

De los cuidados registrados al  
diagnóstico de enfermería:  
Análisis cualitativo de las  
expresiones prediagnósticas  
registradas por las enfermeras del  
Hospital General Universitario de  
Alicante.

Escuela Universitaria de Enfermería  
Universidad de Alicante  
Hogeschool Zeeland, 2003-2004  
**Tutor:** Eleuterio Gandía Hernández  
Dpto. de Enfermería. UA.  
*Alumna: Manuela Domingo Pozo.*

Título del proyecto:

**De los cuidados registrados al diagnóstico de enfermería:  
Análisis cualitativo de las expresiones prediagnósticas  
registradas por las enfermeras del Hospital General  
Universitario de Alicante.**

Alumna:

Nombre y apellidos: Manuela Domingo Pozo

DNI: 52.779.851-a

E-mail: domingo\_man@gva.es

“Prohibida la reproducción total o parcial de este texto por medio de imprenta, fotocopia, microfilm u otros, sin permiso expreso de la Hogeschool Zeeland y del autor”

## Agradecimientos:

Quisiera agradecer toda la ayuda prestada en el desarrollo de este proyecto a mi tutor el profesor D. Eleuterio Gandía, gracias por tener una paciencia infinita incluso en los momentos más críticos.

Gracias también a mi amigo y compañero D. Miguel Ángel Fernández por facilitarme el acceso al campo de investigación.

Gracias a mi compañera M<sup>a</sup> José Muñoz por ayudarme con el idioma.

Como no, a mis amigas María y Eva, vosotras que sois el mejor equipo de investigación. A todos aquellos y aquellas que soportan mis cambios de humor, mis infinitas horas de trabajo... a ti también Lore.

Pero si a alguien tengo que dar gracias es a mi mayor apoyo y soporte, a esa persona que es la mejor persona y enfermero que he encontrado en mi camino. A mi marido: gracias por estar a mi lado, gracias por apoyarme, gracias por y para siempre.

“...con todo lo que yo tengo para dar y todo lo que siento dentro en la única manera que yo conozco.

Completamente y para siempre”.

## Resumen del proyecto.

Estudio de tipo descriptivo y analítico cuyo objetivos son: 1) Clasificar las expresiones utilizadas por las enfermeras en la hoja de cuidados del paciente en el Hospital General Universitario de Alicante (HGUA) en un sistema de categorías teóricas establecido por el equipo investigador en un estudio piloto. 2) Analizar las expresiones prediagnósticas que registran las enfermeras del HGUA en los registros de enfermería. 3) Inducir los diagnósticos enfermeros más frecuentes en el Hospital General Universitario de Alicante a través de las actividades registradas en la hoja de cuidados. Para conseguir estos objetivos se plantean las siguientes hipótesis: 1) De las expresiones prediagnósticas registradas por las enfermeras del HGUA se inducen los diagnósticos de enfermería más prevalentes del HGUA. 2) Los cuidados registrados se distribuyen en torno a un sistema de categorías teóricas elaborado por el equipo investigador.

Metodología: Estudio epidemiológico o de caracterización de tipo cuantitativo/cualitativo retrospectivo. Los sujetos de estudio son hojas de cuidados de enfermería (N=401). En cuanto a las variables a estudio: Sistema de 22 categorías teóricas y las expresiones prediagnósticas registradas por las enfermeras. Se realiza un análisis de contenido de las hojas de cuidados, se agrupan las expresiones en el sistema de categorías. Se construye la categoría “Expresiones prediagnósticas”.

Del análisis de datos se obtiene gran cantidad de resultados que se desarrollan en el presente trabajo, el número total de anotaciones es de 5589. Las categorías más frecuentes el control de constantes, administración de medicación, bienestar general, pruebas diagnósticas. Se destaca que la categoría “expresiones prediagnósticas” supone un 12 % de las unidades de texto analizadas. Se inducen 33 etiquetas diagnósticas de las 656 expresiones prediagnósticas analizadas. Las que aparecen con mayor frecuencia son: riesgo de infección (26,07%), dolor agudo (19,97%) y el deterioro de la integridad tisular/cutánea (13,11%).

Creemos que los datos extraídos de esta investigación pueden ser muy útiles para el análisis de lo que las enfermeras consideran más importante en su trabajo y que por ello registran, el análisis de las anotaciones refleja una cultura de la profesión y unos valores que han de tenerse en cuenta para el cambio de la organización de trabajo como puede ser el proyecto en el que está inmerso el HGUA de implantación de planes de cuidados. De las 33 etiquetas diagnósticas inducidas a través de las expresiones prediagnósticas que registran las enfermeras del HGUA se debe extraer el etiquetado diagnóstico, para los planes de cuidados, que las enfermeras reconozcan como propio. A la vista de los resultados obtenidos cabría un análisis más profundo de la categoría construida a la que hemos denominado expresiones prediagnósticas y analizar el significado de cada una de las unidades de texto, expresión a expresión, con las enfermeras para verificar la inducción de etiquetas diagnósticas que este equipo investigador ha realizado.

# Índice de contenidos:

<b>1. INTRODUCCIÓN.</b> .....	6
1.1. Panorama actual sobre los diagnósticos enfermeros .....	6
1.2. Justificación del proyecto.....	8
<b>2. OBJETIVOS.</b> .....	10
2.1. Introducción.....	10
2.2. Objetivos .....	10
<b>3. MATERIAL Y MÉTODOS.</b> .....	12
3.1. Búsqueda bibliográfica .....	12
3.2. Tipo de estudio.....	13
3.3. Sujetos y variables a estudio.....	13
3.3. Análisis de contenido de las hojas de cuidados .....	14
<b>4. RESULTADOS.</b> .....	18
4.1. Resultados del análisis cuantitativo. ....	18
4.2. Resultados del análisis cualitativo.....	22
<b>5. DISCUSIÓN.</b> .....	32
<b>6. CONCLUSIONES.</b> .....	34
<b>7. BIBLIOGRAFÍA.</b> .....	35
<b>8. ANEXOS:</b> .....	38
8.1. Anexo I: planilla de recogida de datos.....	38
8.2. Anexo II: artículos publicados sobre la línea de investigación. ....	38

## 1. Introducción.

### 1.1. Panorama actual sobre los diagnósticos enfermeros

Si queremos conocer cuáles son las necesidades de cuidados de enfermería de nuestros pacientes para poder ofrecer unos servicios asistenciales adecuados y de calidad, poder planificar el personal necesario a cada unidad y estandarizar los cuidados, previamente a todo ello, se requiere conocer los problemas de enfermería que presentan los pacientes hospitalizados.

Los estudios de prevalencia del diagnóstico enfermero o de las necesidades de cuidados (1,2,3,4,5,6,7,8) comienzan a tener en España gran importancia. Si queremos “medir los cuidados”, conocer los resultados que obtienen las enfermeras o implantar planes de cuidados estandarizados; se hace imprescindible conocer que problemas son los más frecuentes en el medio hospitalario (9,10,11). Pero estos estudios tienen muchas limitaciones, una de las más importantes es el bajo nivel de cumplimentación de los registros de enfermería y la infrautilización del diagnóstico enfermero. (12,13,14)

A pesar de los intentos de puesta en marcha del proceso de atención de enfermería (15,16,17,18,19,20,21,22), o de los diagnósticos de enfermería en la asistencia sanitaria nacional; sin embargo, aún, continúa generando discusión y parece que no termina de generalizarse el uso del proceso diagnóstico en la asistencia diaria de la enfermería. Quero Rufián A.(23) afirma que Alfaro, Gordon y Carpenito consideraron conveniente la inclusión de diagnósticos enfermeros independientemente de que estuvieran aprobados o no por la NANDA, al objeto de facilitar su uso comprensión y utilización. El proceso diagnóstico es fundamental para planificar los cuidados que se aplicarán. Muchos estudios coinciden en resaltar la utilización en los registros clínicos de diagnósticos médicos y actividades biomédicas en detrimento de los diagnósticos de enfermería y las actividades de cuidar propias (12,13).

Teixidor incide en su artículo” El profesional de la enfermería y la reforma de los procesos asistenciales(III)(24)” ... el diagnóstico médico induce el 40 % de la actividad de los cuidados de enfermería y la prescripción médica explica sólo el 26% de la carga de trabajo de los cuidados de enfermería”, “ La importancia de avanzar en la definición y uso de la terminología estandarizada en realización a los diagnósticos, intervenciones y resultados de enfermería... demostrando así que nuestras intervenciones resuelven problemas , ayudan a la persona a estar mejor y a superarse y abren perspectivas de intervención” . Izquierdo Carrasco et al.(25) llegan a afirmar sobre los diagnósticos que no se basan en la realidad española, que la taxonomía de la NANDA no es comprendida por las enfermeras con claridad, creando un factor de resistencia, aunque no cuestionan las ventajas de su utilización.

Así, las enfermeras, consideran que los diagnósticos de enfermería son costosos de enunciar, que no tienen formación necesaria para trabajar con ellos, que no se adaptan a nuestro contexto cultural (la clasificación de la NANDA esta construida en Estados Unidos), que requiere mucho tiempo para formularlos y planificar las actividades y que en la actividad asistencial no hay tiempo (pero curiosamente si lo hay para las tareas delegadas de otros profesionales), que los diagnósticos están a un nivel muy teórico y que no se adaptan a la realidad asistencial, confieren más valor a la practica diaria “las actividades”, lo ven lejano porque no son palabras propias, le dan escaso valor a los diagnósticos de enfermería.(12).

Así, Zambrana A, en el artículo publicado en Index (26) plantea varios interrogantes, si aceptamos trabajar con diagnósticos de enfermería, “¿Es necesario aceptar las etiquetas

diagnósticas de la NANDA?, ¿Es científicamente lógico que para aceptar un diagnósticos de enfermería se deba de votar entre los miembros de una sociedad científica?”. Luis Rodrigo MT (26), remarca la confusión que existe entre el hecho de diagnosticar y el de utilizar para ello una terminología estandarizada. “Diagnostica quién es capaz de determinar cuál es el problema o situación y por qué se ha producido, para lo cual puede usar sus propias palabras o emplear una terminología normalizada como la de la NANDA”. González Carrión (26), subraya que los enfermeros españoles no estamos en condiciones de decir no me gusta la NANDA para su uso en la práctica clínica, mientras no realicemos un estudio previo de validación de cada categoría diagnóstica. Defiende el comenzar a utilizar aquellas categorías diagnósticas que se adaptan a nuestra realidad de hoy, sometiendo a validación y por lo tanto a crítica aquellas con las cuales no estamos totalmente de acuerdo. Coscolla Garcerá E. afirma “que existe la necesidad de dar nombre a eso que detectamos y que no entra en el concepto ya conocido de diagnóstico médico”.

