

CÓMO HACER UN PLAN DE CUIDADOS DE ENFERMERÍA Y NO PERDER NINGUNA NEURONA EN EL INTENTO

Mario Aquino Olivera¹

Resumen

Si hay un tema que genera controversia en el colectivo enfermero es el tema de los planes de cuidados. Existe una polémica sobre su utilidad, sobre su aplicabilidad, sobre lo que significa.

La finalidad de este trabajo es intentar, mediante una redacción amable y llana descifrar cuál es la importancia, qué son y cómo se podrían aplicar los planes de cuidados en los distintos ámbitos sanitarios y “no perder ninguna neurona en el intento”

Quizás alguno piense que le falta rigor científico a este texto. El autor en ningún momento quiere ponerse a la altura de una Carpenito o Henderson. Solo intenta aportar luz y claridad para que enfermería (de cualquier edad) pueda comprender y aplicar un plan de cuidados sin complejos.

Palabras clave: Proceso de Enfermería, Diagnóstico de Enfermería, Modelos Teóricos, Registros de Enfermería.

¹ Licenciado Enfermero. España.
Correo electrónico: maquinoolivera@gmail.com

HOW TO MAKE A PLAN OF NURSING CARE AND NOT TO LOSE ANY NEURON IN THE ATTEMPT

Abstract

The theme of the plans of Nursing care generates disputes in the collective of Nursing. There is a controversy about the usefulness of these plans of nursing care, about its applicability and about what they mean. The objective of this work is to try, through a drafting friendly and clear decrypt which is the importance of the plans of nursing care, raise what they are, and how these might be applied in the various health fields and “not to lose any neuron in the attempt”.

Maybe some person thinks about that in this text lacks scientific rigor. The author does not intend to have the same height scientific that a developed by Carpenito or Henderson. The author only attempts to bring light and clarity so that nurses can understand and implement a plan of care without difficulties.

Key words: *Nursing Care process, Nursing diagnosis, Theoretical models, Nursing records.*

COMO FAZER UM PLANO DE CUIDADOS DE ENFERMAGEM E NÃO PERDER NENHUM NEURÔNIO NA TENTATIVA

Resumo

Se existe um tema que gera controvérsia no coletivo da enfermagem é o dos planos de cuidados.

Há uma polêmica sobre sua utilidade, sua aplicabilidade, e o seu significado.

A finalidade deste trabalho é tentar, mediante uma redação amável e lisa decifrar qual é a sua importância, o que são e como poderiam ser aplicados os planos de cuidados nos diferentes âmbitos sanitários e “não perder nenhum neurônio na tentativa”.

Talvez alguém pense que falta rigor científico a este texto. O autor, em momento algum, quer se colocar à altura de uma Carpenito ou Henderson; tenta, apenas, dar luz e clareza para que a enfermagem possa compreender e aplicar um plano de cuidados sem complexos.

Palavras-chave: *Processos de Enfermagem, Diagnóstico de Enfermagem, Modelos Teóricos, Registros de Enfermagem.*

Un pelín de historia

El Proceso de Atención de Enfermería (PAE) tiene sus orígenes cuando, por primera vez, fue considerado como un proceso. Esto ocurrió en EE.UU. con Hall (1955), Jhonson (1959), Orlando (1961) y Wiedenbach (1963), que lo consideraron un proceso de tres etapas (valoración, planeación y ejecución); Yura y Walsh (1967), establecieron cuatro (valoración, planificación, realización y evaluación) y Bloch (1974), Roy (1975), Aspinall (1976) y algunos autores más, que establecieron las cinco actuales al añadir la etapa diagnóstica.

Y con esto doy por terminado el capítulo de historia. No es el objeto de este documento. El que quiera saber más puede consultar varios libros sobre historia de la Enfermería.

¿Enfermería es una profesión?

Enfermería es la única de las profesiones que se desenvuelven en el área sanitaria, cuyo objeto es la persona en su totalidad, con la cual interactúa permanentemente. Es decir mientras otras disciplinas se dedican a determinada área del paciente: (fisios, nutricionistas, etc), enfermería abarca todo.

Por eso se considera una profesión irremplazable. Hay experiencias de haber querido reemplazar enfermería por otras disciplinas y resultó un rotundo fracaso.

Es verdad que el farmacéutico sabe más de farmacología terapéutica que cualquier enfermera. Es verdad que la nutricionista sabe más de nutrición. Sin embargo, enfermería, cuando se relaciona con el paciente tiene que saber de nutrición y farmacología. Muchas veces su conocimiento es suficiente para una consulta. Cuando no lo es, hay que recurrir al especialista.

En definitiva tenemos que saber de todo un poco. Menuda profesión hemos elegido.

Ahora bien, nos llenamos la boca diciendo que somos profesión. ¿Qué significa esto? Algunos autores dicen que profesión es la

acción y el efecto de profesar. La sociedad le otorga a la profesión un reconocimiento, le demanda un trabajo específico y le otorga autonomía para poder realizarlo. Enfermería para ser profesión debe decidir que hacer, cómo hacerlo y quién debe hacerlo.

