

**APLICABILIDAD DEL PROCESO DE ATENCIÓN DE ENFERMERÍA SEGÚN EL
LENGUAJE NNN EN LAS ENFERMERAS DE LA CLÍNICA REINA CATALINA
DE LA CIUDAD DE BARRANQUILLA EN EL SEGUNDO PERIODO DEL 2009**

**PRESENTADO POR
JEIMIS BELLO ÁLVAREZ
INGRIS BARROS COBILLA**

**A LA DOCENTE
LIZBETH PARRA**

**EN LA ASIGNATURA DE
PROYECTO**

**UNIVERSIDAD SIMÓN BOLÍVAR
ENFERMERÍA
VII SEMESTRE**

TABLA DE CONTENIDO

- Título.
- Planteamiento Del Problema.
- Justificación.
- Objetivos.
 - General.
 - Específicos.
- Marco Referencial o Teórico.
- Cuadro de Variables.
- Encuesta.
- Aspectos Administrativos.
 - Recursos humanos.
 - Recursos económicos.
- Cronograma de Actividades.
- Bibliografía.

1. FASE TEÓRICA.

1.1 TITULO

Aplicabilidad del proceso de atención de enfermería según el lenguaje NNN en las enfermeras de la clínica reina catalina de la ciudad de barranquilla en el segundo periodo del 2009.

1.2 PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

Naturaleza del problema

El PAE es indispensable en la profesión de enfermería para la realización de un cuidado integral al paciente. El PAE aparece en los escritos de enfermería a mediados de 1955, cuando Lidia Hall describía a la enfermería como un proceso, sin embargo su descripción tardo varios años en tener aceptación como parte de cuidado integral de enfermería. Posteriormente en 1967, Yura y Walsh crearon un primer texto que escribía un proceso con cuatro fases: valoración, planeación, ejecución y evaluación. Blodi en 1974 y Roy en 1975 añadieron la etapa de diagnostico dando lugar a un proceso de cinco fases.

La lucha de las enfermeras por definir el campo de la profesión y con el objetivo de tener un estatus profesional enfoco sus investigaciones hacia el desarrollo del diagnostico de enfermería. De esta forma la American Nursing Asociation (ANA) apoyo e impulso el diagnostico de enfermería puesto que el campo de acción iba aumentando en la promoción de la salud y por ello se destacaba la necesidad de tener una comunicación mas apropiada entre los profesionales de enfermería y así asegurar la atención y un cuidado integral que es la meta de este proceso. Además todos sabemos que las etapas son:

Valoración: es la primera fase del proceso de Enfermería que consiste en la recogida y organización de los datos que conciernen a la persona, familia y entorno. Son la base para las decisiones y actuaciones posteriores

Diagnóstico de Enfermería: Es el juicio o conclusión que se produce como resultado de la valoración de Enfermería.

Planificación: Se desarrollan estrategias para prevenir, minimizar o corregir los problemas, así como para promocionar la Salud.

Ejecución: Es la realización o puesta en práctica de los cuidados programados.

Evaluación: Comparar las repuestas de la persona, determinar si se han conseguido los objetivos establecidos.

Aunque el proceso de enfermería esta siendo utilizado por las enfermeras desde hace dos décadas, a sido en los últimos 5 – 10 años que se a experimentado un enorme desarrollo. Linda carpenito, señala que la maestría y la eficiencia de la actuación de la enfermería depende de la utilización exacto del proceso de enfermería, así mismo complementa que una enfermera experta en esta técnica de solución de problema puede actuar con habilidad y éxito con su cliente en cual quiere senario donde se desarrolle su practica.

Formulación del problema

En la clínica reina catalina no se esta aplicando el proceso de atención de enfermería con las normas adecuadas debido a que el personal de salud no tiene un conocimiento científico acerca de cómo se realiza y para que se realiza, pero también nos dimos cuenta que algunas enfermera si lo realizan pero sin la aplicación del NIC y NOC.

Ya que al momento de realizar las encuestas encontramos que el 10% del personal si lo aplican pero en la unidad de cuidado intensivo, ya que en esta institución esta estandarizado que el profesional brinde sus cuidados apoyado de base científica, pero al momento de realizarlo no implementa el NIC y NOC y que no tiene conocimiento de la forma adecuada de aplicarlo; el otro 50% del personal de la salud no aplican el proceso e atención de enfermería puesto que existe la confusión de que utilizarlo implica la elaboración de un diagnostico el cual no

saben como realizarlo; el otro 38% del personal nunca han aplicado el proceso de atención de enfermería, ellos comentaron de que no han tenido ninguna asesoría acerca de cómo se debe realizar el proceso de atención de enfermería y cuales pueden ser los instrumentos a utilizar como lo son:(NANDA, NIC , NOC Y PES)mientras el 2% lo han realizado pero algunas para presentación de estudio de caso.

Las enfermeras jefes comentaron de que las estudiantes de la universidad simón bolívar de la facultad de enfermería de VIII semestre han estado realizando algunos seminarios acerca de cómo poder realizar el PAE.

El proceso de atención de enfermería es uno solo y como tal se debe aplicar, la falta de actualización en este área ocasiona que el personal de enfermería tenga que recibir capacitaciones de las nuevas actualizaciones y ponerlas en practica, cada uno de los profesionales han interpretado y aplicado de diferente forma el proceso de atención de enfermería, para ellos de una forma u otra a sido una metodología alternativa para la realización de las actividades.

Con todas estas investigaciones y análisis acerca del proceso de atención de enfermería nos hemos realizado la siguiente pregunta.

¿Por qué las enfermeras de la reina catalina de la ciudad de enfermería no aplican el proceso de atención de enfermería según el lenguaje NNN?

2.2 OBJETIVOS

Objetivo general

- Identificar la aplicación del proceso de atención de enfermería según el lenguaje NANDA NIC NOC en enfermeras de la clínica Reina Catalina.

Objetivos específicos

- Identificar cada etapa del proceso de atención de enfermería. Que aplican los enfermeros de la Clínica Reina Catalina de la ciudad de Barranquilla
- Identificar las barreras de la aplicación del proceso de atención de enfermería de los enfermeros de la Clínica Reina Catalina
- Determinar el lenguaje de la NANDA NIC NOC del proceso de atención de enfermería en enfermeras de la clínica reina catalina.

2.4 MARCO REFERENCIAL O TEÓRICO

Desde hace algún tiempo se observan en la enseñanza de enfermería fallas educacionales, sobre todo en metodología para ello; por lo que gran parte de los educadores en esta rama están inquietos e inconformes, ya que la enseñanza tradicional limita al escolar y lo encajona en patrones ya establecidos en cada área de la enseñanza, lo cual no favorece el pensamiento dinámico en la solución de su propio aprendizaje, de su propio actuar.

Estas fallas han propiciado a la vez, que las enfermeras egresadas de estos programas no proporcionen asistencia de calidad, punto culminante o pretensión del curriculum de enfermería.

A partir de 1973, por estas y múltiples inquietudes a nivel docencia-asistencial se genera un movimiento orientado a enriquecer la enseñanza en uno de los muchos aspectos aun por abordar por educadores de salud, la de actualización didáctica. Este movimiento tiene como finalidad cambiar el actuar del docente y como fin primordial, cambiar el actuar del futuro profesionista de enfermería. Basado en los cambios iniciados por este movimiento, surgen grandes inquietudes sobre la profesión de enfermería, los cuales a su vez dan nacimiento a diversos seminarios, talleres, conferencias, etc., para esclarecer como debe ser la enseñanza y la asistencia de enfermería.

De 1974 a 1975 se han organizado dieciocho talleres diversos y otros eventos cuyo enfoque ha sido el Proceso de Atención de Enfermería (PAE). Estas actividades fueron promovidas por varios organismos e instituciones educativas y de servicio, que se han avocado al problema, especialmente la Asociación Nacional de Escuelas de Enfermería y la Asociación Nacional de Universidades e Instituto de Enseñanza Superior.

A pesar de los grandes avances, aun no existe un marco de apoyo unificado o bien un punto de referencia de donde parta la enseñanza y la asistencia con las modalidades específicas y particulares de cada institución.

A finales de 1975 la ANEE promueve una reunión de diversas escuelas del país, a fin de intercambiar experiencias obtenidas en la enseñanza y aplicación del PAE. En este evento se concluye la necesidad de elaborar un documento básico que unifique criterios y sirva de guía o referencia para todos los que se interesan en el Proceso de Atención de Enfermería como método para perfeccionar su actuación en enfermería.

Creemos que el presente trabajo contribuye a este fin, aunque esto es una mínima parte. Se enriquecerá con el esfuerzo conjunto de todos los que se entusiasman por mejorar la enfermería.

En la actualidad existen diversas publicaciones sobre el Proceso de Enfermería que muestran diferentes enfoques de su aplicación, pero son escasos los que profundizan en cada una de sus etapas.

Del PAE se habla continuamente pero se utiliza poco. En nuestro medio por ejemplo, las facultades de enfermería del país lo enseñan teóricamente y lo aplican parcialmente en las prácticas a usuarios hospitalizados delimitándolos por grupos o divisiones por ciclo vital humano. Dentro de estas rotaciones los estudiantes elaboran planes de atención con base en el proceso; sin embargo, el poco tiempo dedicado a las prácticas dificulta la ejecución de esas actividades creando en ocasiones sentimientos de frustración al no poder ejecutar su plan.

El Proceso de Enfermería ha sido legitimizado como el marco de la práctica de enfermería. La ANA lo utilizó como directriz para el desarrollo de la práctica de Enfermería.

En Estados Unidos el PE se ha incorporado en el marco conceptual de la mayo" de planes de estudio de enfermería, también se ha incluido en la mayoría de las

leyes de la práctica de enfermería. Recientemente los exámenes estatales de licenciatura fueron revisados para comprobar las capacidades de los aspirantes a licenciados en enfermería de utilizar los pasos del Proceso de Enfermería.

Existen en la actualidad diferentes definiciones del Proceso de Enfermería. Alfaro lo define como “un método sistemático y organizado para administrar cuidados de enfermería individualizados” ya que cada persona responde de forma distinta ante una alteración real o potencial. Es un conjunto de acciones intencionadas que realiza la enfermera en un orden específico con el fin de que una persona necesitada de cuidados de salud reciba el mejor cuidado de enfermería posible. Otros lo definen como “El pensar como enfermería”, analizando este concepto con las definiciones anteriores de enfermería, se observa que es importante conocer los fines de la profesión para entender que el Proceso de Enfermería es una metodología que permite aplicar los conocimientos teóricos adquiridos teniendo en cuenta las capacidades propias de cada individuo entre las cuales están el manejo de las relaciones interpersonales y la capacidad de análisis entre otros, con el fin de orientarlos hacia actividades que satisfagan las necesidades del usuario y su familia. Marriner añade que es el conjunto de una serie de pasos que intenta lograr un resultado en particular con base en la planeación y ejecución sistemática de los cuidados de enfermería.

