

Tendencias y Modelos más Utilizados en el Cuidado de Enfermería

Francisco Rivera

- Tendencias y modelos más utilizados en los cuidados de enfermería.
- Tendencia naturalista.
- Tendencia de suplencia o ayuda.
- Tendencia de interrelación.
- El método científico en el trabajo de enfermería.
- Aspectos organizativos del proceso de atención de enfermería.

INTRODUCCION

La enfermería a lo largo del tiempo se ha desarrollado como ciencia y como profesión, pero todo cambio, y aún más toda consolidación debe ir respaldada por una teoría (que le da sentido y metodología), y por una práctica (que la hace útil y funcional). La Enfermería modifica su modo de atender las necesidades de nuestra sociedad cambiante a medida que se produce la evolución; Enfermería se redefine continuamente, adaptándose a las exigencias de nuestro mundo cambiante. Este hecho, hace imprescindible el unificar los criterios del enfoque profesional, sistematizar la práctica. La utilidad de la "teoría" consiste en proporcionar conocimientos para mejorar la práctica mediante la descripción, explicación, predicción y control de los fenómenos.

Existen bastantes investigadoras sobre teorías y modelos, las más conocidas no sobrepasan los dedos de una mano, pero alrededor de unas veintiocho pensadoras tienen publicados sus estudios sobre este tema.

Los trabajos se distinguen en cuatro categorías :

- Arte y ciencia de la Enfermería humanística.
- Relaciones interpersonales.
- Sistemas.
- Campos de energía

NECESIDAD DE ADOPTAR UN MODELO EN ENFERMERÍA

Las disciplinas se definen a sí mismas y se diferencian de otras por su marco de referencia que usan como base de sus observaciones y que dirige la forma y los objetivos de su práctica.

Definimos TEORIA como : "Un conjunto de conceptos, definiciones y proposiciones que proyecta una visión sistemática de los fenómenos, estableciendo para ello las relaciones específicas entre los conceptos a fin de describir, explicar, predecir y/o controlar los fenómenos " . Las funciones de la teoría son entre otras la síntesis del conocimiento, la explicación de los fenómenos de interés para la disciplina que utiliza la teoría misma, y la previsión de medios para predecir y controlar los fenómenos. El científico busca en una teoría:

- Definiciones : Las teorías están formadas por conceptos, que son los elementos básicos de una teoría, son abstracciones de la realidad que se pueden observar directa o indirectamente. Cada concepto

teórico tiene un sólo significado que queda claramente definido en la teoría. Todo conocimiento científico está formado por conceptos y éstos son privativos de una rama de la ciencia.

- Explicaciones : La teoría relaciona los conceptos de tal forma que explica los fenómenos que interesan a ésta disciplina, proporcionando comprensión.

- Predicciones : A partir de las hipótesis se afirman relaciones entre los conceptos o proposiciones.

La teoría brinda autonomía profesional porque orienta las funciones que la Enfermería desarrolla. Es importante diferenciar lo que es una teoría y lo que es un modelo. Un modelo es: "una representación esquemática de algún aspecto de la realidad"

Los modelos son útiles para el desarrollo de teorías porque ayudan a la selección de conceptos relevantes y necesarios para representar un fenómeno de interés, y a la determinación de las relaciones existentes entre los conceptos.

PRINCIPALES CONCEPTOS Y DEFINICIONES DEL DESARROLLO DE UNA TEORÍA

¿Por qué las teorías y modelos?, pues porque la teoría da una base científica de conocimientos para poder llevar a la práctica nuestro trabajo, nos fundamenta y nos enseña a actuar con un sentido. Es capaz de describir, explicar, predecir y controlar los fenómenos. Nos ayuda a mejorar los resultados con el mismo o menor esfuerzo, y sobre todo nos da autonomía. Si profundizamos más descubrimos que la teoría ayuda analizar los hechos, nos plantea retos y nos hace superarlos, crea bases para funcionar, y en general potencia y adecua la práctica de los cuidados y la investigación de enfermería. Para desarrollar una teoría hay que partir de una serie de conceptos básicos que quedan recogidos en la filosofía (lógica, ética, investigación, uso del razonamiento, etc.). Manejamos algunas palabras que leemos y entran a formar parte de toda teoría, y no terminamos de comprenderlas y diferenciarlas, por ello vamos a describir algunas de ellas:

a.Ciencia: Es un cuerpo de conocimientos que se fundamenta en la observación, la descripción, la identificación, la explicación y la investigación de los fenómenos.

b.Hecho: es aquello que se sabe o conoce con certeza

c.Conocimiento: es la percepción o conciencia de la realidad, adquirido por el aprendizaje o la investigación.

