

Marco Conceptual Proceso Enfermero en EPES

Empresa Pública de Emergencias Sanitarias
C/ Severo Ochoa, 28. 29590 Campanillas. Málaga
<http://www.epes.es> scentral@epes.es



Empresa Pública de Emergencias Sanitarias
CONSEJERÍA DE SALUD



**Hacia la excelencia en el cuidado
extrahospitalario**

Marco Conceptual
Proceso Enfermero en EPES



Editado por la Empresa Pública de Emergencias Sanitarias

© 2005 EMPRESA PÚBLICA DE EMERGENCIAS SANITARIAS

Parque Tecnológico de Andalucía. C/ Severo Ochoa, 28. 29590 Campanillas, Málaga. España.

e-mail: scentral@epes.es <http://www.epes.es>

Autores:

Juan Bautista Rodríguez Rodríguez

M^a Reyes Carrion Camacho

Miguel Angel Espina Boixo

Juan Pedro Jiménez Cordero

M^a Carmen Oliver Mogaburo

Juan Antonio Péculo Carrasco

Mónica Rodríguez Bouza

M^a Victoria Maiz

Colaboradores:

Rodrigo Azañón Hernández

Sixto Cámara Anguita

Esther Caravias Chaves

Enrique Coca Boronat

Jose Antonio Morales García

Rafael Muñoz Arcos

Javier Palma García

Maria Luisa Rodríguez Camero

José Saenz Gómez

Índice

1. Introducción	7
2. Contexto Ético-Legal	15
3. Conceptos Básicos	21
3.1. La revolución científica de la enfermería: cambio de paradigma y conflicto de rol	21
3.2. Modelos de cuidados	25
4. Asunciones científicas o postulados según el modelo de V. Henderson	29
4.1. Aplicación práctica del modelo de V. Henderson	29
4.2. Relación Enfermera-Paciente según V. Henderson	49
4.3 Aportaciones del modelo al proceso metodológico	50
5. Objetivo de los cuidados	55
6. Usuario del Servicio	57
7. Rol profesional	61
7.1. Rol de la enfermera de emergencias	61
7.2. Método de intervención	65
8. Cuidados de calidad basados en la mejor evidencia	107
9. Conclusiones	111
Anexos documentales	113

1. Introducción

El cuidado de la persona en situación crítica ha sido uno de los campos de los servicios de salud que mayores transformaciones ha sufrido en los últimos 25 años. Desde los primitivos dispositivos de urgencias que se desplegaban ante catástrofes naturales o conflictos bélicos, hasta los actuales servicios de Cuidados Críticos y Urgencias o los Servicios de Emergencias, la atención al paciente crítico se ha convertido en un recurso sanitario convencional e imprescindible para dar cobertura a la alta frecuencia de procesos cardiovasculares, traumatismos y a la demanda de atención urgente. Esta evolución ha estado marcada por un enorme progreso tecnológico y una gran mejora de la efectividad, con la consecución de grandes retos, como la atención rápida a la cardiopatía isquémica aguda, el soporte vital avanzado en el politraumatizado o los dispositivos de soporte prolongado del paciente crítico (ventilación mecánica, monitorización hemodinámica, etc.).

Pero, mientras que la atención médica en este contexto parece haber alcanzado cotas de efectividad más que suficientes, no ocurre así con el cuidado integral de la persona en situación crítica, justo la que mayor vulnerabilidad presenta en la casuística de la atención especializada. Y, aquí, reside una de las mayores fuentes de confusión relativa a los cuidados en estos entornos; se ha reducido de forma desproporcionada el enfoque de la atención enfermera al paciente crítico a un adecuado manejo de ciertas situaciones fisiopatológicas y de la tecnología derivada.

En los últimos años, el desarrollo profesional de enfermería en España, ha sido desigual en sus distintas áreas; el predominio de una práctica profesional centrada fundamentalmente en tareas técnicas, unido a la falta de respaldo institucional, de preparación académica o motivación profesional han limitado su desarrollo en muchas de las áreas donde ejerce su labor, incluida por supuesto la que nos compete: en Emergencias.

Hoy día las enfermeras, ante una sociedad cada vez mejor informada y más exigente con los servicios sanitarios tanto comunitarios, como hospitalarios y extrahospitalarios, además de proporcionar los cuidados tradicionales debemos responder a las necesidades de las personas para la gestión de su propia salud y de sus autocuidados, funciones de nuestra competencia históricamente.

La OMS¹ afirma, por ejemplo, que "el ejercicio de la enfermería es un valioso recurso para la salud" y para que dicho recurso alcance pleno desarrollo, los cuidados de enfermería deben ofrecer un servicio competente, diferente al de otros grupos profesionales y útil para las personas que lo requieren.

Y es aquí donde han surgido históricamente los primeros equívocos, porque ¿qué servicios son los que ofrece la enfermería? Hasta hace muy poco, la percepción que el usuario tenía de los mismos, era reflejo en muchos casos, de la falta de autonomía y dependencia por nuestra parte, de otros profesionales.

En un estudio elaborado por Nieto y Bernaus², respecto a la opinión y expectativas que sobre los profesionales de enfermería tenía una muestra de 582 pacientes hospitalizados, éstos referían como responsabilidades propias "hacer curas", 512 (88%), y "administrar tratamiento", 484 (83%). Entre las características de la enfermera que consideraban como más relevantes estaba la de ser responsable en su trabajo, 169 (39%); experta en técnicas, 140 (32%), y atenta y educada, 66 (15%). El área de expectativas más importante para los pacientes fue la de comunicación, información y educación.

Afortunadamente en la actualidad la situación es otra. Cada vez más, las enfermeras tomamos decisiones responsables basadas en conclusiones de investigación (evidencia) y asumimos que la formación permanente es la clave de la independencia y el desarrollo profesional.

Pero sin duda a pesar de los progresos que estamos obteniendo día a día y que se plasman en las conclusiones de Sociedades de Enfermería y Congresos tanto nacionales como internacionales, hemos sido tradicionalmente nosotros mismos los que hemos frenado la puesta en marcha de un lenguaje común,

de un desarrollo profesional independiente, motivado entre otras causas por:

- La formación Biomédica que hemos recibido.
- La cultura hospitalaria con gran importancia de la dimensión interdependiente.
- Escaso conocimiento de Modelos enfermeros.
- No reconocemos la necesidad de avanzar en la dimensión independiente.

Luego, debe haber un cambio conceptual, reestructurando la forma de entender el cuidado, cambiando nuestro entorno para que el ciudadano se beneficie de ello. Podríamos decir que es fundamental que los profesionales de enfermería del ámbito asistencial, docente, o de la gestión y administración busquemos la complementariedad, lo que unido al desarrollo académico específico y sin limitaciones como derecho que debemos disfrutar en la actual sociedad del conocimiento, nos posibilitará ofrecer cuidados enfermeros de calidad científica, técnica y humana.

A nivel Institucional, ya en el 2001, la Junta de Andalucía y su Consejería de Salud se propuso en su Plan de Calidad la gestión por Procesos Asistenciales Integrados, integrándose en ellos los planes de cuidados estandarizados. Ya en la Empresa Pública de Emergencias Sanitarias (EPES) en el año 1999, a través de un proyecto de investigación financiado por la Consejería de Salud de la Junta de Andalucía se decide poner en marcha un registro enfermero apoyado plenamente en una metodología científica como es el Proceso Enfermero. Esto permite la normalización en la práctica enfermera, mediante el establecimiento de un lenguaje común y una metodología homogénea que facilite la identificación de las intervenciones a aplicar a un paciente concreto, familia y comunidad, disminuyendo la variabilidad de la asistencia y aumentando la eficiencia en los resultados.

Los resultados de la implantación del Proceso Enfermero en EPES, en su primera fase tal y como los propios autores exponen fueron diversos³. Quizás el más destacable y no por ello menos previsible fue el rechazo que generó entre los profesionales, apoyado sobre todo en un desconocimiento y falta

de control sobre los nuevos elementos que entraban a formar parte de su dinámica asistencial, alejado del puramente técnico únicamente exigible hasta ese momento. Pero a pesar de ese rechazo, todos los profesionales que comenzamos a valorar a nuestros pacientes de forma reglada y siguiendo una metodología y un modelo, íbamos siendo conscientes en nuestro foro interno que aquella forma de trabajar se acabaría imponiendo dado que somos los únicos que, manejando las respuestas humanas de nuestros pacientes, podemos conseguir una resolución positiva de aquellas demandas que se alejan de lo estrictamente físico y biomédico y que sin duda influyen en su evolución.

Es por ello, por lo que consideramos que es el momento de continuar la labor que se comenzó con la implantación inicial del registro enfermero en nuestra empresa, apoyándonos en sus resultados y sobre todo en el despertar que supuso en los profesionales al nuevo ámbito de trabajo en el que nos movemos donde la calidad de los cuidados y la atención holística que debemos practicar, se hace inherente a nuestra profesión. La investigación (con las recomendaciones basadas en la evidencia) y la formación continua deben ser los pilares sobre los que se apoyen los profesionales para modificar sus actitudes; esto permitirá aumentar nuestra autonomía e independencia asistencial, sin perder de vista por supuesto nuestra área colaborativa con el resto de profesionales en pro del único beneficiado de toda esa labor: el paciente. Además la implantación de una metodología de trabajo común en nuestra profesión garantizará algo que es fundamental en todo el proceso asistencial: la continuidad, evitando las consecuencias de una atención fragmentada y compartimentada.

Los profesionales que hemos elaborado este proyecto consideramos que es el momento de desarrollar un II Plan Estratégico para la Implantación del Proceso Enfermero y no sólo la elaboración de un nuevo Registro de Enfermería, que no es más que una de las últimas etapas de este plan.

Este II Plan Estratégico dará respuesta a los avances que Enfermería está realizando con respecto a su responsabilidad profesional en el marco de la atención sanitaria de personas enfermas, cualquiera que sea el ámbito o nivel

asistencial en el que se encuentren estos pacientes. Esta modificación también es necesaria para facilitar el entendimiento y cumplimentación del mismo por parte de los enfermeros/as EPES. Es necesario por tanto crear, en este caso modificar, una herramienta que de respuesta a los cambios que se están produciendo en esta disciplina y a las necesidades de atención y cuidados que la Sociedad demanda en la actualidad.

Es obligación de los profesionales de Enfermería evolucionar conforme a esta realidad. Está sobradamente demostrado que el empleo del proceso enfermero en cualquier área implica una garantía científica, profesional y de calidad, que beneficia por encima de todo al ciudadano, sin olvidar al profesional en si mismo y a la Institución que lo ampara.

En la actualidad, se ha conseguido alcanzar un lenguaje enfermero con un grado de consenso y estandarización, que permite gracias a las diferentes taxonomías y clasificaciones internacionales, reflejar las etapas del proceso de la práctica enfermera.

Pensamos que debe ser un modelo basado en el desarrollo de dos áreas de actuación enfermera; un área de colaboración entendida dentro de un paradigma cuantitativo y un área autónomo entendida dentro de un paradigma fenomenológico. Todo esto debe estar sustentado dentro de un modelo asistencial definido tal y como se desarrolló en la primera fase de implantación (V. Herderson, M. Gordon) y apoyado en la investigación y enfermería basada en la evidencia.

¿Cómo hacerlo?

Para desarrollar todo esto, pensamos que se debe empezar por medir el nivel de conocimientos sobre Proceso Enfermero, que las enfermeras de esta empresa tienen en la actualidad y elaborar un plan de formación por niveles, con el objetivo de asegurar un nivel mínimo de conocimientos necesarios para poder trabajar según el modelo de cuidados definidos. Éste deberá ser de contrastada calidad y experiencia en el manejo del proceso por parte de los docentes, en consonancia con el modelo de cuidados elegido.

Este programa de formación debe verse acompañado de un sistema permanente de apoyo y consulta (llámese acceso a documentación escrita en los diferentes servicios provinciales, acceso a revistas electrónicas y principales bases de datos en enfermería, creación de chats y/o foros donde poder plantear dudas) que permita que el profesional no se sienta "solo" e incapaz de llevarlo a cabo.

Posteriormente elaborar Guías de Práctica Clínica Enfermera, o Planes de Cuidados Estandarizados tal y como se recoge en el Plan de Calidad 2001, fundamentados en enfermería basada en la evidencia, para asegurar que los cuidados prestados en nuestra empresa son en todos los casos de igual calidad y sea eliminada la variabilidad evitable.

A continuación crear un nuevo Registro de Enfermería en base al modelo de cuidados y los planes de cuidados establecidos, y posterior puesta en funcionamiento del mismo. Una vez implantado, debemos evaluar periódicamente (punto clave para determinar el grado de cumplimentación y efectividad) su desarrollo para poder estar alertas a recomendaciones y sugerencias de los profesionales por si aconseja alguna modificación del registro enfermero y de los planes de cuidados, en función de las necesidades detectadas. Finalmente esto permitirá evaluar la calidad individual del cuidado enfermero, midiendo en los registros si el proceso de cuidados se adapta a los planes de cuidados establecidos, además de garantizar la continuidad de cuidados interniveles.

Debemos de una vez por todas demostrar que nuestra labor va mucho más allá de la ejecución impecable de una serie de técnicas. Enfermería es responsable de dar cuidados de calidad al paciente, conforme a un modelo establecido (Virginia Henderson) y la aplicación de un método científico que establezca de forma prescrita la valoración de las necesidades del paciente con sus manifestaciones de dependencia e independencia, detección de problemas derivados de esta valoración (ya sean de nuestra exclusiva responsabilidad: DdE como si sea compartida con otro profesional la responsabilidad en su resolución: Problema de Colaboración), el establecimiento de unos objetivos o criterios de resultados esperados que

minimicen o favorezcan la desaparición de esos problemas, ejecutando para ello una serie de intervenciones con sus respectivas actividades y realizando después una evaluación del proceso para determinar en qué medida se han modificado los indicadores de resultados esperados.

En base a la documentación escrita y como estrategia de implementación del Proceso Enfermero en EPES, el grupo de trabajo creado para tal fin, una vez hecha consultas a profesionales de indudable reconocimiento, tanto del campo asistencial como del campo docente universitario, ha acordado y admitido el contemplar la utilización de los Problemas de Autonomía, como instrumento metodológico para vehicular todas aquellas actividades que el profesional en emergencias realiza en el día a día, cuando no es posible modificar las Fuentes de Dificultad expresadas por V. Henderson (fuerza, conocimientos y voluntad).

Y es que está en nuestras manos, permitir que el paciente/cliente receptor de nuestros cuidados alcance lo más rápidamente su situación de normalidad en cuanto a su autosatisfacción de necesidades en el momento previo a nuestra intervención. Está en nuestras manos hacer que el sujeto en cuestión recobre su identidad lo antes posible, de ahí que retomar de nuevo la implantación del Proceso Enfermero en nuestra empresa no hará sino acelerar ese proceso; tal y como expresa Collière⁴, la enfermera, con su actividad cuidadora, permite a los usuarios utilizar su propio poder, hace que se movilicen todas sus capacidades individuales que aún le quedan, potenciando sus capacidades residuales, utilizando los recursos que cada persona tiene para solucionar una nueva situación, en este caso emergente y vital, potenciando en lo posible su autonomía en cualquiera de las dimensiones física, psicológica y social/situacional.

Para desarrollar esta labor, la enfermera:

- Permite al usuario utilizar sus propias capacidades que aún disponga a pesar de la situación tan grave por la que atraviese.
- Devuelve o aumenta el poder de existir, de tener autonomía, aumentando la capacidad de respuesta de sus propias capacidades, aprendiendo a

compensar las deficiencias funcionales, desarrollando facultades físicas y psicológicas que disminuyen la necesidad de ayuda.

- Reconoce los conocimientos de las personas cuidadas.
- Identifica, en las relaciones personales que mantiene con su entorno, un poder terapéutico que se hace imprescindible para que el usuario recupere esa autonomía.

Este tipo de cuidados hace que cada persona mantenga su identidad, siga siendo la responsable de su propia vida y se sienta sujeto en la relación con la enfermera, siendo nosotros un recurso de uso temporal, pero imprescindible para que éste cubra todas sus necesidades.

Por todo ello los participantes en este proyecto pensamos que la puesta en marcha del mismo es inevitable y sin retorno, pero con la clara convicción de que el factor tiempo debe ralentizarse dadas las dificultades y reticencias desde diferentes flancos que surgirán muy probablemente.

2. Contexto Ético-Legal y Asunción de Valores

Establecer fundamentos de derecho, ética y valores en la aplicación de los cuidados enfermeros en la población atendida por los equipos de la Empresa Pública de Emergencias Sanitarias, está ligado directamente a la propia filosofía de la Consejería de Salud, y a la ley 2/1998 de 15 de Junio, Ley de Salud de Andalucía-(BOE nº 74 de 4 de Julio de 1998)⁵

Desde el traspaso de competencias a la comunidad Autónoma de la asistencia sanitaria, se han producido grandes cambios en la sociedad española y andaluza y las convergencias no solo autonómica y nacional, sino europea en torno a los sistemas de protección social. Los cambios demográficos progresivos, con un aumento de la esperanza de vida y a su vez envejecimiento de la población, así como la aparición de nuevas enfermedades y cambios en las prevalencias, la introducción de nuevas tecnologías, y un creciente análisis de costes y financiación de prestaciones públicas, hacen que se abra un nuevo escenario para la sanidad en la que existen unas prioridades concentradas en: Adaptar los aparatos administrativos y asistenciales con la finalidad de conseguir una mayor eficacia, eficiencia, motivación e incentivación profesional, y una mejor adaptación a los deseos y necesidades de los ciudadanos. Todo bajo los principios de mayor participación de los profesionales en la gestión de los recursos asistenciales y de mayor control social.

Esta ley tiene como objetivo principal la regulación de las actuaciones que permitan hacer efectivo el derecho a la protección de la salud de los ciudadanos, régimen de definición de derechos y deberes de ciudadanos respecto de los servicios sanitarios de la Comunidad Andaluza y la ordenación general de las actividades sanitarias, siempre con la participación de los ciudadanos y los profesionales, para la mejora de la calidad en los servicios y utilización eficaz y eficiente de los recursos sanitarios que sean necesarios para la consecución de objetivos, bajo los principios generales de aseguramiento, universalización, equidad, superación de desigualdades, descentralización y autonomía, todo ello en consonancia con el SNS.

Por tanto y según regula la presente ley, el Sistema Sanitario Público de Andalucía (SSPA), se define como el conjunto de recursos, medios organizativos y actuaciones de las administraciones sanitarias pública de la comunidad autónoma o vinculadas a las mismas, orientadas a satisfacer el derecho a la protección de la salud a través de la promoción de la salud, prevención de las enfermedades y la atención sanitaria. Contemplando a su vez un **Plan Andaluz de Salud**⁶, que en el presente se refiere al cuatrienio 2003-2008. Este Plan establece objetivos y estrategias que conllevan a garantizar los preceptos de la Ley Andaluza de Salud, tales como:

o **Mejorar la salud desde los entornos sociales.** Desarrollando estrategias socio sanitario de atención domiciliaria donde debe converger la asistencia sanitaria con el apoyo social que fomente la autonomía y el autocuidado, así como medidas de ayuda al cuidador principal, papel inherente a la enfermería.

o **Personalizar el cuidado** de manera que los servicios se organicen para cada persona según sus necesidades, expectativas, autonomía y apoyo social, promoviendo la equidad en el acceso y la continuidad asistencial.

o **Favorecer la autonomía** de las personas con enfermedades crónicas o discapacidades, y la de sus cuidadores.

o **Reducir la morbilidad**, la mortalidad prematura y la discapacidad a través del desarrollo de planes integrales sobre un número específico de patologías unificadas en los procesos asistenciales, según criterios de la consejería. La actuación para estos problemas de salud garantizaría que se están abordando las enfermedades y situaciones más prevalentes que, por otra parte, causan la mayor mortalidad en la población general (cáncer y enfermedades del corazón), o en la población joven (accidentes), con la consiguiente repercusión en años de vida perdidos.⁷

A su vez por el Sistema Público de Andalucía se prestarán cuidados enfermeros de forma reglada y continuada, en su domicilio a todas aquellas personas mayores o con discapacidad que lo necesiten y por indicación médica o enfermera. Este servicio se prestará en todo caso de forma coordinada con los Servicios Sociales correspondientes, garantizado por el Decreto 137/ 2002 De Apoyo A Las Familias Andaluzas⁸: es misión por tanto de la enfermería de

EPES, coordinarse con las Enfermeras Comunitarias de Enlace (ECE), para la identificación y control de los usuarios que sean susceptibles de ser reevaluados por las ECE (o viceversa), y por tanto garantizar así la continuidad asistencial.

La gestión de casos es un proceso de colaboración mediante el cual la enfermera vela para que el paciente alcance los objetivos marcados en su plan asistencial coordinándose con diferentes profesionales y movilizándolo los recursos necesarios, garantizando así una atención integral y continuada que resuelva las necesidades de cuidados del paciente y su cuidadora.

Dentro de nuestra comunidad y por tanto intrínsecamente relacionado con nuestra tarea diaria, podemos aportar como fundamento la necesidad de la acreditación de profesionales y centros que se deben llevar a cabo según la Ley de Salud de Andalucía por la Agencia de Calidad Sanitaria de Andalucía⁹, con indicadores que determinan la labor enfermera no solo en las intervenciones terapéuticas, sino también en los planes de cuidados, protocolos con evidencia, etc.

Por tanto como profesionales del Sistema Sanitario Público andaluz, e integrantes de EPES, nuestro propio plan estratégico y contrato programa, se ven directamente relacionados con la nueva dinámica de trabajo de la sanidad andaluza.¹⁰

Así mismo en la actualidad, y bajo el consenso de las distintas comunidades autónomas y el Ministerio de Sanidad, se han determinado nuevas normas que establecen criterios que determinan y fundamentan la necesidad del PE en la atención integral de los usuarios. La Ley de Básica reguladora de la Autonomía del paciente y de Derechos y Obligaciones en materia de Información y Documentación Clínica¹¹, especifica en los artículos 14 y 15 del capítulo V: la Historia Clínica.-definición y archivo de las historias clínicas. Contenido de la historia clínica de cada paciente.

"La historia clínica comprende el conjunto de documentos relativos a los procesos asistenciales de cada paciente, con la identificación de los médicos

y profesionales que han intervenido en ellos..., donde el contenido mínimo será entre otros la evolución y planificación de cuidados de enfermería, la aplicación terapéutica de enfermería y el gráfico de constantes".

La reciente Ley de Ordenación de Profesiones Sanitarias (ley 44/2003,21 de noviembre)¹² estructura como profesión sanitaria de nivel diplomado el título de Diplomado en enfermería, la cual sin perjuicio de las funciones que, de acuerdo con su titulación y competencia específica corresponda desarrollar a cada profesión sanitaria, son funciones de nivel diplomado enfermeros: La dirección, evaluación, prestación de los cuidados de enfermería orientados a la promoción, mantenimiento y recuperación de la salud, así como a la prevención de enfermedades y discapacidades.

La actual profesión de Enfermería, regulada por el Real Decreto 1231/2001 de 8 de noviembre¹³, se encuentra perfectamente actualizada a los perfiles exigidos en todo momento no solo por el SSPA y SNS, sino por las demandas que están y persiguen los usuarios de dicho sistema, siempre mediante un procedimiento holístico y científico, como fundamentado por el código deontológico¹⁴ de la profesión enfermera, el cual determina que el ejercicio de la actividad enfermera se realizará alrededor de unos valores que, con el paso del tiempo, se han ido traduciendo en normas de conducta capaces de generar un verdadero "talante profesional" que distingue la forma de hacer de las enfermeras y enfermeros. El Código Deontológico de la Enfermería Española recoge ese acervo acuñado por la profesión y expresa la genuina forma en que se realiza la actividad de cuidar..., con la finalidad de alcanzar la máxima Calidad y Excelencia de la Profesión Enfermera.

