



baliabideak
material de aprendizaje



¿Qué hago ahora? Aprendiendo a cuidar en una unidad quirúrgica

Jagoba Zarandona Calvo

Cuaderno del estudiante

IKD baliabideak 6 (2013)

INDICE

DESCRIPCIÓN DEL CASO **3**

SÍNTESIS DEL CASO	3
HISTORIA DE JUAN EN ATENCIÓN PRIMARIA	3
PASO POR URGENCIAS	4
LA SITUACIÓN FAMILIAR DE JUAN	6
EL INGRESO EN LA UNIDAD DE CIRUGÍA	7
CULTURA Y ORGANIZACIÓN DE LOS CUIDADOS	9
LA ENFERMERA MAITE	10
TURNO DE TARDE EN LA UNIDA DE CIRUGÍA	10
MAITE ANALIZA LA SITUACIÓN	12

ACTIVIDADES ASIGNADAS A LOS ALUMNOS **14**

ACTIVIDAD 1: PRESENTACIÓN DEL CASO	14
ACTIVIDAD 2: CLASE EXPOSITIVA ALTERACIÓN DEL PATRÓN INTESTINAL	14
ACTIVIDAD 3: SESIÓN PLENARIA 1 (ALTERACIÓN DE LA FUNCIÓN INTESTINAL)	15
ACTIVIDAD 4: LECTURA DE DOCUMENTACIÓN	15
ACTIVIDAD 5: COLABORACIÓN EN LA WIKI	17
ACTIVIDAD 6: REUNIÓN DEL GRUPO DE EXPERTOS	17
ACTIVIDAD 7: REUNIÓN DEL GRUPO ORIGINAL:	18
ACTIVIDAD 8: SESIÓN PLENARIA 2 (ÁREAS DE CUIDADO Y ASPECTOS ÉTICOS)	18
ACTIVIDAD 9: PRUEBA ESCRITA	19
ACTIVIDAD 10: PROCEDIMIENTO SONDAJE NASO-GÁSTRICO (SNG)	20
ACTIVIDAD 11: SESIÓN PLENARIA 3 (REGISTROS DE ENFERMERÍA Y TOMA DE DECISIONES)	20
ACTIVIDAD 12: ELABORACIÓN DEL INFORME FINAL	21

PLAN DE TRABAJO SEMANAL **22**

SISTEMA DE EVALUACIÓN **23**

RÚBRICA DE EVALUACIÓN DE LA COLABORACIÓN WIKI / SESIÓN PLENARIA	23
RÚBRICA PARA LA EVALUACIÓN DEL PROCEDIMIENTO DE SONDAJE NASOGÁSTRICO (SNG)	24
RÚBRICA DE EVALUACIÓN DEL INFORME FINAL	26

DESCRIPCIÓN DEL CASO

Síntesis del Caso

Maite García era una enfermera de 25 años que el día 24 de enero de 2012 se encontraba en el turno de tarde cubriendo una baja por enfermedad en la unidad de cirugía del Hospital Universitario de Álava (HUA), sección Txagorritxu, de Vitoria-Gasteiz (País Vasco, España). En el grupo de 14 pacientes asignados a su cargo se encontraba Juan García, de 58 años de edad. Juan había acudido el día anterior a la consulta periódica de revisión de la diabetes cuando fue remitido al hospital con el fin de investigar la causa del estreñimiento prolongado que padecía.

La mañana del día 24 el médico informó a Juan de la presencia de una lesión tumoral en el colon sigmoide que requería de intervención quirúrgica inmediata. Cuando Maite conoció a Juan al inicio de su jornada, le encontró llorando. Ante esta situación, Maite se planteó ¿Cómo responder a las necesidades de cuidado de Juan y al mismo tiempo atender sin retraso al cuidado del grupo de pacientes asignado?

Historia de Juan en Atención Primaria

En octubre de 2007 Juan fue diagnosticado de diabetes mellitus tipo 2. Desde ese momento ha acudido de manera puntual cada 6 meses a la consulta de atención primaria para el control y seguimiento de su enfermedad.

A Juan el diagnóstico de esta enfermedad no lo pilló por sorpresa ya que en su familia contaba con antecedentes (su madre y su abuelo desarrollaron la enfermedad). Juan empezó notando que cada pocos minutos tenía que acudir al cuarto de baño. Al principio pensó que se debía a que tenía más sed de lo normal y consecuentemente estaba bebiendo más líquido. Así que decidió reducir el volumen de líquido que ingería. A pesar de esta medida continuaba orinando muchas veces y según avanzaban los días empezó a sentirse cansado todo el tiempo. En ese momento Juan tomó conciencia de que algo no iba bien y solicitó una cita para acudir donde su médico de atención primaria.

Tras la realización de una serie de pruebas diagnósticas, el médico de atención primaria terminó por confirmar el diagnóstico de diabetes tipo 2. En un primer momento se planteó un manejo de la diabetes con antidiabéticos orales, pero los episodios repetidos de descompensaciones hiperglucémicas agudas condujeron hacia la insulinización. En el momento de la consulta el tratamiento farmacológico para la diabetes de Juan incluía 16ui de Glargina a la noche y suplementos de Humalog según glucemias y pauta antes de las comidas.

Desde el diagnóstico de la enfermedad, Juan recibió educación sanitaria por parte de su enfermera acerca de los cambios que debía introducir en sus hábitos alimenticios y de cómo debía llevar a cabo el autoanálisis de los niveles de glucemia capilar. Juan

demonstró capacidad para adaptarse a estos cambios en un breve periodo de tiempo además de aprender a inyectarse insulina y a reconocer y actuar ante síntomas de hipoglucemia e hiperglucemia.

Durante las posteriores consultas de seguimiento realizadas por su enfermera en atención primaria, Juan no presentó dificultades para llevar a cabo cuidados relacionados con la diabetes. Sin embargo, en repetidas ocasiones la enfermera recogió la tendencia hacia el sedentarismo.

Paso por Urgencias

La mañana del lunes 23 de enero de 2012, Juan acudió a una consulta programada con su enfermera para el seguimiento de su diabetes. Cuando la enfermera estaba iniciando la entrevista clínica, Juan le informó que hacía dos semanas había acudido al médico de Atención Primaria aquejado de unas molestias abdominales. Este malestar mejoró inicialmente con el tratamiento prescrito de antiespasmódicos. No obstante, el día de la consulta presentó de nuevo dolor abdominal agudo generalizado, acompañado de distensión abdominal y alteración en el patrón intestinal (expresó llevar más de 15 días sin realizar una deposición).

Ante la presencia de estos síntomas, la enfermera decidió relegar a un segundo plano el seguimiento de la diabetes e informar al médico que se encontraba trabajando en la consulta contigua del caso que se le había presentado. El médico reconoció haber atendido a Juan semanas atrás y evidenció el deterioro de los síntomas. Tras valoración, decidió remitir a Juan al servicio de urgencias del HUA, sección Txagorritxu, en Vitoria-Gasteiz.