La aplicación del método científico en la práctica asistencial enfermera, es el método conocido como proceso de Atención Enfermería (P.A.E.). Este método permite a las enfermeras prestar cuidados de una forma racional, lógica y sistemática.

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

cuidados de enfermería, compuesto de cinco pasos: valoración, diagnóstico, planificación, ejecución y evaluación. Como todo método, el PAE configura un número de pasos sucesivos que se relacionan entre sí. Aunque el estudio de cada uno de ellos se hace por separado, sólo tiene un carácter metodológico, ya que en la puesta en práctica las etapas se superponen:

- Valoración: es la primera fase del proceso de Enfermería que consiste en la recogida y organización de los datos que conciernen a la persona, familia y entorno. Son la base para las decisiones y actuaciones posteriores
 - Diagnóstico de Enfermería. Es el juicio o conclusión que se produce como resultado de la valoración de Enfermería.
 - Planificación. Se desarrollan estrategias para prevenir, minimizar o corregir los problemas, así como para promocionar la Salud.
 - Ejecución. Es la realización o puesta en práctica de los cuidados programados.
- Evaluación. Comparar las repuestas de la persona, determinar si se han conseguido los objetivos establecidos

Yura y Walsh 1988 arman que el Proceso de Enfermería es una serie designada de acciones que pretenden cumplir con el propósito de enfermería. Este propósito es conservar el estado óptimo de salud del cliente y en caso de cambiar este estado proporcionar la cantidad y calidad de los cuidados de enfermería que requiera su estado para recuperar la salud, en caso de no poder recuperar la salud el Proceso de Enfermería debe contribuir a la calidad de vida del cliente, aumentando los recursos para alcanzar la mayor calidad de vida posible durante el máximo tiempo posible.

Enfermería como profesión prestadora de servicios de salud, es sensible a las demandas de calidad por parte del usuario, aún así el profesional de enfermería debe involucrarse en la parte de calidad en relación con la restricción de costos convirtiendo el Proceso de Enfermería en un instrumento para que la enfermera evalúe constantemente la calidad del cuidado que se presta. Esto significa que se

necesita hacer un cálculo de los recursos necesarios sin dejar de lado el tiempo estipulado para la prestación del cuidado, es decir el empleo del Proceso de Enfermería evita duplicaciones u omisiones que representarían una mayor cantidad de gastos innecesarios por falta de planeación.

Es importante comprender que el uso de normas no obligan a que la utilización del proceso dé por resultado una forma específica del plan de atención, por el contrario éste depende del ambiente clínico en que se desempeñe el profesional.

Halls creo el termino proceso de enfermería en 1955, y Johnson (1959) Orlando (1961) y Wiedenbach (1963) fueron de las primeras personas en referirse a una serie de fases que describen el procesa de enfermería. Desde entonces, diversas profesionales de la enfermería han descrito el proceso de enfermería y han organizado las fases de distintas maneras.

El propósito del proceso de enfermería es identificar el estado de salud de un paciente y las necesidades o problemas de salud reales o potenciales, así como proporcionar intervenciones de enfermería específicas para hacer frente a dichas necesidades o problemas. El paciente puede ser un individuo una familia o un grupo.

La aplicación del proceso de enfermería en la practica clínica adquirió una mayor legitimidad en 1973 cuando las fases del mismo se incluyeron en las Standards Of Clinical Nursing Practice (normas de practicas de enfermería clínica) de la American Nurses Assosiation (ANA) de estados unidos. Esto contiene las cinco fases del proceso de enfermería: valoración, diagnostico, planificación, ejecución y evaluación.

Aunque las profesionales de enfermería teóricas pueden utilizar distintos términos para describir las fases del proceso de enfermería, las actividades del profesional de enfermería que aplican dichos procesos son similares. Por ejemplo, el diagnostico puede denominarse también análisis, y la ejecución puede denominarse también intervención.

El proceso de enfermería es un método racional y sistemático de planificar y proporcionar cuidados de enfermería. Su objetivo es identificar el estado de cuidados de salud de un paciente, y los problemas de salud reales o potenciales, establecer planes destinados a cumplir las necesidades identificadas y proporcionar intervenciones de enfermería específicas.

El Proceso de Enfermería además de cumplir con las normas de la práctica de enfermería le proporciona al profesional otras ventajas como son:

Grado en una escuela acreditada: es necesario aprenderlo y aplicarlo en la forma correcta en el ejercicio profesional. Este punto se refiere a la responsabilidad que tiene cada enfermero de aplicar el proceso para obtener mayor acreditación y cuando ejerza su profesión.

Confiabilidad: con relación al cuidado del paciente permite saber cuáles son los problemas específicos, las metas, el cómo y cuándo pueden ser ejecutadas de la mejor manera posible.

Satisfacción en el trabajo: los planes de cuidado adecuados incrementan en gran medida las oportunidades de una resolución exitosa de los problemas de salud generando en el profesional un sentimiento de orgullo y satisfacción personal y laboral.

Crecimiento profesional: compartir el conocimiento y la experiencia con otros colegas permite un intercambio con aquellos que se encuentran en la fase de adquisición de experiencia mediante la retroalimentación de resultados y evaluación de los mismos.

Ayuda para la asignación de pacientes los planes de atención ayudan a la asignación de pacientes por parte de docentes, estudiantes y profesionales teniendo como base el grado de complejidad, aumentando así el nivel de experiencia.

Empleo en un hospital: si el hospital está ejecutando el proceso es él quien evaluará el conocimiento acerca de éste y determinará o no la contratación.

También proporciona ventajas para el paciente:

Continuidad en la atención: el enfermo no tiene que seguir repitiendo sus inquietudes a cada uno de los profesionales que lo asisten pues el plan de cuidado proporciona esta información.

Calidad de atención: la entrevista de ingreso realizada por el enfermero permite la elaboración de un plan de atención que servirá como guía para otros enfermeros y estudiantes. La evaluación y revisión continuas aseguran un nivel de atención de acuerdo con la situación de salud del individuo.

En los hospitales las enfermeras comparten el cuidado de un paciente las 24 horas. Cada enfermera proporciona un cuidado, pero es necesario tener un plan que permita coordinar el esfuerzo de todas, con más organización y continuidad en los cuidados.

Los nuevos profesionales son los encargados de promover, aplicar y evaluar los beneficios o dificultades que el proceso les ocasione y así decidir si se continúa por el mismo camino o si hay que cambiar de método. Teniendo en cuenta la demanda de calidad y de restricción de costos es necesario proporcionar nuevas estrategias para el cuidado de enfermería. Una de estas corresponde al manejo de caso. Este es un sistema en el cual el plan de cuidado de enfermería y el de cuidados médicos se combinan en un documento, proporcionando atención de calidad en términos de costo. Zander en 1988 denomina este planteamiento como "La segunda generación de planes de enfermería."

En este sistema médicos y enfermeras expertos colaboran para desarrollar un plan de manejo de caso. Este procedimiento se denomina Grupo de Diagnósticos Relacionados (GDR). Estos planes enumeran atenciones y objetivos para cada día de hospitalización. De este proceso pueden generarse diagnósticos generales de

enfermería para la atención conjunta de aproximadamente el 75% de usuarios con un diagnóstico médico específico. El otro porcentaje se dirige hacia la individualidad del paciente sin dejar la identidad como enfermero y sin delegar la responsabilidad de la valoración del paciente. Puede entonces decirse que para varias situaciones problema existen diagnósticos de enfermería similares.

El Proceso de Enfermería fomenta la innovación y creatividad a la hora de solucionar los problemas de atención de enfermería. Esto evita el aburrimiento que podría deberse a un enfoque repetitivo orientado a una tarea.

El proceso de enfermería es un proceso cíclico y continuo que puede terminar en cualquier etapa si se resuelve el problema. Existe un solo proceso para todos los problemas de los pacientes y para todos los elementos su cuidado. La evaluación de los cuidados de enfermería llevará posiblemente a cambios en la realización de los mismos; es probable que las necesidades del paciente cambien durante su estancia en el hospital ya sea por mejora o deterioro de su estado de salud. El proceso de enfermería está enfocado, además de en las necesidades fisiológicas del paciente, en las de seguridad y protección, amor y pertenencia, autoestima y autorrealización.

Características:

- Cíclico y dinámico.
- Metas dirigidas y centradas en el cliente.
- Interpersonal y colaborativo.
- Universalmente aplicable.
- Sistemático.

El proceso de enfermería no es algo extraño o inusualmente complejo. Sin darnos cuenta, utilizamos su método a diario. Por ejemplo, ir a repostar combustible a una estación de gasolina requiere, en primer lugar, una **Valoración** de los diferentes precios y del número de personas que hay esperando para obtener combustible, entre otras cosas. Una decisión subsecuente, o **Diagnóstico**, se realiza con base

en los criterios anteriores. Esto puede incluir dirigirse a la estación de gasolina para llenar el tanque o ir calle abajo a por mejores precios o menos gente. Si el precio es adecuado y no hay mucha gente entonces entramos allí. Ahora tiene lugar la **Planeación** (o planificación), que puede incluir consideraciones tales como qué bomba (o surtidor) usar, cuánto combustible poner en el tanque, o si limpiamos o no los parabrisas, entre otras cosas. Estamos ya en la bomba y listos para usarla. Ahora debemos **Implementar** (o ejecutar) lo que hemos planeado antes de disponernos a repostar: Nos hemos dirigido hacia el lado del pasajero porque el tanque se encuentra en ese lado, parte de nuestro plan. También nos hemos dado suficiente espacio para salir después sin quedar bloqueados por otro vehículo, también parte de nuestro plan. Ahora retiramos la manguera y comenzamos a echar combustible al tanque, es decir, **Implementamos** lo que planeamos. Las cosas van bien. Tenemos el tanque lleno y hemos salido de la estación de gasolina sin complicaciones. Nuestra **Evaluación** de la ida a la estación de gasolina deberá ser buena, por lo que tendremos la opción de emplear este método en el futuro, y si no, tomaremos las medidas necesarias para la próxima vez que tengamos que enfrentar el mismo problema. En teoría, el proceso de enfermería es simple como esta analogía, aplicable en situaciones de distinto grado de complejidad, y comparable al método científico.