Esta ley explícita la misión de la enfermería, con la misión específica de prestar atención de salud a los individuos, familias, y comunidades en todas las etapas del ciclo vital y en sus procesos de desarrollo. Además determina que la profesión enfermera es la única habilitada a nivel legal y nacional, como la encargada de los cuidados de la población(Art. 53-1,2).

Por tanto los cuidados de enfermería son funciones inherentes a la única profesión nacional habilitada al efecto, incumbiendo a esta profesión la responsabilidad

de proporcionar de forma individual o, en su caso, de forma coordinada dentro de un equipo de salud, los cuidados propios de su competencia, al individuo, a la familia y a la comunidad, de modo directo, continuo, integral e individualizado. (Art. 54. -1-2). En dicho artículo en su punto 3, se resume diciendo: "Los Cuidados de Enfermería comprenden la ayuda prestada por la enfermera en el ámbito de su competencia profesional a personas, enfermas o sanas, y a comunidades, en la ejecución de cuantas actividades contribuyan al mantenimiento, promoción y restablecimiento de la salud, prevención de las enfermedades y accidentes, así como asistencia, rehabilitación y reinserción social".

Sustentar todas las anteriores afirmaciones sobre normas jurídicas y éticas, no hacen más que corroborar las acciones que el propio ministerio de sanidad ha emprendido junto a instituciones de la enfermería y sociedades científicas, así como Instituto de Salud Carlos III, mediante el proyecto de Normalización de la Intervenciones de la Profesión Enfermera (NIPE)¹⁵

No es necesario establecer enlaces, en otros países, y asociaciones internacionales, ya que de todos es conocido el gran empuje que la enfermería Americana ha supuesto para la profesión enfermera (NANDA, NIC, NOC), sobre la necesidad de demostrar que la práctica enfermera se debe desarrollar mediante el PE, si bien es justo reconocer que el campo de la enfermería de emergencias distintas sociedades científicas nacionales y autonómicas están trabajando sobre el precepto que nos ocupa. (Casos como SEEUE Y SAEEC entre otras)

Para finalizar es el usuario el que con toda la normativa y aplicabilidad de la misma por parte de los enfermeros de EPES, lo que desea es:

"Ser atendido eficazmente, que es el derecho a recibir un servicio de calidad integral, tanto en sus aspectos científico técnico como humanos, orientado al resultado y desde un enfoque de relación del profesional con el usuario y de éste con el Sistema Sanitario Público de Andalucía de vida saludables.

Recibir un aspecto más humanista del Servicio de Salud. "Los cuidados que proporcionan las enfermeras influyen mucho en la calidad que perciben los usuarios de los servicios sanitarios; de hecho, un componente importante en

la valoración positiva que los andaluces dan a sus servicios sanitarios públicos tiene que ver con ese grupo profesional, de los mejor valorados cada año en las encuestas de satisfacción, probablemente porque por su cercanía, actitud y aptitud aportan el lado más humano de la atención sanitaria".

Contexto Ético-Legal

o Ley de Salud de Andalucía.

Adaptación a los deseos y necesidades de los usuarios.

Principios generales de aseguramiento, universalización, equidad, autonomía, continuidad y prioridad.

o III Plan Andaluz de Salud 2003-2008, Plan Estratégico EPES 2003-2006

Desarrollar estrategias que fomenten la autonomía y el autocuidado, promoviendo la equidad y la continuidad asistencial.

o Decreto de Apoyo a las Familias Andaluzas.

Coordinación entre los distintos niveles asistenciales.

Atención integral y continuada que resuelva las necesidades de cuidados del paciente y su cuidadora/es.

o Acreditación de Instituciones y Profesionales. Agencia de Evaluación de Calidad Sanitaria.

Acredita a las Instituciones y profesionales enfermeros, mediante indicadores relacionados con el cuidado enfermero.

o Ley Básica Reguladora de la Autonomía del Paciente y de Derechos y Obligaciones en Materia de Salud.

Contenido mínimo de la Historia Clínica: Evolución y planificación de Cuidados de Enfermería y aplicación terapéutica de Enfermería.

o Ley de Ordenación de Profesiones Sanitarias.

Descripción de funciones de Enfermería directamente relacionadas con los cuidados.

o Código deontológico y R.D. Ordenación de la actividad profesional de enfermería

Misión de la enfermería, habilitación único profesional encargado de los cuidados, valores de los profesionales de enfermería

o Ley de Cohesión y Calidad del Sistema Nacional de Salud.

Acuerdo Ministerio de Salud, Consejerías de Salud de las distintas CCAA e Instituciones, donde entre otras líneas se crea el proyecto de Normalización de Intervenciones de la Profesión Enfermera (NIPE)

3. Conceptos básicos

3.1 La revolución científica de la enfermería: cambio de paradigma y conflicto de rol.^A

La calidad de la asistencia prestada tiene que ver con muchas variables, todas ellas sobradamente analizadas en la literatura sanitaria: continuidad, accesibilidad, satisfacción... En el entorno de Cuidados Críticos, el usuario siente con frecuencia que el sistema no le responde adecuadamente, inclusive cuando algún aspecto de su dimensión psicosocial e incluso, espiritual, no es tenido en cuenta¹⁶. Por más calidad que se haya derrochado en el diagnóstico y pruebas complementarias o en la valoración y aplicación de cuidados, si los profesionales no prestan la debida atención a aspectos que la persona cree importantes en ese momento, difícilmente identificará a ese servicio como satisfactorio. ¿Qué cambios implica resolver estas cuestiones? Fundamentalmente, la reorientación de las organizaciones, que pasa por una evolución desde el actual modelo reduccionista centrado en la parte, hacia un modelo integrador que enfoque la asistencia hacia la persona, favorecedores de una asistencia más humanizada y en absoluto incompatible con la máxima efectividad clínica¹⁷.

¿En qué medida influye el modo de intervención de la enfermera en estos resultados? Hasta ahora, este aspecto ha permanecido "invisible" ya que la evaluación y seguimiento han estado basados en sistemas con un claro sesgo biomédico y que sirven para atribuir resultados globales del servicio, pero no para discernir el efecto de la intervención enfermera¹⁸.

La progresión científica de la Enfermería y el traslado de sus resultados a la población, pasan por la ruptura con paradigmas que no pueden dar explicaciones válidas a la complejidad de la relación enfermera-paciente-familia y que, en la actualidad, nublan la "mirada científica" y la mutilan a la hora de describir, clasificar e intervenir sobre la práctica del cuidado. Así, cuando desde el

^A Este punto completo está sacado de: Morales Asencio, J. M. IV Título de Experto Universitario en Enfermería de Urgencias y Emergencias. Módulo III Metodología de los Cuidados Enfermeros en Urgencias y Emergencias.

paradigma actual, se pretende describir la práctica enfermera, se reduce a una mera descripción de tareas y poco más^{19 20 21}. Una prueba de esto la constituyen las distintas iniciativas de discursos interdisciplinarios en las que varias profesiones sanitarias han de especificar su contribución a un proceso determinado y las enfermeras quedan relegadas a una simple enumeración descriptiva de tareas, cuando, en la realidad clínica, todo resulta mucho más complejo y existen variables "ocultas" a la mirada actual. En entornos donde los hechos transcurren con celeridad, como es el caso de las Emergencias, Urgencias y UCIs, aún se torna más difícil este discernimiento²².

Cuando se advierte a los profesionales sanitarios de esta situación, desde la perspectiva biologicista se alude a la "importancia de una actuación urgente, rápida y eficaz que salve la vida de la persona en situación crítica" y la imposibilidad de todo lo demás. No es más que una muestra de la incapacidad de VER la naturaleza de los cuidados desde paradigmas que tienen su mirada centrada en foco de atención. Nadie discute la importancia de "salvar vidas" (término, por otro lado laxo y con cierta propensión al uso demagógico, o casi simbólico, que roza el chamanismo) pero la no comprensión de algo, no tiene por qué otorgarle la condición de inviabilidad, máxime cuando es el resultado de un análisis superficial del proceso asistencial y, siempre, desde la óptica del profesional, no la del enfermo.

Cualquier sujeto que sufre un proceso crítico es "amputado" radicalmente de su entorno sociofamiliar y sufre una amenaza importante y repentina para su integridad vital, así como una pérdida de independencia²³, todo ello, conjugado con sus valores, nivel cultural, creencias, percepciones, su edad, sexo... Si a todo esto, se le añade un medio agresivo, inusual, con una modificación brusca de los patrones de vida habituales y con una pérdida importante en la toma de decisiones, supone el "caldo de cultivo" idóneo para la génesis de respuestas humanas. Baste, como ejemplo, los hallazgos de Davis y Hoffman²⁴, los cuales, comprobaron recientemente en una muestra de 665 pacientes que habían recibido atención en Urgencias, cómo muchos usuarios incluso en situaciones de gravedad considerable, deseaban mantener su autonomía en la toma de decisiones sobre su proceso (hecho que sorprende a la mayoría de enfermeras y médicos que ejercen en estas áreas).

Se ha descrito, por ejemplo, cómo la imposibilidad de solicitud de ayuda, de expresión de sentimientos, miedos y emociones que origina el deterioro de la comunicación verbal asociado a las vías aéreas artificiales, puede desencadenar inseguridad y pánico²⁵ llegando a alterar la integridad de la persona y sentir que no está presente como una totalidad²⁶. Igual ocurre con el deterioro de la movilidad física asociado a los dispositivos externos de monitorización o soporte (cables, catéteres, drenajes, tracciones, etc.). Este problema se puede manifestar mediante el miedo del paciente a moverse para evitar que se activen las alarmas, dificultad para orientar su posición en la habitación o la ambulancia (en enfermos intubados la visión lateral está limitada por la restricción de movimientos de la cabeza), sensación de miedo e inseguridad²⁷.

Una enfermera de Cuidados Críticos puede y debe prestar cuidados derivados de su dimensión interdependiente, pero también puede y debe proporcionar intervenciones encaminadas a resolver las respuestas humanas de la persona en situación crítica que limitan su independencia y que deben ir más allá del "quédese tranquilo" o "colabore con nosotros" que muchas veces es el único recurso de cuidados que se ofrece, aparte de la administración de fármacos, la desfibrilación o el control de la alarma de presión en vías aéreas.

Esa excelencia no es fácil de adquirir ya que persigue lo que Kérouac, denomina el design del cuidado, es decir, un cuidado que emplea la reflexión, el pensamiento crítico, la integración de creencias y valores de la persona, el juicio clínico, la intuición y la aplicación de conocimientos²⁸. Esto ocurre independientemente de que se trate de una persona con una fibrilación auricular rápida que precisa atención inmediata o de esa misma persona que, además, presenta un afrontamiento inefectivo.

Visto desde la realidad actual de los Cuidados Críticos, parece casi "utópico" hablar de concepción integral del sujeto en contextos tan hiperespecializados y sometidos a una gran presión asistencial. El modelo asistencial actual ofrece una gran resolutiveidad en lo que respecta al ámbito biológico, siendo mucho menor la cobertura de servicios integrales que consideren al sujeto desde una perspectiva holística a pesar de la alta influencia que se ha podido establecer, por ejemplo, entre los factores psicosociales y el pronóstico del enfermo

crítico^{29 30}, y la afirmación que hacen todos los profesionales implicados de la necesidad de "cambiar" (eso sí, en cursos, seminarios, congresos, artículos...)

En la Universidad, se lleva años formando a los futuros profesionales en materias encaminadas a ofrecer servicios enfermeros a la población y el desarrollo de la profesión ha avanzado lo suficiente como para abordar estos requisitos con una perspectiva científica que aporte soluciones. Hay evidencia disponible acerca de la influencia de la intervención enfermera en los resultados asistenciales tales como la duración de la estancia hospitalaria, la aparición de complicaciones, la satisfacción del usuario, nivel de confort, capacidad cognitiva, nivel de autocuidado al alta, reincorporación laboral^{31 32}.

La enfermera al ser el miembro del equipo asistencial que más relación entabla con la persona enferma³³, puede llegar a tener una influencia crucial en el entorno del paciente crítico y la vivencia de su proceso³⁴. Knaus et al. hace ya años que demostraron en un estudio multicéntrico cómo distintos aspectos de la Enfermería ejercida en las UCIs (continuidad de cuidados, comunicación médico-enfermera, entre otros) establecían diferencias de mortalidad en unidades de críticos de distintos centros hospitalarios³⁵. Idénticos resultados obtuvieron Mitchell et al.³⁶ en otro análisis multicéntrico de la excelencia de la enfermera de UCI realizado también en la década de los ochenta.

Resulta contradictorio, pues, que persista el modelo sanitario preponderante, que minimiza o ignora el potencial de la intervención enfermera, relegando su papel a la realización de tareas que complementen la intervención médica (con toda la importancia que tienen) y estrechando el espacio profesional necesario para poder valorar el estado de necesidades de la persona, sus respuestas humanas, el nivel de cuidados que precisa, intervenir facilitando la comunicación, la protección, la educación, etc. Si sólo se tiene en cuenta la dimensión fisiopatológica de la persona, no se puede proporcionar una asistencia "completa" y nunca se verán satisfechas adecuadamente las demandas que los usuarios consideran relevantes. Esta es la raíz del conflicto que origina la percepción, entre otras, de falta de "humanidad" de la asistencia. Como muy bien resume Tomás Vidal:

"La labor de la enfermera es incuestionable pero será infructuosa si las enfermeras clínicas, las que están en primera línea, no trabajan en pro de identificar su papel específico en cada una de las situaciones en las que intervienen, lo que únicamente es posible mediante la elaboración e implantación de planes de cuidados".³⁷

Como muy bien determinó el filósofo de la ciencia Thomas Kuhn, hace casi 40 años, toda revolución científica implica un conflicto con el paradigma preponderante³⁸ y la Enfermería se haya en plena transición científica³⁹, con lo cual, hay que asumir los cizallamientos que implica tal empresa, ya que la meta es trasladar a los ciudadanos el beneficio de cuidados excelentes.

3.2 Modelos de cuidados.

La enfermería a lo largo del tiempo se ha desarrollado como ciencia y como profesión, pero todo cambio, y aún más toda consolidación debe ir respaldada por una teoría (que le da sentido y metodología), y por una práctica (que la hace útil y funcional).

Toda esta revolución científica de la disciplina enfermera, ha provocado la proliferación de múltiples propuestas teóricas, las más conocidas no sobrepasan los dedos de una mano, pero alrededor de unas veintiocho pensadoras tienen publicados sus estudios sobre este tema. Esta proliferación teórica en ocasiones ha llegado a provocar un auténtico tapón epistemológico, pues los nuevos planteamientos teóricos abordaban la realidad desde un prisma distinto del que se ponía en práctica por las enfermeras asistenciales, es decir, existía un distanciamiento entre las enfermeras asistenciales y las teóricas, (conflicto de paradigma), lo cual creaba un rechazo en el ámbito asistencial, lo que genera un dilatado espacio entre "lo que se sabe y lo que se hace".⁴⁰

"La enfermería es una disciplina práctica, y si las ideas innovadoras no surgen de la práctica serán inevitablemente irreales y carecerán de utilidad. Del mismo modo, la práctica desprovista de bases teóricas y que no permite que se desarrollen sus bases teóricas no es una disciplina práctica. Es la ejecución de unos ritos que no guardan relación con las necesidades de cuidados de salud de los individuos y de la sociedad".⁴¹

Un modelo, es una representación de la realidad, un ejemplo, una analogía que nos ayuda a comprender algo que no podemos ver directamente o de lo que sabemos poco. No es una realidad, sino una abstracción de ésta." "Un modelo conceptual enfermero puede definirse como un conjunto de conceptos y proposiciones generales y abstractas que están integradas entre sí de forma sistemática y que proporcionan una estructura significativa para el ideal que representan. Su propuesta del prototipo que se desea alcanzar ofrece una orientación específica de los cuidados, no sólo para las enfermeras, a quienes proporciona un marco para el ejercicio profesional, sino también para la sociedad en general, puesto que identifica el propósito y ámbito de la enfermería como profesión"

Podríamos decir que los modelos nos muestran qué es la enfermería y a la vez nos permiten llegar a desarrollar, a aumentar y a modificar su contenido disciplinar. Si entendemos los modelos como meras representaciones de la realidad de la enfermería sin más, su estudio tan sólo nos permite llegar a obtener un álbum fotográfico que nos mostrará los distintos momentos por los que ha ido transcurriendo el desarrollo de la disciplina enfermera. Los modelos adquieren su verdadero significado cuando somos capaces de trasladarlos a nuestra práctica y probarlos. En esos momentos, estaremos en situación de demostrar que la forma de llevar a cabo el proceso de cuidar, guiada por un modelo de enfermería, nos permite obtener una mayor calidad de vida en las personas a las que atendemos contribuyendo a mejorar su nivel de salud. En definitiva, estaremos en situación de poder llegar a mostrar cuál es esa aportación específica que hacemos las enfermeras y que es necesaria para certificar nuestra consideración como disciplina científica y como actividad profesional.

La prueba de un modelo en la práctica y el análisis de sus resultados nos permitirá llegar a desarrollar una teoría de enfermería que como afirma Marriner nos ayudará a "adquirir conocimientos que permiten perfeccionar las prácticas cotidianas mediante la descripción, explicación, predicción y control de los fenómenos"

Por último y con intención de destacar como idea fundamental la necesidad de vincular las aportaciones teóricas que nos ofrecen los modelos al ejercicio de la enfermería recogemos una frase atribuida a Leonardo da Vinci: "la práctica sin la teoría es como un hombre que sale a la mar sin mapa y en un barco sin timón".⁴²

Con todo esto las ventajas de un modelo conceptual son:

1. Delimitar de manera mas clara el campo de actuación de la enfermera, mostrando lo que es esencial en la actuación de la enfermera.
2. Proporcionar una parrilla de observación y de análisis de la realidad a fin de captar los detalles de la situación.
3. Organizar los cuidados de manera coherente para el equipo.
4. Hacer más personales y humanos los cuidados respondiendo a las necesidades de la persona.
5. Permitir a las cuidadoras la utilización de un lenguaje común.
6. Poner de manifiesto la aportación de los cuidados enfermeros en el campo de la salud y del trabajo interdisciplinario.

Pero cuidado, la aceptación de un modelo concreto no debe hacerse a la ligera, ni aceptándolo incondicionalmente y sin analizarlo, sino que debe ser consensuado y muy bien meditado por los profesionales que trabajen con el, teniendo muy en cuenta el terreno sobre el que van a trabajar con ese modelo

Estamos tratando los modelos de enfermería como una manifestación de las distintas miradas enfermeras al proceso de cuidar. Ya decíamos que los modelos son representaciones de una realidad que nosotros denominamos proceso de cuidar. Como afirma McFarlane: "son una imagen mental o privada de la práctica de la enfermería, y cada uno de nosotros tiene el suyo propio".

Como consecuencia de la necesidad de definir la disciplina, se determinan por consenso los fenómenos que debían ser investigados. Estos fenómenos que son la persona, el entorno, la salud y el cuidado, forman lo que se ha determinado el metaparadigma y tratan de proporcionar una perspectiva universal de la disciplina. Siguiendo a Fawcett, la función del metaparadigma es la identificación del campo de estudio, lo que requiere que los conceptos y las relaciones entre ellos representen una perspectiva única y diferenciada, por lo que debe abarcar todos los fenómenos de interés de una disciplina y hacerlo desde una perspectiva neutral, es decir, sin aportar o llevar implícito un modelo conceptual, a lo que se le debe añadir la característica de ser universal. Con el concepto de persona que incluye el individuo, la familia y la comunidad, se identifica al receptor

o a los receptores de los cuidados; con el entorno se identifican las circunstancias, tanto físicas como sociales o de otra naturaleza, que afectan a la persona; el concepto de salud se refiere al estado de bienestar que oscila entre los más altos niveles de salud y la enfermedad terminal; y el concepto de cuidado es la propia definición de enfermería, es decir, "las acciones emprendidas por la enfermera en nombre de o de acuerdo con la persona, y las metas o resultados de las acciones enfermeras. Las acciones enfermeras normalmente son vistas como un proceso sistemático de valoración, diagnóstico, planificación, intervención y evaluación."⁴³

Conceptos Básicos

- Es necesaria una evolución desde el actual modelo reduccionista, hacia un modelo integrador que enfoque la asistencia hacia la persona, favorecedor de una asistencia más humanizada y en absoluto incompatible con la máxima efectividad clínica.
- Una enfermera de Cuidados Críticos puede y debe prestar cuidados derivados de su dimensión interdependiente, pero también puede y debe proporcionar intervenciones encaminadas a resolver las respuestas humanas de la persona en situación crítica que limitan su independencia.
- La excelencia implica un cuidado que emplea la reflexión, el pensamiento crítico, la integración de creencias y valores de la persona, el juicio clínico, la intuición y la aplicación de conocimientos.
- Debemos encaminarnos hacia un modelo asistencial que considere al sujeto desde una perspectiva holística.
- Toda revolución científica implica un conflicto con el paradigma preponderante y la Enfermería se haya en plena transición científica.
- Se está produciendo un acercamiento entre las enfermeras asistenciales y las teóricas, disminuyendo el espacio entre "lo que se sabe y lo que se hace"
- Las acciones enfermeras son un proceso sistemático de valoración, diagnóstico, planificación, intervención y evaluación.

4. Asunciones científicas o postulados según el modelo de V. Henderson

4.1 Aplicación práctica del modelo de V. Henderson.

Virginia Henderson se ubica en los Modelos de las necesidades humanas que parten de la teoría de las necesidades humanas para la vida y la salud como núcleo para la acción de enfermería. Perteneció a la tendencia de suplencia o ayuda, Henderson considera que el papel fundamental de la enfermera consiste en ayudar al individuo enfermo o sano a conservar o a recuperar la salud (o asistirlo en los últimos momentos de su vida), para que pueda cumplir las tareas que realizaría él solo si tuviera la fuerza, la voluntad, o poseyera los conocimientos necesarios y cumplir con sus funciones, de forma que le ayudemos a recuperar su independencia lo más rápidamente posible. (Riopelle 1993).

Una de las máximas para V. Henderson a la hora de aplicar su modelo en la práctica es entender que el profesional de enfermería debe fomentar el autocuidado del paciente para que adquiera su independencia. Esto aparece como una constante. Su objetivo es hacer al individuo independiente lo antes posible para cubrir sus Necesidades Básicas.

Para Henderson la función de ayuda al individuo y la búsqueda de su independencia es el trabajo de la enfermera; para que ello pueda desarrollarse adecuadamente es necesario tener en cuenta el conjunto de todas las condiciones e influencias externas que afecten a la vida y al desarrollo de una persona (concepto de entorno ya definido en el punto anterior). De ahí que para desarrollar un Plan de Cuidados sea necesario partir de:

- los recursos con los que cuenta nuestro paciente.
- la influencia de los factores ambientales en la posibilidad de que la persona pueda participar en la consecución de su independencia.

En los conceptos básicos que aporta Henderson, en su idea del rol de la enfermera y el servicio que aporta a la sociedad, se identifica perfectamente el derecho a la autonomía de la persona, su visión integral (física, psicológica y social) donde el entorno con sus condicionantes y/o estímulos actúa de una forma determinante en la independencia de cada persona.

Cuando la situación lo requiere, contempla al paciente y a la familia como una unidad, que requiere una visión conjunta para poder actuar.

La definición de enfermería de Henderson fue realizada en términos funcionales. Lo que significa que nos está informando en qué medida la persona presenta una capacidad funcional que le lleve a satisfacer por sí mismo sus Necesidades Básicas.

4.1.1 Principales Conceptos y Definiciones para la Práctica

Los conceptos a desarrollar, también de forma básica, serán:

- Concepto de necesidad
- Dependencia/independencia
- Fuente de dificultad.
- Relación de Necesidades e indicadores de independencia más significativos.
- Interrelación entre necesidades.
- Relación enfermera - paciente según V. Henderson.
- Aportaciones del modelo al proceso metodológico.