A las 13 horas del día 23 de enero de 2012, Juan llegó al servicio de urgencias acompañado de su mujer Carmen. Tras pasar por el triage y aportar datos personales en la recepción, fueron introducidos directamente a la zona de boxes. El facultativo de urgencias constató la presencia de dolor abdominal generalizado, de instauración gradual, sin irradiación y que se acompañaba de distensión abdominal, sensación nauseosa y estreñimiento. Durante la exploración física recogió que la frecuencia cardiaca era de 120 lx', la frecuencia respiratoria de 28 rx', la tensión arterial de 100/80 mm Hg y la temperatura de 36,9°C. Con el fin de completar el examen físico, el médico solicitó una serie de pruebas complementarias (analítica, electrocardiograma y radiografía simple de abdomen)

Exploración realizada con el paciente en decúbito supino. Paciente consciente y orientado en persona, tiempo y espacio. Presenta coloración rosácea de las mucosas con signo de pliegue positivo.

En la inspección del abdomen no se observa la existencia de cicatrices, ni de signos externos de procesos infecciosos o traumáticos. Abdomen distendido, ausencia de ruidos intestinales y percusión timpánica.

Tacto rectal: ausencia de heces en la ampolla rectal, próstata normal, esfínter tono normal. Tras exploración, dedo de guante manchado de mucosidad y sangre.

Analítica:

- Hemograma
 - Hematocrito: 30%
 - Hemoglobina: 10 g/dL
 - Leucocitos: $12 \times 10^3/uL$
 - Plaquetas: $267 \times 10^3/uL$
- Bioquímica:
 - Glucosa: 180 mg/dL
 - Na: 149 mEq/L
 - K: 3 mmol/L
 - Creatinina: 1,2 mg/dl
- Coagulación:
 - INR: 1,1
 - APTT: 30 segundos
- Orina:
 - Normal

ECG:

115 x' ritmo sinusal. No evidencias de evento cardiaco agudo ni antiguo.

Rx Simple de Abdomen

Dilatación de asas intestinales con niveles hidroaéreos visibles.

Extracto del informe médico de urgencias con los datos recogidos en la exploración física

Una vez reunidos todos los datos, el médico informó en el box de urgencias a Juan y a su esposa que la causa del dolor era una obstrucción intestinal y que iba a necesitar que le viera un cirujano.

Carmen al escuchar la palabra cirujano empezó a tomar conciencia de la gravedad que podría suponer la situación. Cuando el médico terminó de dar la información y salió del box, Carmen le siguió por detrás, con el fin de mantener una conversación privada. Carmen le pidió que evitara dar a su marido cualquier tipo de información que aumentase su preocupación y que prefería que fuese ella la que poco a poco le fuera informando, ya que Juan ya estaba bastante preocupado por la situación económica de la familia. El médico se mostró conforme y le dijo a Carmen que no se preocupase más por este aspecto.

Tras mantener la conversación con la mujer de Juan, el médico realizó una interconsulta urgente al servicio de de cirugía para que valorase a Juan en el servicio de urgencias y pautó el siguiente tratamiento:

- Reposo en cama
- Dieta absoluta
- Monitorización constantes vitales
- Canalizar vía venosa periférica
- Ondasentron 4mg / 8 h
- Suero Glucosalino 2500 cc/24h.
- CIK: 60 mEq./ 24h

- Pantoprazol 40 mg IV / 24h
- Control con glucometer cada 6 horas e insulina actrapid según la siguiente pauta:
 - o a partir de 200 mg/dl: 4 ui actrapid
 - o 250-300 mg/dl: 6 ui actrapid
 - o 300-350 mg/dl: 8 ui actrapid
 - o 350-400 mg/dl: 10 ui actrapid
 - o 400-450 mg/dl: 12 ui actrapid
 - o > 450 mg/dl: realizar cetonurias y avisar al médico.

A las 16 horas del día 23 de enero de 2012, el cirujano de guardia acudió al servicio de urgencias a valorar a Juan. Tras revisar la historia clínica hasta la fecha decidió realizar un TAC de urgencia que confirmó la presencia de una masa en el colon sigmoide ocluyendo la luz intestinal. El cirujano concluyó solicitando el ingreso en la unidad de cirugía general y añadiendo las siguientes órdenes al tratamiento::

- Colocación de sonda nasogástrica con aspiración,
- Metamizol 1 ampolla IV cada 8 horas

El cirujano informó a Juan y a Carmen de que las pruebas indicaban que había un bloqueo en la parte final del intestino grueso y que este era el origen de la distensión y del estreñimiento. Una vez fuera del box, el cirujano informó a Carmen de la más que probable existencia de un tumor en el colon sigmoide como origen de la obstrucción y de la necesidad de llevar a cabo una intervención quirúrgica para extirpar la lesión. Indicó además, que dada la situación general de Juan la cirugía tendría lugar en los próximos días. Carmen manifestó que le gustaría poder hablar con sus hijos antes de decírselo a Juan y agradeció al cirujano y a todo el personal de urgencias sus esfuerzos.

La situación familiar de Juan

Juan en el momento del ingreso tenía 58 años, con domicilio familiar en el barrio de Santa Lucía, Vitoria-Gasteiz. Casado desde los 28 años con Carmen Blanco, 3 años más joven que él, y con dos hijos varones solteros de 27 y 23 años. El mayor había vuelto a vivir con ellos en casa dos meses atrás al haberse quedado en paro. El pequeño estaba estudiando y residiendo fuera de casa, regresando durante el periodo vacacional.

Juan trabajaba de operario en la línea de producción de la fábrica de Michelin de Vitoria-Gasteiz desde los 20 años. Le gustaba su trabajo y era una persona bien considerada entre sus compañeros y entre los directivos de la empresa. La relación con sus compañeros era cordial y de confianza. De nivel económico medio, no tenían deudas pendientes aunque la coyuntura económica del momento condicionaba el nivel de vida familiar, ya que el sueldo de Juan era la única fuente de sustento familiar.

El momento en el que Juan acudió en enero de 2012 a la consulta de enfermería estaba preocupado sobremanera sobre el futuro de sus hijos. El hijo mayor llevaba más de un año en paro y se estaba planteando estudiar un módulo formativo para reorientar su vida profesional. El hijo pequeño por su lado, se encontraba estudiando ingeniería geológica en Madrid y todavía le quedaban dos cursos completos para conseguir la titulación. Juan era consciente de que la profesión elegida por el segundo hijo estaba ligada a la construcción y la obra pública principalmente, circunstancia que en estos tiempos no le auguraba una salida prometedora al mercado laboral.

La dinámica del núcleo familiar era saludable. La relación entre Juan y Carmen era positiva y habían actuado como fuente de apoyo mutuo en los momentos complicados que se habían encontrado. Los cónyuges mantenían una relación de complicidad y de tenían hábito de articular sus sentimientos. En los últimos meses, si bien su afinidad no había cambiado, Juan sí que había expresado un sentimiento de tristeza desde que su hijo mayor se había quedado en paro. Soportar económicamente a la familia cuando estaba tan cerca de la jubilación, teniendo que desviar ahorros destinados para el retiro, suponía una fuente de tensión emocional.

El ingreso en la unidad de cirugía

A las 19 horas del lunes 23 de enero de 2012, un celador recogió a Juan en la camilla para trasladarlo a una habitación de la unidad de cirugía general del HUA, sección Txagorritxu.