Como se puede ver existe una gran controversia con argumentos a favor y en contra del uso de los diagnósticos de enfermería, una metodología de trabajo, con una amplia base científica que nadie usa, no nos sirve para nada y viceversa. Pero también es cierto que los gestores clínicos de enfermería necesitan de un sistema de registro de datos enfermeros, un programa de orientación al diagnóstico, un sistema generador de planes de cuidados y disponer de la explotación de una base de datos clínica que permita medir la producción (el “producto enfermero”). Los docentes e investigadores de enfermería necesitan disponer de datos válidos para el desarrollo profesional.

Debido a esta problemática y al bajo nivel de cumplimentación de los registros, se llevo a cabo un estudio piloto descriptivo en el H.G.U.A. “Terminología utilizada por las enfermeras del Hospital General Universitario de Alicante en la hoja de cuidados de enfermería”(12), cuya hipótesis a estudio fue “ En la práctica el uso de los registros por parte de los enfermeros del H.G.U.A. es susceptible de mejora en cuanto a su contenido, debido a una baja cumplimentación y evaluación documentada de los cuidados de enfermería”. Este estudio pone de manifiesto la inexistencia de criterios unificados de terminología enfermera, la planificación de los cuidados tan sólo aparece en el 2.25 % de las 104 hojas de cuidados auditadas, las tareas delegadas por otros profesionales son las que mayoritariamente aparecen, minimizando aquellas que tienen que ver directamente con el cuidado. *El diagnóstico de enfermería aparece en un 0 % de las hojas.* En este estudio se refleja la falta de unanimidad en la terminología utilizada. En la actualidad, dentro del Hospital General Universitario de Alicante se ha creado la Comisión de Planes de Cuidados de Enfermería, con el objetivo de implantar en todas las unidades del hospital los planes de cuidados estandarizados e informatizados.

Para llevar a cabo la implantación de planes de cuidados se realizó primero un estudio piloto que, previo a su puesta en marcha, se presentó a la Conselleria de Sanitat y fue becado por la misma. Este estudio lleva por título: “Evaluación de la calidad de los cuidados de enfermería en el Hospital General Universitario de Alicante; informatización de planes de cuidados” (Exp.núm:Ev-Tec-016/2002).

Para conocer los conocimientos, actitudes y opiniones de las enfermeras del HGUA a cerca del proceso enfermero y los diagnósticos de enfermería, se realizó una encuesta semiestructurada y autoadministrada, por correo, de 13 ítems elaborada a propósito del estudio a todas las enfermeras (300) de las 28 unidades de hospitalización. Se enviaron un total de 340 encuestas de las cuales se contestaron N=131. Las variables de estudio son: edad, año fin de carrera, situación laboral, utilización de planes de cuidados y diagnósticos de enfermería, definición de plan de cuidados y sus fases, taxonomías

diagnósticas conocidas, ventajas y desventajas de la informatización de los planes de cuidados.

El 53,4 % de la muestra es personal eventual. La media de edad es de 38,5 años. En cuanto a las actividades más reflejadas en los registros, las enfermeras afirman que son las ya realizadas en un 18.2%, opinan que se registran sobre todo actividades delegadas en un 17.7%. Un 1.9% de la muestra opina que se registran actividades derivadas de diagnósticos de enfermería. El 70,7% de las enfermeras no utilizan los diagnósticos de enfermería debido a: el 38,3 % de la muestra “por que nadie lo hace”, el 24.3% porque le parece que no se pueden aplicar a nuestro contexto profesional y el 22.4 % por falta de conocimientos. El 67.8% de las enfermeras no conoce otras clasificaciones además de la NANDA. (27)

Conocer el lenguaje que utilizan las enfermeras, como se puede observar, no es tarea fácil debido al problema de la infrautilización y bajo nivel de cumplimentación de los registros de enfermería (28,29), como ya hemos demostrado al inicio de la exposición. Las enfermeras sólo plasman por escrito una parte de su trabajo muy limitado, siguiendo procesos mentales desconocidos, probablemente relacionados con la cultura y la autoestima profesional. Apoya esta idea el artículo “Análisis de las causas de la baja cumplimentación de la hoja de valoración del paciente al ingreso por el personal de enfermería”(13) que refleja que tras la realización de un grupo nominal, las causas de la baja cumplimentación de los registros de enfermería fueron:

- 1) Minusvaloración de las tareas propias, tanto por parte de los agentes externos, como por parte de los propios compañeros y también uno mismo. Siempre se antepone la presión de las tareas delegadas que dificulta la realización de las tareas propias de enfermería.
- 2) Dificultad en plasmar por escrito nuestro trabajo por falta de costumbre y desconocimiento del lenguaje apropiado.
- 3) La infraestructura de las plantas no favorece las “tareas intelectuales”.
- 4) Sobrecarga asistencial que deja a la enfermera sin tiempo para sentarse a escribir.
- 5) Formato de hoja no facilitador; sería preferible una hoja semiestructurada.
- 6) Ausencia de refuerzo / motivación (según servicios).

Incluso en las publicaciones de Enfermería se evidencia esa minusvaloración hacia las actividades propias relacionadas con el cuidado (30,31), así Ortega y Sánchez afirma que "es frecuente el uso de términos relacionados con los diagnósticos médicos, complicaciones, signos y síntomas pero no sobre diagnósticos de enfermería o cuidados".(32)

## **1.2. Justificación del proyecto**

Si medimos los cuidados o diagnósticos de enfermería con lo que actualmente se registra, cometeremos un gran error en la determinación de los cuidados reales. Además si se mide en base a lo que se escribe o a una acción ya realizada y que no está basada en una adecuada valoración y planificación de enfermería, es muy difícil justificar si lo que se ha hecho, cubre las necesidades o cuidados que el paciente en realidad necesitaba, por lo que difícilmente podremos asegurar una calidad en los cuidados de enfermería, pudiendo llegar a un elevado riesgo de infra o supra intervención de enfermería. Así mismo para llevar a cabo estudios de la prevalencia del diagnóstico o problemas de enfermería de los pacientes hospitalizados se encontrarán graves limitaciones para llegar desde el proceso enfermero al diagnóstico. Este estudio pretende llegar al diagnóstico de enfermería desde las actividades registradas utilizando para ello el lenguaje propio de las enfermeras. Cabe cuestionar pues si la introducción

de terminologías diagnósticas internacionales como, la clasificación de la NANDA, en el contexto asistencial, sin un estudio previo y análisis del contexto cultural español, podría dificultar su implantación generalizada. Además si se quiere conseguir el éxito en la introducción de planes de cuidados y del diagnóstico enfermero, conocer el punto de partida y la situación actual es imprescindible. Si se utiliza en los planes de cuidados un lenguaje lo más parecido posible al que utilizan los profesionales de enfermería en su trabajo diario actual, se minimizará el rechazo por la no comprensión y no adecuación a la realidad de las unidades. Se supone que la aceptación será mayor porque los profesionales observarán que no es más que una forma más ordenada y estructurada de registrar TODO lo que hacen a diario en su tarea asistencial.

¿Se pueden adaptar los diagnósticos de la NANDA a la realidad española? ¿Y al lenguaje habitual de las enfermeras del HGUA? ¿Se puede facilitar su uso de manera que trabajar con el proceso enfermero sea más fácil que no hacerlo?. Estos y otros interrogantes se pretenden clarificar con este estudio.

## 2. Objetivos.

### 2.1. Introducción.

El proyecto que a continuación se presenta nace de la confluencia de dos factores determinantes:

1. Línea de investigación en registros/documentación clínica de Enfermería de un grupo de trabajo consolidado del que forma parte la autora del proyecto: este grupo nace en el año 1997. Lo componen, en su inicio, varios estudiantes de la Diplomatura de Enfermería de la Universidad de Alicante y el Director de Enfermería del Hospital General Universitario de Alicante. El primer proyecto financiado que lleva a cabo este grupo de trabajo es el titulado “Estudio del grado de cumplimentación de la hoja de valoración del paciente al ingreso por el personal de enfermería en el Hospital General de Alicante: evaluación de las distintas alternativas de mejora”, becado por el Instituto de Salud Carlos III (FIS) durante el periodo 1999-2001. De este proyecto nacen varias comunicaciones orales a congresos y varias publicaciones en revistas científicas de enfermería nacionales. El resultado principal del estudio es la implantación de una nueva hoja de valoración del paciente al ingreso por el personal de enfermería, hoja diseñada por consenso entre las enfermeras del hospital, y el aumento en los niveles de cumplimentación de la nueva hoja respecto a la antigua, sobre todo en lo referente a las necesidades básicas del paciente.
2. Plan de mejora de la calidad de los cuidados de enfermería en el Hospital General de Alicante: la dirección de Enfermería del Hospital elabora un plan de mejora de la calidad de los cuidados de enfermería, creando para ello la Comisión de Planes de Cuidados Estandarizados e Informatizados, comisión de la que la autora del proyecto forma parte como secretaria de la misma. El objetivo es implantar en todas las unidades de hospitalización del hospital planes de cuidados estandarizados e informatizados. Para iniciar el proyecto la comisión solicita financiación a la Conselleria de Sanitat de la Generalitat Valenciana de un estudio piloto, “Evaluación de la calidad de los cuidados de enfermería en el Hospital General de Alicante: informatización de planes de cuidados”. El estudio es finalmente becado (Exp. N°: Ev-Tec 016/2002).

Como continuación de esta línea de trabajo se plantean los siguientes objetivos.

### 2.2. Objetivos

1. Clasificar las expresiones utilizadas por las enfermeras en la hoja de cuidados del paciente en el H.G.U.A en un sistema de categorías teóricas previamente establecido por el equipo investigador.
2. Analizar las expresiones prediagnósticas que registran las enfermeras del HGUA en los registros de enfermería.
3. Inducir los diagnósticos enfermeros más frecuentes en el Hospital General Universitario de Alicante (HGUA) a través de las actividades registradas en la hoja de cuidados.

Para responder a los objetivos planteados y teniendo en cuenta el estado o situación del tema, se plantean las siguientes hipótesis:

1. De las expresiones prediagnósticas registradas por las enfermeras del HGUA se inducen los diagnósticos de enfermería más prevalentes del HGUA.
2. Los cuidados registrados se distribuyen en torno a un sistema de categorías teóricas elaborado por el equipo investigador.

