

UNIVERSIDAD DE CANTABRIA

ESCUELA UNIVERSITARIA DE ENFERMERÍA "CASA DE SALUD VALDECILLA"

Plan de cuidados estandarizado del paciente sometido a cirugía refractiva: facoemulsificación

Autora: Miriam Gutiérrez Martínez

Director del trabajo: Elías Rodríguez Martín

01/06/2012

TRABAJO FIN DE GRADO. CURSO DE ADAPTACIÓN DE
ENFERMERÍA

ÍNDICE

	Página
1/ Resumen y palabras clave.....	3
2/ Abstract y key words.....	4
3/ Introducción.....	5-6
4/ Generalidades del proceso enfermero.....	7-13
5/ Las cataratas.....	14-15
6/ Cirugía ocular refractiva: Facoemulsificación.....	16-18
7/ Plan de cuidados estandarizado del paciente sometido a cirugía refractiva: Facoemulsificación:.....	19-25
8/ Reflexiones.....	27- 28
9/ Bibliografía.....	29-31

1/ RESUMEN

Los planes de cuidados son actualmente la herramienta enfermera con más proyección de futuro. Por ello, este trabajo plasma las diferentes partes de las que consta un plan de cuidados y expone un estándar para pacientes operados de cataratas mediante una técnica concreta, la facoemulsificación. En él se reflejan los diagnósticos enfermeros más frecuentes (tanto en la fase prequirúrgica como en la postquirúrgica) con las intervenciones más adecuadas, así como los problemas de colaboración que pudieran surgir y las acciones recomendadas para abordarlos.

Previamente al desarrollo del plan de cuidados estándar, se abordan aspectos generales sobre la patología de las cataratas y sobre el tipo de cirugía concreto en el que se centra el trabajo, cual es, la técnica de facoemulsificación. Se trata de la técnica más utilizada en nuestro país para este tipo de patología dado que la gran cantidad de ventajas que ofrece supera al menor número de inconvenientes en relación a otras técnicas.

PALABRAS CLAVE:

Catarata; Facoemulsificación; Planificación de Atención al Paciente; Atención de enfermería.

2/ ABSTRACT

Care plans are nowadays the tool nurse with more projection of future.

Therefore, this work forms the different parts which a care plan consists of and sets the standard one for patients who have had an operation on cataracts using a particular technique, phacoemulsification.

It reflects the most frequent nurse diagnostic (so much in the preoperative phase as in the postsurgical one) with the most suitable interventions, as well as the problems of collaboration that could arise and the actions recommended approaching them.

Before the development of the standard care plan, general aspects of the pathology of the cataracts are deal with and it we also deal with the type of surgery that focuses on the work, the phacoemulsification technique. It is the most used technique in our country for this type of pathology provided the great advantages that it offers in overcoming the minor number of disadvantages in relation to other techniques.

KEY WORDS:

Cataract; Phacoemulsification; Patient Care Planning; Nursing Care.

3/ INTRODUCCIÓN

Desde el comienzo de nuestra profesión las enfermeras han trabajado basándose en la simple ejecución de tareas, por ello, cuando en la literatura escrita se comenzó a hacer referencia al proceso enfermero, muchos profesionales no le dieron importancia ya que creían se trataba de algo puramente teórico, que afectaba únicamente al ámbito académico y no al asistencial. Con el paso del tiempo, muchos profesionales empezaron a ver esta forma de trabajar como un gran avance en nuestra profesión, ya que así, comenzaba a darse al quehacer enfermero el rigor científico del que carecía hasta el momento.

El proceso enfermero se define como un método sistemático y organizado para brindar cuidados eficaces y eficientes orientados al logro de objetivos. Es organizado y sistemático porque consta de cinco pasos secuenciales e interrelacionados- valoración, diagnóstico, planificación, ejecución y evaluación- y en ellos, se realizan acciones intencionadas orientadas a maximizar los resultados a largo plazo. Se trata, además, de una herramienta metodológica que permite desarrollar el pensamiento crítico como método para la resolución de problemas, dando autonomía a la profesión y haciendo que su uso sea determinante, no sólo en el ámbito docente sino también en la práctica clínica. Pero, a pesar de todo ello, muchas enfermeras siguen viendo los planes de cuidados como algo irrelevante o demasiado incómodos para usarlos (largos y frustrantes). Las preguntas más frecuente que formulan las enfermeras sobre los planes de cuidados escritos, son:

- ¿Cómo puedo escribir los planes de cuidados?
- ¿De dónde voy a sacar el tiempo?

Su preocupación es perfectamente válida dado que la mayoría de las enfermeras se mueven en un entorno febril, complejo, que permite poco tiempo para la planificación minuciosa de los cuidados.

Los planes de cuidados estándar nos ayudan a afrontar estos problemas. Estos estándares intentan ser una guía para proporcionar cuidados de enfermería de calidad a los clientes típicos ante un problema de salud concreto.

Los objetivos que se pretenden alcanzar con este plan de cuidados estandarizado son:

- Identificar los problemas de salud autónomos e interdependientes del paciente sometido a intervención quirúrgica de cataratas.
- Establecer los planes más adecuados para poder resolver las necesidades identificadas en estos pacientes.

La elección de este trabajo se fundamenta en dos hechos:

- El interés personal por aumentar mis conocimientos y habilidades sobre el Proceso Enfermero, ya que, aunque debiera ser una herramienta de trabajo inherente a nuestra profesión, no lo es, como ya he explicado al inicio de esta introducción.
- La importancia que los planes de cuidados tienen para nuestra profesión, dado que:
 - Clínicamente, son una herramienta para planificar, plasmar y comunicar los cuidados apropiados para el paciente entre los diferentes profesionales, para

que, de esta forma, todos hablemos “el mismo idioma” cuando nos referimos al cuidado de una persona.

- Legalmente, suponen un punto de apoyo para establecer los estándares de cuidados en una situación dada.
- Económicamente, pueden ofrecer una forma de validar la idoneidad de los cuidados brindados y de justificar niveles de plantilla y el cobro por la atención al cliente.

El trabajo se estructura de la siguiente forma:

- Resumen y palabras clave.
- Introducción.
- Generalidades del proceso enfermero.
- Las cataratas.
- Cirugía ocular refractiva: Facoemulsificación.
- Plan de cuidados estandarizado del paciente sometido a cirugía refractiva: Facoemulsificación:
 - Fase preoperatoria
 - Fase postoperatoria
- Reflexiones.
- Bibliografía.

4/ GENERALIDADES DEL PROCESO ENFERMERO

El proceso enfermero es una gran herramienta metodológica para la práctica científica en enfermería utilizando el pensamiento crítico como método de resolución de problemas y dando, así, una gran autonomía a la profesión enfermera (Huerta & Moreno, 2011).

Desde los años cincuenta la enfermería requirió un método de trabajo denominado Proceso de Enfermería, ya que era necesario guiar la práctica profesional, dar así un cuidado integral a la persona y aplicar los patrones de conocimientos empírico, estético, ético y personal (Rodríguez, Ramírez, Maldonado & Medina, 2008).

La expresión proceso de enfermería fue creada por Hall en 1955 y, posteriormente, fueron Johnson (1959), Orlando (1961) y Wiedenbach (1963) quienes se refirieron a una serie de fases que componen dicho proceso. Estas fases son, como ya hemos dicho anteriormente: valoración, diagnóstico, planificación, ejecución y evaluación (Kozier, 1993).