La acogida en la unidad por parte del personal de enfermería así y como la respuesta a los cuidados durante los tres primeros turnos del ingreso quedó reflejada por las enfermeras en los siguientes evolutivos de enfermería:

T 23/01/2012 19:23 Enfermera: Alazne Goiri

ALERGIAS: No Conocidas

MOTIVO DE INGRESO: Estreñimiento

MEDICACIÓN: Diabetes Mellitas tipo 2

PRÓTESIS: Gafas

PROCEDENCIA: Urgencias

PRESIÓN ARTERIAL: S 150 D 90

FRECUENCIA CARDIACA: 85

TEMPERATURA: 36,7

HISTORIA CAÍDAS: Desconocida

COMENTARIOS: Varón de 58 años que ingresa procedente de Urgencias a cargo de cirugía con impresión diagnóstica de íleo + neoplasia de colon sigmoide estenosante.

AP: Cataratas y DMT2.

ENFERMEDAD ACTUAL: Paciente trasladado de la Organización Sanitaria Integrada alto Deba por Estreñimiento, diagnosticado de posible neoplasia de colon sigmoide. Acude para ingreso y tto.

Valoración Riesgo de UPP: 19 puntos

Nivel de Conciencia: Alerta

Continencia vesical/fecal: Control de esfínteres

Movilidad/Actividad: Total, deambula

Piel: Integra

Alimentación: Come toda la dieta

VALORACIÓN: El paciente llega a la planta consciente y orientado temporo-espacialmente, acompañado de familiares. Autónomo para las actividades de la vida diaria. Control de esfínteres. No hábitos tóxicos. Órganos de los sentidos conservados. Refiere comer de todo sin restricción de ningún alimento. Refiere estar algo nervioso, porque no pensaba que le iban a ingresar. Según la mujer del paciente no ha sido informado del diagnóstico completo, puesto que prefieren reservarlo. Manifiesta no haber realizado deposición desde hace 15-20 días aproximadamente. Se aplica protocolo de acogida, se entregan y se explican normas de funcionamiento de la unidad.

Transcripción literal del evolutivo del turno de tarde del día 23/01/2012

N 24/01/12 01:29 Enfermera: Blanca Herrero

Notas: Refiere encontrarse bien a las 24h

N 5:36

Comentario: A las 5h refiere tener dolor abdominal. Se le pone un nolotil

Transcripción literal del evolutivo del turno de noche del día 23/01/2012

M 24/01/12 14:16 Enfermera: Begoña Ruiz de Arcaute

Comentario: Dolor controlado con analgesia pautada. Visto por cirujanos que le informan de su proceso. Expresa rabia e impotencia por la situación, llora, la familia está dándole apoyo emocional. Les comentamos la importancia de no dejarle solo ante la labilidad emocional que presenta.

Transcripción literal del evolutivo del turno de mañana del día 24/01/2012

Cultura y organización de los cuidados

La unidad contaba con un total de 14 habitaciones doble distribuidas a ambos lados de un pasillo central, situándose el control de enfermería hacia la mitad del lado izquierdo. El ratio de enfermera-paciente era de 1:10 en el turno de mañana y de 1:14 en el turno de tarde y de noche. En cada turno la enfermera trabaja junto con una auxiliar de enfermería, excepto en el turno de noche donde había una auxiliar de enfermería para toda la unidad. La responsabilidad de la enfermera incumbía la gestión del cuidado del grupo de pacientes asignados a su cargo así y como la supervisión del personal auxiliar que cuidaba de estos pacientes.

El perfil de paciente ingresado en la unidad de cirugía lo componían personas que habían recibido o estaban pendientes de someterse a cirugía. Ésta podía ser bien programada o bien de urgencia. Los principales procesos atendidos estaban representados en una horquilla que iban desde cirugías que requerían 24 horas de hospitalización, como determinados procesos laparoscópicos, hasta complejas intervenciones de cirugía abdominal. El número de de ingresos/altas combinado con la vigilancia y monitorización de complicaciones de pacientes agudos contribuía a que la presión asistencial de la unidad fuera elevada.

La planificación del cuidado se llevaba a cabo a partir de planes de cuidados estandarizados implementados en la unidad, facilitados a través de la herramienta informática ZAINERI BERRIA

La organización del cuidado en la unidad, de igual manera que en el resto de Osakidetza, partía de una concepción paternalista y concediendo a los pacientes/usuarios del sistema un rol pasivo. Sin embargo, esta visión no ocupaba ya una posición de hegemonía. El cambio en la sociedad se reflejaba en el de desarrollo de legislación que anunciaba una nueva forma de entender las relaciones entre profesionales y pacientes, como el DECRETO 175/1989 de 18 de Julio, por el que se

aprueba la carta de Derechos y Obligaciones de los pacientes y usuarios del Servicio Vasco de Salud/Osakidetza y la Ley 41/2002, del 14 de noviembre de 2002, que regulaba la autonomía del paciente y los derechos y obligaciones en materia de información y documentación clínica. El cambio de paradigma no se había completado totalmente pero era creciente el número de profesionales que facilitaban el carácter activo de los pacientes en sus relaciones con el sistema de salud. En gran medida los profesionales habían incorporado a su práctica la necesidad de informar acerca del proceso salud/enfermedad. Sin embargo, la valoración del estado emocional en el manejo de este tipo de información no siempre se contemplaba.

La enfermera Maite

Maite García, de 25 años y nacida en Vitoria-Gasteiz, terminó la Diplomatura en Enfermería en el año 2010 en la Escuela Universitaria de Enfermería de Vitoria-Gasteiz.

Desde que finalizó sus estudios de enfermera generalista hasta la fecha de presentación del caso, había acumulado un total de 6 meses de experiencia profesional en diferentes tiempos. Su experiencia como enfermera sumaba un total de 5 meses, dividida en diferentes contratos de sustitución durante los periodos vacacionales en las unidades de hospitalización de adultos respiratorio, cardiología y traumatología del HUA, sección Txagorritxu. Desde hacía cuatro semanas se encontraba en la unidad de cirugía general. Había empezado realizando un contrato de sustitución de vacaciones de navidad que había enlazado con la cobertura de sustitución de una incapacidad laboral temporal de la enfermera a la que estaba cubriendo.

Maite era una profesional con una visión integral del cuidado. A pesar de su corta experiencia entendía el impacto que la hospitalización podía tener para las personas y su entorno. Su manera de entender el cuidado le hacía contemplar los aspectos emocionales y sociales además de cubrir las necesidades físicas. Además le llevaba a tener siempre presente a la familia o persona significativa e incluirla en la planificación del cuidado. Por otro lado era una enfermera novel consciente de sus limitaciones y que tenía bien asumidos los principios de seguridad clínica, aunque sentía que la falta de continuidad laboral no contribuía a consolidar sus habilidades como enfermera.