Habilidades

El proceso de enfermería implica habilidades que un profesional de enfermería debe poseer cuando él o ella tenga que comenzar la fase inicial del proceso. Tener estas habilidades contribuye a la mejora de la atención del profesional de enfermería al cuidado de la salud del cliente, incluyendo el nivel de salud del mismo, o su estado de salud.

Habilidades cognitivas o intelectuales, tales como el análisis del problema, resolución de problemas, pensamiento crítico y realizar juicios concernientes a las necesidades del cliente. Incluidas entre estas habilidades están aquellas de identificar, diferenciar los problemas de salud actuales y potenciales a través de la

observación y la toma de decisiones, al sintetizar el conocimiento de enfermería previamente adquirido.

Habilidades interpersonales, que incluyen la comunicación terapéutica, la escucha activa, el compartir conocimiento e información, el desarrollo de confianza o la creación de lazos de buena comunicación con el cliente, y la obtención ética de información necesaria y relevante del cliente la cual será luego empleada en la formulación de problemas de salud y su análisis.

Habilidades técnicas, que incluyen el conocimiento y las habilidades necesarias para manipular y maniobrar con propiedad y seguridad el equipo apropiado necesitado por el cliente el realizar procedimientos médicos o diagnósticos, tales como la valoración de los signos vitales, y la administración de medicamentos.

Fases del proceso de enfermería

Los siguientes son los pasos o fases del proceso de enfermería:

- **Valoración** de las necesidades del paciente,
- **Diagnóstico** de las necesidades humanas que la enfermería puede asistir,
- **Planificación** del cuidado del paciente,
- **Implementación** del cuidado,
- **Evaluación** del éxito del cuidado implementado y retroalimentación para procesos futuros.

VALORACION:

Es la obtención, organización, validación y registro sistemático y continuo de los datos (información). Así, la valoración es un proceso continuo que lleva a cabo durante todas las fases del proceso de enfermería. Por ejemplo, en la fase de evaluación, se realiza una valoración para determinar los resultados de las estrategias de enfermería y para evaluar la consecución de los objetivos. Todas las fases del proceso de enfermería dependen de la obtención exacta y completa de los datos necesarios.

Existen cuatro tipos diferentes de valoraciones: valoración inicial, valoración focalizada, valoración urgente y nueva valoración después de un tiempo. Las valoraciones varían de acuerdo con su propósito, momento, tiempo disponible y estado del paciente.

Las valoraciones de enfermería se centran en las respuestas del paciente a un problema de salud. Una valoración de enfermería debe incluir las necesidades, los problemas sanitarios, las experiencias relacionadas, las prácticas de salud, los valores y los estilos de vida percibidos del paciente. Para que su utilidad sea máxima, los datos obtenidos deben ser relevantes en relación con un problema de salud específico. Por consiguiente, los profesionales de enfermería deben aplicar el pensamiento crítico, para decidir que deben valorar. La Joint Commission On Accreditation Of Healthcare Organizations (2001) exigen que se someta a cada paciente a una valoración inicial consistente en la obtención de los antecedentes de salud y la realización de una exploración física, que deberán registrarse en las 24 horas siguientes al ingreso hospitalario.

El proceso de valoración conlleva cuatro actividades estrechamente relacionadas: obtención de datos, organización de datos, validación de datos y registro de datos:

- **OBTENCIÓN DE DATOS:**

Es un proceso de recopilación de información sobre el estado de salud de un paciente. Debe ser a la vez sistemático y continuo, con el fin de evitar omitir datos importantes y de reflejar el estado de salud cambiante del paciente.

Una base de datos incluye toda la información disponible sobre un paciente: comprende la historia de enfermería, la valoración de enfermería, la anamnesis y la exploración física realizada por el médico, los resultados de los análisis de laboratorio y las pruebas diagnósticas, también se deben incluir sus antecedentes de salud, además del problema actual.

TIPOS DE DATOS:

Pueden ser subjetivos u objetivos. Los datos subjetivos, también denominados síntomas encubiertos, solo son evidentes para la persona afectada, y solo dicha persona puede describirlo o verificarlos.

Datos objetivos, también denominados signos o datos manifiestos, son detectables por un observador o puede medirse o comprobarse según un parámetro de referencia aceptada.

FUENTE DE DATOS

La fuente de datos puede ser primaria o secundaria. El paciente es la fuente primaria de datos. Los miembros de la familia u otros allegados del paciente, otros profesionales sanitarios, los registros he informes del paciente, los análisis diagnósticos y de laboratorio, y toda la bibliografía relacionada son fuentes secundarias o indirecta de información. De hecho, todas las fuentes que no sean el paciente se consideran fuentes secundarias.

REGISTROS DEL PACIENTE

Los registros del paciente contienen información documentada por varios profesionales sanitarios. También contienen datos relativos a la profesión, la religión y el estado marital del paciente; si se revisa esta información antes de entrevistar al paciente, se evita plantear preguntas cuya respuestas ya han sido proporcionadas. La repetición de preguntas puede estresar y molestar al paciente, y provocar preocupación sobre la falta de comunicación entre los profesionales sanitarios. Los tipos de registro del paciente son la historia clínica, los informes de tratamiento y los informes de laboratorio.

MÉTODOS DE OBTENCIÓN DE DATOS

A) Entrevista Clínica:

Es la técnica indispensable en la valoración, ya que gracias a ella obtenemos el mayor número de datos.

Existen dos tipos de entrevista, ésta puede ser formal o informal. La entrevista formal consiste en una comunicación con un propósito específico, en la cual la enfermera realiza la historia del paciente.

El aspecto informal de la entrevista es la conversación entre enfermera y paciente durante el curso de los cuidados.

La entrevista es un proceso que tiene cuatro finalidades, éstas son

- Obtener información específica y necesaria para el diagnóstico enfermero y la planificación de los cuidados.
- Facilitar la relación enfermera/paciente.
- Permitir al paciente informarse y participar en la identificación de sus problemas Y en el planteamiento de sus objetivos Y también.
- Ayudar a la enfermera a determinar que otras áreas requieren un análisis específico a lo largo de la valoración.

La entrevista consta de tres partes: Iniciación, cuerpo y cierre

- **Iniciación:** Se comienza por una fase de aproximación y se centra en la creación de un ambiente favorable, en donde se desarrolla una relación interpersonal positiva.
- **Cuerpo:** La finalidad de la conversación en esta parte se centra en la obtención de la información necesaria. Comienza a partir del motivo de la consulta o queja principal del paciente y se amplía a otras áreas como historial médico, información sobre la familia y datos sobre cuestiones culturales o religiosas. Existen formatos estructurados o semiestructurados

para la recogida sistematizada y lógica de la información pertinente sobre el paciente.

- Cierre: Es la fase final de la entrevista. No se deben introducir temas nuevos. Es importante resumir los datos más significativos. También constituye la base para establecer las primeras pautas de planificación.

La entrevista clínica tiene que ser comprendida desde dos ámbitos:

- Un ámbito interpersonal en el que dos o más individuos se ponen en contacto y se comunican;
- Otro ámbito de la entrevista es el de una habilidad técnica.

La entrevista puede verse interrumpida por los ruidos, entendiéndose por esto no solamente los ruidos audibles sino también, la imagen global que ofrece el centro sanitario. Éstas pueden ser controladas por el entrevistador en la mayoría de los casos. Tres tipos de interferencias:

- Interferencia cognitiva: Consisten en que el problema del paciente no es percibido o comprendido por el entrevistador.
- Interferencia emocional: Es frecuente, consiste en una reacción emocional adversa del paciente o del entrevistador. Los estados emocionales extremos como ansiedad, depresión, miedo a una enfermedad grave o a lo desconocido, dolor o malestar. Por parte del profesional, agresividad, excesiva valoración de sí mismos, excesiva proyección sobre los pacientes e incluso desresponsabilización de las obligaciones, Borrell (1986),
- Interferencia social: En este caso las diferencias sociales conllevan en el profesional una menor conexión emocional a una menor implicación, y a prestar menor información al paciente.

Las técnicas verbales son:

- El interrogatorio permite obtener información, aclarar respuestas y verificar datos.

- La reflexión o reformulación, consiste en repetir o expresar de otra forma lo que se ha comprendido de la respuesta del paciente, permite confirmar y profundizar en la información.
- Las frases adicionales, estimula la continuidad del proceso verbal de la entrevista.
- Las técnicas no verbales: Facilitan o aumentan la comunicación mientras se desarrolla la entrevista, estos componentes no verbales son capaces de transmitir un mensaje con mayor efectividad incluso que las palabras habladas, las más usuales son:
 - Expresiones faciales,
 - La forma de estar y la posición corporal,
 - Los gestos,
 - El contacto físico,
 - La forma de hablar.

Para finalizar la entrevista y siguiendo a Briggs, J. (1985) y Gazda G.M. (1975) concretaremos las cualidades que debe tener un entrevistador: empatía, calidez, concreción, y respeto.

- Empatía: Entendemos por empatía la capacidad de comprender (percibir) correctamente lo que experimenta nuestro interlocutor, Cibanal (1991). Pero Borrell (1989), nos aporta que no basta con comprender al cliente, si no es capaz de transmitirle esa comprensión. La empatía pues consta de dos momentos, uno en el que el entrevistador es capaz de interiorizar la situación emocional del cliente, Y otro en el que le da a entender que la comprende.
- Calidez: Es la proximidad afectiva entre el paciente y el entrevistador. Se expresa solo a nivel no verbal
- Respeto: Es la capacidad del entrevistador para transmitir al paciente que su problema le atañe, y que se preocupa por él preservando su forma de pensar, sus valores ideológicos y éticos Borrell (1989). En palabras de

Cibanal (1991), implica el aprecio de la dignidad y valor del paciente y el reconocimiento como persona.

- Concreción: Es la capacidad del entrevistador para delimitar los objetivos mutuos Y compartidos de la entrevista, Borrell (1989).

Cibanal (1991) nos aporta una quinta característica del entrevistador:

- La autenticidad, ésta supone que «uno es él mismo cuando lo que dice está acorde con sus sentimientos».

B) La observación:

En el momento del primer encuentro con el paciente, la enfermera comienza la fase de recolección de datos por la observación, que continua a través de la relación enfermera-paciente.

Es el segundo método básico de valoración, la observación sistemática implica la utilización de los sentidos para la obtención de información tanto del paciente, como de cualquier otra fuente significativa Y del entorno, así como de la interacción de estas tres variables. La observación es una habilidad que precisa práctica y disciplina. Los hallazgos encontrados mediante la observación han de ser posteriormente confirmados o descartados.