4.1.1.1 Concepto de Necesidad

Henderson parte de que todos los seres humanos tienen una variedad de necesidades humanas básicas (14 Necesidades Básicas) que satisfacer, estas son normalmente cubiertas por cada individuo cuando está sano y tiene el conocimiento suficiente para ello. Las necesidades básicas son las mismas para todos los seres humanos. La forma de manifestarse cada una de ellas (Manifestaciones de Independencia/ Manifestaciones de Dependencia), presenta diferencia en la intensidad de los indicadores, así como en los matices de los mismos, en función de características personales, contexto social y etapa del

ciclo evolutivo en la que se encuentra, así respecto a la necesidad de creencias y valores, los signos indicativos que observaremos en una persona adulta mayor en una situación de emergencia, pueden ser totalmente diferentes a los que presenta un adolescente, en el que pueden estar ausentes; siempre deberemos contemplarlos y respetarlos.

Las actividades que las enfermeras realizan para ayudar al paciente a cubrir estas necesidades son denominadas por Henderson como cuidados básicos de enfermería y estos se aplican a través de un plan de cuidados de enfermería, elaborado de acuerdo a las necesidades detectadas en el paciente. En el Plan de cuidados se debe identificar las capacidades (recursos personales de fuerza, conocimiento o voluntad) que la persona puede y debe seguir utilizando para compensar el área deficiente así como las capacidades que están deficitarias sobre las que hay que trabajar (como suplencia o ayuda) hasta resolver la dependencia de la necesidad o necesidades afectadas mientras que el paciente/cliente está bajo nuestro cuidado en ese momento crítico.

4.1.1.2 Manifestaciones de independencia y dependencia.

El concepto de independencia y dependencia no pueden ser entendidos como conceptos que están fuera del concepto de autonomía. Es importante que los diferentes profesionales que conforman el equipo de salud tengan un lenguaje coincidente, por ello estimamos necesario recordar el concepto básico Autonomía, para introducirnos posteriormente a definir la independencia y dependencia que orienta Henderson para la práctica asistencial.

Autonomía

La OMS define la Autonomía como la capacidad (física y psicológica) que tienen las personas de desarrollar actividades en la medida en que lo desean -si se les aporta los recursos necesarios-. Este concepto, los propios expertos lo identifican como un concepto positivo pero poco operativo para poder trabajar profesionalmente y desarrollar una cartera de servicios específica a un área concreta.

Destacar de esta definición cómo las capacidades (recursos físicos y psicológicos personales) son determinantes junto con la voluntad de hacer, para que una persona pueda ser más o menos autónoma.

Independencia

"La independencia expresada o manifestada por la persona se identificará siempre en función de la propia percepción del sujeto respecto a la ayuda que necesita de otras personas para la realización de acciones vitales para el propio sujeto..."

En este sentido el concepto de Independencia, es un concepto mucho más operativo que nos permite trabajar áreas concretas que el individuo pueda tener deficitarias.

Desde la perspectiva de V. Henderson, ésta identifica la Independencia como la satisfacción de una o varias de las necesidades del ser humano por las acciones adecuadas que realiza él mismo.

En esta definición se identifica la responsabilidad personal que cada sujeto tiene respecto a la satisfacción de sus propias necesidades. En esta situación no serían necesario los servicios enfermeros, ya que el propio sujeto es independiente con sus propios recursos.

Dependencia.

Socialmente se identifican como personas dependientes quienes por razones ligadas a la falta o la pérdida de capacidad física, psíquica o intelectual tienen necesidad de una asistencia y/o ayuda importante. En este caso la ayuda importante = ayuda de otra persona.

Desde la perspectiva de Henderson, las manifestaciones de dependencia, nos sitúan en un nivel operativo, signos observables, señales que nos informan de la incapacidad de la persona para satisfacer alguna de sus necesidades... por falta de fuerza, conocimientos o voluntad (Fuente de dificultad FD). La

Dependencia se identifica a través de las acciones inadecuadas (por acción u omisión de las mismas) que presenta la persona respecto a la satisfacción de una o de varias necesidades básicas.

4.1.1.3 Fuente de dificultad.

La Fuente de Dificultad para Henderson se identifica como "causa o impedimento mayor que genera la dependencia". Puede ser de orden psicológico, social, físico o de falta de conocimientos. Puede tener su origen en experiencias o situaciones del presente pero también puede estar originada por experiencias pasadas. La persona reacciona no solamente frente a las dificultades actuales, sino también a las anteriores.

Fuentes de dificultad:

- o Fuerza.
- o Conocimiento
- o Voluntad.

La fuente de dificultad no siempre se puede universalizar, tiene un componente de individualidad/personal muy importante.

Por otro lado, es necesario reconocer las interacciones entre las fuentes de dificultad y el contexto en el que se encuentre nuestro paciente, por lo que la situación del sujeto para llegar a satisfacer sus necesidades puede ser compleja. Así un problema por falta de capacidad física en un paciente que acaba de sufrir un accidente de tráfico -FD fuerza- (debilidad muscular secundaria a un politraumatismo) puede verse complicado por el estado de ansiedad en el que se encuentra el paciente (fuente de dificultad que afecta al área de la voluntad) y empeorar por la falta de soporte y afecto del entorno al morir sus personas de referencia en el mismo accidente. (Intervienen todas las FD. - fuerza, conocimiento, voluntad y falta de recursos del entorno).

Trabajar la Fuente de Dificultad por parte de la enfermera supone un gran desafío profesional. Por ello se hace tan significativo que una vez identificado el problema y la FD, la enfermera, tras un proceso deliberativo, debe decidir

qué intervenciones cuidadoras son las más idóneas para esa persona, teniendo en cuenta que debe ayudar a la persona a afrontar los problemas de una forma multidimensional y en nuestro ámbito de una forma muy precoz y diligente dadas las circunstancias temporales que rodean nuestras actuaciones.

Identificar la Fuente de Dificultad, es decir el factor etiológico del problema de dependencia, puede ser un proceso complejo, que requiere por parte de la enfermera un conocimiento experto de los límites de cada una de las áreas que comprenden las diferentes Fuentes de Dificultad -FD- (fuerza, conocimiento, voluntad o falta de recursos) así como de los recorridos personales que cada persona ha experimentado, ya que a veces puede ser un problema del pasado el que actúe como detonante de la dependencia; es el caso de los pacientes con intentos de autolisis derivados de una situación crítica anterior no resuelta.

También conviene matizar que en la práctica, identificar la fuente de dificultad referida a la falta de voluntad, resulta bastante difícil y complejo. Aún identificada es difícil intervenir sobre la misma, más aún cuando nuestro contacto con el paciente se ve, en la mayoría de los casos, limitado a 30-60-90 minutos.

En la elección de las actividades cuidadoras de la enfermera es importante reconocer que cuando la Fuente de Dificultad no es posible eliminarla, la enfermera centra su Intervención profesional en las manifestaciones de dependencia. Es decir haremos un papel de suplencia directa con la persona.

Aproximación a las Fuentes de Dificultad:

Fuente de dificultad de orden físico: **FUERZA**

- Se identifica con las capacidades físicas y psíquicas del sujeto. Los indicadores fisiológicos y fisiopatológicos enriquecen la caracterización de esta fuente de dificultad.

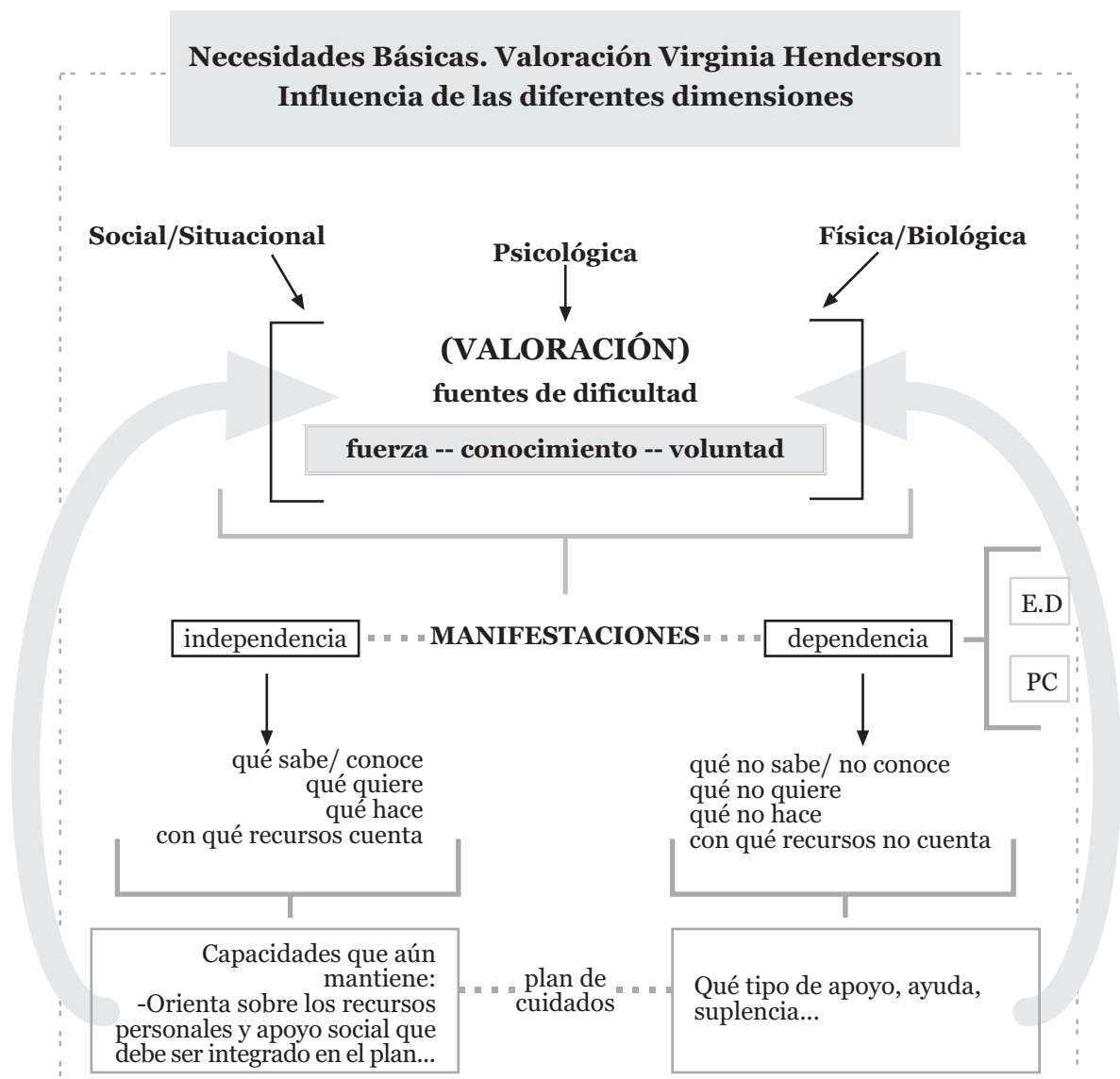
Fuente de Dificultad de orden psicológico: **VOLUNTAD**

- La persona no tiene voluntad o motivación para modificar sus conductas inadecuadas respecto a la dependencia de la/s necesidad/es que presenta.

Fuente de dificultad de **CONOCIMIENTOS**.

- Insuficiente conocimientos de uno mismo y del medio. Ej. : No conoce que los cambios que presenta son propios de su proceso de maduración; no conoce los efectos nocivos de determinados factores ambientales.

A continuación aparece el esquema general de actuación y decisión práctica según el Modelo de Virginia Henderson, desde que se identifican mediante la Valoración, las Manifestaciones (Dependencia e Independencia) hasta que se llega al Plan de Cuidados.



Pero sin duda, el llegar a entender claramente qué elementos juzgar dentro de cada Necesidad individual nos hará aproximarnos rápidamente a un juicio sobre alteraciones objetivables que exijan de nuestra actuación rápida.

4.1.1.4 Relación de necesidades e indicadores de independencia

En el desarrollo de este punto sobre las Necesidades -relación y contenidos- enunciaremos la denominación de cada necesidad, haremos una pequeña descripción de la misma y, a modo de ejemplo clarificador, describiremos enunciados de manifestaciones de independencia que ayuden a comprender en qué medida cada persona puede ser más o menos independiente respecto a cada necesidad si tiene la "fuerza, el conocimiento o la voluntad" que requiere esa necesidad.

El enfoque que pretendemos dar, está en evidenciar los aspectos positivos, es decir situarnos desde las capacidades que cada persona puede presentar. Las pérdidas o alteración de algunos aspectos referidos a "la fuerza, el conocimiento o la voluntad" nos sitúan en la línea de la dependencia y deberían ser contemplados como indicadores que nos llevan en el juicio diagnóstico a un Problema de Colaboración o un Diagnóstico Enfermero.

V. Henderson desarrolla catorce necesidades básicas y éstas son:

1. Respirar normalmente.

Respirar con normalidad es considerada dentro del grupo de las necesidades básicas para el mantenimiento de la vida. La toma de aire que permite el intercambio de gases -obtención de oxígeno y expulsión de anhídrido carbónico- a través de la función respiratoria, es una función del organismo que tiene que preservarse de forma continuada. Mantener los mecanismos necesarios para que la persona dé respuesta a esta necesidad es un objetivo prioritario en la actividad de cuidados.

Con relación a esta necesidad una persona es independiente cuando:

- Realiza una función respiratoria que se caracteriza por respira silenciosamente, de forma rítmica, sin esfuerzo y con una frecuencia que oscila entre las 15 y las 25

- respiraciones por minuto, frecuencia que mantiene con la realización de las AVD.
- Presenta una frecuencia cardiaca entre 70 y 80 pulsaciones por minuto, que también es capaz de mantener durante la realización de las AVD.
 - Realiza un intercambio aéreo correcto y posee un sistema de transporte sanguíneo adecuado a sus requerimientos orgánicos; fruto de los cuales son una piel, unas mucosas y unas faneras sanas, cálidas y de coloración rosada.
 - Conoce y utiliza medidas para mantener y facilitar su oxigenación celular.
 - Es capaz de desarrollar medidas correctoras en su entorno más cercano que le previenen de procesos y/o alteraciones de la función respiratoria.
 - Es capaz de diferenciar los cambios normales relacionados con la etapa del ciclo evolutivo donde se encuentra de los patológicos.
 - Identifica situaciones y/o signos de riesgos que le llevan a pedir/solicitar la ayuda necesaria.
 - Es capaz de relacionar los cambios que experimenta con las medidas preventivas que requiere su función respiratoria.
 - Mantiene una correcta alineación corporal para facilitar la expansión de la caja torácica.
 - Mantiene una dieta equilibrada y una buena hidratación para el correcto funcionamiento de su aparato respiratorio.

Éstos, entre otros indicadores, nos informa sobre esta necesidad.

2. Comer y beber de forma adecuada.

Mantener la necesidad de comer y beber, requiere por parte de la persona la capacidad de decidir - qué quiere comer-, las destrezas suficientes para adquirir y manipular los alimentos, así como un estado físico de órganos y sistemas (gastrointestinal, eliminación,...) que posibiliten al organismo extraer los nutrientes necesarios para su mantenimiento una vez que estos han sido ingeridos. Este proceso de alimentación-nutrición, nos obliga a valorar en la persona una gran cantidad de factores para que no aparezcan deficiencias.

La Necesidad de comer y beber, al igual que la anterior se encuentra dentro de las denominadas Necesidades de Supervivencia. No atender este requerimiento supone la muerte para el individuo. Lo que nos obliga a realizar todas las acciones

que garanticen una correcta ingesta en condiciones idóneas a la persona - su entorno, la edad, actividad, procesos de salud...

La independencia respecto a esta necesidad se identifica cuando:

- Conoce los alimentos más adecuados a la etapa en la que se encuentra y los nutrientes que le aportan.
- Tiene capacidad y destreza física que le permite desplazarse para la adquisición y elaboración de los mismos.
- Tiene los recursos económicos suficientes para adquirirlos.
- Es capaz de elegir los alimentos en función de sus gustos, posibilidades económicas y requerimientos nutricionales.
- Realiza la elaboración de los mismos de forma sana y adecuada.
- Mantiene los alimentos en lugar adecuado -temperatura, humedad. -
- Realiza la ingesta de los alimentos de forma correcta en cuanto a los ritmos, cantidades, masticación, deglución...
- Busca compañía y se siente acompañado, cuando lo necesita, durante el acto de las comidas.
- Controla los cambios sensitivos -gusto y olfato- de forma que no realiza una ingesta excesiva de algunos alimentos o nutrientes -azúcares simples, sodio... -

3. Evacuar los desechos corporales. Eliminar.

La eliminación de sustancias de desecho por parte del organismo es fundamental para el mantenimiento del equilibrio homeostático. Por ello, una de las misiones que debe realizar con periodicidad casi matemática, es la de deshacerse de las sustancias resultantes del metabolismo celular. Este desecho que se produce principalmente por la excreción de orina y heces, pero también por la transpiración y la espiración pulmonar, es una actividad que requiere de la conjunción de diversos y variados sistemas corporales -piel, riñón, pulmón...-

La insatisfacción de esta necesidad le va a producir cambios importantes en todas las áreas de su vida. De una forma concreta, los problemas de eliminación vesical y/o intestinal generan en la persona, problemas de relación condicionados por la sensación de higiene deficitaria, dependencia física de otras personas

e, incluso, problemas económicos relacionados con la demanda de recursos.

Podemos considerar que una persona es independiente respecto a la necesidad de eliminación cuando:

- Conoce las medidas higiénicas más adecuadas a la etapa en la que se encuentra en cuanto a una buena eliminación vesical e intestinal.
- Mantiene hábitos higiénicos, relacionados con los actos de la eliminación, orientados al mantenimiento de la higiene y a la prevención de infecciones.
- Tiene capacidad y destreza física que le permite desplazarse al baño y usar correctamente el water.
- Es capaz de elegir el momento y las condiciones más adecuadas que garanticen, de forma sistemática una buena eliminación.
- Evacua, en horario y ritmo regular.
- Adecua el entorno físico -baño, pasillos... -.
- Conoce y toma los alimentos adecuados que le facilitan una correcta eliminación, así como una ingesta de líquidos correcta.
- Realiza los ejercicios y la actividad diaria necesaria para mantener el buen funcionamiento de los órganos y sistemas que actúan en el proceso de eliminación de las sustancias de desechos de nuestro organismo.
- Conoce y actúa en consecuencia respecto al uso indiscriminado de laxantes y de sustancias farmacológicas que inciden en la eliminación.
- Conoce y utiliza medidas para facilitar su eliminación.
- Conserva las capacidades psicomotoras suficientes para responder, convenientemente y a tiempo, al estímulo.
- Presenta un estado de conciencia y control que le permite satisfacer las necesidades anteriormente descritas.

Estas Manifestaciones de Independencia deben estar enriquecidas por otro tipo de datos como son:

- ORINA: características.
- HECES: de color marrón, de olor fuerte y consistencia compacta.

4. Moverse y mantener una postura adecuada.

La satisfacción de la necesidad de movimiento, requiere, por parte del organismo, la capacidad de integrar habilidades motoras finas y gruesas, que le permitan realizar tanto las Actividades de la Vida Diaria (AVD) como las Actividades Instrumentales de la Vida Diaria (AIVD). Ya sea deambulación, alineación corporal o autocuidados (alimentación, acicalamiento, baño...).

Garantizar que las diferentes estructuras (sistema osteoarticular y neuromuscular), dentro de la dimensión física, así como del resto de las dimensiones sociales/situacionales y psicológica, permanezcan en las mejores condiciones, debe ser uno de los objetivos que el profesional de enfermería debe proponerse. De tal forma, que la persona dentro de su contexto concreto, pueda satisfacer su necesidad de movimiento y mantenimiento de una buena postura.

Un buen nivel de satisfacción de esta necesidad es imprescindible para el mantenimiento del resto de las necesidades.

Podríamos decir que una persona presenta un alto nivel de satisfacción respecto a la necesidad de movimiento y mantenimiento de una buena postura corporal cuando:

- Es autónomo en la realización de sus actividades cotidianas o AVD, se percibe como tal y es capaz de generar los cambios necesarios de su entorno que le permitan seguir disfrutando de ese nivel de autonomía.
- Mantiene posturas alineadas y anatómicamente correctas en situación erecta y en situación de reposo.
- Realiza regularmente una actividad física adecuada a sus características, así como ejercicios que le previenen procesos degenerativos (rigidez, deformidad, aislamiento social...).

5. Dormir y descansar.

La percepción de descanso por el usuario debe ser el criterio que nos sirva para valorar adecuadamente la satisfacción de esta necesidad.

De una forma más concreta:

- La persona se siente recuperada, después de haber dormido alrededor de 8 horas -descanso nocturno-; es decir ha disfrutado de un sueño reparador, se siente con energía para realizar las actividades del día, se siente tranquila y relajada.
- Concilia el sueño con facilidad.
- No experimenta despertares continuos durante la noche.
- Es capaz de acondicionar las áreas de descanso para favorecer un ritmo de sueño adecuado a sus necesidades.
- Conoce los cambios que con la edad presenta el patrón del sueño (bebé adulto, anciano) y actúa en consecuencia.
- Busca la ayuda profesional necesaria cuando experimenta cambios no comprensibles.
- Desarrolla durante el día una actividad física adecuada -gasto de energía físico conforme a su edad-, que le permite entrar en las fases del sueño sin dificultad.
- Conoce y desarrolla una alimentación e hidratación adecuada a lo largo del día que le permite conciliar y no interrumpir el descanso nocturno.

6. Vestirse y desvestirse, elegir la ropa adecuada que se corresponda con sus preferencias, y situación.

Dar respuesta a esta necesidad pretende dos objetivos: protegernos de los elementos climatológicos -frío/calor- y, por otro lado, presentar una imagen externa socialmente aceptable en el grupo social en el que estamos inmersos -normas sociales- y con las propias características -gusto, costumbres... - Los aprendizajes adquiridos a lo largo de la vida, influirán sobre esta necesidad.

Las conductas observables que nos llevan a detectar independencia respecto a esta necesidad pueden ser:

- Presenta una imagen adecuada con relación a la higiene, estado de la ropa y la elección de la misma, y se corresponde con sus gustos personales, condiciones climáticas y tipo de actividad que realiza.
- Tiene posibilidades de conseguir -suficiencia económica- la vestimenta adecuada a sus necesidades.

- Utiliza un calzado correcto para garantizar una correcta deambulaci3n.
- Utiliza, dentro de sus posibilidades, vestimentas de materiales naturales que le permiten una buena transpiraci3n y aislamiento (algod3n, piel...).
- Se viste y desviste de forma aut3noma.
- Manifiesta un estado de bienestar general respecto al vestir y desvestir.

7. Mantener una adecuada temperatura del cuerpo seleccionando la ropa y modificando las condiciones ambientales.

Mantener una temperatura corporal constante dentro de los l3mites normales se denomina termorregulaci3n.

Identificar manifestaciones tales como:

- Capacidad para mantener su temperatura corporal alrededor de los 36° C.
- Reacciona de forma equilibrada a los cambios de la temperatura ambiente.
- Conoce y pone en marcha mecanismos para adaptar su temperatura corporal a los cambios externos: cubre su cabeza con un sombrero, usa un abanico...
- Usa ropa adecuada, en cantidad y calidad, a la climatolog3a de la temporada y lugar en la que se encuentra.
- Desarrolla una actividad f3sica que le previene de los d3ficit que le provocan el proceso de envejecimiento.

Estas manifestaciones se refuerzan con evidencias de un buen estado de las constantes vitales como: frecuencia respiratoria, frecuencia card3aca, temperatura y tensi3n arterial, sin cambios significativos, ante cambios externos de temperatura. La piel y mucosas son rosadas, tibias y mantiene una m3nima transpiraci3n.

8. Mantener higiene corporal, proteger la piel y tener buena apariencia f3sica.

Mantenerse limpio, aseado y tener un aspecto saludable es una necesidad b3sica que han de satisfacer las personas para conseguir un adecuado grado de salud y bienestar.

Procurarse una piel íntegra, sana, limpia y cuidada, es imprescindible para protegerse de las agresiones del medio y de la penetración de elementos no deseados en el organismo.