Si observamos a nuestro alrededor, veremos que conviven dos modos de "entender la enfermería". Por un lado tenemos colegas de enfermería que la entiende como algo técnico. Digamos que son las **enfermeras técnicas**. Dan mucha importancia a las técnicas de enfermería o también actividades delegadas por los médicos. Digamos que es gente práctica: suturan, vendan, aplican inyectables, insertan todo tipo de catéteres (venosos, urológicos, centrales, periféricos, etc.). Suelen tener mucha práctica y gozan del buen concepto médico.

Los elogios médicos cuando vienen, suelen ser por evaluación de la destreza del enfermero.

Por lo general este tipo de enfermería suele concentrarse en lugares donde hay mucha intensidad en la labor asistencial. Por ejemplo UVI o Urgencias.

Esta manera de entender enfermería es muy respetable. ¿Quién no la ha practicado? Pero a medida que los años van llegando se manifiesta un cierto desencanto. ¿Por qué?. Porque con el reconocimiento médico no alcanza. Llega un momento, que quieres recibir el elogio del paciente y de la sociedad. Practicando este tipo de enfermería no llega nunca ese tipo de reconocimiento. La labor enfermera está diluida en la responsabilidad médica. Por más que se haya realizado de maravilla cualquier técnica de enfermería, los elogios del paciente se los lleva el médico. Uno no existe prácticamente. No hay una actividad independiente que el paciente pueda identificar, evaluar y reconocer.

Algunas veces, se quiere reivindicar (equivocadamente) técnicas de enfermería como propias. Como si nadie más que enfermería pudiera hacerlas. Un ejemplo: colocar un catéter vesical. Hay gente que deja la piel diciendo que un médico no puede

insertar el catéter vesical, ¡es intrusismo! dicen alterada/os. Equivocados, no, equivocadísimos. ¿Quién creen que inventó insertar un catéter vesical para que el paciente pudiera evacuar la vejiga?. Pues, un médico. Así que al inventor no se le puede prohibir que haga la técnica. Así con casi todas las técnicas de enfermería. Lo hacemos nosotros porque es una actividad prescrita por el médico.

Otro tipo de enfermería sería la llamada: **profesional**. Esta enfermería formada en las últimas décadas, reivindica su labor propia. Su hacer es diferente. Ella también realiza técnicas y actividades prescritas, pero además identifica y asume como propias, actividades que inciden directamente en el paciente. Asume como profesión que pretende ser, un compromiso con la sociedad, aplicando teorías y el método científico: Proceso de Atención de Enfermería (PAE), que involucra un código ético profesional junto a un dominio de un conjunto de conocimientos científicos.

Enfermería despierta y busca un marco conceptual que le sea propio. Nada de medicina y otras disciplinas. De ahí nacieron las teorías de enfermería.

Resumiendo, es necesario ir cambiando la visión de enfermería. Hay que pasar de ser técnicos a profesionales. Por más que algún integrante de otra disciplina sanitaria nos haga bromas. Si tendrá importancia, que en esto nos va el llamarnos **profesionales**.

Reflexión final sobre este punto. El tiempo que enfermería está junto al paciente es manifiestamente superior a cualquier otro sanitario. Se nos conoce más porque el paciente insiste en vernos como ayudante del médico. Idea que nos irrita mucho. Evidentemente algo estamos haciendo mal.

Hablemos de las teorías de enfermería, qué son y para sirven

Escuchamos a las enfermeras jóvenes decir: “yo soy Oreniana”, “yo para valorar utilizo a Henderson”, “Los patrones de Gordon están guay” etc. ¿Qué lío verdad?.

Vamos a tratar de hablar sobre teorías de un modo fácil y rápido. Suele ser un poco denso, pero lector no te desanimes. Prometo hacerlo agradable. Bueno, ese es mi propósito.

Una teoría constituye un principio para explicar, predecir y controlar fenómenos.

Se trata de todas las observaciones que hacemos estén organizadas dentro de un contexto que dé una explicación a dichas observaciones.

Pongamos un ejemplo. Si yo hago un estudio comparativo entre diez pacientes que están inmóviles en la cama (a los que no se hacen cambios posicionales) con otro grupo de diez pacientes inmóviles (que sí son movilizados). Una vez hecho el estudio digo que los pacientes movilizados tienen menos heridas en la piel. Bien. Esa es la conclusión. ¿Y qué más?. ¿Qué buscamos más? ¿Cómo seguimos? Si no está en un contexto teórico que trate de explicar las observaciones, de poco sirve.

Veamos, si en el mismo estudio decimos que se basa en un marco teórico, que dice que *cuando la presión es constante en un punto de apoyo de la piel pueden producirse heridas*, ya la conclusión toma otra dimensión. Puedo afirmar que la teoría se confirma. Si dejo el paciente quieto, sin movilizar, (presión constante) se producen heridas.

Para confirmar esa teoría, podemos hacer muchos estudios (cuántos minutos de presión constante produce una herida, cada cuánto tiempo la movilización, cuánta presión produce una herida, etc.). A medida que vayamos haciendo estudios bajo esa teoría, más nos aproximamos a la verdad. Puede confirmarse la teoría o puede desecharse.

Recuerden la teoría que decía que la tierra era plana. En aquella época esa teoría era una gran verdad para todos. Daba una explicación a los barcos desaparecidos. Relacionaba hechos (que los barcos desaparecían) y trataba de explicarlos de una forma coherente (la tierra era plana y los barcos se caían). Hasta que Colón con sus carabelas demostró que la tierra era redonda y destruyó a la teoría de la tierra plana.

