

ANEXO 1: PROTOCOLO PLAN GENERAL
PLAN DE CUIDADOS GENERAL
UNIDADES MEDICOQUIRÚRGICAS DE ADULTOS

ÁMBITO DE APLICACIÓN

Enfermos que:

- No tienen problemas y se afirma su estado de bienestar.
- Aunque su situación es normal, se sospecha puedan existir problemas.
- Con problemas potenciales y/o reales, son capaces de controlarlos.

OBJETIVO

Los enfermos ingresados, durante su estancia en el hospital no presentarán problemas derivados de la hospitalización o de la propia enfermedad.

ACTIVIDADES DE ENFERMERIA

Acciones de mantenimiento, fomento y prevención, dirigidas a:

1. Mantener debidamente cubiertos los requisitos de autocuidado.
2. Mantener la seguridad física y psicológica.
3. Mantener la máxima comodidad.
4. Favorecer las relaciones terapéuticas.
5. Favorecer la autonomía para el autocuidado.

INGRESO DEL ENFERMO EN LA UNIDAD

1. *Ubicación y acomodación del enfermo:*

- Entregar enseres personales.
- Informar al enfermo y familia de:
 - Las personas responsables de su atención.
 - Las normas de funcionamiento del hospital.
- Presentar a los compañeros de habitación.

2. *Obtención de datos básicos:*

- Medir signos vitales y pesar
- Determinar limitaciones para el autocuidado.
- Recoger datos sobre hábitos de alimentación, eliminación, aseo, descanso y actividad.

OBSERVACIONES Y REGISTRO DIARIO

1. *Medición de temperatura axilar y pulso radial. (2 veces)*

(07, 00 y 16, 00 horas.).

2. *Anotación de:*

- Dieta prescrita por el médico o enfermera.
- Actividad / reposo permitido o prescrito.
- Ayuda que necesita del personal de enfermería.
- Medicación administrada.
- Ordenes médicas ejecutadas.

ALIMENTACION

1. *En los horarios de comida:*

- Retirar los utensilios desagradables o estresantes de las habitaciones.
- Suspender procedimientos cruentos, desagradables y/o estresantes.
- Suspender cualquier tipo de limpieza.
- Visitar durante las comidas y/o al término de ellas.
- Acomodar a los enfermos encamados y ayudarles en la alimentación (según capacidades).
- Respetar, si es posible, los hábitos alimentarios (sobre todo rechazos de alimentos).

ASEO PERSONAL

1. *Por la mañana:*

- Aseo del enfermo (según capacidades).
- Arreglo completo de la cama.

2. *Enfermos encamados:*

- Baño en cama y arreglo de la misma por la mañana.
- Arreglo de la cama y aseo después de la cena.
- Masajes y aplicación de crema hidratante en puntos de presión, después del aseo matutino y vespertino.

SEGURIDAD - BIENESTAR

1. Visitar a los enfermos al comienzo y término de cada turno observando ambiente y recogiendo información sobre el enfermo.
2. Mantener sillas de ruedas y la cama siempre frenadas.
3. Lavarse las manos antes y después de atender al enfermo.
4. Informar al paciente de los procedimientos a realizar.
5. No dejar medicación al alcance de los enfermos.

APRENDIZAJE – APOYO

1. Hacer participe al enfermo de su autocuidado (según capacidades).
2. Enseñar al enfermo y/o familia a realizar el autocuidado según nuevas demandas.

DESCANSO - SUEÑO

1. *A partir de las 21.00 horas:*

- Apagar luces comunes y generales.
- Evitar ruidos innecesarios.
- No utilizar la megafonía para comunicarse con los enfermos.

2. *Administrar la medicación en horario pautado.*

ALTA DEL ENFERMO

Información al enfermo y/o familia de:

- Cuidados domiciliarios.
- Procedimiento administrativo de alta o seguimiento.

Anotación en el registro de enfermería de los problemas enfermeros o ausencia de ellos, en el momento del alta.

MANTENIMIENTO DEL MEDIO

1. Limpieza diaria de utensilios y aparataje utilizados por y para el enfermo.
2. Al alta, limpieza final de utensilios, mobiliario y aparataje utilizado por el enfermo.
3. Al final de cada turno limpieza de vasos, cuñas y botellas, etc. de cada enfermo.
4. Mantenimiento de lugares de paso libres de muebles y enseres.
5. Revisión semanal del correcto funcionamiento de aparataje, enchufes, grifos, bombillas, etc.
6. Comprobar funcionamiento de aparatos antes de su utilización.

ANEXOS 2: PLANES DE CUIDADOS ESTANDARIZADOS

PLAN DE CUIDADOS DE ENFERMERIA EN EL PACIENTE INCONTINENTEDiagnóstico de enfermería 1***Incontinencia urinaria de esfuerzo*****Objetivos**

- El paciente conseguirá la reeducación de control de esfínteres acorde a su capacidad antes de ser dado de alta por enfermería.
- La familia conocerá los cuidados del paciente incontinente al alta.

Actividades

- Reeducar los esfínteres siempre que sea posible: llevarle al WC, utilización reglada del orinal, enseñarle los ejercicios de Kegel, etc.
- Educar a la familia en cuanto a los cuidados del paciente incontinente para el alta, así como al mismo paciente si éste es capaz de realizar su autocuidado en sesiones prefijadas de ½ h diaria.

Diagnóstico de enfermería 2***Riesgo de deterioro de la integridad cutánea en relación con la incontinencia*****Objetivos**

- El paciente se mantendrá tan limpio y seco como sea posible en todo momento
- Se mantendrá la integridad de la piel durante la hospitalización.

Actividades

- Vigilar si el pañal está mojado dos veces por turno y cambiarlo siempre que esté sucio.
- Cambiar de pañal inmediatamente después de la evacuación fecal (si lo hemos detectado o el paciente nos ha avisado).
- Asear al paciente con jabón neutro y aplicar crema hidratante como mínimo una vez al día.
- Inspeccionar el aspecto de la piel para detectar enrojecimiento cada vez que se le cambie de pañal.
- Aplicar pomadas indicadas para ello en caso de irritación de piel tras el aseo y cada vez que se le cambie de pañal.
- Realizar cambios posturales cada dos horas en prevención de úlceras de presión en sacro, en aquellos pacientes incontinentes con déficit de movilidad.
- Aumentar la frecuencia de cambio del pañal en aquellos pacientes con riesgo de padecer úlceras de presión, según escalas de riesgo utilizadas en el centro.

Diagnóstico de Enfermería 3***Riesgo de trastorno de la imagen corporal y la autoestima en relación a pérdida de control corporal.*****Objetivos**

- El paciente verbalizará sus sentimientos antes de dos días de la hospitalización
- El paciente manifestará haber aceptado su incontinencia sin sentimientos de vergüenza antes del alta.

Actividades

- Prestar atención al estado de ánimo del paciente, especialmente a los sentimientos de vergüenza e inseguridad relacionados con la incontinencia. Dar el apoyo psicológico preciso.
- Comunicación con el paciente y familia para establecer todos los aspectos y posibles soluciones de adaptación de autoimagen.
- Poner en contacto con personas que han pasado su proceso.

Diagnóstico de enfermería 4***Riesgo de infección en relación a sondaje urinario*****Objetivos**

- El paciente no presentará infección urinaria durante la hospitalización.

Actividades

- Mantener el encamamiento el menor tiempo posible, pues la inactividad o inmovilidad prolongadas pueden provocar una éxtasis de orina y una insuficiente eliminación renal, lo que favorece la formación de cálculos o a la infección.
- Retirar la sonda vesical a la mayor brevedad de tiempo posible.
- Realizar cuidados del sondaje vesical según protocolo establecido en el centro.
- Vigilar signos de infección urinaria: aspecto de la orina, disuria, polaquiuria, fiebre.

Diagnóstico de enfermería 5

Riesgo de retención urinaria en relación con patología urinaria

Objetivos

- No presentará signos de retención durante su permanencia en el centro

Actividades

- Registrar la falta de micción en los cambios de pañal para determinar posible retención urinaria.
- Observar aspecto del abdomen para detección de posible globo vesical.
- Vigilar la aparición de molestias abdominales.

Diagnóstico de enfermería 6

Déficit de autocuidado: uso del WC

Objetivos

- El paciente no tendrá dificultades para acceder al WC o cuña facilitando, de este modo, la eliminación urinaria.

Actividades

- Organizar un fácil acceso al WC. o sustituto.
- Proporcionarle, si es posible, el acceso a un WC. con elevador del asiento del inodoro, barandillas para agarrarse, fácil acceso al timbre,...

Diagnóstico de enfermería 7

Alteración del patrón del sueño en relación alto número de micciones durante la noche

Objetivos

- El paciente, durante el periodo nocturno, se mantendrá 6-8 horas sin orinar.

Actividades

- Ofrecer la cuña al paciente o recordarle que vaya al WC. antes de acostarse.
- Disminuir la ingesta de líquidos a partir de última hora de la tarde, sin reducir la ingesta de líquidos al día, con la finalidad de prevenir los patrones de eliminación nocturna..



PLAN DE CUIDADOS

DEFINICIÓN.- COLOSTOMÍA

POBLACIÓN DIANA. Adultos a los que se les ha realizado una colostomía por neo-digestiva de colon-recto, enfermedad inflamatoria intestinal e isquemia intestinal, perforación, complicación de diverticulitis, vólvulo o traumatismo.

PROBLEMAS	FACTOR DE RELACIÓN	OBJETIVOS	ACTIVIDADES
Riesgo de infección	Procedimientos invasivos.	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Cumplirá las medidas asépticas establecidas en protocolo de intervención quirúrgica antes de la intervención ▪ La herida estará limpia, seca y protegida. ▪ No presentará signos y síntomas de infección. 	<ul style="list-style-type: none"> ❖ Aplicar protocolo de preparación quirúrgica. ❖ Higiene general ayuda parcial ❖ Valorar signos y síntomas de infección. ❖ Flebitis. Prevención. ❖ Herida. Cura compleja. ❖ Observar características de la orina. ❖ Mantener sonda vesical. ❖ Mantener herida limpia, seca y protegida ❖ Estoma. Cura ❖ Estoma. Cambio de bolsa ❖ Mantener vía cambio de apósito - equipo.
Riesgo de aspiración.	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Cirugía ▪ Sonda nasogástrica 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Cumplirá el ayuno establecido. ▪ No presentará signos y síntomas de aspiración. 	<ul style="list-style-type: none"> ❖ Informar al paciente sobre el ayuno. ❖ Instruir en ejercicios respiratorios. ❖ Ayuno. ❖ Mantener sonda nasogástrica.
Temor.	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Hospitalización ▪ Pérdida de función de una parte del cuerpo. 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Estará informado del proceso asistencial antes de la realización del procedimiento. 	<ul style="list-style-type: none"> ❖ Ingreso del paciente. ❖ Comunicación con el paciente ofertar disponibilidad. ❖ Responder las dudas y preguntas del paciente. ❖ Explicar (especificar) ❖ Informar al paciente (de todos los cuidados que se le realicen).
Déficit de autocuidado <ul style="list-style-type: none"> ▪ Baño-higiene ▪ Evacuación- aseo. ▪ Vestido arreglo personal 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Aparataje. ▪ Dificultad de movimientos. 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Avisará siempre que necesite ayuda. ▪ Tendrá cubierta su necesidad de autocuidado. ▪ Participará en su autocuidado durante la estancia hospitalaria. 	<ul style="list-style-type: none"> ❖ Valorar grado de dependencia en el autocuidado. ❖ Favorecer autonomía en el autocuidado. ❖ Instruir sobre higiene personal ❖ Higiene perineal- perianal. Ayuda parcial. ❖ Vestido- atención. Ayuda parcial. ❖ Eliminación WC. Ayuda parcial. ❖ Proporcionar intimidad ❖ Familia. Apoyo. Orientación
Riesgo de limpieza ineficaz de la vía aérea.	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Incapacidad para toser eficazmente. ▪ Aumento de secreciones 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Mantendrá las vías aéreas permeables. ▪ Realizará ejercicios respiratorios diariamente. ▪ Toserá eficazmente a las 24 horas post-cirugía 	<ul style="list-style-type: none"> ❖ Ejercicios respiratorios. ❖ Aspirar secreciones nariz. Boca, faringe. ❖ Instruir sobre ejercicios respiratorios ❖ Instruir frente acceso de tos. ❖ Valorar permeabilidad de las vías aéreas. ❖ Instruir sobre signos y síntomas que debe comunicar.