Consideraremos que una persona es independiente en lo que respecta a esta necesidad o que la mantiene adecuadamente satisfecha, cuando:

- Mantiene un patrón de higiene personal adecuada.
- Ofrece un aspecto limpio, cuidado y un olor agradable.
- Realiza correctamente la higiene bucal tras cada comida y cuida su prótesis si la tuviera.
- Mantiene limpios y cuidados cabello y uñas, tanto de manos como de pies; manteniendo además éstos exentos de alteraciones tales como: parásitos, heridas, callosidades, durezas...
- Mantiene limpias, cuidadas e hidratadas sus mucosas.
- Presenta una piel limpia, suave, lisa y flexible, sin alteraciones ni lesiones.
- Usa cosméticos de forma conveniente.
- Conoce y utiliza medidas para mantener su piel, sus mucosas y sus fáneras limpias y en buen estado.
- Práctica una higiene postural que le previene de posibles lesiones de la piel.
- Mantiene hábitos dietéticos que le garantizan un buen estado de la piel y mucosas -hidratación, vitaminas... -.
- Realiza, de forma sistemática, actividades preventivas que le evitan lesiones cutáneas -exposición excesiva al sol... -.
- Mantiene una actividad física adecuada que le previene de procesos degenerativos de la piel y faneras

9. Evitar peligros y no dañar a los demás.

Es una de las necesidades más globales que tiene el individuo y que, por tanto, estará más interrelacionada con el resto de las necesidades.

Garantizar un entorno seguro debe ser uno de los objetivos básicos. Una organización adecuada de una casa o habitación puede facilitar el que la persona se desenvuelva con libertad.

Dentro de esta necesidad también se hace imprescindible aspectos relacionados con la ingesta de fármacos, e indicadores específicos del área de salud mental y cambios o alteración en los sentidos.

Una persona es independiente respecto a la necesidad de seguridad cuando:

- Es capaz de adaptar su entorno próximo -domicilio, habitación... - a los cambios que presenta y a las necesidades de su vida actual.
- Realiza las AVD de forma segura.
- Conoce los cambios sensoriales propios de su edad y actúa en consecuencia.
- Realiza, si es que lo tiene, el tratamiento terapéutico de forma correcta.
- Prepara de forma conjunta con el profesional programas de prevención

En definitiva, cuando conoce y utiliza medidas para favorecer su seguridad, siendo capaz de mantener un entorno seguro que le prevenga de las agresiones y accidentes, y le proporcione estabilidad física y emocional.

10. Comunicarse con otros expresando sus emociones, necesidades, temores u opiniones. Actualmente se incluye en esta necesidad la sexualidad como forma de comunicación.

Comunicarse es una necesidad que está presente en todas las etapas del ciclo evolutivo. Las formas de expresar esta necesidad puede desplegar maneras diversas: oral o gestual, escrita, a través del contacto físico, prácticas sexuales... Es una necesidad cuyas manifestaciones externas están impregnadas del contexto donde se expresan. La formación, las prácticas sociales, los valores, actúan sobre esta necesidad dándole expresiones determinadas.

Es la necesidad, que por excelencia, posibilita el intercambio de las personas entre sí y entre las personas y su entorno. Sus manifestaciones de independencia serían:

- Es capaz de comunicarse, oral y/o gestualmente, convenientemente con sus semejantes y con su entorno.
- Manifiesta sus opiniones y recibe las de los demás en un clima de respeto.

- Conserva una adecuada orientación temporo-espacial.
- Mantiene las capacidades físicas e intelectuales necesarias para acceder a la información interior y exterior, así como para la expresión de sus reacciones tanto intelectuales como emotivas.
- Tiene una imagen y un concepto de sí mismo que se corresponden con la realidad.
- Siente y exterioriza su sexualidad como adecuada, satisfactoria y gratificante.
- Conoce y utiliza medidas para favorecer la comunicación, expresar sus emociones y su sexualidad.

11. Actuar según sus creencias y valores.

A lo largo de nuestra vida todas las personas van conformando su propia escala de valores y sus creencias. Estos valores, creencias, normas, son guías, ejes que orientan la vida de las personas. Además, estas líneas o ejes no aparecen de forma aislada. La sociedad determina una serie de criterios por los que los miembros que están inmersos en ella deben guiarse. Es este sentido, los valores, creencias que cada persona asume, se corresponden con el grupo social en el que se encuentran.

Toda persona necesita estar integrada dentro de un grupo social donde exista esa escala de valores y creencias que, a su vez, determinan el valor moral y ético de los comportamientos que se ponen de manifiesto.

Con los años, la intensidad que adquieren estos aspectos puede ser tan significativa como el valor que tiene las necesidades de supervivencia.

Una persona es independiente respecto a la necesidad de actuar según sus creencias y valores cuando:

- Tiene posibilidad de practicar los actos que se corresponden a sus creencias
- Es capaz de convivir con otras personas, aunque no compartan la misma escala de valores.
- Es capaz de dar sentido a su vida desde sus valores y creencias.
- Conoce y utiliza medidas para favorecer su satisfacción.

- Pide ayuda cuando necesita asesoramiento sobre los valores o normas actuales.
- Comparte con otros estas creencias y valores.

12 y 13. Autorrealización y Recrearse, disfrutar del tiempo de ocio.

Para dar respuesta a esta necesidad es necesario tener presente cada una de las actividades que llevan implícita una relación social. Actividades como vida laboral, asociacionismo, actividades culturales, encuentros con amigos, actividades lúdicas.

Las manifestaciones de independencia de la persona que se identifican en esta necesidad se escriben como:

- Elige entre las distintas alternativas que se le ofertan: terapia ocupacional, actividades educativas, actividades deportivas..., exteriorizando manifestaciones de alegría, placer, satisfacción, orgullo, etc.
- Conoce y utiliza medidas para favorecer su autorrealización a través del entretenimiento y de la utilización del tiempo libre, dando con ello vida a los años que viva.
- Identifica los aspectos positivos que le aporta su vida laboral y busca alternativa a los conflictos que le plantea.
- Es capaz de estar ocupado realizando actividades socioculturales, individuales y/o grupales, útiles y prácticas que le permitan seguir manteniendo una saludable convivencia social y un buen grado de actividad, lo que va a posibilitar el que pueda desarrollarse íntegramente y valorarse como persona.

14. Aprender, descubrir o satisfacer la curiosidad que conduzcan al desarrollo normal.

En este apartado es importante recordar que la capacidad de aprendizaje está presente en todo el ciclo evolutivo de la persona, aunque esta necesidad presentará diferencias en función de la etapa en la que se encuentra (niño, adulto, anciano...)

En este sentido, las edades más tempranas permiten una mayor facilidad para aprender e integrar nuevos conceptos, actitudes y destrezas. Por tanto, a mayor edad habrá una menor capacidad para aprender cosas nuevas y, sobre todo, aprender aquello a lo que no se le encuentra un sentido útil.

Las manifestaciones de independencia de la persona respecto a esta necesidad, deben estar contextualizadas en los parámetros de normalidad y la utilidad que la persona le asigna a tales conocimientos y actitudes.

La rápida generación de nuevos conocimientos, de gran especialización y obsolescencia, no tienen por que ser relevantes en general.

De manera específica diremos que una persona es independiente cuando:

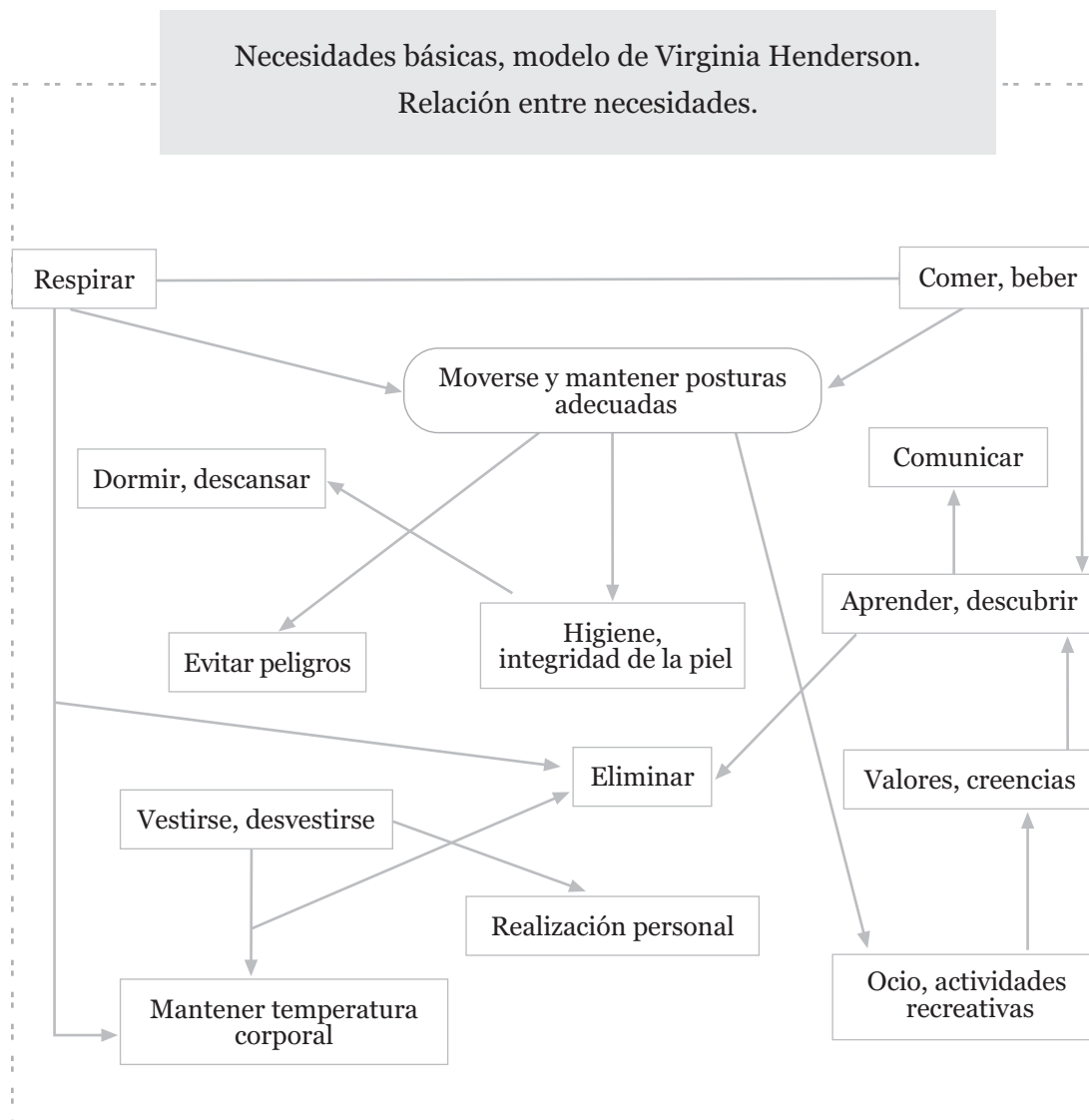
- Los aprendizajes adquiridos a lo largo de su trayectoria personal los relaciona con las demandas actuales y con las nuevas demandas que van apareciendo.
- Manifiesta interés por aprender.
- Está interesado y siente curiosidad por lo que ocurre en su entorno.
- Es capaz de identificar sus propias carencias de conocimientos, útiles o significativos para él.
- Manifiesta estrategias que le permite controlar las posibles limitaciones que tiene.
- Detecta y manifiesta las pérdidas cognitivas que pueden aparecer y es capaz de razonarlas y buscar ayuda.
- Adecua su entorno con recursos y/o elementos que le ayudan a ser más independiente y domina el uso de los mismos.

INTERRELACIÓN ENTRE LAS 14 NECESIDADES.

Cada una de las necesidades no se puede ni se debe trabajar de forma independiente, ya sea en nuestro lugar de trabajo, (las emergencias) como en cualquier otro ámbito. La alteración en la independencia de una necesidad afecta al resto de las necesidades. Se provoca un efecto de vibración, como ocurre con una guitarra cuando tocamos una cuerda, el resto de las cuerdas vibran con más o menos intensidad en función de la intensidad del estímulo emitido a la primera cuerda.

Para que la enfermera pueda ayudar a la persona en la independencia de las 14 Necesidades Básicas debe poseer conocimientos y destrezas del campo de la biología, sociología y psicología.

Desarrollar actividades cuidadoras que cubran los requerimientos de cada una de las necesidades que obligan a la enfermera a un conocimiento integral y dinámico de la persona y su entorno, donde el objetivo de favorecer la salud, es prioritario (como concepto general), respecto al cuidado en la enfermedad.



4.2. Relación Enfermera - Paciente Según V. Henderson:

Se establecen tres niveles en la relación enfermera paciente y estos son:

- La enfermera como sustituta del paciente (enfoque de suplencia): este se da siempre que el paciente tenga una enfermedad grave, aquí la enfermera es un sustituto de las carencias del paciente debido a su falta de fortaleza física, voluntad o conocimiento. Esta relación se identifica como Suplencia, que debe tener un carácter temporal si la persona es susceptible de recuperar la fuerza, el conocimiento o la voluntad (ej: problemas de salud que impidan al sujeto temporalmente moverse después de un accidente de tráfico), o puede ser con carácter permanente si la persona no podrá recuperar la fuerza, el conocimiento o la voluntad (Ej. : paciente en coma; persona anciana con Alzheimer en fase tres)

- La enfermera como auxiliar del paciente (interrelaciona el enfoque de suplencia y ayuda): durante los periodos de convalecencia la enfermera ayuda al paciente para que recupere su independencia. En este caso la enfermera realiza acciones de cuidados parciales, nunca suple la totalidad de las actividades que el sujeto (basado en indicadores objetivos) puede realizar por sí mismo, y le ayuda a compensar con sus propios recursos las posibles limitaciones que presenta. En este caso la enfermera establece una relación de ayuda a la persona. Este enfoque es de especial importancia, ya que nuestro sesgo profesional, unido a las limitaciones de tiempo, nos hace suplir a las personas incluso en aquellas áreas para las que está capacitada.

- La enfermera como compañera del paciente (enfoque de ayuda): la enfermera supervisa y educa al paciente pero es él quien realiza su propio cuidado. En este caso la enfermera también hace la función de acompañamiento en el proceso de cambio que va desarrollando la persona. Es el referente para que adquiera de nuevo la independencia. Establece una relación de apoyo fortaleciendo las capacidades que la persona tiene en la resolución de su independencia.

En nuestra área de trabajo es sin duda la relación de suplencia la que se hace más evidente, pudiendo acompañarse en ocasiones con la de ayuda.

4.3. Aportaciones del modelo al proceso metodológico

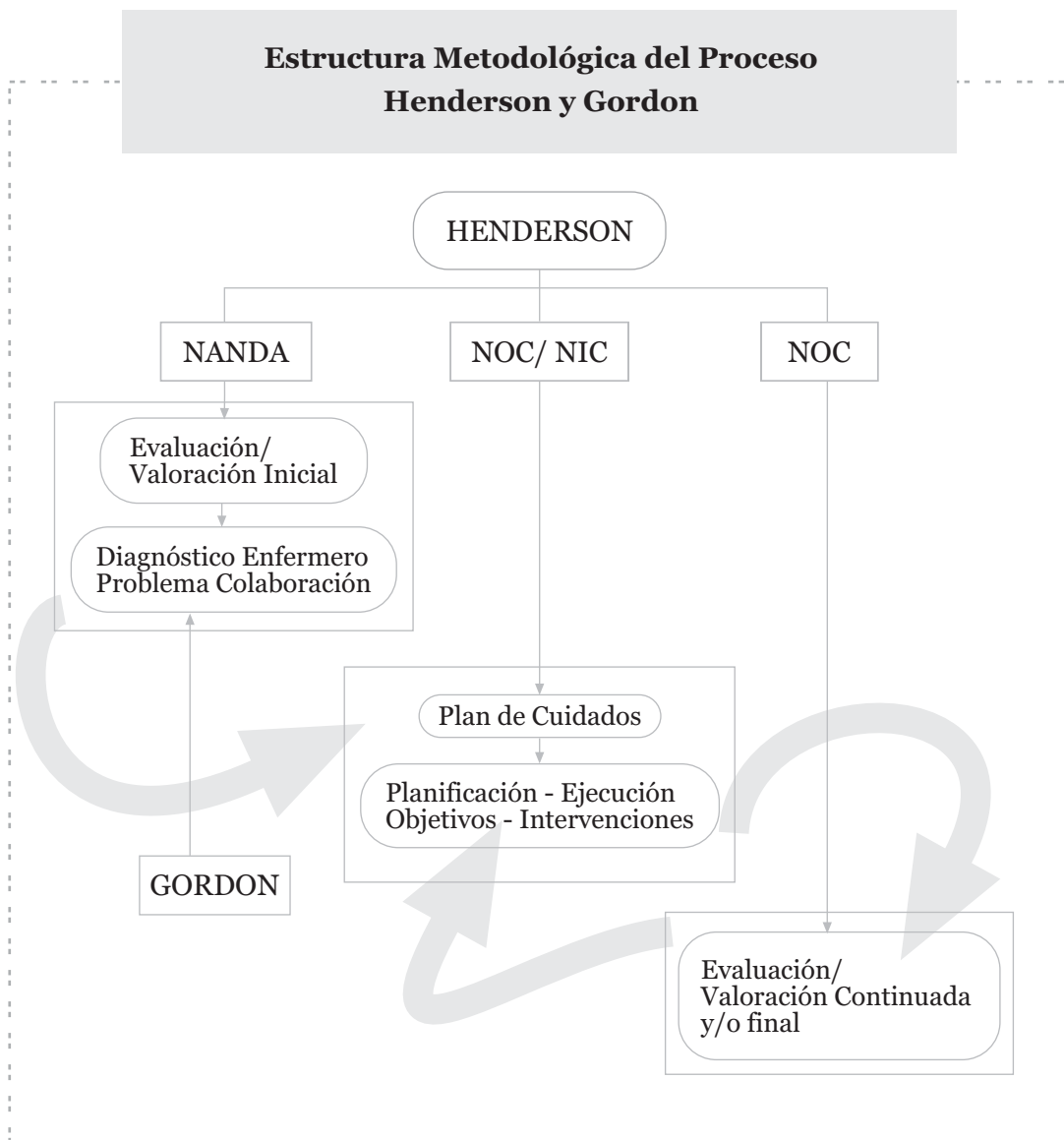
El modelo de Henderson, al igual que otros modelos enfermeros, aporta al proceso metodológico (PAE), orientaciones específicas a cada una de las etapas:

- **Etapa de valoración y juicio diagnóstico:** estructura la valoración desde la respuesta de la persona a las 14 Necesidades Básicas, desde un enfoque multidimensional (física, psicológica y social); delimitación del factor causal (R/C) o etiologías como la Fuente de Dificultad (fuerza, conocimiento, voluntad y falta de recursos).

- **Etapa de Planificación:** Proceso deliberativo de consenso con el cliente en el que se determina los objetivos o metas a alcanzar (Criterios de Resultados NOC) y las acciones cuidadoras (intervenciones/actividades NIC) en función de la etiología (factor relacional) o Fuente de Dificultad para hacer que la persona cuidada adquiera las capacidades personales que se ponen de manifiesto en la Fuente de Dificultad o acciones cuidadoras de suplencia porque no sea posible modificar la Fuente de Dificultad. Esta etapa está marcada por la relación que anteriormente hemos descrito del enfoque de suplencia o ayuda, que nos ayudará a discriminar el tipo de cuidados que priorizar.

- **Etapa de Evaluación:** Vuelve a orientar en el mismo sentido que la primera fase del proceso, ya que el objetivo es identificar en qué medida la situación inicial se ha modificado como consecuencia de la Intervención realizada por la enfermera. Respecto al cliente, los indicadores de resultados nos informan sobre la eliminación de la Fuente de Dificultad o el grado de satisfacción que expresa el sujeto cuando no se puede modificar la FD y se minimizan los signos/síntomas de la dependencia.

Como podemos comprobar el modelo, no sólo orienta la "mirada enfermera" de una forma filosófica, sino que aporta elementos conceptuales que nos ayudan a cada una de las fases del proceso. Por otra parte, cuando nosotros tratamos de identificar las manifestaciones de Independencia o Dependencia que presenta la persona, realmente estamos valorando las RRHH que tiene para satisfacer cada una de esas necesidades.



El modelo de Virginia Henderson

- Henderson considera que el papel fundamental de la enfermera consiste en ayudar al individuo enfermo o sano a conservar o a recuperar la salud (o asistirlo en los últimos momentos de su vida), para que pueda cumplir las tareas que realizaría él solo si tuviera la fuerza, la voluntad, o poseyera los conocimientos necesarios y cumplir con sus funciones

- Su objetivo es hacer al individuo independiente lo antes posible para cubrir sus Necesidades Básicas

- Identifica el derecho a la autonomía de la persona, su visión integral (física, psicológica y social) donde el entorno con sus condicionantes y/o estímulos actúa de una forma determinante en la independencia de cada persona

- Henderson parte de que todos los seres humanos tienen una variedad de necesidades humanas básicas (14 Necesidades Básicas) que satisfacer, estas son:

1. Respirar normalmente
2. Comer y beber de forma adecuada
3. Evacuar los desechos corporales. Eliminar.
4. Moverse y mantener una postura adecuada.
5. Dormir y descansar
6. Vestirse y desvestirse, elegir la ropa adecuada que se corresponda con sus preferencias y situación.
7. Mantener una adecuada temperatura del cuerpo seleccionando la ropa y modificando las condiciones ambientales
8. Mantener higiene corporal, proteger la piel y tener buena apariencia física
9. Evitar peligros y no dañar a los demás
10. Comunicarse con otros expresando sus emociones, necesidades, temores u opiniones
11. Actuar según sus creencias y valores.
- 12 y 13. Autorrealización y Recrearse, disfrutar del tiempo de ocio.
14. Aprender, descubrir o satisfacer la curiosidad que conduzcan al desarrollo normal.

- Cada una de las necesidades no se puede ni se debe trabajar de forma independiente, ya sea en nuestro lugar de trabajo, (las emergencias) como en cualquier otro ámbito.

- Las actividades que las enfermeras realizan para ayudar al paciente a cubrir estas necesidades son denominadas por Henderson como cuidados básicos de enfermería y estos se aplican a través de un plan de cuidados de enfermería, elaborado de acuerdo a las necesidades detectadas en el paciente.

- La Fuente de Dificultad para Henderson se identifica como "causa o impedimento mayor que genera la dependencia". Las fuentes de dificultad pueden ser de fuerza, voluntad o conocimiento.

- En el Plan de cuidados se debe identificar las capacidades (recursos personales de fuerza, conocimiento o voluntad) que la persona puede y debe seguir utilizando para compensar el área deficiente así como las capacidades que están deficitarias sobre las que hay que trabajar (como suplencia o ayuda) hasta resolver la dependencia de la necesidad o necesidades afectadas mientras que el paciente/cliente está bajo nuestro cuidado en ese momento crítico.

Relación enfermera paciente

Se establecen tres niveles de relación:

1. Enfermera como sustituta del paciente esta relación se identifica como suplencia.
2. Enfermera como auxiliar, la enfermera ayuda al paciente para que recupere su independencia.
3. La enfermera como compañera, supervisa y educa pero es el paciente quien realiza su propio cuidado.

En nuestra área de trabajo es sin duda la relación de suplencia la que se hace más evidente, pudiendo acompañarse en ocasiones con la de ayuda.

5. Objetivo de los Cuidados

Si el marco teórico es el de los cuidados, la aportación enfermera será el producto final, que serán la resolución de los problemas de salud.