Las úlceras gastrointestinales eran producidas por el estrés. Cientos de trabajos se hicieron bajo esta teoría. Trataban de confirmar que las úlceras efectivamente se producían por estrés. Todas parecían confirmarla. Hasta que un australiano vino y dijo: ¡no!, ¡no!, es una infección y hay que dar antibióticos. A la papelera con la teoría del estrés.

Por eso la ciencia es humilde. No hay verdades absolutas. Hacemos trabajos de investigación para acercarnos a la verdad.

Volvamos a enfermería. ¿Para que más nos sirven las teorías de enfermería? Para definirnos. Mirad a vuestro alrededor y preguntad a las enfermeras que están junto a vosotros: ¿Qué es enfermería? Algunas os mirarán perplejas y no sabrán contestar. Otras balbucearán. Las que contesten lo harán de mil maneras.

Una teoría justamente ayuda a definir que es una enfermera. Las distintas teorías de enfermería que existen en la actualidad son de gran utilidad para ir formando el marco teórico de la profesión. Digamos que ayudan a explicar qué somos, cómo lo hacemos, porqué lo hacemos y quién lo hace.

Sin teoría es muy difícil explicar que significa ser Enfermera Profesional. Ahora si no queremos utilizarla, la definición que nos quedará y será de carácter técnico es la de Ayudante del médico.

¿Cuántas teorías hay y qué dicen?

La diferencia entre ellas está en la visión de la **función** que cumple enfermería en la relación con los usuarios de los cuidados enfermeros.

Florence Nightingale decía que enfermería realiza sus cuidados a un paciente para facilitar la acción de la naturaleza. Según ella: hacemos los cuidados para dar tiempo a que la naturaleza cure al paciente. Los que creen en esta teoría y explican a enfermería bajo *este* marco son las llamadas: Enfermeras Naturalistas.

Una enfermera naturalista diría que a determinado paciente hay que situarlo bajo la ventana, así el aire fresco y limpio ayudará a

la recuperación de su afección pulmonar.

Virginia Henderson y Dorothea Orem conciben que el trabajo de enfermería consiste en suplir o ayudar a personas que no pueden realizar acciones durante un momento determinado de su vida.

Si una persona no puede comer sola, Enfermería suple-ayuda a realizar esta acción.

Podemos definir las como Enfermeras de Suplencia. Posiblemente sean las teorías más utilizadas en España.

Una enfermera oreniana diría que determinado paciente tiene una afección pulmonar. Presenta un déficit de autocuidado de conocimientos. Lo ayudaré a que reconozca y realice actividades que favorezcan la recuperación de sus autocuidados (digamos: que lo haga él solito). Por ejemplo: que reconozca y comprenda que es necesario que solo él por propia decisión, busque el sitio donde el aire esté fresco y limpio.

Una enfermera herdersoniana diría que determinado paciente tiene una necesidad de conocimientos. No sabe qué puede hacer para mejorar su problema pulmonar. Supliré su necesidad mediante enseñanzas de actividades que sean favorables para él. Por ejemplo: Lo llevaré a tomar aire fresco y limpio, mientras él no pueda hacerlo solo.

Por último están las que se basan en las interrelaciones (Hildegard Peplau y Carlota Roy). Son las llamadas Enfermeras Holísticas. No voy a detenerme en ellas porque estas teóricas no han tenido mucha penetración en el colectivo español.

Y aquí no pongo ejemplo. Os recomiendo el Manual de las teorías de Enfermería de Marriner por si tenéis curiosidad de saber cómo se expresan las Holísticas.

¿Por qué es importante utilizar el PAE?

El Proceso de atención de enfermería (PAE) es un método ordenado y sistemático para obtener información e identificar los problemas del individuo, la familia y la

comunidad, con el fin de planear, ejecutar y evaluar el cuidado de enfermería. Por tanto, es la aplicación del **método científico** en el quehacer de enfermería.

Todas las profesiones utilizan el método científico. No existe profesión sin método científico.

¡Cuidado!. Hay gente que realiza algunas actividades y dice: “Yo soy un profesional”. No confundir. Se comporta como un profesional. Pero no lo es.

Si su quehacer diario lo hace con rigor y con fundamentos se puede decir que actúa como un profesional.

De ahí la importancia de enfermería de comportarse como el profesional que es. No puede quedarse en “hacer”. Si no que además debe: valorar, diagnosticar, planear, ejecutar y evaluar.

¿Qué es más cómodo estar bajo la sombra del médico? No hay duda. El tomar responsabilidades requiere un compromiso de formación científico constante. Es imprescindible ofertar los mejores cuidados a nuestro paciente. Sin duda, el compromiso aumenta de forma geométrica.

¿Cómo entender y hacer un PAE?

Normalmente la enfermera aplica mentalmente el PAE y sin darse cuenta. Es un proceso sencillo, sistemático y con retroalimentación.

Todos, cuando se nos presenta un problema de cuidar con un paciente, inconsciente o conscientemente, lo primero que hacemos es investigar el problema:

- buscamos información,
- identificamos el problema,
- planificamos cómo lo vamos a resolver,
- planteamos un objetivo,
- intervenimos, realizamos actividades para resolver el problema, técnicas, etc.
- evaluamos.