Cuestión importante en el proceso enfermero es saber que sus partes están íntimamente relacionadas, no siendo simples piezas que siguen un orden. De esta forma, si realizamos una valoración incompleta o incorrecta, muy probablemente el diagnóstico enfermero al que lleguemos no sea del todo fiable; esto mismo ocurre con el resto de los pasos, es decir, si no es el diagnóstico certero, la planificación de cuidados que llevaremos a cabo no se corresponderá con las necesidades de nuestro paciente. Esto, por una parte, hace que el proceso enfermero sea más completo a la hora de abordar las necesidades de una persona, pero, por otra, aumenta las complicaciones al ponerlo en práctica, ya que muchos profesionales ven en la interrelación entre sus fases un problema por considerar que pueden cometer errores en alguna fase, y realizar así un plan de cuidados que puede no tener mucha utilidad para el paciente (Kozier, 1993).

Pero, a pesar de todas las dificultades que podamos encontrar al poner en práctica el proceso enfermero, debemos tener muy presentes todos los beneficios que nos aporta llevar a cabo nuestro trabajo utilizando una herramienta metodológica y unos instrumentos de los que podemos ayudarnos, ya que de esta forma fortalecemos la idea de la enfermería como una ciencia (Huerta & Moreno, 2011). Además de la visión que ofrece, centrándose en el paciente y no en la enfermedad, permitiendo el análisis de actividades cotidianas de enfermería, que no se recogen en ningún registro y que por ello pasan desapercibidas cuando se evalúan las cargas asistenciales de nuestra profesión (Alfaro-LeFevre, 2002).

Con la incorporación de la metodología enfermera en la práctica asistencial se aporta un valor añadido a la atención de los pacientes y, por lo tanto, generan una mayor satisfacción en nuestros usuarios, y esa dimensión de la calidad (Calidad Percibida), hoy en día, en la sociedad en la que nos encontramos y con el nivel de exigencia de la misma, tiene tanto peso como la propia Calidad Científico-Técnica que se nos reconoce: la mayoría de los pacientes y/o cuidadoras que reciben nuestros servicios nos piden que no miremos sólo a la enfermedad, sino que, mucho más importante, centremos nuestras actividades en la persona (el usuario como centro del sistema sanitario) (Fernández & Viñas, 2009, p. 3).

Debido a estas exigencias de los pacientes, creo conveniente plasmar las diferencias existentes entre el proceso enfermero y un método para la resolución de problemas.

PROCESO ENFERMERO	MÉTODO PARA LA RESOLUCIÓN DE PROBLEMAS
Valoración: Recogida continua de datos sobre el estado de salud para controlar la constatación de problemas de salud y de factores de riesgo que pueden contribuir a la aparición de problemas de salud (P.ej., tabaquismo).	Detectar un problema: recoger datos sobre él.
Diagnóstico: Análisis de los datos para identificar problemas de salud reales y potenciales, y recursos.	Analizar los datos para determinar exactamente en qué consiste el problema.
Planificación: Determinación de resultados esperados (objetivos específicos) e identificación de intervenciones para lograrlos.	Formular un plan de acción.
Ejecución: Puesta en práctica del plan y observación de las respuestas iniciales.	Poner en práctica el plan.
Evaluación: Valoración del logro de los resultados y decisión sobre la necesidad de introducir cambios.	Evaluar los resultados.

(Alfaro-LeFevre, 2002, p. 6)

Para finalizar este apartado creo que es importante explicar que los planes de cuidados de enfermería permiten desarrollar dimensiones de calidad asistencial, tales como:

-**Eficacia:** al integrar la mejor evidencia disponible, la propia experiencia profesional y la opinión de los usuarios.

-**Efectividad:** al ofrecer la mejor práctica asistencial en la actividad diaria.

-**Eficiencia:** nos obliga a una reorganización funcional de las unidades al objeto de optimizar los recursos y mejorar la accesibilidad (Fernández & Viñas, 2009, p. 2-3).

Las fases del plan de cuidados enfermero son:

1) VALORACIÓN:

La valoración es el primero de los pasos que se han de llevar a cabo en la realización de un plan de cuidados enfermero. En él se debe recoger y organizar toda la información necesaria sobre el paciente, familia y su entorno, para conocer así el estado de salud del paciente y posteriormente utilizarlo en su beneficio (Alfaro-LeFevre, 2002).

Para llevar a cabo la valoración, es necesario saber que las diferentes partes de las que consta son:

- Recogida de datos: se realiza a través de tres elementos indispensables, que son la entrevista, observación y exploración física.
- Validación de la información: En este paso lo que se intenta no sólo es evitar la utilización de información errónea, sino asegurarnos de que esta no esté incompleta.
- Organización de los datos: la información obtenida puede agruparse de diferentes formas, como por ejemplo, según las 14 Necesidades de Virginia Henderson, los patrones funcionales de Gordon, las necesidades humanas de Maslow...
- Identificación de patrones: una vez agrupada la información, es necesario releerla para así poder comprender datos significativos. De esta forma nos podemos hacer un esquema sobre la situación actual de nuestro paciente, plantearnos dudas acerca de su estado y necesidades, y ver si en aquella información que nos sorprenda o nos preocupe, debemos indagar más para poder sacar conclusiones más certeras (Alfaro-LeFevre, 2002).
- Informe y registro de los datos: es el último paso dentro de la valoración. En él, debemos reflexionar sobre los datos que más nos sorprendan, para así informar de aquellos que nos preocupen (Alfaro-LeFevre, 2002).

Finalmente, se debe dejar constancia de todo lo anterior registrándolo correctamente. Se registran por un lado datos objetivos (evitando los juicios personales que pueden tener diferente significado en personas distintas), y por otro los datos subjetivos que el paciente manifiesta (Kozier, 1993).

2) DIAGNÓSTICO:

“Los diagnósticos de enfermería orientan las respuestas de los clientes, familias o grupos hacia situaciones para las que la enfermería puede prescribir intervenciones para lograr los resultados” (Carpenito, 1995).

Años atrás, cuando no se había realizado ninguna clasificación de diagnósticos de enfermería, las enfermeras utilizaban palabras que les parecían apropiadas para el paciente, pero no existía consenso en dichos diagnósticos (Carpenito, 1995).

Con el paso de los años, las enfermeras han comprendido la importancia de éstos, ya que como bien explica Lynda Juall Carpenito en su libro *“Diagnósticos de enfermería”*, un sistema de clasificación para la enfermería define el cuerpo de conocimientos de los cuales ésta se responsabiliza; y la relación existente entre el diagnóstico de enfermería y la responsabilidad y autonomía se puede expresar de la siguiente manera:

“Diagnóstico de enfermería → Identificación más clara del cuerpo de conocimientos de enfermería → Mayor responsabilidad → Mayor autonomía personal.”

La primera persona que utilizó el término *diagnóstico de enfermería* fue V. Fry en 1953 para describir así, un paso importante en la elaboración de un plan de cuidados de enfermería.

Pero no fue hasta 1973 cuando se reunió el *National Group for the Classification of Nursing Diagnosis*, y así comenzó a aparecer una gran cantidad de bibliografía al respecto.