## 3. Material y métodos.

### 3.1. Búsqueda bibliográfica

La revisión de la literatura se realizó a finales del año 2003, previa al diseño del proyecto de investigación. También se incorporan artículos de anteriores búsquedas bibliográficas referidas a la línea de investigación en registros enfermeros del equipo de investigación. Se utilizaron principalmente las siguientes bases de datos:

- **CUIDEN**: base de datos editada por el Centro de Documentación en Enfermería Comunitaria de la Fundación Index (Granada). Indiza artículos de revistas de enfermería españolas de carácter general, dependientes de asociaciones y colegios profesionales. Incluye alrededor de 30 revistas médicas y parte de la producción científica enfermera iberoamericana.
- **Cumulative Index to Nursing and Allied Health Literature (CINAHL)**: es la base de datos internacional más importante de revistas de Enfermería. Indiza algo más de 300 revistas escritas originalmente en inglés y algunas decenas escritas en otros idiomas ( por ejemplo, Enfermería Clínica en español).
- **International Nursing Index (INI) y base de datos MEDLINE**: provee una cobertura mundial de la literatura de Enfermería. Actualmente se indizan más de 300 revistas de enfermería, entre ellas las españolas Rol y Enfermería Intensiva. También se recogen artículos relevantes para la enfermería procedentes de más de 2600 revistas médicas y otras ciencias de la salud.
- **Base de datos para la investigación en Enfermería (BDIE)**: es una base de datos sobre la producción científica de la enfermería española desde 1990. Es el resultado de la colaboración entre la unidad de investigación en servicios de salud del ISCIII, la Biblioteca Nacional de Ciencias de la Salud (ISCIII), la Biblioteca del Complejo Hospitalario Juan Canalejo-Marítimo de Oza (La Coruña) y la Fundación Index (Granada). Incluye, entre otros, y como base de datos específica, proyectos de investigación en enfermería financiados por el FIS y tesinas de enfermería.

También se revisó a través de un buscador toda la información sobre el tema en Internet, utilizando las mismas palabras clave que en las bases de datos.

Las palabras clave utilizadas en la búsqueda fueron las siguientes:

- **Español**: registros/documentación de enfermería, diagnósticos de enfermería, prevalencia del diagnóstico enfermero, planes de cuidados estandarizados, lenguaje de enfermería, análisis de contenido.
- **Inglés**: nursing records/documentation, nursing language, contents analysis, nursing diagnoses.

La búsqueda se restringió a los últimos 5 años y a los artículos escritos en español e inglés. Se incluyeron artículos que consideramos muy relevantes de años anteriores.

Se seccionaron los artículos que el grupo consideró más relevantes y aplicables al proyecto.

### 3.3. Tipo de estudio

Epidemiológico o de caracterización de tipo cuantitativo/cualitativo retrospectivo.

Con un fase descriptiva y otra analítica.(33)

### 3.2. Sujetos y variables a estudio:

Sujetos a estudio: hojas de cuidados de enfermería. del Hospital General Universitario de Alicante.

Selección de la muestra: se realiza un muestreo aleatorio simple retrospectivo (401 hojas) de las hojas de cuidados rellenas por las enfermeras en el año 2002. Así en el año 2002 se produjeron 31290 ingresos por lo que con un nivel de confianza al 95% y un error de estimación 2% y un error de muestreo inferior al 3% el número de hojas seleccionadas es de N=401 historias.

Variables a estudio:

- Sistema de 22 categorías teóricas establecido en el estudio piloto (12):

Pruebas diagnósticas	Cuidados r/c la eliminación urinaria
Cuidados quirúrgicos	Cuidados r/c la eliminación fecal
Cuidados de catéteres	Cuidados r/c el descanso
Bienestar general	Cuidados r/c la respiración
Administración y preparación de medicación.	Cuidados r/c la movilidad
Control de constantes vitales	Cuidados materno-infantiles
Consultas a otros profesionales	Cura de heridas
Cuidados r/c Aseo e higiene	Aspectos psico-sociales
Cuidados r/c Alimentación	Alergias
Cuidados r/c Dolor	Estado de piel y mucosas
Cuidados r/c Seguridad	Otras

- Expresiones prediagnósticas: aquellas expresiones registradas por las enfermeras en la hoja de cuidados que reflejan una respuesta humana del paciente a un problema de salud/enfermedad y que son competencia exclusiva de la enfermería, pero que no están formuladas según la clasificación de diagnósticos de enfermería de la NANDA. Estas expresiones se pueden considerar el germen del diagnóstico enfermero.

### 3.3. Análisis de contenido de las hojas de cuidados

El proceso de análisis, tanto para este primer objetivo, como para el segundo, se realizará siguiendo las fases de la teoría fundamentada de Glaser y Strauss ("The Discovery of Grounded Theory" Chicago Ed. Aldine 1967) y a través del método de comparación constante se conjugará codificación y análisis(34,35). La elección de este modelo teórico para el análisis se basa en que se centra más en la generación de teoría que en la prueba provisional de esta; así, en la teoría fundamentada se entrelazan las operaciones de recogida de datos, codificación y análisis e interpretación de toda la información a lo largo de todo el proceso de investigación. En esta fase de la metodología se pretende conocer qué escriben las enfermeras, cómo lo escriben y las expresiones prediagnósticas que utilizan

#### Unidades de análisis:

- Unidades de muestreo: audit de la hoja de cuidados de enfermería del H.G.U.A. de las unidades de hospitalización.
- Unidades de registro: sistema de categorías basado en un estudio piloto realizado por el equipo investigador en 2002 (12). A través del método de tanteo (estudio piloto) se agruparon las expresiones de las enfermeras en 22 categorías, siguiendo un principio de clasificación de fondo (temas) y establecidas por acuerdo dentro del equipo investigador (codificación abierta). Las categorías son casilleros donde se distribuyen las unidades de registro para su clasificación y recuento. Estas 22 categorías son las anteriormente citadas. Una vez se clasifiquen todas las anotaciones de las enfermeras en las 22 categorías establecidas por el equipo de investigación se construirá una nueva categoría "expresiones prediagnósticas", para ello de cada una de las 22 categorías se analizaran que expresiones configuran no un cuidado sino la evaluación de la situación del paciente desde un punto de vista enfermero.
- Unidades de contexto: Las unidades de hospitalización del H.G.U.A. , (hospital enmarcado dentro de la Conselleria de Sanitat de la Comunidad Valenciana),todas las unidades excepto urgencias, UCI, observación, reanimación, quirófanos, radiología, despertar quirúrgico, transplantes. El periodo a estudio abarcará desde noviembre 2003 a junio 2004.

Técnica de recogida de datos: Transcripción literal de las expresiones utilizadas por las enfermeras en una planilla de recogida de datos dividida en las categorías analizadas en el estudio piloto (anexo I). Se recoge todo lo escrito por las enfermeras en las primeras 24 horas de ingreso del paciente. Se decide sólo las primeras 24 horas por que es el intervalo de tiempo de más carga de cuidados y donde se establecen los diagnósticos enfermeros del paciente. Previa a la recogida de datos se unificaron criterios dentro del equipo investigador realizándose una prueba previa. Aún así si el observador tenía dudas a la hora de clasificar una expresión dentro de una categoría existía la categoría nº 22 llamada "otras" para más tarde analizar en equipo donde se incluiría la expresión.

Procedimiento de análisis de los datos: análisis de contenido apoyado en el software Nudist-5 ya que como afirma E. Gil ("El análisis de texto asistido por ordenador en la investigación cualitativa" Index Enferm. 2002 año XI nº 36-37:24-28), " los programas informáticos ayudan a la identificación de unidades de registro, de unidades de contexto, de relaciones entre unidades, contabilización y organización

de la información, facilitando al investigador la interpretación posterior y la triangulación con el equipo investigador”. Se realizará un análisis de contenido semántico que consiste en la clasificación de los signos (unidades de registro) según su significado (categorías).

El proceso de análisis se realizará siguiendo las siguientes fases:

- Identificación de los significados: de los datos brutos a la categorización y asignación de las unidades de texto a cada categoría de análisis.
- Acuerdo en el establecimiento de las categorías entre los miembros del equipo investigador: el sistema de categorías debe ser exhaustivo, las categorías deben excluirse mutuamente y ser independientes. El sistema de categorías derivará de un único principio de clasificación.
- Análisis cuantitativo de las distribuciones de frecuencias de cada categoría y subcategoría.
- Construcción de índices de importancia o énfasis de determinadas categorías que se determina mediante la frecuencia con que se presenta una categoría.
- Desarrollo de las categorías iniciales (codificación axial): proceso de relacionar categorías con subcategorías. A partir del análisis intenso hecho alrededor de una categoría se deduce una gama completa de sus propiedades, lo que acaba desvelando las relaciones entre esa y otra categoría y sus subcategorías (Strauss,1987).

Comparación del grado de concordancia entre el listado de diagnósticos más prevalentes al que llegue el equipo investigador extraídos de la categoría expresiones prediagnósticas, con el catálogo de diagnósticos más prevalentes del HGUA elaborado por la Comisión de Planes de Cuidados del HGUA.

Dicho listado está compuesto por 82 etiquetas diagnósticas:

Intolerancia a la actividad.  
Riesgo de intolerancia a la actividad.  
Déficit de actividades recreativas.  
Afrontamiento familiar comprometido.  
Ansiedad.  
Déficit de autocuidado: alimentación.  
Déficit de autocuidado: baño/higiene.  
Déficit de autocuidado: vestido/acicalamiento.  
Déficit de autocuidado: uso del WC.  
Baja autoestima situacional.  
Riesgo de Baja autoestima situacional.  
Deterioro de la comunicación verbal.  
Confusión aguda.  
Conocimientos deficientes.  
Deterioro de la deambulación.  
Deterioro de la deglución.  
Riesgo de aspiración.  
Desesperanza.  
Diarrea.  
Dolor agudo.  
Dolor crónico.  
Duelo anticipado.  
Duelo disfuncional.  
Deterioro de la eliminación urinaria.

Estreñimiento.  
Riesgo de estreñimiento.  
Fatiga.  
Hipertermia.  
Hipotermia.  
Incontinencia fecal.  
Incontinencia urinaria por esfuerzo.  
Incontinencia urinaria funcional.  
Incontinencia urinaria de urgencia.  
Incontinencia urinaria refleja.  
Incontinencia urinaria total.  
Deterioro de la integridad cutánea.  
Riesgo de deterioro de la integridad cutánea.  
Deterioro de la integridad tisular.  
Deterioro del intercambio gaseoso.  
Deterioro de la movilidad física.  
Deterioro de la memoria.  
Deterioro de la mucosa oral.  
Ansiedad ante la muerte.  
Náuseas.  
Desequilibrio nutricional por defecto.  
Desequilibrio nutricional por exceso.  
Patrón respiratorio ineficaz.  
Trastorno de la percepción sensorial: visual  
Trastorno de la percepción sensorial: auditiva.

Interrupción de los procesos familiares.

*Riesgo de hemorragias.*

Manejo inefectivo del régimen terapéutico.

Retención urinaria.

Cansancio en el desempeño del rol del cuidador.

Mantenimiento inefectivo de la salud.

Disfunción de la sexualidad.

Riesgo de disfunción de la sexualidad.

Deterioro del patrón del sueño.

Temor.

Termorregulación ineficaz.

Incumplimiento del tratamiento.

Limpieza ineficaz de las vías aéreas.

Déficit del volumen de líquidos.

Riesgo de déficit del volumen de líquidos.

Exceso del volumen de líquidos.

Riesgo de intolerancia a la actividad.

Riesgo de infección.

Respuesta alérgica al látex.

