



UNIVERSIDAD DE LA REPÚBLICA
INSTITUTO NACIONAL DE ENFERMERÍA
DEPARTAMENTO DE ADMINISTRACIÓN



INVESTIGACIÓN ACERCA DE LOS DIAGNÓSTICOS DE ENFERMERÍA EMPLEADOS EN LA ATENCIÓN DE LOS USUARIOS QUIRÚRGICOS DEL HOSPITAL DE CLÍNICAS “DR. MANUEL QUINTELA”

AUTORES.

Br. Pacci, Hector
Br. Jozami, Yamila
Br. Viña, Laura
Br. Valles, Gustavo

TUTORES:

Lic. Enf. Verde, Josefina
Lic. Enf. Santana, Silvia

Facultad de Enfermería
BIBLIOTECA
Hospital de Clínicas
Av. Italia s/n 3er. Piso
Montevideo - Uruguay

Montevideo, 2003

INTRODUCCIÓN

El presente corresponde al trabajo de investigación final de la Licenciatura en enfermería.

El mismo fue elaborado por cuatro estudiantes de la generación 98' del Instituto Nacional de Enfermería, perteneciente a la Universidad de la República, en el tiempo comprendido de octubre de 2002 a junio de 2003.

El Proceso de Atención de Enfermería es el método científico que permite a las licenciadas, prestar cuidados de manera racional, lógica y sistemática.

La aplicación de este Proceso tiene repercusiones sobre la profesión y el cliente. El proceso enfermero beneficia al cliente, ya que mediante éste se garantiza la calidad de los cuidados prestados.

Una de las etapas fundamentales en la implementación de dicho proceso es el enunciado del diagnóstico de enfermería, el cual refleja las necesidades o problemas de salud que presentan los individuos.

El problema que motiva la realización de esta investigación, es la ausencia de sistematización en los diagnósticos de enfermería empleados, lo cual conlleva a una desorganización del trabajo en equipo e inadecuada utilización de los recursos.

La correcta elaboración del diagnóstico, orienta a un plan de acción destinado a contribuir en el Proceso Salud-Enfermedad del usuario.

Desde sus orígenes, la enfermería necesitó un sistema de clasificación o taxonomía, para describir y desarrollar un fundamento científico firme que cumpla uno de los criterios para adquirir un estatus profesional, lo cual justifica la creación del diagnóstico enfermero. Los requisitos que se le suelen exigir al grupo profesional que busca un estatus, han sido enumerados por Styles (1982) como: Una educación universitaria extensa, un cuerpo único de conocimientos, una orientación de servicio a los demás, una asociación profesional, autonomía y autorregulación.

Analizando la historia de la Medicina y su extensa experiencia en la aplicación de diagnósticos, se desprende que una clasificación diagnóstica estándar internacional es básica y esencial para el desarrollo de la medicina como ciencia, en la unificación de criterios con propósito

epidemiológicos y de administración de salud en los diferentes países.

El propósito de la creación de diagnósticos con su respectiva clasificación es permitir el registro sistemático, el análisis, la interpretación y la comparación de los mismos, estableciendo un único criterio universal para cada uno de ellos., en diferentes épocas, países , áreas o regiones.

Se considera de real importancia la creación de un sistema unificado de terminología, que permita establecer un lenguaje común y sirva de guía a las licenciadas en enfermería, para valorar datos seleccionados, identificar problemas potenciales o reales del paciente y finalmente, abordarlos. A su vez se considera que una terminología coherente, facilita la comunicación oral y escrita haciéndola más eficaz, además de contribuir a una mejor organización del trabajo y abordaje del paciente.

Otra de las razones que justifica la realización de dicho estudio, es que en nuestro medio no existe como antecedente, ningún trabajo con dichas características, lo cual permitirá el desarrollo del área independiente nuestra profesión.

Se cataloga a esta propuesta como la más adecuada, dado que se cuenta con una fuente de información que respalda de algún modo la experiencia clínica de varias generaciones de estudiantes.

Con la realización de esta investigación se pretende descubrir si es posible la sistematización de diagnósticos de enfermería que favorezcan la organización del plan de trabajo, en los servicios de cirugía general. Para ello se utilizarán los diagnósticos implementados por los estudiantes de la licenciatura durante los internados comprendidos entre los años 1998 y 2002, en los servicios de cirugía general del Hospital de Clínicas "Dr. Manuel Quintela".

La investigación realizada , es del tipo descriptivo transversal. El propósito de esta, es mejorar la prestación de cuidados de enfermería a los usuarios quirúrgicos, mediante la organización del trabajo; además de poder ser, el punto de partida para otras investigaciones en nuestra área independiente.

Por más información acerca de proyecto de tesis ver anexo nº8.

OBJETIVO GENERAL

- Conocer los Diagnósticos de Enfermería más utilizados en la atención a usuarios de Cirugía General del Hospital de Clínicas, para de esta forma estructurar una sistematización de diagnósticos que favorezca la calidad en la prestación de cuidados de Enfermería y la organización del trabajo mediante la unificación de criterios.

OBJETIVOS ESPECIFICOS:

- En base a la caracterización de la población realizada por distintos internos, estructurar un perfil que identifique a los usuarios quirúrgicos.
- Definir las áreas problemáticas que presenta este tipo de usuarios.
- Lograr identificar los diagnósticos de enfermería más frecuentes utilizados en la atención de los usuarios de cirugía general.
- Alcanzar una Sistematización de Diagnósticos de Enfermería, tomando como referencia los más utilizados en la práctica clínica, poniendo énfasis en que su taxonomía sea clara y concreta.

MARCO TEÓRICO

PROCESO DE ATENCIÓN DE ENFERMERÍA

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

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

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

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

Los objetivos

El objetivo principal del proceso de enfermería es constituir una estructura que pueda cubrir, individualizando las, las necesidades del paciente, la familia y la comunidad. También:

- Identificar las necesidades reales y potenciales del paciente, familia y comunidad.
- Establecer planes de cuidados individuales, familiares o comunitarios.
- Actuar para cubrir y resolver los problemas, prevenir o curar la enfermedad.

El desarrollo del PAE:

Hace falta una interacción entre el personal de enfermería y el paciente además de tener una serie de capacidades:

- Capacidad técnica (manejo de instrumental y aparataje).
- Capacidad intelectual (emitir planes de cuidados eficaces y con fundamento científico).
- Capacidad de relación (saber mirar, empatía y obtener el mayor número de datos para valorar).

Las ventajas:

La aplicación del Proceso de Enfermería tiene repercusiones sobre la profesión, el cliente y sobre la enfermera; profesionalmente, el proceso enfermero define el campo del ejercicio profesional y contiene las normas de calidad; el cliente es beneficiado, ya que mediante este proceso se garantiza la calidad de los cuidados de enfermería; para el profesional enfermero se produce un aumento de la satisfacción, así como de la profesionalidad.

Para el paciente son:

- Participación en su propio cuidado.
- Continuidad en la atención.
- Mejora la calidad de la atención.

Para la enfermera:

- Se convierte en experta.
- Satisfacción en el trabajo.

INSTITUTO NAL. ENFERMERIA
BIBLIOTECA
HOSPITAL DE CLINICAS
AV ITALIA S/N 3er PISO
MONTEVIDEO - URUGUAY

- Crecimiento profesional.

Las características:

- Tiene una finalidad: Se dirige a un objetivo.
- Es sistemático: Implica partir de un planteamiento organizado para alcanzar un objetivo.
- Es dinámico: Responde a un cambio continuo.
- Es interactivo: Basado en las relaciones recíprocas que se establecen entre la enfermera y el paciente, su familia y los demás profesionales de la salud.
- Es flexible: Se puede adaptar al ejercicio de la enfermería en cualquier lugar o área especializada que trate con individuos, grupos o comunidades. Sus fases pueden utilizarse sucesiva o conjuntamente.
- Tiene una base teórica: El proceso ha sido concebido a partir de numerosos conocimientos que incluyen ciencias y humanidades, y se puede aplicar a cualquier modelo teórico de enfermería.

DIAGNÓSTICOS DE ENFERMERÍA

BREVE RESEÑA HISTÓRICA

El diagnóstico de enfermería proporciona un mecanismo útil para estructurar los conocimientos en un intento de definir su rol y ámbitos particulares. La búsqueda para definir la enfermería y sus funciones comenzó con los escritos de Nightingale. Según sus palabras, el propósito de la enfermería es "poner al paciente en las mejores condiciones para que la naturaleza actúe sobre él." A principios del siglo XX, los intentos de diferenciar la enfermería de la medicina surgieron a raíz de la necesidad de definir cada una de estas disciplinas con propósitos legislativos y educativos. V. Henderson, en 1955 y F. Abdellah, en 1960, propusieron organizar los planes de estudio de enfermería conforme a los problemas de enfermería o a las necesidades del paciente más que según los diagnósticos médicos.

En 1953, V. Fry introdujo el término diagnóstico de enfermería para describir un paso necesario en el desarrollo de un plan de cuidados de enfermería. Durante los 20 años siguientes, las referencias a los diagnósticos de enfermería aparecieron en forma esporádica en la literatura. Sin embargo, desde 1973 (cuando se convocó la primera reunión del National Group for the Classification of Nursing Diagnosis) hasta el presente, la atención en la literatura es de diez veces

mayor, y han aparecido diversas definiciones de diagnóstico de enfermería, como por ejemplo:

- Una función independiente de la enfermería: una evaluación de las respuestas personales de un cliente a sus experiencias humanas a lo largo del ciclo vital. (Bicher, 1975)
- Problemas de salud, reales o potenciales que las enfermeras, en virtud de su educación y experiencia, están capacitadas y autorizadas a tratar (Gordon, 1982)
- Un enunciado que describa la respuesta humana de un individuo o grupo, que la enfermera puede identificar legalmente y para el que puede ordenar intervenciones definitivas destinadas a mantener el estado de salud o para reducir, eliminar o prevenir alteraciones (Carpenito, 1988).

En marzo de 1990, en la novena conferencia de la North American Nursing Diagnosis Association (NANDA), la Asamblea General aprobó una definición oficial del diagnóstico de enfermería:

“El diagnóstico de enfermería es un juicio clínico respecto a las respuestas del individuo, familia o comunidad a problemas de salud o a procesos vitales reales o potenciales. El diagnóstico de enfermería proporciona la base para la selección de las intervenciones de enfermería, con el fin de alcanzar los resultados que son responsabilidad de la enfermera”

EL PORQUE DE LOS DIAGNOSTICOS DE ENFERMERÍA

La enfermería necesita un sistema de clasificación, o taxonomía, para describir y desarrollar un fundamento científico firme que cumpla uno de los criterios para adquirir un estatus profesional. Los requisitos que se le suelen exigir al grupo profesional que busca un estatus profesional han sido enumerados por Styles (1982) como:

- Una educación universitaria extensa
- Un cuerpo único de conocimientos
- Una orientación de servicio a los demás
- Una asociación profesional
- Autonomía y autorregulación

Los diagnósticos de enfermería orientan las respuestas de los clientes, familias o grupos hacia situaciones para las que la enfermería puede prescribir intervenciones para lograr los resultados.

Pro el contrario, los problemas interdisciplinarios describen ciertas complicaciones fisiológicas que las enfermeras controlan utilizando tanto intervenciones prescritas por la enfermera como prescritas por el médico. Ninguna otra disciplina, salvo la enfermería, puede abordar los diagnósticos de enfermería y manejar también problemas interdisciplinarios.

FASE DE DIAGNÓSTICO:

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

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

Un diagnóstico de enfermería no es sinónimo de uno médico.

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

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

Los pasos de esta fase son:

1.- Identificación de problemas:

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

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

Componentes de los Categorías Diagnósticos aceptadas por la NANDA:

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

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

identificadas, mediante el desarrollo y validación de nuevos Diagnósticos.

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

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

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

- 1.- Etiqueta descriptiva o título: ofrece una descripción concisa del problema (real o potencial). Es una frase o término que representa un patrón.
- 2.- Definición: expresa un significado claro y preciso de la categoría y la diferencia de todas las demás.
- 3.- Características definitorias: Cada diagnóstico tiene un título y una definición específica, ésta es la que nos da el significado propiamente del diagnóstico, el título es solo sugerente.
- 4.- Las características que definen a los diagnósticos reales son los signos y síntomas principales siempre presentes en el 80-100% de los casos. Otros signos y síntomas, que se han calificado como secundarios están presentes en el 50-79% de los casos, pero no se consideran evidencias necesarias del problema.
- 5.- Factores etiológicos y contribuyentes o factores de riesgo: Se organizan entorno a los factores fisiopatológicos, relacionados con el tratamiento, la situación y la maduración, que pueden influir en el estado de salud o contribuir al desarrollo del problema. Los diagnósticos de enfermería de alto riesgo incluyen en su enunciado los factores de riesgo, por ejemplo es:

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

Tipos de diagnósticos:

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

- Real: representa un estado que ha sido clínicamente validado mediante características definitorias principales identificables. Tiene cuatro componentes: enunciado, definición características que lo definen y factores relacionados. El enunciado debe ser descriptivo de la definición del Diagnóstico y las características que lo definen (Gordon 1990). El término "real" no forma parte del enunciado en un Diagnóstico de Enfermería real. Consta de tres partes, formato PES: problema (P) + etiología, factores causales o contribuyentes (E) + signos/síntomas (S). Estos últimos son los que validan el Diagnóstico.
- Alto Riesgo ó potenciales: es un juicio clínico de que un individuo, familia o comunidad son más vulnerables a desarrollar el problema que otros en situación igual o similar. Para respaldar un Diagnóstico potencial se emplean los factores de riesgo, descripción concisa del estado de Salud alterado de la persona va precedido por el término "alto riesgo". Consta de dos componentes, formato PE: problema (P) + etiología/factores contribuyentes (E).
- Posible: son enunciados que describen un problema sospechado para el que se necesitan datos adicionales. La enfermera debe confirmar o excluir. Consta de dos componentes, formato PE: problema (P) + etiología/factores contribuyentes (E).
- De bienestar: juicio clínico respecto a una persona, grupo o comunidad en transición desde un nivel específico de bienestar hacia un nivel más elevado. Deben estar presentes dos hechos: deseo de un nivel mayor de bienestar y estado o función actual eficaces. Son enunciados de una parte, conteniendo sólo la denominación. No contienen factores relacionados. Lo inherente a

estos Diagnósticos es un usuario o grupo que comprenda que se puede lograr un nivel funcional más elevado si se desea o si se es capaz. La enfermera puede inferir esta capacidad basándose en los deseos expresos de la persona o del grupo por la Educación para la Salud.

Podemos añadir un quinto tipo:

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

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

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

Por más información acerca del Marco Teórico ver Anexo nº1

DISEÑO METODOLÓGICO

Tipo de estudio

Se realizó un estudio descriptivo transversal.

Universo

Total de informes realizados por los internos en los Servicios de Cirugía General del Hospital de Clínicas "Dr. Manuel Quintana".

Muestra

Los reportes de internado realizados en el Hospital de Clínicas, referentes al servicio de Cirugía General en los años comprendidos de 1998 al 2002.

Unidad de análisis

La caracterización de los usuarios quirúrgicos asistidos, la cual se hace referencia en cada uno de los informes de internado correspondientes a la práctica clínica en los servicios de Cirugía General del Hospital de Clínicas, en los años comprendidos de 1998 al 2002.

Variables

En este proyecto de investigación se identifican dos variables amplias y complejas que corresponden a Diagnósticos de Enfermería y Usuarios de Cirugía General.

Para estudiar las características de los Usuarios de Cirugía General se dividirán las variables en tres grandes grupos:

I- Variables patronímicas

SEXO: Condición orgánica que define a los sexos femenino y masculino, que se manifiesta a través de caracteres primarios y secundarios. Variable cualitativa nominal.

Será categorizada en: - Femenino
- Masculino

EDAD: Es el período comprendido desde la fecha de nacimiento hasta el momento de la recolección de datos. Variable cuantitativa continua

En base a la etapa del ciclo vital que cursen los individuos se agruparan los siguientes intervalos para poder operativizar las variables.

Se dividirá en las siguientes categorías:

- Joven (15 a 29 años)
- Adulto (30 a 59 años)
- Adulto mayor (más de 60 años)

PROCEDENCIA: Es el lugar de residencia actual de usuario. Variable cualitativa nominal.