C) La exploración física:

La actividad final de la recolección de datos es el examen físico. Debe explicarse al paciente en qué consiste el examen y pedir permiso para efectuarlo.

Exploración física. Se centra en: determinar en Profundidad la respuesta de la persona al proceso de la enfermedad, obtener una base de datos para poder establecer comparaciones y valorar la eficacia de las actuaciones, confirmar los datos subjetivos obtenidos durante la entrevista. La enfermera utiliza cuatro técnicas específicas: inspección, palpación, percusión y auscultación.

- Inspección: es el examen visual cuidadoso y global del paciente, para determinar estados o respuestas normales o anormales. Se centra en las características físicas o los comportamientos específicos (tamaño, forma, posición, situación anatómica, color, textura, aspecto, movimiento y simetría).
- Palpación: Consiste en la utilización del tacto para determinar ciertas características de la estructura corporal por debajo de la piel (tamaño, forma, textura, temperatura, humedad, pulsos, vibraciones, consistencia y movilidad). Esta técnica se utiliza para la palpación de órganos en abdomen. Los movimientos corporales Y la expresión facial son datos que nos ayudarán en la valoración
- Percusión: implica el dar golpes con uno o varios dedos sobre la superficie corporal, con el fin de obtener sonidos. Los tipos de sonidos que podemos diferenciar son: Sordos, aparecen cuando se percuten músculos o huesos. Mates: aparecen sobre el hígado y el bazo. Hipersonoros: aparecen cuando percutimos sobre el pulmón normal lleno de aire Y Timpánicos: se encuentra al percutir el estómago lleno de aire o un carrillo de la cara.
- Auscultación: consiste en escuchar los sonidos producidos por los órganos del cuerpo. Se utiliza el estetoscopio y determinamos características sonoras de pulmón, corazón e intestino. También se pueden escuchar ciertos ruidos aplicando solo la oreja sobre la zona a explorar.

Una vez descritas las técnicas de exploración física pasemos a ver las diferentes formas de abordar un examen físico: Desde la cabeza a los pies, por sistemas/aparatos corporales y por patrones funcionales de salud :

- Desde la cabeza a los pies: Este enfoque comienza por la cabeza y termina de forma sistemática Y simétrica hacia abajo, a lo largo del cuerpo hasta llegar a los pies.
- Por sistemas corporales o aparatos, nos ayudan a especificar que sistemas precisan más atención.

- Por patrones funcionales de salud, permite la recogida ordenada para centrarnos en áreas funcionales concretas.

La información física del paciente que se obtiene es idéntica en cualquiera de los métodos que utilizemos.

VALIDACIÓN DE DATOS:

Significa que la información que se ha reunido es verdadera (basada en hechos). Esto es lo que debemos asegurarnos de que el paciente quiere indicar lo que de hecho dice. En comunicación existen técnicas de reformulación que nos ayudan a comprender más fielmente los mensajes del paciente, evitando las interpretaciones.

Se consideran datos verdaderos aquellos datos susceptible de ser evaluados con una escala de medida precisa, peso, talla, etc.

Los datos observados y que no son medibles, en principio, se someten a validación confrontándolos con otros datos o buscando nuevos datos que apoyen o se contrapongan a los primeros.

ORGANIZACIÓN DE LOS DATOS:

Es el cuarto paso en la recogida de datos, en esta etapa se trata de agrupar la información, de forma tal que nos ayude en la identificación de problemas, el modo más habitual de organizar los datos es por necesidades humanas (Maslow, 1972), o por patrones funcionales (Gordon, 1987), etc. La información ya ha sido recogida y validada, ahora los datos se organizan mediante categorías de información. Estas categorías ya las hemos visto en el apartado de examen físico y como habíamos apuntado, para el establecimiento de la agrupación, se debe elegir la que más se adapte al modelo desarrollado en cada centro asistencial, etc.

Los componentes de la valoración del paciente que hemos seleccionado como necesarios hoy en día son:

- Datos de identificación.
- Datos culturales y socioeconómicos.
- Historia de salud: Diagnósticos médicos, problemas de salud; resultados de pruebas diagnosticas y los tratamiento prescritos.
- Valoración física
- Patrones funcionales de salud.

La valoración mediante patrones funcionales (funcionamiento) se realiza en términos mensurables y no abstractos (necesidades), en este sentido los patrones funcionales de salud facilitan la valoración, aunque no por ello hay que entender que la valoración de los patrones funcionales es opuesta a la valoración de necesidades; antes al contrario, se complementan, Tomás Vidal (1994).

Aquí aportaremos que los diagnósticos de enfermería nos ayudan en la tarea de fundamentar los problemas detectados en las necesidades humanas, esto es, nos confirmarán la carencia de las necesidades básicas. Este tipo de fundamentación debería ser estudiado profundamente.

DOCUMENTACION Y REGISTRO DE LA VALORACIÓN:

Es el segundo componente de la fase de valoración y las razones que justifican su uso son de manera esquemática las que siguen:

- Constituye un sistema de comunicación entre los profesionales del equipo sanitario.
- Facilita la calidad de los cuidados al poder compararse con unas normas de calidad (véase tema referente a la garantía de la calidad de los cuidados enfermeros).
- Permite una evaluación para la gestión de los servicios enfermeros, incluida la gestión de la calidad.

- Prueba de carácter legal
- Permite la investigación en enfermería
- Permite la formación pregrado y postgrado

Las normas que Iyer (1989), establece para la correcta anotación de registros en la documentación son:

A) Deben estar escritos de forma objetiva, sin prejuicios, juicios de valor u opiniones personales, también hay que anotar (entre comillas), la información subjetiva que aporta el paciente, los familiares y el equipo sanitario.

B) Las descripciones e interpretaciones de los datos objetivos se deben apoyar en pruebas y observaciones concretas.

C) Se deben evitar las generalizaciones y los términos vagos como, «normal», «regular».

D) Los hallazgos deben describirse de manera meticulosa, forma, tamaño, etc.

E) La anotación debe ser clara y concisa.

F) Se escribirá de forma legible y con tinta indeleble. Trazar una línea sobre los errores.

G) Las anotaciones serán correctas ortográfica y gramaticalmente. Se usarán solo las abreviaturas de uso común.

FASE DE DIAGNÓSTICO:

Según se utilice el PAE de 4 fases o el de 5 es el paso final del proceso de valoración o la segunda fase. Es un enunciado del problema real o en potencia del paciente que requiera de la intervención de enfermería con el objeto de resolverlo o disminuirlo. En ella se va a exponer el proceso mediante el cual estaremos en condiciones de establecer un problema clínico y de formularlo para su posterior tratamiento, bien sea diagnóstico enfermero o problema interdependiente.

Diagnóstico de enfermería real se refiere a una situación que existe en el momento actual. Problema potencial se refiere a una situación que puede ocasionar dificultad en el futuro.

Un diagnóstico de enfermería no es sinónimo de uno médico.

Si las funciones de Enfermería tienen tres dimensiones, dependiente, interdependiente e independiente, según el nivel de decisión que corresponde a la enfermera, surgirán problemas o necesidades en la persona que competirán a un campo u otro de actuación:

- La dimensión dependiente de la práctica de la enfermera incluye aquellos problemas que son responsabilidad directa del médico que es quien designa las intervenciones que deben realizar las enfermeras. La responsabilidad de la enfermera es administrar el tratamiento médico prescrito.
- La dimensión interdependiente de la enfermera, se refiere a aquellos problemas o situaciones cuya prescripción y tratamiento colaboran las enfermeras y otros profesionales de la Salud. Estos problemas se describirán como problemas colaborativo o interdependiente, y son complicaciones fisiológicas que las enfermeras controlan para detectar su inicio o su evolución y colaboran con los otros profesionales para un tratamiento conjunto definitivo
- Dimensión independiente de la enfermera, es toda aquella acción que es reconocida legalmente como responsabilidad de Enfermería, y que no requiere la supervisión o dirección de otros profesionales. Son los Diagnósticos de Enfermería. (D.E.)

Los pasos de esta fase son:

1.- Identificación de problemas:

- Análisis de los datos significativos, bien sean datos o la deducción de ellos, es un planteamiento de alternativas como hipótesis
- Síntesis es la confirmación, o la eliminación de las alternativas.

2.- Formulación de problemas. Diagnóstico de enfermería y problemas interdependientes.

C. Componentes de los Categorías Diagnósticos aceptadas por la NANDA:

Hay que considerar la importancia de los beneficios específicos de una taxonomía diagnóstica en los distintos ámbitos del quehacer profesional. La Asociación Española de Enfermería Docente (AEED) en 1993, elaboró un documento en el que especificaba estos beneficios:

- Investigación: Para poder investigar sobre los problemas de Salud que los profesionales de enfermería estamos capacitados para tratar, es necesario que los mismos estén bien definidos y universalizados, a fin de que los resultados de las investigaciones, puedan ser comprendidos y aplicados por otros enfermeros. Es evidente que esto no es posible llevarlo a cabo sin disponer de un lenguaje común previo que aúne los criterios y facilite la comunicación e intercambio de datos. En este momento los Diagnósticos enfermeros pueden contribuir a la consolidación de la disciplina en Enfermería mediante líneas de investigación dirigidas a:
 - Determinar la compatibilidad de una taxonomía con cada uno de los modelos conceptuales.
 - Validar en distintos ámbitos culturales las características definitorias y los factores relacionados de los Diagnósticos de Enfermería aceptados.
 - Comparar la eficacia de las diversas intervenciones propuestas ante un mismo Diagnóstico.
 - Realizar el análisis epidemiológico de los diagnósticos que presenta una población determinada

- Identificar nuevas áreas de competencia en Enfermería, o completar las ya identificadas, mediante el desarrollo y validación de nuevos Diagnósticos.
- Docencia: la inclusión de los Diagnósticos de Enfermería en el curriculum básico debe iniciarse y continuarse de forma coherente, y prolongarse de forma progresiva a lo largo de todo el curriculum. Permite:
 - Organizar de manera lógica, coherente Y ordenada los conocimientos de Enfermería que deberían poseer los alumnos
 - Disponer de un lenguaje compartido con otros profesionales, con los enfermeros docentes y con los propios alumnos, lo cual facilita enormemente la transmisión de ideas y conceptos relacionados con los cuidados.
- Asistencial: El uso de los Diagnósticos en la práctica asistencial favorece la organización y profesionalización de las actividades de enfermería, al permitir:
 - identificar las respuestas de las personas ante distintas situaciones de Salud
 - Centrar los cuidados brindados en las respuestas humanas identificadas a través de una valoración propia
 - Aumentar la efectividad de los cuidados al prescribir actuaciones de Enfermería específicas orientadas a la resolución o control de los problemas identificados.
 - Organizar, definir y desarrollar la dimensión propia del ejercicio profesional
 - Delimitar la responsabilidad profesional, lo que como beneficio secundario crea la necesidad de planificar y registrar las actividades realizadas.
 - Diferenciar la aportación enfermera a los cuidados de Salud de las hechas por otros profesionales.
 - Unificar los criterios de actuación ante los problemas o situaciones que están dentro de nuestra área de competencia.