Riesgo de respuesta alérgica al látex.

Riesgo de lesión.

Riesgo de síndrome de desuso.

Riesgo de traumatismo.

Riesgo de violencia autodirigida.

Riesgo de violencia dirigida a otros.

Impotencia.

Lactancia materna ineficaz

Sufrimiento espiritual

Riesgo de sufrimiento espiritual.

Riesgo de asfixia .

Riesgo de caídas .

Afrontamiento ineficaz .

Riesgo de disfunción de la sexualidad.

## 4. Resultados.

### 4.1. Resultados del análisis cuantitativo.

Tras el análisis de contenido de las hojas de cuidados los resultados obtenidos son: número total de anotaciones registradas es de 5589 unidades de texto.

La distribución de las expresiones en el sistema de categorías propuesto se puede observar en la tabla 1. Así las categorías más frecuentes son el control de constantes, administración de medicación, bienestar general, pruebas diagnósticas, cuidados relacionados con la alimentación, expresiones de motivo de ingreso o diagnósticos médicos, dolor y analgesia, consultas a otros profesionales y control de catéteres.

En cuanto a los protagonistas de los cuidados enfermeros que son el paciente y su familia, las referencias en los registros de enfermería a la familia se hace en un 0,24 % de las anotaciones apareciendo en la categoría aspectos psicológicos y consultas a otros profesionales. El término utilizado es “familia” o “familiar”. El término paciente se utiliza 67 veces un 1,3 %.

No se ha encontrado ningún diagnóstico enfermero de la NANDA (0%) en la hoja de cuidados.

Tras analizar las 5589 unidades de texto 656 se consideran germen de diagnósticos enfermeros. Estas expresiones suponen el 12 % del total. Las etiquetas diagnósticas extraídas de las expresiones prediagnósticas son:

1. Deterioro de la integridad cutánea /tisular.
2. Riesgo de Deterioro de la integridad cutánea /tisular.
3. Riesgo de infección.
4. Dolor agudo.
5. Confusión aguda.
6. Náuseas.
7. Déficit de autocuidado: uso del WC.
8. Déficit de autocuidados: baño e higiene.
9. Déficit de autocuidados: alimentación.
10. Patrón respiratorio ineficaz.
11. Limpieza ineficaz de las vías aéreas.
12. Riesgo de caídas.
13. Lactancia materna eficaz.
14. Lactancia materna ineficaz.
15. Ansiedad.
16. Incontinencia urinaria.
17. Incontinencia fecal.

18. Diarrea.
19. Estreñimiento.
20. Riesgo de estreñimiento.
21. Riesgo de violencia dirigida a otros.
22. Riesgo de violencia autodirigida.
23. Deterioro patrón sueño.
24. Impotencia.
25. Hipertermia.
26. Deterioro de la movilidad física.
27. Retención urinaria.
28. Deterioro eliminación urinaria.
29. Trastorno de la percepción sensorial: táctil
30. Desequilibrio nutricional por defecto.
31. Baja autoestima situacional.
32. Temor.
33. Riesgo soledad.

En total 33 etiquetas diagnósticas que comparadas con las 82 etiquetas que componen el catálogo de etiquetas más frecuentes del Hospital General Universitario de Alicante, supone que hay 49 etiquetas que no son tan frecuentes.

Así la distribución de frecuencias de las 33 etiquetas diagnósticas detectadas se puede observar en la tabla 2. Las que aparecen con mayor frecuencia son: riesgo de infección (26,07%), dolor agudo (19,97%) y el deterioro de la integridad tisular/cutánea (13,11%).

Llama la atención los porcentajes tan bajos en el déficit de autocuidado (3,51%, 3,05%, 0,76%).

Se han hallado dos expresiones prediagnósticas “*Regular estado general*” y “*estado delicado*” que por su imprecisión no se ha podido determinar o inducir a que posibles etiquetas de la NANDA equivaldrían.

Tabla 1: distribución de las categorías por frecuencias

<b>Sistema de Categorías</b>	<i>Frec. absoluta</i>	<i>%</i>
Control de constantes	630	11,27
Administración y preparación medicación	471	8,42
Bienestar general	376	6,72
Pruebas diagnósticas	365	6,53
Cuidados relacionados con la alimentación	328	5,86
Expresiones Motivo ingreso, traslado, diagnósticos médicos...	287	5,14
Dolor y analgesia	189	3,38
Consultas a otros profesionales	188	3,36
Control de catéteres	187	3,35
Cuidados relacionados con la eliminación urinaria	167	3
Cuidados quirúrgicos	161	2,88
Cuidados materno-infantiles	137	2,45
Cuidados relacionados con la respiración	131	2,35
Cuidados relacionados con el descanso	107	1,91
Cuidados relacionados con la seguridad	81	1,45
Cura de heridas	80	1,43
Cuidados relacionados con la eliminación fecal	60	1,07
Cuidados relacionados con la movilidad	60	1,07
Aspectos psicológicos y sociales	32	0,57
Estado piel y mucosas	28	0,50
Otras	26	0,47
Alergias	24	0,43
Aseo e higiene	8	0,14

Tabla 2: distribución frecuencias de las etiquetas diagnósticas.

<b>Etiquetas diagnósticas detectadas</b>	<b><i>Frec. Absoluta</i></b>	<b><i>%</i></b>
Riesgo de infección.	171	26,07
Dolor agudo.	131	19,97
Deterioro de la integridad cutánea /tisular.	86	13,11
Déficit de autocuidados: baño e higiene.	23	3,51
Hipertermia.	22	3,35
Confusión aguda.	21	3,2
Náuseas.	21	3,2
Lactancia materna eficaz.	21	3,2
Déficit de autocuidados: uso del WC.	20	3,05
Riesgo de caídas.	14	2,13
Estreñimiento.	13	1,98
Deterioro de la movilidad física.	13	1,98
Ansiedad.	12	1,83
Patrón respiratorio ineficaz.	11	1,68
Retención urinaria.	9	1,37
Limpieza ineficaz de las vías aéreas.	8	1,22
Riesgo de Deterioro de la integridad cutánea /tisular.	7	1,07
Déficit de autocuidados: alimentación.	5	0,76
Diarrea.	5	0,76
Riesgo de violencia dirigida a otros/autodirigida	5	0,76
Desequilibrio nutricional por defecto.	5	0,76
Lactancia materna ineficaz.	4	0,61
Incontinencia urinaria.	3	0,46
Incontinencia fecal.	3	0,46
Deterioro eliminación urinaria.	3	0,46
Trastorno de la percepción sensorial: táctil	3	0,46
Deterioro patrón sueño.	2	0,3
Impotencia.	2	0,3
Baja autoestima situacional.	2	0,3
Temor.	2	0,3
Riesgo de estreñimiento.	1	0,15
Riesgo soledad.	1	0,15
Riesgo lesión (hemorragia)	1	0,15

## 4.2. Resultados del análisis cualitativo.

Análisis de las expresiones más utilizadas por categoría:

- **Control de constantes:**  
Las constantes más medidas son :1ª Temperatura y la 2ª Tensión arterial. La frecuencia cardíaca (1,7%) y respiratoria (0,32 %) apenas se reflejan en los registros. El término afebril (20%), apirético (2,2 %) son los más utilizados para referirse a la temperatura. Normotenso (13%) y la expresión TA=170/90 (19%) son las más utilizadas para la tensión arterial. Poco uso de las unidades de medida así mm Hg se utiliza en 1,4%. La abreviatura Tª aparece 103 veces.
- **Administración y preparación de medicación:**  
Casi todas las expresiones hacen referencia a medicamentos administrados tan sólo 3 expresiones hablan de reacciones a la medicación administrada (0,64%). Los verbos más utilizados son poner, dar y administrar. El término “to” aparece 97 veces (14%).
- **Bienestar general:**  
El término “bien” es muy utilizado por las enfermeras (44%) para referirse al estado del paciente. La expresión “pasa bien la mañana/tarde/noche” aparece de forma rutinaria (24%). Otra expresión “Sin incidencias” (6,9%). “BEG” abreviatura de buen estado general supone el 11% de las unidades de texto dentro de esta categoría.
- **Pruebas diagnósticas:**  
Las expresiones que contienen esta categoría van referidas a pruebas pedidas, cursadas o realizadas por la enfermera. “AS” abreviatura de analítica de sangre (11%).
- **Cuidados r/c la alimentación:**  
Más que cuidados lo que más reflejan son expresiones referidas a la tolerancia oral del paciente (18%), la dieta del paciente y si esta en ayunas. Utilización del signo + para indicar tolerancia positiva del paciente (4,7%).
- **Expresiones Motivo ingreso, traslado, diagnósticos médicos...:**  
Esta categoría recoge los movimientos del paciente por el hospital como ingreso (29%) y traslados (7%). También expresiones de diagnósticos médicos (hipertenso, DM, ACV...).
- **Dolor y analgesia:**  
Sólo aparecen dos expresiones que reflejan medidas o cuidados para el dolor no farmacológicos “Poner almohada por dolor en la rodilla y cede”, “Poner hielo por dolor en la episiotomía”.  
23 expresiones hacen referencia a la efectividad de la analgesia administrada. La mayoría de las expresiones se refieren a administración de analgésicos del tipo “Pongo x fármaco”, “Doy X fármaco”. La palabra “dolor” supone el 50% de las unidades de texto.
- **Consultas a otros profesionales:**  
Expresiones “Visto/a x medico”(37%), “Aviso a....”(8%).
- **Control de catéteres:**  
El término “vía” (37%), la abreviatura “BH” bránula heparinizada 16%.La mayoría de las expresiones van referidas a canalizar vía, poner vía, cambiar vía más que a los cuidados requeridos por los catéteres.