Será categorizada en:

- Montevideo
- Interior

ACIVIDAD LABORAL: Se define como el empleo, oficio y/o profesión, desempeñada en la actualidad por el usuario. Variable cualitativa nominal que adopta las categorías de:

- Trabaja
- No trabaja
- Jubilado
- Pensionista

PATOLOGIA CRONICA: enfermedad de larga data, que forma parte de los antecedentes personales del paciente, que fue diagnosticada con anterioridad.

Variable cualitativa nominal, conformada por las siguientes categorías:

- Hipertensión arterial
- Diabetes
- Epilepsia
- Insuficiencia cardíaca
- Insuficiencia renal
- Infectocontagiosas
- Asma
- Alergias
- Otros

TIPO DE INTERVENCIONES QUIRURGICAS: Procedimientos quirúrgicos realizados en los usuarios que motivaron la internación del mismo. Variable cualitativa ordinal.

Las categorías serán las siguientes:

- Cirugía corriente
- Cirugía mayor
- Alta cirugía
- Cirugía compleja

Por más información acerca de la clasificación de las intervenciones quirúrgicas ver anexo n°2

2- Momento del proceso que cursa el usuario quirúrgico

ETAPA DEL PROCESO: Hace referencia a la etapa del tratamiento por la que cursa el usuario tomando como base el acto quirúrgico. Variable cualitativa nominal.

Las categorías son las siguientes:

- Preoperatorio a- Mediato: previo a las 48 hs del acto quirúrgico
b- Inmediato: desde 24hs antes hasta el momento de la intervención quirúrgica.
- Postoperatorio a- Inmediato: desde el acto quirúrgico hasta las 24hs
b- Mediato: desde las 24hs hasta las 48hs de ocurrido el acto quirúrgico.

Para dicha clasificación se tomo como bibliografía de referencia Bruner y Suddarth.

NIVELES DE DEPENDENCIA: Se define como el grado de dependencia del usuario en relación con los cuidados de enfermería, en base a los siguientes indicadores: comunicación, movilización, alimentación, higiene y confort, factores de riesgo, colaboración, eliminación, tratamiento medico y acompañante. Variable cualitativa *ordinal* que se categoriza en:

Grado 1
Grado 2
Grado 3

(ver anexo N° 3)

3- Organización del Servicio

TIEMPO DE INTERNACION: Período transcurrido desde la internación a la fecha de alta

Variable cuantitativa continua. Los rangos son los siguientes:

- <5 días
- 6-10 días
- más de 11 días

Para realizar dicha clasificación se tuvo en cuenta al autor Barquin, quien fundamenta que el promedio de días de internación para el paciente quirúrgico es de 8 días.

Por otro lado se analizará la variable Diagnósticos de enfermería,

DIAGNOSTICO DE ENFERMERIA: Juicio clínico respecto a las respuestas del individuo, familia o comunidad a problemas de salud o a procesos vitales reales o potenciales.

Variable cualitativa nominal

Para operacionalizar dicha variable se creó un listado de problemas que puedan presentar los usuarios quirúrgicos y sus posibles causas. A su vez dichas áreas problemáticas fueron organizadas en forma sistémica. (ver anexo nº4)

MÉTODO DE RECOLECCIÓN DE DATOS

La recolección de datos se realizó a través de la revisión de los informes de internado correspondientes a los Servicios de Cirugía General del Hospital de Clínicas, entre los años 1998 y 2002. Las variables y sus indicadores se estructuraron en un instrumento para recoger la información, el cual se completó por las personas a cargo de la investigación.

La finalidad de la creación del instrumento, está orientada a obtener el perfil del usuario quirúrgico mediante el análisis de las variables referentes a datos patronímicos, la etapa del proceso que cursa el paciente, a la organización del servicio y a los diagnósticos de enfermería utilizados.

Se completó un instrumento para cada uno de los informes seleccionados, y luego se llenó uno nuevo en el cual se resumió la información obtenida, de cada informe analizado.

La transcripción de la información al instrumento se realizó de la siguiente manera:

- En primer lugar se completaron los datos que identifican a cada uno de los informes, como ser n° del mismo, fecha de realizado, piso y sala. A cada uno de los reportes se les adjudico previamente un número que los identificaba)
- El N° total de usuarios con el cual se trabajo para realizar el reporte en cada uno de los informes.
- Por otra parte, se obtuvo la información sobre las variables seleccionadas para caracterizar a la población en forma de FA, las cuales se relacionaron a los diagnósticos de enfermería utilizados.
- Los datos referentes a los diagnósticos de enfermería se expresaron en base a la FA, y estos fueron transcritos al instrumento en forma de código, para simplificar el sistema de registro.

Para lograr un sistema de codificación de los diagnósticos, previamente se creó un listado de los mismos, a los cuales se les adjudicó un número a la variable dependiente y una letra en orden alfabético a cada posible variable independiente. Dicho listado esta organizado por sistemas y focalizado a usuarios quirúrgicos. Ver anexo n°4.

El instrumento creado para la recolección de datos corresponde al anexo n° 5

Se establecieron los siguientes criterios para poder transcribir la información desde los informes de internado al instrumento ideado por el grupo investigador:

- Para cuantificar los diagnósticos de enfermería, se tomo en cuenta el problema, no poniendo énfasis en su taxonomía, ya que esta podría variar de un informe a otro. A su vez se trabajo solo con alteraciones reales, no tomando en cuenta los riesgos.
- En cuanto a la variable tipo de cirugía, se tuvo en cuenta la clasificación del acto quirúrgico de la Sociedad Uruguaya de Cirugía, la cual permitió al equipo investigador agrupar las distintas intervenciones quirúrgicas a las que se hace referencia en los informes, en cuatro categorías: Cirugía Corriente, Cirugía Mayor, Alta Cirugía y Cirugía Compleja.
- Respecto a los niveles de dependencia, se creó un sistema de referencia que establece tres categorías. Se tendrán en cuenta para cuantificar dicha variable, solo aquellos informes que trabajaron con tres niveles de dependencia.

CRITERIOS DE EXCLUSIÓN DE LOS INFORMES DE INTERNADO

Los criterios que se utilizaron para excluir los informes fueron los siguientes:

- 1- Ausencia de N o número total de población abordada por el interno.
- 2- Carencia de caracterización de la población asistida y evaluación de Diagnósticos de Enfermería aplicados.

RESULTADOS Y DISCUSIÓN

Caracterización de un Usuario de Cirugía General

De un total de 44 informes recabados, solo componen la muestra 38, ya que 6 de ellos fueron excluidos tras ser considerados no válidos para la investigación.

De dicha muestra se desprende que, el N° total de usuarios abordados corresponde a 2669.

A continuación se expondrán los resultados de la caracterización de la población, teniendo en cuenta que a cada una de las variables utilizadas, le corresponde un N en particular, ya que no todos los informes abordaron la totalidad de las variables seleccionadas por el grupo investigador. Para complementar la siguiente información ver cuadro n°1 de caracterización en anexo 6.

El sexo, fue analizado en 36 informes representando el 95% de los mismos. El 45 % de la población (1176 ptes) correspondieron al sexo femenino y un 55% (1424 ptes.) al sexo masculino.

En cuanto a la edad, se observa que 29 informes (76%) trabajaron con dicha variable, desprendiéndose lo siguiente:

- La gran mayoría de la población (82%) corresponde a las categorías de adulto (con 942 ptes.) y adulto mayor (con 886 usuarios).

- El 18% restante representa la categoría de jóvenes con 402 ptes.

Por otra parte, el 100% de los informes abordaron la variable procedencia, pudiéndose apreciar que 1569 usuarios (69%) proceden de Montevideo y 1100 (31%) del Interior del país.

La actividad laboral fue analizada en 28 informes (74%), de donde se desprende que un considerable porcentaje de usuarios (más precisamente 27%) no trabaja. A su vez un 35% son jubilados y pensionistas y solo un 38% de la población tienen vida laboral activa.

Las patologías crónicas de los usuarios de cirugía general, fueron estudiadas en un 95% de los informes. De allí se destaca que 920 usuarios (35%) son hipertensos y 256 (10%) son diabéticos.

En cuanto al tipo de intervenciones quirúrgicas, solo fue analizada en 9 informes (24%), siendo este un número excesivamente bajo ya que se pretende caracterizar a usuarios quirúrgicos. Un alto porcentaje (51%) correspondió a cirugía corriente, presentándose en 209 usuarios; el 44% fueron cirugías mayores y el 5% restante alta cirugía y cirugía compleja.

Solo 28 informes analizaron la variable etapa del proceso, en donde 1165 usuarios (65%) se encontraron en la etapa preoperatoria y 629 (35%) en la postoperatoria. Cabe aclarar que se incluyeron en la etapa preoperatoria, los usuarios categorizados en etapa de diagnóstico y tratamiento. Otro dato relevante, es que ningún informe desglosó las etapas pre y postoperatorias en mediano e inmediato.

Los niveles de dependencia fueron estudiados en 24 informes, correspondiendo este a un 63% de la muestra. El mayor número de usuarios correspondían al grado 2 (868), seguido de 379 ptes. incluidos en grado 3 (25%).

El tiempo de internación fue abordado en 16 informes (42%). De allí podemos mencionar que el 44% de la población (420 us.) permanecieron más de 11 días internados.

Usuario Quirúrgico vs Diagnósticos de Enfermería

Solo 27 informes (de un total de 38) trabajaron con diagnósticos de enfermería, y de estos solo 7 evaluaron la aplicación de los mismos teniendo en cuenta la caracterización de la población.

Las únicas variables que se relacionaron con la aplicación de los diagnósticos, fueron etapa del proceso (en 6 informes) y niveles de dependencia (en un informe).

En cuanto a la *etapa del proceso* se desprende que:

- En el *preoperatorio* el 43% de los usuarios presento diagnóstico de Ansiedad, de estos un 11% se relaciono a la proximidad del acto quirúrgico.

La bibliografía de referencia muestra que en esta etapa del proceso, los diagnósticos de enfermería esperados son Angustia y Carencia de información.

- En el *posoperatorio* los diagnósticos más frecuentes que presentó esta población quirúrgica fueron: Dolor en un 84%, Alteración del tránsito intestinal en un 79%, Déficit del autocuidado en un 38%, Alteración de la imagen corporal en un 22% y Alteración de la integridad cutánea por

presencia de vía venosa y herida operatoria en un 10% respectivamente.

Al consultar la bibliografía de referencia, se desprenden como diagnósticos más frecuentes en la etapa postoperatoria: Dolor, Hipotermia, Alteración de la integridad cutánea relacionado a herida operatoria, Aclaramiento ineficaz de la vía aérea, Eliminación urinaria alterada relacionada a efectos medicamentosos, Estreñimiento relacionada a disminución de la motilidad gástrica, Trastornos de la movilidad física, Ansiedad, Alteración de la perfusión hística secundaria a hipovolemia, Infección e Hipertermia .

Ver anexo n°6: cuadro n°2 y gráfico n°1 correspondiente.

Al analizar los diagnósticos de enfermería presentado por los usuarios según los *niveles de dependencia*, se desprende que:

- Los usuarios más dependientes (*grado 3*) presentaron los siguientes diagnósticos en un 100% de los casos: Dolor, Alteración de la integridad cutánea relacionado a vía venosa y herida operatoria, Alteración de la nutrición por defecto, Déficit del autocuidado y Ansiedad.

- En los usuarios semidependientes (*grado 2*), los diagnósticos más utilizados fueron: Alteración de la integridad cutánea relacionado a herida operatoria y vía venosa en un 80%, Dolor y Ansiedad en un 65% y Alteración del tránsito intestinal en un 48%.

- En los usuarios menos dependientes (*grado 1*) los diagnósticos identificados correspondieron a los siguientes: Alt. de la circulación periférica en un 58%, Alt. del tránsito intestinal en un 42% y Alt. de las cifras tensionales en más en un 8%

No se encontró bibliografía que analizara los diagnósticos de enfermería de acuerdo a los niveles de dependencia del paciente.

Por más información ver cuadro n° 3 en anexo 6.

Diagnósticos de Enfermería más frecuentes en un Servicio de Cirugía General.

Dado que solo 7 informes de internado, analizaron la implementación de diagnósticos de enfermería relacionados a las variables que caracterizan al usuario quirúrgico, el grupo de investigación decidió estudiar en forma genérica los diagnósticos más utilizados, que fueron los siguientes:

- Dolor en un 37%
- Alt. de la integridad cutánea relacionado a herida operatoria en un 34%.
- Alt. de la integridad cutánea relacionado a vía venosa en un 31%.
- Ansiedad en un 21%
- Alt. de la integridad cutánea relacionado a úlcera por presión en un 19%.
- Alt. del tránsito intestinal en un 12%.
- Déficit del autocuidado en un 10%.
- Alt. de las cifras tensionales en más 10%
- Alt. de la nutrición por defecto en un 8 %
- Infección en un 7%.
- Alt. de los procesos familiares 6%

Ver anexo nº6 cuadro nº4 y gráfico nº 5

Sobre más información acerca de instrumento de registro ver anexo nº5

CONCLUSIONES

En cuanto a los objetivos planteados se puede concluir que:

No se logró crear una sistematización de diagnósticos de enfermería que sirva de referencia para los distintos servicios de cirugía, dado que el número de informes que evaluaron los diagnósticos de enfermería teniendo en cuenta las características más relevantes de un usuario quirúrgico, no se considera representativo en comparación con la muestra definida (7 de 38 reportes). Se lograron conocer los diagnósticos aplicados con más frecuencia en un servicio de cirugía, sin que estos se relacionen a las variables patronímicas, momento del proceso y organización del servicio.

Por otra parte se cuestiona la validez de los datos obtenidos, ya que se observó cierta similitud en la información expresada por algunos informes (ver anexo 7).

Mediante la caracterización del usuario de cirugía general, se logró obtener un perfil del mismo que es acorde a la epidemiología de nuestro país.

A su vez se observaron carencias por parte de los internos en el análisis de ciertas variables que son importantes para el usuario quirúrgico, como por ejemplo etapa del proceso, niveles de dependencia, tipos de intervenciones quirúrgicas y tiempo de internación, las cuales fueron analizadas en un porcentaje de reportes inferior al esperado.

Uno de los aspectos destacables es que el 44% de la población tiene un tiempo de internación mayor a 11 días siendo elevado con respecto a la bibliografía de referencia. A su vez se debe tener presente que se trata de un Hospital Universitario y que según el autor Piedrola los mismos utilizan programas docentes que tienden a alargar la estancia hospitalaria. Según datos estadísticos aportados por el departamento de Registros Médicos, el promedio gral. de días de estadía en el Hospital de Clínicas, se situó históricamente en el entorno de los 20 días.

Por otra parte se pudo apreciar que la gran mayoría de la población (65%) cursó la etapa preoperatoria considerando como posibles causantes a los factores organizacionales, demora en las interconsultas y suspensión de los actos quirúrgicos, (tomando como referencia a un trabajo de investigación del INDE realizado en agosto de 2002).

Otro de los aspectos que se considera de real importancia destacar, es la ausencia de evaluación de Diagnósticos de enfermería en un 29% de los informes validos, siendo estos realizados por estudiantes que cursan la fase final de su carrera profesional.

Dentro de los informes que trabajaron con diagnósticos se observó que muy pocos de ellos

(32%) relacionaron la variable dependiente con la independiente

Si analizamos los diagnósticos más frecuentes, se puede concluir que:

Se observa un importante sesgo por parte de los estudiantes, hacia el área psicoemocional, dejando en un segundo plano el área biológica.

Resulta llamativo el hecho de que se hayan empleado 150 diagnósticos de infección, y ninguno de hipertermia, también se considera relevante que no se aplicara ningún diagnóstico referente a intolerancia de la vía oral e hipotermia, dado que según bibliografía de referencia son problemas frecuentes para un paciente quirúrgico.

A su vez se observó un alto porcentaje de deterioro de integridad cutánea relacionado a úlceras por presión en 389 usuarios (19%), siendo este un indicador de calidad de los cuidados de enfermería.

En la etapa postoperatoria, se despende un bajo porcentaje (10%) de diagnósticos de alteración de la integridad cutánea relacionado a herida quirúrgica y a vía venosa periférica, lo cual no concuerda con la etapa del proceso.

Como conclusión final se puede afirmar que, más allá de no haber alcanzado la sistematización de diagnósticos de enfermería propuesta, se logró realizar una revisión extensa y profunda de los reportes de internado, permitiendo revelar la falta de homogeneidad del área independiente de nuestra profesión.

SUGERENCIAS

Se propone que este estudio sea punto de partida para posteriores investigaciones en el área de los diagnósticos de enfermería y así lograr una sistematización de los mismos.