Si conseguimos reducir o eliminar el

problema, si las intervenciones fueron adecuadas, si los datos eran correctos, si el problema se solucionó, termina nuestra labor. Si persiste, empezamos de nuevo. Así trabajamos siempre. Pongamos un ejemplo práctico.

Entramos a una habitación y un paciente nos dice que está muy dolorido después de una intervención quirúrgica:

1° **Se valora:** Investigamos, dónde le duele, qué zona, cómo es el dolor, cuando le empezó el dolor, si se le administró algún analgésico, cuándo?

2° **Se emite un juicio:** Determinamos cuál es el problema, decimos que es un dolor postquirúrgico, que es frecuente en el postoperatorio.

3° **Se planifica:** Pensamos cuales son las prioridades de este paciente con respecto a los demás pacientes que están al cuidado. ¿Hay algo que tenga más importancia que administrar la analgesia? ¿Lo hago ahora o dentro de un momento?

4° **Se ejecuta:** Realizamos una intervención que a nuestro juicio resolverá el problema, administro analgésico vía oral o le pongo una manta caliente y lo movilizo. Intento resolver el problema mediante la intervención que, a mi juicio, sea la más indicada.

5° **Se evalúa:** Calmó o no calmo el dolor. Si aún continúa el dolor evalúo todo nuevamente: Exactamente ¿dónde es el dolor?, ¿será el vendaje muy apretado?, ¿será algo muscular y no la herida quirúrgica? ¿Consulta al médico?, etc.

Así que no es tan difícil. Se trata de llevar nuestra forma de razonar desde la cabeza al papel. Lo haremos utilizando el método científico pero desde enfermería, con un lenguaje enfermero: nuestro apreciado PAE. Profundicemos un poco. Hasta hora todo parece fácil y llano.

Valoración (Fase 1)

La valoración es la primera etapa del proceso de enfermería. Se define como el proceso organizado y sistemático de recogida de datos sobre el estado de salud de una persona, familia o comunidad, a través de diferentes

fuentes. Es el primer contacto que tenemos con el usuario.

La valoración inicial permite a la enfermera recoger datos, sobre los problemas de salud, que faciliten la realización de actuaciones de enfermería dirigidas al logro de unos objetivos (criterio de resultado)

Al ser la valoración un proceso continuo, los datos posteriores indicarán a la enfermera si ha surgido algún problema adicional en su estado de salud.

Esta fase proporciona una base sólida que fomenta la administración de una atención individualizada de calidad. Se necesita una valoración adecuada y sistematizada para facilitar el diagnóstico enfermero y el tratamiento de las necesidades humanas.

La mayoría de los autores proponen para la valoración enfermera las Necesidades de Virginia Henderson, basándose en que la recogida de datos se realizará de manera completa, organizada y permitirá hacer una valoración en cualquier edad y situación de salud.

La fase de valoración consta de cinco etapas consecutivas:

- 1) Recogida de datos.
- 2) Validación de datos.
- 3) Organización de los datos.
- 4) Identificación de necesidades.
- 5) Registro de datos.

Es un proceso continuado que se inicia con el primer encuentro del usuario y continúa en cada encuentro subsiguiente hasta que se produce el alta. La enfermera debe recoger sistemáticamente toda la información necesaria para el diagnóstico de las alteraciones de las necesidades de la persona. Durante esta fase recogerá datos de varios tipos: subjetivos, objetivos, antecedentes, actuales, generales y focalizados.

Identificación (Diagnóstico de Enfermería) (Fase 2)

Para llegar al diagnóstico, hemos de interpretar los datos recogidos en la valoración de las necesidades.

El diagnóstico enfermero es un juicio clínico sobre la respuesta de un individuo, familia o comunidad a sus problemas de salud, reales o

potenciales y a procesos vitales. El diagnóstico enfermero proporciona la base para la selección de intervenciones, para el logro de objetivos para los que la enfermera es responsable (NANDA, 1994).

También se denomina: respuesta humana al diagnóstico enfermero, pues la enfermera centra sus cuidados en como las personas responden a sus cambios de salud o a procesos vitales.

La enfermera ha de tener siempre en cuenta al diagnosticar que es responsable del proceso y del plan de cuidados que se deriva del mismo. Por ello ha de ser consciente tanto de los recursos del individuo, familia y comunidad como de sus habilidades, conocimientos propios y experiencia clínica. A medida que aumentan dichos conocimientos, lo hace también su responsabilidad de diagnosticar y tratar.

Pasos para emitir un diagnóstico enfermero

- Pregunte al usuario cual es su principal problema o preocupación.
- Realice una valoración completa o focalizada por necesidades..
- Escriba una lista completa con los problemas reales o de riesgo que detectó en la valoración. Priorice según su importancia en salud y opinión del paciente.
- Busque otros signos y síntomas o profundice en la valoración para encontrar más claves.
- Una vez encontrado el problema principal, relaciónelo con uno de los diagnósticos aprobados por la *North American Nursing Diagnosis Association* (NANDA). Para ello, verifique que se cumple al menos una de las características definitorias.
- Enlace el problema encontrado (necesidad encontrada o manifestada), con el diagnóstico de la NANDA correspondiente.
- Determine la causa o etiología del problema (su factor relacionado).
- Identifique los factores de riesgo.
- Formule el diagnóstico.

