE LA AUTOESTIMA
42	POTENCIACIÓN DE LA CONCIENCIA DE SÍ MISMO
43	POTENCIACIÓN DE LA IMAGEN CORPORAL
44	PRECAUCIONES CONTRA LAS FUGAS
45	PRECAUCIONES CONTRA INCENDIOS PROVOCADOS
46	PREVENCIÓN DEL CONSUMO DE SUSTANCIAS NOCIVAS
47	PREVENCIÓN DEL SUICIDIO
49	REESTRUCTURACIÓN COGNITIVA
50	RELACIONES COMPLEJAS EN EL HOSPITAL
51	RESTRICCIÓN DE ZONAS DE MOVIMIENTO
53	SUJECCIÓN FÍSICA
54	TÉCNICA DE RELAJACIÓN
55	TERAPIA CON EL ENTORNO
56	TERAPIA CON LOS JUEGOS
57	TERAPIA DE GRUPO
58	TERAPIA DE REMINISCENCIA
58	TERAPIA FAMILIAR
60	TRATAMIENTO POR EL CONSUMO DE SUSTANCIAS NOCIVAS: DROGAS
61	TRATAMIENTO POR EL CONSUMO DE SUSTANCIAS NOCIVAS: ALCOHOL

ANEXO: VII

ENFERMERÍA MEDICOQUIRÚRGICA

1	ADMINISTRACIÓN DE MEDICACIÓN
2	ADMINISTRACIÓN DE NUTRICIÓN PARENTERAL TOTAL
3	ADMINISTRACIÓN DE PRODUCTOS SANGUÍNEOS

4	ALIMENTACIÓN ENTERAL POR SONDA
5	APOYO EMOCIONAL
6	AISTENCIA EN LA ANALGESIA CONTROLADA POR EL PACIENTE
7	ASPIRACIÓN DE LAS VÍAS AÉREAS
8	AYUDA AL AUTOCUIDADO
9	CONTROL DE AGENTES QUÍMICOS
10	CONTROL DE INFECCIONES
11	CONTROL DE LA MEDICACIÓN
12	CUIDADOS CIRCULATORIOS: INSUFICIENCIA ARTERIAL
13	CUIDADOS CIRCULATORIOS: INSUFICIENCIA VENOSA
14	CUIDADOS DE LA INCONTINENCIA INTESTINAL
15	CUIDADOS DE INCONTINENCIA URINARIA
16	CUIDADOS DE LA OSTOMÍA
17	CUIDADOS DE LA SONDA GASTROINTESTINAL
18	CUIDADOS DE LAS HERIDAS
19	CUIDADOS DE LAS ÚLCERAS POR PRESIÓN
20	CUIDADOS DE LA TRACCIÓN/INMOVILIZACIÓN
21	CUIDADOS DEL CATÉTER URINARIO
22	CUIDADOS DEL DRENAJE TORÁCICO
23	CUIDADOS DEL PACIENTE ENCAMADO
24	CUIDADOS DEL SITIO DE LA INCISIÓN
25	CUIDADOS POSMORTEN
26	DESARROLLO DESITUACIÓN CRITICA
27	DISMINUCIÓN DE LA HEMORRAGIA GASTROINTESTINAL
28	DOCUMENTACIÓN
29	ENSEÑANZA INDIVIDUAL
30	ENSEÑANZA: MEDICAMENTOS PRESCRITOS
31	ENSEÑANZA: PROCEDIMIENTO/TRATAMIENTO
32	ENSEÑANZA: PROCESO DE ENFERMEDAD
33	ENTRENAMIENTO INTESTINAL
34	FACILITAR LA PRESENCIA DE LA FAMILIA
35	FOMENTAR AL IMPLICACIÓN FAMILIAR
36	INTERPRETACIÓN DE LOS DATOS DE LABORATRIO
37	MANEJO DE ÁCIDO-BASE
38	MANEJO DE ELECTRÓLITOS
39	MANEJO DE LA ELIMINACIÓN URINARIA

40	MANEJO DE LA HIPERGLUCEMIA
41	MANEJO DE LA HIPOGLUCEMIA
42	MANEJO DE LA MEDICACIÓN
43	MANEJO DE LA NUTRICIÓN
44	MANEJO DE LA QUIMIOTERAPIA
45	MANEJO DE LA VENTILACIÓN MECÁNICA: NO INVASIVA
46	MANEJO DE LAS CONVULSIONES
47	MANEJO DE LAS NÁUSEAS
49	MANEJO DE LAS VÍAS AÉREAS ARTIFICIALES
50	MANEJO DE LÍQUIDOS/ELECTROLITOS
51	MANEJO DE LAS PRESIONES
53	MANEJO DEL ASMA
54	MANEJO DEL CÓDIGO DE URGENCIAS
55	MANEJO DEL DOLOR
56	MANEJO DEL MARCAPASOS: PERMANENTE
57	MANEJO DEL SHOCK
58	MANEJO DEL VÓMITO
58	MEJORAR EL ACCESO A LA INFORMACIÓN SANITARIA
60	MONITORIZACIÓN DE LA CALIDAD
61	MONITORIZACIÓN DE SIGNOS VITALES
62	MONITORIZACIÓN NEUROLÓGICA
63	MONITORIZACIÓN RESPIRATORIA
64	MUESTRA DE SANGRE CAPILAR
65	OXIGENOTERAPIA
66	PLANIFICACIÓN DEL ALTA
67	PRECAUCIONES CONTRA LAS CONVULSIONES
68	PRECAUCIONES PARA EVITAR LA ASPIRACIÓN
69	PREVENCIÓN DE CAÍDAS
70	PREVENCIÓN DE ÚLCERAS POR PRESIÓN
71	PREVENCIÓN DEL SHOCK
72	PROTECCIÓN DE LOS DERECHOS DEL PACIENTE
73	PUNCIÓN INTRAVENOSA
74	REUNIÓN MULTIDISCIPLINAR SOBRE CUIDADOS
75	SUJECIÓN FÍSICA
76	SUPERVISIÓN DEL PERSONAL
77	TERAPIA INTRAVENOSA