d.Concepto: es la formulación mental compleja de un objeto, y deriva de la experiencia perceptiva individual. Es una idea o una imagen mental. El concepto puede ser abstracto (son independientes del lugar y el tiempo), y conceptos concretos (están bien tipificados).

e.Paradigma: es un diagrama conceptual, puede tratarse de una estructura usada para organizar u ordenar una teoría

f.Modelo: es una idea que explica por medio de la visualización física o simbólica. Estos modelos pueden ser esquemáticos, verbales, o cuantitativos. Los modelos pueden carecer de forma física (modelos simbólicos), pueden estar enunciados con palabras (modelos verbales), o manifestarse a través de dibujos, diagramas, imágenes, etc. (modelos esquemáticos). Los modelos suelen realizarse para

hacer más fácil el pensar o imaginar los conceptos, y las relaciones que existen entre ellos, o para estructurar una investigación.

g.Teoría: una teoría es un conjunto de definiciones, proposiciones y conceptos que proyectan una visión sistemática de los fenómenos, estableciendo para ello relaciones específicas entre los conceptos a fin de describir, explicar, aclarar, predecir, y controlar fenómenos.

h.Fenómeno: es cualquier hecho que sea susceptible de percepción directa (es decir a través de nuestros sentidos), equivale a la realidad

i.Definiciones: son enunciados relativos al significado de una palabra, frase o término. Las definiciones pueden ser connotativas (sugieren significados accesorios), denotativas (se refieren a las propiedades y caracteres identificativos del objeto), teóricas (comunican significados generales), las operativas (especifican las actividades y miden variables).

j.Supuestos: son aquellos enunciados que se creen ciertos sin estar demostrados. Pueden ser implícitos o explícitos.

k.Enunciados teóricos: describen una relación entre dos o más conceptos.

l.Ley: es un enunciado que describe una relación en la que los científicos tienen tanta confianza que la consideran verdad absoluta

m.Axioma: representan conjuntos de enunciados básicos, cada uno de los cuales es independiente de los demás, y a partir de ellos pueden derivarse los demás enunciados de la teoría.

n.Proposiciones: son enunciados derivados de los axiomas. En la terminología científica se utiliza o sustituye por hipótesis. La hipótesis debe ser confirmada o negada a través de la investigación o comprobación.

o.Existencia: establece que hay un concepto (que es real).

p.Causalidad: cuando existe relación entre dos conceptos.

q.Investigación: es la aplicación rigurosa del método científico para demostrar u obtener conocimientos fiables y veraces de la realidad. Puede llevarse a cabo de forma inductiva o deductiva.

r.Macroteoría: se refiere a aquellas teorías que son amplias de alcance y de gran complejidad. Tienen conceptos acumulativos que encontraremos en las teorías de menor alcance.

s.Teorías de medio alcance: son teorías más definidas y en una banda más concreta de menor extensión que las macroteorías pero de mayor que las microteorías.

t.Microteorías: se ocupan de fenómenos muy definidos, son muy específicas y con poca complejidad.

u.Inducción es una forma de razonamiento que parte de lo específico hacia lo general, es decir, las partes se juntan hacia algo más amplio. En este tipo de desarrollo primero se observan y estudian los acontecimientos particulares, para luego ir hacia los enunciados teóricos generales.

v. Deducción: en este caso ocurre al contrario que el anterior pues se parte de lo general y se dirige hacia lo específico. Es la teoría de elección para la investigación.

w. Retroducción: se caracteriza por la combinación de las dos anteriores. Produce adelantos y es utilizado por los autores o los teóricos para formar una nueva teoría marcando la estructura y trasladando datos.

CUALIDADES QUE DEBE TENER UNA TEORÍA PARA SER EVALUADA

Independientemente de los diferentes criterios que se pueden exigir a una teoría, según los autores, existen unos requisitos que son comúnmente aceptados:

a. Claridad: se miden los conceptos y las palabras utilizadas

- Las mismas han de entenderse fácilmente, sin neologismos (inventados), antagonismos (de las mismas palabras o conceptos según contexto), - - - -

- Las definiciones denotativas son las más valoradas por su gran claridad, aunque no se desestiman las connotativas.

- Los ejemplos, los gráficos y otros elementos (imágenes, tablas, etc.), son de gran valor aclaratorio y pedagógico.

a. Generalidad: se observan la cantidad de conceptos y de metas establecidos por la teoría, y a mayor número de los mismos más general resulta ser. Algunos autores consideran que las teorías cuanto más generales son más válidas, mientras que otros piensan que cada teoría debe tener su espectro según el tema que estudien, dejando en un segundo plano la generalidad.

b. Sencillez: También según los pensadores hay diferencias, mientras que algunos consideran que la teoría debe ser compleja para ser significativa, otros opinan que la concisión y la comprensión debe gobernarla.

c. Precisión empírica: básicamente este punto va a regular o medir el grado de cumplimiento o relación entre la teoría y la información empírica observable, es decir el grado de cumplimiento o de accesibilidad en la práctica.

d. Consecuencias derivables: las teorías deben ser útiles, influir en la investigación y en la práctica, identificar el camino a seguir por la enfermería, aumentar conocimientos específicos sobre la profesión, y debe predecir resultados.