Turno de tarde en la unida de cirugía

A las 14.40 horas del día 24 de enero de 2012 la enfermera Maite García entró en el turno de tarde tras haber librado dos días. La enfermera del turno de mañana transmitió en el cambio de turno información acerca de las eventualidades del grupo de pacientes de Maite. Con respecto a Juan le informó que se trataba de un paciente que había ingresado el día anterior por la tarde, con antecedentes de diabetes mellitas tipo 2, debido a un cuadro de obstrucción intestinal. La enfermera de la mañana expuso que ella no había podido estar en el momento del pase de visita, cuando los médicos informaron a Juan y a su esposa de que probablemente se trataba de una masa tumoral. Sin aportar datos acerca de cómo habían tomado el diagnóstico, la

enfermera añadió que el plan trazado por los cirujanos incluía la realización de una extirpación de la lesión el día siguiente por la mañana en el quirófano de urgencias, siempre y cuando la condición general de Juan no se viese deteriorada. Del resto del grupo de pacientes le informó que estaba compuesto por:

- Un varón de 84 años de edad, que compartía habitación con Juan, ingresado por una pseudo-obstrucción abdominal hacía 1 semana y que estaba en proceso de resolución con tratamiento conservador. Acompañado por familiares a lo largo del día, precisaba de suplencia total para cubrir las actividades de la vida cotidiana.
- un varón adulto joven intervenido de urgencia por una apendicitis 72 horas atrás. Pendiente de completar tres dosis de tratamiento antibiótico endovenoso, en las órdenes médicas figuraba que sería alta al día siguiente si permanecía estable y afebril.
- un varón de 70 años al que se le realizó hace 24 horas una hemicolectomía derecha de urgencia por enfermedad diverticular y que según le comentaron en el parte había realizado dos episodios de hipotensión, uno a las 8 horas post-intervención quirúrgica y otro hacia apenas 2 horas. Si bien su respuesta a fluidos había resultado positiva, requería monitorización estrecha.
- una mujer joven diagnosticada de Chrons que ingresó para la reparación de una fisura anal y que se encontraba en la Unidad de Reanimación Post-Anestesia (URPA) en el momento que la enfermera recibió el parte, posible alta al de 24 horas tres intervención.
- una mujer de edad avanzada que llevaba un mes hospitalizada a la que inicialmente se le realizó una sigmoidectomía laporoscópica y que a los 3 días tuvo que ser reintervenida de urgencia por una fuga anastomótica que derivó en una laparotomía y hemicolectomía izquierda con formación de estoma en colon ascendente. Tras un postoperatorio con complicaciones de sepsis y dehiscencia de la herida quirúrgica, la señora permanecía ingresada para seguimiento y cura de herida quirúrgica compleja y educación de la ostomía. Esta persona requería de suplencia para satisfacer las actividades de vida diaria, además de una dedicación temporal diaria de más de una hora para realizar la cura,
- un adulto joven que había sido intervenido hace 24 horas de una colecistectomía laparoscópica, que había iniciado tolerancia a la dieta y que seguía con el proceso de recuperación de manera satisfactoria, sería alta la mañana siguiente.
- un adulto joven admitido durante el turno de noche por un episodio de colecistitis aguda, que se encontraba en dieta absoluta y con tratamiento de sueroterapia, antibióticos y analgesia endovenosa. Este paciente precisaba control y vigilancia estrecha del estado hemodinámico,
- dos mujeres de edad media que estaban pendientes de ser intervenidas en el quirófano de tarde de reparaciones de hernia inguinal,
- cuatro camas estaban vacías en el momento del inicio del turno, pendientes de ser limpiadas, pero que estaban concedidas a dos personas que ingresarían a las 5 de la tarde para intervenciones quirúrgicas programadas la mañana siguiente.

Maite analiza la situación

Cuando concluyó en parte oral del turno anterior, Maite decidió revisar los planes de cuidados y evolutivos escritos en los turnos anteriores con el fin de obtener datos necesarios para organizar su carga de trabajo (en la tabla 1 se recoge el plan de cuidados de Juan).

Después de completar la información, Maite decidió hacer una ronda por las habitaciones de sus pacientes con la intención de introducirse y poder realizar una rápida valoración inicial. Empezó la ronda entrando en la habitación de Juan, le encontró llorando acompañado de su mujer que le estaba diciendo *"tranquilo, que todo va a salir bien"*. Maite sospechaba que el paciente se encontraba con miedo y muy preocupado. Juan manifestó a la enfermera: *"no me preocupa tanto la intervención, sé que lo malo vendrá después. ¿Qué va a ser de mí? Si yo no puedo trabajar, ¿Qué va a ser de mi familia?"*.

Maite tenía que tomar una decisión. No podía ignorar la demanda emocional presentada por Juan. *"Es lo esperable, si tenemos en cuenta que le acaban de decir que probablemente tiene un tumor y que le tienen que operar de urgencia"* se dijo a sí misma. Pero al mismo tiempo el grupo de pacientes a su cargo lo componían otras trece personas que también requerían de cuidados inmediatos. Maite se planteó: ¿Cómo responder a las necesidades de cuidado de Juan, y al mismo tiempo atender sin retraso al cuidado del grupo de pacientes asignado?

Tabla 1: Plan de Cuidados



Osakidetza
Servicio vasco de Salud

ZAINERI - CUIDADOS DE ENFERMERIA

TXAGORRITXU OSPITALEA
HOSPITAL TXAGORRITXU -Zaineri Berria-

PROCESO: I. PREQUIRURGICO

HISTORIA: [REDACTED]

ALERGIAS: No conocidas;

PLAN DE CUIDADOS DEL PACIENTE

U.ENF. [REDACTED]

ESPECIALIDAD: [REDACTED]

CAMA: [REDACTED]

NECESI	PROBLEMA	RELACIONADO CON	OBJETIVO	ACTIVIDAD	INICIO	PERIO	FIN
N. APREN	manejo inefectivo del régimen terapéutico	Déficit de conocimientos/	Demostrará conocer los cuidados	(I) Enseñanza: proceso de enfermedad		M-T	I
N. REPOS R.	Deterioro patrón de sueño	Cambios de hábitos	Manifestará haber dormido y descansado	(I) Mejorar el sueño		M-T-N	I
N. SEGUR	Temor	Falta recursos gestionar	Referirá disminución del temor	(I) Aumentar el afrontamiento		M-T	I
S. CIRCUL	Flebitis	...	...	Aplicar proc. mto. vía venosa periférica Catéter percutaneo c ESI		M-T-N	I
S. DIGEST	Íleo paralítico	...	...	Aplicar proc. cuidados sonda nasogástrica Vigilar peristaltismo, dolor, distensión, vómitos,		M-T M-T-N	I I
S. ENDOCH	Hiper/Hipoglucemia	...	...	(I) Manejo de la hiperglucemia (I) Manejo de la hipoglucemia Realizar glucemia según prescripción medica C/6h		M-T-N M-T-N	I I I
S. NERVIO	Dolor	...	...	(I) Manejo del dolor		M-T-N	I
ACOGIDA...	...	...	...	Aplicar protocolo activ. normalizadas unidad Aplicar protocolo de acogida Aplicar protocolo de preparación quirúrgica		M-T-N	I U I

Pág: 1

ACTIVIDADES ASIGNADAS A LOS ALUMNOS

En este apartado se presentan las actividades que se han desarrollado para poder alcanzar las competencias de la asignatura asignadas dentro del método del caso. Para facilitar la comprensión y preparación de las actividades se han distinguido tres apartados en cada actividad: finalidad, preparación previa necesaria por parte del alumno y descripción de la actividad.

Actividad 1: Presentación del Caso

Finalidad: Presentar la Metodología de Trabajo a los participantes, formar los grupos de trabajo e introducir la problemática a la que van a tener que hacer frente los alumnos.