El cuidado de las personas en una situación crítica no solo debe ir encaminado al abordaje de complicaciones fisiopatológicas sino también debemos abordar de forma metodológica las necesidades globales de la persona y su familia o cuidadores, es decir, ofrecer un Cuidado Integral de la persona en situación crítica que es justo la que mayor vulnerabilidad presenta. Cualquier sujeto que sufre un proceso crítico es "amputado" radicalmente de su entorno sociofamiliar y sufre una amenaza importante y repentina para su integridad vital, así como una pérdida de independencia, todo ello, conjugado con sus valores, nivel cultural, creencias, percepciones, su edad, sexo...

La enfermera debe identificar las Respuestas Humanas que aparecen en el paciente crítico, para poder establecer un perfil de necesidades de cuidados que requieren estas personas y que son complemento de la atención que habitualmente reciben, centrada en los problemas de colaboración y poder proporcionar un cuidado Excelente, garantizando la Continuidad Asistencial.

Por tanto uno de los objetivos será identificar aquellos estímulos estresantes y emocionales que se encuentran relacionados con su Salud. El estrés se convierte en el término para identificar las causas y consecuencias emocionales de las luchas para el manejo de las presiones de la vida cotidiana.

El estrés se define frecuentemente como la reacción problemática a los estímulos estresantes, por tanto lo que hace que un estímulo sea estresante depende en cierto grado de las características de la persona expuesta al mismo, lo que nos conduce a las respuestas individuales. Se requiere tanto la condición del estímulo estresante como el de una persona vulnerable para generar la reacción de estrés.

Cuando se acumulan o afectan a determinadas áreas de vulnerabilidad, pueden ser muy estresantes para algunas personas y muy importantes para su bienestar subjetivo y salud física.

El modo en que evaluamos un suceso determina nuestra forma de reaccionar emocionalmente al mismo, así cuando tratamos de manejar con efectividad una crisis personal, como una enfermedad que ponga en peligro nuestra vida, podemos ser incapaces de enfrentarnos a la verdad, y por tanto, iniciar una negación. La defensa nos lleva a elaborar juicios erróneos y, por lo tanto, a experimentar emociones y actuar inapropiadamente con respecto a lo necesario para prolongar la vida⁴⁵.

Otro de los objetivos es la identificación de aquellas complicaciones fisiopatológicas que pueda presentar una persona y que mediante la aplicación de técnicas y habilidades específicas y en colaboración con los otros miembros del equipo asistencial, conseguimos la recuperación a su situación habitual en ciertos casos y en otros, evitamos secuelas severas para la persona y la familia y/o cuidador.

El objetivo final es la calidad del servicio al ciudadano, y son éste y sus necesidades, demandas, etc..., los que marcan la dirección y establecen la línea principal de actuación, todo ello bajo el prisma de la mejora en la efectividad y eficiencia en la prestación de cuidados.⁴⁶

6. Usuario del Servicio

El concepto holístico de la persona del que vamos a partir requiere un abordaje integral de los problemas de salud desde una labor conjunta de un equipo multidisciplinar, a la vez que implica el desarrollo de diferentes materias y aspectos de la persona, familia y de la comunidad, de la salud y de la enfermedad.

El desarrollo industrial, el alto índice de paro, el estrés o el sedentarismo, entre otros factores desencadenantes, están propiciando el aumento y la aparición de enfermedades y patologías agudas y crónicas degenerativas, favorecidas por los nuevos hábitos, por tanto estos factores hacen que el perfil de los usuarios de Cuidados Críticos esté cambiando.

Las necesidades de cuidados de los andaluces, al igual que en el resto de Europa, vienen determinados por cambios demográficos y de morbilidad como el aumento de la esperanza de vida, la cronificación de las enfermedades, los cambios en la estructura tradicional de las familias, la incorporación de la mujer a la vida laboral y una mayor expectativa de los usuarios, todo ello se traduce en mayor dependencia y necesidad de cuidados.

A esto se unen los cambios en las demandas de los usuarios: derecho a la información, mayor implicación en el proceso de toma de decisiones junto con los profesionales sanitarios, exigencia de personalización en el trato, libertad de elección, exigencia de accesibilidad efectiva y confort en el uso de los servicios. Definir cuáles son realmente sus necesidades será tarea de la enfermería.

Si analizamos esta demanda veremos que una de sus características va a ser la **CONTINUIDAD DE LOS CUIDADOS** de enfermería.

Atender durante un corto período de tiempo al paciente supone un matiz importante en la relación, en la que no hay una identificación clara de, la enfermera o del paciente y ésta tendrá que ser capaz de generar confianza y seguridad y definir muy claramente su función y sus límites en el entorno del paciente.

Para dar respuesta a las necesidades que en materia de salud presentan los ciudadanos, es preciso planificar adecuadamente y poner en práctica los Cuidados de enfermería, con una base de conocimientos no sólo de las personas y de los factores relativos a la salud, sino también de las alteraciones fisiopatológicas⁴⁷.

Como ocurre en todas las sociedades desarrolladas y democráticas, los ciudadanos están cada vez más y mejor formados e informados, los que les capacita para adoptar un papel activo y comprometido.

De ahí que el ciudadano exija progresivamente una participación efectiva y tenga expectativas más amplias y diversas en todo lo relacionado con su salud. Así pues, el ciudadano, tanto de forma individual como colectiva, reclama participar en las decisiones que afectan a su salud, ejercicio que se concibe no solo como un derecho, sino también como la satisfacción de su necesidad de implicarse.

Las principales expectativas de la sociedad en relación con los servicios sanitarios se refieren en gran parte a la calidad, tanto de los aspectos técnico-científicos, como del entorno físico y humano.

Con estas expectativas el paciente del futuro se caracterizará por:

- Ser consciente y exigente en sus derechos y hacerlos valer como paciente, usuario y "copropietario" de los servicios de salud.
- Participar en las decisiones que afectan a su salud y en las alternativas de tratamiento, es decir querrán tener voz y voto.

- Solicitar y disponer de información actualizada, objetiva, fiable y de calidad acerca de su enfermedad, la evolución de la misma, las diferentes opciones de tratamiento y los productos farmacéuticos.
- Percibir la mayor coherencia posible en la respuesta integral a su problema.
- Recibir un trato amable, personalizado y respetuoso con su intimidad.
- Flexibilidad en la organización sanitaria para ofrecer servicios que se adapten y mejoren situaciones personales (acompañamiento para personas con problemas de autonomía, atención domiciliaria extendida, ayudas para la adaptación del domicilio en caso de hospitalización domiciliaria...)
- Conocer el uso correcto y adecuado de los recursos de salud y que éstos estén más próximos al ciudadano.
- Tener garantía del adecuado desempeño de profesionales y del funcionamiento de los servicios.
- Solidaridad y equidad del Sistema Sanitario para que todos tengan derecho a la protección de la salud y accesibilidad a los avances científicos y tecnológicos.
- Solidaridad y trato diferenciado, por parte del Sistema Sanitario y la sociedad en su conjunto, hacia los cuidadores de enfermos crónicos y con los pacientes en situaciones de discapacidad.
- Mayor confort.

Se opta por un enfoque de calidad integral o, lo que es lo mismo, un enfoque en el que el ciudadano sea el eje central del sistema y el receptor final de los beneficios que genera el Sistema Sanitario Público Andaluz⁴⁸.

7. Rol profesional

7.1 Rol de la enfermera de emergencias

La OMS afirma que "el ejercicio de la enfermería es un valioso recurso para la salud",... y los cuidados de enfermería deben ofrecer un servicio competente, diferente al de otros grupos profesionales y útil para las personas que lo requieren.

Desde los cuidados críticos a la atención primaria, las/los enfermeras/os rehabilitamos, prevenimos, cuidamos y educamos a pacientes y familiares. Suplimos totalmente o de manera parcial cuando el paciente lo necesita con el objetivo de que sean autónomos o independientes y recuperen su bienestar⁴⁶

La/el enfermera/o tiene como papel esencial gestionar y brindar cuidados a paciente, familia y comunidad de forma holística. Este rol del profesional de enfermería tiene dos componentes: rol independiente y rol interdependiente⁵⁰

La enfermera de cuidados críticos tradicionalmente, ha basado su rol profesional en proveer cuidados derivados de su dimensión interdependiente, centrándose en tecnología e intervenciones derivadas del manejo de complicaciones fisiopatológicas. Así, cuando se pretende describir la práctica enfermera en estos contextos, suele quedar resumida en una mera descripción de tareas. Es decir: "Se ha reducido de forma desproporcionada el enfoque de la atención enfermera al paciente crítico a un adecuado manejo de ciertas situaciones fisiopatológicas y la tecnología derivada" y "se han abordado las necesidades globales de la persona y su familia de forma poco metodológica, con escasa efectividad y sin un marco conceptual adecuado."⁴⁴

En esta línea, si nos centramos en el ámbito extrahospitalario, la enfermería de emergencias tradicionalmente ha seguido un modelo de trabajo que no ha dado solución a las respuestas humanas del paciente crítico, centrándose casi exclusivamente en tareas delegadas³

Hay que tener en cuenta que en el caso de la/el enfermera/o de emergencias, en muchas ocasiones, el entorno sociofamiliar del que vamos a separarlo sigue rodeando al sujeto en los primeros momentos de la intervención. Atender al enfermo en su casa es amoldar el sistema sanitario a su hábitat, no es una prolongación del medio hospitalario, no está sujeto a nuestras normas. Debemos saber en todo momento amoldarnos a las circunstancias e incluir en nuestra valoración información importante a la que no puede acceder ningún profesional de otro ámbito.

No podemos olvidar que además de las respuestas humanas de la persona en situación crítica, nos competen las respuestas humanas de su familia. En muchas ocasiones somos el único nexo de unión con su familiar, incluso después de haber realizado la transferencia en el hospital.

Además, hoy día las/los enfermeras/os, ante una sociedad cada vez mejor informada y más exigente con los servicios sanitarios, amplían los roles tradicionales hacia la llamada enfermería de práctica avanzada (EPA) que se caracteriza por utilizar un modelo en cuidados y una práctica fundada en la evidencia.

Rol independiente e interdependiente

El rol de la enfermera se dimensiona en rol interdependiente e independiente en la medida de su capacidad y competencia en la toma de decisiones y de su responsabilidad en la consecución de resultados.

En la dimensión independiente de su rol la/el enfermera/o se constituye en el profesional competente para la planificación de intervenciones y responsable en la consecución de resultados. Las realiza como resultado de su juicio crítico basado en la ciencia o conocimiento de la enfermería y se derivan de la visión global de su sujeto de atención.

Esta dimensión se circunscriben al ámbito de los "diagnósticos enfermeros". Se entiende por diagnóstico enfermero un "juicio clínico sobre la respuesta de una persona, familia o comunidad a procesos vitales o a problemas de salud,

reales o potenciales, que proporciona la base de la terapia para el logro de objetivos de los que la enfermera es responsable".⁵¹

Estos juicios clínicos "se refieren a situaciones que la enfermera identifica, valida y trata, siendo ella quien tiene el control y la autoridad y, por tanto, es la responsable del logro del resultado final deseado".⁵²

En la dimensión interdependiente de su rol la enfermera: bien es mera ejecutora de intervenciones prescritas por otro profesional competente para planificarlas, o bien comparte intervenciones planificadas por ella misma con intervenciones planificadas por otro profesional.

En este caso la/el enfermera/o no es el único profesional responsable de la consecución de resultados⁵³.

Algunos autores nombran a la primera topología de problema interdependiente referida anteriormente como "de colaboración" y los circunscriben a "problemas de salud reales o potenciales en los que el usuario requiere que la enfermera realice por él las actividades de tratamiento y control prescritas por otro profesional, generalmente el médico"⁵⁴. En este caso el nivel de responsabilidad de la enfermera queda exclusivamente supeditado a la realización de la acción prescrita y a la vigilancia y detección temprana de complicaciones.

La enfermera de emergencias extrahospitalaria tendrá las competencias necesarias para:

1. Utilizar metodología de cuidados (proceso enfermero).
2. Aplicar el modelo de Virginia Henderson.
3. Valorar al paciente de forma estructurada, sistemática y holística
4. Identificar y priorizar problemas de autonomía, independientes e interdependientes que afecten al sujeto

5. Planificar y ejecutar las intervenciones idóneas para solucionar esos problemas.
6. Evaluar los resultados obtenidos.
7. Utilizar lenguajes estandarizados enfermeros.
8. Aplicar la evidencia a la práctica clínica, teniendo en cuenta que esto no significa automatizar la asistencia olvidando el cuidado individualizado del paciente.

Trabajar con EBE implica saber combinar de forma correcta dependiendo de la situación:

- Evidencia científica.
- Experiencia.
- Preferencias del paciente.
- Recursos disponibles.

Rol de la enfermera de Emergencias.

- Gestionar y brindar cuidados a paciente familia y comunidad de forma holística.
- Utilizar un modelo en cuidados y una práctica fundada en la evidencia.
- **Dimensión Independiente** del rol: Proporcionar intervenciones encaminadas a resolver las respuestas humanas de la persona en situación crítica que limitan su autonomía e independencia y las de su familia en el entorno extrahospitalario.
- **Dimensión Interdependiente:** como ejecutora de intervenciones prescritas por otro profesional o compartiendo intervenciones planificadas por ella misma con intervenciones planificadas por otro profesional, es esencial que sea capaz de predecir, prevenir, detectar y tratar las complicaciones potenciales.
- Identificar prioridades inmediatas y desarrollar un plan para los restantes problemas.

7.2. Método De Intervención^{55 56 57 58} , , , .

A continuación pasaremos a desarrollar cada una de las partes del Proceso de Atención de Enfermería. En primer lugar se caracteriza la etapa del proceso y seguidamente se pasara a orientar el uso de la herramienta metodológica que se corresponde con esa etapa del proceso - (NANDA, NOC, NIC, NOC.).

7.2.1. Proceso De Valoración.

7.2.1.1. Fundamentación Del Proceso De Valoración.

En cualquier ámbito de la vida, valorar implica emitir un juicio sobre el valor de algo o alguien en función de una serie de datos que tenemos de ese algo o alguien y de nuestros esquemas y concepciones previas.

Este proceso de valoración que las personas realizamos automáticamente, conlleva una serie de pasos:

- En primer lugar miramos, escuchamos, observamos, percibimos: un hecho, una situación, un objeto, una persona...
- En segundo lugar contrastamos los datos captados sobre esa realidad con la idea que tenemos de cómo debería o nos gustaría que fuese (lo que consideramos correcto, bueno, conveniente, deseable, adecuado etc.)
- Y en tercer lugar emitimos nuestro juicio.

Cuando emitimos el juicio sin datos o en función de datos poco fiables, estamos ante un prejuicio. Este hecho, más o menos grave en la vida cotidiana, dependiendo de la repercusión que ese prejuicio pueda tener, es imperdonable en el ámbito profesional.

El juicio profesional, tiene que venir avalado por datos validos y fiables y por criterios científicos y racionales.

No obstante es importante recordar que toda valoración, por muy objetiva que sea, siempre contiene un componente personal. Lo importante es tener conciencia de este hecho para poder controlar la subjetividad y su influencia en nuestra valoración sabiendo aprovechar lo que de positivo aporta.

Cuanto más formada esté una persona, cuanto mayor sea su experiencia, cuanto más abierta y flexible, cuanto más respetuosa y empática, más amplia y profunda será su valoración.

REQUISITOS DE UNA VALORACIÓN PROFESIONAL.

Para que nuestro juicio pueda considerarse profesional, tiene que reunir una serie de condiciones:

A) Nuestra recogida y análisis de datos tienen que estar orientados por:

- Los marcos teóricos profesionales, en nuestro caso las teorías enfermeras.
- Los conocimientos científico/técnicos disponibles en nuestro ámbito de Intervención (la salud humana).
- Nuestra experiencia acumulada, en contacto con la vida, a nivel personal y profesional.

La validez de nuestra valoración enfermera depende en gran medida de que cumplamos o no estas condiciones.

B) La recogida de datos tiene que hacerse de forma estructurada y sistemática, con el fin de poder extraer la información necesaria para poder orientar nuestra Intervención enfermera.

No tener una sistemática en la recogida de información puede llevarnos a sesgar nuestra mirada, dejando fuera de nuestra valoración aspectos relevantes o a perdernos en la casuística o el detalle concreto. La estructura a seguir va a depender del marco teórico de referencia (Patrones funcionales de Marjory Gordon, Necesidades de Virginia Henderson,...)

Actualmente las hojas de valoración que se están utilizando en los Servicios Sanitarios Andaluces están estructuradas bien por patrones funcionales, bien por necesidades de Henderson, o por una mezcla de ambas.

C) Tenemos que utilizar fuentes de información adecuadas e instrumentos y técnicas que garanticen la fiabilidad y la validez de los datos recogidos.

La validez y fiabilidad de los datos recogidos va a depender en gran medida de las características de la fuente de la que hemos extraído el dato y de la calidad de los instrumentos utilizados.

Si la fuente de información es una persona, tendremos que valorar el grado de conocimiento que puede tener sobre la situación, los intereses que pueden estar implicados, la capacidad física y psíquica que tiene esa persona (nos basaremos en una buena entrevista personal con nuestro paciente en la que prestaremos especial atención a todas aquellas verbalizaciones que puedan indicarnos que estamos ante manifestaciones tanto de dependencia como de independencia, si seguimos el Modelo de V. Henderson, o que nos encontramos ante Respuestas Humanas o Fisis-patológicas si seguimos la estructura de M. Gordon.

Si por el contrario los datos lo vamos a extraer de registros o bases de datos tendremos que preocuparnos del nivel de calidad de los mismos. Respecto a los instrumentos es fundamental conocer el fin específico para el que han sido diseñados, cuales son sus cualidades, cuales son los requisitos de aplicación y cuales las condiciones de uso, etc.

D) Se debe realizar con una actitud abierta y una mirada holística. Debe tener capacidad para abarcar a la vez todas las dimensiones de la complejidad humana y su dinamismo.

Aunque la valoración enfermera puede ser tanto global (cuando valoramos todas las dimensiones del paciente) o focalizada (cuando nos centramos en un aspecto concreto, como por ejemplo la necesidad de oxigenación, o de seguridad) en función de la demanda de cuidado o la situación ante la que nos

encontremos, nuestra mente, nuestros sentidos deben estar abiertos a captar signos, manifestaciones, hechos, que no estaban en principio en nuestro punto de mira pero que se manifiesta ante nuestros ojos y debemos captarlos.

Cuando hacemos una valoración focalizada o empleamos instrumentos de recogida de información estandarizados, el riesgo de parcializar la realidad es muy grande.

Se necesita entrenamiento, experiencia y una fuerte convicción del dinamismo y la complejidad de la naturaleza humana, para captar la globalidad, lo manifiesto y lo latente, las necesidades reales y las necesidades sentidas, lo que viene del pasado y lo que se esta generando en el presente, etc.

La valoración, por tanto debe tener un componente tanto sincrónico (lo que está sucediendo en el momento de la valoración) como diacrónico (el comportamiento de los factores valorados a lo largo del tiempo). Esto nos permite determinar lo que es normal o anormal en la persona concreta, lo que son respuestas humanas habituales o las que están provocadas por la nueva situación de salud en la que se encuentra.

Comparar los datos presentes con los referentes de "normalidad general u objetivada" no es suficiente, se necesita, además, conocer "la normalidad subjetiva". Lo que puede considerarse anormal a nivel general, puede que no lo sea para un individuo concreto, no necesitando por tanto de una Intervención específica, puesto que el problema que aparentemente se da no existe como tal.

Otro aspecto importante para poder alcanzar esta visión integral que estamos planteando cuando realizamos la valoración es la necesidad de ir conectando cada dato, cada nueva información con los datos anteriores. Los datos aislados por muy importante que sean no nos permiten valorar la globalidad. Tan importante o más que los datos son las interrelaciones y conexiones que existen entre ellos. Sin este análisis es imposible hacer inferencias y llegar a un Juicio Diagnóstico con un cierto nivel de verosimilitud.

E) Por último tenemos que tener muy claro que la valoración no es nunca un proceso acabado, sino abierto a nuevas observaciones y juicios posteriores según cambian los contextos, los valores y sobre todo la propia persona. Es decir, valorar debe ser un proceso dinámico.

Aunque didácticamente la valoración se plantea como la primera fase del Proceso de Atención de Enfermería, en realidad es una actividad que realizamos continuamente durante el Proceso de Atención en Emergencias, y que únicamente finaliza cuando se termina el mismo.

Podríamos distinguir entonces entre la valoración inicial, que es la que se realiza al comenzar la prestación de cuidados, y que dependiendo de las circunstancias puede ser general o más o menos focalizada y la valoración continuada que se va realizando a lo largo de todo el proceso.

Es por tanto que la valoración continuada nos permitirá: ir observando la evolución del mismo, captar problemas y necesidades que quedaron en un segundo plano en la valoración inicial e ir detectar la aparición de nuevas necesidades y problemas.

La valoración inicial facilita información para poner en marcha el plan de cuidados mientras que la continuada aporta datos para poder ir reorientándolo en función de los resultados que se van obteniendo y de las nuevas necesidades que se van detectando.

DEFINICIÓN DEL PROCESO DE VALORACIÓN ENFERMERO.

La Valoración Enfermera es pues, un proceso organizado y sistemático de producción de información (recogida y organización de datos) y análisis de la misma, que culmina en un Juicio Diagnóstico sobre la situación del paciente y/o la familia. Este juicio puede contener tanto Diagnósticos Enfermeros como Problemas de Colaboración.

Aclarar que en la bibliografía enfermera la etapa de valoración se ciñe a la recogida de información, considerando el Juicio Diagnóstico como una segunda etapa del proceso de atención de enfermería.

Los autores de este Marco Teórico consideramos que el concepto de valoración tanto en el lenguaje común como en la mayoría de los marcos disciplinares va más allá de la recogida de información.

Creemos que es más claro, más congruente con su denominación y nos facilita más el dialogo con otros profesionales si la entendemos como un proceso único, que se inicia con la recogida de datos y culmina con el Diagnóstico y la identificación de problemas.

¿CÓMO RECOGER LA INFORMACIÓN?

Los datos a recoger para realizar la valoración enfermera pueden y deben ser datos tanto objetivos, como subjetivos. Recordemos que nuestro objeto específico de trabajo son las respuestas humanas y que muchas de ellas únicamente pueden manifestarse a través de lo que expresan los actores implicados en la situación de cuidados.

Fuentes de Datos

En el Proceso de Atención de Enfermería, la principal fuente de datos a utilizar son los receptores directos de los cuidados (El paciente autónomo, el binomio paciente-cuidador y el núcleo familiar cuando en su conjunto constituye nuestro objeto de cuidados).

En la literatura enfermera a este tipo de fuente se le denomina fuente primaria, reservando el concepto de fuente secundaria tanto para otras personas relacionadas con los receptores de cuidados, como para la información disponible sobre ellos en diferentes tipos de registros (historia clínica médica, registros de enfermería...).

Técnicas de recogida de datos

Respecto a las técnicas de recogida de datos las más usuales utilizadas en la Valoración Enfermera son: la observación y la entrevista.

Como todos sabemos, la observación no es otra cosa que focalizar nuestros sentidos para captar una determinada realidad (situación de salud de una persona, grupo o comunidad, nivel de dependencia, actitud ante los autocuidados, nivel de destreza, etc.).

Desde una perspectiva profesional, la observación debe estar guiada por el objetivo a alcanzar con la misma (qué queremos observar y para qué) y realizarse de forma sistemática. Para realizar una buena Valoración es importante disponer de una plantilla más o menos estandarizada de observación, que guíe nuestros sentidos hacia aquellos aspectos de la realidad que resultan imprescindibles de captar.

No obstante, es importante advertir del riesgo que se puede correr cuando aplicamos mecánicamente esta plantilla, puesto que podemos estar dejando fuera de nuestra observación, aspectos significativos para el caso concreto que estamos trabajando, por no estar contemplados, dada su especificidad, en la guía que utilizamos.

En la práctica enfermera además de utilizar la observación simple, se pueden utilizar instrumentos y técnicas de observación para poder captar aquello que no es directamente observable, como la presión arterial, los reflejos, el nivel de orientación, etc.