Otra de las sugerencias que se plantean es que, además de que existan pautas generales en cuanto a la metodología de presentación de los informes de internado, se ponga mayor énfasis en el análisis y evaluación de la información.

Se considera que esta investigación puede llegar a ser útil para las próximas generaciones de estudiantes, que vayan a realizar su internado en el área quirúrgica.

BIBLIOGRAFIA

TEXTOS UTILIZADOS

- BRUNNER Y SUDDARTH "Enfermería Medico_quirurgico". *Ed McGraww Hill. México. 1998*
- BARQUIN CALDERON M. "Dirección de Hospitales " *sexta edición. Mexico. Interamericana-Mc. Graw-Hill, 1992.*
- COSTABEL. M y col. "Enfermería Medico_quirurgico" *A.F.M. Montevideo 1995*
- DE LA TORRE, E. Y PORTERO M.P "Técnicas de enfermería " *Ed. Rol S.A. 3era edición, Barcelona ,1993*
- DPTO DE ENFERMERIA DE MASACHUSETTS, "Manual de procedimientos de enfermería" *Ed. Salvat S.A., Boston, 1986*
- HERNANDEZ Juana y col. "Historia de la Enfermería- Un análisis histórico de los cuidados de enfermería" *Ed. Interamericana McGraw-Hill, 1era edición, España, 1995.*
- LEDDY S. Y MAE PEPPER.J. , " Bases conceptuales de enfermería profesional " *OPS, 1985*
- M.T.LUIS, "Diagnósticos enfermeros" *Ed. Harcourt, 3era edición, Barcelona,1999*
- PARENTINI M.R., "Historia de la Enfermería", *Ed. Trilce, 1era edición, Montevideo, Uruguay, 2002.*
- PIEDROLA G. "Medicina Preventiva y Salud Pública" *Massons. Barcelona 2001, décima edición.*
- SANCHEZ S., "Historia de la enfermería en Uruguay" *Ed. Trilce, 1era edición, Uruguay, 2002.*
- WESORICK B. " Estándares de calidad para cuidados de enfermería", *Ed. Doyma, 2da edición, España, 1993.*

TRABAJO DE INVESTIGACIÓN

- ESTUDIANTES DEL INDE ¿Cuáles son los factores que prolongan la estadía hospitalaria en las clínicas quirúrgicas A, B Y F del Hospital de Clínicas "Dr. Manuel Quietela"? *Uruguay, Montevideo, Agosto 2002*

PÁGINAS DE INTERNET CONSULTADAS

- <http://escuela.med.puc.cl/>
- <http://leo.worldonline.es/aentde/>
- <http://www.nipe.enfermundi.com/normas/normanipe.htm>
- <http://teletel.terra.es/personal/duenas/home5.htm>
- <http://www.msc.es/insalud/hospitales/hcsc/enfermeria/enfermeria.htm>
- <http://spie.pangea.org/selba/facilitacion.htm>
- <http://www.ijfac.org/product-esp.html>
- <http://www.7generaciones.org/consenso/bea.htm>
- <http://www.sels.es/ltulex.htm>
- <http://www.scele.enfe.ua.es/index.htm>
- <http://www.usp.br/erp/ilaenf>
- <http://www.eerp.usp.br/>
- <http://www.index-f.com/reunion.htm>
- <http://www.index-f.com/Evidencia.htm>

INDICE DE ANEXOS

- *ANEXO N°1: Marco Teórico*
- *ANEXO N°2: Clasificación según tipo de Cirugías*
- *ANEXO N°3: Cuadro acerca de los niveles de dependencia*
- *ANEXO N°4: Listado de Diagnósticos de enfermería de referencia*
- *ANEXO N° 5: Instrumentos de recolección de información*
- *ANEXO N° 6: Cuadros y Gráficos correspondientes al análisis.*
- *ANEXO N° 7: Cuadro de informes con similitud de datos*
- *ANEXO N° 8: Proyecto de investigación.*

ANEXO N° 1

MARCO TEÓRICO

PROCESO DE ATENCIÓN DE ENFERMERÍA

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

El Proceso de Atención de Enfermería tiene sus orígenes cuando, por primera vez, fue considerado como un proceso, esto ocurrió con Hall (1955), Jhonson (1959), Orlando (1961) y Wiedenbach (1963), consideraron un proceso de tres etapas (valoración , planeación y ejecución) ; Yura y Walsh (1967), establecieron cuatro (valoración, planificación, realización y evaluación) ; y Bloch (1974), Roy (1975), Aspinall (1976) y algunos autores más, establecieron las cinco actuales al añadir la etapa diagnóstica. Es un sistema de planificación en la ejecución de los cuidados de enfermería, compuesto de cinco pasos: valoración, diagnóstico, planificación, ejecución y evaluación. Como todo método, el PAE configura un número de pasos sucesivos que se relacionan entre sí. Aunque el estudio de cada uno de ellos se hace por separado, sólo tiene un carácter metodológico, ya que en la puesta en práctica las etapas se superponen:

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

Los objetivos

El objetivo principal del proceso de enfermería es constituir una estructura que pueda cubrir, individualizando las, las necesidades del paciente, la familia y la comunidad. También:

- Identificar las necesidades reales y potenciales del paciente, familia y comunidad.
- Establecer planes de cuidados individuales, familiares o comunitarios.
- Actuar para cubrir y resolver los problemas, prevenir o curar la enfermedad.

El desarrollo del PAE:

Hace falta una interacción entre el personal de enfermería y el paciente además de tener una serie de capacidades:

- Capacidad técnica (manejo de instrumental y aparataje).
- Capacidad intelectual (emitir planes de cuidados eficaces y con fundamento científico).
- Capacidad de relación (saber mirar, empatía y obtener el mayor número de datos para valorar).

Las ventajas:

La aplicación del Proceso de Enfermería tiene repercusiones sobre la profesión, el cliente y sobre la enfermera; profesionalmente, el proceso enfermero define el campo del ejercicio profesional y contiene las normas de calidad; el cliente es beneficiado, ya que mediante este proceso se garantiza la calidad de los cuidados de enfermería; para el profesional enfermero se produce un aumento de la satisfacción, así como de la profesionalidad.

Para el paciente son:

- Participación en su propio cuidado.
- Continuidad en la atención.
- Mejora la calidad de la atención.

Para la enfermera:

- Se convierte en experta.
- Satisfacción en el trabajo.

- Crecimiento profesional.

Las características:

- Tiene una finalidad: Se dirige a un objetivo.
- Es sistemático: Implica partir de un planteamiento organizado para alcanzar un objetivo.
- Es dinámico: Responde a un cambio continuo.
- Es interactivo: Basado en las relaciones recíprocas que se establecen entre la enfermera y el paciente, su familia y los demás profesionales de la salud.
- Es flexible: Se puede adaptar al ejercicio de la enfermería en cualquier lugar o área especializada que trate con individuos, grupos o comunidades. Sus fases pueden utilizarse sucesiva o conjuntamente.
- Tiene una base teórica: El proceso ha sido concebido a partir de numerosos conocimientos que incluyen ciencias y humanidades, y se puede aplicar a cualquier modelo teórico de enfermería.

ETAPA DE VALORACIÓN:

Es la primera fase proceso de enfermería, pudiéndose definir como el proceso organizado y sistemático de recogida y recopilación de datos sobre el estado de salud del paciente a través de diversas fuentes: éstas incluyen al paciente como fuente primaria, al expediente clínico, a la familia o a cualquier otra persona que dé atención al paciente. Las fuentes secundarias pueden ser revistas profesionales, los textos de referencia.

Muchas enfermeras recogen principalmente datos fisiológicos para que los utilicen otros profesionales e ignoran el resto de los procesos vitales que implican consideraciones psicológicas, socioculturales, de desarrollo y espirituales. Desde un punto de vista holístico es necesario que la enfermera conozca los patrones de interacción de las cinco áreas para identificar las capacidades y limitaciones de la persona y ayudarle a alcanzar un nivel óptimo de Salud. Ignorar cualquiera de los procesos vitales puede acarrear la frustración y el fracaso de todos los implicados.

Las enfermeras y enfermeros deben poseer unos requisitos previos para realizar una adecuada valoración del cliente, estos requisitos previos son:

- *Las convicciones del profesional:* conforman la actitud y las motivaciones del profesional, lo que piensa, siente y cree sobre la enfermería, el hombre, la salud, la enfermedad, etc. Estas convicciones se consideran constantes durante el proceso.

- *Los conocimientos profesionales:* deben tener una base de conocimientos sólida, que permita hacer una valoración del estado de salud integral del individuo, la familia y la comunidad. Los conocimientos deben abarcar también la resolución de problemas, análisis y toma de decisiones.
- *Habilidades:* en la valoración se adquieren con la utilización de métodos y procedimientos que hacen posible la toma de datos.
- *Comunicarse de forma eficaz:* Implica el conocer la teoría de la comunicación y del aprendizaje.
- *Observar sistemáticamente:* Implica la utilización de formularios o guías que identifican los tipos específicos de datos que necesitan recogerse.
- *Diferenciar entre signos e inferencias y confirmar las impresiones.* Un signo es un hecho que uno percibe a través de uso de los sentidos y una inferencia es el juicio o interpretación de esos signos. Las enfermeras a menudo hacen inferencias extraídas con pocos o ningún signo que las apoyen, pudiendo dar como resultado cuidados de Enfermería inadecuados.

Es primordial seguir un orden en la valoración, de forma que, en la práctica, la enfermera adquiera un hábito que se traduzca en no olvidar ningún dato, obteniendo la máxima información en el tiempo disponible de la consulta de Enfermería. La sistemática a seguir puede basarse en distintos criterios:

- Criterios de valoración siguiendo un orden de "cabeza a pies": sigue el orden de valoración de los diferentes órganos del cuerpo humano, comenzando por el aspecto general desde la cabeza hasta las extremidades, dejando para el final la espalda, de forma sistemática.
- Criterios de valoración por "sistemas y aparatos": se valora el aspecto general y las constantes vitales, y a continuación cada sistema o aparato de forma independiente, comenzando por las zonas más afectadas.
- Criterios de valoración por "patrones Funcionales de Salud": la recogida de datos pone de manifiesto los hábitos y costumbres del individuo/familia determinando el funcionamiento positivo, alterado o en situación de riesgo con respecto al estado de Salud.

Esta etapa cuenta con una valoración inicial, donde deberemos de buscar:

- Datos sobre los problemas de salud detectados en el paciente.
- Factores Contribuyentes en los problemas de salud.

En las valoraciones posteriores, tenemos que tener en cuenta:

- Confirmar los problemas de salud que hemos detectado.
- Análisis y comparación del progreso o retroceso del paciente.
- Determinación de la continuidad del plan de cuidados establecido.
- Obtención de nuevos datos que nos informen del estado de salud del paciente.

En la recogida de datos necesitamos:

- Conocimientos científicos (anatomía, fisiología, etc.) y básicos (capacidad de la enfermera de tomar decisiones).
- Habilidades técnicas e interprofesionales (relación con otras personas).
- Convicciones (ideas, creencias, etc.)
- Capacidad creadora.
- Sentido común.
- Flexibilidad.

Tipos de datos a recoger:

Un dato es una información concreta, que se obtiene del paciente, referido a su estado de salud o las respuestas del paciente como consecuencia de su estado.

Nos interesa saber las características personales, capacidades ordinarias en las actividades, naturaleza de los problemas, estado actual de las capacidades.

Los tipos de datos:

- *Datos subjetivos:* No se pueden medir y son propios del paciente, lo que la persona dice que siente o percibe. Solamente el afectado los describe y verifica (sentimientos).
- *Datos objetivos:* se pueden medir por cualquier escala o instrumento (cifras de la tensión arterial).
- *Datos históricos - antecedentes:* Son aquellos hechos que han ocurrido anteriormente y comprenden a hospitalizaciones previas, enfermedades crónicas o patrones y pautas de comportamiento (eliminación, adaptaciones pasadas, etc.). Nos ayudan a referenciar los hechos en el tiempo.
- *Datos actuales:* son datos sobre el problema de salud actual.

Métodos para obtener datos:

A) Entrevista Clínica:

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

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

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

La entrevista es un proceso que tiene cuatro finalidades. éstos son:

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

La entrevista consta de tres partes:

- *Iniciación:* Se comienza por una fase de aproximación y se centra en la creación de un ambiente favorable, en donde se desarrolla una relación interpersonal positiva.
- *Cuerpo:* La finalidad de la conversación en esta parte se centra en la obtención de la información necesaria. Comienza a partir del motivo de la consulta o queja principal del paciente y se amplía a otras áreas como historial médico, información sobre la familia y datos sobre cuestiones culturales o religiosas. Existen formatos estructurados o semiestructurados para la recogida sistematizada y lógica de la información pertinente sobre el paciente.
- *Cierre:* Es la fase final de la entrevista. No se deben introducir temas nuevos. Es importante resumir los datos más significativos. También constituye la base para establecer las primeras pautas de planificación.

La entrevista clínica tiene que ser comprendida desde dos ámbitos:

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

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

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

Las técnicas verbales son:

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

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

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

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

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

B) La observación:

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

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

C) La exploración física:

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

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

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

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

- Desde la cabeza a los pies: Este enfoque comienza por la cabeza y termina de forma sistemática y simétrica hacia abajo, a lo largo del cuerpo hasta llegar a los pies.
- Por sistemas corporales o aparatos, nos ayudan a especificar que sistemas precisan más atención.
- Por patrones funcionales de salud, permite la recogida ordenada para centrarnos en áreas funcionales concretas.

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

VALIDACIÓN DE DATOS:

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

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

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

ORGANIZACIÓN DE LOS DATOS:

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

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

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

La valoración mediante patrones funcionales (funcionamiento) se realiza en términos mensurables y no abstractos (necesidades), en este sentido los patrones funcionales de salud facilitan la valoración, aunque

no por ello hay que entender que la valoración de los patrones funcionales es opuesta a la valoración de necesidades; antes al contrario, se complementan, Tomás Vidal (1994).

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

DOCUMENTACION Y REGISTRO DE LA VALORACIÓN:

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

- Constituye un sistema de comunicación entre los profesionales del equipo sanitario.
- Facilita la calidad de los cuidados al poder compararse con unas normas de calidad (véase tema referente a la garantía de la calidad de los cuidados enfermeros).
- Permite una evaluación para la gestión de los servicios enfermeros, incluida la gestión de la calidad.
- Prueba de carácter legal
- Permite la investigación en enfermería
- Permite la formación pregrado y postgrado

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

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

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

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

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

E) La anotación debe ser clara y concisa.

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

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

FASE DE DIAGNÓSTICO:

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

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

Un diagnóstico de enfermería no es sinónimo de uno médico.

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

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

Los pasos de esta fase son:

1.- Identificación de problemas:

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

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

Componentes de las Categorías Diagnósticas aceptadas por la NANDA:

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

- **Investigación:** Para poder investigar sobre los problemas de Salud que los profesionales de enfermería estamos capacitados para tratar, es necesario que los mismos estén bien definidos y universalizados, a fin de que los resultados de las investigaciones, puedan ser comprendidos y aplicados por otros enfermeros. Es evidente que esto no es posible llevarlo a cabo sin disponer de un lenguaje común previo que aúne los criterios y facilite la comunicación e intercambio de datos. En este momento los Diagnósticos enfermeros pueden contribuir a la consolidación de la disciplina en Enfermería mediante líneas de investigación dirigidas a:
 - Determinar la compatibilidad de una taxonomía con cada uno de los modelos conceptuales.
 - Validar en distintos ámbitos culturales las características definitorias y los factores relacionados de los Diagnósticos de Enfermería aceptados.
 - Comparar la eficacia de las diversas intervenciones propuestas ante un mismo Diagnóstico.
 - Realizar el análisis epidemiológico de los diagnósticos que presenta una población determinada
 - Identificar nuevas áreas de competencia en Enfermería, o completar las ya identificadas, mediante el desarrollo y validación de nuevos Diagnósticos.
- **Docencia:** la inclusión de los Diagnósticos de Enfermería en el currículum básico debe iniciarse y continuarse de forma coherente, y prolongarse de forma progresiva a lo largo de todo el currículum. Permite:
 - Organizar de manera lógica, coherente y ordenada los conocimientos de Enfermería que deberían poseer los alumnos

- Disponer de un lenguaje compartido con otros profesionales, con los enfermeros docentes y con los propios alumnos, lo cual facilita enormemente la transmisión de ideas y conceptos relacionados con los cuidados.
- **Asistencia:** El uso de los Diagnósticos en la práctica asistencial favorece la organización y profesionalización de las actividades de enfermería, al permitir:
 - identificar las respuestas de las personas ante distintas situaciones de Salud
 - Centrar los cuidados brindados en las respuestas humanas identificadas a través de una valoración propia
 - Aumentar la efectividad de los cuidados al prescribir actuaciones de Enfermería específicas orientadas a la resolución o control de los problemas identificados.
 - Organizar, definir y desarrollar la dimensión propia del ejercicio profesional
 - Delimitar la responsabilidad profesional, lo que como beneficio secundario crea la necesidad de planificar y registrar las actividades realizadas.
 - Diferenciar la aportación enfermera a los cuidados de Salud de las hechas por otros profesionales.
 - Unificar los criterios de actuación ante los problemas o situaciones que están dentro de nuestra área de competencia.
 - Mejorar y facilitar la comunicación Inter. e intradisciplinar.
- **Gestión:** Algunas de las ventajas que comportan la utilización de los Diagnósticos de Enfermería en este ámbito son:
 - Ayudar a determinar los tiempos medios requeridos, Y por tanto, las cargas de trabajo de cada unidad o centro, al facilitar la organización y sistematización de las actividades de cuidados.
 - Permitir, como consecuencia, una mejor distribución de los recursos humanos y materiales.
 - Favorece la definición de los puestos de trabajo, ya que ésta podría incluir la habilidad para identificar y tratar los Diagnósticos de Enfermería que se dan con mayor frecuencia.