Dolor	Cirugía	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Avisará cuando tenga dolor ▪ Manifestará no tener dolor tras la aplicación de medidas terapéuticas. 	<ul style="list-style-type: none"> ❖ Valorar presencia y características del dolor. ❖ Valorar necesidad y/o eficacia de los analgésicos. ❖ Instruir sobre movilización ❖ Instruir sobre signos y síntomas que deben comunicarse. ❖ Proporcionar medidas de comodidad - confort.
Perturbación del sueño.	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Dolor. ▪ Cuidados 	Manifestará haber descansado cada noche.	<ul style="list-style-type: none"> ❖ Averiguar patrón habitual de sueño. ❖ Ajustar horarios de tratamiento para facilitar descanso. ❖ Reducir al mínimo los cuidados nocturnos.
Riesgo de afectación de la integridad cutánea	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Cirugía ▪ Estado nutricional. 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Mantendrá la piel y mucosas hidratadas. ▪ Estará limpio y seco ▪ No presentará escaras. ▪ La herida estará limpia, seca y protegida. 	<ul style="list-style-type: none"> ❖ Observar signos y síntomas de cicatrización. <ul style="list-style-type: none"> ➢ Herida limpia. ➢ Seca. ➢ Aséptica. ➢ Vascularizada ❖ Úlceras por presión. Prevención. ❖ Valorar necesidades nutritivas. ❖ Instruir en cuidados de la piel.
Déficit de conocimientos	Falta de información	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Demostrará comprensión de los cuidados pautados al alta. ▪ Enumerará las complicaciones mas frecuentes al alta. 	<ul style="list-style-type: none"> ❖ Instruir sobre administración de medicamentos. ❖ Instruir sobre alimentación- nutrición. ❖ Instruir sobre cuidados de la ostomía. ❖ Instruir sobre hábitos intestinales. ❖ Instruir sobre signos y síntomas que deben comunicarse. ❖ Responder dudas y preguntas del paciente. ❖ Entregar documentación ostomías.
Riesgo de la alteración de la mucosa oral.	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Sonda nasogástrica. ▪ Estado nutricional eficiente. 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Tendrá la mucosa oral limpia e hidratada. ▪ Enumerará las precauciones y cuidados de la mucosa oral al alta. 	<ul style="list-style-type: none"> ❖ Valorar estado de la mucosa oral. ❖ Mucositis cuidados ❖ Boca higiene-ayuda parcial. ❖ Cuidados bucales. ❖ Instruir sobre cuidados bucales
P.I./C.P. Hemorragia			<ul style="list-style-type: none"> ❖ Valorar signos y síntomas de hemorragia. <ul style="list-style-type: none"> ➢ Cambios en las CV ➢ Mareos ➢ Debilidad ➢ Intranquilidad ➢ Sangrado ❖ Tomar constantes vitales ❖ Observar características del drenado. <ul style="list-style-type: none"> ➢ Cantidad. ➢ Hemático. ➢ Seroso. ➢ Purulento ❖ Observar aspecto del apósito.. ❖ Comunicar signos y síntomas de alarma de hemorragia.
P.I./C.P. Ileo paralítico			<ul style="list-style-type: none"> ❖ Valorar signos y síntomas de funcionamiento de la colostomía. <ul style="list-style-type: none"> ➢ Inspección de las heces ➢ Presencia de líquidos. ➢ Gases. ➢ Ruidos intestinales ❖ Valorar signos y síntomas de ileo paralítico. <ul style="list-style-type: none"> ➢ Distensión abdominal. ➢ Ausencia de ruidos abdominales.

			<ul style="list-style-type: none"> ➤ Dolor abdominal. ➤ Ausencia de gases ➤ Ausencia de deposiciones. ❖ Comunicar signos y síntomas de alarma de íleo paralítico.
P.I./C.P. Deterioro del estoma			<ul style="list-style-type: none"> ❖ Valorar signos y síntomas de complicación temprana del estoma. <ul style="list-style-type: none"> ➤ Necrosis. ➤ Hemorragia. ➤ Edema. ➤ Infección y separación mucocutánea. ❖ Valorar estado de la herida ❖ Ostomías . Cuidados. ❖ Instruir en cuidados de la colostomía. ❖ Comunicar signos y síntomas de alarma de deterioro del estoma
P.I./C.P. Dehiscencia de la herida por distensión abdominal.			<ul style="list-style-type: none"> ❖ Valorar signos y síntomas de dehiscencia de la herida <ul style="list-style-type: none"> ➤ Separación de los bordes de la herida ➤ Enrojecimiento de los bordes de la herida ➤ Seromas o abultamientos de la herida ➤ Calor ❖ Comunicar signos síntomas de alarma dehiscencia de herida.

ANEXO 3: PROTOCOLO – PROCEDIMIENTO



Complejo Hospitalario de Palencia



PROCEDIMIENTO: ALIMENTACIÓN POR Sonda NASO-GÁSTRICA

1.- DEFINICION DEL PROCEDIMIENTO.

- ❖ Satisfacer la necesidades nutricionales del paciente a través de una sonda insertada desde la nariz hasta el estómago, cuando no es posible realizarlo por vía bucal.

2.- OBJETIVOS:

- ❖ Nutrición e hidratación del paciente.
- ❖ Administración de medicación por vía oral.

3.- PERSONAL QUE LO REALIZA:

- ❖ Enfermera/o ó Auxiliar de Enfermería.

4.- MATERIAL NECESARIO:

- ❖ Jeringa de alimentación. Usaremos una nueva cada día.
- ❖ Pinza de kocher y/ o tapón.
- ❖ Vaso de agua.
- ❖ Recipiente con la dieta, a la temperatura adecuada (Ambiente).
- ❖ Servilletas.
- ❖ Medicación si está pautada.
- ❖ Guantes desechables.

5.- DESARROLLO CRONOLÓGICO:

- ❖ Lavado de manos.
- ❖ Antes de cada comida comprobaremos que no haya retención, aspirando con la jeringa.
- ❖ Informaremos al paciente de la técnica que vamos a realizar, y pediremos su colaboración.
- ❖ Colocar al paciente sentado o incorporado en la cama a 30º- 45º.
- ❖ Permanecerá en esa postura hasta 1 hora después de administrada la alimentación.
- ❖ En primer lugar introducimos con la jeringa 30 ml. de agua.
- ❖ Cargar la jeringa con la dieta.
- ❖ Conectar la jeringa a la sonda.
- ❖ Se administra la dieta lentamente, para evitar vómitos, intolerancias y diarreas.
- ❖ Empujaremos el émbolo suavemente. Se encontramos resistencia, realizar maniobras para comprobar que la sonda está permeable y colocada en su lugar.
- ❖ Cada toma no debe ser superior a 350- 400 ml. de cantidad.
- ❖ Cada embolada debe durar entre 10 y 15 minutos.
- ❖ Tras cada toma , introducir 30- 50 ml. de agua.
- ❖ Lavar el orificio externo al acabar de dar la alimentación, dejando el tapón correctamente colocado.
- ❖ Recoger todo el material dejando todo limpio y dispuesto.
- ❖ Lavado de manos.

6.- PRECAUCIONES Y SUGERENCIAS DURANTE EL PROCEDIMIENTO:

- ❖ No dar dietas muy espesas.
- ❖ Que no tengan grumos o no estar adecuadamente triturada.
- ❖ Si durante el proceso, el paciente tiene náuseas, se suspende la alimentación.
- ❖ Si existe retención, retrasamos la alimentación una hora al menos.

7.- OBSERVACIONES (cuando proceda):

- ❖ La dieta debe ser variada.
- ❖ Entre las comidas daremos una jeringa de agua.

8.- PROBLEMAS QUE PUEDAN SURGIR:

- ❖ Si existe retención y/o vómitos retrasaremos la ingesta al menos una hora.
- ❖ Si persiste, dejaremos la sonda conectada a bolsa al menos 12 horas, con reposo digestivo.
- ❖ Para evitar contaminación de sondas y alimentos, mantendremos una limpieza y asepsia exhaustiva.

9.- CRITERIOS PARA LA EVALUACION: REGISTROS DE ENFERMERIA:

- ❖ Una vez acabada la alimentación, anotamos la cantidad e incidencias en las hojas de registro de enfermería.

EJECUCION DEL PLAN DE CUIDADOS DE ENFERMERIA

Objetivos:

- Conocer las distintas fases de la etapa de ejecución del plan de cuidados
- Describir los distintos tipos de actividades diferenciadas que ejecuta la enfermera.
- Explicar las formas y sistemas de intervención.
- Definir los actores a considerar en el desarrollo de la actividad de enfermería
- Conocer los distintos métodos de asignación de cuidados
- Definir en sesiones prácticas intervenciones habituales en procesos de cuidados extraídos de casos clínicos.
- Utilizar correctamente los formatos de registro de las actividades desarrolladas.

INTRODUCCION

Esta etapa se inicia una vez que se ha finalizado la de planificación; no obstante, hay ocasiones especiales en que se procede a actuar de forma inmediata (cuando se detecta un problema que requiere atención urgente).

Significa actuar, poner en práctica el plan, teniendo en cuenta que las acciones han de ser, sobre todo, éticas y seguras. Ello implica que las realicen las personas más cualificadas y que el entorno sea terapéutico.

Constituye el proceso de puesta en marcha del plan de cuidado, donde la enfermera, además de realizar las acciones que le son propias, lleva a efectos las órdenes médicas y de otros profesionales y que, previamente fueron planificadas por ella.

Es en esta etapa, donde se aplican las políticas generales de actuación de la institución, y se decide qué medidas del plan de cuidado, pueden ser llevadas a efecto por otros miembros del equipo de enfermería.

Como el resto de las etapas del Proceso, es dinámica y está implícita en todas ellas, con las que se relaciona. Es indudable que, a la vez que se están recogiendo datos para valorar, se está ejecutando parte del plan a través de actividades de observación.

FASES DE LA ETAPA DE EJECUCION

Realizar cualquier tarea, técnica o procedimiento, significa organizar la ejecución en varios aspectos agrupados en cuatro tiempos o fases: *preparación, ejecución, post-ejecución y documentación*.

1. Preparación de la ejecución

Incluye la comprobación de los aspectos que tienen relación con la actuación de la enfermera, como son recursos disponibles, aspectos éticos-legales, posibles complicaciones derivadas o efectos colaterales y determinación del entorno más adecuado.

Conviene que, con anterioridad a la acción, se tengan en cuenta dos elementos importantes:

1. Revisión de las órdenes del plan.
2. Análisis de los recursos humanos y materiales.

Revisión de las órdenes del plan

Al preparar la ejecución, la enfermera debe revisar el plan y asegurarse que lo planificado es oportuno, especialmente en lo que a las órdenes de enfermería se refiere. Como se ha comentado, las actividades de enfermería pueden insertarse en diferentes esferas o niveles de decisión: *la independiente, la interdependiente y la dependiente*.