A esta observación que se realiza con técnicas e instrumentos estandarizados (esfigmomanómetro, termómetro, índices o escalas ya validados que permiten medir la dependencia o independencia de un paciente: escala de Barthel, etc.), se le denomina también exploración.

Las dos cualidades de la observación profesional a la que antes aludíamos (responder a un objetivo predeterminado y estar realizada sistemáticamente) son también exigibles a la entrevista. La entrevista como técnica de recogida de información, puede ser estructurada, semiestructurada y abierta.

Lo importante a la hora de realizar la entrevista es tener en cuenta que, además de una técnica que hay que dominar, es una relación entre dos o más personas

y que por tanto su dinámica va a estar influenciada por la actitud y el tipo de relación que se establezca entre los participantes.

EL JUICIO DIAGNÓSTICO.

Como ya hemos comentado con anterioridad, la última fase del proceso de valoración es el Juicio Diagnóstico que junto con el Juicio Terapéutico conforman el Juicio Clínico que engloban esta fase de valoración y la fase de planificación.

El Juicio Diagnóstico al que llegamos puede ser un Problema de Autonomía (actuación independiente de la enfermera), un Diagnóstico Enfermero (también nos lleva a una actuación independiente de la enfermera) o podemos estar ante un Problema de Colaboración (requiere la Intervención colaborativa de diferentes profesionales).

Problema de Autonomía, Diagnóstico Enfermero y Problema de Colaboración

- Problema de Autonomía, formulación del problema, de objetivos y de intervenciones.
- Definición de Diagnóstico
- Partes de las que consta el diagnóstico enfermero.
- Tipos de diagnóstico: real, riesgo, posible y de bienestar. (Formato PES) y forma de enunciarlo.
- Problema de colaboración.

PROBLEMA DE AUTONOMIA⁵⁹ :

Refleja una falta total o parcial, temporal o permanente, de la capacidad física de la persona para hacer por sí mismo las acciones apropiadas con objeto de satisfacer las necesidades básicas y la carencia de un agente de autonomía asistida capacitado.

La falta de autonomía no es sinónima de falta de independencia. Si la persona hace todo lo que puede, lo que hace está bien y quiere seguir haciéndolo, aunque su conducta no logre satisfacer sus necesidades básicas, no tiene manifestaciones

de dependencia ni área de dependencia. Es independiente (puesto que ha alcanzado el desarrollo óptimo de su potencial), aunque no sea autónoma, y la única actuación enfermera posible es suplirla o capacitar al agente de autonomía asistida para que haga por ella las acciones necesarias para satisfacer algunas de las necesidades básicas, puesto que, no todas ellas permiten el modo de intervención de suplencia.

Estos problemas revisten características específicas, puesto que no se trata de respuestas de la persona que hay que modificar sino de la única conducta posible en ese momento, por lo que para formularlos no es adecuada la taxonomía NANDA y se propone la siguiente nomenclatura:

1. Alimentación (suplencia parcial/total)
2. Eliminación fecal-urinaria (suplencia parcial/total)
3. Movilización y mantenimiento de una buena postura (suplencia parcial/total)
4. Vestido y arreglo personal (suplencia parcial/total)
5. Mantenimiento de la temperatura corporal (suplencia parcial/total)
6. Higiene y cuidados de la piel, mucosas y faneras (suplencia parcial/total)
7. Mantenimiento de la seguridad del entorno (suplencia parcial/total)

Formulación de Objetivos:

No se escriben en términos de conductas del paciente, sino de objetivos que la persona que hace la suplencia (la enfermera o el agente de autonomía asistida) desea alcanzar. Son siempre los mismos y está implícito en el problema:

1. Alimentación (suplencia parcial/total).
Objetivo: Favorecer una correcta alimentación.
2. Eliminación fecal-urinaria (suplencia parcial/total).
Objetivo: Favorecer la eliminación urinaria y fecal.
3. Movilización y mantenimiento de una buena postura (suplencia parcial/total).
Objetivo: Facilitar la movilización corporal y conservar en todo momento una postura corporal adecuada y la fuerza y tono muscular.

4. Vestido y arreglo personal (suplencia parcial/total)
Objetivo: Procurar el uso adecuado de las prendas de vestir y de los objetos de arreglo personal.
5. Mantenimiento de la temperatura corporal (suplencia parcial/total)
Objetivo: Conservar la temperatura corporal dentro de los límites normales y confortables.
6. Higiene y cuidados de la piel, mucosas y faneras (suplencia parcial/total)
Objetivo: Mantener en todo momento la piel, mucosas y faneras limpias y cuidadas.
7. Mantenimiento de la seguridad del entorno (suplencia parcial/total)
Objetivo: Proteger de las lesiones accidentales.

Determinación de Intervenciones y Actividades:

La intervención es siempre la misma y está implícita en el problema, lo que hace que habitualmente sea innecesario hacerla explícita:

1. Alimentación (suplencia parcial/total)
Intervención: Ayuda para la toma de sólidos o líquidos.
2. Eliminación fecal-urinaria (suplencia parcial/total)
Intervención: Ayuda para la eliminación.
3. Movilización y mantenimiento de una buena postura (suplencia parcial/total)
Intervención: Ayuda para moverse, adoptar posturas adecuadas y mantener el tono y la fuerza muscular.
4. Vestido y arreglo personal (suplencia parcial/total)
Intervención: Ayuda para vestirse y acicalarse.
5. Mantenimiento de la temperatura corporal (suplencia parcial/total)
Intervención: Ayuda para mantener la temperatura corporal.

6. Higiene y cuidados de la piel, mucosas y faneras (suplencia parcial/total)
Intervención: Ayuda para la higiene y cuidado de la piel, mucosas y faneras.
7. Mantenimiento de la seguridad del entorno (suplencia parcial/total)
Intervención: Ayuda para mantener un entorno seguro.

Para determinar las actividades que debemos llevar a cabo, el primer paso consistirá en cerciorarnos de la capacidad física e intelectual del usuario a fin de participar en sus propios cuidados, así como de que las actividades planificadas mantengan la autonomía e independencia que la persona ya posee.

Una vez hecho esto habrá que determinar quien es la persona que va a realizar la suplencia, esto es, si va a ser la enfermera o el agente de autonomía asistida. Cuando sea alguien ajeno al equipo de cuidados, el papel de la enfermera consistirá en:

- Cerciorarse de que la persona de que se trate posee los conocimientos y habilidades necesarios para llevar a cabo las actividades requeridas.
- Acordar cual es el mejor momento y la forma más adecuada para hacerlas.
- Determinar conjuntamente que recursos son necesarios y como obtenerlos y utilizarlos.
- Efectuar un seguimiento de la situación para asegurarse de que la necesidad está adecuadamente satisfecha a tiempo que se mantienen las capacidades del usuario.

Cuando, por el contrario, la suplencia la realiza la enfermera, su actuación se centrará en:

- Acciones que se han de llevar a cabo.
- Persona del equipo que va a realizarlas.
- Momento en que se van a hacer.
- Modo de hacerlas.
- Valorar si es conveniente o no instaurar medidas de seguridad distintas de las usuales.

- Asegurarse de que las actividades se ha ejecutado.
- Valorar el logro de los resultados deseados.

DIAGNÓSTICO ENFERMERO:

El Juicio Diagnóstico es el resultado de un proceso de razonamiento, basado en los datos recogidos de la valoración, mediante el cual, la enfermera clasifica una Respuesta Humana del sujeto y su relación con otros factores.

Es importante en la fase diagnóstica que el profesional tenga integrado los elementos conceptuales del proceso, así como el marco teórico de referencia desde el que parte. En este caso los Patrones Funcionales de M. Gordon y su relación con la estructura NANDA, y el modelo enfermero de V. Henderson.

Partes que conforman el diagnóstico:

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:** Las características que definen los diagnóstico reales son los signos y síntomas principales siempre presentes en un alto % (80-100% de los casos). Otros signos y síntomas, que se han calificado como secundarios están presentes en un porcentaje más bajo (alrededor del 50-79% de los casos) y no se consideran evidencias necesarias del problema.
- 4.- 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.

Un diagnóstico de enfermería no es sinónimo de un Diagnóstico Médico.

Tipos de Diagnósticos y Forma de enunciarlo: Real, riesgo, posible y de bienestar.

A) **Diagnóstico Real:** representa un estado que ha sido clínicamente validado mediante características definitorias principales identificables.

En el caso del diagnóstico real se identifican los cuatro componentes: enunciado, definición, características que lo definen y factores relacionados.

Como ya hemos comentado 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 Enfermero real. Cuando lo identificamos como real se refiere a una situación que existe en el momento actual.

Para poder familiarizarnos con los Diagnósticos, se hace imprescindible que dominemos todos los componentes, incluida la definición.

Habitualmente es una parte a la que no se le presta atención, con lo que dificulta el que podamos entender el significado de la etiqueta diagnóstica y su posible diferenciación de otras etiquetas diagnósticas que están dentro del mismo dominio.

Por tanto el enunciado del diagnóstico consta de tres partes, y conforman lo que se denomina formato PES:

- Problema (P)
- Etiología, factores causales o fuente de dificultad - si partimos del modelo de V. Henderson- (E).
- Signos/síntomas (S). Estos últimos son los que validan el Diagnóstico.

B) 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 o de riesgo se emplean los factores de riesgo. La descripción concisa del estado de Salud alterado de la persona va precedido por el término "alto riesgo". El problema de riesgo o potencial se refiere a una situación que puede ocasionar dificultad en el futuro.

Consta de dos componentes, formato PE:

- a. Problema (P)
- b. Etiología/factores contribuyentes o fuente de dificultad (E).

Los diagnósticos de riesgo no tienen signos ni síntomas. En el caso de que identifiquemos signos, síntomas, características definitorias no sería un diagnóstico de riesgo sino que sería un diagnóstico real.

C) Diagnóstico 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:

- a. Problema (P)
- b. Etiología/factores contribuyentes o fuente de dificultad (E).

En este caso, las características definitorias no están suficientemente explícitas o la intensidad de las mismas nos hace tener dificultades para identificar el diagnóstico.

La enfermera ante la sospecha de esta posible etiqueta diagnóstica debe indagar de forma más precisa sobre la presencia de esos signos, síntomas que caracterizan la etiqueta así como de los factores relacionados que están incidiendo en el proceso.

Después de esta fase de valoración focalizada, puede ocurrir que no se confirme el diagnóstico o aparezca como posible otra etiqueta diagnóstica.

D) Diagnóstico 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 los deseos expresos de la persona o del grupo.

PROBLEMA DE COLABORACIÓN.

Son problemas que requieren la Intervención colaborativa de otros profesionales. Podemos estar trabajando con dos tipos de problemas de colaboración:

1. Problemas de colaboración que se caracterizan porque la resolución del mismo depende, básicamente, de un sólo profesional, en los que la enfermera, actúa con actividades cuidadoras que se ubican en lo que profesionalmente denominamos "actividades o intervenciones Delegadas". El enfermero no es quién realiza el diagnóstico (que puede ser médico, social...), pero sí participa en la resolución del mismo aplicando sus conocimientos expertos sobre técnicas o cuidados que son de su competencia.

Este tipo de problema de colaboración es el más conocido entre nuestro colectivo profesional de emergencias, es el que más hemos practicado, por nuestra vinculación, casi exclusiva, con el entorno extrahospitalario y hospitalario, y es en el que más seguros nos encontramos. Por otra parte existe una gran cantidad y variedad de protocolos y procedimientos referidos a este tipo de procesos en los que la administración tiene incorporados objetivos sanitarios propios. Esto provoca que los profesionales tiendan a priorizar este tipo de problemas de colaboración sobre los propios diagnósticos enfermeros y/o problemas referidos a otras áreas.

En este mismo apartado estarían incluidos problemas de colaboración, que también se corresponden con la responsabilidad en su resolución casi en exclusiva de otros profesionales y donde la enfermera, puede y debe colaborar.

2. Problemas de colaboración que se caracterizan porque la resolución del mismo depende, del trabajo interdisciplinar de diferentes profesionales. La Intervención de un sólo profesional, no sólo no puede resolver el problema sino que además puede ser contraproducente.

Este tipo de problemas tienen siempre un enfoque multidisciplinar con una metodología de trabajo de carácter interdisciplinar^B, en los que la enfermera, actúa siempre de forma coordinada con el equipo.

En este caso -los Problemas de Colaboración- ponen de manifiesto la dimensión interdependiente de la enfermera, como ya hemos comentado, se refiere a aquellos problemas o situaciones cuya prescripción y tratamiento colaboran las enfermeras y otros profesionales de la salud y del ámbito social.

7.2.1.2. ESTRUCTURA Y UTILIZACIÓN PRÁCTICA DE LA NANDA EN ESTA ETAPA DE VALORACIÓN.

La taxonomía II contiene 13 dominios, 46 clases y 167 diagnósticos. A continuación en la tabla, se presentan los 13 dominios y las 46 clases.

^B Trabajar de forma interdisciplinar, obliga a todos los profesionales a ponerse de acuerdo sobre el proceso, la priorización de los objetivos, así como de las actividades y el rol a desempeñar por cada uno de los profesionales en el proceso. Son procesos que presentan muchos aspectos que no son áreas específicas de un profesional en particular, sino de la conjunción del esfuerzo de todos. Este tipo de procesos parte de las características del paciente, del entorno...

MARCO CONCEPTUAL

PROCESO ENFERMERO EPES

DOMINIOS	Promoción de la salud	Nutrición	Eliminación	Actividad/ reposo	Percepción/ cognición	Auto-percepción
CLASES	Toma de conciencia de la salud	Ingestión	Sistema Urinario	Reposo/Sueño	Atención	Auto-concepto
	Manejo de la salud	Digestión	Sistema Gastrointestinal	Actividad/ ejercicio	Orientación	Autoestima
		Absorción	Sistema integumentario	Equilibrio de la energía	Sensación/ percepción	Imagen corporal
		Metabolismo	Sistema pulmonar	Respuestas Cardiovasculares /respiratorias	Cognición	
		Hidratación			Comunicación	

DOMINIOS	Rol/ relaciones	Sexualidad	Afrontamiento /Tolerancia al estrés	Principios Vitales	Seguridad/ Protección	Confort	Crecimiento desarrollo
CLASES	Roles de cuidador	Identidad sexual	Respuesta postraumática	Valores	Infección	Confort físico	Crecimiento
	Relaciones familiares	Función sexual	Respuesta de afrontamiento	Creencias	Lesión física	Confort ambiental	Desarrollo
	Desempeño del rol	Reproducción	Estrés neuro-comportamental	Congruencia de las acciones con los valores/ creencias	Violencia	Confort social	
					Peligros ambientales		
					Procesos defensivos		
					Termorre-gulación		

Esta estructura por niveles, nos lleva desde los niveles más abstractos o genéricos -dominio- hasta los más concretos que sería el nivel de la etiqueta diagnóstica con sus diferentes componentes -etiqueta, definición, características definitorias y factores relacionados-.

Utilización práctica de la NANDA

El primer paso a seguir en la búsqueda del diagnóstico, es delimitar el dominio al que pertenece el problema, buscar entre las clases de ese dominio y por último aparecen los diagnósticos aprobados.

Si partimos para la fase diagnóstica de la estructura de patrones es necesario:

1º Aplicar la encuesta de valoración por patrones funcionales de salud de M. Gordon y determinar el patrón que está afectado.

2º Relacionar el patrón con los dominios de la NANDA, según las siguientes equivalencias:

Patrón de M. Gordon	Dominio de la NANDA
1	1-10-11-13
2	2-11
3	3
4	4-11
5	4
6	5-12
7	6-9
8	7-9-12
9	8
10	9
11	10

3º Dentro de cada dominio, miramos la clase con que se corresponde.

4º Dentro de cada clase, nos encontramos los conceptos diagnósticos y los diagnósticos aprobados.

5º Una vez etiquetado el diagnóstico, lo buscaremos en el orden alfabético de la palabra clave o concepto diagnóstico (que la encontramos remarcada con la inicial más grande), para ver si la definición se ajusta a nuestro problema, así como las características definitorias y los factores relacionados.

6º Haremos el diagnóstico de acuerdo con el algoritmo del formato PES o PE, si es un diagnóstico real, de riesgo, posible o de bienestar.

- Expresaremos el Problema con la etiqueta correspondiente.
- Identificamos la Etiología y lo relacionaremos con los factores relacionados o fuente de dificultad específica (fuerza, conocimiento o voluntad).
- Expresaremos los Síntomas que lo motivan con las características definitorias que observamos de forma concreta en el caso que estamos trabajando.

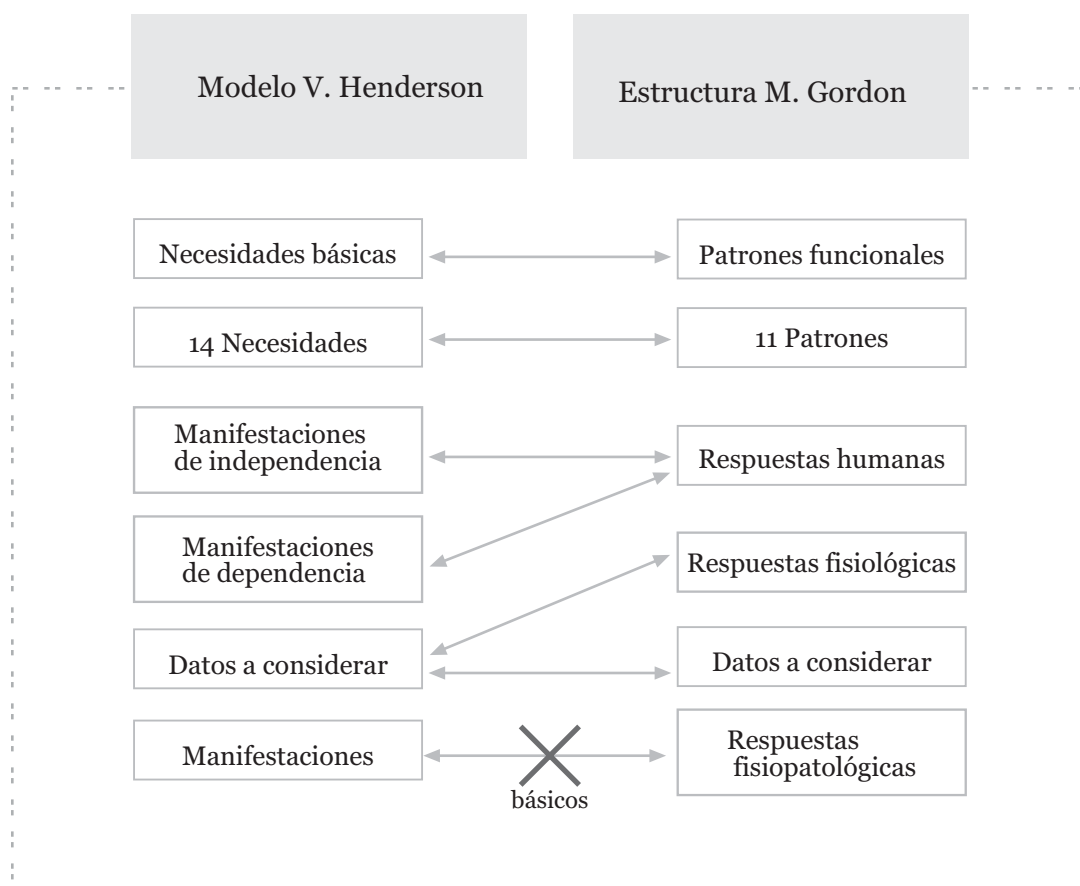
Este proceso se realiza desde la valoración concreta del caso que trabajamos, no es correcto "ajustar la realidad del cliente a la NANDA", sino justo lo contrario, adaptar la herramienta NANDA a la realidad que presenta el cliente.

Por lo tanto, el enunciado de un Diagnóstico Enfermero se expresa como: Etiqueta relacionada con factores de riesgo manifestado por características definitorias:

Como síntesis, 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 Enfermero como si fuera un Diagnóstico médico.
- No escriba un Diagnóstico Enfermero que repita una orden médica.
- No rebautice un problema médico para convertirlo en un Diagnóstico Enfermero.
- No indique dos problemas al mismo tiempo, dificulta la formulación de los objetivos.



7.2.2. Proceso De Planificación.

1. Etapas: Prioridades, Metas e Intervenciones.

Una vez hemos concluido la valoración e identificado los Problemas de Colaboración y los Diagnósticos Enfermeros, procedemos a llevar a cabo la fase de planificación de los cuidados o "tratamiento enfermero". En esta fase se trata de establecer objetivos o metas a alcanzar y los cuidados -Intervenciones y actividades- que determinamos como idóneas para alcanzar esas metas. Esta fase de planificación se compone de 3 etapas:

PRIMERA ETAPA

Establecer prioridades en los cuidados en función de los problemas priorizados. Selección.

Los problemas y/o necesidades que presenta una persona, familia o una comunidad deben ser abordados según el contexto donde se desarrollan, los recursos materiales y humanos con lo que disponemos y sobre todo teniendo en cuenta el concepto de priorización de problemas que tenga el sujeto.

Es muy importante que el profesional y el usuario lleguen a un consenso a la hora de priorizar problemas; aquí es primordial según Henderson las fuentes de dificultad (fuerza, conocimiento y voluntad). Por tanto, se trata de ordenar jerárquicamente los problemas detectados. 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 consensuar con el paciente las necesidades prioritarias y en función de esta priorización (paciente-enfermera) se establecerán los objetivos.

Es obvio añadir que son problemas prioritarios las situaciones de emergencia propias de nuestro entorno, como problemas de carácter biofisiológico, con excepción de la urgencia en los procesos de morir. Por lo tanto daremos

preferencia (una vez resueltos los que comprometen su vida) a aquellos diagnósticos de enfermería y complicaciones potenciales, referidos a las necesidades que el paciente da prioridad de forma consensuada con la enfermera/o.

SEGUNDA ETAPA

Planteamiento de los objetivos del cliente como resultados esperados.

Recordaremos que los objetivos que utilizamos en esta etapa del proceso, son objetivos operativos^C que nos permiten medir de una forma operativa los cambios que observamos en el paciente/cliente a partir de la Intervención Enfermera.

Hasta hace poco tiempo hemos venido elaborando objetivos operativos para identificar el alcance o no de las metas esperadas. Con la aparición de la herramienta NOC que identifica y evalúa los efectos de las Intervenciones Enfermeras y para no duplicar esfuerzos, facilitar el proceso informático y homogenizar el lenguaje, el apartado de objetivos operativos lo sustituiremos por el NOC (Criterios de Resultados e Indicadores de Resultados).

La ventaja del NOC sobre los objetivos operativos está en que nos ofrece trabajar con Indicadores consensuados y un lenguaje estandarizado al que todo el colectivo se puede adaptar. Esta terminología común junto con la estructura de las escalas nos va a garantizar comparar los Resultados obtenidos en diferentes escenarios clínicos, unidades y lugares. Esta ventaja es de gran valor para poder validar Resultados, avanzar en el conocimiento enfermero y trabajar con los sistemas de salud de diferentes ámbitos. Otra ventaja que podemos obtener en la utilización del NOC es que el proceso de informatización -en el que están integradas las herramientas que venimos exponiendo- nos facilitará la continuidad de cuidados de un nivel a otro.

^C Objetivo operativo, es un enunciado de una meta a alcanzar que se caracteriza por un bajo nivel de abstracción y consta de: sujeto -que siempre es el paciente- acción que se desea alcanzar, tiempo que se estima y recursos. Este último requisito no siempre se puede enunciar. Ejemplo: la paciente X reconocerá los 10 alimentos de riesgos más significativos en su proceso diabético en el plazo de una semana.

Los Criterios de Resultado (NOC), describen los resultados esperados de los individuos, familia y la comunidad. Proporcionan una guía común para el equipo de Enfermería, de tal manera que todas las acciones van dirigidas a la meta propuesta.

Para "cuantificar" los cambios observados en el paciente y la validez de nuestras intervenciones y actividades medimos la modificación de los indicadores de resultados seleccionados antes y después de los cuidados enfermeros. Al plantear los resultados esperados, estamos prefijando los cambios que se esperan en su situación.