1-Modelos más utilizados en los cuidados de enfermería.

Diferentes autores, a efecto de su estudio, han tratado de clasificar los modelos existentes actualmente en Enfermería. A pesar de las dificultades que entraña, hay varias clasificaciones prácticas que han servido para aclarar y dar difusión de ellos entre las enfermeras del mundo. Un modelo en Enfermería es una representación simbólica y conceptual expresada en términos lógicos de una tendencia. Una tendencia en Enfermería se puede definir como la orientación que caracteriza a la forma de ordenar los diversos conceptos que se usan para formar un modelo de cuidados. Cualquiera que sea el modelo elegido debería aplicarse utilizando el proceso de Enfermería. Cuando la enfermera se

familiariza con el método de solución de problemas, éste determina que sus , cuidados sean más eficaces y eficientes

1-1 Clasificación de las tendencias

Los modelos se han agrupado en tres tendencias:

1.Tendencia naturalista: También denominada ecologista, se incluyen es este apartado los conceptos formulados por Florence Nightingale, que enfoca los cuidados de Enfermería como facilitadores de la acción que la Naturaleza ejerce sobre los individuos enfermos.

2.Tendencia de suplencia o ayuda: Los modelos representativos de esta tendencia son los de Virginia Henderson y Dorotea Orem. Estas autoras conciben el papel de la enfermera como la realización de las acciones que el paciente no puede llevar a cabo en un determinado momento de un ciclo vital (enfermedad, niñez, ancianidad), fomentado ambas, en mayor o menor grado, el autocuidado por parte del paciente.

3.Tendencia de interrelación: En este grupo se incluyen los modelos de Hildegarde Peplau, Callista Roy, Martha Rogers y Levine. Todas estas enfermeras usan como base fundamental para la actuación de Enfermería, el concepto de relación, bien sean las relaciones interpersonales (enfermera-paciente) o las relaciones del paciente con su ambiente.

1-2 Clasificación de las teorías

En esta clasificación los modelos se agrupan tomando como referencia las teorías que les han servido para su elaboración.

- Modelos de interacción, basados en la teoría de la comunicación-interacción de las personas. Destacan: Orlando (1961), Riehl(1980), Kim(1981).

- Modelos evolucionistas, se centran en la teoría del desarrollo o cambio para explicar los elementos de una situación de Enfermería. Son útiles en cualquier campo de la Enfermería relacionado con la edad. Destacan: Thibodeau (1983), Peplau (1952).

- Modelos de necesidades humanas. Parten de la teoría de las necesidades humanas para la vida y la Salud como núcleo para la acción de Enfermería. Destacan: Henderson (1966), Rogers (1970), Orem (1980), Roper (1980).

- Modelos de sistemas, usan la teoría general de sistemas como base para describir los elementos de una situación de Enfermería. Destacar: Roy (1980), Jhonson (1980), Newman (1982).

1-3 Clasificación por categorías

Existen 4 grupos diferenciados de teóricas de enfermería. Correspondiendo con las distintas categorías :

- a.Enfermería humanística como arte y ciencia: agrupa a algunas de las más conocidas como son F. Nighthingale, V. Henderson, Abdellah, Wiedenbach, Hall, D. Orem, Adam, Parsy, Leininger y Watson.

b.Relaciones interpersonales: destacan las investigadoras Peplau, Orlando, Travelbee, Wiedenbach, King, Riehl-Sisca, Erickson, Tomlin, Suwain y Barnad.

c.Campo de los sistemas: son representantes de la misma, Johson, E. Roy y B. Neuman.

d.Campos de energía: se encuentran en este grupo Fritzpatrick, Rogers, A. Newman y Levine.

1-4 Tipos de modelos enfermeros

A.Modelos de sistemas

Usan la teoría general de sistemas como base para describir los elementos de una situación enfermera. El concepto de sistema constituye la noción central, entendiendo por tal el conjunto organizado de elementos o partes que actúan e interactúan coordinadamente para alcanzar determinados objetivos.

Existen dos tipos de sistemas:

a.Sistemas cerrados. Se basan en sí mismos, se consideran aislados del medio circundante, no existe en ellos importación o exportación de energía en cualquiera de sus formas.

b.Sistemas abiertos. Funcionan en base al intercambio con el exterior; todo organismo vivo es, ante todo, un sistema abierto.