- Una acción independiente es aquella que la enfermera está capacitada legal y educativamente para realizar. Según Mundinger (1980), «saber por qué, cuándo y cómo tratar al cliente, desarrollando todas las capacidades, constituye una práctica autónoma». La responsabilidad de estas acciones es única y exclusivamente de la enfermera, por lo que debe revisar su adecuación a la situación de las personas.
- Las acciones interdependientes son aquellas que se derivan de la decisión conjunta de distintos profesionales. Se emprenden cuando se detecta o prevé un problema clínico. La Asociación de Enfermeras Americanas (ANA, 1980) describe la colaboración como «una interrelación verdadera, donde el poder de ambas partes se valora por igual, donde se reconoce y acepta la diferenciación de las áreas de actividades y responsabilidades, aunque sean complementarias, se salvaguardan los intereses legítimos de cada parte y los objetivos se reconocen por ambos».

El respeto por la cualificación y competencia profesional que se desprende de esta declaración es una condición necesaria cuando se considera como el eje de toda la atención de salud a los pacientes, sustituyendo el diálogo y la comunicación a los posibles conflictos de intereses. No obstante, para que la colaboración sea efectiva, las enfermeras deben tener seguridad en sus conocimientos y habilidades y asumir la responsabilidad de sus actos.

- En cuanto a las órdenes dependientes, las que se realizan por prescripción, generalmente de los médicos, la responsabilidad de las enfermeras se circunscribe a una correcta ejecución, tomando todas las precauciones necesarias antes, durante y después del procedimiento. Es conveniente cerciorarse, antes de realizarla, de que la orden esté completa (p. ej., *tipo de medicación, dosis, vía y temporalidad*) y que no entrañe riesgos para los pacientes.

Análisis de los recursos humanos y materiales

Después de revisar las órdenes del plan de cuidados, la enfermera deberá determinar el grado de dificultad de las acciones que incorpora, en cuanto a los conocimientos y habilidades técnicas que requiere su realización.

Este análisis tiene interés porque, aunque la enfermera es responsable de la planificación en lo que se refiere especialmente a las órdenes de enfermería, generalmente no es ella la que las realiza en su totalidad. Tiene como apoyo, bien a otras enfermeras, o a auxiliares de enfermería. Es decir, el equipo de enfermería puede estar integrado por personas con diferentes cualificaciones, y la enfermera responsable del Plan debe determinar quién es la persona más cualificada para realizar las actividades necesarias en función de su complejidad. *No obstante, en la delegación de actividades inherentes a la puesta en práctica de un plan es importante conocer las normas estatutarias vigentes en una institución, pues de lo contrario se podrían generar conflictos funcionales entre el personal.*

Además, hay que tener en cuenta los recursos materiales en lo que se refiere a tiempo necesario y equipos. Prever el tiempo que requiere una intervención es útil para la organización del trabajo y para garantizar que todos los pacientes puedan recibir una atención de calidad y puedan ser escuchados.

En cuanto a los recursos, señalaremos que, con carácter previo a emprender un procedimiento que requiere la utilización de equipos técnicos, es necesario tener en cuenta:

- Preparación del paciente, ambiente y material que se requiere (se consulta el protocolo si es necesario).
- Las posibles complicaciones durante el procedimiento y los materiales a utilizar para minimizar los riesgos.

2. Intervención de enfermería (Ejecución propiamente dicha)

La ejecución, como hemos señalado, incluye la valoración de la situación para validar las órdenes que incorpora la planificación y la determinación de los recursos necesarios para llevarla a efecto con seguridad. Todo ello implica que la preparación de las enfermeras se fundamente tanto en el campo cognitivo como interpersonal y técnico. En palabras de Henderson (1969): *«la enfermera completa, madura o excelente, es aquella que se conserva sensible y compasiva para con los pacientes y que domina al completo las técnicas de enfermería, pero que emplea (y tiene la oportunidad de emplear) sus respuestas emocionales y técnicas según un diseño exclusivo que satisface las necesidades peculiares de la persona a la que sirve y de la situación en que se encuentra»*.

Esta reflexión, en la que se destaca la importancia de la relación interpersonal y la necesidad de individualizar la atención, es oportuna porque el progreso de los descubrimientos científicos hace que, deslumbrados por la tecnología, olvidemos los aspectos humanos “la interrelación como un elemento clave de la atención”, y tendamos a la superespecialización, perdiendo de vista a la persona en todas sus esferas. Estas razones han llevado a establecer en los centros asistenciales un plan de humanización de la asistencia.

Cuestiones previas

Los personajes clave, involucrados en las acciones de enfermería, son los pacientes y las enfermeras, razón por la cual conviene realizar algunas reflexiones relativas a sus derechos. De los primeros, como receptores de la acción, y de los segundos, como motores de la misma.

Derechos de los pacientes

La Carta de Derechos y Deberes del paciente, publicada por el INSALUD (1984), incorpora 16 puntos de los que creemos conveniente considerar algunos de los principales, relativos a los derechos que reconoce:

- Derecho a recibir una atención sanitaria integral.
- Derecho a que se respete su personalidad y dignidad, sin discriminaciones.
- Derecho a la confidencialidad del proceso clínico.
- Derecho a recibir información completa.
- Derecho a decidir sobre su proceso y tratamiento.
- Derecho a conocer a los responsables de su tratamiento.
- Derecho a que quede constancia escrita de su proceso.
- Derecho a decidir su participación en ensayos clínicos.
- Derecho a un correcto funcionamiento de los servicios asistenciales (condiciones aceptables de habitabilidad, higiene, alimentación, seguridad y respeto por su intimidad).
- Derecho a mantener, en lo posible, sus relaciones familiares y sociales, en caso de hospitalización.
- Derecho a una muerte digna (con apoyo material y espiritual).
- Derecho a una asistencia técnica correcta.

Es importante destacar las continuadas referencias que se hacen sobre *«la información»*, *«la capacidad de decisión»*, *«el respeto por la intimidad»*, *«la minoración de riesgos»*, etc. Conceptos todos ellos importantes, que debe tener en cuenta la enfermera cuando realiza cualquier intervención y que,

igualmente, están incorporados en el Código Deontológico de la Enfermería Española.

Derechos de las enfermeras

Aunque es una cuestión compleja y poco desarrollada en la literatura profesional, también nos gustaría hacer alguna alusión a lo que consideramos como derechos de las enfermeras para la consecución de una intervención eficaz.

No nos centraremos en analizar los aspectos legales (de las enfermeras como trabajadoras), sino las cuestiones específicas que les afectan por las peculiaridades de su práctica profesional. Así apuntamos:

- Derecho a unas condiciones de trabajo idóneas, referidas tanto a un medio ambiente seguro (p. ej., hay servicios en los que la contaminación por radiaciones supone un peligro para la salud y ello exige que se tomen medidas protectoras) como a jornadas laborales en las que se respeten los descansos semanales y el intervalo entre turnos.
- Derecho a disponer y utilizar medidas preventivas en caso de riesgo de contagio o infección (p. ej., vacunaciones cuando se está en contacto con factores de riesgo o pacientes con hepatitis; o uso de material protector cuando se realizan extracciones de sangre a un paciente con SIDA).
- Derecho a solicitar aclaración o confirmación cuando las órdenes médicas o enfermeras sean confusas e inusuales y la enfermera prevea una posible fuente de peligro para el paciente y para ella misma, como resultado de su intervención. Cada enfermera es responsable de sus actos, y no puede evadir esta responsabilidad aduciendo que otro profesional le ordenó llevar a cabo una acción que perjudicó al paciente; se espera de ella que utilice sus propios criterios para «cuestionar» órdenes potencialmente peligrosas.
- Derecho a recibir información institucional sobre el ámbito de sus competencias: «definición de funciones asociadas a su puesto de trabajo»). Es importante saber qué se espera de la enfermera como profesional, para evitar posibles conflictos legales, institucionales o con otros profesionales. Es difícil de entender, para enfermeras que han trabajado en diferentes hospitales, cómo su capacidad de decisión varía de una institución a otra en función de las características personales de los integrantes del equipo de salud con los que trabaja o de la capacidad de organización y liderazgo de la supervisora de la unidad o, en su caso, de la coordinadora de enfermería.

Realizar actividades de enfermería no puede ser un proceso de repetición mecánica, rutinaria e inconsciente. Tiene que conocerse la razón que las justifican, el efecto esperado y posibles adversidades.

Además, este momento, es el adecuado para comunicarse con el enfermo y recoger datos para la valoración continua.

Igualmente, la ejecución de un acto, puede conjugarse con actividades de educación para la salud, así como apoyar al enfermo y familia para que participen en el auto-cuidado.

Cualquier acción, por simple que parezca a primera vista, tiene que efectuarse en un ambiente **terapéutico y seguro**, por lo que la enfermera tiene que asegurarse que el medio es el más apropiado para la acción.

Barbara Kozier (1993) destaca las siguientes guías para ejecutar las estrategias de enfermería:

- Las acciones de enfermería se basan en el conocimiento científico y en la investigación de enfermería. La enfermera debe estar al tanto de los fundamentos racionales de todas las actuaciones y de cualquier posible efecto secundario de las complicaciones de las actividades.
- Las acciones de enfermería, que resultan de una prescripción médica, deben ser entendidas por la enfermera. *La enfermera es responsable de la ejecución inteligente de estas prescripciones.* Esto requiere un conocimiento de la actividad, procedimiento o medicación; su propósito en el plan de cuidados del cliente, y cualquier contraindicación (p. ej., alergias) o

cambios en el problema del cliente que puedan ser aplicables. Si la enfermera tiene cualquier pregunta que hacer con respecto a las acciones de enfermería prescritas, debe consultar con la supervisora y/o médico.

- Las acciones de enfermería están adaptadas al individuo. Las creencias de un cliente, sus valores, edad, estado de salud y entorno, son factores que pueden afectar a la acción de enfermería.
- Las acciones de enfermería deben ser siempre seguras. Las enfermeras y los clientes necesitan tomar precauciones para prevenir la lesión. Por ejemplo, cuando se cambia un vendaje estéril, la enfermera practica una técnica estéril para prevenir la infección; cuando se cambia de postura a un cliente, la enfermera le protege la piel de las abrasiones, que podrían también conducir a la infección.
- Las acciones de enfermería a menudo requieren componentes de educación, apoyo y bienestar. Estas actividades de enfermería, independientes a menudo, pueden aumentar la eficacia de una acción de enfermería específica.
- Las acciones de enfermería deben ser siempre holísticas. La enfermera siempre debe ver al cliente como un todo y considerar sus respuestas bajo esa luz.
- Las acciones de enfermería deben respetar la dignidad del cliente y favorecer su autoestima. Darle intimidad y fomentar que tome sus propias decisiones son formas de respetar su dignidad y aumentar su autoestima.
- La participación activa del cliente en la ejecución de las acciones de enfermería debe fomentarse según lo permita su salud. La participación activa fomenta la sensación de independencia y control del cliente. Algunos clientes quieren una implicación total en su cuidado, mientras que otros prefieren poca implicación. La cantidad de implicación deseada a menudo se relaciona con la gravedad de la enfermedad y el número de factores de estrés, además de la energía del cliente, su miedo, entendimiento de la enfermedad y comprensión de la actuación.

Realización de las actividades

En la ejecución del plan de cuidado, puede intervenir cualquier miembro del equipo de enfermería; el propio enfermo o un familiar de éste, dependiendo de la:

- Complejidad de la actividad.
- Capacitación requerida.
- Autorización legal.
- Organización institucional.