En Marzo de 1990, la Asamblea General del noveno congreso de la North American Nursing Diagnosis Association (NANDA) aprobó una definición oficial del diagnóstico de enfermería (NANDA, 1990):

“El diagnóstico de enfermería es un juicio clínico sobre las respuestas de un individuo, familia o comunidad a los problemas de salud reales o potenciales y a los procesos vitales. El diagnóstico de enfermería proporciona los fundamentos para la selección de las intervenciones de enfermería necesarias para la consecución de los resultados que son responsabilidad de las enfermeras.”(Carpenito, 1995, p. 3).

A continuación se enumeran los diferentes tipos de diagnósticos enfermeros:

- **Diagnóstico de enfermería real:**

Describe un problema de salud que ya está instaurado, y que ha sido confirmado por la presencia de los signos y síntomas que lo definen.

El enunciado de los diagnósticos de enfermería reales consta de las siguientes partes: Etiqueta diagnóstica + Factores relacionados + Características definitorias.

Ejemplo: *Relacionado con.....Manifestado por.....* (Carpenito, 1995)

- **Diagnóstico de enfermería de riesgo:**

Son juicios clínicos que realiza la enfermera en los que considera que existe una mayor probabilidad de que la persona desarrolle un problema concreto que en el resto de la población en la misma situación. Por ello se trata de un diagnóstico en el cual las manifestaciones clínicas no han aparecido.

El enunciado de estos diagnósticos consta de las siguientes partes:

Etiqueta diagnóstica (precedida de la expresión “*Riesgo de...*”) + Factores de riesgo (factores relacionados).

Ejemplo: *Riesgo de.....relacionado con....* (No hay manifestaciones clínicas, por tratarse de un riesgo) (Carpenito, 1995).

- **Diagnóstico de enfermería de bienestar o de salud:**

Son juicios clínicos que realizan las enfermeras ante situaciones de funcionamiento eficaz, en los que tienen interés en mejorar.

Para la existencia de este diagnóstico de salud, es necesario que la persona, familia o comunidad presente un estado aceptable de salud, y a su vez quiera y sea capaz de alcanzar un nivel superior (Carpenito, 1995).

Por último encontramos el **Diagnóstico de enfermería posible:**

Este diagnóstico se encuentra en último lugar debido a que por algunos autores es considerado un diagnóstico más, pero por ejemplo la NANDA no lo considera así.

La razón de esta inexactitud se debe a que este tipo de diagnósticos describen problemas que se sospechan pero que necesitan confirmarse con información adicional, y por ello se nombra como diagnóstico de enfermería posible y se intenta recabar más información para cerciorarnos y finalmente desecharlo o utilizarlo como un diagnóstico real, de riesgo o de salud (Carpenito, 1995).

3) PLANIFICACIÓN:

El siguiente paso en la elaboración de un plan de cuidados es la planificación, que consta a su vez de varias fases:

a) Determinación de las prioridades: Debemos decidir qué orden es el más apropiado para la solución de los problemas de salud encontrados. Para ello suele resultar de gran utilidad ordenar los diagnósticos en varias categorías: prioridad alta, media y baja, de tal forma que sigamos un orden lógico para su solución (Kozier, 1993).

Pero para priorizar, además de esto es importante tener en cuenta otros factores como: las creencias del paciente, sus prioridades, los recursos que se tienen, la urgencia del problema y el plan seguido por otros profesionales. (Kozier, 1993).

b) Establecer criterios de resultados: En la planificación de cuidados debemos tener presente la diferencia existente entre los objetivos para los diagnósticos enfermeros y los referentes a las complicaciones potenciales.

En los primeros, nuestra meta es que el paciente (o una parte de él) logre algo en un periodo de tiempo determinado. Son objetivos centrados en el paciente y nunca en el profesional de enfermería.

Estos deben ser claros y específicos, y deben tener los siguientes componentes: sujeto, verbo, condición, criterio de realización y momento

Mientras que si se tratan de objetivos para complicaciones potenciales, lo que vamos a planificar son intervenciones que el profesional de enfermería debe realizar (tanto de valoración, como las relacionadas con la prescripción médica), por lo que el paciente no será el sujeto de tales intervenciones (Alfaro-LeFevre, 2002).

c) Determinar las órdenes enfermeras: Planteados ya los objetivos, es el momento de pensar en las intervenciones adecuadas para éstos.

Éstas deben servir para conseguir los objetivos marcados, y así solucionar el problema existente que hemos mencionado con un diagnóstico enfermero.

Formulamos varias intervenciones para cada objetivo planteado, y sobre estas intervenciones buscamos actividades concretas (Alfaro- LeFevre, 2002).

El profesional de enfermería debe tener especial cuidado en no prescribir intervenciones que puedan necesitar a su vez acciones de otros profesionales, ya que entonces no serían enfermeras sino de colaboración. (Alfaro-LeFevre, 2002).

d) Registrar el plan de cuidados: puede variar mucho de un centro a otro pero en todos debe constar la información referente a los diagnósticos encontrados, las intervenciones planteadas para solucionar dichos diagnósticos, y los resultados que se esperan obtener con los cuidados (Alfaro-LeFevre, 2002).

4) EJECUCIÓN:

La ejecución es uno de los últimos pasos del proceso enfermero, y consiste en llevar a cabo y registrar actividades que son indispensables para la realización de las intervenciones enfermeras. El profesional de enfermería realiza las actividades propuestas para cada intervención y finalmente registra tanto estas actividades como las respuestas del paciente (Kozier, 1993).

Debemos diferenciar, por un lado los problemas que necesitan acciones inmediatas, de aquellos que pueden ser resueltos con menor urgencia. Para ello, puede resultar de gran ayuda hacernos preguntas a nosotros mismos tal que:

- a) ¿Si no resuelvo este problema hoy, podría surgir alguna complicación?
- b) ¿Qué problema puede ocasionar más complicaciones a mi paciente?

De esta forma podemos organizar el trabajo que vamos a llevar a cabo mediante un orden lógico y no al azar (Alfaro-LeFevre, 2002).

El siguiente paso dentro de la ejecución es valorar la situación actual del paciente, para que una vez realizadas las intervenciones pautadas podamos revalorar su situación y saber si fueron efectivas.

A continuación procedemos a la realización de las intervenciones enfermeras. Este paso lo constituyen varias fases por las que debemos pasar, pero que finalmente se reducen a:

- a) Asegurarnos de que la intervención que vamos a llevar a cabo es la más adecuada para el paciente, que no han cambiado las circunstancias de éste y ha dejado de ser la acción más recomendada para su estado de salud.
- b) Cuando ya nos encontremos preparados, se debe llevar a cabo la intervención, prestando mucha atención a las respuestas que surjan de estas.
- c) De las respuestas que aparezcan, depende que se introduzcan cambios en las intervenciones, que ayuden a mejorar el plan de cuidados, y que deben registrarse en éste.

Una vez llevadas a cabo estas intervenciones, se procede a su registro. Este es un apartado muy importante para el funcionamiento del plan de cuidados, ya que registrar lo que hemos hecho nos ayuda a saber lo que debemos cambiar para solucionar el problema. La información que registremos debe ser objetiva, clara, concisa y veraz, para que la persona que lo lea sea capaz de hacerse una idea general del paciente y de todo lo que le rodea (Alfaro-LeFevre, 2002).