¿Cómo formular el diagnóstico enfermero?

Hay que ser claro y específico. La forma aceptada para hacerlo es seguir el formato PES: problema + etiología + signos y síntomas.

Para escribir el problema, utilizaremos la taxonomía diagnóstica validada y mayoritariamente aceptada: NANDA II (2005).

Use “relacionado con” para unir el problema con la causa, etiología o factor relacionado.

Escriba “manifestado por” para incluir los signos y síntomas que evidencian el diagnóstico.

Ejemplo: Alteración de la nutrición por exceso relacionada con Ingesta excesiva de azúcares y grasas manifestado por índice de masa corporal de 31.

Distintos enunciados en los diagnósticos:

Observe los distintos enunciados según el tipo de diagnóstico:

- Diagnóstico real: Problema, + Causas, + Signos y Síntomas.
- Diagnóstico de riesgo: “Riesgo de”, + problema, + causa.
- Diagnóstico de salud: “Potencial de mejora”, + problema.
- Síndrome diagnóstico: Nombre solo el síndrome.

Tenga en cuenta que la causa o etiología o factores relacionados van a dirigir las intervenciones Enfermeras. Cuanto más exacta y específica sea su descripción, más claras y pertinentes serán las intervenciones posteriores.

Excepción en la formulación: después del diagnóstico “Déficit de conocimientos” se escriben dos puntos y luego el área de conocimiento donde existe dicho déficit.

Ejemplo: Déficit de conocimientos: conservación de la escayola.

Tipos de diagnóstico

Diagnóstico real: describe la respuesta actual de una persona, familia o comunidad a una situación de salud o proceso vital. Su identificación se apoya en la existencia de

características definitorias. El problema está presente en el momento de la valoración. Se aconseja escribirlo en formato PES.

Diagnóstico de riesgo: describe problemas de salud que pueden presentarse en un futuro próximo de no iniciarse medidas de prevención sobre los factores de riesgo.

Diagnóstico de salud: juicio clínico sobre un individuo, familia o comunidad en transición de un nivel específico de salud a otro más alto.

Síndrome diagnóstico: es aquel que agrupa un conjunto de diagnósticos (ejemplos: síndrome de desuso, síndrome de estrés por traslado)

Problema Añadido: problema de salud real o potencial que se centra en la respuesta fisiológica del cuerpo y que los profesionales enfermeros son responsables de identificar y tratar en colaboración con el médico (Cardenito, 1994).

Planificación (fase 3)

Es la fase en la que determinamos como dar los cuidados de enfermería de forma organizada, individualizada y orientada a los objetivos; en la que pensamos una estrategia de cuidados bien definida, que comprende priorizar los problemas del paciente, fijar los objetivos, determinar las actividades y registrar el plan de cuidados.

Objetivos/resultados (fase 4)

Son los instrumentos de medición del plan de cuidados que permiten realizar la evaluación.

Responden a dos interrogantes:

Qué se desea conseguir?

Cuándo se espera conseguirlo?

¿Para qué sirven?

Dirigen las intervenciones. Son factores de motivación.

Objetivos centrados en el paciente/familia/comunidad

Siempre que sea posible, los objetivos deben consensuarse conjuntamente con el paciente y/o las personas implicadas en su cuidado.

El sujeto de cualquier objetivo es el paciente. Debemos pensar lo que se espera que logre el paciente, y no lo que la enfermera desea conseguir.

Características:

- Derivan de los diagnósticos.
- Se registran como conductas mensurables.
- Se formulan conjuntamente con el paciente (cuando sea posible).
- Deben ser realistas respecto a las capacidades actuales y futuras del paciente y a sus recursos.

Clasificación de los objetivos

Respecto al tiempo:

Objetivo a largo plazo. Ejemplo: Mantener la integridad cutánea.

Objetivos a medio plazo. Ejemplo: perder 4 kg/mes.

Objetivos a corto plazo. Ejemplo: identificar signos y síntomas de hipoglucemia.

Respecto al dominio donde actúan:

Objetivos cognitivos: relacionados con la adquisición de conocimientos.

Habilidades intelectuales: enseñar técnica para el autoanálisis.

Objetivos afectivos: asociados a cambios de actitudes, sentimientos o valores. Ejemplo: cambiar hábitos alimentarios.

Objetivos psicomotores: reflejan habilidades motoras. Ejemplo: andar correctamente con muletas.

Objetivos/resultados

Algunos autores apuntan a la enfermería resultadista. Más que plantearse objetivos intentan buscar resultados. Siguiendo esa línea hemos desarrollado el PAE Chaman.

Para evaluar los resultados utilizamos los NOC².

Clasificación de resultados de Enfermería: NOC

Nombra, estandariza y proporciona escalas para medir los resultados de los pacientes dependientes de enfermería.

Componentes de un resultado NOC

Etiqueta: denomina de forma concisa el resultado.

Definición: descripción genérica.

Indicadores: determinan el estado del paciente en relación con la etiqueta. Pueden utilizarse como resultados intermedios.

Escala de medida tipo Likert de 5 puntos. Permite cuantificar el resultado.

Características de los resultados NOC.

No se exponen como objetivos.

Los resultados son conceptos variables que proporcionan más información que si se cumple o no un objetivo.