- Mejorar y facilitar la comunicación inter e intradisciplinar.
- gestión: Algunas de las ventajas que comportan la utilización de los Diagnósticos de Enfermería en este ámbito son:
 - Ayudar a determinar los tiempos medios requeridos, Y por tanto, las cargas de trabajo de cada unidad o centro, al facilitar la organización y sistematización de las actividades de cuidados.
 - Permitir, como consecuencia, una mejor distribución de los recursos humanos y materiales.
 - Favorece la definición de los puestos de trabajo, ya que ésta podría incluir la habilidad para identificar y tratar los Diagnósticos de Enfermería que se dan con mayor frecuencia.
 - Posibilitar la determinación de los costes reales de los servicios de Enfermería, y consecuentemente, los costes reales de los cuidados brindados al usuario.
 - Facilitar el establecimiento de criterios de evaluación de la calidad de los servicios de Enfermería brindados en un centro o institución.
 - Identificar las necesidades de formación para grupos profesionales específicos.

Los componentes de las categorías diagnósticas, aceptadas por la NANDA para la formulación y descripción diagnóstica, en 1990 novena conferencia se aceptaron 90 categorías diagnósticas. Cada categoría diagnóstica tiene 4 componentes:

- 1.- Etiqueta descriptiva o título: ofrece una descripción concisa del problema (real o potencial). Es una frase o término que representa un patrón.
- 2.- Definición: expresa un significado claro y preciso de la categoría y la diferencia de todas las demás.
- 3.- Características definitorias: Cada diagnóstico tiene un título y una definición específica, ésta es la que nos da el significado propiamente del diagnóstico, el título es solo sugerente.
- 4.- Las características que definen los diagnóstico reales son los signos y síntomas principales siempre presentes en el 80-100% de los casos. Otros signos

y síntomas, que se han calificado como secundarios están presentes en el 50-79% de los casos, pero no se consideran evidencias necesarias del problema.

5.- Factores etiológicos y contribuyentes o factores de riesgo: Se organizan entorno a los factores fisiopatológicos, relacionados con el tratamiento, la situación y la maduración, que pueden influir en el estado de salud o contribuir al desarrollo del problema. Los diagnósticos de enfermería de alto riesgo incluyen en su enunciado los factores de riesgo, por ejemplo es:

- F. Fisiopatológicos (biológico y psicológicos): shock, anorexia nerviosa
- F. de Tratamiento (terapias, pruebas diagnósticas, medicación, diálisis, etc.)
 - De medio ambiente como, estar en un centro de cuidados crónicos, residuos tóxicos, etc.
 - Personales, como encontrarnos en el proceso de muerte, divorcio, etc.
- F. de Maduración: paternidad/maternidad, adolescencia, etc.

D) Tipos de diagnósticos:

Antes de indicar la forma de enunciar los diagnósticos establezcamos que tipos de diagnósticos hay, pudiendo ser de cuatro tipos, que son: reales, de alto riesgo (designados hasta 1992 como potenciales), de bienestar o posibles.

- Real: representa un estado que ha sido clínicamente validado mediante características definitorias principales identificables. Tiene cuatro componentes: enunciado, definición características que lo definen y factores relacionados. El enunciado debe ser descriptivo de la definición del Diagnóstico y las características que lo definen (Gordon 1990). El término "real" no forma parte del enunciado en un Diagnóstico de Enfermería real. Consta de tres partes, formato PES: problema (P) + etiología, factores causales o contribuyentes (E) + signos/síntomas (S). Estos últimos son los que validan el Diagnóstico.

- Alto Riesgo: es un juicio clínico de que un individuo, familia o comunidad son más vulnerables a desarrollar el problema que otros en situación igual o similar. Para respaldar un Diagnóstico potencial se emplean los factores de riesgo. 1.a descripción concisa del estado de Salud alterado de la persona va precedido por el término "alto riesgo" . Consta de dos componentes, formato PE: problema (P) + etiología/factores contribuyentes (E).
- Posible: son enunciados que describen un problema sospechado para el que se necesitan datos adicionales. La enfermera debe confirmar o excluir. Consta de dos componentes, formato PE: problema (P) + etiología/factores contribuyentes (E).
- De bienestar: juicio clínico respecto a una persona, grupo o comunidad en transición desde un nivel específico de bienestar hacia un nivel más elevado. Deben estar presentes dos hechos: deseo de un nivel mayor de bienestar y estado o función actual eficaces. Son enunciados de una parte, conteniendo sólo la denominación. No contienen factores relacionados. Lo inherente a estos Diagnósticos es un usuario o grupo que comprenda que se puede lograr un nivel funcional más elevado si se desea o si se es capaz. La enfermera puede inferir esta capacidad basándose en i los deseos expresos de la persona o del grupo por la Educación para la Salud.

Podemos añadir un quinto tipo:

- De síndrome: comprenden un grupo de Diagnósticos de Enfermería reales o potenciales que se suponen que aparecen como consecuencia de un acontecimiento o situación determinados. Los Diagnósticos de Enfermería de Síndrome son enunciados de una parte, con la etiología o factores concurrentes para el Diagnóstico contenidos en la denominación diagnóstica.

A la hora de escribir un Diagnóstico hay que tener en cuenta una serie de directrices:

- Unir la primera parte (P) con la segunda (E) utilizando " relacionado con" mejor que "debido a" o "causado por". No quiere significar necesariamente que hay una relación causa-efecto directa.
- La primera parte del Diagnóstico identifica la respuesta de la persona, y no una actividad de Enfermería.
- Redactar en términos convenientes y aconsejables desde el punto de vista legal
- Escribir el Diagnóstico sin emitir juicios de valor, sino basarse en datos objetivos y subjetivos que se hayan recogido y validado con el usuario.
- Evitar invertir el orden de las partes del Diagnóstico, puede llevar a un enunciado confuso.
- No mencionar signos y síntomas en la primera parte del Diagnóstico.
- No indique el Diagnóstico de Enfermería como si fuera un Diagnóstico médico.
- No escriba un Diagnóstico de Enfermería que repita una orden médica.
- No rebautice un problema médico para convertirlo en un Diagnóstico de Enfermería.
- No indique dos problemas al mismo tiempo, dificulta la formulación de los objetivos.

PLANIFICACIÓN DE LOS CUIDADOS DE ENFERMERÍA:

Una vez hemos concluido la valoración e identificado las complicaciones potenciales (problemas interdependientes) y los diagnósticos enfermeros, se procede a la fase de planeación de los cuidados o tratamiento enfermero. En esta fase se trata de establecer y llevar a cabo unos cuidados de enfermería, que conduzcan al cliente a prevenir, reducir o eliminar los problemas detectados. La fase de planeación del proceso de enfermería incluye cuatro etapas, Carpenito (1987) e Iyer (1989).

Etapas en el Plan de Cuidados

- **Establecer prioridades en los cuidados.** Selección. Todos los problemas y/o necesidades que pueden presentar una familia y una comunidad raras veces pueden ser abordados al mismo tiempo, por falta de disponibilidad de la enfermera, de la familia, posibilidades reales de intervención, falta de recursos económicos, materiales y humanos.. Por tanto, se trata de ordenar jerárquicamente los problemas detectados.
- **Planteamiento de los objetivos del cliente con resultados esperados.** Esto es, determinar los criterios de resultado. Describir los resultados esperados, tanto por parte de los individuos y/o de la familia como por parte de los profesionales.

Son necesarios porque proporcionan la guía común para el equipo de Enfermería, de tal manera que todas las acciones van dirigidas a la meta propuesta. Igualmente formular objetivos permite evaluar la evolución del usuario así como los cuidados proporcionados.

Deben formularse en términos de conductas observables o cambios mensurables, realistas y tener en cuenta los recursos disponibles. En el trato con grupos familiares hay que tener en cuenta que el principal sistema de apoyo es la familia, sus motivaciones, sus conocimientos y capacidades... así como los recursos de la comunidad. Se deben fijar a corto y largo plazo.

Por último es importante que los objetivos se decidan y se planteen de acuerdo con la familia y/o la comunidad, que se establezca un compromiso de forma que se sientan implicadas ambas partes, profesional y familia/comunidad.

- **Elaboración de las actuaciones de enfermería,** esto es, determinar los objetivos de enfermería (criterios de proceso). Determinación de actividades, las acciones especificadas en el plan de cuidados corresponden a las tareas concretas que la enfermera y/o familia realizan para hacer realidad los objetivos. Estas acciones se consideran instrucciones u órdenes enfermeras

que han de llevar a la práctica todo el personal que tiene responsabilidad en el cuidado del paciente. Las actividades propuestas se registran en el impreso correspondiente y deben especificar: qué hay que hacer, cuándo hay que hacerlo, cómo hay que hacerlo, dónde hay que hacerlo y quién ha de hacerlo.

Para un Diagnóstico de Enfermería real, las actuaciones van dirigidas a reducir o eliminar los factores concurrentes o el Diagnóstico, promover un mayor nivel de bienestar, monitorizar la situación.

Para un Diagnóstico de Enfermería de alto riesgo las intervenciones tratan de reducir o eliminar los factores de riesgo, prevenir la presentación del problema, monitorizar su inicio.

Para un Diagnóstico de Enfermería posible las intervenciones tratan de recopilar datos adicionales para descartar o confirmar el Diagnóstico. Para los problemas interdisciplinarios tratan de monitorizar los cambios de situación, controlar los cambios de situación con intervenciones prescritas por la enfermera o el médico y evaluar la respuesta.

- **Documentación y registro**

DETERMINACIÓN DE PRIORIDADES:

Es un paso en la fase de planeación en la que se debe priorizar, qué problemas serán los que se incluyan en el plan de cuidados y por tanto tratados, éstos deben consensuarse con el cliente, de tal forma que la no realización de este requisito puede conducirnos a errores y a pérdidas de tiempo, por el contrario su uso nos facilitará aun más la relación terapéutica.