Esto supone que, la enfermera, puede **delegar** determinadas acciones que, a su juicio pueden ser realizadas por otras personas. De cualquier manera, cuando la enfermera delega una acción tiene que valorar qué se puede delegar y a quién se puede delegar.

No obstante, la delegación de acciones hay que hacerla de forma clara y concisa, y además la enfermera, tiene que mantenerse informada en todo momento, para comprobar que, por una parte, la acción delegada ha sido cumplida y por otra, para obtener información que sirva de valoración del cuidado.

Es importante considerar que, *lo que la enfermera delega son tareas concretas y **nunca la responsabilidad final del cuidado de enfermería.***

Intervención de la enfermera en la ejecución del plan

Según lo dicho anteriormente, la enfermera puede intervenir en el plan de cuidado, realizando actividades propias o autónomas, y actividades derivadas de órdenes de otros profesionales.

Realización de actividades autónomas. Lleva a efecto acciones que conforman los cuidados y que contribuyen a prevenir y/o solucionar problemas de enfermería. A su vez, en estas actividades puede intervenir de varias formas:

- *Prestando atención directa:* Si es ella personalmente, o ayudada por otras personas, la que realiza la acción.
- *Asesorando y/o instruyendo:* En este caso actúa de guía para el enfermo y/o familiar, estimulando la participación y autonomía de ambos en el autocuidado.
- *Supervisando:* Si ha delegado ciertas acciones. En este caso verifica si se han llevado a cabo las tareas, forma en que se han hecho y resultados obtenidos.

Realización de ordenes medicas. El cumplimiento de estas órdenes, es un claro ejemplo de la actuación derivada de la enfermera. Este tipo de actuación, puede formar parte de un plan de cuidado de enfermería, al incorporar al plan, las prescripciones de otros profesionales que tienen relación con el progreso del enfermo.

El trabajo en equipo, hace que estas acciones sean coordinadas y contribuyen a la integración de los esfuerzos de todos los miembros del, equipo que tienen responsabilidad en la atención al enfermo.

Métodos de asignación de cuidado

Consiste en planificar la función de la enfermera, organizada por actividades dentro de una estructura, para poder lograr los objetivos.

El diseño de la asignación, establece las relaciones efectivas entre la actividad e realizar, los trabajadores para llevarla a cabo, los factores sociales y físicos necesarios.

El diseño depende del tipo de organización, de la filosofía del grupo profesional, de los objetivos, leyes, etc.

Se describen tres métodos básicos de asignación de cuidado, aunque es frecuente que se combinen éstos, resultando diseños combinados con más o menos eficacia. No obstante, se describen a continuación los tres diseños principales.

- **METODO FUNCIONAL.** También denominado «*trabajo por tareas*». En este caso, el cuidado es dividido por acciones y se lleva a cabo variando los niveles del personal de enfermería. La enfermera supervisora asigna tareas a los miembros del equipo que estén dentro de sus descripciones de trabajo. Opera sobre el establecimiento estándar de procedimientos, contemplando escasamente los aspectos psicológicos de los enfermos. No existen planes de cuidado; los miembros del equipo de enfermería anotan sólo actividades o aspectos correspondientes al cuidado proporcionado por ellos. No hay proporción entre el nivel de formación de la enfermera y el nivel de prestaciones. *Ningún miembro del personal asistencial es responsable en lo referente a la planificación, la coordinación y los resultados del cuidado a los enfermos. Existe aumento de errores y problemas debidos a la falta de coordinación entre tareas relacionadas.*
- **METODO DE ASIGNACION EN EQUIPO.** El énfasis de la asistencia de enfermería en equipo, está en hacer uso de las aptitudes de cada miembro para el bien de cada enfermo. Todos los componentes que forman parte del equipo, tienen entrada a las reuniones y a la evaluación de la efectividad del plan de cuidado. Este método utiliza mejor el conocimiento y las habilidades del personal de enfermería aumentando, no sólo la satisfacción de los enfermos, sino también el de las enfermeras. Está orientado a los problemas de cada uno de los enfermos, más que a

la tarea a realizar. Implica cambios sustanciales en la organización, estructuración y revisión de las definiciones y descripciones de los puestos de trabajo y formación del personal de enfermería

- **METODO DE CUIDADOS PRIMARIOS (CENTRADO EN EL PACIENTE).** Se implantó en los hospitales a través de enfermeras no satisfechas con el cuidado fragmentado, por le falta de contacto con el enfermo y por estar de acuerdo con las quejas de los usuarios. El punto central, para las enfermeras, son los pacientes y no las tareas. Es un proceso de *cuidado integral, continuo y coordinado*, para solucionar los problemas de cada enfermo. Da una alta satisfacción a los enfermos que saben en todo momento quién es «su» enfermera. Existen planes de cuidado elaborados en base a diagnósticos de enfermería.

En los siguientes cuadros, se resumen las diferencias entre los distintos sistemas de trabajo, según los conceptos de comunicación, economía, ventajas e inconvenientes que ofrecen cada uno.

	VENTAJAS	INCONVENIENTES
METODO FUNCIONAL	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Prestación eficaz de la tarea ▪ Evita situaciones laborales conflictivas ▪ Económico y ágil 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Discontinuidad en los cuidados ▪ Escasa comunicación con el paciente ▪ Dificultad para la toma de decisiones ▪ Reducción de la motivación
METODO EN EQUIPO	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Cuidados más integrales ▪ Continuidad en el cuidado ▪ Más satisfacción profesional ▪ Participación activa del equipo de enfermería 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Puede convertirse en imitación del modelo funcional ▪ Depende de la preparación de la Jefe de equipo para el resultado final (eficacia, calidad, reparto de responsabilidades, etc.) ▪ Menos económico que el funcional
METODO CUIDADOS PRIMARIOS	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Cuidados integrales y continuos ▪ Autonomía profesional ▪ Mayor satisfacción del paciente/familia ▪ Fomento del desarrollo profesional 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Necesita de profesionales de alta preparación ▪ Puede fomentar otros niveles de Enfermería ▪ Es económicamente más costoso.

	RENDIMIENTO	COMUNICACION
METODO FUNCIONAL	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Rendimiento de mala calidad por la fragmentación del cuidado. ▪ Mayor número de quejas del usuario ▪ Frustración profesional. Alta tasa de cambios 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ ENFERMERA/PACIENTE: Dificultades para identificar a la enfermera responsable del cuidado. ▪ ENFERMERA/EQUIPO: No se pueden comunicar con exactitud todas las situaciones ▪ ENFERMERA/SUPERVISIÓN: No identifica a quien corresponde la responsabilidad de la atención de un determinado paciente.
METODO EN EQUIPO	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Rendimiento de mediana calidad ▪ Aunque moderado, existe el cambio del personal de enfermería 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ ENFERMERA/PACIENTE: Puede darse dificultad de identificación para saber a qué miembro del equipo dirigirse. ▪ ENFERMERA/EQUIPO: Igual que en el modelo funcional, a excepción del jefe del equipo ▪ ENFERMERA/SUPERVISIÓN: No identifica a quien corresponde la responsabilidad de la atención de un determinado paciente.
METODO CUIDADOS PRIMARIOS	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Rendimiento de alta calidad. Personal más preparado que se responsabiliza de la atención integral del paciente ▪ Satisfacción en el trabajo ▪ Cambio profesional mínimo ▪ Aprovechamiento máximo profesional 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ ENFERMERA/PACIENTE: Identificación clara de la enfermera responsable. ▪ ENFERMERA/EQUIPO: Toda la comunicación se dirige a través de la enfermera responsable ▪ ENFERMERA/SUPERVISIÓN: Disminuye la repetición de instrucciones por la asignación ya definida y la existencia de planes.

3. Fase de post-ejecución

Comprende dos actividades fundamentales. Primeramente, verificar que el enfermo queda en condiciones seguras y confortable. En segundo lugar cuidar que, el material que ha sido utilizado, queda limpio y preparado para un nuevo uso.

4. Registro de lo ejecutado

Es importante comunicar, al resto del equipo, tanto la forma de cómo se ha llevado a cabo, reacción del enfermo al tratamiento y hora en que se realizó.

Aunque esta información debe transmitirse de forma oral, es fundamental que quede registrada en el impreso correspondiente. La comunicación escrita debe contemplar qué se hizo, quién lo hizo, incidencias y efectos conseguidos.

El registro, incluye las actividades de las enfermeras y las acciones que conforman la función derivada, es decir, las órdenes médicas que han de ser llevadas a efecto por el equipo de enfermería.

Existen diferentes modelos de registros de cuidado.

Sistemas de registro de las acciones

Aunque la documentación se realiza en todas las fases anteriores del proceso (valoración, diagnóstico y planificación), adquiere un valor fundamental en la ejecución; quizás ello sea debido a un principio jurídico muy extendido y de aplicabilidad a nuestro contexto asistencial: «lo no escrito no forma parte de la realidad». Por esa razón, las actividades de las enfermeras deben registrarse en los formatos definidos institucionalmente, porque es preciso disponer de un registro legal de los cuidados administrados a un paciente.

Generalmente, los registros de enfermería proporcionan la única prueba documental de que se han llevado a cabo los tratamientos médicos y enfermeros. Las anotaciones incompletas o confusas dificultan la continuidad de los cuidados, porque es difícil averiguar los cambios significativos en el estado de salud y las causas a que se han debido (posibles tratamientos) sin una fuente documental precisa. La documentación necesaria en una institución varía en función del tipo de personas a las que atiende y sus necesidades de cuidados. Así, las Unidades de Cuidados Intensivos exigen anotaciones muy continuadas o en períodos muy cortos de tiempo (horas o incluso minutos); las Unidades de Agudos suelen requerir al menos una anotación por turno, mientras que en las Unidades de Crónicos puede bastar con anotaciones cuando se produzcan cambios significativos. La diferencia entre la cantidad y calidad de la información que se recoge varía, pues, en función de las peculiaridades de cada unidad y de cada institución; por ello, los impresos a utilizar para registrar el Proceso de Enfermería precisan ser adaptados a las especificidades situacionales.

Los registros cumplen, además, diferentes finalidades. Las tipologías existentes se pueden agrupar en:

1. Registros diferenciados por disciplinas.
2. Registros cuyo núcleo son los problemas del paciente.
3. Alternativas combinadas.

Registros diferenciados por disciplinas

Este sistema de registro cuenta con documentos diferenciados para cada disciplina que interviene en la atención a la salud (Enfermería, Medicina, etc.).

El Proceso de Enfermería, como método de trabajo, requiere para su aplicación el uso de un sistema de registros específico que incluye:

Impresos de valoración integral. Se cumplimentarán en los primeros contactos con el paciente. Su finalidad es tener una visión de conjunto de las respuestas humanas a los procesos vitales - patrones de salud.

Formato de planificación. Está diseñado con apartados para:

1. *Valoración focalizada:* para profundizar en aspectos concretos, referidos a datos significativos que sugieran la existencia de un problema.
2. *Diagnóstico de Enfermería y problemas interdependientes:* o conjunto de problemas, identificados por la enfermera.
3. Objetivos o criterios de resultado.
4. *Actividades de la enfermera:* bien sean éstas independientes, interdependientes o dependientes.
5. *Evaluación del progreso del paciente.*

Además, tradicionalmente la historia del paciente contiene otros formatos de interés interdisciplinario, como, por ejemplo:

1. Gráfica de constantes vitales.
2. Gráfica de balance de líquidos.
3. Pruebas diagnósticas.
4. Valoración física.

Este sistema de registro también incluye formatos específicos para otros profesionales. Los médicos disponen de sus propios registros para la valoración, diagnóstico y tratamiento médico, evolución, etc. Este modo de organizar el dossier del paciente se utiliza en la mayor parte de los hospitales y admite gran cantidad de variantes en función de las características de las personas a las que se atiende. Conscientes de la necesidad de disponer de unos registros que favorezcan la comunicación en el equipo de salud y garanticen la continuidad de la atención, las comisiones de historias clínicas están evaluando de forma periódica la idoneidad de los registros.