Una diferencia fundamental entre ambos es que los sistemas cerrados deben alcanzar un estado de equilibrio químico y termodinámico independiente del tiempo. Por el contrario, los sistemas abiertos, pueden alcanzar en ciertas condiciones, un estado que se denomina uniforme, también independiente del tiempo. En este estado uniforme, la composición del sistema se mantiene constante, a pesar del continuo intercambio de componentes. Los sistemas se organizan internamente mediante una estructura de niveles jerárquicos llamados subsistemas. Las propiedades de los sistemas abiertos son las siguientes:

- Totalidad. Cada una de las partes está relacionada de tal modo con las otras que un cambio en una de ellas provoca un cambio en todas las demás y en el sistema total.

- Equifinalidad. Puede alcanzarse el mismo estado final partiendo de diferentes condiciones iniciales y por diferentes caminos.

- Retroalimentación. Parte de la salida de un sistema vuelve a introducirse en el sistema como parte de información acerca de dicha salida. La retroalimentación negativa se utiliza para disminuir la desviación de salida con respecto a una norma establecida y la positiva actúa como una medida para aumentar la desviación de salida.

Si aplicamos la teoría de sistemas a la persona, podríamos decir que:

a.Cada persona es un compuesto dinámico que presenta interrelaciones variables, fisiológicas, psicológicas, socioculturales y de desarrollo.

b.Cada una de las personas está rodeada por un campo de percepciones en equilibrio dinámico.

c.El nucleo principal es la organización del campo y su impacto sobre la conducta funcional del individuo.

B.Modelos de autocuidado, actividades de la vida diaria, necesidades.

Tienen su base común en las necesidades humanas para la vida y la salud, como núcleo de acción enfermera, basadas en la teoría de la motivación y personalidad de A. Maslow. Para entender la teoría de las necesidades tenemos que partir de algunas consideraciones generales:

- 1.El ser humano es un todo integrado y organizado, por lo tanto, todo individuo está motivado y no una parte de él solamente.
- 2.La persona ha de satisfacer una serie de necesidades que le proporciona un nivel óptimo de bienestar.
- 3.Las necesidades son medios para llegar a alcanzar un fin más que un fin en si mismas.
- 4.Las necesidades son comunes a todos los seres humanos, aunque culturas diferentes pueden generar formas totalmente distintas de satisfacer la necesidad en particular.
- 5.Las necesidades tendrán que evaluarse según el momento de desarrollo en el que se encuentra la persona.
- 6.El ser humano, por lo general, nunca está satisfecho, excepto de una forma relativa.
- 7.Las necesidades parecen ordenarse en una especie de jerarquía de predominio.

En el desarrollo de su teoría, Maslow define cinco categorías de necesidades que se ordenan por prioridades en cuanto a su satisfacción, y establece que primero se han de satisfacer las necesidades de orden más básico (al menos la mayoría de ellas) para pasar posteriormente a satisfacer las necesidades de orden superior.

Las categorías de Maslow son las siguientes:

- Necesidades fisiológicas.
- Necesidad de seguridad.
- Necesidad de amor y pertenencia.
- Necesidad de estima.
- Necesidad de autorrealización.

Existen una serie de diferencias entre las necesidades superiores y las inferiores según la piramide de Maslow:

- a.Cuanto más elevada es la necesidad menos imprescindible es para la supervivencia del individuo.

b. Cuanto más elevada es la necesidad más específicamente humana es.

c. A medida que se cubren las necesidades superiores existe un mayor nivel de supervivencia de la persona; la cobertura de las necesidades superiores representa una tendencia general hacia la salud.

d. Si se cubren las necesidades superiores se producen resultados subjetivos más deseables, por ejemplo más felicidad.

e. Es necesaria una serie de condiciones externas buenas para la cobertura de las necesidades superiores, son precisas unas condiciones muy buenas para hacer posible la autorrealización.

f. La satisfacción de las necesidades inferiores es mucho más palpable, más tangible que la satisfacción de las necesidades superiores, y se mide más en términos cuantitativos.

g. Las necesidades superiores son desarrollos de evolución tardía; son menos exigentes y se pueden retrasar más en el tiempo.

h. La satisfacción de las necesidades superiores deparará más felicidad y conducirá a un crecimiento mayor de la persona, asimismo requiere de un entorno externo más apropiado.

i. La cobertura de las necesidades tiende hacia el perfeccionamiento, el fortalecimiento y el desarrollo sano de la persona.