- **Cuidados relacionados con la eliminación urinaria:**  
Las expresiones referidas a la sonda vesical (17%), expresiones de medición o control de diuresis (14%) y expresiones de micción tras algún tipo de anestesia (17%).
- **Cuidados quirúrgicos:**  
No hay en la categoría apenas referencia a cuidados propios previos a la intervención, van más relacionados con la hora a la que sube o baja a quirófano y la programación del quirófano. El término “quirófano” aparece 55 veces (21%).
- **Cuidados materno-infantiles:**  
Dentro de la categoría hay 58 referencias a la lactancia, 16 expresiones referidas al sangrado (7,5%) y 13 “loquios normales” (6,1%).
- **Cuidados relacionados con la respiración:**  
46 expresiones referidas a la oxigenoterapia, 39 a la saturación del paciente y 12 con la tos. Cuidados que no estén relacionados con el oxígeno como aspiración de secreciones, clapping o lavados nasales tan sólo aparecen 10. El término O2 17% de frecuencia.
- **Cuidados relacionados con el descanso:**  
La mayoría de las expresiones son del tipo “duerme”, “dormido”, “durmiendo” 45 y sólo 6 expresiones hacen referencia a problemas con el descanso-sueño (“potroso”, “se despierta con facilidad”, “duerme poco”, “insomnio”, “no duerme nada”, “molesto”).
- **Cuidados relacionados con la seguridad:**  
“Conciente y orientada” supone 17% de las expresiones utilizadas dentro de esta categoría. Otros términos utilizados “agitado” 4%, “desorientado” 1,3%, “Inquieto”, “tranquilo” 1,3%. Las medidas de seguridad registradas para evitar lesiones en el paciente “barandilla”, “atado”, “Sujeción”, “Vigilancia por familiar”. Sólo en dos ocasiones se utiliza una escala para medir el estado de conciencia.
- **Cura de heridas:**  
No hay ninguna expresión que haga referencia a la evolución o estado de la herida.
- **Cuidados relacionados con la eliminación fecal:**  
La mayoría de las expresiones se refieren al control de deposiciones, número y características. 18 expresiones referidas a la administración de enemas (10%) pero sólo dos reflejan si es efectivo.
- **Cuidados relacionados con la movilidad:**  
No hay expresiones que utilicen escalas para medir el grado de movilidad.
- **Aspectos psicológicos y sociales:**  
Utilizan expresiones del tipo ansioso, energúmeno, animado, decaído, nervioso.
- **Estado piel y mucosas:**  
Ninguna expresión para hacer referencia al riesgo de UPP.
- **Otras:** en esta categoría hay 26 expresiones que no se pudieron clasificar en otras categorías.
- **Alergias:**  
La expresión mas frecuente es “No alergias”, “No RAM”.
- **Aseo e higiene:**

De las 8 expresiones registradas para referirse a la higiene del paciente el 4 se refieren a la realización de la misma.

- **Expresiones prediagnósticas:** el tipo de expresiones prediagnósticas clasificadas o inducidas para cada etiqueta de la NANDA se puede observar en la tabla 3, se ha evitado repetir las expresiones en la tabla.

El lenguaje utilizado por las enfermeras en la hoja de cuidados utiliza una terminología telegráfica, con muchas abreviaturas no todas ellas correctas. Un lenguaje irreconocible por profesionales ajenos a la enfermería. Se utilizan expresiones muy breves cargadas de gran significado, como “mañana AS”, “Barandilla”, “Hoy Qx”.

Tabla 3: tipo de expresiones prediagnósticas que originan la inducción de las etiquetas diagnósticas de la NANDA más prevalentes en los registros de enfermería del Hospital General Universitario de Alicante.

Etiquetas NANDA	Expresiones prediagnósticas
Riesgo de infección	2 redones permeables. 2 vías periféricas. 8.3 BH para medicar Acude con 1 vía periférica en la mano izq que cambio a brazo drcho por no funcionar bien, después de insistirle de que en la mano no funcionaba el suero. Ahora dejo BH. Arreglamos vía periférica. Arreglo B.H. B.H. brazo izdo. B.Hep. permeable. B.Heparinizada. BH. Bhep. Branula hep. Permeable. Cambio vía por extravasación. Canalizada vía en flexura brazo izqdo. Canalizada vía periférica venosa para premedicación Canalizada vía venosa. Cat.epidural a 10ml/h estándar. Catéter epidural. Cogida vía heparinizada. Cogida vía. Cojo vía. Cojo BH. Compruebo BH. que lleva y funciona bien ( se la pusieron ayer). Con venoclisis. Conecto venoclisis por bomba. Control estricto de diuresis → pongo SV. Cuando viene el pte se queja de la vía periférica, la tiene fuera, canalizo nueva vía. Dejando bránula heparinizada. Dejar bránula. Dejo B.H. para medicación i.v. Dejo BH. Dejo branula heparinizada. Heparinizo vía. Heparinizar bránula esta tarde.

	<p>Instauro vía periférica.                  Le hago lavado SV a la 1h salen algunos coágulos. Pero no orina.                  Lleva 2 vías periféricas una en c/ brazo.                  Lleva redón.                  Lleva S. vesical.                  Lleva sonda vesical permeable.                  Lleva un redón.                  Lleva venoclisis por femoral drcha y Bh en mano izq puesta de ayer.                  Lleva vía central.                  Lleva vía periférica con bránula heparinizada.                  Periférica curada y permable para medicar.                  Periférica permeable para medicación.                  Pongo nueva B.hep.                  Pongo SV. Lleva control de diuresis.                  Pongo vía para medicación i.v.                  Portadora S. vesical.                  Revisada vía y vuelto a fijar.                  Se arranca BH e instauro una nueva.                  Se cambia vía.                  Se canaliza vía.                  Se coge catéter arterial fijado en 14 cm , control, permeable.                  Se coge vía parenteral en MSI.                  Se cura                  Se deja BH, se suspende venoclisis.                  Se deja BH.                  Se le cambia vía periférica.                  Se le coge vía.                  Se quita bránula a las 3am.Le pongo una nueva.                  Si se pierde la vía es importante recuperarla inmediatamente.                  V. Periferica.BH.                  Un redon funcionando.                  Venoclisis , cambiamos vía por extravasación , sol B a 3ml/h.                  Venoclisis .                  Vía central.                  Vía periférica.                  Vía permeable.                  Viene con BH</p>
<p>Dolor agudo</p>	<p>10:15 h → nolotil iv x dolor en pie.                  23 h. puesto nolotil 2 h. puesto efferalgan sigue con molestias.                  5 h. dolor, puesto nolotil iv.                  A las 16:30 efferalgan 500 ml iv por dolor de cabeza.                  A las 17 h. vuelve avisar x dolor.                  Poner que ahora a las 21:30 h no tiene dolor.                  A pesar del adolonta refiere dolor; hablamos con C. vascular y dice que le pongamos ½ amp Cl morfico s/c.                  Al ingreso presentó molestias en hipogastrio y doy nolotil 1 caps vo 17:30h.                  Analgesia a las 19h.                  Analgesia continua con nolotil 4 amp a 21 ml/h.                  Analgesia en despertar aún así muy dolorido.                  Analgesia iv a las 24 h. que es efectiva.                  Analgesia no totalmente eficaz, sigue con dolor en toráx y abdomen. Menos.                  Analgesia totalmente insuficiente.                  Analgésico.                  Aviso por dolor 7h.                  Calmante a las 14:30h.                  Cuando coloco aspiración la paciente se queja de dolor intenso.</p>

	<p>D. abdo.  Damos nolotil por dolor abd.  Debido al intenso dolor de la paciente hablo con cc y pauta nolotil 1 amp iv c/8 h puesta a las 20 h. Paciente mejora.  Dolor -&gt; puesto nolotil.  Dolor abdominal a las 24h doy almax y cede.  Dolor bien controlado.  Dolor continuo, pongo nolotil iv 5:30.  Dolor controlado.  Dolor de cabeza eff iv 1 gr c/24 h.  Dolor Ø  Dolor.  Dolor: tto analgésico, no ha precisado analgesia adicional.  Doy 1 c. de nolotil a las 24 h.  Ha tenido dolor de pelvis a las 16 h. doy un sup. De melabón.  Ingreso de urgencias por cólico nefrítico.  La paciente comenta que le duele la cabeza 12:30.  Le duele bastante  Ligera molestia, no pide analgesia.  Molesto durante la tarde  Molestias gástricas por la tarde que ceden con el almax.  Para micción usa botella, dice que no puede en la cuña por el dolor que le produce en la zona sacra.  Pincho ½ volantina x dolor.  Pongo nolotil por dolor.  Precisa calmantes.  Presenta calor e inflamación→dolor (nolotil caps PO).  Presenta cefalea a las 23:30 h. pongo nolotil iv. Es efectivo.  Puesta analgesia por dolor.  Puesto nolotil iv a las 16 h. x dolor.  Refiere dolor→1 gr efferalgan.  Se queja de rampas en la pierna izq.  Puse analgesia por dolor.  Sigue con dolor a pesar del nolotil.  Sigue con mucha cefalea.</p>
<p>Deterioro de la integridad cutánea /tisular.</p>	<p>Abrasión en espalda curada con hibitane acuoso.  Acude con 1 vía periférica en la mano izq que cambio a brazo drcho por no funcionar bien, después de insistirle de que en la mano no funcionaba el suero.  Al parecer tiene una escara en la pierna provocada por la tracción blanda.  Apósito limpio  Apósito limpio, drenado de lavado (agua de lavar carne)  Avisa el familiar ya que se ha arrancado la vía.  Cambio vía por extravasación y observo que sangra mucho y tarda en coagular.  Cogemos vía de nuevo pues se le ha extravasado.  Colostomia.  Cuidados habituales de colostomia.  Cura local diaria  Curada episiotomía  Curada gastrostomía  Curada herida  Curada herida quirúrgica  Curada por manchar bastante  Curado  Curado con vendaje compresivo tórax y ambas piernas. Cura diaria.  Curado pie dcho con betadine (dedo) le pongo protección ligera  Curados clavos de tracción</p>

	<p>Dice el enfermo que tiene el pómulo inflamado                  Episiotomía                  Erosiones diversas por todo el cuerpo                  Escara en cadera dcha de 1er grado.                  Está curada escara                  Herida inciso contusa en pantorrilla izq                  Herida traumática contusita con pérdida de continuidad de piel de 25-30 cm.                  Ingresa por una úlcera de pie diabético.                  Isquemia crónica                  Le protejo zonas erosionadas por arrastre                  M.P. activo y Penrose por herida.                  Me llama la mama y me dice que le ve la cara y las piernas edematizadas llamo al Dr...                  MI edematizados.                  MSD muy edematizado, doy trombocid                  Muy dolorida por episiotomía ponemos hielo local.                  Niño de 11 m. remitido de H. Elche y que trae el SAMU con escaldadura de aprox. 8% SCT en mentón, cuello, escote, antebrazo y brazo dcho de 2º gardo superficial.                  No ha drenado nada por redón.                  Pasándole la gentamicina observo eritema en mentón y cuello, previamente le había pasado el nolotil.                  Pongo apósito de ALLEVYN                  Redon en aspiración.                  Reforzamos vendaje por abundante exudado                  SCQ aprox. 10% agente fuego Prof: 2º grado                  Se le recoge orina de nefrostomía izq. Para urocultivo y bioq.                  Se mantiene onfalocelce húmedo con SF                  Se le cambia la vía por flebitis.                  Sigue con codos edematizados                  Úlceras en talones                  Visto x trauma no modifica trat, iniciar curas con furacin.</p>
<p>Déficit de autocuidados: baño e higiene.</p>	<p>Bañado                  Cambiados pañales                  Cambiamos pañal → incontinencia urinaria.                  Con pañales por incontinencia urinaria.                  Con pañales, no deposición.                  Cubiertas nec. básicas                  Dependiente para realizar funciones básicas                  Lavados oculares                  Lleva pañales.                  Orina en el pañal.                  Pañal.                  Precisa cambios posturales                  Precisa pañales para la noche.                  Realizada higiene                  Realizada higiene en cama                  Realizados cambios posturales                  Se realiza higiene.</p>
<p>Hipertermia</p>	<p>Después de coger vía x pico febril de 38,2 ° C + 5mg valium SL.                  Febrícula                  Febrícula 37,1°C. vigilar                  Febril a las x h.                  Fiebre                  Ingreso procedente de urgencias por síndrome febril.                  Llega con fiebre 38°C                  No se interviene por fiebre                  Pongo efferalgan iv cede la fiebre.                  Tª 38 a X h. medios físicos</p>