Las ventajas de este sistema es: que cada disciplina puede proponer los cambios que estime oportunos para mejorar la documentación. Las dificultades que conlleva estriban en que la información está fragmentada y se favorece la duplicación de la misma.

Al trabajar cada profesional a su propio ritmo, en ocasiones puede someterse a los pacientes a interrogatorios similares, ocasionándoles cansancio y, lo que es más grave, una disminución de la credibilidad y confianza en el sistema.

Registros cuyo núcleo son los problemas del paciente

Mientras que el sistema de registro anterior es el usual en los hospitales, como hemos señalado, en los centros de salud la modalidad de registro tiene como núcleo los problemas del paciente. Las características de la filosofía que impregna la Atención Primaria: concepción ecológica de la salud, naturaleza multicausal del proceso salud-enfermedad, atención integral, trabajo en equipo, etc., han hecho necesario que los registros se concibieran de forma distinta a los diferenciados por disciplinas. Con carácter general, en las historias clínicas de los centros de salud se dispone de:

1. *Historia familiar,* para registrar los antecedentes familiares, situación socioeconómica, condiciones de habitabilidad de la vivienda, etc.
2. *Historia personal,* para cada miembro de la unidad familiar: incluye datos básicos, antecedentes personales, exploración física, forma de vida y factores de riesgo.
3. *Notas del equipo:* en ellas se documentan, de forma correlativa, las consultas o visitas de salud que realizan los profesionales (médicos, enfermeras, etc.). Se anota valoración, problemas detectados y tratamiento.

4. *Registro de problemas*: se anotan todos los problemas, los interdependientes o clínicos, los diagnósticos de enfermería y los médicos, según un orden cronológico. Sirve para tener reseñadas todas las dificultades. Es una fuente de fácil consulta, proporciona una información clara y concisa. Si se quiere ampliar, bastará con buscar las anotaciones específicas de la fecha del problema del que se precisa más información. Este tipo de registro *evita la fragmentación* y, al estar centrado en los problemas, se puede informatizar con más facilidad y, por tanto, favorece que se puedan realizar estudios epidemiológicos y de investigación.

Ahora bien, es necesario que la valoración del paciente que corresponde al ámbito teórico y competencial de la enfermería pueda ser reflejada de forma explícita en la historia; si esto no es así, existe un riesgo de ambigüedad en lo que se refiere al campo específico profesional.

Por tanto los registros enfocados *al problema del paciente necesitan la inclusión de un formato de valoración integral* que oriente la recogida de información y conduzca a la identificación de diagnósticos enfermeros; de lo contrario, quedaría débilmente apoyado el campo competencial.

La dificultad no es directamente atribuible al sistema de registro, sino a la todavía incipiente definición del ámbito profesional de enfermería, hecho que, por ejemplo, no sucede con los médicos. La incorporación a este sistema de registro de la valoración de los procesos vitales: patrones funcionales, significaría focalizar los esfuerzos en el área de valoración que determina qué problemas identificar. Con ello se posibilita la definición del propio campo, útil no sólo para las enfermeras que pueden tenerlo incorporado en su estructura mental, sino también para los demás miembros del equipo de salud, porque aclararía la aportación específica de la enfermería a la atención a la salud.

Alternativa combinada

Analizados de forma somera los dos tipos de registros más usuales, pasemos a revisar lo que sería una alternativa combinada.

Como hemos indicado, los registros por disciplinas generan fragmentación de la información, mientras que los registros centrados en los problemas, si bien soslayan esta dificultad, no suelen disponer de un formato de valoración -marco conceptual- que guíe y oriente la recogida de datos de interés para las enfermeras. Para evitar los inconvenientes de ambas modalidades de registro, especialmente los que inciden en la intervención de enfermería, se podría utilizar un registro -historia clínica- con elementos de los modelos anteriores y un mismo núcleo central -*un formato de planificación unificado y conjunto*-

En este tipo de sistema, cada disciplina tendría explícito su campo competencial -área de valoración o marco teórico- y anotaría en el núcleo -la planificación- los problemas que detecta y las acciones que se emprenden para prevenirlos, reducirlos o eliminarlos. Así se tendría constancia documental de todo el proceso de toma de decisiones por parte de todo el equipo, no sólo de los problemas, sino de las intervenciones llevadas a cabo.

ASPECTOS TECNOLOGICOS DEL CUIDADO

En el cuidado del enfermo, se ejecutan una serie de acciones que requieren de técnicas y procedimientos, basadas todas en principios científicos y tecnológicos.

- **TECNICA**, es el conjunto de procedimientos de una ciencia o disciplina. Hace referencia a técnicas intelectuales (recogida de datos por inspección, forma de comunicación, etc.), o a técnicas instrumentales (inyección endovenosa, medición de la presión venosa, etc.).
- Por **PROCEDIMIENTO**, se entiende al método de llevar a cabo las técnicas (técnica del sondaje vesical por el procedimiento estéril).

- La *TECNOLOGIA*, en el cuidado del enfermo, la compone el conjunto de aparataje que sirve de apoyo a la atención. Es un medio sofisticado por el que se diagnostican o reparan los problemas de salud.

Una técnica es, prácticamente, invariable y se puede utilizar durante varios años, cambia sólo cuando la investigación descubre otra mejor que la anterior. El procedimiento, que se utiliza para llevar a efecto determinada técnica, puede ser diferente de unos casos a otros.

Al hacer referencia a los *MEDIOS TECNICOS*, se interpreta que, en el cuidado y tratamiento, se está empleando la *TECNOLOGÍA APLICADA*.

La tecnología ha puesto al alcance de los profesionales de la salud, una serie de instrumentos y utillajes que facilitan el trabajo, pero estos métodos no son nunca sustitutos del cuidado directo al enfermo. Todos estos medios han de colocarse en su justo lugar, no como un fin en sí mismo, sino como medio para conseguir los objetivos, pues su propósito es el bienestar que puede proporcionar al enfermo.

Pero si la meta del trabajo de la enfermera, es la realización de técnicas, la profesión enfermera, como tal, se extinguirá, pues cualquier persona con un tiempo de entrenamiento en base a repeticiones, podrá ocuparse de este tipo de atención.

EVALUACION

Objetivos:

- Analizar el concepto de evaluación como etapa del Proceso de Enfermería.
- Explicar los aspectos a evaluar en la aplicación del Proceso de Enfermería.
- Conocer los elementos que componen la evaluación.
- Describir la forma correcta de documentar la evaluación.
- Describir la relación de la fase de evaluación con las otras etapas del Proceso de Enfermería.
- Realizar la evaluación de los cuidados planificados y ejecutados en los casos clínicos de referencia práctica

SIGNIFICADO Y CONCEPTO DE EVALUACION

Última etapa del proceso, tiene como propósito evaluar la efectividad de los cuidados. La evaluación, aporta información para identificar problemas, formular objetivos y volver a planificar.

Para evaluar, es fundamental la comunicación con el enfermo y la observación de la situación, para compararla con los resultados esperados que, se formularon en los objetivos del plan de cuidado.

Con este paso, se pretende medir el logro de las metas planteadas, implicando el análisis de las acciones que se realizaron para comprobar su efectividad, y en caso negativo, efectuar los cambios oportunos.

La evaluación es un proceso planificado y sistematizado, por el que se compara la situación del enfermo con los resultados esperados, comprendiendo dos tipos de actividades:

1. Recogida de datos.
2. Análisis y comparación de los datos con los criterios explícitos en los objetivos.

La institucionalización del Proceso de Enfermería, como método de trabajo, implica la organización de modelos de evaluación, que explique la finalidad, el tiempo, los instrumentos y las formas de evaluación.

La responsabilidad de la evaluación corresponde al profesional de enfermería, aunque es importante determinar con el enfermo y equipo de enfermería, los criterios y los cambios esperados.

LA FINALIDAD DE LA EVALUACION

Como todas las etapas del método, la evaluación es un proceso continuo, dinámico y de control con diferentes enfoques, dirigidos a tres aspectos:

1. Evaluar el progreso del paciente (resultados).
2. Evaluar el propio método (proceso)
3. Evaluar la estructura
4. Evaluar la calidad profesional.

Estos aspectos están íntimamente relacionados y así, los resultados de uno de ellos determinan y condicionan el de los otros.

Evaluación del progreso del enfermo (resultados)

Se efectúa con respecto a los objetivos formulados, en términos de conducta observable, pudiéndose obtener tres tipos de resultados.

- RESULTADO ESPERADO. En este supuesto, el enfermo ha alcanzado la mete esperada.
- PROGRESO HACIA LA SOLUCION DEL PROBLEMA. El enfermo no ha conseguido completamente el objetivo, pero está progresando hacía el logro.
- RESULTADO NEGATIVO. No se ha conseguido la meta y parece que no se va a conseguir. En este caso hay que identificar la razón de este resultado, iniciando de nuevo la valoración para verificar en que parte del proceso se ha fallado. Si la evaluación es negativa, puede ser debido a que los objetivos no fueron realistas, los recursos no fueron los adecuados o las actividades no fueron las indicadas.

Dentro de este tipo de resultados negativos hay que diferenciar los resultados inesperados: que surgen como consecuencia de la aparición de un nuevo problema o complicación potencial. No existe relación entre las actividades realizadas y los resultados.

Con relación a los aspectos a valorar, estos se corresponden con las áreas de cambios que se formulan en los objetivos.

- FUNCIONAMIENTO INTEGRAL DE LA PERSONA O PARTE DE SU ORGANISMO. Fácilmente mensurable a través de la observación y la comunicación con el enfermo.
- CONOCIMIENTOS. Observable a través de le entrevista con el enfermo. Miden los conocimientos específicos, que debe adquirir un enfermo o persona cuidadora como resultado de la educación y la información.
- ESTADO EMOCIONAL. Evaluación que expresa cambios en los sentimientos o emociones que experimenta el paciente. Difíciles de medir por el carácter subjetivo. Se utiliza la observación de conductas y comportamientos del enfermo.
- CAPACIDADES PSICOMOTORAS. Miden las destrezas de cada persona para llevar a término cierta actividad que comporte nueva demanda de autocuidado. Fácil de evaluar por observación a través de la demostración de la tarea, que hace el enfermo o persona encargada del cuidado.

Evaluación del método (Proceso)

Las enfermeras tienen que plantearse la necesidad de evaluar, de forma continua su trabajo. Es importante revisar si su actuación corresponde a los niveles de calidad profesional esperado. Así, a través de la evaluación que resulte del progreso del enfermo, toma conciencia de la validez del plan de cuidado, de cómo lo está instrumentando y de cómo aplica sus conocimientos.

Este aspecto de la evaluación, está íntimamente ligado a la valoración que hace del enfermo. En la medida que se solucionen los problemas de enfermería, se podrá evaluar, igualmente, el trabajo del equipo de enfermería, que tiene responsabilidad en el cuidado.

En este nivel de evaluación se pretende verificar la calidad tanto de los aspectos científico-técnicos como humanísticos de la atención. Se realiza con fines profesionales para mejorar la calidad de los cuidados a través de los procesos empírico-inductivos o teórico-deductivos correspondientes. Si en todas las fases del proceso se aplican el conocimiento de la disciplina y las tecnologías disponibles perfectamente y de la forma más actualizada posible, es más probable que los resultados sean buenos que si la aplicación del conocimiento y la tecnología se realizan de forma deficiente. Al realizarse con fines profesionales, podría considerarse de tipo interno, que deberían desarrollar las propias enfermeras de la institución, ya que el control de calidad se

establece sobre los cuidados. De esta forma, la evaluación es más flexible y aceptada por todos los profesionales; generalmente, las medidas correctoras no son punitivas ni sancionadoras, sino incentivadoras, ya que se solucionan por medio de la educación y de cambios en la organización; la responsable de ella sería la Directora de Enfermería de la institución. El objetivo, por tanto, de la evaluación del proceso es la atención que prestan las enfermeras o que reciben los pacientes. Es una evaluación retrospectiva.