Se trata de establecer las necesidades que son prioritarias para el paciente. Creemos que es de interés indicar aquí, que bajo una concepción holístico-humanista, la insatisfacción de las necesidades básicas provoca la enfermedad, Maslow (1972), esta carencia coloca a la persona en un estado de supervivencia, a pesar de ello y en determinadas ocasiones de libre elección, la persona prefiere

satisfacer unas necesidades, privándose de otras. Es obvio añadir que son problemas prioritarios las situaciones de emergencia, como problemas de carácter biofisiológico, con excepción de la urgencia en los procesos de morir.

Por lo tanto daremos preferencia a aquellos diagnósticos de enfermería y complicaciones potenciales, referidos a las necesidades que el paciente da prioridad consensuadamente con la enfermera/o. En realidad las actividades que la enfermería desarrolla con y para las personas tienen suma importancia dentro del campo asistencial y del desarrollo humano, ya que les ayuda a detectar, reconocer y potenciar sus propios recursos, esto es satisfacer sus necesidades humanas, Maslow (1972), favorece en gran medida la recuperación de la enfermedad.

Queremos hacer hincapié en la importancia que tienen las acciones de promoción de la salud enfocadas desde el cambio de estilo de vida, actividades que son exclusivamente responsabilidad de la enfermería y que aún no se han asumido.

PLANTEAMIENTO DE LOS OBJETIVOS:

Una vez que hemos priorizado los problemas que vamos a tratar, debemos definir los objetivos que nos proponemos con respecto a cada problema, teniendo presente que los objetivos sirven para:

- Dirigir los cuidados.
- Identificar los resultados esperados.
- Medir la eficacia de las actuaciones.

Lo que se pretende con los objetivos de las actuaciones enfermeras es establecer qué se quiere conseguir, cómo, cuándo y cuánto.

Existen dos tipos de objetivos:

- Objetivos de enfermería o criterios de proceso.
- Objetivos del paciente/cliente o criterios de resultado

Normas generales para la descripción de objetivos

- Escribir los objetivos en términos que sean observables y puedan medirse.
- Describir los objetivos en forma de resultados o logros a alcanzar, y no como acciones de enfermería.
- Elaborar objetivos cortos.
- Hacer específicos los objetivos.
- Cada objetivo se deriva de sólo un diagnóstico de enfermería.
- Señalar un tiempo específico para realizar cada objetivo.

OBJETIVOS DE ENFERMERÍA:

Estos objetivos dirigen las actuaciones enfermeras hacia tres grandes áreas para ayudar al paciente:

- A encontrar sus puntos fuertes, esto es, sus recursos de adaptación adecuados para potenciarlos.
- A buscar nuevos sistemas y recursos de adaptación.
- A conocer su estilo de vida y ayudarle a modificarlo, si no fuera competente para el cambio, bien por una disminución de los recursos propios o por una inadecuación de los mismos.

Los objetivos de enfermería no se suelen escribir en el plan de cuidados, a excepción de que sea para los alumnos, en cualquier caso deben responder a preguntas sobre: capacidades limitaciones y recursos del individuo que se pueden fomentar, disminuir/aumentar o dirigir.

Es interesante la consideración de Brunner y Suddarth, en la que nos dice que «la identificación de las actuaciones apropiadas y los objetivos afines dependen de que la enfermera reconozca los puntos fuertes del paciente y sus familiares; de su comprensión de los cambios fisiopatológicos que sufre el enfermo y de su

sensibilidad a la respuesta emocional, psicológica e intelectual del sujeto a la enfermedad.». Esta consideración nos aporta la idea de comprensión de lo que la persona hace, piensa y siente con respecto a él mismo, a la enfermedad, al medio que le rodea, etc., esto es, reconocer y comprender sus sistemas de vida y sus recursos.

Los objetivos de enfermería se describen en el tiempo a:

- Objetivos a corto plazo: Son los resultados que pueden lograrse de modo favorable y rápido, en cuestión de horas o días. Estos son adecuados especialmente para establecer la atención inmediata en situaciones de urgencia cuando los pacientes son inestables y los resultados a largo plazo son inciertos.
- Medio plazo: para un tiempo intermedio, estos objetivos son también intermedios, de tal forma que, podamos utilizarlos para reconocer los logros del paciente y mantener la motivación.
- Objetivos a largo plazo: Son los resultados que requieren de un tiempo largo.

Existen dos tipos:

- Uno, abarca un período prolongado y requiere de acciones continuas de enfermería, que median directamente entre el objetivo y su logro.
- Otro, se obtiene mejor a través de una secuencia de objetivos a corto plazo. Este segundo tipo no requiere de la acción directa de enfermería, dado que las acciones de enfermería acompañan a los objetivos a corto plazo.

OBJETIVOS DEL CLIENTE/PACIENTE:

Al describir los objetivos debemos entender que estamos prefijando los resultados esperados, esto es, los cambios que se esperan en su situación, después de haber recibido los cuidados de enfermería como tratamiento de los problemas detectados y responsabilidad de la enfermera/o. Los objetivos del cliente se anotan en términos de lo que se espera que haga el cliente, esto es, como conductas esperadas.

Las principales características de los objetivos del cliente son tres:

- Deben ser alcanzables, esto es, asequibles para conseguirlos.
- Deben ser medibles, así se describen con verbos mensurables del tipo de, afirmar, hacer una disminución, hacer un aumento, toser, caminar, beber, etc.
- Deben ser específicas en cuanto a contenido (hacer, experimentar o aprender) y a sus modificadores (quién, cómo, cuándo, dónde, etc.). Así, al verbo se le añaden las preferencias e individualidades, Ejemplo: el paciente caminará (verbo) por el jardín (dónde) después de comer (cuándo) durante 15 minutos (cuánto).

Los contenidos se describen como verbos y como ya hemos dicho que sean mensurables. En cuanto a los objetivos cuyo contenido es el área de aprendizaje quisiéramos aportar los ámbitos que B. Bloom hace del aprendizaje, referidos como objetivos de la educación.

- Cognoscitivos: estos objetivos se fundamentan en la memoria o reproducción de algo adquirido mediante el aprendizaje, así como objetivos que precisan actividad de carácter intelectual (determinación de problemas, reestructuración), Los objetivos abarcan desde un mero repaso a la alta originalidad.
- Afectivos: son objetivos que hacen hincapié en la tensión sentimental, una emoción o cierto grado de simpatía o repulsa. Oscilan entre una simple atención a la toma de conciencia de gran complejidad. Son objetivos que describen intereses, actitudes, conceptuaciones, valores y tendencias emotivas,
- Psicomotores: estos objetivos se proponen el desarrollo muscular o motor, ciertas manipulaciones de materias u objetos, o actos que precisan coordinación neuromuscular, Son habilidades.

La lectura de Bloom nos ayuda a conocer y adquirir habilidad para describir de una manera correcta los objetivos en el área del aprendizaje.

ACTUACIONES DE ENFERMERÍA:

Las actuaciones enfermeras son aquellas intervenciones específicas que van dirigidas a ayudar al paciente al logro de los resultados esperados. Para ello se elaborarán acciones focalizadas hacia las causas de los problemas, es decir, las actividades de ayuda deben ir encaminadas a eliminar los factores que contribuyen al problema (Iyer 1989).

El paciente y los familiares deben participar, siempre que sea posible, en las decisiones relativas a las intervenciones enfermeras encaminadas al logro de los objetivos. Para identificar las intervenciones es aconsejable conocer los puntos fuertes y débiles del paciente y sus familiares, como se explicó anteriormente.

Del modelo bifocal de los diagnósticos de enfermería, podríamos decir que se desprende la responsabilidad del tratamiento tanto, de los diagnóstico enfermeros como de las complicaciones fisiológicas, para ello, el modelo establece dos tipos de prescripciones: enfermera y médica:

- Prescripciones enfermeras: Son aquellas en que la enfermera puede prescribir independiente para que el personal de enfermería ejecute la prescripción. Estas prescripciones tratan y controlan los diagnósticos enfermeros.
- Prescripciones médicas: Son actuaciones prescritas por el médico, representan tratamientos de problemas interdisciplinarios que la enfermera inicia y maneja. La enfermera/o toma decisiones independientes tanto en los diagnósticos de enfermería como en los problemas interdisciplinarios.

En la elaboración de actividades han de tenerse presente los recursos materiales, desde la estructura física del servicio hasta su equipamiento; también hay que tener en cuenta, los recursos humanos, en la cantidad y la cualificación de los distintos estamentos que van a intervenir con nosotros; también influyen los recursos financieros.

Vamos a ver ahora el tipo de actividades de enfermería, Iyer (1989).

- Dependientes: Son las actividades relacionadas con la puesta en práctica de las actuaciones médicas. Señalan la manera en que se ha de llevar a cabo una actuación médica
- Interdependientes: Son aquellas actividades que la enfermera lleva a cabo junto a otros miembros del equipo de salud. Estas actuaciones pueden implicar la colaboración de asistentes sociales, expertos en nutrición, fisioterapeutas médicos, etc.
- Independientes: Son aquellas actividades de la enfermería dirigidas hacia las respuestas humanas que está legalmente autorizada a atender, gracias a su formación y experiencia práctica. Son actividades que no requieren la orden previa de un médico.

Las características de las actuaciones de enfermería son, según Iyer (1989), las que siguen:

- Serán coherentes con el plan de cuidados, es decir, no estarán en desacuerdo con otros planes terapéuticos de otros miembros del equipo.
- Estarán basadas en principios científicos. Recordemos los paradigmas de salud sobre los que se basa contemporáneamente la enfermería, empírico-analítico, hermenéutico-interpretativo y socio-crítico, éstos fundamentan las decisiones y actuaciones enfermeras.
- Serán individualizados para cada situación en concreto. Los cuidados de un paciente difieren de los de otro, aunque tengan diagnósticos enfermeros y médicos iguales o similares.
- Se emplearán para proporcionar un medio seguro y terapéutico.
- Van acompañadas de un componente de enseñanza y aprendizaje.
- Comprenderán la utilización de los recursos apropiados.

Desde un punto de vista funcional la enfermería planifica actuaciones en las diferentes áreas de la salud, la enfermedad y el desarrollo humano:

- Promoción de la salud.
- Prevenir las enfermedades ,

- Restablecer la salud
- Rehabilitación.
- Acompañamiento en los estados agónicos.