- o Posibilitar la determinación de los costes reales de los servicios de Enfermería, y consecuentemente, los costes reales de los cuidados brindados al usuario.
- o Facilitar el establecimiento de criterios de evaluación de la calidad de los servicios de Enfermería brindados en un centro o institución.
- o Identificar las necesidades de formación para grupos profesionales específicos.

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

- 1.- *Etiqueta descriptiva o título*: ofrece una descripción concisa del problema (real o potencial). Es una frase o término que representa un patrón.
- 2.- *Definición*: expresa un significado claro y preciso de la categoría y la diferencia de todas las demás.
- 3.- *Características definatorias*: Cada diagnóstico tiene un título y una definición específica, ésta es la que nos da el significado propiamente del diagnóstico, el título es solo sugerente.
- 4.- Las características que definen a los diagnósticos reales son los signos y síntomas principales siempre presentes en el 80-100% de los casos. Otros signos y síntomas, que se han calificado como secundarios están presentes en el 50-79% de los casos, pero no se consideran evidencias necesarias del problema.
- 5.- *Factores etiológicos y contribuyentes o factores de riesgo*: Se organizan entorno a los factores fisiopatológicos, relacionados con el tratamiento, la situación y la maduración, que pueden influir en el estado de salud o contribuir al desarrollo del problema. Los diagnósticos de enfermería de alto riesgo incluyen en su enunciado los factores de riesgo, por ejemplo es:

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

Tipos de diagnósticos:

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

- ***Real:*** representa un estado que ha sido clínicamente validado mediante características definitorias principales identificables. Tiene cuatro componentes: enunciado, definición características que lo definen y factores relacionados. El enunciado debe ser descriptivo de la definición del Diagnóstico y las características que lo definen (Gordon 1990). El término "real" no forma parte del enunciado en un Diagnóstico de Enfermería real. Consta de tres partes, formato PES: problema (P) + etiología, factores causales o contribuyentes (E) + signos/síntomas (S). Estos últimos son los que validan el Diagnóstico.
- ***Alto Riesgo ó potenciales:*** es un juicio clínico de que un individuo, familia o comunidad son más vulnerables a desarrollar el problema que otros en situación igual o similar. Para respaldar un Diagnóstico potencial se emplean los factores de riesgo, descripción concisa del estado de Salud alterado de la persona va precedido por el término "alto riesgo". Consta de dos componentes, formato PE: problema (P) + etiología/factores contribuyentes (E).
- ***Possible:*** son enunciados que describen un problema sospechado para el que se necesitan datos adicionales. La enfermera debe confirmar o excluir. Consta de dos componentes, formato PE: problema (P) + etiología/factores contribuyentes (E).
- ***De bienestar:*** juicio clínico respecto a una persona, grupo o comunidad en transición desde un nivel específico de bienestar hacia un nivel más elevado. Deben estar presentes dos hechos: deseo de un nivel mayor de bienestar y estado o función actual eficaces. Son enunciados de una parte, conteniendo sólo la denominación. No contienen factores relacionados. Lo inherente a estos Diagnósticos es un usuario o grupo que comprenda que se puede lograr un nivel funcional más elevado si se desea o si se es capaz. La enfermera puede inferir esta capacidad basándose en los deseos expresos de la persona o del grupo por la Educación para la Salud.

Podemos añadir un quinto tipo:

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

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

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

PLANIFICACIÓN DE LOS CUIDADOS DE ENFERMERÍA:

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

Etapas en el Plan de Cuidados

- Establecer prioridades en los cuidados. Selección. Todos los problemas y/o necesidades que pueden presentar una familia y una comunidad raras veces pueden ser abordados al mismo tiempo, por falta de disponibilidad de la enfermera, de la familia, posibilidades reales de

intervención, falta de recursos económicos, materiales y humanos. Por tanto, se trata de ordenar jerárquicamente los problemas detectados.

- **Planteamiento de los objetivos del cliente con resultados esperados.** Esto es, determinar los criterios de resultado. Describir los resultados esperados, tanto por parte de los individuos y/o de la familia como por parte de los profesionales.

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

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

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

- **Elaboración de las actuaciones de enfermería,** esto es, determinar los objetivos de enfermería (criterios de proceso). Determinación de actividades, las acciones especificadas en el plan de cuidados corresponden a las tareas concretas que la enfermera y/o familia realizan para hacer realidad los objetivos. Estas acciones se consideran instrucciones u órdenes enfermeras que han de llevar a la práctica todo el personal que tiene responsabilidad en el cuidado del paciente. Las actividades propuestas se registran en el impreso correspondiente y deben especificar: qué hay que hacer, cuándo hay que hacerlo, cómo hay que hacerlo, dónde hay que hacerlo y quién ha de hacerlo.

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

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

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

- Documentación y registro

DETERMINACIÓN DE PRIORIDADES:

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

Se trata de establecer las necesidades que son prioritarias para el paciente. Creemos que es de interés indicar aquí, que bajo una concepción holístico-humanista, la insatisfacción de las necesidades básicas provoca la enfermedad, Maslow (1972), esta carencia coloca a la persona en un estado de supervivencia, a pesar de ello y en determinadas ocasiones de libre elección, la persona prefiere satisfacer unas necesidades, privándose de otras. Es obvio añadir que son problemas prioritarios las situaciones de emergencia, como problemas de carácter biofisiológico, con excepción de la urgencia en los procesos de morir.

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

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

PLANTEAMIENTO DE LOS OBJETIVOS:

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

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

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

Existen dos tipos de objetivos:

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

Normas generales para la descripción de objetivos

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

OBJETIVOS DE ENFERMERÍA:

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

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

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

Es interesante la consideración de Brunner y Suddarth, en la que nos dice que «la identificación de las actuaciones apropiadas y los objetivos afines dependen de que la enfermera reconozca los puntos fuertes del paciente y sus familiares; de su comprensión de los cambios fisiopatológicos que sufre el enfermo y de su sensibilidad a la respuesta emocional, psicológica e intelectual del sujeto a la enfermedad.» Esta consideración nos aporta la idea de comprensión de lo que la persona hace, piensa y siente con respecto a él mismo, a la enfermedad, al medio que le rodea, etc., esto es, reconocer y comprender sus sistemas de vida y sus recursos.

Los objetivos de enfermería se describen en el tiempo a:

- **Objetivos a corto plazo:** Son los resultados que pueden lograrse de modo favorable y rápido, en cuestión de horas o días. Estos son adecuados especialmente para establecer la atención inmediata en situaciones de urgencia cuando los pacientes son inestables y los resultados a largo plazo son inciertos.
- **Medio plazo:** para un tiempo intermedio, estos objetivos son también intermedios, de tal forma que, podamos utilizarlos para reconocer los logros del paciente y mantener la motivación.
- **Objetivos a largo plazo:** Son los resultados que requieren de un tiempo largo. Existen dos tipos:
 - o Uno, abarca un período prolongado y requiere de acciones continuas de enfermería, que median directamente entre el objetivo y su logro.
 - o Otro, se obtiene mejor a través de una secuencia de objetivos a corto plazo. Este segundo tipo no requiere de la acción directa de enfermería, dado que las acciones de enfermería acompañan a los objetivos a corto plazo.

OBJETIVOS DEL CLIENTE/PACIENTE:

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

Las principales características de los objetivos del cliente son tres:

- Deben ser alcanzables, esto es, asequibles para conseguirlos.
- Deben ser medibles, así se describen con verbos mensurables del tipo de, afirmar, hacer una disminución, hacer un aumento, toser, caminar, beber, etc.

- Deben ser específicas en cuanto a contenido (hacer, experimentar o aprender) y a sus modificadores (quién, cómo, cuándo, dónde, etc.). Así, al verbo se le añaden las preferencias e individualidades, Ejemplo: el paciente caminará (verbo) por el jardín (dónde) después de comer (cuándo) durante 15 minutos (cuánto).

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

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

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

ACTUACIONES DE ENFERMERÍA:

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

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

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

- Prescripciones enfermeras: Son aquellas en que la enfermera puede prescribir independiente para que el personal de enfermería ejecute la prescripción. Estas prescripciones tratan y controlan los diagnósticos enfermeros.

- Prescripciones médicas: Son actuaciones prescritas por el médico, representan tratamientos de problemas interdisciplinarios que la enfermera inicia y maneja

La enfermera/o toma decisiones independientes tanto en los diagnósticos de enfermería como en los problemas interdisciplinarios.

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

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

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

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

- Serán coherentes con el plan de cuidados, es decir, no estarán en desacuerdo con otros planes terapéuticos de otros miembros del equipo.
- Estarán basadas en principios científicos. Recordemos los paradigmas de salud sobre los que se basa contemporáneamente la enfermería, empírico-analítico, hermenéutico-interpretativo y socio-crítico, éstos fundamentan las decisiones y actuaciones enfermeras.

- Serán individualizados para cada situación en concreto. Los cuidados de un paciente difieren de los de otro, aunque tengan diagnósticos enfermeros y médicos iguales o similares.
- Se emplearán para proporcionar un medio seguro y terapéutico.
- Van acompañadas de un componente de enseñanza y aprendizaje.
- Comprenderán la utilización de los recursos apropiados.

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

- Promoción de la salud.
- Prevenir las enfermedades.
- Restablecer la salud.
- Rehabilitación.
- Acompañamiento en los estados agónicos.

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

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

- El diagnóstico enfermero real:

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

- Para el diagnóstico enfermero de alto riesgo:

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

- Para el diagnóstico enfermero posible:

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

- Para el diagnóstico enfermero de bienestar:

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

- Para problemas interdependientes:

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

DOCUMENTACIÓN EN EL PLAN DE CUIDADOS DE ENFERMERÍA:

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

para documentar y comunicar la situación del paciente/cliente, los resultados que se esperan, las estrategias, indicaciones, intervenciones y la evaluación de todo ello”.

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

- Los cuidados individualizados.
- La continuidad de los cuidados,

- La comunicación, y
- La evaluación, Bower (1982).

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

PARTES QUE COMPONEN LOS PLANES DE CUIDADOS:

Los planes de cuidados deben tener los siguientes registros documentales:

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

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

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

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

TIPOS DE PLANES DE CUIDADOS:

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

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

- **Computarizado:** Requieren la informatización previa de los diferentes tipos de planes de cuidados estandarizados, Son útiles si permiten la individualización a un paciente concreto.

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

- Registrar la información de manera rápida, clara y concisa
- Recabar la información precisa sobre el estado de salud, que permite una óptima planificación de los cuidados, su revisión y la mejora del plan.
- Facilitar la continuidad de los cuidados, tanto en el hospital como la comunicación con otros servicios de salud.
- Evitar la repetición de los datos.
- Facilitar datos a la investigación y a la educación.
- Posibilitar el cálculo del coste-beneficio del servicio hospitalario.

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

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

EJECUCIÓN:

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

- Continuar con la recogida y valoración de datos.
- Realizar las actividades de enfermería.

- Anotar los cuidados de enfermería Existen diferentes formas de hacer anotaciones, como son las dirigidas hacia los problemas
- Dar los informes verbales de enfermería,
- Mantener el plan de cuidados actualizado.

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

De las actividades que se llevan a cabo en esta fase quiero mencionar la continuidad de la recogida y valoración de datos, esto es debido a que por un lado debemos profundizar en la valoración de datos que quedaron sin comprender, y por otro lado la propia ejecución de la intervención es fuente de nuevos datos que deberán ser revisados y tenidos en cuenta como confirmación diagnóstica o como nuevos problemas.

EVALUACIÓN:

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

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

El proceso de evaluación consta de dos partes

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

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

1.- Aspecto general y funcionamiento del cuerpo:

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

2.- Señales y Síntomas específicos

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

3.- Conocimientos:

- Entrevista con el paciente
- Cuestionarios (test).

4.- Capacidad psicomotora (habilidades).

- Observación directa durante la realización de la actividad.

5.- Estado emocional:

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

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

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

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

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

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

- Medir los cambios del paciente/cliente.

- En relación a los objetivos marcados.
- Como resultado de la intervención enfermera
- Con el fin de establecer correcciones.

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

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

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

DIAGNÓSTICOS DE ENFERMERÍA

BREVE RESEÑA HISTÓRICA

El diagnóstico de enfermería proporciona un mecanismo útil para estructurar los conocimientos en un intento de definir su rol y ámbito particulares. La búsqueda para definir la enfermería y sus funciones comenzó con los escritos de Nightingale. Según sus palabras, el propósito de la enfermería es "poner al paciente en las mejores condiciones para que la naturaleza actúe sobre él." A principios del siglo XX, los intentos de diferenciar la enfermería de la medicina surgieron a raíz de la necesidad de definir cada una de estas disciplinas con propósitos legislativos y educativos. V. Henderson, en 1955 y F. Abdellah, en 1960, propusieron organizar los planes de estudio de enfermería conforme a los problemas de enfermería o a las necesidades del paciente más que según los diagnósticos médicos.

En 1953, V. Fry introdujo el término *diagnóstico de enfermería* para describir un paso necesario en el desarrollo de un plan de cuidados de enfermería. Durante los 20 años siguientes, las referencias a los diagnósticos de enfermería aparecieron en forma esporádica en la literatura. Sin embargo, desde 1973 (cuando se convocó la primera reunión del *National Group for the Classification of Nursing Diagnosis*) hasta el presente, la atención en la literatura es de diez veces mayor, y han aparecido diversas definiciones de diagnóstico de enfermería, como por ejemplo:

- Una función independiente de la enfermería: una evaluación de las respuestas personales de un cliente a sus experiencias humanas a lo largo del ciclo vital. (Bicher, 1975)
- Problemas de salud, reales o potenciales que las enfermeras, en virtud de su educación y experiencia, están capacitadas y autorizadas a tratar (Gordon, 1982)
- Un enunciado que describa la respuesta humana de un individuo o grupo, que la enfermera puede identificar legalmente y para el que puede ordenar intervenciones definitivas destinadas a mantener el estado de salud o para reducir, eliminar o prevenir alteraciones (Carpenito, 1988).

En marzo de 1990, en la novena conferencia de la North American Nursing Diagnosis Association (NANDA), la Asamblea General aprobó una definición oficial del diagnóstico de enfermería:

“El diagnóstico de enfermería es un juicio clínico respecto a las respuestas del individuo, familia o comunidad a problemas de salud o a procesos vitales reales o potenciales. El diagnóstico de enfermería proporciona la base para la selección de las intervenciones de enfermería, con el fin de alcanzar los resultados que son responsabilidad de la enfermera”

EL PORQUE DE LOS DIAGNOSTICOS DE ENFERMERÍA

La enfermería necesita un sistema de clasificación, o taxonomía, para describir y desarrollar un fundamento científico firme que cumpla uno de los criterios para adquirir un estatus profesional. Los requisitos que se le suelen exigir al grupo profesional que busca un estatus profesional han sido enumerados por Styles (1982) como:

- Una educación universitaria extensa
- Un cuerpo único de conocimientos
- Una orientación de servicio a los demás
- Una asociación profesional
- Autonomía y autorregulación

Los diagnósticos de enfermería orientan las respuestas de los clientes, familias o grupos hacia situaciones para las que la enfermería puede prescribir intervenciones para lograr los resultados. Por el contrario, los problemas interdisciplinarios describen ciertas complicaciones fisiológicas que las enfermeras controlan utilizando tanto intervenciones prescritas por la enfermera como prescritas por el médico. Ninguna otra disciplina, salvo la enfermería, puede abordar los diagnósticos de enfermería y manejar también problemas interdisciplinarios.