Tipos de evaluación del proceso

Los tipos de evaluación del proceso se refieren a estudios sobre la utilización de los recursos y a auditorías de enfermería.

Normalmente, los estudios sobre la utilización de recursos se efectúan para obtener criterios de valor práctico sobre la distribución de personal y de los pacientes en una unidad o el tipo y la cantidad de enfermeras especializadas que debe haber en las unidades; otras veces, determinan los tiempos para cada actividad, la cantidad de personal auxiliar, etc.

Sin embargo, las auditorías de enfermería se realizan por *expertos* que no estén implicados en el proceso que se va a evaluar. Es una evaluación retrospectiva del proceso. Supone que se desarrolle un modelo ideal o aceptable de buena atención, compuesto por criterios de la propia historia. Después hay que comparar la atención real frente al modelo.

Los criterios para las auditorías se elaboran teniendo en cuenta, entre otros, los aspectos relativos a:

1. Existencia de actividades de educación al paciente.
2. Información sobre las normas, horarios y rutinas de la unidad.
3. Existencia de normas y protocolos para la realización de determinados cuidados y técnicas.
4. Registro de los planes de cuidados.
5. Continuidad y seguimiento de los planes de cuidados.
6. Adaptación de los planes de cuidados a las necesidades de los pacientes
7. Respuestas de los pacientes a los tratamientos.
8. Satisfacción de los pacientes sobre los cuidados recibidos.

Autoevaluación

Éste es un tipo de evaluación, por lo general difícil pero muy interesante, ya que se trata de que la propia enfermera valore sus actuaciones y determine en qué puntos concretos de su actividad tiene que mejorar o cuáles otros puede potenciar.

La enfermera puede evaluarse:

1. Comparando su actividad con los criterios estandarizados previamente en la evaluación del proceso.
2. A través de sus actuaciones directas sobre el paciente.

La autoevaluación requiere unas condiciones internas y personales de madurez, sinceridad, capacidad de análisis y espíritu crítico; pero, además, necesita de otras condiciones de índole externa, respecto a que la estructura de la institución en la que trabaje favorezca y/o potencie este tipo de actitud, las políticas institucionales respecto a los niveles de responsabilidad en las actuaciones y/o el ambiente profesional en el que se desenvuelva: el trabajo en equipo en condiciones de igualdad, las relaciones profesionales entre los miembros del equipo, los medios para el estudio, la disponibilidad de bibliotecas, sesiones de enfermería, etc.

Las ventajas de la autoevaluación suponen en la enfermera profesional:

1. Mejorar el rendimiento personal.
2. Adquirir seguridad y credibilidad entre sus compañeras, otros miembros del equipo y los propios pacientes.
3. Fomentar el respeto profesional y la imagen que, como enfermera, se proyecta ante la sociedad.
4. Mejorar la pericia, la capacitación y el ánimo personal.
5. Aumentar la eficacia de sus actuaciones.

Evaluación de estructura

El fundamento de esta dimensión evaluativa se basa en la afirmación de que unas buenas condiciones estructurales proporcionan una atención apropiada y, por tanto, unos resultados más favorables. Este sería un criterio *a priori* que persigue que el sistema contenga todos los elementos necesarios para un óptimo funcionamiento del mismo. Los criterios de estructura se basan principalmente en estas tres grandes áreas:

1. Recursos expresados en términos de potencial humano.
2. Instalaciones.
3. Medios materiales.

Dichos criterios de estructura establecen las condiciones que inciden en el cuidado; sin embargo, una buena estructura no garantiza un resultado favorable, ya que pueden existir otros factores que dificulten o interfieran los fines, como deficiencias en la gestión o la infrautilización de los recursos. Debido a estos problemas, parece ser que la evaluación, en la dimensión de estructura, no es definitiva para medir la calidad de los cuidados, por lo que es la dimensión evaluativa del proceso el área más realista en la que se podría implantar el control de calidad. Esto es así, ya que a veces puede resultar difícil modificar las condiciones estructurales.

Evaluación de la calidad profesional

Medir la calidad del servicio que se ofrece, es una de las responsabilidades éticas de los profesionales de enfermería. El control de calidad del cuidado enfermero, se refiere a los resultados globales obtenidos tras analizar las actuaciones de todo el grupo profesional que forma parte de la institución.

Los resultados de las actuaciones conjuntas se reflejan en la atención globalizada que recibe un grupo de clientes.

Aunque este aspecto, de la evaluación, corresponde a la función administrativa y de gestión de los Servicios de Enfermería, no se puede desligar del proceso de enfermería, ya que las normas que dictan la forma de llevar a cabo el método, en cada una de sus etapas, y puestas en práctica en situaciones particulares, determinan por una parte la validez del método y por otra, las capacitaciones de las enfermeras para ponerlas en práctica.

ELEMENTOS DE LA EVALUACION

La sistematización del proceso de evaluar, significa determinar cuándo se va a evaluar, con qué se va a evaluar y cómo se va a evaluar, correspondiendo a estas cuestiones el tiempo, los instrumentos y las formas de evaluación.

Tanto unos como otros, varían dependiendo de la finalidad, o sea del aspecto a evaluar, referidos

a los explicados anteriormente.

Tiempo de la evaluación

Aunque la evaluación es constante, conviene establecer de manera formal, el momento en que se va a realizar, dependiendo del tipo de evaluación:

- **EVALUACION CONTINUA.** Para valorar si se van consiguiendo los objetivos formulados para el enfermo, aunque depende de la situación particular, el momento adecuado es al finalizar cada turno. Los resultados, aunque parciales, verifican asimismo la validez del plan de cuidado.
- **EVALUACION FINAL.** Se evalúa el llegar al tiempo fijado en los objetivos. A su vez permite evaluar el propio plan de cuidado.
- **PERIODICA.** Con ella se pretende evaluar la calidad de la actuación profesional.

Es válida para detectar errores y establecer las medidas correctoras necesarias. La periodicidad, depende de la que se establezca por los responsables de los Servicios de Enfermería (cada 3-4-5-6 meses, cada año/s...).

Instrumentos de evaluación

Para evaluar se utilizan dos tipos de medidas, dependiendo de la finalidad de la evaluación: *los criterios y los estándares.*

- **CRITERIOS.** Son características fisiológicas y/o psicológicas, observables y/o medibles que describen cambios, en determinado nivel o grado de normalidad. Los criterios son establecidos en la formulación de objetivos del plan de cuidado, por la enfermera responsable del cuidado conjuntamente con el enfermo.
- **ESTANDARES.** Son porcentajes sobre actuaciones del personal de enfermería, que miden la calidad de los cuidados. Establecidos por consenso, por los órganos colegiados de los Servicios de Enfermería.

Medios para evaluar

Al igual que los instrumentos, los medios para llevar a efecto la evaluación, dependen de la finalidad. Son medios de evaluación los que siguen:

- **LA OBSERVACION.** Miden cambios producidos en el enfermo. Conjuntamente con la observación, la comunicación con el enfermo, contribuye a valorar los cambios producidos. Los resultados de estas observaciones quedan anotados en:
- **LOS REGISTROS.** Estas anotaciones se corresponden a los objetivos, siendo además, válidas para evaluar el plan de cuidado.
- **SESIONES DE ENFERMERIA.** Son reuniones del grupo profesional en las que se revise la situación de los enfermos, la consecución de los objetivos y la eficacia del plan de cuidado.
- **CONTROL DE CALIDAD.** Comisión integrada por enfermeras expertas, en la que se implantan estándares y se revisan éstos de forma periódica. Se utilizan para el análisis del logro de los objetivos institucionales. Sirven de base a este análisis las normas establecidas, los registros de enfermería y los estándares establecidos.

DOCUMENTACION DE LA EVALUACION

Como los pasos anteriores del Proceso, la evaluación tiene que estar documentada. Dirigida a registrar los cambios y situaciones nuevas, este impreso se conoce como *hoja de evolución, notas de enfermería u observaciones de enfermería*.

La redacción de estas notas, exige de unas normas para su correcto registro, que tienen aspectos legales y de calidad. Estas **normas**, mencionadas en el capítulo de valoración, se resumen en los siguientes puntos:

1. Utilizar pluma o bolígrafo, para que no se borren con el paso del tiempo.
2. Escribir con letra clara y legible, con el fin de evitar confusiones de interpretación.
3. Transcribir las notas lo antes posible, para recordar los hechos con facilidad.
4. Firmar con el nombre y el apellido, para que todo el equipo conozca quien lo anotó.
5. No dejar líneas en blanco, para evitar que se escriba entre líneas notas no correspondientes.

Información que se incluye. Al redactar las notas de enfermería, se deben registrar tres informaciones;

- **VALORACION:** Lo que se ha observado a través de las técnicas pertinentes y los datos recogidos a través de la comunicación con el enfermo.
- **ACTIVIDADES:** Las acciones realizadas por el enfermo, la familia, otros miembros del equipo y la enfermera misma.
- **EVALUACION;** Las respuestas del enfermo e las acciones realizadas.

Forma correcta de registrar.

- **PRECISION:** Escribir exactamente cómo, cuándo, dónde se produjeron los hechos.
- **BREVEDAD DESCRIPTIVA:** No es necesario anotar frases completas, pero las abreviaturas que se utilicen deben ser reconocidas y autorizadas. El registro tiene que ofrecer una panorámica completa.
- **ESPECIFICIDAD:** No utilizar palabras ambiguas que pueden presentar diferentes interpretaciones.
- **TRANSCRIPCION DE PALABRAS TEXTUALES:** Qué el enfermo utiliza para expresar sus sentimientos y percepciones. No se debe desvirtuar el sentido de lo expresado por el enfermo, con frases distintas.
- **ANOTACION DE DESVIACIONES:** Es importante saber cualquier desviación de la normalidad, tanto en el aspecto fisiológico como psicológico.
- **ESTADO DE LAS VIAS INVASIVAS:** Incluye todas las modalidades terapéuticas que pueden ser factores de complicaciones potenciales. (Cuadros 1 y 2).

CARACTERISTICAS	INCORRECTA	CORRECTA
PRECISION	Ingresa esta mañana	Ingresa a las 12 h. Procedente de consulta en silla de ruedas acompañada de su hija
BREVEDAD DESCRIPTIVA	Bebe líquidos	Necesita estímulo pero toma con ayuda 60 c.c. de agua cada hora
ESPECIFICIDAD	Orina escasa. Color anormal	Diuresis: 200c.c. en 12 horas. Color oscuro
PALABRAS LITERALES	Parece incómodo	Manifiesta: "me encuentro bien" pero se mueve con dificultad y gesto de dolor.