Preparación previa del alumno: Disponer en formato papel o en ordenador del Caso el día de la sesión.

Descripción de la actividad: En la primera sesión se llevará a cabo la contextualización del método del caso en el conjunto de la asignatura de Enfermería Clínica 2. La introducción a la metodología hará referencia a la experiencia previa de trabajo con el método del caso en la asignatura de Bases Teóricas de Enfermería, en primer curso de grado. En esta actividad el profesor expondrá las diferentes actividades diseñadas, explicando de manera detallada las diferentes dinámicas y modalidades de trabajo, así y como el sistema de evaluación.

Actividad 2: Clase Expositiva Alteración del Patrón Intestinal

Finalidad: Identificar las áreas de cuidado de enfermería en las disfunciones intestinales.

Preparación previa del alumno: Recuerdo de la anatomía y fisiopatología del sistema intestinal.

Descripción de la actividad: Esta clase permitirá al profesor completar de manera expositiva conceptos relativos a las áreas de cuidado e intervenciones enfermeras en estreñimiento y diarrea, así y como a generalidades de los cuidados en las disfunciones intestinales. Esta actividad de desarrolla de manera expositiva para compensar la carga no presencial de los alumnos.

Actividad 3: Sesión Plenaria 1 (Alteración de la función intestinal)

Finalidad: Consolidar el conocimiento relativo a las disfunciones del patrón intestinal a través de la interacción de los miembros del grupo y la interrelación de la teoría y la práctica.

Preparación previa del alumno: Antes de realizar la Sesión Plenaria 1 los alumnos deberán de revisar los conceptos desarrollados en la actividad 2 y además de leer la siguiente documentación:

- Zarandona J, Fernández de Gamboa I, Garate L. Erizaintza Klinikoa 2: Judizio Kliniko, NIC Interbentzioak eta erizaintza jarduerak hesteen disfuntzioak dituzten pertsonengan. Vitoria-Gasteiz: EUE de Vitoria-Gasteiz (documento sin publicar) 2012. Pág: 3-9

La preparación de la sesión plenaria se completa con la reflexión individual por parte de los alumnos de la resolución de las preguntas que se van a abordar en la sesión plenaria y que se detallan a continuación.

Descripción de la actividad: En esta sesión todos los participantes en el método de caso se reúnen para discutir la problemática planteada y sus soluciones a través del análisis de las preguntas detonantes. El profesor evaluará la participación de los alumnos, comprobando si los alumnos han asimilado los conceptos básicos de los temas tratados. De este modo, los alumnos deberán responder a las preguntas específicas que el profesor les plantee, explicando al grupo sus argumentos y manteniendo en todo momento una actitud de respeto hacia los demás. En un primer momento se consensuará la respuesta a la primera pregunta detonante:

- En la valoración del patrón intestinal, ¿cuáles pudieron ser los datos de no normalidad que provocaron que la enfermera de atención primaria derivara el caso de manera urgente al médico?

Tras la discusión de la pregunta detonante, donde se buscará llegar a un acuerdo entre todos los miembros del grupo, se mantendrá un debate para dar respuesta a las siguientes cuestiones, disponiendo para este fin del resto del tiempo de la sesión:

- Acordar los datos que deben componer la valoración de la función intestinal de un paciente.
- Exponer los signos y síntomas de las anomalías de la patología intestinal, destacando cuáles representan severidad y alarma e identificando las manifestaciones de anormalidad que se recogen a lo largo del caso (informes, analítica, pruebas diagnósticas).

Actividad 4: Lectura de Documentación

Finalidad: Lectura y comprensión de un área de conocimiento necesario para la resolución del caso.

Preparación previa del alumno: No es necesaria para esta actividad.

Descripción de la actividad: Esta actividad junto con las actividades colaboración en la wiki, grupo de expertos y reunión del grupo original se engloba dentro de la técnica conocida como "Rompecabezas". Consiste en responsabilizar a cada miembro del grupo de base en un bloque de conocimiento preparado por el profesor (en este caso: Autocuidado de la diabetes; Prevención y manejo de las complicaciones en diabetes; Cuidado del paciente en el periodo preoperatorio). Los estudiantes de los diferentes grupos que tienen asignada la misma parte del tema se juntarán para discutirlo formando un grupo de expertos. Después, regresarán a sus grupos de base para enseñar a sus compañeros aquello que han aprendido. De esta manera, todos los alumnos aportan lo que han aprendido y reciben de los demás alumnos el conocimiento adquirido en sus respectivos grupos de expertos.

El punto de partida para lograr convertirse en "experto" reside en la lectura de la documentación detallada a continuación. De este modo cada participante recibe en exclusiva una parte del contenido que es la que debe trabajar. La asignación de los bloques se realizará de manera aleatoria. La documentación propuesta es la siguiente:

- Conocimientos Generales para el Autocuidado de la Diabetes: Dieta, alcohol, ejercicio físico, fármacos y monitorización.
 - American Diabetic Association. Position Statement: Standards of Medical Care in Diabetes - 2011. Diabetes Care, Vol 34, Supplement 1, 2011. p: 516-527
 - ForumClinic. Qué es la diabetes. (vídeo). Barcelona: Hospital Universitario Clinic de Barcelona 2011
 - ForumClinic. Diabetes: Alimentación (vídeo). Barcelona: Hospital Universitario Clinic de Barcelona 2011
 - Funnel, MM Estándares de Cuidado en la Diabetes. Qué es nuevo, qué es diferente. Nursing 2009: 43-45
 - Vidal M, Jansà M. Monitorización glucémica y educación terapéutica en la diabetes. Avances en Diabetología. 2010;26 (Supl 1): S15-28
- Prevención y manejo de las complicaciones en Diabetes: Hipoglucemias e hiperglucemias, Autocuidado de los pies y complicaciones crónicas.
 - American Diabetic Association. Position Statement: Standards of Medical Care in Diabetes - 2011. Diabetes Care, Vol 34, Supplement 1, 2011. p: 525-538
 - ForumClinic. Complicaciones de la Diabetes. (vídeo). Barcelona: Hospital Universitario Clinic de Barcelona 2011
 - Chapman Sánchez M, García Almaguer R, Roldán Zaldívar B, Hernández Pupo A. Conocimientos de los pacientes diabéticos relacionados con los cuidados de los pies. Educare21.net 2011; 73. [En línea] [fecha de acceso: 1 de febrero de 2011]. URL disponible: <http://www.educare21.net>
 - Smeltzer SC, Bare BG Capítulo 41 Valoración y tratamiento de pacientes con diabetes mellitus. En: Brunner y Suddarth. Enfermería Medicoquirúrgica. 10ª Ed. Madrid: McGraw-Hill Interamericana. 2005 Vol 1: 1297-1315