ANEXO N° 2

CLASIFICACIÓN DEL ACTO QUIRÚRGICO DE LA SOCIEDAD DE CIRUGÍA DEL URUGUAY

SISTEMA LINFÁTICO

CIRUGÍA CORRIENTE

BIOPSIA GANGLIONAR

CIRUGÍA MAYOR

VACIAMIENTOS GANGLIONARES MENORES (POR EJ. CERVICAL -AXILAR -SUBRADICAL DE
CUELLO)
EXERESIS DE LINFANGIOMAS QUÍSTICOS

ALTA CIRUGÍA

VACIAMIENTOS GANGLIONARES MAYORES (POR EJ. INGUINO-CERVICAL,
RETROPERITONEAL O RADICAL DE CUELLO.)

CIRUGÍA COMPLEJA

BAZO

CIRUGÍA CORRIENTE

CIRUGÍA MAYOR

ESPLENECTOMIA
REPARACIÓN ESPLÉNICA

ALTA CIRUGÍA

ESPLENECTOMIA POR BAZO PATOLÓGICO O HEMOPATIA

CIRUGÍA COMPLEJA

SISTEMA ENDOCRINO

CIRUGÍA CORRIENTE

CIRUGÍA MAYOR

EXERESIS DE GLANDE TIROGLANDOSAS
TIROIDECTOMÍA PARCIAL O SUBTOTAL

ALTA CIRUGÍA

PARATIROIDECTOMÍA
TIROIDECTOMÍA

TIROIDECTOMIA CASI TOTAL O TOTAL

CIRUGÍA COMPLEJA

SUPRARRENALECTOMIA

GLÁNDULAS SALIVALES

CIRUGÍA CORRIENTE

DRENAJES DE ABSCSOS

CIRUGÍA MAYOR

SUBMAXILECTOMIA
PAROTIDECTOMIA SUPERFICIAL

ALTA CIRUGÍA

PAROTIDECTOMIA TOTAL

CIRUGÍA COMPLEJA

CUELLO

CIRUGÍA CORRIENTE

DRENAJE DE ABSCESO
TRAQUEOSTOMIA

CIRUGÍA MAYOR

EXÉRESIS DE TUMORES O FISTULAS CONGENITAS

CIRUGÍA ALTA

CIRUGÍA COMPLEJA

RESECCIÓN DE TRAQUEA CERVICAL

APARATO DIGESTIVO

CIRUGÍA CORRIENTE

BIOPSIA ANAL O RECTAL
DILATACIÓN ANAL
EMINTEROTOMIA
DRENAJE DE ABSCESO PERIANAL O PERIRECTAL
FISTULECTOMIA ANAL SIMPLE
FISTRECTOMIA
HEMORROIDECTOMIA

CIRUGÍA MAYOR

CORRECCIÓN DE ACALASIA (HELLER O SIMILAR)
CORRECCIÓN DE REFLUJO GASTRO ESOFÁGICO (NISSEN - HILL O SIMILAR)
ESOFAGOSTOMA
EXÉRESIS DE TUMOR BENIGNO DE ESÓFAGO
RESECCIÓN DE DIVERÚCULO ESOFÁGICO

GASTROENTEROSTOMIA
GASTRORRAFIA
GASTROPEXIA
GASTROTOMIA
GASTROSTOMIA
COLOCACIÓN DE TUBOS TRANSTUMORALES POR TRACCIÓN

ANASTOMOSIS DUODENALES
DUODENECTOMIA
DUODENOPLASTIA
DUODENORRAFIA
DUODENOTOMIA
DUODENOSTOMIA

PIROLOPLASTIA

VAGOTOMIAS

ULCERORRAFIA

ANASTOMOSIS YEYUNO ILIALES (INCLUYE BYPASS)

APENDICECTOMIA
DIVERTICULECTOMIA DE MECKEL
ENTERECTOMIA
ENTEROLISIS
ENTEROPEXIA
ENTERORRAFIA
ENTEROTOMIA
ENTEROSTOMIA

ANASTOMOSIS COLONICAS
COLOPEXIA
COLORRAFIA
COLOTOMIA
COLOSTOMIA (INCLUYE CECOSTOMIA)

ANOPLASTIA
EXÉRESIS DE TUMOR ANAL O PERIANAL
FISTULECTOMIA PERIANAL COMPLEJA
RECTOPEXIA
RECTORRAFIA
RECTOTOMIA

ALTA CIRUGÍA

CIRUGÍA DEL ESÓFAGO TRAUMATIZADO
GASTRECTOMIA SUBTOTAL
GASTRECTOMIA TOTAL
GASTRECTOMIA POLAR SUPERIOR

TRANSPOSICIÓN DE UN SEGMENTO DE ESTOMAGO-ILEON O COLON FUERA DEL ABDOMEN

AMPULECTOMIA

ENTEROPLASTIA PARA RESERVORIO

COLECTOMIA

COLELPLASTIA

RESECCIÓN DE RECTO

AMPUTACIÓN DE RECTO

CIRUGÍA COMPLEJA

ESOPAGECTOMIA CASI TOTAL O TOTAL

DUODENOPANCREATECTOMIA

RESECCION COLORECTAL CON RESERVORIO POR ENTEROPLASTIA

RESECCION RECTAL CON ANASTOMOSIS ÍLEO O COLOANAL

GASTRECTOMÍA TOTAL O SUBTOTAL LUEGO DE BILLROTH 1 O BILLROTH 2

PÁNCREAS

CIRUGÍA MAYOR

PANCREATORRAFIA

ALTA CIRUGÍA

DERIVACIÓN PANCREÁTICO DIGESTIVA

PANCREATECTOMIA DISTAL

CIRUGÍA COMPLEJA

PANCREATECTOMIA Y SECURSTRECTOMIA EN PANCREATITIS AGUDAS Y CRÓNICAS

DUODENOPANCREATECTOMIA

HÍGADO

CIRUGÍA MAYOR

BIOPSIA HEPÁTICA QUIRÚRGICA

DRENAJE DE ABSCESO HEPÁTICO

EVACUACIÓN DE QUISTE HEPÁTICO

QUISTECTOMIA PARCIAL

QUISTOSTOMIA

DESVASCULARIZACIÓN ARTERIAL HEPÁTICA CATERISMO ARTERIAL HEPÁTICO

HEPATORRAFIA

ALTA CIRUGÍA

CIRUGÍA DE LOS TRAUMATISMOS GRAVES DE HÍGADO

QUISTECTOMIA TOTAL

RESECCIÓN HEPÁTICA MÉDICA
SEGMENECTOMIA DE LOS SEGMENTOS 2,3

CIRUGÍA COMPLEJA

HEPATECTOMIAS SEGLADAS (EXCEPTO 2,3)
QUISTOHEPATECTOMIA

VÍAS BILIARES

CIRUGÍA CORRIENTE

COLECISTOSTOMIA

CIRUGÍA MAYOR

COLECISTECTOMIA
COLECISTOENDESES

ALTA CIRUGÍA

DERIVACIÓN BILIODIGESTIVA
ENTUBACIÓN TRANSDUODAL
COLEDOCORRATIA
COLEDOCOSTOMIA
PAPILODISPLASIA

CIRUGÍA COMPLEJA

REPARACIÓN DE VÍAS BILIARES
RESECCIÓN DE LESIONES ORGÁNICAS DE LA VIA BILIAR PRINCIPAL

PERITONEO

CIRUGÍA MAYOR

LAPAROTOMÍA (EXPLORADORA - DIAGNOSTICA)
LAPAROSOMIA
DRENAJE DE ABSCELOS INTRAPERITONEALES

ALTA CIRUGÍA

DERIVACION PERITINTOVENOSA
RESECCION DE TUMORES PERITONEALES Y RETROPERITONEALES

PARED ABDOMINAL

CIRUGÍA CORRIENTE

HERNIORRAFIA - HERMOPLASTIA- HERNOLOMIA

CIRUGÍA MAYOR

CORRECCIÓN DE EVENTRACION
HERNORRAFÍA DE HERNIA POR DEFIZAMINATIO
HERNORRAFIA DE HERNIA O EVENTRACIÓN DIAFRAGMÁTICA
REPARACIÓN DE HERIDA DIAFRAGMÁTICA

ALTA CIRUGÍA

RESECCIÓN MAYOR DE LA PARED ABDOMINAL

SISTEMA VENOSO

CIRUGÍA CORRIENTE

SAFENECTOMIA UNILATERAL
CAYADECTOMIA DE SAFENA
EXERCIS DE PAQUETES VARICOSOS
DRENAJE DE PAQUETES VENOSOS TRONDOSADOS

CIRUGÍA MAYOR

UGADURA SUBAPONEUROTICA DE COMUNICANTES

ALTA CIRUGÍA

TROMEECTOMIA VENOSA PROFUNDA
INTERRUPCIÓN QUIRÚRGICA DE LA CAVA
CIRUGÍA VALVULAR PROFUNDA
CIRUGÍA DE DERIVACIÓN VENOSA

CIRUGÍA COMPLEJA

CIRUGÍA DE LA HIPERTENSIÓN PORTAL POR DERIVACIÓN O POR INTERRUPCIÓN
ESOFÁGICA

ANEXO N° 3

Niveles de Dependencia

INDICADORES	CLASE I INDEPENDIENTE		CLASE II SEMI INDEPENDIENTE		CLASE III DEPENDIENTE	
	SIN PROBLEMAS	ptos	SIN PROBLEMAS	ptos	SIN PROBLEMAS	ptos
Comunicación	SIN PROBLEMAS	0	Dificultad grado medio, afasia, depresión, somnolencia, negativismo)	1	Dificultad grado medio a intenso, confusión, excitación, coma	2
Movilización	SIN PROBLEMAS	0	Limitaciones patológicas Reposo relativo, se moviliza en cama (Grado moderado)	1	Limitaciones grado 1,2 o grave en cama, no se moviliza por sí mismo debe ser movilizado	2
Colaboración	SIN PROBLEMAS	0	Colabora parcialmente en su actividad.	1	Imposible de colaborar	2
Alimentación	SIN PROBLEMAS	0	Requiere ayuda, alcanzarle la comida	1	Debe ser alimentado. Alimentación SNG	2
Higiene y confort	Autovuelto, se baña solo	0	Requiere ayuda mínima o mediana, asistencia en el baño, o baño en cama.	1	Asistencia completa. Baño en cama y arreglo personal	2
Eliminación	SIN PROBLEMAS	0	Requiere apoyo. Darle chata o violin. Con cateterismo vesical.	1	Ayuda media o total, incontinente, con pañal o cateterismo vesical.	2
Tratamiento Medicación	Via, una o dos veces por día. Puede tener CCH	1	Via, sí, más de 2/día I/v, VVP, sucraterapia, Oxigenoterapia.	1	VVP, VVC, pñan sueros, NPT, SNG, Asistencia respiratoria, prevalece iv	2
Acompañante	Tiene por lo menos 18 horas.	0	Tiene, intermitente.	1	Ocasional, no tiene	2
Factores de Riesgo	AUSENCIA DE FR	0	Presenta 1 Factor de riesgo	1	Presenta 2 o > factores de riesgo	2

Rangos:

- ✓ Clase I - Independiente → 0 a 3 puntos.
- ✓ Clase II - Semi-independiente → 4 a 10 puntos.
- ✓ Clase III - Dependiente → de 11 a 19 puntos.

Factores de riesgo: se entiende por tales a aquellos elementos o características que presenta un individuo, que aumentan considerablemente la probabilidad de sufrir un daño o alterar su proceso salud- enfermedad.

Ejemplos de factores de riesgo:

- ✓ Hipertensión
- ✓ Diabetes
- ✓ Desnutrición
- ✓ Insuficiencia renal
- ✓ Obesidad
- ✓ Tabaquismo
- ✓ Sedentarismo
- ✓ Dislipemias

Etc.

LISTADO DE DIAGNOSTICOS DE REFERENCIA

SISTEMA NERVIOSO CENTRAL

- **PROBLEMA 1- DOLOR**

Variables independientes:

- a- *Cirugía*
- b- *Procedimientos invasivos*
- c- *Posición*
- d- *Proceso inflamatorio*
- e- *Compresión tumoral*
- f- *Isquemia*
- g- *Espasmo visceral*
- h- *Irritación química*
- i- *Origen psicógeno*
- j- *Otras*

- **PROBLEMA: 2.1 -HIPERTERMIA**

Variables independientes:

- a- *Proceso infeccioso*
- b- *Condiciones ambientales*
- c- *Otras*

2.2- HIPOTERMIA

Variables independientes

- a- *Hemorragia*
- b- *Condiciones ambientales*
- c- *Otras*

- **PROBLEMA: 3- ALTERACIÓN DEL PATRON DEL SUEÑO**

Variables independientes:

- a- *Ansiedad / Stress*
- b- *Depresión*
- c- *Dolor*
- d- *Factores ambientales*
- e- *Fármacos*
- f- *Otros*

SISTEMA CARDIOVASCULAR

- **PROBLEMA: 4- HIPOVOLEMIA**

Variables independientes:

- a- *Hemorragia*
- b- *Deshidratación*
- c- *Edema Agudo*
- d- *Ascitis*
- e- *Otras*

- **PROBLEMA: 5- ALTERACION DE LA CIRCULACIÓN PERIFERICA**

Variables independientes:

- a- *Reposo*
- b- *Hipercoagulación sanguínea*
- c- *Insuficiencia de válvulas venosas*
- d- *Disminución de la luz vascular*
- e- *Otras*

- **PROBLEMA : 6- ALTERACIÓN DE LA CIFRAS TENSIONALES EN MÁS**

Variables independientes:

- a- *Stress*
- b- *Incumplimiento dietético*
- c- *Obesidad*
- d- *Incumplimiento Farmacológico*
- e- *Otras*

- **PROBLEMA : 7- ALTERACIÓN DE LA CIFRAS TENSIONALES EN MENOS**

Variables independientes:

- a- *Hemorragia*
- b- *Error de dosificación farmacológica*
- c- *Reacción vaso-vagal*
- d- *Reacción medicamentosa posanestesia*
- e- *Otras*

SISTEMA RESPIRATORIO

- **PROBLEMA: 8- VENTILACION INEFICAZ**

Variables independientes:

- a- *Presencia de secreciones*
- b- *Contracción del Músculo Liso*
- c- *Inflamación de la musculatura*
- d- *Cuerpo extraño*
- e- *Otras*

- **PROBLEMA: 9- RESPIRACIÓN INEFICAZ**

Variables independientes:

- a- *Disminución del flujo sanguíneo pulmonar*
- b- *Disminución del O₂ transportado*
- c- *Reducción del campo pulmonar*
- d- *Otras*

SISTEMA TEGUMENTARIO

- **PROBLEMA: 10- DETERIORO DE LA INTEGRIDAD CUTANEA RELACIONADO A PRESENCIA DE CATETER VENOSO**
- **PROBLEMA: 11- DETERIORO DE LA INTEGRIDAD CUTANEA RELACIONADO A PRESENCIA DE HERIDA OPERATORIA**
- **PROBLEMA: 12- DETERIORO DE LA INTEGRIDAD CUTANEA RELACIONADO A PRESENCIA ULCERAS POR PRESION.**

SISTEMA DIGESTIVONUTRICIONAL

- **PROBLEMA: 13- ALTERACIÓN DE LA DEGLUCIÓN**

Variables independientes:

- a- *Secundario a traumatismo por intubación*
- b- *Falta de piezas dentarias*
- c- *Otras*

- **PROBLEMA: 14- ALTERACION DEL TRANSITO INTESTINAL**

Variables independientes

- a- *Reposo en cama prolongado*
- b- *Efectos postanestésicos*

- c- *Uso habitual de laxantes*
- d- *Dieta incorrecta*
- e- *Causa psicológica*
- f- *Manipulación quirúrgica*
- g- *Otras*

- **PROBLEMA: 15- ALTERACIÓN DE LA NUTRICIÓN POR DEFECTO**

Variables independientes:

- a- *Ingesta inadecuada*
- b- *Dificultades para comer*
- c- *Disminución de las ganas de comer*
- d- *Perdida de nutrientes*
- e- *Otras*

- **PROBLEMA: 16-INTOLERANCIA A LA VÍA ORAL**

Variables independientes:

- a- *Efecto secundario a la anestesia*
- b- *Manipulación quirúrgica*
- c- *Efectos secundarios a la farmacoterapia*
- d- *Secundario al consumo de ciertos alimentos*
- e- *Otras*

SISTEMA INMUNITARIO

- **PROBLEMA: 17-INFECION**

Variables independientes:

- a- *Puerta de entrada*
- b- *Inmunodepresión*
- c- *Otras*

SISTEMA ENDOCRINO

- **PROBLEMA: 18- ALT. DE LOS NIVELES DE GLUCOSA EN SANGRE EN MAS**

Variables independientes:

- a- *Incumplimiento dietético*
- b- *Incumplimiento Farmacológico*
- c- *Stress*

- d- *Infección*
- e- *Otras*

- **PROBLEMA:** 19- *ALT. DE LOS NIVELES DE GLUCOSA EN SANGRE EN MENOS*

Variables independientes:

- a- *Incumplimiento Farmacológico*
- b- *Exceso de actividad física*
- c- *Ayuno prolongado*
- d- *Otras*

SISTEMA RENAL

- **PROBLEMA:** 20- *DESEQUILIBRIO HIDROELECTROLITICO*

Variables independientes:

- a- *Medicación administrada*
- b- *Inadecuada funcionalidad renal*
- c- *Hipervolemia*
- d- *Hipovolemia*
- e- *Aporte de iones intravenosos inadecuado*
- f- *Otras*

SISTEMA GENITO-URINARIO

- **PROBLEMA:** 21- *ALTERACION DEL PATRON DE ELIMINACIÓN URINARIA*

Variables independientes:

- a- *Efectos anestésicos*
- b- *Inmovilidad*
- c- *Psicógeno*
- d- *Infección*
- e- *Obstructivo (Litiasis, tumores, prostatismo)*
- f- *Otras*

SISTEMA PSICOEMOCIONAL

- **PROBLEMA:** 22- *DEFICIT DEL AUTOCUIDADO*

Variables independientes:

- a- *Carencia de conocimientos*
- b- *Disminución de su capacidad física*
- c- *Desinterés*
- d- *Entorno negativo*
- e- *Otras*

- **PROBLEMA: 23- ANSIEDAD**

Variables independientes:

- a- *Proximidad al acto quirúrgico*
- b- *Falta de información*
- c- *Situaciones de stress ambiental*
- d- *Dificultades en el ambiente familiar*
- e- *Otras*

- **PROBLEMA: 24- ALTERACIÓN DE LOS PROCESOS FAMILIARES**

Variables independientes:

- a- *Significado de la enfermedad para la familia*
- b- *Soledad/separación física*
- c- *Responsabilidades económicas*
- d- *Otras*

- **PROBLEMA: 25- ALTERACIÓN DE LA IMAGEN CORPORAL**

Variables independientes:

- a- *Disminución o pérdida de funciones físicas*
- b- *Modificaciones físicas*
- c- *Otras*

ANEXO N° 4

CUADROS Y GRÁFICOS CORRESPONDIENTES AL ANALISIS

CUADRO N° 1: CARACTERIZACIÓN DE LOS USARIOS QUIRÚRGICOS

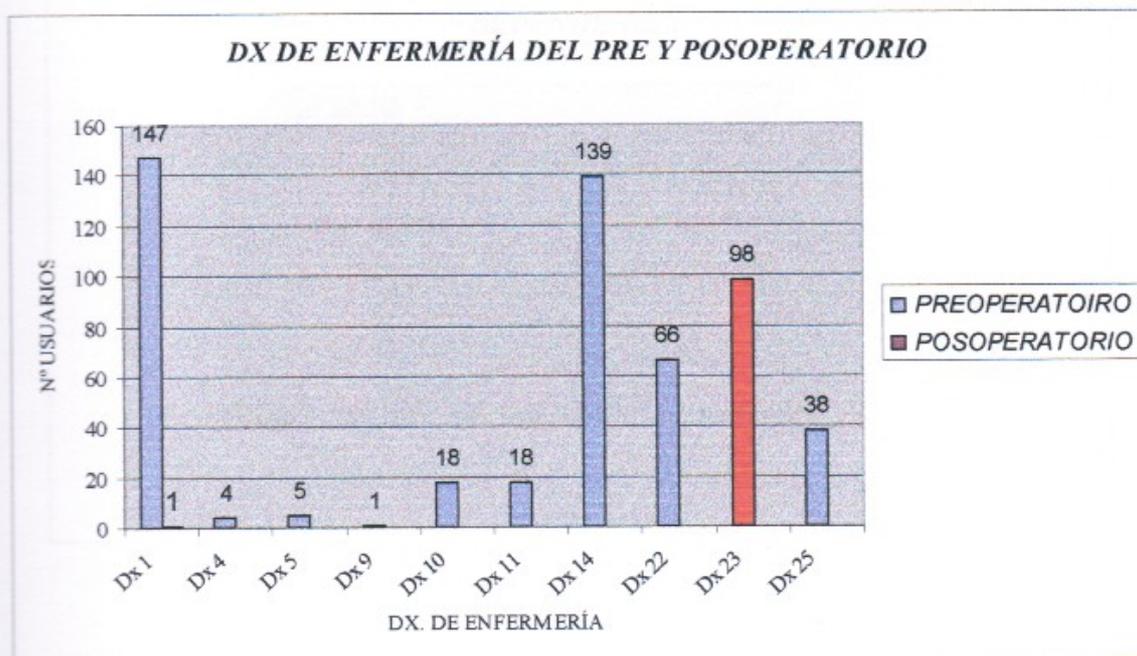
Total de usuarios: 2669 | **Total de informes: 44** | **Informes validos para la invest: 38 = 86%**

CARACTERIZACIÓN DE LA POBLACIÓN					
VARIABLES PATRONIMICAS		FA	FR%	INFORMES QUE UTILIZARON LA V	
		N	%	N	%
SEXO <i>N Total: 2600</i>	F	1176	45%	36	95%
	M	1424	55%		
EDAD <i>N Total: 2112</i>	JOVEN	402	18%	29	76%
	ADULTO	942	42%		
	A. MAYOR	886	40%		
PROCEDENCIA <i>N Total: 2669</i>	MDEO.	1569	59%	38	100%
	INTERIOR	1100	41%		
ACT. LABORAL <i>N Total: 2091</i>	TRABAJA	795	38%	28	74%
	NO TRABAJA	569	27%		
	JUBILADO	603	29%		
	PENSIONISTA	124	6%		
PATOLOGIA CRONICA <i>N Total: 2624</i>	HTA	920	35%	35	92%
	DIABETES	256	10%		
	EPILEPSIA	0	0%		
	INS. CARDIACA	115	4%		
	INS. RENAL	121	5%		
	INFECTOCONT	0	0%		
	ASMA	81	3%		
	ALERGIAS	57	2%		
	OTRAS	209	8%		
INTERV. QUIRURGIC <i>N Total: 404</i>	C. CORRIENTE	209	51%	9	24%
	C. MAYOR	178	44%		
	ALTA CIRUGIA	12	3%		
	C. COMPLEJA	5	2%		
MOMENTO DEL PROCESO		FA			
ETAPA PROCESO <i>N Total: 1794</i>	PREOPERAT.	1165	65%	28	74%
	POSOPERAT.	629	35%		
NIVELES DE DEPENDENCIA <i>N Total: 1475</i>	GRADO 1	228	15%	24	63%
	GRADO 2	868	60%		
	GRADO 3	379	25%		
ORGANIZACION DEL SERV.		FA			
TIEMPO DE INTERNACION <i>N Total: 945</i>	< 5 DIAS	184	20%	16	42%
	6-10 DIAS	341	36%		
	> 11 DIAS	420	44%		

CUADRO N° 2: Dx. DE ENFERMERÍA SEGÚN ETAPA DEL PROCESO

		DIAGNOSTICOS DE ENFERMERIA / FA										
ETAPA DEL PROCESO		Dx 1	Dx 4	Dx 5	Dx 9	Dx 10	Dx 11	Dx 14	Dx 22	Dx 23	Dx 25	
PREOPERATORIO		0	0	0	0	0	0	0	0	98	0	
											Dx 23a	
											26	
POSOPERATORIO		147	4	5	1	18	18	139	66	0	38	
		Dx 4a							Dx 14a	Dx 22a		
		3							3	4		
		Dx 4e										
		1										

GRÁFICO N° 1: Dx DE ENFERMERÍA SEGÚN LA ETAPA DEL PROCESO



CUADRO N° 3: Dx. DE ENFERMERÍA SEGÚN NIVEL DE DEPENDENCIA

NIVELES DE DEPENDENCIA	DIAGNOSTICOS DE ENFERMERIA / FA								
	Dx 1	Dx 5	Dx6	Dx 10	Dx 11	Dx 14	Dx 15	Dx 22	Dx 23
GRADO 1	0	7	1	0	0	5	0	0	0
		Dx 5a 7							
GRADO 2	30	0	0	37	37	22	0	0	30
GRADO 3	10	0	0	10	10	0	10	10	10
								Dx 22b 10	

GRÁFICO N° 2: Dx. DE ENFERMERÍA EN USUARIOS GRADO 1

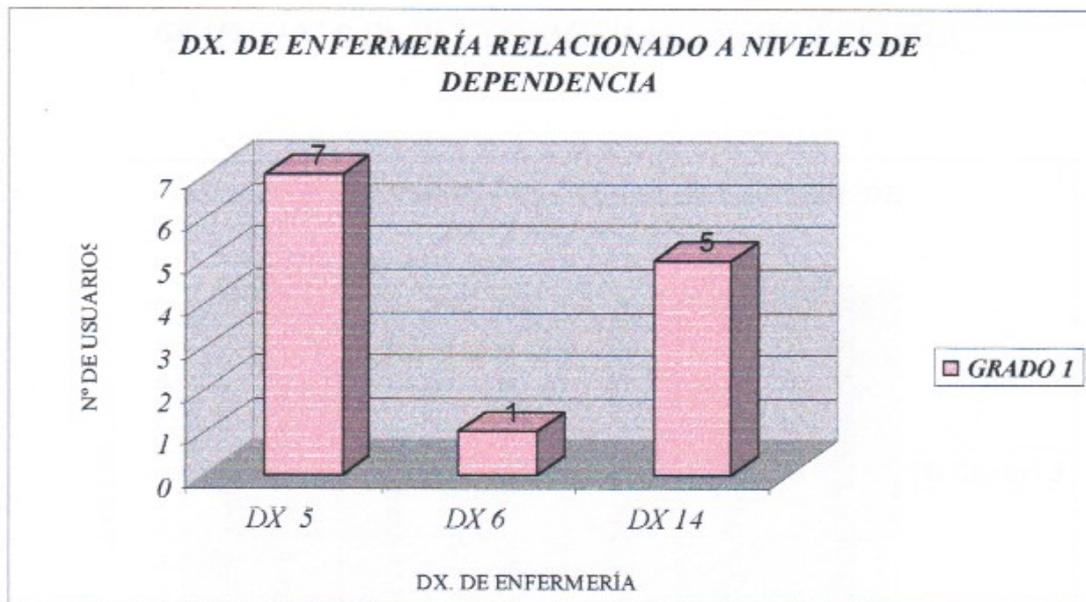


GRÁFICO N° 3: Dx. DE ENFERMERÍA EN USUARIOS GRADO 2

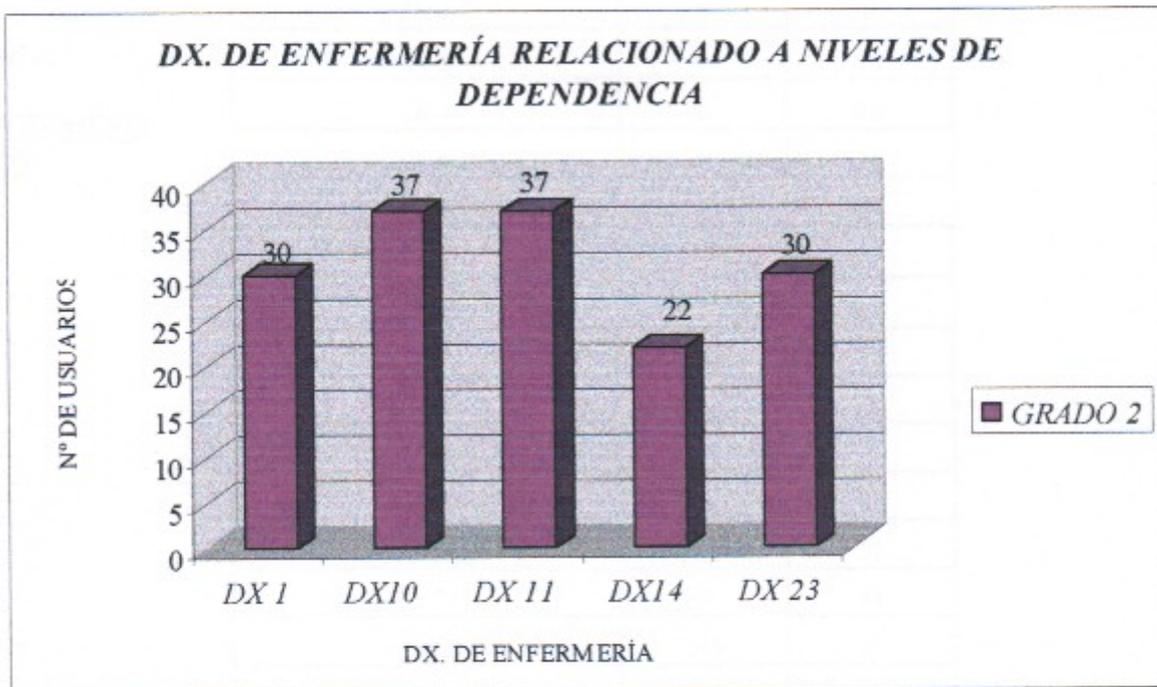
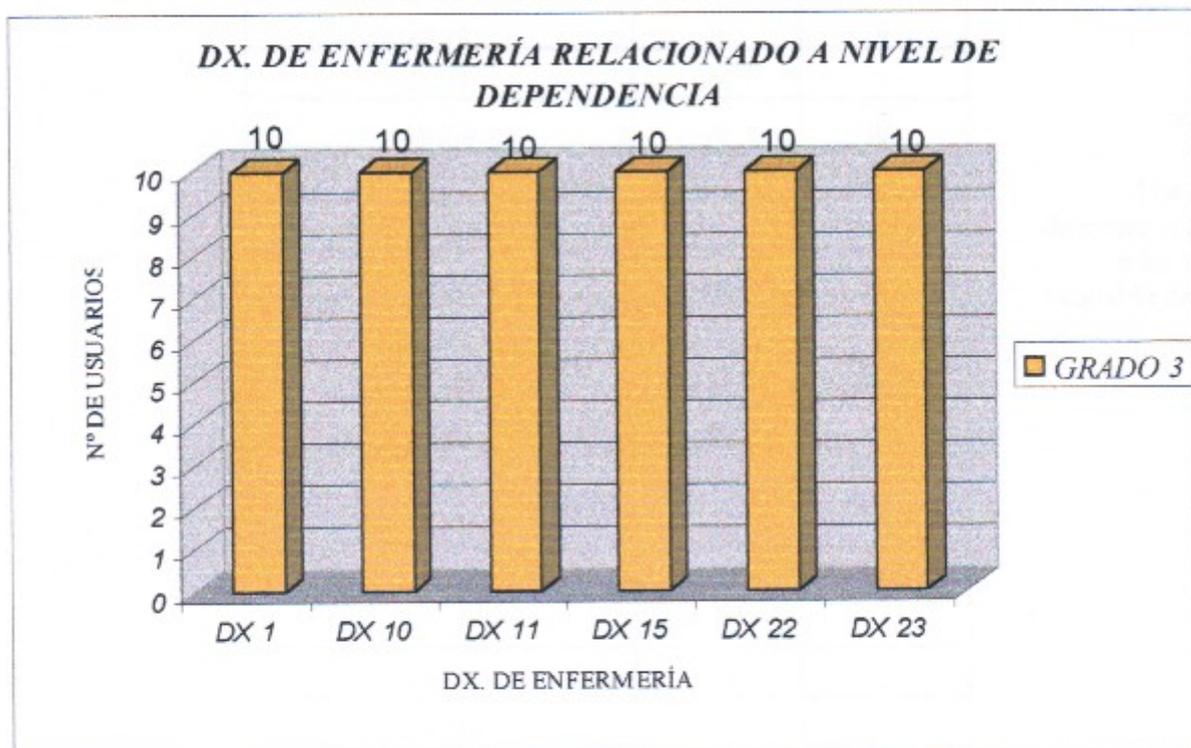