C. Modelos evolucionistas o de adaptación.

Se centran en teorías de desarrollo o cambio para explicar los elementos de una situación enfermera, incluye teorías de desarrollo físico, cognitivo, social, espiritual y moral a lo largo de toda la vida. La teoría de la adaptación tiene como base principal las relaciones que la persona establece con el entorno. El ser humano tiene que hacer frente a los cambios que se producen entre él y su entorno, entre él y sus relaciones con los demás y en sí mismo. La supervivencia de la persona depende de los recursos que pueda utilizar para adaptarse a las fuerzas negativas a las que está sometido. La enfermedad y las alteraciones se deben a menudo a una mala adaptación, que puede tener su causa en alguno de los siguientes factores:

- Incapacidad de reconocer los cambios que se producen.
- Apego a creencias o valores relevantes que no tienen justificación.
- Búsqueda de un fin basadas en una percepción distorsionada de la realidad.
- Persistencia en el empleo de medios de adaptación que no son apropiados.
- Resistencia al cambio racional.
- Presencia de enfermedades o impedimento físico.
- Distorsión sensorial.

- Incapacidad de discriminar, debido a desordenes mentales u orgánicos.

D.Modelos de interacción.

Se centran en la naturaleza de la interacción enfermera-usuario, en los cuidados enfermeros y se inspiran en gran medida en el interaccionismo simbolico. Blumer delimito tres presisas esenciales del modelo de interacción:

- Los seres humanos trabajan para conseguir cosas, y se basan en el significado que las mismas tienen para ellos.
- El significado de tales cosas surge de la interacción social que cada uno tiene con las personas que le rodean.
- Estos significados están regidos y modificados por el proceso interpretativo empleado, al afrontar las cosas con que se encuentran.

Los modelos de interacción se basan en la teoría de la comunicación humana. Los elementos que intervienen en un proceso simple de comunicación serán:

- a.Fuente, repertorio, emisor y transmisor. La comunicación requiere una fuente, un repertorio que tenga un pensamiento y una idea que transmitir. El emisor se encuentra dentro de un contexto determinado que condiciona lo que quiere transmitir.
- b.Mensaje. El emisor codifica lo que quiere decir en un mensaje que puede ser transmitido, este mensaje tiene que ser comprensible tanto para el emisor como para el receptor.
- c.Canal. Supone la unión entre el emisor y el receptor; nos podemos comunicar a través de los sentidos.
- d.Receptor o destinatario. La persona que recibe el mensaje lo decodifica, descifra y le da un significado.
- e.Retroalimentación. Después de decodificar e interpretar el mensaje, el receptor se convierte en emisor; debe elaborar un mensaje que codificado será enviado de regreso a la otra persona.

Toda adaptación requiere que la persona que haya recogido información sobre el medio, la haya seleccionado, procesado y almacenado. Este conocimiento se podría desglosar en:

- 1.Conocimiento de primer orden. Corresponde a la percepción de los objetos a través de los sentidos (percepción sensorial). Este tipo de conocimientos rara vez se da en el ser humano. Equivaldría a una percepción para la cual ni la experiencia pasada ni el contexto actual presentan una explicación. La imposibilidad de explicarlo produciría ansiedad.
- 2.Conocimiento de segundo orden. La persona selecciona la información que recibe y que tiene un significado para ella de acuerdo con su experiencia.
- 3.Conocimiento de tercer orden. La persona integra la suma total de los significados que ha deducido a través de sus contactos con los distintos objetos singulares de su medio, siguiendo las reglas de la lógica formal del pensamiento.

Podríamos resumir los principios que rigen la comunicación en:

- La imposibilidad de no comunicar. Una persona no puede dejar de comunicarse. Actividad e inactividad, palabras o silencio tienen siempre valor de mensaje; influyen sobre los demás quienes, a su vez, no pueden dejar de responder a tales comunicaciones.
- Toda comunicación implica un compromiso, por lo tanto define la relación. La comunicación no sólo transmite información sino al mismo tiempo impone conductas.
- Toda comunicación tiene un aspecto de contenido y uno relacional, tales que el segundo clasifica al primero y es, por lo tanto, una metacomunicación.
- Los seres humanos se comunican tanto digital (mediante comunicación verbal o escrita) como analógicamente (comunicación no verbal).
- Todos los intercambios comunicacionales son simétricos o complementarios, según estén basados en la igualdad o la diferencia.

Marco conceptual enfermero.

2.TENDENCIA NATURALISTA: FLORENCE NIGHTINGALE.