A este tipo de actividades hay que añadir las actividades de estudio, diagnóstico y tratamiento de la enfermedad delegadas por la medicina, por ejemplo realización de Pruebas diagnósticas, aplicación de fármacos, etc.

Las acciones más habituales de la planificación de los cuidados de enfermería integrales, en torno a los diferentes tipos de diagnóstico enfermero y a los problemas interdependientes son:

- El diagnóstico enfermero real:

- Reducir o eliminar factores contribuyentes.
- Promover mayor nivel de bienestar.
- Controlar el estado de salud.

- Para el diagnóstico enfermero de alto riesgo:

- Reducir o eliminar los factores de riesgo,
- Prevenir que se produzca el problema.
- Controlar el inicio de problemas.

- Para el diagnóstico enfermero posible:

- Recoger datos adicionales que ayuden a confirmar o excluir un diagnóstico.

- Para el diagnóstico enfermero de bienestar:

- Enseñar conductas que ayuden a conseguir mayor nivel de bienestar.

- Para problemas interdependientes:

- Controlar los cambios de estado del paciente.
- Manejar los cambios de estado de salud.
- Iniciar las actuaciones prescritas por la enfermera V el médico.

La determinación de las actuaciones de enfermería que son necesarias para resolver o disminuir el problema, requiere de un método. Los pasos a seguir son los que siguen:

- Definir el problema (diagnóstico).
- identificar las acciones alternativas posibles.
- Seleccionar las alternativas factibles.

El segundo paso de este método consiste en desarrollar todas las soluciones o alternativas posibles. El éxito de las actuaciones de enfermería dependerá de la capacidad del profesional para elegir actividades y posteriormente desarrollar las más adecuadas para obtener los resultados esperados, solución del problema/diagnóstico posibles,

Veremos de manera resumida y genérica las acciones de enfermería que encontramos en un plan de cuidados :

- Realizar valoraciones de enfermería para identificar nuevos problema/diagnósticos de enfermería
- Realizar la educación sanitaria del paciente para capacitarle en conocimientos, actitudes y habilidades.
- Aconsejar acerca de las decisiones de sus propios cuidados.
- Consulta y remisión a otros profesionales.
- Realización de acciones terapéuticas específicas de enfermería
- Ayudar a los pacientes a realizar las actividades por si mismos.

Y también, la determinación de actividades de enfermería para los problemas interdependientes, según Carpenito (1987) son:

- Realizar valoraciones frecuentes para controlar al paciente y detectar complicaciones.
- Remitir la situación al profesional adecuado cuando existan signos y síntomas de complicaciones potenciales, y
- Ejecutar las actividades interdependiente de enfermería prescritas por el médico (por ejemplo: lavado de sonda nasogástrica cada 2 horas con suero fisiológico).

Las directrices específicas para los cuidados de enfermería se denominan órdenes de enfermería y se componen de los siguientes elementos, según Iyer (1989):

- La fecha.
- El verbo, con los calificativos que indiquen claramente la actuación.
- Especificación de quién (sujeto).
- Descripción de qué, dónde, cuándo, cómo y cuánto
- Las modificaciones a un tratamiento estándar
- La firma

Para terminar este apartado, digamos que, las actuaciones de enfermería son aquellas actividades que necesariamente deben hacerse, para obtener los resultados esperados, y deben definirse para cada diagnóstico de enfermería y problema interdependiente.

DOCUMENTACIÓN EN EL PLAN DE CUIDADOS DE ENFERMERÍA :

La última etapa del plan de cuidados es el registro ordenado de los diagnósticos, resultados esperados Y actuaciones de enfermería Ello se obtiene mediante una documentación.

El plan de cuidados de enfermería, según Griffith-Kenney y Christensen (1986), "es un instrumento para documentar y comunicar la situación del paciente/cliente, los resultados que se esperan, las estrategias, indicaciones, intervenciones y la evaluación de todo ello".

Las finalidades de los planes de cuidados están dirigidas a fomentar unos cuidados de calidad, mediante:

- Los cuidados individualizados,
- La continuidad de los cuidados,
- La comunicación, y
- La evaluación, Bower (1982).

Para la actualización de los planes de cuidados hay que tener en cuenta que todos los elementos de los planes de cuidados son dinámicos, por lo que se precisa de una actualización diaria. Los diagnósticos, resultados esperados y las actuaciones, que ya no tengan validez deben ser eliminados.

PARTES QUE COMPONEN LOS PLANES DE CUIDADOS:

Los planes de cuidados deben tener los siguientes registros documentales:

- Diagnósticos de enfermería/problemas interdependientes.
- Objetivos del cliente para el alta a largo plazo (criterios de resultado)
- Ordenes de enfermería (actividades),
- Evaluación (informe de evolución).

Hunt (1978) desarrolló tres documentos para recoger toda la información necesaria para enfermería:

- Hoja de admisión que recoge la información de la valoración.
- Documento donde se registra: Los problemas del paciente, los objetivos del plan de cuidados y las acciones de enfermería.
- Documento de evaluación

De una manera u otra, en la actualidad, todos los planes de cuidados utilizan estos documentos.

TIPOS DE PLANES DE CUIDADOS:

Tipos de planes de cuidados: individualizados, estandarizados, estandarizados con modificaciones y computarizados.

- Individualizado: Permiten documentar los problemas del paciente, los objetivos del plan de cuidados y las acciones de enfermería para un paciente concreto. Se tarda más tiempo en elaborar.
- Estandarizado: Según Mayers (1983), «un plan de cuidados estandarizado es un protocolo específico de cuidados, apropiado para aquellos pacientes que padecen los problemas normales o previsibles relacionados con el diagnóstico concreto o una enfermedad»
- Estandarizado con modificaciones: Este tipo de planes permiten la individualización, al dejar abiertas opciones en los problemas del paciente, los objetivos del plan de cuidados y las acciones de enfermería.
- Computarizado: Requieren la informatización previa de los diferentes tipos de planes de cuidados estandarizados, Son útiles si permiten la individualización a un paciente concreto.

Kahl et al (1991) nos indican que con la informatización de los servicios de salud, la documentación tiende a disminuir. Veamos cuales son los objetivos de la informatización de los planes de cuidados, mediante la revisión de autores que hace Serrano Sastre, M.R. (1994), recoge de autores como Hannah (1988), Hoy (1990), Kahl (1991) y otros, los objetivos para informatizar los planes de cuidados de enfermería, y estos son:

- Registrar la información de manera rápida, clara y concisa
- Recabar la información precisa sobre el estado de salud, que permite una óptima planificación de los cuidados, su revisión y la mejora del plan,

- Facilitar la continuidad de los cuidados, tanto en el hospital como la comunicación con otros servicios de salud.
- Evitar la repetición de los datos.
- Facilitar datos a la investigación y a la educación.
- Posibilitar el cálculo del coste-beneficio del servicio hospitalario.

Los beneficios que se obtienen tras la informatización de la documentación enfermera son según Kahl et al (1991):

- Eliminación del papeleo.
- Los planes de cuidados mantienen su flexibilidad y son personalizados.
- Los datos incluidos son más relevantes y más exactos.

LA FASE DE EJECUCIÓN:

La fase de ejecución es la cuarta etapa del plan de cuidados, es en esta etapa cuando realmente se pone en práctica el plan de cuidados elaborado. La ejecución, implica las siguientes actividades enfermeras:

- Continuar con la recogida y valoración de datos.
- Realizar las actividades de enfermería.
- Anotar los cuidados de enfermería Existen diferentes formas de hacer anotaciones, como son las dirigidas hacia los problemas
- Dar los informes verbales de enfermería,
- Mantener el plan de cuidados actualizado.

El enfermero tiene toda la responsabilidad en la ejecución del plan, pero incluye al paciente y a la familia, así como a otros miembros del equipo. En esta fase se realizarán todas las intervenciones enfermeras dirigidas a la resolución de problemas (diagnósticos enfermeros y problemas interdependientes) y las necesidades asistenciales de cada persona tratada

De las actividades que se llevan a cabo en esta fase quiero mencionar la continuidad de la recogida y valoración de datos, esto es debido a que por un lado

debemos profundizar en la valoración de datos que quedaron sin comprender, y por otro lado la propia ejecución de la intervención es fuente de nuevos datos que deberán ser revisados y tenidos en cuenta como confirmación diagnóstica o como nuevos problemas.

EVALUACIÓN:

La evaluación se define como la comparación planificada y sistematizada entre el estado de salud del paciente y los resultados esperados. Evaluar, es emitir un juicio sobre un objeto, acción, trabajo, situación o persona, comparándolo con uno o varios criterios.

Los dos criterios más importantes que valora la enfermería, en este sentido, son: la eficacia y la efectividad de las actuaciones, Griffith y Christensen (1982).

El proceso de evaluación consta de dos partes

- Recogida de datos sobre el estado de salud/problema/diagnóstico que queremos evaluar.
- Comparación con los resultados esperados y un juicio sobre la evolución del paciente hacia la consecución de los resultados esperados.

La evaluación es un proceso que requiere de la valoración de los distintos aspectos del estado de salud del paciente. Las distintas áreas sobre las que se evalúan los resultados esperados (criterios de resultado), son según Iyer las siguientes áreas:

1.- Aspecto general y funcionamiento del cuerpo:

- Observación directa, examen físico.
- Examen de la historia clínica

2.- Señales y Síntomas específicos

- Observación directa
- Entrevista con el paciente.
- Examen de la historia

3.- Conocimientos:

- Entrevista con el paciente
- Cuestionarios (test),

4.- Capacidad psicomotora (habilidades).

- Observación directa durante la realización de la actividad

5.- Estado emocional:

- Observación directa, mediante lenguaje corporal y expresión verbal de emociones.
- Información dada por el resto del personal

6.- Situación espiritual (modelo holístico de la salud) :

- Entrevista con el paciente.
- información dada por el resto del personal

Las valoraciones de la fase de evaluación de los cuidados enfermeros, deben ser interpretadas, con el fin de poder establecer conclusiones, que nos sirvan para plantear correcciones en las áreas estudio, veamos las tres posibles conclusiones (resultados esperados), a las que podremos llegar:

- El paciente ha alcanzado el resultado esperado.
- El paciente está en proceso de lograr el resultado esperado, nos puede conducir a plantearse otras actividades.

- El paciente no ha alcanzado el resultado esperado y no parece que lo vaya a conseguir. En este caso podemos realizar una nueva revisión del problema, de los resultados esperados, de las actividades llevadas a cabo.

De forma resumida y siguiendo a M, Caballero (1989) la evaluación se compone de:

- Medir los cambios del paciente/cliente.
- En relación a los objetivos marcados.
- Como resultado de la intervención enfermera
- Con el fin de establecer correcciones.