GRÁFICO N° 4: Dx. DE ENFERMERÍA EN USUARIOS GRADO 3



CUADRO N° 4:

**DX DE ENFERMERÍA
UTILIZADOS**

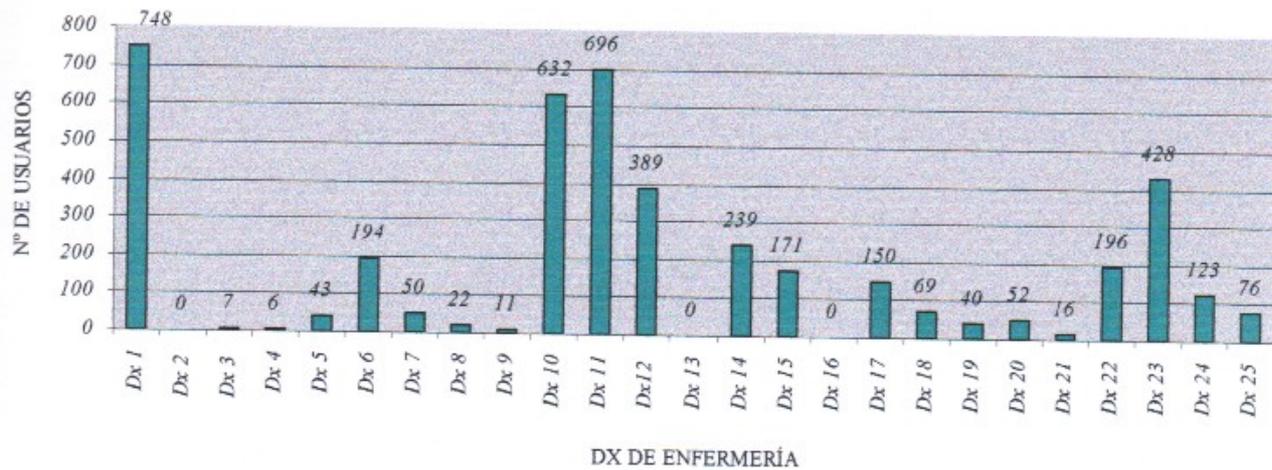
DX ENFERMERÍA APLICADOS	FA	PERC
Dx 1	748	37
Dx 2	0	0
Dx 3	7	0,3
Dx 4	6	0,3
Dx 4a	3	0,1
Dx 4e	1	0,1
Dx 5	43	2
Dx 5a	7	0,3
Dx 6	194	10
Dx 7	50	2
Dx 8	22	1
Dx 9	11	0,5
Dx 10	632	31
Dx 11	696	34
Dx 12	389	19
Dx 13	0	0
Dx 14	239	12
Dx 14a	3	0,1
Dx 15	171	8
Dx 15a	7	0,3
Dx 15e	18	1
Dx 16	0	0
Dx 17	150	7
Dx 17a	10	0,5
Dx 18	69	3
Dx 18e	9	0,4
Dx 19	40	2
Dx 20	52	3
Dx 21	16	0,8
Dx 22	196	10
Dx 22a	4	0,2
Dx 22b	49	2
Dx 23	428	21
Dx 23a	72	4
Dx 24	123	6
Dx 24b	109	5
Dx 25	76	4
Dx 25a	8	0,4
Dx 25b	22	1
<i>Total de usuarios</i>	<i>2043</i>	<i>100</i>

REFERENCIA:

Los Dx que están
diferente color correspond
a los que relacionan
variable dependiente con
independien

GRÁFICO N° 5: Dx. DE ENFERMERÍA EN UN SERVICIO DE CIRUGÍA

APLICACIÓN DE DX DE ENFERMERÍA



ANEXO N° 5

CUADRO DE INFORMES CON DATOS SIMILARES

<i>N° de informes con datos similares</i>
43 / 34
38 / 44
32 / 29 / 27
41 / 28
42 / 10
14 / 81
30 / 25 / 36
11 / 2

ANEXO N° 6

*UNIVERSIDAD DE LA REPUBLICA
INSTITUTO NACIONAL DE ENFERMERIA (I.N.D.E)
DEPTO. DE ADMINISTRACIÓN*

PROYECTO DE INVESTIGACIÓN

TUTORA: Josefina Verde

*INTEGRANTES: Yamila Jozami
Hector Pacci
Gustavo Valles
Laura Viña*

Uruguay, Montevideo, abril de 2003

INDICE

INTRODUCCIÓN.....	pág. 1
OBJETIVO GENERAL Y ESPECIFICOS.....	" 3
MARCO TEORICO	" 4
<i>Proceso de Atención de Enfermería.....</i>	<i>" 4</i>
<i>Diagnosticos de Enfermería</i>	<i>" 6</i>
<i>El Porque de los diagnósticos de Enfermería</i>	<i>" 7</i>
<i>Fase de Diagnósticos.....</i>	<i>" 8</i>
<i>Tipos de Diagnosticos</i>	<i>" 12</i>
DISEÑO METODOLOGICO.....	" 14
<i>Tipo de estudio-Universo-Muestra- Unidad de análisis- Variables.....</i>	<i>" 14</i>
BIBLIOGRAFIA.....	" 19
INDICE DE ANEXOS.....	" 21

INTRODUCCIÓN

El presente trabajo corresponde al proyecto de investigación final de la Licenciatura en enfermería.

El mismo fue elaborado por cuatro estudiantes de la generación 98^a del Instituto Nacional de Enfermería, perteneciente a la Universidad de la República, en el tiempo comprendido de octubre del 2002 a abril de 2003.

El Proceso de Atención de Enfermería es el método científico que permite a las licenciadas, prestar cuidados de manera racional, lógica y sistemática.

La aplicación de este Proceso tiene repercusiones sobre la profesión y el cliente. El proceso enfermero beneficia al cliente, ya que mediante éste se garantiza la calidad de los cuidados prestados.

Una de las etapas fundamentales en la implementación de dicho proceso es el enunciado del diagnóstico de enfermería, el cual refleja las necesidades o problemas de salud que presentan los individuos.

El problema que motiva la realización de este proyecto es, la *ausencia de sistematización en los cuidados de enfermería brindados a los usuarios*, lo cual conlleva a una desorganización del trabajo en equipo e inadecuada utilización de los recursos.

La correcta elaboración del diagnóstico, orienta a un plan de acción destinado a contribuir en el Proceso Salud-Enfermedad del usuario.

Desde sus orígenes, la enfermería necesitó un sistema de clasificación, o taxonomía, para describir y desarrollar un fundamento científico firme que cumpla uno de los criterios para adquirir un estatus profesional, lo cual justifica la creación del diagnóstico enfermero. Los requisitos que se le suelen exigir al grupo profesional que busca un estatus, han sido enumerados por Styles (1982) como: Una educación universitaria extensa, un cuerpo único de conocimientos, una orientación de servicio a los demás, una asociación profesional, autonomía y autorregulación.

Analizando la historia de la Medicina y su extensa experiencia en la aplicación de diagnósticos, se desprende que una clasificación diagnóstica estándar internacional es básica y esencial para el desarrollo de la medicina como ciencia, en la unificación de criterios con propósito epidemiológicos y de administración de salud en los diferentes países.

El propósito de la creación de diagnósticos con su respectiva clasificación es permitir el registro sistemático, el análisis, la interpretación y la comparación de los mismos, estableciendo un único criterio universal para cada uno de ellos, en diferentes épocas, países, áreas o regiones.

Se considera de real importancia la creación de un sistema unificado de terminología, que permita establecer un lenguaje común y sirva de guía a las licenciadas en enfermería, para valorar datos seleccionados, identificar problemas potenciales o reales del paciente y finalmente, abordarlos. A su vez se considera que una terminología coherente, facilita la comunicación oral y escrita haciéndola más eficaz, además de contribuir a una mejor organización del trabajo y abordaje del paciente.

Otra de las razones que justifica la realización de dicho estudio, es que en nuestro medio no existe como antecedente, ningún trabajo con dichas características, lo cual permitirá el desarrollo del área independiente nuestra profesión.

Se cataloga a esta propuesta como la más adecuada, dado que se cuenta con una fuente de información que respalda de algún modo la experiencia clínica de varias generaciones de estudiantes.

Con la realización de este proyecto de investigación se pretende descubrir si es posible la sistematización de diagnósticos de enfermería que favorezcan la organización del plan de trabajo, en los servicios de cirugía general. Para ello se utilizarán los diagnósticos implementados por los estudiantes de la licenciatura durante los internados comprendidos entre los años 1998 y 2002, en los servicios de cirugía general del Hospital de Clínicas "Dr. Manuel Quintela".

La investigación propuesta, es del tipo descriptivo transversal. El propósito de esta, es mejorar la prestación de cuidados de enfermería a los usuarios quirúrgicos, mediante la organización del trabajo, además de poder ser, el punto de partida para otras investigaciones en nuestra área independiente.

OBJETIVO GENERAL

- Conocer los Diagnósticos de Enfermería más utilizados en la atención a usuarios de Cirugía General del Hospital de Clínicas, para de esta forma estructurar una sistematización de diagnósticos que favorezca la calidad en la prestación de cuidados de Enfermería y la organización del trabajo mediante la unificación de criterios.

OBJETIVOS ESPECIFICOS:

- En base a la caracterización de la población realizada por distintos internos, estructurará un perfil que identifique a los usuarios quirúrgicos.
- Definir las áreas problemáticas que presenta este tipo de usuarios.
- Lograr identificar los diagnósticos de enfermería más frecuentes utilizados en la atención de los usuarios de cirugía general.
- Alcanzar una Sistematización de Diagnósticos de Enfermería, tomando como referencia los más utilizados en la práctica clínica, poniendo énfasis en que su taxonomía sea clara y concreta.

MARCO TEÓRICO

PROCESO DE ATENCIÓN DE ENFERMERÍA

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

El Proceso de Atención de Enfermería tiene sus orígenes cuando, por primera vez, fue considerado como un proceso, esto ocurrió con Hall (1955), Johnson (1959), Orlando (1961) y Wiedenbach (1963), consideraron un proceso de tres etapas (valoración, planeación y ejecución); Yura y Walsh (1967), establecieron cuatro (valoración, planificación, realización y evaluación); y Bloch (1974), Roy (1975), Aspinall (1976) y algunos autores más, establecieron las cinco actuales al añadir la etapa diagnóstica. Es un sistema de planificación en la ejecución de los cuidados de enfermería, compuesto de cinco pasos: valoración, diagnóstico, planificación, ejecución y evaluación. Como todo método, el PAE configura un número de pasos sucesivos que se relacionan entre sí. Aunque el estudio de cada uno de ellos se hace por separado, sólo tiene un carácter metodológico, ya que en la puesta en práctica las etapas se superponen:

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

Los objetivos

El objetivo principal del proceso de enfermería es constituir una estructura que pueda cubrir, individualizando las, las necesidades del paciente, la familia y la comunidad. También:

- Identificar las necesidades reales y potenciales del paciente, familia y comunidad.
- Establecer planes de cuidados individuales, familiares o comunitarios.
- Actuar para cubrir y resolver los problemas, prevenir o curar la enfermedad.

El desarrollo del PAE:

Hay que hacer una interacción entre el personal de enfermería y el paciente además de tener una serie de capacidades:

- Capacidad técnica (manejo de instrumental y aparataje).
- Capacidad intelectual (emitir planes de cuidados eficaces y con fundamento científico).
- Capacidad de relación (saber mirar, empatía y obtener el mayor número de datos para valorar).

Las ventajas:

La aplicación del Proceso de Enfermería tiene repercusiones sobre la profesión, el cliente y sobre la enfermera; profesionalmente, el proceso enfermero define el campo del ejercicio profesional y contiene las normas de calidad; el cliente es beneficiado, ya que mediante este proceso se garantiza la calidad de los cuidados de enfermería; para el profesional enfermero se produce un aumento de la satisfacción, así como de la profesionalidad.

Para el paciente son:

- Participación en su propio cuidado.
- Continuidad en la atención.
- Mejora la calidad de la atención.

Para la enfermera:

- Se convierte en experta.
- Satisfacción en el trabajo.

- Crecimiento profesional.

Las características:

- Tiene una finalidad: Se dirige a un objetivo.
- Es sistemático: Implica partir de un planteamiento organizado para alcanzar un objetivo.
- Es dinámico: Responde a un cambio continuo.
- Es interactivo: Basado en las relaciones recíprocas que se establecen entre la enfermera y el paciente, su familia y los demás profesionales de la salud.
- Es flexible: Se puede adaptar al ejercicio de la enfermería en cualquier lugar o área especializada que trate con individuos, grupos o comunidades. Sus fases pueden utilizarse sucesiva o conjuntamente.
- Tiene una base teórica: El proceso ha sido concebido a partir de numerosos conocimientos que incluyen ciencias y humanidades, y se puede aplicar a cualquier modelo teórico de enfermería.

DIAGNÓSTICOS DE ENFERMERÍA

BREVE RESEÑA HISTÓRICA

El diagnóstico de enfermería proporciona un mecanismo útil para estructurar los conocimientos en un intento de definir su rol y ámbitos particulares. La búsqueda para definir la enfermería y sus funciones comenzó con los escritos de Nightingale. Según sus palabras, el propósito de la enfermería es "poner al paciente en las mejores condiciones para que la naturaleza actúe sobre él." A principios del siglo XX, los intentos de diferenciar la enfermería de la medicina surgieron a raíz de la necesidad de definir cada una de estas disciplinas con propósitos legislativos y educativos. V. Henderson, en 1955 y F. Abdellah, en 1960, propusieron organizar los planes de estudio de enfermería conforme a los problemas de enfermería o a las necesidades del paciente más que según los diagnósticos médicos.

En 1953, V. Fry introdujo el término *diagnóstico de enfermería* para describir un paso necesario en el desarrollo de un plan de cuidados de enfermería. Durante los 20 años siguientes, las referencias a los diagnósticos de enfermería aparecieron en forma esporádica en la literatura. Sin embargo, desde 1973 (cuando se convocó la primera reunión del *National Group for the Classification of Nursing Diagnosis*) hasta el presente, la atención en la literatura es de diez veces mayor, y han aparecido diversas definiciones de diagnóstico de enfermería, como por ejemplo:

- Una función independiente de la enfermería: una evaluación de las respuestas personales de un cliente a sus experiencias humanas a lo largo del ciclo vital. (Bicher, 1975)

- Problemas de salud , reales o potenciales que las enfermeras , en virtud de su educación y experiencia, están capacitadas y autorizadas a tratar (Gordon, 1982)
- Un enunciado que describa la respuesta humana de un individuo o grupo, que la enfermera puede identificar legalmente y para el que puede ordenar intervenciones definitivas destinadas a mantener el estado de salud o para reducir, eliminar o prevenir alteraciones (Carpenito, 1988).

En marzo de 1990, en la novena conferencia de la North American Nursing Diagnosis Association (NANDA), la Asamblea General aprobó una definición oficial del diagnóstico de enfermería:

“El diagnóstico de enfermería es un juicio clínico respecto a las respuestas del individuo, familia o comunidad a problemas de salud o a procesos vitales reales o potenciales. El diagnóstico de enfermería proporciona la base para la selección de las intervenciones de enfermería, con el fin de alcanzar los resultados que son responsabilidad de la enfermera”

EL PORQUE DE LOS DIAGNOSTICOS DE ENFERMERÍA

La enfermería necesita un sistema de clasificación, o taxonomía, para describir y desarrollar un fundamento científico firme que cumpla uno de los criterios para adquirir un estatus profesional. Los requisitos que se le suelen exigir al grupo profesional que busca un estatus profesional han sido enumerados por Styles (1982) como:

- Una educación universitaria extensa
- Un cuerpo único de conocimientos
- Una orientación de servicio a los demás
- Una asociación profesional
- Autonomía y autorregulación

Los diagnósticos de enfermería orientan las respuestas de los clientes, familias o grupos hacia situaciones para las que la enfermería puede prescribir intervenciones para lograr los resultados. Por el contrario, los problemas interdisciplinarios describen ciertas complicaciones fisiológicas que las enfermeras controlan utilizando tanto intervenciones prescritas por la enfermera como prescritas por el médico. Ninguna otra

disciplina, salvo la enfermería, puede abordar los diagnósticos de enfermería y manejar también problemas interdisciplinarios.