- Cuidado del Paciente en el periodo preoperatorio
 - Smeltzer SC, Bare BG. Capítulo 18 Asistencia Preoperatoria de Enfermería. En: Brunner y Suddarth. Enfermería Medicoquirúrgica. 10ª Ed. Madrid: McGraw-Hill Interamericana. 2005 Vol 1: 447-466
 - Díez-Álvarez E, Arrospide A, Mar J, Alvarez U, Belaustegi A, Lizaur B, Larrañaga A, Arana JM. Efectividad de una intervención preoperatoria de enfermería sobre el control de la ansiedad de los pacientes quirúrgicos Enfermería Clínica 2012; 22 (1): 18-26
 - Orihuela I, Pérez JA, Aranda T, Zafra J, Jiménez R, Martínez A, González AR, Escobar FC. Visita preoperatorio de enfermería: evaluación de la efectividad de la intervención enfermera y percepción del paciente Enfermería Clínica .2010; 20 (6):349-354
 - Haynes AB, Weiser TG, Berry WR, Lipsitz SR, Breizat AS, Dellinger EP, Herbosa T, Joseph S, Kibatala PL, Lapitan MC, Ferry AF, Moorthy K, Reznick RK, Taylor B, Gawande AA. A surgical safety checklist to reduce morbidity and mortality in a global population. New England Journal of Medicine, 2009; 360 (5): 491-499
 - Acea B. El consentimiento informado en el paciente quirúrgico. Reflexiones sobre la Ley Básica Reguladora de la Autonomía de los Pacientes. Cirugía Española 2005; 77: 321-6.

Actividad 5: Colaboración en la Wiki

Finalidad: Facilitar en aprendizaje cooperativo, permitiendo a los estudiantes construir conocimiento de forma colaborativa y compartir la información trabajada en la reunión de expertos.

Preparación previa del alumno: Para poder participar en esta actividad los alumnos deben acceder a www.wikispaces.com y crear un usuario de perfil estudiante, para después solicitar hacerse miembros de la wiki erizaintzaklinikoa2.

Descripción de la actividad: Las wikis son páginas web que permiten a sus usuarios crear contenidos de manera colaborativa. La posibilidad de compartir información es la esencia de las wikis. Una ventaja importante que suponen es que para comunicarse y coordinarse, los miembros del grupo pueden encontrarse en lugares de trabajo diferente, sólo necesitan un ordenador y conexión a Internet. De esta manera los alumnos conjuntamente van a elaborar un documento que se va a convertir en el lugar central en donde se almacena la información compartida.

Actividad 6: Reunión del Grupo de Expertos

Finalidad: Argumentar y consensuar los conceptos clave en relación a cada bloque de conocimiento que es necesario interiorizar para poder dar solución a la situación de Juan.

Preparación previa del alumno: Es necesario que los alumnos vengan con los artículos asignados a su bloque de expertía leídos y analizados.

Descripción de la actividad: Los estudiantes que han trabajado el bloque uno, se reunirán con los compañeros de otros grupos que han trabajado el mismo contenido, constituyendo el Grupo de Expertos para esa parte. De esta manera se ejercita la toma de decisiones y se promueve la selección de la información por parte de los alumnos. Además, en esta actividad se persigue que los estudiantes consensuen un plan para común para transmitir la información al resto de sus compañeros. Esta dinámica se repite con los otros dos bloques.

Actividad 7: Reunión del grupo original:

Finalidad: Favorecer la cooperación entre los alumnos. Al disponer cada miembro del grupo de una sola pieza del rompecabezas, hace que para poder dominar los temas propuestos se necesiten los unos de los otros. Además, trabajar en grupos pequeños, de tres estudiantes, va a posibilitar que todos los alumnos expongan su punto de vista, adquieran confianza a la vez que reconozcan el valor de las ideas de otros y desarrollen su capacidad de trabajo en equipo

Preparación previa del alumno: Por una parte definir una estrategia para presentar la información sobre la que se ha convertido en expertos a sus otros dos compañeros. Y por otro lado, leer las aportaciones en las otras dos wikis en las que no ha contribuido.

Descripción de la actividad: Una vez completada la reunión de expertos y la elaboración del material a estudio, cada estudiante retorna a su grupo original para enseñar a sus compañeros lo que ha aprendido de manera individual. Con este fin cada alumno dispondrá de 40 minutos para presentar el material que ha trabajado y poder dar respuesta a las preguntas que el resto de miembros del grupo disponga. De este planteamiento se desprende que todos los estudiantes desempeñarán dos roles diferenciados en esta actividad. Por una parte canalizan y transmiten conocimiento adquirido y por otra parte, son receptores y deben aprender de sus compañeros.

Actividad 8: Sesión Plenaria 2 (áreas de cuidado y aspectos éticos)

Finalidad: Elaborar la interrelación de los contenidos elaborados (diabetes, patología intestinal y cirugía) en las actividades previas y de esta manera poder identificar las áreas de cuidado enfermero. Además de consolidar conocimiento, la finalidad de esta actividad reside en interrelacionar teoría y práctica.

Preparación previa del alumno: Antes de acudir a la Sesión Plenaria 2 los alumnos deberán de revisar los conceptos desarrollados en las actividades previas, para poder acudir a la sesión plenaria habiendo realizado una reflexión individual de las preguntas que se van a abordar y que se describen a continuación.

Descripción de la actividad: En esta sesión todos los participantes en el método de caso se reúnen para discutir la problemática planteada y sus soluciones a través del análisis de las preguntas detonantes. El profesor evaluará la participación de los alumnos, comprobando si los alumnos han asimilado los conceptos básicos de los temas tratados. De este modo, los alumnos deberán responder a las preguntas específicas que el profesor les plantee, explicando al grupo sus argumentos y manteniendo en todo momento una actitud de respeto hacia los demás. El trabajo realizado en las actividades previas constituirá la base para poder entender el proceso de Juan. En esta actividad, los alumnos empezarán la discusión por la siguiente pregunta detonante planteada por el profesor:

- ¿Qué áreas de cuidado tendrías en cuenta en el caso de Juan para esa tarde? Para guiar la planificación de cuidados, el profesor podría formular las siguientes cuestiones:

- a. ¿necesitarías más información de la que da el caso?
- b. ¿Qué datos recogerías de Juan que no estén en la valoración que se presenta?

Las otras dos preguntas que van a servir para guiar la sesión son las siguientes:

- c. ¿Qué cuidados y vigilancia tendrías en cuenta para el control de la diabetes?
- d. ¿Qué valoración haces de la forma en la que se han abordado los aspectos éticos y legales en la fase de cuidado preoperatorio de Juan?

Actividad 9: Prueba Escrita

Finalidad: Evaluar el aprendizaje de manera individual acerca de las áreas abordadas.

Preparación previa del alumno: Tiempo de estudio sobre las áreas a examen.

Descripción de la actividad: El contenido elaborado en la wiki y los conceptos abordados en la sesión sobre áreas de cuidados en la disfunción intestinal servirán de referencia para la prueba escrita. El examen constará de 25 preguntas tipo test, puntuando 0,4 puntos las respuestas correctas y las respuestas incorrectas 0,1 puntos negativo. El examen servirá de estímulo para que los alumnos estudien los bloques que no les ha tocado preparar y ayudará al profesor a evaluar el nivel de conocimiento por parte de los alumnos de los conceptos más significativos. Es por este motivo que esta actividad cuenta con asignación de tiempo no-presencial y presencial, tal y como aparece detallado en el cuadro de abajo.

Con el fin de promover la interdependencia positiva, la nota final de cada alumno en este apartado de evaluación se incrementará un punto si todos los miembros del grupo consiguen una nota mayor de 6 puntos sobre 10.