La evaluación se lleva a cabo sobre las etapas del plan, la intervención enfermera y sobre el producto final.

A la hora de registrar la evaluación se deben evitar los términos ambiguos como «igual», «poco apetito», etc., es de mayor utilidad indicar lo que dijo, hizo y sintió el paciente. La documentación necesaria se encontrará en la historia clínica,

Una característica a tener en cuenta en la evaluación es, que ésta es continua, así podemos detectar como va evolucionando el cliente y realizar ajustes o introducir modificaciones para que la atención resulte más efectiva.

NANDA

Después de la conferencia bianual en abril de 1994, el comité para la taxonomía se reunió para clasificar en la taxonomía I revisada los nuevos diagnósticos admitidos. Sin embargo el comité tuvo muchas dificultades para hacerlo. En vista de tales problemas y del creciente número de nuevos diagnósticos propuesto con un nivel de desarrollo de 1.4 y superior, el comité pensó que era posible desarrollar una nueva estructura taxonómica. Esta posibilidad dio lugar a una gran

discusión sobre como podría hacerse de forma que fuera a un tiempo riguroso y reproducible.

Después de la conferencia NANDA, NIC Y NOC de 2002, los diagnósticos enfermeros aprobados se clasificaron en la taxonomía II se incluían 11 diagnóstico de promoción de la salud, así como los diagnósticos revisados y los nuevos diagnósticos aprobados. En el futuro a medida que se desarrollen y aprueben nuevos diagnósticos, se añadirán a la estructura taxonómica en los lugares apropiados. En enero de 2003 el comité para la taxonomía se reunió en Chicago y llevo acabo nuevas modificaciones terminológicas en la taxonomía II.

La taxonomía de la NANDA es un lenguaje enfermero reconocido que cumple los criterios establecidos por el Committee for Nurse Asociation (ANA). La utilidad de estar incluido como un lenguaje enfermero reconocido es que indica que el sistema de clasificación es aceptado como soporte para la práctica enfermera al proporcionar una terminología clínicamente útil.

Definiciones y clasificación, 2005 – 2006, se publica en un momento en que la NANDA internacional se reconoce como una terminología diagnóstica bien establecida. Hace tiempo que nuestra terminología se ha incluido en la UMLS y ha reconocida por la ANA. Este documento también puede encontrarse en diversos idiomas. Aunque tenemos motivos para sentirnos orgullosa de nuestra contribución y nuestra herencia, se requieren cambios para el siglo XXI.

La NANDA internacional desarrolla una terminología para describir los importantes juicios que las enfermeras hacen al proporcionar cuidados enfermeros a las personas, familia, grupos y comunidades. Estos juicios o diagnóstico son la base para la selección de resultados e intervenciones enfermeros. Esta relación refleja la necesidad de una estructura común o taxonomía. La taxonomía NNN para la

práctica enfermera se ha creado y refinado en los últimos 3 años para unir los diagnósticos, las intervenciones y los resultados enfermeros (Dochterman y Jones 2003).se desarrolla mediante la alianza NNN de la NANDA internacional, la Nursing Interventions Clasificación (NIC) y la Nursng Outcomes Clasification (NOC). La taxonomía NNN para la práctica enfermera refleja las contribuciones de las líderes de la NANDA internacional, la NIC Y NOC.

Esta edición ha sido posible gracias al arduo trabajo del comité editorial, dirigido por Sheila Sparks Ralph. La enfermera sigue combinando rápidamente en todo el mundo, y nuestros co deben proporcionar los conceptos, lenguaje y términos deben proporcionar las herramientas necesarias para la comunicación.

LA CLASIFICACION DE INTERVENCIONES DE ENFERMERIA (NIC):

La clasificación de las intervenciones de enfermera (NIC) es una lengua comprensiva, estandarizada que describe los tratamientos que las enfermeras realizan en todas las especialidades. Las intervenciones del NIC incluyen el fisiológico y el sicosocial. Hay intervenciones para el tratamiento de la enfermedad, la prevención de la enfermedad, y la promoción de la salud. Las intervenciones que van dirigidas a los individuos o para las familias. Intervenciones indirectas del cuidado y algunas intervenciones para las comunidades, entre muchas otras.

Cada intervención del NIC tiene un número único que pueda facilitar la automatización. Las intervenciones del NIC se han ligado al desarrollo del trabajo de la enfermera.

La investigación para desarrollar el NIC comenzó en 1987 con la formación de de un equipo de investigación conducido por Joanne McCloskey en la Universidad de Iowa y fue publicada en 1992 por primera vez. ¹

CLASIFICACION DE RESULTADOS DE ENFERMERIA (NOC):

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

La NOC es una sigla definida como "estado del cliente después de una intervención de enfermería." (Johnson y Maas, 2000). Los resultados estandarizados fueron desarrollados para medir los efectos de las intervenciones de cuidados se utilizan en todos los ajustes y con todas las poblaciones del cliente. Por lo que pueden medir estado del cliente con varios acontecimientos de la salud extendidos demasiado los períodos del cuidado. Hay siete dominios del NOC, que describen la respuesta deseada del cliente: La salud funcional, la salud psicológica, salud psico-social, conocimiento de la salud y comportamiento, percepción de salud, salud de la familia, y salud de la comunidad.

Contiene resultados de los individuos, cuidadores familiares, familia y sociedad que puedan utilizarse en todas las situaciones y especialidades clínicas. Aunque todos los posibles resultados no pueden desarrollarse todavía, hay resultados que son útiles para una perspectiva global de la practica de enfermería, y deben desarrollarse planes diferentes a medida que se identifiquen dichos resultados. Dado que cada uno es exhaustivo, los lenguajes estandarizados de la NANDA, NIC y NOC proporcionan los componentes necesarios para la elaboración de los elementos enfermeros del conjunto mínimo básico de datos de enfermería.

A lo largo del desarrollo de la NOC, se han destacado la claridad y la utilidad del lenguaje utilizado. Así mismo, se ha procurado que los términos de los resultados NOC procedieran de las intervenciones y diagnósticos enfermeros. Los resultados se desarrollaron para pacientes, cuidadores, familiares y comunidades. Aunque la NOC destaca los resultados que dependen de las intervenciones de enfermería estos describen el estado de los pacientes, la familia o la comunidad a un nivel conceptual. Por tanto la NOC proporciona una clasificación de resultados de los

pacientes que pueden verse influidos por todas las disciplinas de asistencia sanitaria.

UNIVERSIDAD SIMÓN BOLÍVAR
PROGRAMA DE ENFERMERIA
ENCUESTA

TITULO DE LA INVESTIGACION: Aplicabilidad del proceso de atención de enfermería según el lenguaje NNN en las enfermeras de la Clínica Reina Catalina de la ciudad de Barranquilla en el segundo periodo del 2009.

PRESENTACION:

La siguiente encuesta esta dirigida a los enfermeros y enfermeras de la clínica reina catalina. Tiene como objetivo Identificar la aplicación del proceso de atención de enfermería según el lenguaje NANDA NIC NOC a los enfermeros(as) de la clínica reina catalina.

1. aplica usted el PAE en su área de trabajo.

SI_____NO_____

2. si su respuesta es NO explique el porque no lo aplica.

3. identifique usted las etapas del PAE

a) Valoración, diagnostico, planificación, ejecución y evaluación.

b) Planificación, intervención, valoración, diagnostico y evaluación.

c) Valoración, evaluación, diagnostico, implementación y planificación.

d) No se acuerda de las etapas

4. conoce usted el lenguaje de la NANDA

SI_____NO_____

5. al aplicar usted la etapa de valoración en cualquier área, cual de los siguientes pasos tiene usted en cuenta:
 - a) La definición, los tipos, fuentes, los métodos, la interpretación y agrupación de los datos.
 - b) Datos objetivos, subjetivos, históricos, actuales y la entrevista
 - c) No aplica las fases tan rigurosa
 - d) No tiene en cuenta los pasos de valoración

6. el diagnostico de enfermería esta definido de la siguiente manera
 - a) Es una afirmación que describe la repuesta real o potencial del cliente con un trastorno de salud
 - b) Es el diagnostico de un estado patológico del individuo
 - c) Es la prescripción de un tratamiento del individuo, familia o comunidad
 - d) No se acuerda de la definición

7. de acuerdo a los siguientes ítems señala cual es el mas adecuado acerca de los tipos de diagnostico dado por la NANDA
 - a) Diagnostico autentico, de riesgo, posible, síndrome y bienestar
 - b) Diagnostico medico, de enfermería, autentico, posible y de bienestar
 - c) No conocen cuales son los tipos de diagnostico
 - d) No se acuerda cuales son los tipos de diagnostico

- 8.Cuál es el papel que juega el NIC y el NOC en el PAE
 - a) si sabe
 - b) no sabe

- 9.Cuál de los siguientes ítems se refiere a la planificación.
- a) Intervenciones de enfermería destinadas a prevenir, reducir o aliviar los problemas de salud del individuo, familia o comunidad.
 - b) Ejecutar las intervenciones de enfermería.
 - c) Recogida de datos tipo de datos, fuente de datos, interpretación y agrupación de datos.
 - d) No sabe que es la planificación.

10. Conoce usted la etapa de ejecución.

SI_____ NO_____

11. Aplica usted la etapa de ejecución al momento de valorar al paciente

SI_____ NO_____

12. Realiza usted la etapa de evaluación cuando aplica un plan de cuidados.

SI_____ NO_____

ASPECTOS ADMINISTRATIVOS

RECURSOS HUMANOS

Grupo de investigación: Ingris Barros Cobilla y Jeimis Bello Álvarez

Asesora: Lizbeth Parra

RECURSOS ECONOMICOS

RECURSOS	COSTO UNITARIO	CANTIDAD	TOTAL
Lapiceros	700	2	1.400
Internet	1.800	10	18.000
Block	2.000	1	2.000
almuerzos	4.000	4	16.000
Transporte	1.300	32	41.300
Impresiones	250	60	15.000
Transcripciones de documentos	800	15	12.000
Meriendas	1.500	6	9.000
			114.700

RECURSOS DE TIEMPO

CRONOGRAMA DE ACTIVIDADES

ACTIVIDAD	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11
Revisión bibliográfica	■	■									
Escogencia de una clínica para realizar la investigación			■								
Realización de cuestionarios, entrevistas y observación				■							
Inicio de la propuesta					■						
Transcripción de datos a computador						■					
Revisión y corrección del proyecto						■	■	■	■	■	