5) EVALUACIÓN:

La evaluación es la última fase de un plan de cuidados y consiste precisamente en eso, evaluar que las intervenciones puestas en marcha han hecho que el estado de salud de la persona haya mejorado y que hayamos conseguido los objetivos marcados previamente, es decir, evaluar el proceso hacia las metas identificadas en los estadios previos.

Pero no sólo debemos valorar ese aspecto, sino que puede ocurrir que no se consigan los resultados esperados y en ese caso habría que plantearse si las intervenciones elegidas eran las adecuadas para conseguir los objetivos o se debería volver a plantear intervenciones nuevas pudiendo aparecer distintas

posibilidades. También debemos comprobar cuáles no se han conseguido o cuáles están en proceso de conseguirse... (Kozier, 1993).

Todo esto lo haremos con un fin que consiste en decidir si el plan de cuidados debe continuar, planteándonos nuevos periodos de tiempo; decidir si se deben cambiar los objetivos planteados porque no se hayan podido alcanzar y creemos que no se van a lograr aunque aumentemos los tiempos porque las circunstancias del paciente han cambiado; valorar si hay que plantearse nuevas intervenciones; o si el plan de cuidados se da por finalizado (Kozier, 1993).

Es una etapa de gran importancia, ya que sirve tanto al profesional como al paciente. Al primero le sirve para darse cuenta de los errores que ha cometido llevando a cabo el plan de cuidados, y de esta forma poder subsanarlos y mejorar tanto para el plan realizado como para otros que haga en el futuro; y al paciente le sirve porque cuando el profesional evalúa el plan de cuidados, lo hace para ver cómo ha evolucionado el paciente después de sus intervenciones y así plantearse otras nuevas para seguir aumentando el estado de salud del mismo (Alfaro-LeFevre, 2002).

5/ LAS CATARATAS

Definición:

La catarata es la pérdida de transparencia u opacidad del cristalino, de su cápsula o de ambos. El cristalino es una lente transparente que se encuentra detrás de la pupila y que sirve para enfocar nítidamente los objetos (Cano & Rubio, 2004).

Etiología:

Las cataratas más frecuentes se relacionan en la edad avanzada, por lo que a mayor edad de la persona, mayor es la probabilidad de aparición y avance de éstas. Sin embargo hay ocasiones en que aparecen en edades más precoces, pudiendo afectar a niños o ser hereditarias (algunas familias pueden tener predisposición) (Manchón & Serrano, 2008).

En ocasiones pueden aparecer por diferentes causas como agresiones externas, traumatismos, inflamaciones intraoculares, y alta miopía entre otras. Además, podemos encontrarlas asociadas a enfermedades sistémicas como la diabetes, radiaciones ultravioletas, abuso de fármacos... (Manchón & Serrano, 2008).

Epidemiología:

En relación a su incidencia, sabemos que casi tres de cada cuatro personas mayores de 75 años padecen de cataratas, la mayoría en los dos ojos, aunque la evolución de cada una puede ir a distinta velocidad (Acosta et al., 2006).

La prevalencia de cataratas afecta cada vez a una mayor proporción de población debido al envejecimiento de esta. Con la definición de catarata de “*opacificación del cristalino*” la prevalencia estaba entre el 15 y 19%. Cuando se define catarata como “*opacificación y nivel de agudeza visual conjuntamente*” las prevalencias se encuentran entre el 15 y 30%. Ésta aumenta con la edad, alcanzando entre un 40% y más del 60% de la población a partir de los 70/75 años. Podemos decir que la prevalencia es mayor en las mujeres que en los hombres, acentuándose más a medida que la edad avanza (Acosta et al., 2006).

Sintomatología:

Los síntomas más característicos de esta patología son:

- Pérdida de visión: Se suelen caracterizar por una lenta y progresiva disminución de visión. Ésta aparece una visión borrosa, desenfocada o como si viera a través de un velo sin mejorar al cambiar de gafas.
- Molestias con luz intensa: La disminución de la visión suele ser más acusada en la oscuridad y con focos de luz. Hay deslumbramiento ante luces intensas o cambios de luminosidad.
- Pérdida de tonalidad de los colores: Los colores se aprecian de forma diferente.
- Cambios frecuentes en la graduación de las gafas.
- Visión doble con un solo ojo.
- Mejoría temporal de la vista en personas que previamente necesitaban gafas para ver de cerca (Manchón & Serrano, 2008).

- La catarata inmadura presenta una ligera opacidad, edema y la corteza del cristalino clara, mientras que cuando se trata de una catarata madura el cristalino se presenta completamente opaco, con un edema mayor y la pupila blanca. (Vaughan, Asbury & Cook, 1973).

Diagnóstico:

Las cataratas son difíciles de ver a simple vista en sus etapas precoces, no pudiéndose observar hasta que están tan avanzadas que casi producen ceguera. Pero si hacemos una exploración con lámpara de hendidura se puede ver a través de la pupila dilatada una catarata aunque ésta se encuentre en estadíos iniciales (Vaughan, Asbury & Cook, 1973).

Por tanto, el diagnóstico de las cataratas se lleva a cabo a través de un examen oftalmológico estándar en el que el oftalmólogo valorará el estado de la visión mediante la cartilla de Snellen y un examen con lámpara de hendidura. Es de vital importancia realizar una medición de la longitud del ojo y de la curvatura de la córnea para calcular el poder de la lente intraocular que se va a implantar. Rara vez se necesitan otras pruebas diagnósticas, excepto para descartar otras posibles causas de alteración de la visión.

Y por último, existen determinadas pruebas que se pueden utilizar para comprobar la afectación de la catarata como son: examen de percepción de contrastes, examen de luz brillante, examen de visión potencial...

Tratamiento:

No existe tratamiento farmacológico de las cataratas, una vez que éstas se han iniciado, ningún medicamento puede curarlas o evitar que evolucionen.

El único tratamiento eficaz es la cirugía, que se realiza cuando la pérdida de visión producida por la catarata es tal, que afecta la calidad de vida de la persona y le impide realizar actividades normales de su vida cotidiana.

La intervención de cataratas consiste en la extracción de la parte del cristalino que está opacificada y su sustitución por una lente artificial que se coloca en el mismo sitio que el cristalino original (lente intraocular o LIA), restaurando la visión que se había perdido a consecuencia de las cataratas (Cano & Rubio, 2004).

La cirugía, por lo regular, se realiza en un hospital o centro quirúrgico de manera ambulatoria.

Actualmente, la técnica más utilizada es la **facioemulsificación** con anestesia tópica (a los niños mediante anestesia general), remontándose su aparición a los inicios de los años 90.

6/ CIRUGÍA REFRACTIVA: FACOEMULSIFICACIÓN

Concepto:

La facoemulsificación con implante de lente intraocular es la técnica de elección actualmente para la intervención de cataratas (Pérez, Amigó, Pérez, Goas & Enríquez, 2005). Esta técnica fue descrita por primera vez en 1967 por Charles Kellman (Rodríguez, Baudet, Martín & Abreu, 2000). Fue perfeccionada posteriormente por oftalmólogos como J.H. Little (1975), Shearing (1978), Neuhan y Gimbel (1985) entre otros hasta imponer su aceptación universal y convertirse en la técnica de referencia (Domínguez, 2008).

Consiste en la extracción del cristalino a través de un equipo denominado facoemulsificador, responsable de la emulsificación de la catarata, así como de su irrigación y aspiración. Posteriormente se coloca una lente intraocular al cristalino (Cano & Rubio, 2004).