Actividad 10: Procedimiento Sondaje Naso-Gástrico (SNG)

Finalidad: Impulsar la preparación autónoma por parte de cada alumno a la hora de hacer frente a la adquisición de una nueva habilidad (SNG en este caso).

Preparación previa del alumno: Para preparar esta actividad los alumnos dispondrán de un tiempo de tutoría a demanda en la sala de prácticas simuladas, así y como la siguiente documentación en Moodle relativa a este procedimiento:

- Smith SF, Duell DJ, Martin BC. Técnicas de Enfermería Clínica. De las técnicas básicas a las avanzadas. 7ªEd. Madrid: Pearson Educación; 2009. P: 653-656

Descripción de la actividad: La actividad consiste en la evaluación del procedimiento de colocación de una sonda nasogástrica. El profesor se asegurará que el alumno evaluado conoce el procedimiento y es capaz de llevarlo delante manteniendo los principios de seguridad clínica. La evaluación del procedimiento se realizará a cada grupo de base por separado en intervalos de 10 minutos por grupo. Los tres integrantes del grupo se intercambiarán de manera aleatoria según les indique el profesor para realizar el procedimiento. La nota que obtenga el grupo será la nota para todos los miembros del grupo. De esta manera se pretende fomentar la interdependencia positiva, que los alumnos perciban que para poder alcanzar las metas en su aprendizaje necesitan que los otros miembros del grupo también las alcancen. Los criterios para la evaluación del procedimiento se recogen en el anexo 3. El profesor será un recurso que los alumnos podrán emplear a través de la solicitud de tutorías, fomentando así la responsabilidad individual y grupal para la adquisición de nuevas habilidades.

Actividad 11: Sesión Plenaria 3 (registros de enfermería y toma de decisiones)

Finalidad: Examinar el contenido del registro de enfermería relativo a la evolución del paciente (Juan) y analizar la influencia del contexto en el proceso quirúrgico del paciente y en la toma de decisiones de la enfermera (Maite)

Preparación previa del alumno: Revisar la teoría del evolutivo y el registro de enfermería trabajada en la asignatura de Bases Metodológicas de Enfermería (1er cuatrimestre de 2º curso) y la lectura del siguiente artículo:

- Saintsing D, Gibson L, Pennington A. The novice nurse and clinical decision-making: how to avoid errors. Journal of Nursing Management. 2011; 19 (3): 354-359,

Tras la lectura del artículo, cada alumno de manera individual deberá identificar los factores que puedan condicionar la toma de decisiones de Maite, así y como tratar de dar respuesta a las preguntas que se van a abordar en la sesión y que se describen a continuación.

Descripción de la actividad: En esta sesión todos los participantes en el método de caso se reúnen para discutir la problemática planteada y sus soluciones a través del análisis de las preguntas detonantes. El profesor evaluará la participación de los alumnos, comprobando si los alumnos han asimilado los conceptos básicos de los temas tratados. De este modo, los alumnos deberán responder a las preguntas específicas que el profesor les plantee, explicando al grupo sus argumentos y manteniendo en todo momento una actitud de respeto hacia los demás. En esta sesión plenaria se discutirán y las siguientes preguntas:

- ¿Cuál es el contexto en el que se produce la interacción?
- Teniendo presente los evolutivos de enfermería recogidos por las enfermeras en las primeras horas del ingreso de Juan, ¿qué datos eliminarías/añadirías de la información presentada?
- Teniendo en cuenta la demanda de cuidados del grupo de pacientes de Maite: ¿qué priorización harías de las necesidades de cuidado?

Actividad 12: Elaboración del Informe Final

Finalidad: Evaluar el nivel de análisis y de conocimiento desarrollado por los alumnos en relación a las áreas de cuidado trabajadas con el método del caso.

Preparación previa del alumno: Esta actividad estará disponible desde el inicio. Las diferentes actividades planificadas van a ser de ayuda para poder completar el informe, por lo tanto los alumnos deberán organizarse de manera que cumplan con la fecha de entrega establecida.

Descripción de la actividad: Los alumnos constituidos en los grupos originales elaborarán un informe escrito en el que reflejarán la resolución llevada a cabo por el grupo de las preguntas detonantes.

La fecha de entrega del informe se establecerá en la presentación de la signatura y el modo de entrega será a través de Moodle. La extensión del documento remitido no deberá ser superior a 3.000 palabras. El formato y estructura deberá cumplir con los requisitos para la presentación de un trabajo académico según la Guía para la Elaboración de un Trabajo Académico de la EUE. El trabajo presentado deberá hacerse en formato Word y el nombre del archivo deberá identificar a los autores y el título del trabajo (ej: zarandona_soletto_informefinal.doc).

El informe final deberá constar de los siguientes apartados:

1. Si fueras Maite, ¿qué cuidados planificarías a Juan para esa tarde?
2. Analizar desde una perspectiva ética los diferentes acontecimiento significativos de la situación de cuidado de Juan.
3. Redactar una propuesta de evolutivo para la tarde y noche del día 23/01/2012 y para la mañana del día 24/01/2012, teniendo en cuenta el plan de cuidados

incluido en el anexo del caso. Si hiciese falta información adicional, se pueden aportar datos ficticios que completen la redacción, siempre y cuando así queden identificados.

4. Teniendo en cuenta la demanda de cuidados del grupo de pacientes de Maite, ¿qué priorización harías de las necesidades de cuidado? Argumentar la toma de decisiones.

Los alumnos podrán solicitar tutorías siempre y cuando así lo estimen necesario. La evaluación del informe se realizará de acuerdo a los criterios establecidos en la matriz de evaluación que se recogen en el anexo 4.

De acuerdo con el planteamiento en el capítulo de actividades asignadas a los alumnos, la implementación del caso sigue el siguiente cronograma:

PLAN DE TRABAJO SEMANAL

La implementación del caso sigue el siguiente cronograma:

Semana	Dedicación Presencial	Actividad	Modalidad Docente	Dedicación NP Alumno
18	1:50	A1: Presentación del Caso	G	1:00
18	1:50	A2: Clase Expositiva	G	1:00
18	1:00	A3: Sesión Plenaria 1	G	2:00
18-19	/	A4: Lectura Documentación	NP	3:00
19	1:30	A5: Reunión del Grupo de Expertos	G	1:00
18-19	/	A6: Realizar colaboración en Wiki	NP	2:00
20	2:00	A7: Reunión Grupo Original	G	2:00
20	1:30	A8: Sesión Plenaria 2	G	2:00
21	0:30	A9: Prueba escrita	G /NP	4:00
22	0:10	A10: Evaluación SNG	T	2:00
22	1:30	A11: Sesión Plenaria 3	G	2:00
18-22	/	A12: Elaboración Informe Final	NP	6:00
TOTAL	11:50			28:00

Cronograma para la implementación del caso (G: Grupal; NP: Presencial; E: Expositiva; T:Taller)

SISTEMA DE EVALUACIÓN

El trabajo derivado del método del caso va a representar 4 puntos sobre la nota global de 10 puntos de la asignatura.

En la siguiente tabla se recogen los instrumentos que se van a emplear para la evaluación del caso y el porcentaje de la nota asociado dentro del Método del Caso.