FASE DE DIAGNÓSTICO:

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

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

Un diagnóstico de enfermería no es sinónimo de uno médico.

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

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

Los pasos de esta fase son:

1.- Identificación de problemas:

- Análisis de los datos significativos, bien sean datos o la deducción de ellos, es un planteamiento de alternativas como hipótesis

- Síntesis es la confirmación, o la eliminación de las alternativas.

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

Componentes de los Categorías Diagnósticos aceptadas por la NANDA:

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

- **Investigación:** Para poder investigar sobre los problemas de Salud que los profesionales de enfermería estamos capacitados para tratar, es necesario que los mismos estén bien definidos y universalizados, a fin de que los resultados de las investigaciones, puedan ser comprendidos y aplicados por otros enfermeros. Es evidente que esto no es posible llevarlo a cabo sin disponer de un lenguaje común previo que aúne los criterios y facilite la comunicación e intercambio de datos. En este momento los Diagnósticos enfermeros pueden contribuir a la consolidación de la disciplina en Enfermería mediante líneas de investigación dirigidas a:
 - Determinar la compatibilidad de una taxonomía con cada uno de los modelos conceptuales.
 - Validar en distintos ámbitos culturales las características definitorias y los factores relacionados de los Diagnósticos de Enfermería aceptados.
 - Comparar la eficacia de las diversas intervenciones propuestas ante un mismo Diagnóstico.
 - Realizar el análisis epidemiológico de los diagnósticos que presenta una población determinada
 - Identificar nuevas áreas de competencia en Enfermería, o completar las ya identificadas, mediante el desarrollo y validación de nuevos Diagnósticos.
- **Docencia:** la inclusión de los Diagnósticos de Enfermería en el curriculum básico debe iniciarse y continuarse de forma coherente, y prolongarse de forma progresiva a lo largo de todo el curriculum. Permite:
 - Organizar de manera lógica, coherente y ordenada los conocimientos de Enfermería que deberían poseer los alumnos

- Disponer de un lenguaje compartido con otros profesionales, con los enfermeros docentes y con los propios alumnos, lo cual facilita enormemente la transmisión de ideas y conceptos relacionados con los cuidados.
- **Asistencial:** El uso de los Diagnósticos en la práctica asistencial favorece la organización y profesionalización de las actividades de enfermería, al permitir:
 - identificar las respuestas de las personas ante distintas situaciones de Salud
 - Centrar los cuidados brindados en las respuestas humanas identificadas a través de una valoración propia
 - Aumentar la efectividad de los cuidados al prescribir actuaciones de Enfermería específicas orientadas a la resolución o control de los problemas identificados.
 - Organizar, definir y desarrollar la dimensión propia del ejercicio profesional
 - Delimitar la responsabilidad profesional, lo que como beneficio secundario crea la necesidad de planificar y registrar las actividades realizadas.
 - Diferenciar la aportación enfermera a los cuidados de Salud de las hechas por otros profesionales.
 - Unificar los criterios de actuación ante los problemas o situaciones que están dentro de nuestra área de competencia.
 - Mejorar y facilitar la comunicación Inter. e intradisciplinar.
- **Gestión:** Algunas de las ventajas que comportan la utilización de los Diagnósticos de Enfermería en este ámbito son:
 - Ayudar a determinar los tiempos medios requeridos, Y por tanto, las cargas de trabajo de cada unidad o centro, al facilitar la organización y sistematización de las actividades de cuidados.
 - Permitir, como consecuencia, una mejor distribución de los recursos humanos y materiales.
 - Favorece la definición de los puestos de trabajo, ya que ésta podría incluir la habilidad para identificar y tratar los Diagnósticos de Enfermería que se dan con mayor frecuencia.

- Posibilitar la determinación de los costes reales de los servicios de Enfermería, y consecuentemente, los costes reales de los cuidados brindados al usuario.
- Facilitar el establecimiento de criterios de evaluación de la calidad de los servicios de Enfermería brindados en un centro o institución.
- Identificar las necesidades de formación para grupos profesionales específicos.

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

1.- *Etiqueta descriptiva o título:* ofrece una descripción concisa del problema (real o potencial). Es una frase o término que representa un patrón.

2.- *Definición:* expresa un significado claro y preciso de la categoría y la diferencia de todas las demás.

3.- *Características definitorias:* Cada diagnóstico tiene un título y una definición específica, ésta es la que nos da el significado propiamente del diagnóstico, el título es solo sugerente.

4.- Las características que definen a los diagnósticos reales son los signos y síntomas principales siempre presentes en el 80-100% de los casos. Otros signos y síntomas, que se han calificado como secundarios están presentes en el 50-79% de los casos, pero no se consideran evidencias necesarias del problema.

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

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

Tipos de diagnósticos:

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

- ***Real:*** representa un estado que ha sido clínicamente validado mediante características definitorias principales identificables. Tiene cuatro componentes: enunciado, definición características que lo definen y factores relacionados. El enunciado debe ser descriptivo de la definición del Diagnóstico y las características que lo definen (Gordon 1990). El término "real" no forma parte del enunciado en un Diagnóstico de Enfermería real. Consta de tres partes, formato PES: problema (P) + etiología, factores causales o contribuyentes (E) + signos/síntomas (S). Estos últimos son los que validan el Diagnóstico.
- ***Alto Riesgo ó potenciales:*** es un juicio clínico de que un individuo, familia o comunidad son más vulnerables a desarrollar el problema que otros en situación igual o similar. Para respaldar un Diagnóstico potencial se emplean los factores de riesgo, descripción concisa del estado de Salud alterado de la persona va precedido por el término "alto riesgo". Consta de dos componentes, formato PE: problema (P) + etiología/factores contribuyentes (E).
- ***Posible:*** son enunciados que describen un problema sospechado para el que se necesitan datos adicionales. La enfermera debe confirmar o excluir. Consta de dos componentes, formato PE: problema (P) + etiología/factores contribuyentes (E).
- ***De bienestar:*** juicio clínico respecto a una persona, grupo o comunidad en transición desde un nivel específico de bienestar hacia un nivel más elevado. Deben estar presentes dos hechos: deseo de un nivel mayor de bienestar y estado o función actual eficaces. Son enunciados de una parte, conteniendo sólo la denominación. No contienen factores relacionados. Lo inherente a estos Diagnósticos es un usuario o grupo que comprenda que se puede lograr un nivel funcional más elevado si se desea o si se es capaz. La enfermera puede inferir esta capacidad basándose en los deseos expresos de la persona o del grupo por la Educación para la Salud.

Podemos añadir un quinto tipo:

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

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

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

Por más información acerca del Marco Teórico ver Anexo nº1

DISEÑO METODOLÓGICO

Tipo de estudio

Se realizará un estudio descriptivo transversal.

Universo

Total de informes realizados por los internos en los Servicios de Cirugía General del Hospital de Clínica "Dr. Manuel Quintela".

Muestra

Los reportes de internado realizados en el Hospital de Clínicas, referentes al servicio de Cirugía General en los años comprendidos de 1998 al 2002.

Unidad de análisis

La caracterización de los usuarios quirúrgicos asistidos, la cual se hace referencia en cada uno de los informes de internado correspondientes a la práctica clínica en los servicios de Cirugía General de Hospital de Clínicas, en los años comprendidos de 1998 al 2002.

Variables

En este proyecto de investigación se identifican dos variables amplias y complejas que corresponden a ***Diagnósticos de Enfermería y Usuarios de Cirugía General***.

Para estudiar las características de los ***Usuarios de Cirugía General*** se dividirán las variables en tres grandes grupos:

1- Variables patronímicas

SEXO: Condición orgánica que define a los sexos femenino y masculino, que se manifiesta a través de caracteres primarios y secundarios. Variable cualitativa nominal.

Será categorizada en: - *femenino*
- *Masculino*

EDAD: Es el período comprendido desde la fecha de nacimiento hasta el momento de la recolección de datos. Variable cuantitativa continua. Sobre la base de las características etarias de la población se harán intervalos de edades para poder operativizar las variables. Variable cuantitativa continua

Se dividirá en las siguientes categorías:

- *Joven (15 a 29 años)*
- *Adulto (30 a 59 años)*
- *Adulto mayor (más de 60 años)*

PROCEDENCIA: Es el lugar de residencia actual de usuario. Variable cualitativa nominal.

Será categorizada en:

- *Montevideo*
- *Interior*

ACTIVIDAD LABORAL: Se define como el empleo, oficio y/o profesión, desempeñada en la actualidad por el usuario. Variable cualitativa nominal que adopta las categorías de:

- *Trabaja*
- *No trabaja*
- *Jubilada*
- *Pensionista*

PATOLOGIA CRONICA: enfermedad de larga data, que forma parte de los antecedentes personales del paciente, que fueron diagnosticadas con anterioridad.

Variable cualitativa nominal, conformada por las siguientes categorías:

- *Hipertensión arterial*
- *Diabetes*
- *Epilepsia*
- *Insuficiencia cardíaca*
- *Insuficiencia renal*
- *Infectocontagiosas*
- *Asma*
- *Alergias*
- *Otros*

TIPO DE INTERVENCIONES QUIRURGICAS: Procedimientos quirúrgicos realizados en los usuarios que motivaron la internación del mismo. Variable cualitativa ordinal.

Las categorías serán las siguientes:

- *Cirugía corriente*

- *Cirugía mayor*
- *Alta cirugía*
- *Cirugía compleja*

Por más información acerca de la clasificación de las intervenciones quirúrgicas ver *anexo n°2*

2- Momento del proceso que cursa el usuario quirúrgico

ETAPA DEL PROCESO: Hace referencia a la etapa del tratamiento por la que cursa el usuario tomando como base el acto quirúrgico. Variable cualitativa nominal.

Las categorías son las siguientes:

- Preoperatorio a- Mediato: previo a las 48 hs del acto quirúrgico
b- Inmediato: desde 24hs antes hasta el momento de la intervención quirúrgica.
- Postoperatorio a- Inmediato: desde el acto quirúrgico hasta las 24hs
b- Mediato: desde las 24hs hasta las 48hs

Para dicha clasificación se tomo como bibliografía de referencia Bruner y Suddarth.

NIVELES DE DEPENDENCIA: Se define como el grado de dependencia del usuario en relación con los cuidados de enfermería, en base a los siguientes indicadores: comunicación, movilización, alimentación, higiene y confort, factores de riesgo, colaboración, eliminación, tratamiento medico y acompañante.

Variable cualitativa Nominal que se categoriza en:

- Grado 1
- Grado 2
- Grado 3
- (ver *anexo N° 3*)

3- Organización del Servicio

TIEMPO DE INTERNACION: Periodo transcurrido desde la internación a la fecha de alta

Variable cuantitativa continua. Los rangos son los siguientes:

- *<5 días*
- *6-10 días*
- *más de 11 días*

Para realizar dicha clasificación se tuvo en cuenta al autor Barquin, quien fundamenta que el promedio de días de internación para el paciente quirúrgico es de 8 días.

Por otro lado se analizará la variable Diagnósticos de enfermería.

DIAGNOSTICO DE ENFERMERIA: Juicio clínico respecto a las respuestas del individuo, familia o comunidad a problemas de salud o a procesos vitales reales o potenciales.

Variable cualitativa nominal

Para operacionalizar dicha variable se creó un listado de problemas que puedan presentar los usuarios quirúrgicos y sus posibles causas. A su vez dichas áreas problemas fueron organizadas en forma sistémica. (ver anexo n°4)

METODO DE RECOLECCION DE DATOS

La recolección de datos se realizará a través de la revisión de los informes de internado correspondientes a los Servicios de Cirugía General del Hospital de Clínicas, entre los años 1998 y 2002. Las variables y sus indicadores se estructuraran en un instrumento para recoger la información, el cual será completado por las personas a cargo de la investigación.

La finalidad de la creación del instrumento, esta orientada a obtener el perfil del usuario quirúrgico mediante el análisis de las variables referentes a datos patronímicos, la etapa del proceso que cursa el paciente, a la organización del servicio y a los diagnósticos de enfermería utilizados.

Se completará un instrumento para cada uno de los informes seleccionados, y luego se llenará uno nuevo en el cual se resumirá la información obtenida, de cada informe analizado.

La transcripción de la información al instrumento se realizará de la siguiente manera:

- En primer lugar se deberán completar los datos que identifican a cada uno de los informes, como ser n° del mismo, fecha de realizado, piso y sala.
- El n total de usuarios con el cual se trabajo para realizar el reporte en cada uno de los informes.
- Por otra parte, se obtendrá la información sobre las variables seleccionadas para caracterizar a la población en forma de FA, las cuales se relacionarán a los diagnósticos de enfermería utilizados.

- Los datos referentes a los diagnósticos de enfermería serán expresados en base a la FA, y estos serán transcritos al instrumento en forma de código, para simplificar el sistema de registro.

Para lograr un sistema de codificación de los diagnósticos, previamente se creó un listado de los mismos, a los cuales se les adjudicó un número a la variable dependiente y una letra en orden alfabético a cada posible variable independiente. Dicho listado está organizado por sistemas y focalizado a usuarios quirúrgicos. Ver *anexo n°4*.

El instrumento creado para la recogida de datos corresponde al *anexo n°5*

PLAN DE ANALISIS

El mismo se realizará a través del uso de la estadística descriptiva de datos, utilizándose tablas bivariadas y univariadas.

BIBLIOGRAFIA

TEXTOS UTILIZADOS

- BRUNNER Y SUDDARTU "Enfermería Médico_ quirurgico". Ed McGraww Hill. México. 1998
- BARQUIN CALDERON M. "Dirección de Hospitales " sexta edición. Mexico. Interamericana-Mc. Grw-Hill, 1992.
- COSTABEL. M y col. "Enfermería Médico_ quirurgico" A.E.M. Montevideo 1995
- DE LA TORRE, E. Y PORTERO M.P "Técnicas de enfermería " Ed. Rol S.A. 3era edición, Barcelona, 1993
- DPTO DE ENFERMERIA DE MASACHUSETTS, "Manual de procedimientos de enfermería" Ed. Salvat S.A., Boston, 1986
- HERNANDEZ Juana y col. "Historia de la Enfermería- Un análisis histórico de los cuidados de enfermería" Ed. Interamericana McGraw-Hill, 1era edición, España, 1995.
- LEDDY S. Y MAE PEPPER. J. , " Bases conceptuales de enfermería profesional " OPS, 1985
- M.T.LUIS, "Diagnósticos enfermeros" Ed. Harcourt, 3era edición, Barcelona, 1999
- PARENTINI M.R., "Historia de la Enfermería", Ed. Trilce, 1era edición, Montevideo, Uruguay, 2002.
- PIEDROLA G. "Medicina Preventiva y Salud Pública" Massons. Barcelona 2001, décima edición.
- SANCHEZ S., "Historia de la enfermería en Uruguay" Ed.Trilce, 1era edición, Uruguay, 2002.
- WESORICK B. " Estándares de calidad para cuidados de enfermería", Ed.Doyma, 2da edición, España, 1993.

TRABAJO DE INVESTIGACIÓN

- ESTUDIANTES DEL INDF: ¿Cuáles son los factores que prolongan la estada hospitalaria en las clínicas quirúrgicas A, B Y F del Hospital de Clínicas "Dr. Manuel Quintela"? Uruguay, Montevideo, Agosto 2002

PÁGINAS DE INTERNET CONSULTADAS

- <http://escuela.med.puc.cl/>
- <http://Aeo.worldonline.es/aentde/>
- <http://www.nipe.enfermundi.com/normas/normanipe.htm>
- <http://teleline.terra.es/personal/thuenas/home5.htm>
- <http://www.msc.es/insalud/hospitales/hcsc/enfermeria/enfermeria.htm>
- <http://spie.pangea.org/selba/facilitacion.htm>
- <http://www.iifac.org/product-esp.html>
- <http://www.7generaciones.org/consenso/bea.htm>
- <http://www.seis.es/index.htm>
- <http://www.scele.enfe.ua.es/index.htm>
- <http://www.usp.br/erp/laenf>
- <http://www.eerp.usp.br/>
- <http://www.index-f.com/reunion.htm>
- <http://www.index-f.com/Evidencia.htm>

INDICE DE ANEXOS

- *ANEXO N°1: Marco Teórico*
- *ANEXO N°2: Clasificación según tipo de Cirugías*
- *ANEXO N°3: Cuadro acerca de los niveles de dependencia*
- *ANEXO N°4: Listado de Diagnósticos de enfermería de referencia*
- *ANEXO N° 5: Instrumento para la recolección de información.*