TERCERA ETAPA

Elaboración de las actuaciones de enfermería.

Esto es determinación de Intervenciones y Actividades (NIC), las acciones especificadas en el plan de cuidados corresponden a las tareas concretas que la enfermera y/o familia realizan para hacer realidad los Criterios de Resultados planteados que solucionen los problemas detectados. 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. 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, y 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 los Problemas de Colaboración (interdisciplinarios) tratan de monitorizar los cambios de situación con Intervenciones prescritas por la enfermera (como profesional autónomo y responsable de sus acciones enfermeras) o por el médico, y evaluar la respuesta.

Las tres fases del proceso tienen una secuencia lógica y adquieren sentido a partir de las directrices que se han marcado en la etapa de valoración. Cuando la enfermera visualiza cada una de las partes y las une mentalmente tiene que

identificar un proceso concatenado, donde el primer eslabón es la guía del siguiente.

En el enunciado de los objetivos o elección de los Criterios de Resultados la enfermera debe identificar el problema o problemas prioritarios, la causa que está incidiendo en los mismos y el grado de implicación de los actores del proceso.

En el caso de los cuidados (Intervenciones y Actividades), se debe identificar en qué medida se está trabajando la fuente de dificultad -Henderson- o factores relacionados que están en la base del problema o si por el contrario se han elegido actividades que tratan de minimizar los signos y síntomas.

A continuación vamos a pasar a describir los instrumentos utilizados en la fase de planificación para elaborar Criterios de Resultados (NOC) e Intervenciones Enfermeras (NIC).

7.2.2.2. - Estructura y Utilización Práctica del NOC Resultados Esperados.

DEFINICIÓN DE CONCEPTOS.

Criterios de Resultados

De manera global y dentro de un ámbito sanitario, los Resultados pueden definirse como: los cambios, favorables o adversos, en el estado de salud real o potencial de personas, grupos o comunidades que pueden atribuirse a los cuidados previos o coexistentes. Definen un estado del paciente en un momento concreto y pueden indicar una mejora o deterioro de su estado (el cual es medible) en comparación con una valoración anterior (valoración basal) realizada en la segunda fase de la planificación. Ese cambio vendrá determinado por las intervenciones planteadas.

Estos Resultados se centran en el paciente como receptor individual de los cuidados; sin embargo, debido a que los cuidadores familiares y otros miembros

importantes suelen integrarse con los pacientes y sus cuidados, también ellos pueden ser los receptores de los cuidados enfermeros. Estos Resultados se identifican en la fase de evaluación.

Los criterios son elementos de carácter general en los que nos basaremos para determinar que se han alcanzado los resultados esperados. Estos criterios se establecen en la fase de planificación; ésta es la fase que estamos desarrollando en este apartado.

Cuando utilizamos el término Criterios de Resultados, estamos estableciendo el criterio previo (fase de planificación) que utilizaremos para medir a lo largo del proceso cómo evoluciona el paciente (los resultados que van apareciendo).

Los Criterios de Resultados se enuncian como conceptos neutros que reflejan los estados del paciente, y que deben ser medidos de forma continua (evaluación continuada) y al final del proceso (evaluación final).

Indicadores de Resultados.

Con el objetivo de operativizar los resultados haciéndolos más específicos, se crearon los Indicadores de Resultados. Éstos se definen como estados, conductas o percepciones variables del paciente o cuidador principal y se utilizan para describir estados específicos de pacientes para lo que pueden definirse procedimientos de medida. Los indicadores representan los resultados parciales.

Un Indicador se considera una medida importante de progreso especialmente en pacientes con episodios cortos de cuidados en lo que no es posible el progreso hacia el resultado total pero sí hacia un resultado parcial.

Los Resultados e Indicadores pueden utilizarse para:

- a) Evaluar su estado basal. (Etapa de Planificación).
- b) Fijar las metas en pacientes específicos. (Etapa de Planificación)

c) Evaluar su evolución a lo largo del tiempo. (Etapa de Evaluación). - Este último uso se desarrollará de forma más específica en la etapa de evaluación del proceso enfermero-

CLASIFICACIÓN Y ESTRUCTURA: Dominios y Clases

La clasificación actual es una lista de 260 resultados con definiciones, indicadores y escalas de medida. Estos resultados se agrupan en 29 Clases y a su vez estas Clases se concentran en 7 Dominios tal y como queda reflejado en la Tabla I.

En el sentido más literal un "Dominio" es un ámbito de actividad, estudio o interés, mientras que una "Clase" es una subdivisión de las partes que conforman el dominio, una división de personas o cosas por su calidad, rango o grado.

	Dominio I	Dominio II	Dominio III	Dominio IV	Dominio V	Dominio VI	Dominio VII
Nivel 1 Dominios	Salud Funcional	Salud Fisiológica	Salud Psicosocial	Conocimiento y conducta en Salud	Salud Percibida	Salud Familiar	Salud Comunitaria
Nivel 2 Clases	A. Mantenimiento de la energía B. Crecimiento y desarrollo C. Movilidad D. Auto-cuidado	E. Cardio-pulmonar F. Eliminación G. Líquidos y electrolitos H. Respuesta inmune I. Regulación metabólica J. Neuro-cognitiva K. Nutrición a. Respuesta Terapéutica L. Integridad tisular Y. Función sensitiva	M. Bienestar psicológico N. Adaptación Psicosocial O. Autocontrol P. Interacción social	Q. Conducta de la salud R. Creencias sobre la salud S. Conocimiento sobre salud T. Control del riesgo y seguridad	U. Salud y calidad de vida V. Síntoma	W. Estado del cuidador familiar Z. Estado de salud de los miembros de la familia X. Bienestar familiar	b. Bienestar Comunitario c. Protección de la salud comunitaria

Cada resultado representa un concepto que puede utilizarse para evaluar el estado de un paciente, cuidador, familia o comunidad / población para evaluar los efectos de las Intervenciones Enfermeras. Cada Resultado posee una definición, una escala de medida e Indicadores y medidas asociadas.

En la clasificación, los resultados son para uso individual, familiar y comunitario o poblacional. El término paciente se utiliza en la clasificación para referirse a un individuo que es el destinatario de los cuidados enfermeros.

La estructura de la clasificación utiliza los dos puntos para separar los términos de resultados amplios de aquellos que hacen que los resultados sean más específicos.

Actualmente se trabaja ya en la elaboración de una tercera edición de clasificación de resultados enfermeros en la que se cuenta con un total de 330 resultados:

En ella se incluyen 311 resultados de nivel individual, 10 de familia y 9 resultados de nivel de comunidad.

Los 330 resultados son agrupados en treinta y una Clases (dos más que la actual edición publicada) y siete Dominios para la facilidad de uso.

Escalas de Medida del N.O.C.

La clasificación contiene 17 escalas de medida. Dado que los resultados son conceptos variables que representan estados, conductas y percepciones de pacientes, es esencial poseer un método para medir los resultados. Para ello se eligió un tipo de escala denominada Likert de cinco puntos. La escala de medida describe lo que el indicador debe medir, cómo se medirá y como se cuantificará, esto reflejara un continuo en una escala que va del 1 al 5 que permite seguir los cambios o el mantenimiento del resultado una vez los hayamos evaluado en la última etapa del proceso enfermero. Esta escala proporciona suficientes opciones para demostrar cambios en el estado, conducta o percepción del paciente. Además nos permite ser mucho más precisos en las valoraciones que con otra compuesta de diez puntos. Cada escala se construyó

para que el quinto, o último punto, reflejara la situación más deseable con respecto al resultado.

Los resultados van a ser medidos por estas diferentes escalas (17, todas tipo Likert) en función de que correspondan a resultados fisiológicos y psicológicos, a resultados que midan grados de dependencia, resultados que midan actuación y seguridad del paciente, etc., y en distintos momentos del proceso enfermero (Etapa de Planificación - Etapa de Evaluación) con la consiguiente variación en la codificación de esa escala específica.

Una preocupación expresada por muchos profesionales y gestores es la subjetividad de las escalas, pero no debemos olvidar que los indicadores se han proporcionado para ayudar a la enfermera a determinar el estado del paciente y calificarlo en la escala del resultado, pero no eliminan la necesidad de un juicio enfermero con la consiguiente subjetividad añadida del proceso.

¿Cómo se aplica el NOC en la Etapa de Planificación?

Como criterio general en la aplicación concreta del NOC no se especifican los periodos en los que debe evaluarse el estado del paciente, pero el requisito mínimo es medir el estado del paciente cuando se inician los cuidados (medida basal: Etapa de Planificación) y cuando se finaliza el proceso después de la Intervención Enfermera (al alta: Etapa de Evaluación), sin embargo en ámbitos de agudos se aconseja medir resultados cuando existe algún cambio en el estado del paciente. En cualquier caso siempre es conveniente medir después de una Intervención, como los valores del estado del paciente se mueven en una escala del 1 al 5, podemos realizar varias medidas hasta devolver al paciente a su situación de normalidad, durante estas medidas podemos monitorizar la evaluación de las Intervenciones realizadas y si no es buena cambiar, de Intervención.

¿Cómo se enuncia un Criterio de Resultado?

Según el grupo investigador de Iowa para el NOC el procedimiento a seguir y la redacción de los Criterios de Resultados serán los siguientes:

Normas para la estandarización de los Resultados Enfermeros

- Las etiquetas de resultados son concisas. Expuestas en cinco palabras o menos.
Ej. : "Cuidados personales: peinado" o "Estado de salud social".
- Las etiquetas de resultados se exponen en términos no evaluativos en lugar de un estado disminuido, aumentado o mejorado. Ej. : Imagen Corporal, no Alteración de la imagen corporal.
- Las etiquetas de resultados NO describen conductas o intervenciones enfermeras.
Ej. "Deambulación: Caminata". La definición sería: La capacidad del sujeto para caminar de un sitio a otro.
- Las etiquetas de resultados NO se exponen como diagnósticos enfermeros.
Ej. : Diagnóstico: Incontinencia urinaria de esfuerzo r/c el aumento de presión intra-abdominal y el Criterio de resultado sería Continencia urinaria o bien Eliminación urinaria.
- Las etiquetas de resultados describen un estado, conducta o percepción inherente a la variable, medible y cuantificable. Ej. : "Cuidados personales. Vestir". En este Criterio de Resultado podemos medir la evolución del paciente en el tiempo mediante indicadores como "Escoge la ropa" o "Se pone los calcetines".
- Las etiquetas de resultados se conceptualizan y se exponen en niveles medios de abstracción. Ej. : Nivel de comodidad, para ser más exhaustivo seleccionar indicadores.
- Se utilizan dos puntos para formar etiquetas de concepto más amplias y específicas; sin embargo, la etiqueta más amplia debe exponerse primero, con los dos puntos y la etiqueta más específica a continuación. Ej. : Estado nutricional: ingestión de nutrientes, Estado nutricional: energía.

Selección de Criterios de Resultados y de Indicadores:

Partimos de la base que tras valorar a un paciente y detectar etiquetas diagnósticas con la NANDA, debemos trazar Criterios de Resultados para evaluar la efectividad de los cuidados.

Los Criterios de Resultados a elegir van a depender en gran medida del factor causal de la etiqueta diagnóstica, la cual esta dentro de un dominio. Según el factor etiológico debemos movernos por el dominio buscando los Criterios de Resultados más acorde para nuestro paciente.

7.2.2.3. - Estructura y Utilización Práctica del NIC. Intervenciones Cuidadoras.

Definición de conceptos. Intervenciones y Actividades.

El término Intervenciones Enfermeras (Proyecto NIPE 2004) lo debemos entender como "el tratamiento basado en el conocimiento y el juicio clínico, que realiza un profesional de enfermería para favorecer una mejora en el estado de salud del paciente". La Intervención no describe las etapas para realizar el acto y no se circunscribe a un individuo o un determinado cuadro clínico. Describe una serie de actividades a realizar que pueden ser aplicadas a distintos problemas de salud y en diferentes espacios asistenciales (Hospital, Centro de Salud...). Las actividades que se contemplan dentro de las diferentes intervenciones se pueden definir como "las acciones específicas que realiza el profesional para llevar a cabo la Intervención".

La Intervención agrupa una serie de actividades que se identifican dentro del concepto que define la Intervención. La relación de Actividades no tiene por qué ejecutarse en todos los casos o pacientes, y no tiene por qué seguir una secuencia ordenada en las actividades elegidas.

Clasificación y estructura: Campos y Clases

Al igual que en la NANDA y en el NOC, la estructura de la NIC se organiza en cuatro niveles denominados: Campos, Clases, Intervenciones y Actividades (ver tabla 1). La organización de los niveles está en función del grado de abstracción: del nivel más amplio o abstracto (campo), al nivel más concreto (actividad).

El primer nivel está constituido por siete Campos y es el nivel más general. Siete grandes categorías (fisiológico, conductual, seguridad, familia, sistema sanitario y comunidad) que se organizan en un segundo nivel de desarrollo; treinta clases de subcategorías que definen la orientación o finalidad de las Intervenciones en cada uno de estos campos. El tercer nivel integra todo el conjunto de Intervenciones y el cuarto nivel las respectivas actividades.

A continuación se expone de manera esquemática un ejemplo de la estructura general de la NIC:

- Nivel 1: 7 Campos
- Nivel 2: 30 Clases
- Nivel 3: 486 Intervenciones
- Nivel 4: 12.000 Actividades

Nivel 1. Campos. Es el nivel más abstracto con 7 campos:

- A. Fisiológico básico: cuidados que apoyan el funcionamiento físico.
- B. Fisiológico complejo: cuidados que apoyan la regulación homeostática.
- C. Conductual: cuidados que apoyan el funcionamiento psicosocial y facilitan los cambios de estilos de vida.
- D. Seguridad: cuidados que apoyan la protección contra peligros.
- E. Familia: cuidados que apoyan la unidad familiar.
- F. Sistema de Sanitario: cuidados que apoyan el uso eficaz del sistema de prestación de asistencia sanitaria.
- G. Comunidad: cuidados que apoyan la salud de la comunidad.

Nivel 2. Clases. Cada campo incluye una serie de clases, asignándoles letras por orden alfabético. Para el primer campo las clases correspondientes son A, B, C, D, E y F. Si seleccionamos el nivel 1, Fisiológico Básico, observamos el conjunto de intervenciones integradas:

1. Fisiológico básico: cuidados que apoyan el funcionamiento físico:

A. Control de actividad y ejercicio: intervenciones para organizar o ayudar en la actividad física y la conservación y el gasto de energía.

B. Control de la eliminación: intervenciones para establecer y mantener las pautas de eliminación intestinal y urinaria regulares y controlar las complicaciones resultantes de pautas alteradas.

C. Control de inmovilidad: intervenciones para controlar el movimiento corporal restringido y las secuelas.

D. Apoyo nutricional: intervenciones para modificar o mantener el estado nutricional.

E. Fomento de la comodidad física: intervenciones para fomentar la comodidad utilizando técnicas físicas.

F. Facilitación de los autocuidados: intervenciones para proporcionar o ayudar en las actividades de la vida diaria.

Nivel 3. Intervenciones. En un mayor nivel de profundización se presentan el conjunto de Intervenciones relacionadas, identificadas cada una con un código único de cuatro números. Si utilizamos el mismo ejemplo podemos ver el número de Intervenciones propuestas:

1. Fisiológico básico: cuidados que apoyan el funcionamiento físico.

A. Control de actividad y ejercicio: Intervenciones para organizar o ayudar en la actividad física y la conservación y el gasto de energía.

5612. Enseñanza: actividad/ejercicio prescrito.

0202. Fomento de ejercicios: extensión.

0140. Fomento de los mecanismos corporales.

0200. Fomento del ejercicio.

- 0201. Fomento del ejercicio: entrenamiento de extensión.
- 0180. Manejo de energía.
- 0226. Terapia de ejercicios: control muscular.
- 0221. Terapia de ejercicios: deambulaci3n.
- 0222. Terapias de ejercicios: equilibrio.

Las Intervenciones se ubican en el manual por orden alfabético. Cada una de ellas est3 definida. La primera Intervenci3n que aparece en la 3ª edici3n de la NIC es "Acuerdo con el paciente" y se define como "Negocio de un acuerdo con el paciente para reforzar un cambio de conducta espec3fico".

El n3mero de Intervenciones de la NIC es de 486, las Intervenciones propuestas y recogidas en la tabla son de 551. Este mayor n3mero se debe a que diferentes Intervenciones se incluyen en distintas clases. En cada una de las Intervenciones se proponen m3ltiples Actividades. En el ejemplo anterior el n3mero de Actividades recogidas para esta Intervenci3n es de 37.

Entendiendo por Actividades de Enfermer3a aquellas acciones espec3ficas que realiza la enfermera para llevar a cabo una Intervenci3n y que contribuye al logro de los objetivos planteados y/o resultados esperados, las Actividades pueden seleccionarse o adaptarse seg3n las necesidades espec3ficas de la persona o de la poblaci3n.

NIC: Aplicaci3n Pr3ctica.

Para la aplicaci3n en la pr3ctica, los profesionales seleccionamos las intervenciones m3s adecuadas seg3n las necesidades de nuestros clientes, por lo que debemos realizar un juicio terap3utico o criterio profesional fundamentado respecto a los medios m3s adecuados para ayudar a una persona a superar dificultades o mejorar su salud.

La selecci3n de intervenciones debe basarse en la mejor evidencia disponible teniendo en cuenta la experiencia del profesional y las preferencias del paciente para lo que el paciente ha de estar correctamente informado. La evidencia es una manera v3lida de acercar el conocimiento cient3fico y el conocimiento

tácito ya que proporciona elementos que facilitan la toma de decisiones a profesionales y usuarios.

En este apartado es necesario reconocer que no existe suficiente evidencia disponible sobre la totalidad de las intervenciones con las que estamos trabajando.

La búsqueda de "evidencia científica" que avale la actividad profesional es una de las grandes líneas de investigación abierta en diferentes colectivos de ámbito internacional. Reconocer que muchas de las intervenciones enfermeras se basan en la experiencia, la tradición, la intuición, el sentido común o en teorías no probadas, debe servir para impulsar esta línea de trabajo.

Como uno de los recursos que podemos utilizar, destacar lo que pueden aportar las guías de práctica clínica (GPCs), éstas son directrices que recogen recomendaciones basadas en la evidencia, lo que significa que proceden de revisiones sistemáticas o en su defecto de paneles de expertos y técnicas de consenso y son un elemento de mejora de la efectividad de los cuidados, de gran ayuda en tiempos en los que la imparable producción científica ha de tener unos mínimos de validez para seleccionar aquellas investigaciones que ayuden a tomar decisiones de calidad y eficacia.

Una vez seleccionadas debemos priorizar la Intervención por orden de importancia y en base a la relevancia del problema que pretendemos resolver con nuestra acción.

La concatenación entre los problemas más significativos, las intervenciones seleccionadas y la prioridad en su ejecución debe ser congruente.

La priorización de problemas se identifica a través de:

- Problemas que significan un riesgo vital.
- Problemas priorizados por el paciente y su familia.
- Problemas que resueltos posibilitan la resolución de otros.
- Problemas que puedan abordarse conjuntamente.
- Problemas de sencilla resolución y que sirven para abordar otros más complejos o de larga resolución.

Todos esos aspectos guían la elección de las intervenciones más adecuadas para planificar los cuidados de persona, familia, o comunidad en una situación concreta. Ello requiere, como apuntamos antes, un hábito y práctica del pensamiento crítico enfermero para ser capaces de emitir un juicio terapéutico adecuado al problema del paciente.

De una forma más operativa, para la elección de intervenciones de enfermería para un caso clínico concreto deben tenerse en cuenta los siguientes factores:

1º. Resultados deseados del paciente.

Los resultados en el paciente han de especificarse antes de elegir la Intervención. Servirán de criterio comparativo para juzgar el éxito de actividad realizada por parte de la enfermera. Estaríamos dentro de los Criterios de Resultados (NOC), que marcan la meta que pretendemos alcanzar con nuestras intervenciones.

2º Características del paciente.

Son muchas las variables que determinan los resultados además del problema clínico. Las motivaciones del paciente y sus características genéticas y fisiopatológicas delimitan el marco de acción de la enfermera. Los datos recogidos durante la fase de valoración van a posibilitar información acerca de la factibilidad de las intervenciones -en función del tipo de proceso y de las características del paciente-.

3º. Características del diagnóstico de enfermería.

Los resultados y las intervenciones se seleccionan en función de los diagnósticos de enfermería concretos. La Intervención está dirigida a alterar los factores etiológicos o los factores relacionados, según la taxonomía NANDA, asociados al diagnóstico. Si la Intervención consigue modificar el factor relacionado es de esperar una mejoría en el paciente. En este sentido, Bulechek y Mc Closkey apuntan que siempre no es posible eliminar estos factores que inciden sobre las respuestas humanas, en cuyo caso trataremos

los signos y los síntomas. Para los diagnósticos potenciales o de alto riesgo, la Intervención se dirige a modificar los factores de riesgo del diagnóstico.

4º. Resultados previos obtenidos tras aplicar esa Intervención.

La investigación indicará la eficacia al usar la Intervención en cierto tipo de casos. Algunas intervenciones han sido ampliamente probadas para poblaciones específicas, pero otras están en fase de desarrollo.

5º. Posibilidad de realizar la Intervención.

El contexto, la fase en la que se encuentra el proceso de salud del paciente, unido a los aspectos anteriormente citados nos informan de la viabilidad de la misma. Es importante por ello no perder la globalidad del plan.

6º. Aceptabilidad para el paciente.

La Intervención debe ser aceptada por el paciente y su familia, favorecer una elección informada y promover la participación en sus cuidados.

7º. Capacidad profesional.

El profesional de enfermería debe estar en condiciones de llevar a cabo la Intervención. Bulechek y McCloskey (2001) han descrito tres áreas en las que se debe mostrar competencia:

- a) Poseer conocimientos del fundamento científico de la Intervención.
- b) Poseer las habilidades psicomotrices e interpersonales necesarias.
- c) Utilización eficaz de los recursos sanitarios en cada caso.

Una vez seleccionadas las intervenciones pasamos a planificarlas en el plan de cuidados teniendo como referencia los resultados esperados. Si tras su ejecución y pertinente evaluación, los resultados obtenidos se alejan de los criterios de resultados esperados, se valorará la reelaboración de nuevas intervenciones según los problemas resueltos o no.

La selección de las actividades más adecuadas, diferirá según la naturaleza de los problemas: de colaboración o diagnósticos enfermeros (real o de riesgo) y según se trate de eliminar, prevenir, controlar los factores que lo propician, para promover el bienestar o monitorizar cambios de situación. Veamos las distintas posibilidades.

Elección de Intervenciones en los problemas de colaboración (PC).

En estos casos el enfermero colabora para alcanzar los objetivos planteados por el equipo o por uno de los profesionales del mismo, siendo el responsable del resultado final el profesional con el que se está relacionando (en nuestro caso el médico) por tanto es él, quien prescribe la Intervención para controlar, solucionar o reducir el problema. En este caso estaríamos ante un Problema de Colaboración y las actividades enfermeras se centran en:

- aplicar los tratamientos prescritos por el médico
- planificar los cuidados derivados o relacionados con tales prescripciones
- programar medidas de control y vigilancia del estado del enfermo, tanto en lo referente a la evolución de su situación patológica como a los efectos de las pruebas diagnósticas y de los tratamientos.

Elección de intervenciones en los diagnósticos enfermeros (DxE).

En este caso, la responsabilidad del resultado final y la elección de intervenciones y actividades más adecuadas para solucionar el problema son competencia de la enfermera, pertenecen a su campo de conocimientos.

La enfermera elige intervenciones de manera autónoma e independiente para alcanzar los objetivos establecidos, recordemos que dichas intervenciones han de estar encaminadas a reforzar, aumentar, sustituir, añadir o completar la fuente de dificultad, es decir, fuerza, conocimiento o voluntad.