La enfermera determina con que intervalo deben ser evaluados, según su juicio clínico.

Los resultados pueden ser tanto positivos como negativos.

Intervenciones de enfermería Ejecución (Fase 5)

Una vez establecidas las prioridades y desarrollados los resultados (objetivos), comienza la siguiente etapa de la fase de planificación: selección de las intervenciones Enfermeras, que describen de qué modo la enfermera ayudará al paciente a conseguir los resultados propuestos.

Estas intervenciones se establecen a partir de:

- La información obtenida durante la valoración.
- Las posteriores relaciones de la enfermera con el cliente y la familia.
- Identificación de la necesidad (relación necesidad con el diagnóstico de enfermería.)

² NOC *Nursing Outcomes Classification* significa clasificación de los resultados de Enfermería

Definición

Las intervenciones de enfermería son todo tratamiento, basado en juicio y conocimiento clínicos, que un profesional de la enfermería realiza para conseguir los resultados pactados o aumentar la salud del paciente.

Finalidad

Las intervenciones Enfermeras se realizan para:

- Controlar el estado de salud.
- Minimizar los riesgos.
- Resolver o controlar la causa de un problema, y si no se puede, minimizar los efectos de la misma en las personas.
- Desconocido el origen del problema, la finalidad será identificar la causa.
- Promover un óptimo estado de salud e independencia.

Clasificación

Intervenciones interdependientes:

Describen las actividades llevadas a cabo por la enfermera en cooperación con otros miembros del equipo de salud (asistentes sociales, fisioterapeutas, médicos).

Ejemplo: anciano en situación de riesgo social detectado en la consulta de enfermería del centro de salud. La enfermera se pone en contacto con la asistente social para establecer pautas de actuación conjuntas.

Intervenciones independientes:

Intervenciones indicadas por la enfermera como respuesta a un diagnóstico enfermero. Se basan en los factores relacionados identificados en la declaración del diagnóstico de enfermería. Por tanto, definen las actividades necesarias para eliminar los factores que contribuyen a las respuestas humanas.

Ejemplo: riesgo de caídas (R/C) relacionado con peligros en el hogar. Tras identificar este diagnóstico enfermero, nos planteamos el siguiente objetivo (resultado): la paciente no sufrirá ninguna caída en su casa en los próximos 3 meses.

Las intervenciones de enfermería irían encaminadas a reducir los peligros

ambientales en el hogar del paciente procurando una correcta iluminación de las habitaciones, estableciendo conjuntamente medidas de seguridad (asideros, eliminar o fijar alfombras, utilizar calzado con suela antideslizante, etc.) y procurando mantener un entorno limpio, ordenado y bien ventilado.

El éxito de las intervenciones de enfermería depende de la capacidad que tenga la enfermera de generar y escoger alternativas que muy probablemente sean eficaces.

Enfermería tiene identificadas, aproximadamente 12000 actividades. La labor de registrar se ve dificultada ante tal cantidad de actividades. Las intervenciones de enfermería están agrupadas en 486 intervenciones en la taxonomía NIC (Clasificación de Intervenciones de Enfermería)

Evaluación (Fase 6)

La evaluación es la penúltima etapa del proceso de atención de enfermería. Pero al mismo tiempo, afecta a todas las demás. Es la retroalimentación del proceso enfermero.

Evaluar supone recoger datos, compararlos y elaborar/emitir un juicio o una conclusión.

La evaluación ha de ser planificada y sistemática, al igual que todas las demás etapas del proceso.

Todas las etapas del proceso carecerían de significado sin la evaluación. De nada serviría reunir datos sobre la situación de salud de una persona, identificar los problemas relativos a una situación de salud, planificar y ejecutar las acciones si no se evalúa el impacto que producen en el paciente los cuidados y los cambios que se derivan de ellos.

Al evaluar, los profesionales de enfermería dinamizan y actualizan el plan de cuidados, miden la calidad de los cuidados y determinan si los planes han sido eficaces, si necesitan introducir cambios o, por el contrario, si se dan por finalizados.

La evaluación está sobre todo enfocada a evaluar la consecución y cumplimiento de los objetivos:

Objetivos logrados: si no se detectan nuevos problemas, se da por finalizado el plan de cuidados

Objetivos no logrados: identificar los factores que han imposibilitado el logro de los objetivos.

Los aspectos que contempla la evaluación en cada etapa son:

- Valoración: asegurarse de que se tienen todos los datos y se ha determinado cualquier cambio en el estado de salud.
- Diagnóstico: cerciorarse de que la lista de problemas es exacta y completa, y que los recursos se han identificado
- Planificación: comprobar si los objetivos y las intervenciones fueron las adecuadas. Verificar si se han conseguido los objetivos.
- Ejecución: determinar si el plan fue ejecutado como se había planificado

Beneficios de planes informatizados:

- Registrar la información de manera rápida, clara y concisa.
- Recabar la información precisa sobre el estado de salud, que permite una óptima planificación de los cuidados, su revisión y la mejora del plan.
- Facilitar la continuidad de los cuidados, tanto en el hospital como la comunicación con otros servicios de salud.
- Evitar la repetición de los datos.
- Facilitar datos a la investigación y a la educación.
- Posibilitar el cálculo del coste del servicio enfermero.
- Eliminar el papel.
- Acorde con los tiempos que vivimos.
- Posibilidad de desarrollo en software y hardware.
- Los planes de cuidados mantienen su flexibilidad y son personalizados.
- Los datos incluidos son más relevantes y más exactos.