	Hipotérmico.
Confusión aguda	<p>A 1ª hora desorientado y algo agitado.                  A las 14:30 h agitada agresiva.                  Agitación que se suaviza con medicación.                  Agitación.                  Algo agitada, pincho haloperidol ½ amp s/c.                  Alteración del nivel de conciencia.                  Avisamos MG por obnubilación leve                  Barandillas.                  Bastante agitada.                  Desorientado.                  Esta somnoliento e inestable                  Esta tarde estaba bastante agitado.                  Muy agitado, no para de hablar fuerte.                  Muy obnubilada toda la tarde.                  Viene con sujeción en manos y pies porque estaba agitado pero a su ingreso estaba tranquilo.</p>
Náuseas	<p>Vomita + sudoración.                  Vomita a las 20 h pero cesa.                  Vomita dos veces dice que es la pastilla (hemovas) que no le sienta bien.                  Vómito alimenticio tras adolonta.                  Vomito bilioso.                  Refiere náuseas y un vómito, después de vomitar se le pasa.                  Refiere continuar con algún vómito.                  Presenta vómito alimenticio.                  No tolera bien el hemovas tiene náuseas y vomita.                  Intolerancia oral.                  Ha vomitado 2 veces bilioso.                  Esta con náuseas y vómitos.                  A las 7 h. vomita el agua.</p>
Lactancia materna eficaz	<p>Lact. mar (+)                  Lact. materna                  Lactancia bien                  Lactancia materna                  Lactancia materna (+)                  Lactancia materna bien.                  Toma bien pecho.                  Toma muy bien el bebe.                  Buena respuesta a lactancia materna.</p>
Déficit de autocuidados: uso del WC.	<p>Cambiados pañales.                  Cambiamos pañal → incontinencia urinaria.                  Con pañales por incontinencia urinaria.                  Con pañales, no deposición.                  Cubiertas nec. básicas                  Dependiente para realizar funciones básicas                  Hechos cambios posturales                  Incontinencia fecal (lleva pañal).                  Lleva pañales.                  Precisa cambios posturales                  Precisa pañales para la noche.                  Realizados cambios posturales.                  Pañal.</p>
Riesgo de caídas.	<p>Viene con sujeción en manos y pies porque estaba agitado pero a su ingreso estaba tranquilo.                  Vigilar porque esta noche se ha caído al suelo al ir al baño.                  Sujeciones físicas + barandillas.                  Se mareo y casi se cae al suelo.                  Se ha mareado al levantarse al aseo, después de orinar luego</p>

	<p>mejora.                  Refiere mareo hago dextro 372 Po del medico se le ponen 6 uir.                  Refiere sentirse mareado                  Refiere tener mareo y náuseas cuando se levanta                  Ponemos barandilla.                  Hipoglucemia 61.                  Hipotensión mantenida                  Dice que tiene vértigo.                  Barandillas.                  Continuos mareos toda la mañana con caída al suelo.</p>
Estreñimiento.	<p>Enema casen esta tarde.                  No depone.                  No deposiciones.                  No DPS.                  No ha realizado DPS.                  No realiza ninguna deposición.                  Pautan laxante.                  Ponemos enema de limpieza.                  Problemas para defecar se le pone enema cassen.                  Puesto enema cassen ( no efectivo).</p>
Deterioro de la movilidad física.	<p>Tiene paralizado el MSI                  Reposo                  Reposo absoluto en cama                  Reposo en cama.                  Realizada higiene en cama                  Realizados cambios posturales                  Puede levantarse al sillón con pierna en férula de Brown                  Precisa cambios posturales                  Hechos cambios posturales                  Férula en pierna drcha                  Dependiente para realizar funciones básicas.                  Actividad cama-sillón.</p>
Ansiedad.	<p>Al principio de la noche algo inquieto                  Algo agresivo e inquieto                  Algo ansioso                  Algo inquieto.                  Comentar a N/C guardia está muy ansiosa.                  Enfermo muy nervioso por pasar tantas horas quieto, creo que hoy responderá mal a la nueva ACTP.                  Esta muy nerviosa.                  Inquieto.                  Intranquilo                  Muy inquieta en la mañana.                  Se tranquiliza.</p>
Patrón respiratorio ineficaz.	<p>Persiste discreta disnea.                  Paciente que ingresa por disnea.                  Ingreso procedente de urgencias por disnea a las 20 h.                  Fatiga.                  Disnea, cianosis.                  Cierta grado de disnea.                  Cambio gafas nasales x VMK al 24 % porque el paciente se siente agobiado, dice que no respira bien y esta intranquilo→ VMK efectivo. Hace apneas.                  Aviso a MG por aumento de disnea.</p>
Retención urinaria.	<p>Diuresis escasa (200 cc en todo el día).                  Diuresis escasa y colérica.                  La paciente no orina, a las 17:30 h sondo y sale 1250 cc de orina, dejo SV.                  Micción → ponen S. vesical en despertar para vaciar vejiga</p>

	<p>retirada. Micción – Refiere estar sin orinar desde esta mañana y tiene muchas molestias al no poder hacerlo colocó sondaje vesical nº 16. Diuresis 1000 cc. Le dejo la sonda. Se coloca sonda vesical por globo de retención. Se le pone S. vesical por no poder orinar.</p>
<p>Limpieza ineficaz de las vías aéreas.</p>	<p>Lavados nasales cuando precise Hacemos clapping. Hago lavados nasales, pues parece que tiene bastantes mocos. Escasas secreciones x nariz, más abundantes x boca. Clapping x turno. Aspiración secreciones escasas x nariz + abundantes x boca. Aspiro secreciones.</p>
<p>Riesgo de Deterioro de la integridad cutánea /tisular.</p>	<p>Hacemos cambios posturales Hechos cambios posturales Lleva pañales. Precisa cambios posturales Precisa pañales para la noche. Protección de talones Realizados cambios posturales</p>
<p>Déficit de autocuidados: alimentación.</p>	<p>Dependiente para realizar funciones básicas Dieta triturada que de momento tolera poco, si toma más se puede reducir gotero a mantenimiento. Cubiertas nec. Básicas.</p>
<p>Diarrea.</p>	<p>2 dp líquidas. 4 deposiciones líquidas. Control de deposiciones. 2 deposiciones líquidas. Deposiciones mucosas y líquidas. Dos dep blandas.</p>
<p>Riesgo de violencia dirigida a otros/autodirigida</p>	<p>A las 14:30 h agitada agresiva. Agresivo Algo agresivo e inquieto</p>
<p>Desequilibrio nutricional por defecto.</p>	<p>Muy inapetente. Muy inapetente, no come ni bebe. No ha comido casi nada.</p>
<p>Lactancia materna ineficaz.</p>	<p>Lact. regular. Pezón plano. Aconsejo pezonera Lactancia artificial Lactancia materna (-)</p>
<p>Incontinencia urinaria.</p>	<p>Cambiamos pañal → incontinencia urinaria. Con pañales por incontinencia urinaria. Aunque no lo indica en el tratamiento, valorar sondaje vesical, porque tiene pautado seguril.</p>
<p>Incontinencia fecal.</p>	<p>Incontinencia fecal (lleva pañal). Cuidados habituales de colostomía. Colostomía.</p>
<p>Deterioro eliminación urinaria.</p>	<p>Se deja de momento sonda vesical. La paciente no orina, a las 17:30 h sondo y sale 1250 cc de orina, dejo SV.</p>
<p>Trastorno de la percepción sensorial: táctil</p>	<p>Presenta pérdida de sensibilidad en miembros superiores y en miembro inf. Dcho. Sensación de hormigueo en MMII Ni tiene sensibilidad en mano dcha. Vigilar.</p>
<p>Deterioro patrón sueño.</p>	<p>Aviso MG x cefalea e insomnio. No duerme nada.</p>
<p>Impotencia.</p>	<p>Decaído Deprimida</p>

Baja autoestima situacional.	Decaído Deprimida
Riesgo de estreñimiento.	Me comenta que tiene muchos gases.
Temor.	Se queda con ella la madre ya que la paciente tiene miedo de quedarse sola ya que no entiende nada. Pongo 2 u. IRápida pese a sus gritos continuos para que no le pinchemos más.
Riesgo soledad.	Vive sólo
Riesgo lesión (hemorragia)	Cambio vía por extravasación y observo que sangra mucho y tarda en coagular.

## 5. Discusión.

Tras el análisis de los datos anteriormente expuestos, se han cumplido los tres objetivos planteados en esta investigación y quedan confirmadas las 2 hipótesis del estudio. En cuanto a la primera hipótesis que es: “De las expresiones prediagnósticas registradas por las enfermeras del HGUA se inducen los diagnósticos de enfermería más prevalentes del HGUA” así se puede observar en la tabla 2 cuáles son los diagnósticos de enfermería más frecuentes en el HGUA. El riesgo de infección, el dolor agudo y el deterioro de la integridad tisular / cutánea serían los problemas más detectados y que más carga de registro tienen por parte de las enfermeras del HGUA, además estos problemas casualmente coinciden en ser los protagonistas de los indicadores de calidad de los cuidados de enfermería que actualmente se están midiendo en el HGUA. Estos indicadores son la tasa de flebitis, tasa de infecciones urinarias por sondaje vesical, tasa de úlceras por presión y el dolor. Los diagnósticos derivados de problemas de autonomía del paciente o los problemas de carácter psicológico como la ansiedad, temor o afrontamiento ineficaz apenas son motivo de registro en la documentación enfermera. De las 5589 unidades de texto analizadas ninguna se corresponde con un diagnóstico enfermero de la NANDA (0%). Este dato choca con la afirmación que hacen las enfermeras del HGUA en una encuesta que al preguntar sobre la utilización de los diagnósticos enfermeros un 29 % afirma utilizarlos (27). Este hecho puede deberse al desconocimiento de los diagnósticos NANDA. Quizás las enfermeras todavía no reconocen en los diagnósticos de la NANDA su propio lenguaje pero si consideran que utilizan los diagnósticos enfermeros como afirman en esta encuesta.