Indicación:

La facoemulsificación es una técnica más novedosa que otras como la extracción extracapsular del cristalino o la extracción intracapsular del cristalino que actualmente está en desuso.

Por un lado, la facoemulsificación está indicada para todo tipo de cataratas, mientras que con las otras técnicas las indicaciones son menores (Grande, 2004). Pero otros factores que se tienen en cuenta a la hora de abordar una intervención con una técnica u otra son la disponibilidad del paciente, estado del ojo y de la catarata, colaboración del paciente, estado del paciente, edad...

Además, es importante destacar que los oftalmólogos jóvenes están más familiarizados con la facoemulsificación que con otro tipo de intervenciones, y por ello tendrán una mayor destreza al llevar a cabo esta intervención quirúrgica que otras con las que han practicado menos, y por ello los resultados también pudieran ser peores (Grande, 2004).

Ventajas de la técnica:

- No requiere hospitalización.
- Incisión mínima.
- Disminuye el edema y el desprendimiento de retina tras la extracción del cristalino.
- Menor astigmatismo post-operatorio.
- Rápida rehabilitación visual.
- Acorta el periodo de convalecencia notablemente (Cano & Rubio, 2004).

Inconvenientes de la técnica:

- Los derivados de la propia cirugía (de la incisión, de la ruptura de la cápsula, en el proceso de aspiración...).
- Dificultad de la técnica que precisa de una gran destreza para evitar complicaciones.
- El lavado continuo durante la cirugía puede producir daño en determinadas células y esto puede causar edema corneal.

- Precisa una vigilancia exhaustiva de las máquinas utilizadas.
- La colocación de la LIO puede provocar opacidad corneal (aunque es rara cuando se colocan implantes posteriores), lesión de la cornea, catarata secundaria, prolongación de la inflamación, edema macular cístico... (Cano & Rubio, 2004).

Procedimiento:

Unos minutos antes de comenzar la cirugía se aplican al paciente colirios que varían en función del hospital donde se realice la cirugía, cuya función es que se produzca la midriasis en el ojo. Además, en algunos hospitales suelen aplicar colirios antibióticos y antiinflamatorios e irrigaciones previas con povidona yodada al 5% (Cano & Rubio, 2004). En algunos textos consultados podemos encontrar que no existe evidencia sobre una disminución de la probabilidad de infecciones al aplicar antibioterapia tópica durante los días previos, antibióticos tópicos o sistémicos durante la intervención, povidona yodada una vez finalizada la cirugía... (Pérez et al., 2005).

Por regla general, esta cirugía se les realiza a los niños bajo anestesia general, y a los adultos bajo anestesia local para bloquear el dolor y un sedante para relajarlo. La anestesia tópica se lleva a cabo mediante colirios anestésicos o con anestesia intracamerular (Cano & Rubio, 2004).

Los pasos a seguir en esta técnica son los siguientes:

En primer lugar se debe mantener el ojo abierto ayudándose de un blefarostato. A continuación se realiza una incisión corneal a la izquierda de la otra incisión que se realizará más adelante. Después proceden a la inyección de la anestesia intracamerular. Es entonces cuando se realiza la otra incisión corneal (Cano & Rubio, 2004).

Más tarde, se realiza una capsulotomía circular continua, y se aplica viscoelástico tantas veces como sea necesario. En este momento es de vital importancia que el paciente fije la mirada en la luz del microscopio (Cano & Rubio, 2004).

El siguiente paso consiste en inyectar líquido en el espacio existente entre la cápsula y la corteza periférica del cristalino, quedando de esta forma el cristalino libre de enlaces.

A continuación, se realiza la facoemulsificación, creando uno o dos surcos para que se fragmenten y puedan ser aspirados. Al mismo tiempo se está aplicando un flujo continuo de solución de lavado (Manchón & Serrano, 2008).

El siguiente paso es la extracción de los restos de la corteza. Además se procede a pulir la cápsula posterior y así eliminar todo residuo que pueda contener la corteza (Cano & Rubio, 2004).

Después se introduce la LIO plegada, de tal manera que cuando entra en la cápsula se abre adquiriendo su forma normal.

Uno de los últimos pasos es el cierre corneal, que se puede producir mediante una sutura mínima, o sin sutura inyectando Ringer Lactato a presión y provocando un edema que produce el cierre (en ocasiones el cirujano combina ambas opciones) (Cano & Rubio, 2004).

El último paso es la limpieza ocular, que en función del tipo de anestesia la actuación será diferente:

- a) Si la anestesia ha sido con instilación tópica de colirios anestésicos, se aplicarán gotas antibióticas con corticoide cada 3 horas durante las primeras 24 horas y el ojo se mantendrá sin cubrir (Arocas, Llebres & Carreño, 2008).
- b) Si la anestesia utilizada fue la punción retrobulbar, se aplicará pomada denominada Terracotril y el ojo permanecerá tapado durante las primeras 24 horas (Arocas et al., 2008).

La cirugía suele llevarse a cabo sólo en uno de los ojos, esperando varios meses para poder intervenir el otro.

Pronóstico:

Los resultados de la cirugía de cataratas mediante esta técnica son muy positivos, ya que además de que los riesgos en relación a otras técnicas son menores, y los plazos de convalecencia también, la mejoría de la visión es notable.

7/ PLAN DE CUIDADOS ESTANDARIZADO DEL PACIENTE SOMETIDO A CIRUGÍA REFRACTIVA: FACOEMULSIFICACIÓN

FASE PREOPERATORIA

Diagnósticos de enfermería (Luis Rodrigo, 2008).

- **DxE 1:** Temor (00148)

R/C

Conocimientos deficientes.

Susceptibilidad percibida.

Gravedad percibida.

Barreras percibidas.

Falta de sistema de soporte en situaciones poco familiares que pueden resultar estresantes.

Otros (especificar):

M/P

Identifica cuál es la procedencia del miedo que siente.

Respuestas estimulación simpática y parasimpática.

Atención constante en aquello que le produce miedo.

Expresión de miedo, inseguridad.

Otros (especificar):

NOC:

NOC 1: Autocontrol del miedo (1404)

- (140403) Busca información para reducir el miedo: (1-5)
- (140405) Planea estrategias para superar las situaciones temibles: (1-5)
- (140407) Utiliza técnicas de relajación para reducir el miedo: (1-5)
- (140413) Mantiene el control sobre su vida: (1-5)
- (140417) Controla la respuesta de miedo: (1-5)

Puntuaciones: 1 → Nunca demostrado

2 → Raramente demostrado

3 → A veces demostrado

4 → Frecuentemente demostrado

5 → Siempre demostrado

NOC 2: Nivel de miedo (1210)

- (121005) Inquietud: (1-5)
- (121006) Irritabilidad: (1-5)
- (121007) Explosiones de ira: (1-5)
- (121015) Preocupación por la fuente del miedo: (1-5)
- (121016) Aumento de la presión sanguínea: (1-5)
- (121017) Aumento de la frecuencia del pulso radial: (1-5)
- (121018) Aumento de la frecuencia respiratoria: (1-5)
- (121020) Sudoración: (1-5)
- (121026) Incapacidad para dormir: (1-5)

- (121031) Temor verbalizado: (1-5)
- (121032) Lloros: (1-5)

Puntuaciones: 1 → Grave
 2 → Sustancial
 3 → Moderado
 4 → Leve
 5 → Ninguno

Intervenciones de enfermería (NIC):

- **NIC 1** : Enseñanza prequirúrgica (5610)
 - Informar al paciente/ser querido de la duración esperada de la operación.
 - Conocer las experiencias quirúrgicas previas del paciente y el nivel de conocimiento relacionado con la cirugía.
 - Dar tiempo al paciente para que haga preguntas y discuta sus inquietudes.
 - Describir las rutinas preoperatorias (anestesia, dieta, preparación intestinal, pruebas/laboratorio, eliminación de orina, preparación de la piel, terapia i.v., vestimenta, zona de espera para la familia y traslado a quirófano), si procede.
 - Proporcionar información acerca de lo que se oirá, olerá, verá, gustará o sentirá durante el suceso.
 - Determinar las expectativas del paciente acerca de la cirugía.
 - Corregir las expectativas irreales de la cirugía, si procede.