Instrumento	Porcentaje
Elaboración Informe Final	40%
Cuestionario Test	20%
Práctica de Sondaje Naso-Gástrico	15%
Participación en la Sesión Plenaria	15%
Participación en la Wiki	10%

Cada instrumento se acompaña de un registro (rúbrica, escala y/o check-list) para facilitar la calificación del estudiante y la identificación de puntos fuertes y áreas de mejora de cara a hacer frente a escenarios de aprendizaje en el futuro.

Rúbrica de Evaluación de la Colaboración Wiki / Sesión Plenaria

Criterios	Notable (2)	Suficiente (1)	Insuficiente (0)
Aportaciones	Realiza aportaciones relevantes a partir de la documentación.	Ocasionalmente realiza aportaciones relevantes a partir de la documentación.	Realiza aportaciones de poco valor.
Participación activa	Lidera/Facilita de manera consistente la discusión	Lidera/Facilita de forma limitada la discusión	Cuesta saber lo que piensa. Contribución limitada a expresar si está de acuerdo/en desacuerdo con otros.
Respeto y Tolerancia	Demuestra buena escucha y respeto, construyendo desde las aportaciones de los otros. Escucha para enriquecer el diálogo. Interviene estimulado la intervención del resto del grupo	Muestra actitud de respeto y escucha a los que hablan. Demuestra respeto a los demás cuando habla.	No muestra regularmente actitud de escucha y respeto a los que hablan. Cuchichea. No sigue las sesiones con atención.

Cómo calificar a cada alumno

Para calcular la nota de cada alumno en este apartado se aplicará la siguiente fórmula:

- Colaboración en la Wiki (CW): $[\sum \text{Criterios} \times 10] / 6$
- Participación en la sesión plenaria (PSP): $[\sum \text{Criterios} \times 10] / 6$

La nota final se calculará mediante la siguiente ecuación: $(CW + PSP) / 2$

Rúbrica para la evaluación del procedimiento de Sondaje Nasogástrico (SNG)

Criterios	Notable (3)	Suficiente (1)	Insuficiente (0)
Responsabilidad	Mantiene en todo momento los principios de seguridad clínica y los derechos del paciente		No mantiene los principios de seguridad clínica y los derechos del paciente
Técnica	<p>Selecciona el material adecuado.</p> <p>Lleva a cabo la secuenciación del procedimiento de acuerdo a la bibliografía aportada.</p>	En una o dos ocasiones requiere de la estimulación del profesor para seleccionar el material y/o completar el procedimiento	No es capaz de seleccionar el material y/o completar el procedimiento
Análisis	Justifica en todo momento el porqué de su actuación.	En una o dos ocasiones requiere de ayuda por parte del profesor para justificar el porqué de su actuación	No es capaz de justificar el porqué de su actuación

Cómo calificar a cada alumno

Para calcular la nota de cada alumno en este apartado se aplicará la siguiente fórmula:

- $[\sum \text{Criterios} \times 10] / 9$

Check-list para evaluar la técnica de SNG¹:

Previo Procedimiento	SI	NO
Comprueba la identificación de la persona y explica el procedimiento		
Obtiene consentimiento verbal y solicita su colaboración		
Reúne el material necesario en función de la orden médica		
Realiza higiene de manos y se coloca guantes		
Coloca a la persona en posición Fowler o incorporada 90º		
Examina los orificios nasales de forma individual y elige el que presente un mayor flujo de aire en la respiración		
Maniene cerca de la persona una toalla y batea		
Procedimiento	SI	NO
1. Mantiene una comunicación adecuada a lo largo de todo el		
2. Mide la distancia desde la punta de la nariz hasta el lóbulo de la oreja y luego al apófisis xifoides del esternón para determinar la longitud de sonda a introducir		
3. Aplica lubricante hidrosoluble a los primeros 10 cm. de la sonda		
4. Pide al paciente que realice una extensión leve del cuello		
5. Introduce la sonda por el orificio nasal elegido, haciéndola avanzar hasta la nasofaringe		
6. Pide al paciente que incline la cabeza hacia delante y que proceda a deglutir para facilitar el avance de la sonda		
7. Continúa introduciendo la sonda hasta alcanzar la longitud anteriormente determinada		
8. Comprueba la colocación de la sonda mediante la aspiración del contenido gástrico y valoración según protocolo de la unidad		
9. Conecta la sonda a bolsa o a sistema de aspiración según orden		
10. Fija la sonda sobre la nariz, con esparadrapo hipoalergénico, evitando presionar la aleta nasal		
Post-procedimiento	SI	NO
1. Recoge el material utilizado		
2. Realiza higiene de manos		
3. Confirma el bienestar de la persona así como su posición		
4. Registra el cuidado en la historia del paciente		

Rúbrica de evaluación del Informe Final

Crterios	Notable (2)	Aprobado (1)	Insuficiente (0)
Ortografía	Sin faltas de ortografía	Aparecen hasta dos errores de ortografía	Presenta más de dos fallos de ortografía
Formato	Se ajusta completamente a los criterios de presentación académica de la Guía de Estilo de la EUE de Vitoria.	Presentación académica básica.	No cumple con los criterios de un trabajo académico
Originalidad	El texto posee contenidos originales interesantes.	Se realiza alguna contribución grupal, en general de poco interés.	Una parte significativa del trabajo es de otros autores.
Coherencia	El documento presenta discusión y colaboración conjunta.	Las tareas individuales están relacionadas entre sí.	Trabajo marcadamente individualista. No hay relación entre las secciones.
Selección y análisis de la información	Selecciona información relevante y realiza análisis pertinente de la situación	Gestiona información relevante pero el nivel de análisis es superficial.	No demuestra capacidad para analizar la información seleccionada.
Argumentación	Los juicios y valoraciones están bien fundamentados.	Se formulan juicios y valoraciones propias	El trabajo carece de juicios, valoraciones u opiniones propias
Sentido ético	Toma posición en situaciones en las que están implicados los derechos de otras personas.	Normalmente identifica la relación entre ciertas situaciones y los derechos de las personas	Valora las situaciones para sus propios intereses
Fuentes de información	Emplea fuentes de información adecuadas, más allá de las provistas por el profesor.	Emplea las fuentes de información provistas por el profesor	Emplea de fuentes de información inadecuadas, que no son de origen profesional.
Referenciación	Cita todas las referencias de manera adecuada de acuerdo con las normas de Vancouver.	Señala la fuente de información pero no lleva a cabo la referenciación de una manera adecuada según las normas de Vancouver.	No señala la fuente de información

Cómo calificar a cada alumno

Para calcular la nota de cada alumno en este apartado se aplicará la siguiente fórmula:

- $[\sum \text{Criterios} \times 10] / 18$



Zarandona, J. (2013). ¿Qué hago ahora? Aprendiendo a cuidar en una unidad quirúrgica – IKD baliabideak 6 -<http://cvb.ehu.es/ikd-baliabideak/ik/zarandona-6-2013-ik.pdf>



Reconocimiento – No Comercial – Compartir Igual (by-nc-sa): No se permite un uso comercial de la obra original ni de las posibles obras derivadas, la distribución de las cuales se debe hacer con una licencia igual a la que regula la obra original.