Nació el 12 de Mayo de 1820 en Florencia (Italia), de ahí el nombre que le pusieron sus padres (aunque eran de origen británico). Procedente de familia victoriana, creció en un ambiente donde la educación era muy estricta. Se formó como enfermera en Alemania (1851). Durante la guerra de Crimea se fue como enfermera voluntaria a Turquía, donde organizó la enfermería y contribuyó a corregir los problemas del saneamiento (condiciones higiénicas en general).Tras la guerra volvió a Londres donde fundó una escuela de enfermeras, y allí recibió el apelativo de la creadora de la enfermería moderna. Florence murió en Londres el 13 de agosto de 1910, a la edad de 90 años.

a.Base de las presunciones: se refiere a la acción que ejerce la naturaleza sobre los individuos.

b.Función de la enfermera: preparar y colocar al paciente en las mejores condiciones para que la naturaleza actúe sobre él.

c.Objetivo de este modelo: conservar la fuerza y energía vital del paciente.

d.Tipos de Enfermería:

I.De la Salud: arte que toda mujer debe aprender sobre conocimientos de higiene. La Enfermería cumple funciones independientes.

II.De la Enfermedad: arte y cuerpo de conocimientos de otras disciplinas. Función dependiente total o parcialmente.

Actualmente se la considera como la creadora de la Enfermería Profesional.

En la actualidad las ideas de F. Nightingale, están ampliamente superadas. A pesar de ello, es de destacar que fue la primera enfermera que definió los conceptos de salud y enfermedad en relación a la Enfermería, el objetivo de los cuidados de Enfermería, la forma de actuar y el concepto mismo de Enfermería. Su idea principal sobre el objetivo de la Enfermería es que ésta debe colocar al paciente en las mejores condiciones posibles para que la Naturaleza actúe sobre él.

a.El significado de Enfermería

Considera la enfermería como una vocación religiosa (sólo para mujeres), sus puntos fuertes fueron la educación, la experiencia y la observación. La palabra enfermería Debe significar el uso adecuado del aire fresco, la luz, el calor, la limpieza, la tranquilidad Y la oportuna selección y administración de dietas, Y todo ello con el menor gasto posible de la energía vital del paciente.

b) La diferencia entre la Enfermería y la Medicina.

Se piensa a menudo que la Medicina es un proceso curativo. No es así; sólo la Naturaleza cura. La cirugía retira de un miembro una bala que es un obstáculo para la curación, pero es la Naturaleza quien cura la herida. Lo que hace la Enfermería es poner al paciente en las mejores condiciones posibles para que la Naturaleza actúe sobre él.

C.Los tipos de Enfermería.

A.Los conceptos de salud y enfermedad, y su relación con la Enfermería.

Florence Nightingale definía enfermedad como el camino que utiliza la naturaleza para desembarazarse de los efectos o condiciones que han interferido en la salud. Y definía salud diciendo que la salud es, no solamente estar bien, sino ser capaz de usar bien toda la energía que poseemos. Y la enfermería es, por tanto, ayudar al paciente que sufre una enfermedad a vivir tanto como poner o mantener el organismo del niño sano o del adulto en un estado tal que no padezca enfermedad.

3.TENDENCIA DE SUPLENCIA O AYUDA

Estos modelos se hallan representados por dos nombres supremos de la Enfermería en el mundo: Virginia Henderson y Dorothea Orem. Ambas autoras conciben el rol de la Enfermería como la productora y realizadora de acciones que las personas no pueden llevar a cabo en un momento de sus vidas.

1.MODELO DE CUIDADOS DE ENFERMERÍA DE VIRGINIA HENDERSON.

Virginia nació en 1897 en Kansas (Missouri). Se graduó en 1921 y se especializó como enfermera docente. Esta teórica de enfermería incorporó los principios fisiológicos y psicológicos a su concepto de enfermería. Más que un modelo, su obra se considera como una filosofía definitoria de la profesión enfermera.

a.Bases teóricas: necesidades básicas humanas

b.Opiniones y valores :

- Esfuerzo individual para lograr independencia

- Individuo es un todo con necesidades básicas
- necesidad individual no satisfecha; ser dependiente
- Catorce necesidades básicas, que el individuo realiza sin ayuda: la Salud
- Ser bio-psico-social con necesidades: el hombre

a.Función de la enfermera: atender al sano o enfermo en todo tipo de actividades que contribuyan a la Salud o a recuperarla.

b.Objetivo de este modelo: hombre independiente lo antes posible para cubrir sus necesidades básicas.

c.Cuidados de Enfermería: plan de cuidados.

Para esta autora, la función de ayuda al individuo y la búsqueda de su más pronta independencia es el aspecto del trabajo que la enfermera inicia y controla, y en el que es dueña de la situación. V. Henderson parte del principio de que todos los seres humanos tienen una serie de necesidades básicas que deben satisfacer. Dichas necesidades son normalmente cubiertas por cada individuo cuando está sano y tiene los suficientes conocimientos para ello. Según este principio, las necesidades básicas son las mismas para todos los seres humanos y existen independientemente de la situación en que se encuentre cada individuo. Sin embargo, dichas necesidades se modifican en razón de dos tipos de factores :

- Permanentes: edad, nivel de inteligencia, medio social o cultural, capacidad física.
- Variables: estados patológicos

Las actividades que las enfermeras realizan para suplir o ayudar al paciente a cubrir estas necesidades es lo que V. Henderson denomina cuidados básicos de enfermería. Estos cuidados básicos se aplican a través de un plan de cuidados de enfermería, elaborado en razón de las necesidades detectadas en el paciente.

a.Definición de Enfermería.