- **NIC 2**: Aumentar el afrontamiento (5230)
 - Ayudar al paciente a desarrollar una valoración objetiva del acontecimiento.
 - Presentar al paciente personas (o grupos) que hayan pasado por la misma experiencia con éxito.
 - Alentar la manifestación de sentimientos, percepciones y miedos.
 - Animar la implicación familiar, si procede.

- **NIC 3**: Enseñanza: procedimiento/tratamiento (5618)
 - Explicar el propósito del procedimiento/tratamiento.
 - Explicar el procedimiento/tratamiento.
 - Enseñar al paciente cómo cooperar/participar durante el procedimiento/tratamiento, si procede.
 - Discutir tratamientos alternativos, si procede.

- **NIC 4**: Monitorización de los signos vitales (6680)
 - Controlar periódicamente presión sanguínea, pulso, temperatura y estado respiratorio, si procede.
 - Observar periódicamente el color, la temperatura y la humedad de la piel.

- **DxE 2**: Riesgo de caídas (00155) (Luis Rodrigo, 2008).

R/C

Trastorno visual.

Ausencia de medidas de seguridad en casa.

Otros (especificar):

NOC:

NOC 1: Conducta de compensación visual (1611)

- (161108) Utiliza dispositivos de ayuda para visión escasa: (1-5)
- (161110) Utiliza servicios de apoyo para la falta de visión: (1-5)

Puntuación: 1 → Nunca demostrado

2 → Raramente demostrado

3 → A veces demostrado

4 → Frecuentemente demostrado

5 → Siempre demostrado

NOC 2: Conducta de prevención de caídas (1909)

- (190915) Uso de barandillas para agarrarse: (1-5)
- (190914) Uso de alfombrillas de goma en la bañera o ducha: (1-5)
- (190901) Uso correcto de dispositivos de ayuda: (1-5)

Puntuación: 1 → Nunca demostrado

2 → Raramente demostrado

3 → A veces demostrado

4 → Frecuentemente demostrado

5 → Siempre demostrado

NOC 3: Control del riesgo (1902)

- (190201) Reconoce factores de riesgo: (1-5)
- (190204) Desarrolla estrategias de control del riesgo efectivas: (1-5)
- (190208) Modifica el estilo de vida para reducir el riesgo: (1-5)

Puntuación: 1 → Nunca demostrado

2 → Raramente demostrado

3 → A veces demostrado

4 → Frecuentemente demostrado

5 → Siempre demostrado

Intervenciones de enfermería (NIC):

- **NIC 1:** Prevención de caídas (6490):
 - Identificar conductas y factores que afectan al riesgo de caídas.
 - Revisar la historia de caídas con el paciente y la familia.
 - Identificar las características del ambiente que puedan aumentar las posibilidades de caídas (suelos resbaladizos y escaleras sin barandillas).
 - Controlar la marcha, el equilibrio y el cansancio en la deambulación.
 - Proporcionar dispositivos de ayuda (bastón o barra de apoyo para caminar) para conseguir una deambulación estable.
 - Colocar objetos al alcance del paciente sin que tenga que hacer esfuerzos.
 - Instruir al paciente para que pida ayuda al moverse, si lo precisa.

- Enseñar al paciente cómo caer para minimizar el riesgo de lesiones.
- Evitar la presencia de objetos desordenados en la superficie del suelo.
- Educar a los miembros de la familia sobre los factores de riesgo que contribuyen a las caídas y cómo disminuir dichos riesgos.
- Sugerir adaptaciones en el hogar para aumentar la seguridad.

Complicaciones potenciales:

- Riesgo quirúrgico.

Valoración focalizada:

- Cerciorarse de que el paciente se encuentra en ayunas.
- Preguntar sobre posibles alergias medicamentosas.
- Comprobar que ha firmado los documentos necesarios y que está informado de todo lo relacionado con la intervención.
- Preguntar sobre si ha tenido fiebre, tos, malestar...los días previos a la intervención quirúrgica.
- Asegurarse de que en los informes conste de forma correcta cuál es el ojo que se va a intervenir.
- Vigilar los posibles efectos adversos de la medicación administrada.

- Intervenciones relacionadas con la prescripción médica:

Estudios diagnósticos:

- Realización de la analítica de rutina en una intervención quirúrgica.
- Realización de electrocardiograma de rutina.
- Toma de constantes (TA, FC, FR, Saturación de oxígeno, glucemia capilar) en la consulta de anestesia.
- Asegurarse de que el paciente ha dejado de tomar el tratamiento con Sintrom los días previos que le indicó el anestesista.
- Controlar previamente el INR en pacientes que toman anticoagulantes orales.
- Controlar la glucemia en pacientes con diabetes mellitus.
- Realizar un test de embarazo a aquellas mujeres menores de 55 años.

Tratamientos:

- Retirar las joyas, pendientes, prótesis dentales, gafas, lentillas, esmalte de uñas, maquillaje...
- Poner pre- medicación (si tiene pauta) tanto sistémica como ocular.
- Administrar la pauta de sueros establecida en cada centro para pacientes con distintos tipos de patologías (diabetes mellitus tipo I, diabetes mellitus tipo II, insuficiencia renal...) o para aquellos que no padecen ninguna patología añadida a las cataratas.
- Lavado minucioso del ojo que se va a intervenir.

FASE POSTOPERATORIA

Diagnósticos de enfermería: (Luis Rodrigo, 2008)

- **DxE 1:** Conocimientos deficientes (especificar): (00126)

NOC:

NOC 1: Conocimiento: procedimientos terapéuticos (1814)

- (181401) Descripción del procedimiento terapéutico: (1-5)
- (181406) Descripción de las restricciones relacionadas con el procedimiento: (1-5)
- (181410) Descripción de los posibles efectos indeseables: (1-5)

Puntuaciones: 1 → Ninguno

2 → Escaso

3 → Moderado

4 → Sustancial

5 → Extenso

NOC 2: Conocimiento: Régimen terapéutico (1813)

- (181306) Descripción de la medicación prescrita: (1-5)
- (181307) Descripción de la actividad prescrita: (1-5)

Puntuaciones: 1 → Ninguno

2 → Escaso

3 → Moderado

4 → Sustancial

5 → Extenso

Intervenciones de enfermería (NIC):

- **NIC 1:** Facilitar el aprendizaje (5520)
 - Comenzar la instrucción sólo después de que el paciente demuestre estar dispuesto a aprender.
 - Establecer metas realistas objetivas con el paciente.
 - Ajustar la instrucción al nivel de conocimientos y comprensión del paciente.
 - Adaptar la información para que cumpla con el estilo de vida/ rutina del paciente.
 - Proporcionar materiales educativos para ilustrar la información importante y/o compleja.
 - Definir la terminología que no sea familiar.
 - Dar tiempo al paciente para que haga preguntas y discuta sus inquietudes.
 - Responder a las preguntas de una forma clara y concisa.