Los registros

Registrar es apuntar, anotar datos, información y propósitos. Es esencial en todas las etapas del proceso, pues si no registramos, no hay evidencia del trabajo realizado, ni podemos evaluar, investigar, conocer el producto. Si no registramos, no

hay evidencia de la labor enfermera: somos invisibles.

Debemos registrar para:

- Favorecer la continuidad asistencial.
- Individualizar la atención.
- Facilitar la comunicación con el equipo.
- Disponer de datos para la investigación y la evaluación.

¿Qué registrar?

De forma sistemática e individualizada hemos de registrar el proceso enfermero:

- 1) Los datos subjetivos y objetivos de la valoración basada en las necesidades (Hoja de valoración enfermera).
- 2) Los diagnósticos de enfermería propuestos por NANDA.
- 3) Los objetivos/resultados esperados que integran la NOC.
- 4) Las intervenciones de enfermería y los cuidados realizados reseñados en la NIC³.
- 5) Las respuestas o consecuencias de las intervenciones.
- 6) La evaluación.

Claves para registrar en papel

Al registrar hemos de:

- a) Evitar anotar lo mismo en dos sitios distintos.
- b) Ser claros, concisos y específicos: usar lenguaje estandarizado por la NANDA, NIC, NOC.
- c) Anotar de forma objetiva, sin emitir juicios de valor, ni interpretar los datos.
- d) Registrar en la consulta, delante del paciente, y explicarle simultáneamente que estamos haciendo.
- e) Dar calidad a nuestros registros: precisos, completos, breves, vocabulario adecuado...
- f) Letra clara.
- g) No usar reglas mnemotécnicas.
- h) No dejar espacios en blanco, trazar una raya en los no usados.

³ NIC: Nursing Interventions Classification, significa Clasificación de Intervenciones de Enfermería

¿Qué es el modelo bifocal de Cardenito?

Para trabajar todos los días se necesita un modelo. Que sea compatible con nuestra forma de trabajar. Según LJ Carpenito (1994), la práctica clínica tiene un modelo bifocal porque de los problemas de los enfermos no todos son diagnósticos de enfermería, también hay problemas interdependientes o complicaciones resultado de la situación fisiopatológica o relacionadas con el tratamiento, personales, ambientales y de madurez; todas estas situaciones importantes a tener en cuenta por parte de la enfermera en el proceso de atención.

Los problemas interdependientes o sea Problemas Añadidos (PA) son complicaciones fisiológicas controladas por el profesional de enfermería quien monitoriza al enfermo para detectar o controlar la evolución del problema. La prescripción del tratamiento parte generalmente del médico, pero la enfermera toma decisiones independientes que deben ser validadas por otro profesional. Como ejemplo está el diagnóstico de gases arteriales típicos de insuficiencia respiratoria, de electrocardiograma ante un dolor en el pecho agudo. En éstos hay autoridad delegada para iniciar tratamiento, como en los protocolos de paro cardíaco.

Vamos a poner un ejemplo sencillo. Cuando un paciente ingresa en el hospital y se opera por ejemplo de una rodilla, Enfermería valora y realiza sus diagnósticos (Respuestas humanas). Temor, déficit de conocimientos, ansiedad, etc. Pero también realiza actividades de vigilancia en el postoperatorio, indicadas por el médico o por iniciativa propia. La vigilancia está centrada en las posibles complicaciones que suele tener ese tipo de intervención quirúrgica. Los Problemas Añadidos, cuáles serían? hemorragia, infección, etc. Para cada problema añadido Enfermería realiza intervenciones, que casi siempre son de vigilancia, como la toma de temperatura o la observación del vendaje.

¿Qué son los planes de cuidado?

Hay cuatro tipos de planes de cuidados: individualizados, estandarizados, estandarizados con modificaciones e informatizados.

Individualizado: Permiten documentar los problemas del paciente, los objetivos del plan de cuidados y las acciones de enfermería para un paciente concreto. Se tarda más tiempo en elaborar.

Estandarizado: Según Mayers (1983) un plan de cuidados estandarizado es un protocolo específico de cuidados, apropiado para aquellos pacientes que padecen los problemas normales o previsibles relacionados con el diagnóstico concreto o con una enfermedad

Estandarizado con modificaciones: Este tipo de planes permite la individualización, al dejar abiertas opciones en los problemas del paciente, los objetivos del plan de cuidados y las acciones de enfermería.

Informatizado: Requieren la informatización previa de los diferentes tipos de planes de cuidados estandarizados.

En el mercado hay ejemplos: Gacela⁴, OMI, CHAMAN, etc.

¿Qué son las taxonomías?

El proceso básico de atención en enfermería considerado como un proceso de resolución de problemas está compuesto por varias fases lógicas: valoración clínica de las necesidades de cuidados, identificación de problemas, establecimiento de objetivos y/o de prioridades de abordaje, plan de intervención relacionado con los problemas identificados y/o priorizados y evaluación de resultados.

Para algunas de las anteriores fases existen taxonomía o clasificaciones estandarizadas de lenguaje enfermero, con distintos niveles de validación y adaptación a nuestro contexto.