ANOTACION DESVIACIONES	Respiración anormal. Comportamiento extraño	32 r/m. Elude las contestaciones a preguntas. Rechaza las visitas
ESTADOS VIAS INVASIVAS	Sonda vesical bien	Sonda vesical permanente, ausencia de secreciones

Cuadro 1: Formas de registro

NOTAS DE ENFERMERIA			DATOS DEL ENFERMO
FECHA	HORA	OBSERVACIONES Y COMENTARIOS	
12.10.01	01.00	Alerta, orientado, responde a estímulos verbales y táctiles. Catéter venoso limpio. Zona de inserción sin signos de infección ni inflamación. FIRMA:	
	08.00	Tolera 200 c.c. zumo en desayuno.	
	08.50	Baño parcial con ayuda. Cambio de apósito vía I.V.	
	12.00	Tolera 500 c.c. líquidos.	
	13.30	Se queja de dolor en herida quirúrgica Administración de 1 amp. Nolotil I.M.	
	14.50	Ausencia de dolor. Orina color ambar. Diuresis 500 c.c. turno mañana. FIRMA:	
	16.00	Normotérmico. Tolera 300 c.c. Duerme siesta. Ausencia de dolor. Tose y hace respiraciones profundas.	
	20.00	Realiza paseos cortos por la habitación con ayuda. Permanece sentado en sillón durante 2 horas sin signos de cansancio	
	22.00	Al término del turno no se observan datos que denoten problemas. FIRMA:	

Cuadro 2: Ejemplo de la evolución de un paciente

GLOSARIO TERMINOLOGICO Y CONCEPTUAL

Acto delegado: Intervención que depende del campo de ejercicio de un profesional de la salud, pero que puede ser llevado a cabo, bajo su supervisión, por otro miembro del equipo de salud.

Acto enfermero: La ley lo define así: «Constituye el ejercicio de la profesión de enfermera o enfermero cualquier acto que tenga como objetivo identificar las necesidades de salud de las personas, contribuir a los métodos diagnósticos, administrar y controlar los cuidados de enfermería que requieran la promoción de la salud, la prevención de la enfermedad, el tratamiento y la recuperación, así como el hecho de administrar los cuidados según una orden médica. La enfermera y el enfermero pueden, en el ejercicio de su profesión, instruir a la población sobre los problemas de orden sanitario.

Actuación general de la enfermera: Tipos de intervenciones globales bajo las cuales se agrupan diferentes actos enfermeros (p. ej., evaluación, ayuda, instrucción, colaboración en un tratamiento).

Análisis e interpretación de los datos: Etapa de la gestión de cuidados de enfermería en el curso de la cual la enfermera investiga la relación causa-efecto entre las manifestaciones de un problema y su o sus causas probables. Esta etapa permite confirmar o rechazar la hipótesis inicial.

Aplicación del plan de cuidados: Etapa de la gestión de cuidados de enfermería en el curso de la cual la enfermera pone en práctica las decisiones tomadas en la etapa precedente. Efectúa en la persona las intervenciones que ha juzgado pertinentes para obtener el comportamiento deseado. Es la acción directa sobre la persona ayudada.

Asociación francófona europea de diagnósticos de enfermería (AFEDI):

Asociación de enfermeras europeas que tiene como objetivo general la promoción y el enriquecimiento de los diagnósticos de enfermería.

Asociación norteamericana de diagnósticos de enfermería (ANADI/NANDA): Asociación de enfermeras norteamericanas que tiene como función elaborar una lista de categorías diagnósticas y promover su utilización. Véase **North American Nursing Diagnosis Association**.

Auscultación: Modo de exploración clínica que consiste en escuchar los ruidos que se producen en diversos órganos con el fin de descubrir las variaciones con relación a lo normal.

Búsqueda del bienestar: Deseo de adoptar las medidas apropiadas para la promoción de la salud y realizar los esfuerzos para aplicarlas con el fin de mejorar un estado de salud ya satisfactorio.

Características: Datos que se salen lo suficiente de lo normal como para llevar a la enfermera a formular hipótesis de problemas de cuidados de enfermería y validarlas. Se clasifican en datos objetivos y subjetivos y constituyen las manifestaciones de un problema.

Catalizador: Problema que genera otros, que tiene repercusiones sobre otros problemas. Problema en que la solución puede llevar a la desaparición de otros problemas.

Categoría diagnóstica: Primera parte de un diagnóstico de enfermería. Se trata de un problema de cuidados de enfermería (v. este término) que aún no está relacionado con su causa.

Categorización de los datos: Para categorizar los datos, la enfermera verifica si los desvíos con relación a la norma podrán constituir las características de un problema de cuidados de enfermería. Consiste en situar una característica en una categoría diagnóstica. Véase este término.

Causa extrínseca: Causa procedente del entorno.

Causa intrínseca: Causa procedente de la persona misma.

C.I.E :

- Consejo Internacional de Enfermería
- Clasificación de Intervenciones de Enfermería (**N.I.C.**)

CIPE: (Clasificación Internacional de la Práctica Enfermera).

Proyecto del Consejo Internacional de Enfermería (CIE) por el que se desarrolla un vocabulario unificado, estructurado y definido para la Enfermería. Lleva años de desarrollo, habiéndose presentado las primeras conclusiones en el año 1996 con la llamada: "*versión Alfa*".

Intenta establecer un lenguaje común a partir de las definiciones enfermeras y de los términos utilizados en todos los países del mundo.

Los Objetivos de la CIPE Planteados por el CIE en el año 1991 son:

- Establecer un lenguaje común que describa la práctica de Enfermería con el fin de mejorar la comunicación entre enfermeros y enfermeras y entre éstos y la población.
- Describir los cuidados que dispensa la Enfermería a la población en diversos contextos institucionales y no institucionales.
- Permitir la comparación de los datos de Enfermería entre distintas poblaciones y contextos clínico, zonas geográficas y tiempos.
- Demostrar o proyectar las tendencias de la prestación de los tratamientos y cuidados de Enfermería y la asignación de recursos a los pacientes según sus necesidades sobre la base de los diagnósticos de Enfermería.
- Estimular la investigación de Enfermería mediante enlaces con los datos disponibles en los sistemas de información de Enfermería y los sistemas de información de salud.
- Proporcionar datos sobre la práctica de Enfermería para influir en la elaboración de las políticas de salud.

La CIPE aborda tres elementos:

- **Los fenómenos de Enfermería** (coinciden con el foco de atención y acción de la enfermería que son los **diagnósticos**).
- **Las Intervenciones** (identifican las acciones de Enfermería).
- **Los resultados** (los efectos producidos por las intervenciones).

Continuidad de los cuidados: Sistema de coordinación de las intervenciones donde el personal asistencial se releva para asegurar el seguimiento del plan de cuidados.

Continuum malestar/bienestar: Escala de valores que permiten a la enfermera determinar la importancia objetiva de un diagnóstico de enfermería. Va desde la amenaza de la vida hasta la búsqueda del bienestar. Es un instrumento que sirve de guía a la enfermera para prepararse lo más rápido posible y ofrecer un servicio de ayuda que responda verdaderamente a las necesidades y a los deseos de la persona.

CRE: Clasificación de Resultados de Enfermería (**NOC**)

Criterio de evaluación: Signo que permite a la enfermera saber si el problema se ha suprimido o corregido parcialmente, o si han surgido nuevos problemas. Véase objetivos de cuidados y resultados esperados.

Dato objetivo: Manifestación observada, descrita y verificada por otras personas que no sean la que presenta el problema.

Dato subjetivo: Información suministrada por la persona y transcrita con sus propias palabras.

Desviación con relación a la norma: Manifestación que indica una diferencia con relación a lo que se produce habitualmente en una persona.

Diagnóstico de enfermería: Cualquier reacción a un agente estresante, un problema real o potencial, o a una etapa del desarrollo de una persona, una familia o una colectividad que requiere para su solución las competencias de una enfermera. Un diagnóstico de enfermería completo se compone de una categoría diagnóstica, o problema de cuidados de enfermería, unida a su causa probable.

Diagnóstico médico: Enfermedad descubierta por el médico a partir de síntomas morbosos.

Disfunción: Alteración de una función biológica o cognitiva, o incluso de un estado afectivo o espiritual.

Divisiones diagnósticas: Clases generales que, agrupan las categorías diagnósticas de la misma naturaleza.

Dossier: Documento que contiene las informaciones que provienen de diferentes profesionales de la salud, entre ellos, la enfermera. Comprende informaciones precisas sobre el problema médico de la persona, la evolución de este problema y el tratamiento en curso. Incluye igualmente informaciones sobre la evolución de la situación y los tratamientos prescritos por los otros miembros del equipo multidisciplinario.

Elección de las intervenciones de enfermería: Fase de la planificación de los cuidados que permite a la enfermera prepararse para la acción eligiendo las intervenciones capaces de contribuir más eficazmente al logro de los resultados esperados.

Enriquecimiento de los datos: Datos suplementarios que se añaden a los que la enfermera ya posee y que pueden ampliar sus conocimientos sobre los problemas de cuidados de enfermería que sospecha.

Entorno de los cuidados: Conjunto de los recursos estructurados (profesionales de la salud e institucionales) capaces de ejercer una influencia sobre el estado de salud de una persona.

Entrevista: Conversación sostenida con una persona (o su familia) sobre un tema preciso con el objetivo de establecer su perfil global o de esbozar el cuadro de un problema. Se refiere a una hipótesis de diagnóstico de enfermería o a la situación global.

Escala de medida: Plantilla que ayuda a la enfermera a evaluar un aspecto preciso de la situación de la persona. Permite a la enfermera medir una reacción y establecer los criterios de evaluación, y a la persona ayudada fijarse un objetivo.

Evaluación de la situación: Primera etapa de la gestión de cuidados de enfermería que consiste en

recoger el mayor número de datos posible sobre las manifestaciones de un problema, y todas las que se relacionen con él, y proceder a una selección de los datos para conservar solamente los que sean pertinentes.

Examen físico: Método de recogida directa de datos. Se trata de una investigación minuciosa de manifestaciones objetivas que pueden indicar un problema de cuidados de enfermería. Se realiza mediante auscultación, palpación, inspección y percusión. Véanse estos términos.

Factor contribuyente: Elemento capaz de agravar un problema.

Factor de riesgo: Cualquier situación capaz de generar una reacción indeseable.

Factor etiológico: Origen o causa de un problema. Acontecimiento, situación o elemento que verdaderamente podrá ser el origen de un problema de cuidados de enfermería o incluso contribuir a la aparición de manifestaciones (signos y síntomas) de, este problema en el plano biológico, psicológico, social o espiritual.

Factor extrínseco: Causa procedente del entorno de la persona. **Factor intrínseco:** Causa procedente de la persona misma.

Factor precipitante: Factor que puede hacer aparecer un problema.

FOCUS: Método de registro en el dossier que consiste en precisar, en un principio, el punto de convergencia de los cuidados (*focus*) y describir seguidamente el progreso de la persona hacia la solución de cada diagnóstico de enfermería o de cada situación tratada por la enfermera.

Gestión de cuidados de enfermería: Recorrido intelectual que implica etapas sucesivas y que tiene como objetivo permitir a la enfermera emitir un juicio clínico con relación a los cuidados de enfermería que puede necesitar una persona.

Hipótesis: Punto de vista basado en las probabilidades, que intenta explicar una situación.

Hoja de seguimiento: Formulario en el que la enfermera registra los datos o los tratamientos: gráfica de los signos vitales, hoja de registro de los signos neurológicos, hojas de medicamentos, escalas de medida del dolor, de una disfunción, de la evolución de una herida, etc.

Importancia objetiva: Importancia que la enfermera atribuye a los diagnósticos de enfermería. Valor o grado de gravedad que la enfermera da a un problema en función de criterios basados en valores profesionales.

Importancia subjetiva: Importancia que una persona atribuye a sus dificultades o a su bienestar. Valor o grado de gravedad que una persona da a su problema. Este valor es función de su intuición, sus sentimientos, su experiencia de la vida y su autoconocimiento.

Indicio de una búsqueda del bienestar: Cualquier signo verbal y no verbal que indica que la persona quiere modificar algunas prácticas con el fin de mantener su estado de salud a un nivel óptimo para ella.