- **NIC 2:** Planificación del alta (7370)
 - Identificar lo que debe aprender el paciente para los cuidados posteriores al alta.
 - Identificar la comprensión de los conocimientos o habilidades necesarios por parte del paciente y del cuidador principal para poner en práctica después del alta.
 - Fomentar los cuidados de sí mismo, si procede.

- **DxE 2:** Riesgo de caídas (00155) (Luis Rodrigo, 2008)

R/C

Trastornos visuales

Otros (especificar):

NOC:

NOC 1: Conducta de prevención de caídas (1909)

- (190910) Uso de zapatos con cordones bien ajustados: (1-5)
- (190901) Uso correcto de dispositivos de ayuda: (1-5)
- (190902) Provisión de ayuda personal: (1-5)

Puntuaciones: 1 → Nunca demostrado

2 → Raramente demostrado

3 → A veces demostrado

4 → Frecuentemente demostrado

5 → Siempre demostrado

NOC 2: Control del riesgo (1902)

- (190201) Reconoce factores de riesgo: (1-5)
- (190203) Supervisa los factores de riesgo de la conducta personal: (1-5)
- (190206) Se compromete con estrategias de control del riesgo: (1-5)

Puntuaciones: 1 → Nunca demostrado

2 → Raramente demostrado

3 → A veces demostrado

4 → Frecuentemente demostrado

5 → Siempre demostrado

Intervenciones enfermeras (NIC):

- **NIC 1:** Manejo ambiental: seguridad (6486)
 - Modificar el ambiente para minimizar los peligros y riesgos.
- **NIC 2:** Prevención de caídas (6490)
 - Identificar conductas y factores que afectan al riesgo de caídas.
 - Proporcionar dispositivos de ayuda (bastón o barra de apoyo para caminar) para conseguir una deambulación estable.
 - Animar al paciente a utilizar un bastón o andador, si procede.
 - Colocar los objetos al alcance del paciente sin que tenga que hacer esfuerzos.
 - Instruir al paciente para que pida ayuda al moverse, si lo precisa.
 - Educar a los miembros de la familia sobre los factores de riesgo que contribuyen a las caídas y cómo disminuir dichos riesgos.
- **NIC 3:** Monitorización de los signos vitales (6680)
 - Controlar periódicamente presión sanguínea, pulso, temperatura y estado respiratorio, si procede.

- NIC 4: Manejo del dolor (1400)
- Realizar una valoración exhaustiva del dolor que incluya la localización, características, aparición/duración, frecuencia, calidad, intensidad o severidad del dolor y factores desencadenantes.

Complicaciones potenciales:

- Dolor.
- Aumento de la tensión ocular.
- Hematoma, en algunos casos debido a la inyección utilizada para anestesiarse el ojo.
- Inflamación
- Infección o endoftalmitis.
- Hemorragia intraocular.
- Daño o desplazamiento de la lente artificial.
- Edema corneal con enturbiamiento de la córnea.
- Opacificación de la cápsula posterior.
- Desprendimiento de retina.
- Ceguera (Manchón & Serrano, 2008).

Intervenciones para las complicaciones potenciales:

- Valoración focalizada:
- Toma de constantes post-intervención quirúrgica.
- Realización de escala EVA para medir el dolor del paciente.
- Exploración de la zona en busca de signos y síntomas de inflamación tales como rubor, calor, tumor, dolor...
- Identificación precoz de signos y síntomas de dolor (sudoración, aumento de la frecuencia cardíaca, malestar del paciente...).
- Identificación precoz de la aparición de signos y síntomas que indiquen aumento de la presión intraocular como son náuseas, dolor en la ceja o halos alrededor de las luces.
- Inspección de la zona en busca de un hematoma.
- Vigilar la aparición de costras en párpados y pestañas, además de sustancia purulenta entre los párpados.
- Control de temperatura cada 12 horas durante 7 días.

- Intervenciones relacionadas con la prescripción médica:
- Estudios diagnósticos:
- Explorar la visión que presenta el paciente a través de la cartilla de Snellen.
- Exploración con lámpara de hendidura.
- Examen para explorar la agudeza visual en la claridad y la agudeza visual potencial.
- Gonioscopia.
- Ecografía bidimensional.
- Campos visuales.

- Tratamientos:

- Aplicación de la medicación pautada (analgésica, antibiótica, antiinflamatoria, ciclopléjicos...).

8/ REFLEXIONES

Una vez finalizado este trabajo, he de decir que la realización de un plan de cuidados estándar no es tan sencilla como pueda parecer, ya que hay muchos matices que primero deben entenderse para, después, llevarlo a la práctica. Pero, a pesar de que en un principio pueda resultar muy laborioso, cuando conoces la dinámica de su realización y comprendes cada una de sus partes, es un trabajo rápido que puede repercutir positivamente en el paciente pero también en la enfermería, ya que en ellos se reflejan todas las intervenciones que se van a llevar a cabo. A su vez, que se muestre todo aquello de lo que el profesional de enfermería es responsable nos beneficia en gran medida, ya que en estos tiempos donde se habla continuamente de efectividad, eficacia y eficiencia, debemos mostrar cómo los planes de cuidados además de ser una herramienta eficaz son eficientes y suponen un ahorro en el gasto sanitario.

Como expuse al comienzo de este trabajo, en la actualidad, los planes de cuidados no se utilizan tanto como sería recomendable, ya que la opinión de muchos profesionales sobre éstos es que precisan mucho tiempo para su realización y no son demasiado útiles. Ninguna de las dos afirmaciones es del todo correcta, ya que aunque se requiere tiempo para su realización, si se hace de forma correcta, el mismo estándar de cuidados se podrá aplicar a todos los pacientes con igual proceso patológico, aunque tomando en cuenta la individualidad de los mismos y, de esa manera, el paciente se podrá beneficiar de una mejor calidad de atención en todas sus dimensiones. Además, el hecho de que todos los hospitales trabajen utilizando metodología enfermera, haría, también, que la comunicación entre profesionales enfermeros fuera más sencilla (utilizando un lenguaje común), que los estudios comparativos entre diferentes centros fueran más exactos y, lo más importante, que la atención brindada a los pacientes fuera similar y basada en la mejor evidencia científica.

Por todo ello, creo que la aplicación de planes estandarizados de enfermería en la práctica clínica podría suponer un antes y un después en la enfermería al igual que este trabajo ha supuesto para mí, sobre la opinión que tenía acerca de ellos.