En concreto para los problemas referidos a necesidades de cuidados o respuestas

⁴ GACELA: Gestión Asistencial de Cuidados de Enfermería Línea Abierta

humanas a las situaciones de salud-enfermedad contamos con la taxonomía II de la NANDA; para las intervenciones de enfermería contamos con la clasificación NIC y para objetivos y resultados contamos con la clasificación NOC.

Qué nos aportan:

- Un lenguaje enfermero común.
- Facilitan la comunicación de las Enfermeras con otros profesionales; así como entre las Enfermeras y los pacientes.
- Sistemas informatizados de información Enfermera.
- Evalúan la calidad, efectividad e innovación Enfermeras.
- Participan en los cuidados interdisciplinarios.
- Contribuyen al desarrollo del conocimiento.
- Ayudan a construir la ciencia Enfermera.

NANDA (*North American nursing diagnosis association*)

Desarrollar un lenguaje estandarizado para reflejar la complejidad y diversidad de la práctica diagnóstica es una tarea difícil. El lenguaje debe representar las experiencias de las personas que cuidamos y tener una forma clínicamente útil que sea comprensible para todos los miembros del equipo de salud.

Esta taxonomía identifica y codifica los problemas que resuelve enfermería. Los presenta de tal manera independientemente del lugar donde vayamos y encontremos una enfermera, nos podemos comprender en un lenguaje común. Sea rusa o china.

Es de gran importancia porque nos proporciona: lenguaje común e identificación de problemas que resuelve enfermería.

NIC (Clasificación de intervenciones de Enfermería)

En 1987, el centro para la clasificación de enfermería en la Universidad de Iowa introdujo la NIC (Nursing Interventions Classification) y en 1991 la NOC (Nursing Outcomes Classification). Estas dos

clasificaciones adicionales fueron desarrolladas para el uso con la NANDA y otros sistemas de diagnósticos.

La traducción de la sigla NIC es CIE (Clasificación de las Intervenciones de Enfermería).

NIC es la sigla de los tratamientos que las enfermeras realizan en todos las especialidades. Una intervención de enfermería es cualquier tratamiento, basado sobre el juicio y el conocimiento clínico, que una enfermera realiza para realzar resultados sobre el cliente (McCloskey y Bulechek, 2000). Las intervenciones de la NIC incluyen aspectos fisiológicos, psicológicos y sociales. Hay intervenciones para el tratamiento de la enfermedad, la prevención de la enfermedad y la promoción de la salud. Las intervenciones no están solamente diseñadas para los individuos sino que contempla la familia y la comunidad.

Cada intervención está catalogada con una denominación, una definición, una serie de actividades para llevar a cabo la intervención y lecturas de referencia. La edición actual agrupan 486 intervenciones y más de 12.000 actividades.

NOC (*Nursing Outcomes Classification*)

La traducción de la sigla NOC, es CRE (Clasificación de los Resultados de Enfermería)

NOC es una sigla definida como estado del cliente después de una intervención de enfermería (Johnson y Maas, 2000). Los resultados estandarizados fueron desarrollados para medir los efectos de las intervenciones de enfermería. Hay siete dominios del NOC, que describen la respuesta deseada del cliente: La salud funcional, la salud psicológica, salud psicosocial, conocimiento de la salud y comportamiento, percepción de salud, salud de la familia, y salud de la comunidad.

Se utiliza con escala Likert como escala de medición habitual.

Referencias bibliográficas

- Alfaro R. Aplicación del proceso de enfermería: guía práctica. 3a. ed. Madrid: Mosby; 1996.
- Campbell C. Tratado de enfermería: diagnósticos y métodos. Barcelona: Doyma; 1987.
- Carpenito LJ. Planes de cuidados y documentación en enfermería: diagnósticos de enfermería y problemas asociados. Madrid: Interamericana; 1994.
- Carpenito LJ. Manual de diagnóstico de enfermería. 5a. ed. Madrid: Interamericana; 1995.
- Cuesta A, Guirao A, Benavent A. Diagnóstico de enfermería: adaptación al contexto español. Madrid: Díaz de Santos; 1994.
- Doenges ME, Moorhouse MF. Guía de bolsillo de diagnósticos y actuaciones de enfermería. Barcelona: Doyma; 1992.
- Gordon M. Diagnóstico enfermero. 3a. ed. Madrid: Doyma; 1996.
- Henderson V. La naturaleza de la enfermería. Madrid: Interamericana; 1994.
- Holloway NM. Planes de cuidados en enfermería médico-quirúrgica. Barcelona: Doyma; 1990.
- McCloskey JC, Bulechek GM. Clasificación de intervenciones de enfermería. 3ª. ed. Madrid: Harcourt; 2001.
- North American Nursing Diagnosis Association (NANDA). Diagnósticos enfermeros: definiciones y clasificación 2001-2002. Madrid: Harcourt; 2001.
- Martin E, Garcia F, Asenjo A. Diagnósticos de enfermería: estrategia de implantación. Revista Rol de Enfermería 1997; 20(225):57-63.
- Martínez M, Custey MA, et al. Validación de una clasificación de diagnósticos de enfermería en atención primaria. Enfermería Clínica 1996; 6(1):1-10.