Informe escrito: Dossier en el que la enfermera escribe el resultado de su gestión de cuidados en cuatro grandes apartados: 1) perfil global de la persona, 2) plan de cuidados personalizados, 3)

hojas de seguimiento, y 4) notas de evolución. Refleja por escrito, en el dossier de una persona, los datos recogidos, los cuidados administrados y los resultados obtenidos.

Informe verbal: Comunicado verbal para las demás enfermeras y cuidadores cuando una enfermera se ausenta del servicio o termina su horario laboral. Breve descripción verbal de las informaciones clave sobre una persona comunicadas a la enfermera del relevo para que esta última pueda asegurar la continuidad de los cuidados y esté al corriente del estado actual de la persona.

Inspección: Observación de todas las partes del cuerpo con el fin de descubrir sus características normales o los signos clínicos significativos.

Instrumentos de recogida de datos: 1) Cuestionarios elaborados para establecer el perfil global de una persona, preparados por la institución y basados en un modelo conceptual de cuidados de enfermería. 2) Cuestionarios elaborados para describir un problema de cuidados de enfermería, que se pueden encontrar en libros sobre diagnósticos de enfermería, como Carpenito, Doenges, Gordon, etc.

Intervención autónoma: Intervención que se realiza exclusivamente en el campo de la práctica de la enfermera y que sólo es dictada por su juicio clínico. Según la definición legal, las intervenciones autónomas consisten en identificar las necesidades de salud, prodigar y controlar los cuidados de enfermería.

Intervención de colaboración: Acto que se realiza a partir de una decisión tomada conjuntamente con otros miembros del equipo de salud. Según la definición de la ley, las intervenciones de colaboración consisten en contribuir a los métodos de diagnóstico.

Intervención de dependencia: Acto prescrito por el médico y delegado a la enfermera. Según la definición legal, las intervenciones de dependencia consisten en prodigar los cuidados según una orden médica.

Juicio clínico: Consiste en formular un diagnóstico de enfermería y determinar las intervenciones de enfermería para resolver el problema. Es, pues, un proceso de resolución de problemas.

Juicio diagnóstico: Opinión profesional fundamentada respecto a un problema de cuidados de enfermería y su causa probable.

Juicio terapéutico: Opinión profesional fundamentada respecto a los medios más apropiados para ayudar a una persona a sobreponerse a sus dificultades o a mejorar su estado de salud.

Kardex: Conjunto de fichas personales sobre los beneficiarios de los cuidados. Cada ficha contiene información sobre los tratamientos prescritos y aplicados por los diversos miembros del equipo multidisciplinario. Es una especie de compendio del dossier. También puede contener informaciones básicas sobre el perfil global de la persona establecido por la enfermera.

Manifestación de una reacción indeseable: Cualquier signo verbal y no verbal de una dificultad que la persona debe resolver.

Manifestaciones: Signos y síntomas de un problema.

Maslow, jerarquía de las necesidades de: Pirámide de las necesidades fundamentales. Éstas son, por orden de importancia: 1) necesidades fisiológicas, 2) necesidades de protección y seguridad, 3) necesidades de amor y propiedad, 4) necesidades de autoestima y estima de los demás, y 5) necesidades de actualización de uno mismo.

Modelo conceptual de cuidados de enfermería: Marco teórico basado en los postulados y los valores relativos a una concepción de la persona y del servicio de ayuda de enfermería. Sirve de marco de referencia para establecer el perfil global.

NEDEC: Adecuación a la práctica de los Diagnósticos Enfermeros.

NIC: Nursing Interventions Classification (Clasificación de Intervenciones de Enfermería: CIE).

NIPE: *"Normalización de las Intervenciones para la Práctica de la Enfermería"*. Proyecto conjunto del Consejo General de Enfermería de España y el Ministerio de Sanidad y Consumo.

Su objetivo es: *"diseñar una metodología para la estandarización de intervenciones y actividades mediante su protocolización, estableciendo indicadores de calidad encaminados a la evaluación y acreditación de unidades de Enfermería que permitan el desarrollo de la profesión basado en la evidencia científica"*.

NOC: Nursing Outcomes Classification (Clasificación de Resultados de Enfermería: CRE).

North American Nursing Diagnosis Association (NANDA): Título en inglés original de la Asociación Norteamericana de diagnósticos de enfermería. Véase este término.

Notas de evolución: Apuntes en los que se encuentran los datos subjetivos y objetivos de la persona, una descripción de las intervenciones de enfermería efectuadas y las medidas tomadas por la persona para alcanzar sus objetivos. Comprenden la hora en que las intervenciones han sido efectuadas y las reacciones de la persona a estas intervenciones. También se encuentra una lista de las personas que han intervenido y de las visitas, y cualquier tratamiento médico que necesite la colaboración de la enfermera. Sinónimo de notas de observación y de notas de la enfermera.

Notas de la enfermera: Sinónimo de notas de evolución de la enfermera. Véase este término.

Notas de observación: Sinónimo de notas de evolución. Véase este término.

Notas narrativas cronológicas: Método de registro en el dossier utilizado con más frecuencia en que la enfermera escribe en un orden cronológico la situación de una persona en el transcurso de su jornada laboral. Describe la naturaleza de los cuidados administrados, así como el comportamiento de la persona antes y después de los cuidados.

Objetivo: Visualización de comportamientos que manifiestan un cambio en el sentido deseado por la persona y la enfermera. Son comportamientos reveladores de una mejoría. Deben tener cinco elementos: QUIÉN, QUÉ, CÓMO, CUÁNDO y DÓNDE. Sinónimo de resultados esperados y de criterios de evaluación.

Objetivo profesional de la enfermera: Ayudar a la persona a mejorar o recuperar su salud. Para esto, la enfermera debe descubrir los problemas de cuidados de enfermería y encontrar las soluciones.

Observación: Método de recogida directa de datos. Examen minucioso para el que se necesitan los

cinco sentidos y la intuición de la enfermera. Permite a la enfermera detectar los signos reveladores de un problema de cuidados de enfermería.

Orden de prioridad: Asignación de un orden de importancia a cada diagnóstico de enfermería que permite especificar los problemas más urgentes que hay que tratar. Se realiza situando el diagnóstico de enfermería sobre un *continuum* malestar/bienestar y en función de la jerarquía de las necesidades de Maslow, así como del grado de influencia del problema.

Palpación: Exploración manual del cuerpo por el tacto. La enfermera se sirve de diferentes partes de su mano para descubrir características como textura, temperatura y movimiento.

Percepción: Conjunto de impresiones y de explicaciones personales que se atribuyen a una realidad.

Percusión: Modo de exploración clínica que consiste en escuchar la transmisión de un sonido provocado por el choque del dedo sobre la piel. Permite determinar emplazamiento, volumen y densidad de los órganos subyacentes.

Perfil global: Conjunto de informaciones que trazan el retrato de una persona y de su entorno desde el punto de vista de los cuidados de enfermería. La enfermera utiliza para redactar este perfil un cuestionario basado en los principales elementos de un modelo conceptual de cuidados de enfermería.

Plan de cuidados: Documento escrito en el que se encuentran los diagnósticos de enfermería, los objetivos de los cuidados y las intervenciones de enfermería relacionados entre sí.

Plan de cuidados estandarizado: Documento de referencia e instrumento de trabajo en el que la enfermera encuentra la lista de objetivos e intervenciones que se aplican a los problemas de cuidados de enfermería que puede presentar un grupo particular de personas. Son los planes de cuidados elaborados para las situaciones más corrientes.

Plan de cuidados personalizado: Documento escrito en el que se encuentra una continuación lógica de intervenciones de enfermería autónomas. El objetivo del plan de cuidados personalizado es guiar a las enfermeras que desean dispensar los cuidados teniendo en cuenta la unicidad de la persona ayudada y su situación particular.

Planificación de los cuidados: Etapa de la gestión de cuidados de enfermería en el curso de la cual la enfermera trabaja con la persona para poner a punto un plan de cuidados dirigido a eliminar o atenuar las reacciones indeseables o favorecer su bienestar. Esta etapa se divide en tres partes: 1) establecimiento de una orden de prioridad, 2) formulación de objetivos, y 3) elección de las intervenciones de enfermería.

Problema clave: Sinónimo de catalizador. Véase este término.

Problema consecutivo: Problema ocasionado por un catalizador.

Problema de cuidados de enfermería: Cualquier reacción a un agente estresante, a un problema médico actual o potencial, o a una etapa del desarrollo de una persona, una familia o una colectividad que requiere para su solución las competencias de una enfermera. Sinónimo de categoría diagnóstica.

Protocolo de cuidados: Véase plan de cuidados estandarizado.

Reacción: Modificación del comportamiento habitual en respuesta a un problema médico, a una etapa del desarrollo o a un agente estresante.

Recogida de datos: Fase de valoración de la situación que consiste en recoger, directa o indirectamente, las informaciones sobre la persona ayudada con el objetivo de descubrir los problemas de cuidados de enfermería y encontrar las soluciones apropiadas.

Recogida directa de datos: Datos recogidos de la persona ayudada gracias a la observación, la entrevista y el examen físico.

Recogida indirecta de datos: Datos recogidos de la persona ayudada gracias a las entrevistas con las personas clave en su vida, las consultas a los demás miembros del equipo de cuidados y la consulta de varios dossier e informes.

Relación de ayuda: Contacto privilegiado entre la enfermera y la persona ayudada, que unen sus esfuerzos para resolver una dificultad que ésta sufre o para mejorar su salud. Requiere respeto, atención, compasión, altruismo, confianza, reciprocidad, solicitud y autonomía.

Resolución de problemas: Recorrido intelectual que todo ser humano realiza cuando se encuentra frente a un problema que debe resolverse de manera eficaz. Esencialmente consiste en tres grandes fases: PERCEPCIÓN, ANÁLISIS y ACCIÓN.

Resultado esperado: Objetivo fijado para la persona que servirá de criterio de evaluación en la etapa de verificación de los resultados. Véanse estos términos.

Selección de los datos: Consiste en suprimir de la lista de datos recogidos las informaciones que no son pertinentes: la enfermera sólo conserva los datos que se desvían de la norma, es decir, los que constituyen las características de un diagnóstico de enfermería o que representan factores de riesgo.

Signo: Término médico que indica un fenómeno descubierto objetivamente por el médico. En cuidados de enfermería, esta palabra equivale a dato objetivo.

Síntoma: Término médico que indica un trastorno funcional percibido por el propio paciente. En cuidados de enfermería, este término equivale a dato subjetivo.

Sufrimiento: Respuesta emocional claramente pronunciada ante una sensación de dolor físico, psicológico o espiritual.

Taxonomía: Sistema de clasificación a varios niveles, basado en las uniones naturales, que ofrece a la enfermera las expresiones profesionales estandarizadas y le permite designar los problemas encontrados en su práctica.

Validación: Consiste en confirmar la exactitud de una hipótesis y asegurarse de que es justa.

Valores profesionales de la enfermera: Están basados en los valores humanísticos siguientes: 1) en primer lugar y ante todo, la protección de la vida, 2) prevención y alivio del sufrimiento, 3) prevención y corrección de las disfunciones, y finalmente 4) búsqueda del bienestar.

Verificación de los resultados: Etapa de la gestión de cuidados de enfermería en la que la enfermera se asegura de que los objetivos han sido alcanzados, es decir, que las manifestaciones del problema han desaparecido o están atenuadas. La verificación se basa esencialmente en dos aspectos: la progresión de la persona ayudada hacia el logro de los objetivos y la eficacia del plan de cuidados.

Vocabulario profesional: Terminología propia de las ciencias de la salud, utilizada por la enfermera en su práctica profesional