Se han encontrado dos expresiones prediagnósticas imposibles de inducir a que etiqueta de la NANDA hacen referencia “**Regular estado general**”, “**Estado delicado**” ambas expresiones por su imprecisión nos hace pensar en el estado de la enfermería asistencial, en su cultura profesional y en los valores propios como profesional ¿qué pasa por la cabeza de la enfermera cuando afirma *estado delicado*?. La enfermería tiene la necesidad de manejar un lenguaje propio, de dar nombre a *eso* que hace y detecta. El lenguaje debe nacer de la práctica asistencial, del contexto del cuidado. Los protagonistas del cuidado, las enfermeras, deben ser ellas quienes establezcan cómo ha de ser este lenguaje profesional. Deben ser ellas quienes delimiten qué quieren decir cuando afirman “Regular estado general”. De las 33 etiquetas diagnósticas inducidas a través de las expresiones prediagnósticas que registran las enfermeras del HGUA se debe extraer el etiquetado diagnóstico que las enfermeras reconozcan como propio. El HGUA está inmerso en un proceso de implantación de planes de cuidados, actualmente está en la fase de elaboración de esos planes de cuidados. Los planes de cuidados deben contener un lenguaje enfermero que sea reconocido por las enfermeras útil y no rechazado. Estos planes de cuidados estandarizados deben incluir en su proceso de diseño las peculiaridades del lenguaje enfermero adaptándose, eso sí, al rigor del proceso enfermero. Todo cambio que no se perciba como útil y esté inmerso en la cultura y valores profesionales tiene muy difícil conseguir el éxito en su desarrollo.

El acercamiento al lenguaje enfermero utilizado por las enfermeras del Hospital General Universitario de Alicante pretende llegar a un consenso entre el lenguaje utilizado en los planes de cuidados estandarizados y la realidad de lo que escriben, y aún más importante, de lo que no escriben las enfermeras; para así poder llevar a cabo un proceso de consenso y adaptación, consiguiendo de esta manera una mayor aproximación a la medición del producto enfermero y a la aplicación futura en el H.G.U.A. de los planes de cuidados estandarizados e informatizados. Los intentos de

normalización de un lenguaje enfermero deben partir del lenguaje y del contexto de la práctica clínica para asegurar el éxito en su implantación.

Si se utiliza en los planes de cuidados un lenguaje lo más parecido posible al que utilizan los profesionales de enfermería en su trabajo diario actual, se minimizará el rechazo por la no comprensión y no adecuación a la realidad de las unidades. Se supone que la aceptación será mayor porque los profesionales observarán que no es más que una forma más ordenada y estructurada de registrar.

La segunda hipótesis del estudio: “Los cuidados registrados se distribuyen en torno a un sistema de categorías teóricas elaborado por el equipo investigador”. Se ha podido observar en la tabla 1 como menos 26 expresiones que constituyen la categoría *otras*, el sistema de categorías aquí presentado es válido para agrupar las anotaciones de las enfermeras, para proceder a una validación externa habría que continuar el estudio con grupos nominales, uno por categoría y analizar si las enfermeras reconocen las expresiones dentro de cada categoría.

Así las categorías control de constantes, administración y preparación de medicación, bienestar general, pruebas diagnósticas y cuidados r/c la alimentación son las que más anotaciones presentan comparados estos datos con el estudio piloto(12) que realizó este equipo investigador existen diferencias en cuanto a las categorías más frecuentes. En el estudio piloto pruebas diagnósticas, cuidados quirúrgicos, control de catéteres y administración de medicación eran las más frecuentes. Así pruebas diagnósticas pasa de ser la primera categoría a la cuarta y control de constantes de la sexta a la primera. Estas diferencias pueden deberse al tamaño muestral.

En cuanto a los protagonistas de los cuidados enfermeros que son el paciente y su familia, las referencias en los registros de enfermería a la familia es casi anecdótico. El término utilizado es “familia” o “familiar” sin aclarar el grado de parentesco o tipo de relación con el paciente. Así mismo las referencias al paciente como sujeto de los cuidados supone un 1,3 %..

En cuanto a las limitaciones del estudio cabe resaltar que los datos obtenidos en torno a los diagnósticos enfermeros de la NANDA, extraídos de las expresiones, que esta investigadora, denomina como “prediagnósticas” no pueden generalizarse a otros contextos hospitalarios sin estudios que analicen la situación de los registros enfermeros de otros hospitales. Así mismo la validez del sistema de categorías teóricas aquí presentado también se encuentra sujeta a estudios multicéntricos que corroboren si se puede generalizar este sistema de categorías. Aún así, los hallazgos obtenidos con esta investigación permiten al Hospital General Universitario de Alicante reflexionar sobre los problemas / diagnósticos de enfermería que más carga de registro y por lo tanto, de importancia en cuanto a carga de cuidados, se está desarrollando en las unidades asistenciales, por lo que el estudio y protocolización sobre estos cuidados debe constituir un objetivo de la organización.

Cabría un análisis más profundo de la categoría construida a la que hemos denominado expresiones prediagnósticas y corroborar con las enfermeras la inducción de etiquetas diagnósticas que este equipo investigador ha realizado. Para finalizar se propone la reflexión sobre esta frase “Sin un lenguaje, la enfermería es invisible en los sistemas de cuidados en salud y su valor e importancia continuarán irreconocibles y no recompensados. ¿Es invisible la enfermería de nuestros países?”

## 6. Conclusiones.

Se concluye pues, tras la reflexión de los resultados obtenidos que:

1. El uso de los diagnósticos enfermeros de la NANDA en el HGUA es inexistente.
2. Las enfermeras tienen un nivel de desarrollo del diagnóstico enfermero siguiendo la taxonomía de la NANDA que se puede clasificar de prediagnóstico.
3. Las enfermeras, plasman los diagnósticos enfermeros/ problemas, en sus registros a través de unas expresiones que denominamos prediagnósticas. Estas expresiones son el germen del diagnóstico enfermero.
4. De los cuidados registrados por las enfermeras se pueden extraer los diagnósticos enfermeros que presentan los pacientes del HGUA.
5. Se deduce de las expresiones prediagnósticas las siguientes etiquetas diagnósticas: Deterioro de la integridad cutánea /tisular, Riesgo de Deterioro de la integridad cutánea /tisular, Riesgo de infección, Dolor agudo, Confusión aguda, Náuseas, Déficit de autocuidado: uso del WC, Déficit de autocuidados: baño e higiene, Déficit de autocuidados: alimentación, Patrón respiratorio ineficaz, Limpieza ineficaz de las vías aéreas, Riesgo de caídas, Lactancia materna eficaz, Lactancia materna ineficaz, Ansiedad, Incontinencia urinaria, Incontinencia fecal, Diarrea, Estreñimiento, Riesgo de estreñimiento, Riesgo de violencia dirigida a otros, Riesgo de violencia autodirigida, Deterioro patrón sueño, Impotencia, Hipertermia, Deterioro de la movilidad física, Retención urinaria, Deterioro eliminación urinaria, Trastorno de la percepción sensorial: táctil, Desequilibrio nutricional por defecto, Baja autoestima situacional, Temor, Riesgo soledad. Estas son las más prevalentes en el HGUA.
6. El riesgo de infección, el dolor agudo y el deterioro de la integridad tisular/cutánea son los diagnósticos de enfermería más frecuentes y coinciden con los indicadores de medición de la calidad de los cuidados de enfermería que utiliza el HGUA (tasa de infecciones urinarias por sondaje, tasa de flebitis, tasa de úlceras por presión).
7. El proceso de implantación de planes de cuidados del HGUA debe iniciarse con el desarrollo de los cuidados para las 33 etiquetas diagnósticas extraídas de los registros de los profesionales de enfermería.
8. El lenguaje utilizado por las enfermeras en la hoja de cuidados utiliza una terminología telegráfica, con muchas abreviaturas no todas ellas correctas. Un lenguaje complejo e irreconocible por profesionales ajenos a la enfermería. Se utilizan expresiones muy breves cargadas de gran significado.
9. Los cuidados registrados por las enfermeras en la hoja de cuidados se clasifican en el sistema teórico propuesto en esta investigación.
10. Las actividades más registradas por las enfermeras corresponden a cuidados delegados por otros profesionales, así las actividades propias (como los cuidados orientados a cubrir las necesidades básicas de los pacientes) son las que menos se registran.
11. Respecto al registro del proceso enfermero las fases de planificación y evaluación de los cuidados son las que menos referencias escritas contienen. La fase más registrada en la hoja de cuidados es la de ejecución de las actividades de enfermería.
12. No se registra la participación del paciente y su familia en la planificación de los cuidados de enfermería.

## 7. Bibliografía.

1. Rodríguez Bestilleiro, Ferrer Pardavilla MA. Prevalencia de diagnósticos enfermeros de la NANDA y necesidades alteradas de Henderson en una unidad de lactantes. *Enferm Clin* 2002;12(6):253-9.
2. Botas Fernández B, Rivas de la Mata C, Velado Arteaga ML, Linares Ordás Y, Muñoz Botas R. Prevalencia de diagnósticos de enfermería en una unidad neonatal. *Enferm Clin* 2001;11(1):9-17.
3. Clavería Señis M. Diagnósticos de enfermería utilizados por un equipo de atención domiciliar socio-sanitaria. *Enferm Cient* 1997;182-183:49-54.
4. Guirao Goris J. Diagnóstico de enfermería en una consulta de enfermería de atención primaria. Estudio descriptivo. *Enfermería Integral* 1993;26:27-34.
5. De Pedro J, Gallo J, Zaforteza C, Bover J, Galmes A. Prevalencia de los diagnósticos enfermeros en el paciente geriátrico después del alta y su evolución. *Rev Mult Gerontol* 2001;11(1):20-22.
6. Peregrino de la Vega D, Rodríguez Marquetti M. Estandarización de diagnósticos de enfermería en el servicio de neonatología. Hospital gineco-obstétrico América Arias. *Informédica* 2002 II Congreso Virtual Iberoamericano de Informática Médica.
7. Fernández Solana C, Román Alonso E., Martínez Sellares R. Método de trabajo en una institución geriátrica basado en los diagnósticos enfermeros. *Gerokomos* 2001;12(3):107-113.
8. Nieto Blanco E, Ramos Calero O. Evolución del lenguaje enfermero: Evaluación de los diagnósticos en un informe de alta. *Metas de Enferm* 2000;22:45-52.
9. Serrano Sastre R., Narvaiza Solís MJ, Saracibar Rázquín MI., Carrascal Garchitorena E., Tina Majuelo P., Sanz Izco M., Díaz Narvalaz MT. Correspondencia entre los problemas de salud y los cuidados de enfermería al ingreso del paciente. *Enferm Clin* 2000;10(2):47-56.
10. Duarte Climents G, Montesinos Afonso N. El consenso como estrategia de implementación del diagnóstico enfermero, valoraciones estandarizadas y selección de etiquetas diagnósticas. *Enferm Clin* 1999;9(4): 142-150.
11. Rodríguez Salvador MM, Torrés López A, Azañón Hernández R, Rodríguez Camero M, Palma García J. Experiencia en la implantación del proceso enfermero en emergencias. *Tempus Vitalis* 2003;3(1):4-10.
12. J. Gómez Robles, M. Domingo Pozo, EM. Gabaldón Bravo, C. Terrés Ruiz, M. Torres Figueiras, MA. Fernández Molina. Terminología utilizada por las enfermeras del Hospital General de Alicante en la hoja de cuidados de enfermería. *Index Enferm.* 2003;40-41:16-19.
13. Gabaldón Bravo, E; Gómez Robles, J; Fernández Molina, M; Domingo Pozo, M; Torres Figueiras, M; Terrés Ruiz, C; Gomis García, L. Análisis de las causas del bajo nivel de cumplimentación del paciente al ingreso: una aproximación desde la perspectiva cualitativa. *Cult cuidados* 2002; Año 4 nº 11: 53-60.
14. Serrano, R. Et al. ¿Dónde comienza la calidad científica de los documentos de enfermería? El reto de la documentación. *Rev. Rol de Enferm.*, 1994;191-192: 33-40.
15. Llamas Urrutia C. ¿Cómo se utiliza el proceso de cuidados de enfermería? *Rev. Rol Enf* 2003;26(5):354-362.