Las intervenciones y actividades han de pertenecer al ámbito al que pertenece el problema que pretenden resolver, es decir, si el problema es del ámbito de "seguridad" lógicamente intervenciones y actividades corresponden al mismo ámbito.

Para la selección de actividades referidas a los DxE: hay dos grandes grupos: las que tratan los signos, síntomas -características definitorias- o las relacionadas con la causa -factor relacional-.

- Las actividades orientadas a las características definitorias tratan de minimizar o paliar los signos y síntomas donde se identifica el problema - en este caso siempre estamos ante un diagnóstico real-. Estas actividades no abordan la etiología, aunque si actúan de forma muy directa sobre la prevención de procesos secundarios que pueden aparecer.

- Intervenciones derivadas del factor de riesgo o causa, serán eficaces en la medida en que consigan eliminar, controlar o reducir la causa identificada como responsable del problema. Este tipo de intervenciones son las primeras que debemos elegir. Desde un planteamiento lógico, las intervenciones dirigidas al factor relacional o fuente de dificultad son las que eliminarán de forma más efectiva el problema identificado.

¿Cómo se redactan las Intervenciones?

Todas las intervenciones que la enfermera desarrolle deben estar registradas, teniendo en cuenta una serie de aspectos que garanticen su comprensión y continuidad por parte del resto del equipo proveedor de cuidados.

En primer lugar las intervenciones deben definir quién, qué, dónde, cuándo, cómo, con qué frecuencia, hasta dónde o cuándo tendrán lugar las actividades que se están desarrollando. Han de estar fechadas y firmadas, con el objeto de identificar la fecha de origen y su evolución. Independientemente del soporte que se utilice para los registros (papel o electrónico) hemos de disponer en la hoja de cuidados de enfermería del apartado de pauta de intervenciones.

7.2.3. - Proceso de Evaluación. NOC Aplicación a la Etapa de Evaluación. Resultados Alcanzados.

Definición de conceptos y uso.

La evaluación se define como la comparación planificada y sistematizada entre el estado de salud del paciente antes y después de la Intervención enfermera. Como requisito mínimo debemos utilizar la escala en tres momentos: los indicadores del estado de salud del cliente al inicio del proceso (medida basal), cuando se determinan los metas que debe alcanzar el cliente (a través de los Criterios de Resultados en la Etapa de Planificación, objetivos que debe alcanzar) y en la finalización del proceso (al alta: Etapa de Evaluación), donde volvemos a valorar en qué medida se ha modificado la medida basal.

En las situaciones agudas o críticas se aconseja medir resultados cuando existe algún cambio en el estado del paciente (evaluación continuada), donde los indicadores de retroalimentación del proceso son muy rápidos y nos permite hacer modificaciones oportunas en el plan para facilitar la recuperación del paciente de la fase crítica lo antes posible.

En cualquier caso hay que tener presente que, de forma general, estamos ante un proceso dinámico y continuo que nos obliga a estar aplicando la evaluación en cada etapa. El concepto de evaluación no difiere de lo que hemos expuesto anteriormente respecto a la valoración inicial. Evaluar, es emitir un juicio sobre un objeto, acción, trabajo, situación o persona, comparándolo con un momento anterior, teniendo como referentes uno o varios criterios. En definitiva, es volver a valorar, a partir de nuestra Intervención.

El momento apropiado para medir los resultados (evaluar) tras la Intervención Enfermera también presenta cambios, varía según la etiqueta diagnóstica, la causa que ha generado esa etiqueta y las manifestaciones que se presenten. Hay algunas que responden rápidamente a una Intervención enfermera y hay otras en las que debemos prolongar más en el tiempo los cuidados.

Es importante señalar que en ciertas ocasiones la enfermera debe plantearse los Criterios de Resultados en base a las manifestaciones cuando estas supongan un peligro inminente en la vida del paciente, aunque persista la etiqueta o el factor etiológico.

De forma resumida podemos decir, que la evaluación:

- Mide la evolución del paciente/cliente respecto a una situación inicial (medida basal).
- Nos ratifica o desecha los Criterios de Resultados e indicadores seleccionados según el factor etiológico o la propia etiqueta diagnóstica.
- Permite objetivar la efectividad de la Intervención enfermera
- Nos permite hacer retroalimentación de la evolución del proceso gracias a ella el profesional puede mantener, modificar o finalizar el plan de cuidados.

A la hora de registrar la evaluación deben quedar claro los cambios identificados en los indicadores respecto a cada Criterio de Resultado previamente establecido. Para ello es preciso volver medir (los indicadores) en el tiempo que se ha establecido en la Etapa de Planificación y describir en que medida el paciente está en camino o ha alcanzado su referente de normalidad.

¿Cómo Registrar el Proceso?

Es de destacar la necesidad de tener un lenguaje estandarizado que nos permita entendernos entre los diferentes profesionales que trabajamos con el mismo cliente. La necesidad de poder medir la efectividad de nuestras acciones y justificar dentro del sistema la cartera de servicios que aportamos. Todas estas cuestiones no serán posibles si no registramos la totalidad del proceso - Valoración, Planificación, Evaluación-.

El registro del plan se recogerá en soporte papel o electrónico, esta última opción facilita el seguimiento de todo el proceso de una forma más dinámica. Actualmente, en los centros asistenciales, existen programas informatizados -con las diferentes herramientas, códigos de identificación y lenguaje

estandarizado- que nos puede llegar a facilitar y rentabilizar el tiempo de registro.

Los registros benefician al paciente, facilita el trabajo de los profesionales, y permite que se mida y evalúe el trabajo realizado por los enfermeros con datos objetivos contribuyendo a nuestro desarrollo.

Puede registrarse de múltiples formas, lo importante es que quede plasmado. Los datos de la valoración en un registro enfermero, partiendo de un esquema previamente consensuado (Estructura de los Patrones Funcionales de Gordon o estructura de las 14 Necesidades de V. Henderson), la Etiqueta Diagnostica con sus factores relacionales y sus manifestaciones, a continuación los Criterios de Resultados elegidos por la enfermera con sus indicadores y valoración individual previa de cada uno de ellos (mediante escala Likert), pasando por las Intervenciones y actividades. Posteriormente, ya dentro de la Etapa de Evaluación, se registrarán los cambios identificados (tanto los positivos como los negativos).

8. Cuidados de Calidad basados en la Mejor Evidencia

La metodología enfermera, edificada en base al método científico, debe utilizar siempre las mejoras evidencias disponibles para desarrollar su trabajo. Al igual que otras ciencias relacionadas con la salud, Enfermería no se ha quedado fuera de la corriente de práctica basada en la evidencia. El marco inicial para su desarrollo se basa en el modelo de Medicina Basada en la Evidencia (MBE), definida por Sackett en 1996 como "la utilización consciente, explícita y juiciosa de la mejor evidencia científica clínica disponible para la toma de decisiones sobre el cuidado individual de cada paciente"⁶⁰. Ya antes, en la década de los setenta, Cochrane había advertido del peligro de no utilizar en la práctica los resultados de la buena investigación⁶¹.

La Enfermería Basada en la Evidencia (EBE) nace como una corriente dentro de la Práctica clínica Basada en la Evidencia (PBE), pero adoptando características propias, como son el conocimiento enfermero, el cuidado, los valores y preferencias del paciente, la toma de decisiones, y las dimensiones cuantitativa y cualitativa de la investigación. Por tanto, se puede definir como "la aplicación consciente, explícita y juiciosa de la mejor evidencia científica disponible relativa al conocimiento enfermero para tomar decisiones sobre el cuidado de los pacientes, teniendo en cuenta sus preferencias y valores, e incorporando la pericia profesional en esta toma de decisiones"⁶².

La mejor evidencia proviene directamente de las pruebas científicas obtenidas a través de la investigación realizada sobre la base de criterios metodológicos rigurosos⁶³. Investigar permite desarrollar el conocimiento y validar lo ya existente, genera la ciencia propia de cada disciplina y refuerza, con argumentos, su práctica profesional. La investigación debe ayudar a que los profesionales enfermeros establezcan fundamentos científicos en el ejercicio de su profesión.

Como ya se puso de manifiesto en la I Reunión sobre EBE, celebrada en Granada en 2002, aunque la mejor evidencia proviene de diseños experimentales (ensayo

clínico aleatorio o metaanálisis), hay evidencias válidas de naturaleza cualitativa que las enfermeras no deben despreciar. Esta corriente de la EBE anglosajona promueve que las pruebas científicas de interés para las enfermeras no se deben clasificar exclusivamente por el diseño del estudio, sino también por su calidad y pertinencia⁶⁴

El concepto de evidencia científica aporta, a la práctica de los cuidados, los conocimientos necesarios para disminuir la variabilidad en la praxis enfermera, facilitar la toma de decisiones a enfermeras y usuarios, planificar recursos sanitarios, mejorar los resultados de salud...⁶⁵ La EBE contribuye a garantizar que los cuidados que reciben los pacientes son los más efectivos, seguros y de calidad.

En base a estos argumentos, en la Empresa Pública de Emergencias Sanitarias, los cuidados enfermeros estarán cimentados en la corriente de Enfermería Basada en la Evidencia. Las herramientas principales a utilizar serán las Guías de Práctica Clínica, las Revisiones Sistemáticas y las Estrategias de Implementación y Evaluación.

La estandarización de los cuidados se garantiza a partir de Guías de Práctica Clínica (GPC), definidas como el conjunto de recomendaciones desarrolladas de manera sistemática con el objetivo de guiar a los profesionales y a los pacientes en el proceso de la toma de decisiones, sobre qué intervenciones sanitarias son más adecuadas en el abordaje de una condición clínica específica, en circunstancias sanitarias concretas"⁶⁶. Es posible realizar una GPC original, pero la tendencia habitual es localizar una de buena calidad, que dé respuesta a nuestras necesidades y, en la mayoría de las situaciones, adaptarla a nuestro entorno. Cabe destacar, en la elaboración de la GPC, que la revisión de la literatura es exhaustiva y estructurada, que la calidad de los estudios dan lugar a niveles de evidencia; y que estos niveles son relacionados finalmente con las recomendaciones.

Cuando nuestro objetivo es agrupar y resumir, de acuerdo a criterios explícitos y reproducibles, el máximo número de estudios disponibles que tratan de responder a una cuestión, nuestra investigación utilizará como metodología

la revisión sistemática⁶⁷. Si, además, podemos sintetizar de manera conjunta con datos cuantitativos, hablamos de metaanálisis. Este tipo de revisiones son los protagonistas indiscutibles en las GPCs.

No obstante, no nos basta con encontrar las mejores evidencias, sino que el gran salto hacia la mejora se encuentra en la implementación de esas evidencias en nuestro trabajo diario. Es decir, en llevar a la práctica los hallazgos que nos proporciona la investigación⁶⁸. Y en el caso específico de la Enfermería nos referimos tanto a la que proviene de la metodología cuantitativa como la cualitativa⁶⁹. No existen pautas fijas ni recetas para conseguir un cambio efectivo en la práctica, pero sí recomendaciones consensuadas que se agrupan en torno a varios modelos.

Por último, la monitorización y evaluación de los cambios adoptados configuran la última fase de la EBE. No obstante, ambas deben ser consideradas y planificadas antes de que se inicie la implementación del cambio. En esta fase ya se han identificado las variables a monitorizar, así como se han establecido los indicadores que permitirán valorar la repercusión del cambio. Basándose en los enfoques de evaluación definidos por Donabedian⁷⁰, la evaluación de la EBE analiza en profundidad la categoría resultado sin perder de vista que la evaluación de la calidad sólo es posible considerando la interrelación entre las tres categorías o enfoques de la evaluación (estructura, proceso y resultado).

En definitiva, podemos concluir que la EBE nos va a proporcionar considerables oportunidades para cambiar la práctica profesional, y para aumentar en conocimientos propios, además de garantizar que los cuidados que dispensamos a los pacientes sean más efectivos y eficientes. El éxito de la EBE no se logra con el trabajo individual y aislado. Para poder lograrlo es necesaria la participación de todas las enfermeras y plantear estrategias para implementar y monitorizar la efectividad del cambio.

9. Conclusiones

La maestría en el uso del proceso enfermero se encuentra en el punto de unión entre los conocimientos (qué hacer y porque hacerlo), las habilidades (cómo hacerlo) y las actitudes (deseo y capacidad para hacerlo), cuando estos tres elementos se unen, producen una fuerza impulsora para proporcionar unos cuidados de calidad. La mayoría de nosotras nos sentimos más competentes en un área que en otra, pero el tenerlo siempre presente nos ayudará a mejorar aquello en lo que no nos encontramos tan seguros⁷¹.

Referencias documentales

1 OMS. Fortalecimiento de la enfermería y la partería. 56^a Asamblea Mundial de la Salud, A56/19 Punto 14.11 del orden del día provisional 2 de abril de 2003.

2 Nieto E, Bernaus E, Laínez R, et al. Valoración de las necesidades y expectativas de los pacientes respecto a enfermería. *Enfermería Clínica*, 6 1998; 8: 236-

3 Rodríguez Salvador MM, Torres López A, Azañón Hernández R, Rodríguez Camero M, y Palma García J, Experiencia en la implantación del proceso enfermero en emergencias Tempus Vitalis. *Revista Internacional para el Cuidado del Paciente Crítico* VOL 3, NUM 1, 2003

4 Colliere, MF. (1993). Promover la vida. Interamericana. McGraw-Hill. Madrid.

5 Ley de Salud de Andalucía (Ley 2/1998 de 15 de Junio)
www.funcionadministrativa.com/legis/leysalud.HTM Consultada 05/08/2004

6 III Plan Andaluz de Salud 2003-2008
www.csalud.junta-andalucia.es Consultada 07/08/2004

7 Acreditación de Instituciones y Profesionales. Agencia de Evaluación de Calidad Sanitaria.
www.acsa.junta-andalucia.es/profesionales/principal.asp Consultada el 16/08/2004

8 Decreto 137/2002 de Apoyo a las Familias Andaluzas.
BOJA nº 52 de 04 de Mayo 2002 Página 7127 y siguientes.
www.sas.junta-andalucia.es/principal/documentosAcc.asp (Manual de procedimientos de la ECE. Versión 3) Consultado 20/08/2004

9 Acreditación de Instituciones y Profesionales. Agencia de Evaluación de Calidad Sanitaria.

www.acsa.junta-andalucia.es/profesionales/principal.asp Consultada el 16/08/2004

10 Plan Estratégico EPES 2003-2006

Intranet EPES, documentos de Empresa. Consultado 07/09/2004

11 Ley Básica Reguladora de la Autonomía del Paciente y de Derechos y Obligaciones en Materia de Salud.

www.actualderechosanitario.com Actualidad de derecho Sanitario. Nº 88-noviembre 2002. Consultado el 25/08/2004.

12 Ley de Ordenación de Profesiones Sanitarias. Ley 44/2003 de 21 de noviembre.

www.sas.junta-andalucia.es/principal/documentosAcc.asp Consultada 10/09/2004

13 REAL DECRETO 1231/2001, de 8 de noviembre

BOE nº 269 de 9 de Noviembre de 2001 Página 40986 y siguientes.

14 Código Deontológico de la Enfermería Española

www.ocenf.org Consultada el 12/08/2004

15 Proyecto NIPE.

www.nipe.enfermundi.com Consultada el 27/08/2004.

16 Hostutler JJ, Taft SH, Snyder C: Patient needs in the emergency department: nurses' and patients' perceptions. JONA 1999; 29(1):43.-50

17 Morales Asencio JM: La reorientación de los servicios de Urgencia hacia el paciente. Emergencias 2001; 13 (1):1

18 Johnson M: The nursing outcomes classification. Journal of Nursing Care Quality; 12(5); 1998: 9-20

- 19 Medina Moya JL, Sandín Esteban MP: Epistemología y enfermería (II): paradigmas de la investigación enfermera. *Enf Clín* 1995, 5(1): 32-44..
- 20 Im E, Meleis AI: Situation-specific theories: philosophical roots, properties, and approach. *ANS Adv Nurs Sci.* 1999;22(2):11-24.
- 21 Thorne S, Canam C, Dahinten S, Hall W, Henderson A, Kirkham SR: Nursing's metaparadigm concepts: disimpacting the debates. *J Adv Nursing* 1998; 27(6):1257-1268
- 22 Shapiro SE: Outcomes of prehospital care: do we really make a difference? *J Emerg Nursing* 2000; 26(3): 239-241
- 23 Morales Asencio JM: La valoración del enfermo crítico según el nivel de dependencia de enfermería. *Enfermería Clínica*, 1997;7(1):9-15.
- 24 Davis MA, Hoffman JR, Hsu J: Impact of patient acuity on preference for information and autonomy in decision making. *Acad Emerg Med* 1999; 6(8):781-785
- 25 Granberg A; Engberg IB; Lundberg D: Intensive care syndrome: a literature review. *Intensive Crit Care Nurs* 1996 Jun. 12(3). P 173-182.
- 26 McGonigal KS: The importance of sleep and the sensory environment to critically ill patients. *Intensive Care Nursing* 1986; 2(2):73-83.
- 27 Morales Asencio JM: Enfermera y entorno: influencia en el estrés del paciente crítico. *Med Intens* ; 1998;22:207-211
- 28 Kérouac S, Pepin J, Ducharme F et al.: *El pensamiento enfermero*. Barcelona, Masson; 1996:75-83.
- 29 Latour Pérez J; Gutiérrez Vicén T; Reig Ferrer A et al.: Construcción y validación de un índice de ajuste psicosocial en cuidados intensivos sin entrevista del paciente. *Med Clín* 1994; 102: 291-93.

30 Wesson JS : Meeting the informational, psychosocial and emotional needs of each ICU patient and family Intensive Crit Care Nurs 1997 Apr;13(2):111-8

31 Marek KD: Measuring the effectiveness of nursing care. Outcomes Manag Nurs Pract. 1997;1(1):8-12

32 WHO Regional Office for Europe: Building the evidence base of the nursing and midwifery contribution to health. WHO, Copenhagen 2002.

33 Aiken LH; Smith HL; Lake ET: Lower Medicare mortality among a set of Hospitals known for good nursing care. Med Care 1994; 32:771-787.

34 Pronovost PJ, Jenckes MW, Dorman T. Organizational characteristics of intensive care units related to outcomes of abdominal aortic surgery. JAMA. 1999;281:1310-7.

35 Kanus WA; Draper EA; Wagner DP; Zimmerman JE: An evaluation of outcome from intensive care in major medical centers. Ann Intern Med 1986; 194: 410-418.

36 Mitchell PH; Armstrong S; Simpson TF; Lentz M: American Association of Critical-Care Nurses Demonstration Project: Profile of excellence in critical care nursing. Heart & Lung 1989; 18:219-237.

37 Tomás Vidal, AM: Conceptos básicos para la elaboración de planes de cuidados. Enf. Clín 1995; 4(1):40-47

38 Kuhn T: La estructura de las revoluciones científicas. FCE México 1966.

39 Morales Asencio JM: La revolución científica de la Enfermería. Tempus Vitalis 2001; 1(1).

40 Cabrero García J: Enfermería basada en la evidencia. Index, 1999; 27:12-18.

- 41 McFarlane, J. " Importancia de los modelos para el cuidado" EN Kreshaw, B, J. Modelos de Enfermería. Barcelona: Doyma. 1988.
- 42 Benavent Garcés, M.A.; Francisco del Rey, C.; Ferrer Ferrandis, E. Enciclopedia Enfermería del Siglo 21.Tomo I Fundamentos de Enfermería. Tema 5 Los Modelos de Cuidados. Editorial Paradigma. Barcelona 2003.
- 43 Hernández Conesa, J.; Esteban Albert, M.; Fundamentos de la Enfermería. Teoría y Método. McGraw-Hill – Interamericana. Madrid 1999.
- 44 Torres Pérez L, Morales Asencio JM, Rodríguez Salvador MM, Castillo Lorente JI. Estimación de la incidencia de Respuestas Humanas en el Paciente crítico. *Tempos Vitalis* 2002;2(2)
- 45 Richard S. Lazarus. Estrés y Emoción. Manejo e implicaciones en nuestra salud. Editorial DESCLEE DE BROUWER, S.A., 2000. Bilbao
- 46 Plan de Calidad. Nueva estrategias para la Sanidad Andaluza
- 47 Manual de Procedimientos de las Enfermeras Comunitaria de Enlace. Servicio Andaluz de Salud. Versión 3(Abril 2003)
- 48 Plan de Calidad. Nuevas estrategias para la Sanidad Andaluza.
- 49 Abreu A. Formación permanente en enfermería e investigación. ¿Una manera de definir nuestro rol?. *Tempus Vitalis. Revista Internacional para el Cuidado del Paciente Crítico.* Vol 4, num 1, 2004.
- 50 Gutiérrez MP, Nuñez ER. Características el rol en el profesional de enfermería intrahospitalario. <http://www.fineprint.com> Consultada el 04/09/04.
- 51 Diagnósticos enfermeros: definiciones y clasificación 2003 – 2004 NANDA. Elsevier. Madrid 2004

52 Luis MT. Los diagnósticos enfermeros. Revisión crítica y guía práctica. 2ª edición. Masson S.A. Barcelona, 2002

53 El proceso de atención de enfermería.
<http://www.terra.es/personal/duenas/pae.htm> Consultada el 08/09/2004

54 Alfaro R . El pensamiento crítico en enfermería. Un enfoque práctico. Masson S.A Barcelona, 1996

55 American Nursing Diagnosis Association. (2.003) Diagnósticos Enfermeros: Definiciones y clasificación 2003-2004. Madrid

56 Iowa Outcomes Project (2000) Nursing outcomes Classification (NOC). (2nd ed.) St. Louis Mosby

57 McCloskey JC, Bulechek GM. (2.004) Nursing interventions classification (NIC) 4º ed. St. Louis. Mosby, Iowa Outcomes Project

58 Toronjo A., Rodríguez JB., Rojas MJ., López MV., Abreu A., Rodríguez M., González A., Barquero A., Merino MA., (2004) Aprendiendo a utilizar la Metodología Enfermera. (1ª ed). Publicaciones Universidad de Huelva.

59 Luis M T., Fernández C., Navarro M V., De la teoría a la práctica. El pensamiento de Virginia Henderson en el siglo XXI.

60 Sackett DL, Straus SE, Scott- Richardson W, Rosenberg W, Haynes RB (eds.). Medicina basada en la evidencia: Cómo practicar y enseñar la MBE. Madrid; Ediciones Harcourt SA, 2000

61 Cochrane AL. Efectividad y eficiencia. Reflexiones al azar sobre los servicios sanitarios. (2º ed.). Barcelona: Asociación Colaboración Cochrane España (ACCE); 2000.

62 Difusión Avances de Enfermería. Enfermería basada en la evidencia. Hacia la excelencia en los cuidados. Madrid: Ediciones DAE; 2004.

- 63 Icart MT. La evidencia científica: estrategia para la práctica enfermera. Revista ROL de Enfermería 1999; 22: 185-90.
- 64 VII Jornadas de la Fundación Index. I Reunión sobre Enfermería Basada en la Evidencia. Granada, 29 de noviembre de 2002.
Disponible en: <http://www.index-f.com/EBE%20conclusiones.php> [fecha de acceso: 21 de octubre de 2004].
- 65 Morales Asensio M. ¿Qué aporta el concepto de evidencia científica a la práctica de los cuidados?. Index de Enfermería 2003; XII: 35-40.
- 66 Field MJ, Lohr KN. Guidelines for clinical practice. From development to use. Washington DC: National Academy Press; 1992.
- 67 Cook DJ. Systematic reviews. Synthesis of best evidence for clinical decisions. Ann Intern Med 1997; 126: 376-80.
- 68 Thompson MA. Closing the gap between nursing research and practice. Evidence Based Nursing 1998; 1: 7-8.
- 69 Amezcua M. Mitos y falacias de la investigación enfermera. Revista ROL de Enfermería 2003; 26: 608-16.
- 70 Donabedian A. The quality of care. How can it be assessed? JAMA 1998; 260: 1743-8.