Una vez finalizado este trabajo, no tengo ninguna duda en afirmar que actualmente las enfermeras no están realizando todo aquello de lo que debieran ser capaces con los conocimientos adquiridos durante su formación académica. Nos conformamos con realizar meras técnicas, que únicamente son eso, y que cualquier persona con un entrenamiento mínimo sería capaz de realizar igualmente, en lugar de ir más allá y desarrollar una buena planificación de cuidados que pueda repercutir positivamente en el paciente al que vaya dirigida. Tropezamos continuamente con la misma piedra intentando, desde hace años, exigir un reconocimiento por parte de otros profesionales y de la propia sociedad en la que vivimos, pero sin cambiar la forma en la que trabajamos. Puede que lo más sencillo fuera continuar con la misma forma de trabajo, pero muchos profesionales han optado ya por coger el otro camino, es decir, superar los miedos y comenzar a planificar cuidados enfermeros, aunque en el trayecto encontremos dificultades que poco a poco se irán superando.

Todo esto va a hacer que la enfermería deje de tener ese techo encima, que no la dejaba avanzar y pase a tener el reconocimiento en el mundo sanitario y en la sociedad que tanto anhelaba, uniéndose a esto el beneficio que va a suponer para los propios pacientes, como hemos mencionado anteriormente.

9/BIBLIOGRAFÍA

- Acosta, R., Hoffmeister, L., Román, R., Comas, M., Castilla, M. y Castells, X. (2006, Septiembre). Revisión sistemática de estudios poblacionales de prevalencia de catarata [Versión electrónica]. *Archivos de la Sociedad Española de oftalmología*, 81 (9), 509-516.
- Alañón Fernández, F.J., Fernández Pérez, J. y Ferreiro López, S. (2003). *Oftalmología en Atención Primaria* (2ª Ed.). Jaén: Formación Alcalá.
- Alfaro- LeFevre, R. (2002). *Aplicación del proceso de enfermería. Guía práctica* (4ª Ed.). Barcelona: Masson, S.A.
- Almaguer, A.C., Suárez, F.R., Zaldívar Rodríguez, I., Campo Gonzales, M., Ramírez Silva, Z. y Cruz Bermúdez, M. (2010). Gestión de riesgos asociados a cirugía de catarata mediante plan de cuidados estandarizado. *Rev Cubana Enfermer*, 26(4). Obtenida el 20 de Enero de 2012 de la base de datos Cuiden Plus.
- Arocas Lázaro, F., Llebres Molina, A y Carreño Sánchez, S. (2008). Protocolos de enfermería en la preparación de una intervención de cirugía de cataratas. *Enfermería integral: Revista Científica del Colegio de ATS de Valencia*, 81, 43-46.
- Cano Montesinos, E. y Rubio Jiménez, C. (2004). Cirugía de la catarata: facoemulsificación. *Enfermería integral: Revista Científica del Colegio de ATS de Valencia*, 68, 4-13.
- Carpenito, L.J. (2005). *Planes de cuidados y documentación clínica en enfermería*. (4ª Ed.). Madrid: McGraw-Hill- Interamericana de España.
- Carpenito, L.J. (1995). *Diagnóstico de enfermería. Aplicación a la práctica clínica*. (5ª Ed.). Madrid: McGraw- Hill- Interamericana de España.
- Domínguez Collazo, A. (2008). Facoemulsificación: gestación compleja y oscura de la mayor revolución quirúrgica del siglo XX. [Versión electrónica]. *Boletín de la Soc. Oftalmo. De Madrid*, (48). Obtenido el 20 de Enero de 2012 de <http://www.oftalmo.com/som/revista-2008/m2008-05.htm>.
- Fernández Camino, F. y Viñas Vera, C. (2009). Implementación de las Taxonomías NANDA, NIC y NOC en un Hospital de tercer nivel. *Revista Tasela*, 6. Obtenida el 15 de Enero de 2012 de la base de datos Cuiden Plus.
- Flores Antigüedad, M.L., Herrera Jiménez, P., Martínez Tovar, M., Moles Martín, G., Salinas Cardona, M.A. y Sánchez Martínez, P. (2007). *Guía de Actuación Compartida: Cataratas 2007*. Obtenida el 20 de Abril de 2012 de

www.districtometropolitano.es/ficheros/GUIA%20DE%20AC%20DE%20CATARATAS.pdf.

- Grande Baos, C. (2004). Indicaciones de la extracción extracapsular en la era faco. *Arch. Soc. Canar. Oftal.*, (15). Obtenido el 20 de Enero de 2012 de <http://www.oftalmo.com/sco/revista-15/15sco06.htm>.
- Huerta González, S. y Moreno Pérez, N.E. (2011). Instrumentos para la enseñanza del proceso enfermero en la práctica clínica docente con enfoque de autocuidado utilizando Nanda-NIC-NOC. *Enfermería Global*, 10 (3). Obtenida el 7 de Diciembre de 2011 de <http://revistas.um.es/eglobal/article/view/131411>.
- Kozier, B., Erb, G. y Olivieri, R. (1993). *Enfermería Fundamental. Conceptos, procesos y práctica*. (4ª Ed.). Tomo I. Madrid: McGraw-Hill- Interamericana de España.
- López, S. (2011). *Metodología de la Eps I (Modelo Precede)*. Asignatura Promoción de la Salud (Cap 1B). Recuperado el 10 de Febrero de 2012 del sitio Web de la Universidad de Cantabria: <http://ocw.unican.es/ciencias-de-la-salud/promocion-de-la-salud/material-de-clase/metodologia-de-la-eps-i-modelo-precede>.
- Luis Rodrigo, M.T. (2008). Los diagnósticos enfermeros. Revisión crítica y guía práctica. (8ª Ed.). Barcelona: Masson.
- Manchón López, L.F. y Serrano Beritens, M.C. (2008). Protocolo de actuación e enfermería en la intervención de cataratas [Versión electrónica]. *Cuidando la salud: Revista Científica de Enfermería del Colegio Oficial de Zaragoza*, 8, 71-74.
- McCloskey, J. y Bulechek, G.M. (2005). *Clasificación de Intervenciones de Enfermería (NIC)*. (4ª Ed.). Madrid: Elsevier Mosby.
- Moorhead, S., Johnson, M. y Maas, M. (2005). *Clasificación de Resultados de Enfermería (NOC)*. (3ª Ed.). Madrid: Elsevier.
- Pérez Silguero, D., Amigó, A., Pérez Silguero, M.A., Goas Iglesias de Ussel, J. y Enriquez de la Fe, F. (2005). Protocolo de la cirugía de la catarata. *Arch. Soc. Canar. Oftal.*, 16. Obtenido el 20 de Enero de 2012 de <http://www.oftalmo.com/sco/revista-16/16sco03.htm>.
- Rodríguez Hernández, C.P., Ramírez Román, R., Mandonado Barragán, G., y Medina López, O.F.(2008, Noviembre-Diciembre). Significado que le Atribuye Enfermería al Proceso Enfermero en su Experiencia de la Praxis. *Desarrollo Científico Enfermería –México*, 16(10). Obtenida el 10 de Diciembre de 2011 de la base de datos Cuiden Plus.

- Rodríguez Martín, J., Baudet Naveros, B., Martín Barrera, F. y Abreu Reyes., J.A. (2000). Cirugía de la catarata: de la extracción extracapsular a la facoemulsificación. Evolución y resultados obtenidos por un residente de tercer año. *Arch. Soc. Canar. Oftal.*, (11). Obtenido el 20 de Enero de 2012 de <http://www.oftalmo.com/sco/revista-11/11sco12.htm>.

- Vaughan, D., Asbury, T. y Cook, R. (1973). *Oftalmología general*. (3ª Ed.). Mexico: Manual Moderno.