16. Sánchez Linares, A; Sans Penon, C. Protocolizar las actividades de enfermería. *Rev Rol de Enfermería*. 2001; 24(1): 67-74
17. Serrano, R. Et al .Estandarizar los cuidados, cuando lo hecho es válido. *Rev Rol de Enferm*. 1997;227-228: 23-31.
18. Carbelo B. Et al. Estrategias de implementación de un plan de cuidados estandarizado en una unidad de hospitalización médica. *Enf. Cientif*. 188-189: 78-82, nov-dic 1997.
19. González P. Et al .Validación de los diagnósticos de enfermería de la NANDA: una experiencia en cuatro áreas asistenciales. *Enferm. Clin*. 4(3): 124-127.1995.
20. Gordon M. Pasado, presente y futuro de los diagnósticos de enfermería. *Cult Cuid*, 2000; 7-8: 128-138.
21. Feria Lorenzo D.,Macías Rodríguez AC., Romero Corchero M., Mena Navarro FJ., Valderrama Martín A. Valoración del método de trabajo que utilizan los profesionales de enfermería en el ámbito hospitalario del Servicio Andaluz de Salud. *Metas Enferm* 2000; 111(27): 41-48.
22. Maña González M.,Sáez A. Resultados obtenidos en consulta de enfermería tras la protocolización de planes de cuidados. Experiencia en un EAP de Torrejón de Ardoz. *Enferm Cient* 1997;184-185:34-39.
23. Quero Rufián A. El diagnóstico de enfermería. Una aproximación a la realidad española. *Index Enferm*. 1995;12-13:24-27.
24. Teixidór Freixa M. El producto enfermero y la reforma de los procesos asistenciales(III). *Rev Rol de Enf* 2002;25(6):408-410.
25. Izquierdo Carrasco JM, Pérez Badía MB, Ramírez Rodríguez FJ, Serrano Escalona I, Torres Montero MD, Conde Lara G. Implantación del proceso enfermero. *Rev. Rol Enf* 2002;25(7-8):488-493.
26. Luis Rodrigo MT, González Carrión P, Germán Bes C, Coscolla Marcera E, Benavent Garces A, Palomino Moral P, Sales i Orts R, Guirao Goris J, Cuesta Zambrana A. El diagnóstico de enfermería en España. ¿Una realidad apreciable?. *Index Enferm* 1995; 12-13:14-23.
27. Domingo M, Gómez , Ballesta F, Torres M, et al. Opinión de las enfermeras del Hospital General Universitario de Alicante sobre la implantación de planes de cuidados. Comunicación presentada en las IX Jornadas de Enfermería del HGUA. Alicante noviembre 2003.
28. MA. Fernández Molina J. Gómez Robles, , EM. Gabaldón Bravo, M. Domingo Pozo, M. Torres Figueiras, C. Terrés Ruiz. Evaluación del impacto de las intervenciones realizadas para mejorar el registro de valoración de enfermería al ingreso. *Enferm Clin*. 2003;13(3):137-44
29. Martínez Martínez C, Cañadas Bustos A, Rodríguez Paredes E, Tornel García S. Dificultades en la valoración enfermera. *Enferm Clin* 2003;13(4):195-201.
30. Nieto E., Domingo R. Representación social de la guía metodologica de enfermería que tienen las enfermeras del área XI de atención primaria (Madrid, INSALUD). Disponible en: <http://www.arrakis.es/~jsacris/trabajo.html>.
31. Mena Navarro FJ., Macías Rodríguez AC, Romero Corchero M, Valderrama Martín A, Feria Lorenzo D.¿Influyen los diagnósticos de enfermería en la valoración del método de trabajo enfermero? *Rev. Rol de Enferm* 2001;24(2):137-139.
32. Ortega C.;Sánchez N."Lenguaje de enfermería en las publicaciones científicas" *Enferm. Científica* 1999 nº 206-207
33. Pino Casado R, Ugalde Apalategui M. Líneas de investigación en diagnósticos enfermeros.*Enferm Clin* 1999;9(3): 115-120.

34. Glaser B. Y Strauss A. The discovery of Grounded Theory. Chicago Ed. Aldine 1967
35. García M.;Ibáñez J.;Alvira F. El análisis de la realidad social. Métodos y técnicas de investigación. 3ª ed. Ed. Alianza 2000 Madrid.
36. Siles, J. Los textos como fuente de conocimientos en ciencias sociales y enfermería. Una aplicación de la metodología cualitativa. Index de Enf., 2001; nº 34, 33-36.
37. Siles, J. Epistemología y enfermería: por una fundamentación científica y profesional de la disciplina. Enferm. Clin.,1996;7( 4): 38-44.
38. Hardey M.;Coleman P. Scraps: hidden nursing information and its influence on the delivery of care. J.Adv.Nurs 2000 Jul;32(1):208-14
39. Hansebo G.;Kihlgren M.;Ljunggren G.Review of nursing documentation in nursing home wards changes after intervention for individualized care. J.Adv.Nurs 1999 Jun;29(6):1462-73
40. Gil E.; Conticuesta F.;Pinzón S. Et al. El análisis de texto asistido por ordenador en la investigación cualitativa. Index Enferm. 2002; nº 36-37.
41. Vallés M. Ventajas y desafíos del uso de programas informáticos en el análisis cualitativo. Una reflexión metodológica desde la Grounded Theory y el contexto de la investigación social. Disponible en: [www.fundacion-centra.org/pdfs/s200105.pdf](http://www.fundacion-centra.org/pdfs/s200105.pdf)
42. De la cuesta C. Investigación cualitativa y práctica de enfermería. Disponible en: <http://tone.udea.edu.co/revista/sep99/investigacion.htm>
43. Amezcua M.; Gálvez A. Los modos de análisis en investigación cualitativa en salud: perspectivas críticas y reflexiones en voz alta. Rev. Española de Salud Pública 2002;76:423-436.
44. Payne S.;Hardey M.;Coleman P. Interactions between nurses during handovers in ederly care. J. Adv. Nurs 2000 ;32(2):277-85
45. Briggs M.; Dean K. A qualitative analysis of the nursing documentation of post-operative pain management J. Clin. Nurs 1998 ;7(2): 155-63
46. Calderón C. Criterios de calidad en la investigación cualitativa en salud: apuntes para un debate necesario. Rev. Española de Salud Pública 2002;76(5):473-482.
47. Barry C. Choosing qualitative data analysis software: Atlas-Ti and Nudist compared.Sociological Research Online, 1998 .(3), Disponible en: <http://www.socresonline.org.uk/socresonline/3/3/4.html>
48. Coffey A.;Athkinson P.Qualitative data analysis: Technologies and representations. Sociological Research Online 1996 1(1): Disponible en: <http://www.socresonline.org.uk/socresonline/1/1/4.html>
49. Guirao-Goris, JA; Camaño Puig, RE; Cuesta Zambrana, A. Diagnóstico de Enfermería. Categorías, formulación e investigación. Ed. Ediversitas, 2001.
50. Vázquez Sánchez MA, Bueno Ferran M, Casals Sánchez J, García Cabello J. Diagnósticos de enfermería sobre riesgos. Análisis coste-efectividad. Rev. Rol Enf 1998;21(237):27-32

## **8. Anexos:**

- **Anexo I: planilla de recogida de datos**
- **Anexo II: artículos publicados sobre la línea de investigación.**

**Anexo I: Planilla recogida de datos.**

<b>CATEGORIAS</b>	<b><i>EXPRESIONES LITERALES QUE APARECEN EN LA HOJA DE CUIDADOS DE ENFERMERÍA EN LAS PRIMERAS 24 H. AL INGRESO.</i></b>
<b><i>PRUEBAS DIAGNÓSTICAS</i></b> (petición, cursadas, recepción, realizadas...)	
<b><i>CUIDADOS QUIRÚRGICOS</i></b> (Preparación prequirúrgica y cuidados postoperatorios)	
<b><i>CATETERES Y SUS CUIDADOS</i></b> (Vías centrales, periféricas, drenajes...)	

<b>BIENESTAR GENERAL</b>	
<b>ADMINISTRACIÓN Y PREPARACIÓN DE MEDICACIÓN</b>	
<b>CONTROL DE CONSTANTES VITALES</b> (hemodinámica, termorregulación, ...).	
<b>CUIDADOS RELACIONADOS CON LA ALIMENTACIÓN</b>	

<b>DOLOR Y ANALGESIA</b> (valoración, evaluación y medidas tomadas y su efectividad)	
<b>CUIDADOS RELACIONADOS CON LA SEGURIDAD</b>	
<b>CUIDADOS RELACIONADOS CON LA ELIMINACIÓN FECAL</b>	
<b>CUIDADOS RELACIONADOS CON LA ELIMINACIÓN URINARIA</b>	

<b>CUIDADOS RELACIONADOS CON EL DESCANSO</b>	
<b>CUIDADOS RELACIONADOS CON LA RESPIRACIÓN</b>	
<b>CONSULTAS A OTROS PROFESIONALES</b>	
<b>CUIDADOS RELACIONADOS CON LA MOVILIDAD</b>	

<b>CUIDADOS MATERNO-INFANTILES</b>	
<b>CUIDADOS RELACIONADOS CON EL ASEO E HIGIENE DEL PACIENTE</b>	
<b>CURAS DE HERIDAS</b> ( de todo tipo , excepto cateteres y drenajes)	
<b>CUIDADOS RELACIONADOS CON EL ESTADO DE LA PIEL Y MUCOSAS</b> (valoración, evaluación, características físicas...)	

<b>ASPECTOS PSICOLÓGICOS Y SOCIALES</b>	
<b>ALERGIAS</b>	
<b>EXPRESIONES DE MOTIVO DE INGRESO, DIAGNÓSTICO MÉDICO, PROCEDENCIA, TRASLADO...</b>	
<b>OTRAS</b>	



**Anexo II: artículos publicados sobre la línea de investigación.**