La función propia de la enfermera consiste en atender al individuo, enfermo o sano, en la ejecución de aquellas actividades que contribuyen a su salud o a su restablecimiento (o a evitarle padecimientos a la hora de su muerte); actividades que él realizaría por sí mismo si tuviera la fuerza, voluntad o conocimientos necesarios. Igualmente, corresponde a la enfermera cumplir esta misión de forma que ayude al enfermo a independizarse lo más rápidamente posible.

b) Definición de salud

La calidad de la salud, más que la vida en sí misma, es ese margen de vigor físico y mental, lo que permite a una persona trabajar con la máxima efectividad y alcanzar su nivel potencial más alto de satisfacción en la vida. Considera la salud en términos de habilidad del paciente para realizar sin ayuda los catorce componentes de los cuidados de Enfermería. Equipara salud con independencia.

c. Definición de paciente.

Es un individuo que requiere asistencia para alcanzar la salud y la independencia o la muerte pacífica. La mente y el cuerpo son inseparables. El paciente y su familia son considerados como una unidad.

d. Elementos de Enfermería Básica. Necesidades:

Define necesidad fundamental como " todo aquello que es esencial al ser humano para mantener su vida o asegurar su bienestar", siendo concebida esta necesidad como un requisito más que como una carencia. Todos los seres humanos tiene las mismas necesidades comunes de satisfacer, independiente de la situación en que se encuentre cada uno de ellos, puede variar el modo de satisfacerlas por cuestiones i culturales, modos de vida, motivaciones... Considera catorce necesidades:

- Respirar normalmente.
- Comer y beber adecuadamente.
- Eliminar residuos corporales.
- Moverse y mantener una postura convenientemente
- Dormir y descansar
- Seleccionar ropas adecuadas, ponerse y quitarse la ropa.
- Mantener la temperatura corporal, controlando la ropa y el ambiente
- Mantener limpieza e integridad en la piel.
- Evitar los peligros ambientales e impedir que perjudiquen a otros
- Comunicarse con otros para expresar emociones, necesidades, temores, etc.
- Profesar su religión.
- Trabajar en alguna actividad que produzca una sensación de rendir provecho.
- Jugar o participar en diversas actividades recreativas.
- Aprender, descubrir o satisfacer la curiosidad que conduce al desarrollo normal y a la salud, y hacer uso de las instalaciones sanitarias disponibles.

Normalmente estas necesidades están satisfechas por la persona cuando ésta tiene el conocimiento, la fuerza y la voluntad para cubrirlas (independiente), pero cuando algo de esto falta o falla en la persona, una o más necesidades no se satisfacen, por lo cual surgen los problemas de Salud (dependiente). Es entonces cuando la enfermera tiene que ayudar o suplir a la persona para que pueda

tener las necesidades cubiertas. Estas situaciones de dependencia pueden aparecer por causas de tipo físico, psicológico, sociológico o relacionadas a una falta de conocimientos.

e. Factores permanentes que afectan a las necesidades básicas:

- Edad:
- Temperamento: estado emocional o disposición de ánimo:
- Normal.
- Eufórico.
- Ansiedad, temor, agitación o histeria
- Deprimido o hipoactivo.
- Situación social o cultural.
- Capacidad física e intelectual:

f. Factores variables que modifican las necesidades básicas:

- Marcados trastornos del equilibrio, de líquidos y electrolitos, incluidos los estados de inanición, vómitos perniciosos y diarrea.
- Falta aguda de oxígeno.
- Conmoción (inclusive el colapso y las hemorragias).
- Estados de inconsciencia (desmayos, coma, delirios).
- Exposición al frío o calor que produzcan temperaturas del cuerpo marcadamente anormales.
- Estados febriles agudos debidos a toda causa.
- Una lesión local, herida o infección, o bien ambas.
- Una enfermedad transmisible.
- Estado preoperatorio.
- Estado postoperatorio
- Inmovilización por enfermedad o prescrita como tratamiento.
- Dolores persistentes o que no admitan tratamiento.

g. Funciones de Enfermería:

- La enfermera tiene una función primordial de ayuda a individuos sanos y enfermos.
- Ejerce como miembro del equipo médico.
- Actúa independientemente del médico.
- Posee conocimientos en los campos de Ciencias Sociales y Biológicas.
- La enfermera puede evaluar las necesidades humanas básicas.
- El fomento de la salud es más importante que el cuidado de la enfermedad. La salud es una cualidad de la vida.

h. Afirmaciones teóricas :

En la relación enfermera-paciente hay tres niveles:

- La enfermera como sustituta del paciente. Éste se dará siempre que el paciente tenga un proceso grave, que por falta de conocimiento, fuerza o voluntad, no pueda sentirse completo e independiente, es una situación temporal donde la enfermera lo suple totalmente.
- La enfermera con ayuda del paciente. Queda claro que un grado menor de implicación, y la enfermera presta servicios concretos pero deja que desarrolle una parte de su independencia.
- La enfermera como compañera del paciente. La enfermera en este caso supervisa y educa al paciente pero es él mismo el que realiza sus cuidados.

Henderson defiende la independencia funcional de la enfermería respecto a la del médico, pero reconoce la gran relación que existe entre uno y otro dentro del trabajo, hasta el punto que algunas funciones se superponen. Utilizó el método deductivo de razonamiento lógico para desarrollar su teoría.

2. EL MODELO DE CUIDADOS DE ENFERMERÍA DE DOROTEA OREM.

Orem nació en Baltimore, y se educó con las Hijas de la Caridad de S. Vicente de Paúl. Se graduó en 1930. Dentro de su trayectoria como teórica no influyó ninguna enfermera más que otra, sino que fue el conjunto de todas con las que había tenido contacto, y la experiencia de las mismas lo que le sirvió de fuente teórica. Esta autora califica su teoría como una teoría general sobre el déficit del autocuidado, y consta de tres partes.

- La teoría del autocuidado (lo describe y explica).

- La teoría del déficit del autocuidado (justifica el porqué la enfermería puede ayudar a la gente).
- La teoría de los sistemas de enfermería (explica las relaciones que tienen que existir para que esté la enfermería).

Su idea básica sobre la Enfermería coincide substancialmente con la de V. Henderson. Para ella el objetivo de la Enfermería es: ayudar al individuo a llevar a cabo y mantener por sí mismo acciones de autocuidado para conservar la salud y la vida, recuperarse de la enfermedad y/o afrontar las consecuencias de dicha enfermedad. Por autocuidado D. Orem entiende: las acciones personales que emprende y realiza cada individuo con el fin de mantener su vida, su salud y su bienestar; y responder de manera constante a sus necesidades en materia de salud.

Hay varios tipos de autocuidados:

- 1.Los derivados de las necesidades fundamentales que tiene cada individuo: alimento, oxígeno, agua, reposo, etc.
- 2.Los derivados de las necesidades específicas que se plantean en determinados momentos del desarrollo vital: niñez, embarazo, vejez, etc.
- 3.Los derivados de las desviaciones del estado de salud. Es decir, cuando se produce una enfermedad que hace preciso se realicen determinadas acciones para enfrentarse a ella o a sus consecuencias.

Los autocuidados son acciones conscientes que los individuos aprenden y que se realizan de acuerdo con los patrones socioculturales de la comunidad a la que se pertenece. Por ejemplo, la necesidad de alimentación se cubre de diversas maneras según las distintas culturas. Los autocuidados son indispensables para la vida y si faltan se producen enfermedad y muerte. La enfermera actúa cuando el individuo, por cualquier razón, no puede autocuidarse. Los métodos de asistencia de enfermería que D. Orem propone, se basan en la relación de ayuda y/o suplencia de la enfermera hacia el paciente, y son:

- 1.Actuar en lugar de la persona, por ejemplo en el caso del enfermo inconsciente.
- 2.Ayudar u orientar a la persona ayudada, como por ejemplo en el de las recomendaciones sanitarias a las mujeres embarazadas.
- 3.Apoyar física y psicológicamente a la persona ayudada. Por ejemplo, aplicar el tratamiento médico que se haya prescrito.
- 4.Promover un entorno favorable al desarrollo personal, como por ejemplo las medidas de higiene en las escuelas.
- 5.Enseñar a la persona que se ayuda; por ejemplo, la educación a un enfermo colostomizado en cuanto a la higiene que debe realizar.

Incluye dos conceptos fundamentales:

- El autocuidado: las acciones que el hombre necesita realizar para mantener su vida, su Salud y su bienestar. Los requisitos del autocuidado son: universales (aspectos fundamentales de la vida, dirigidos

a cubrir las necesidades vitales, asociados al proceso de desarrollo (según la edad de la persona) y los derivados de las desviaciones del estado de Salud (proceso de la enfermedad, tratamiento y diagnóstico médico). La suficiencia de autocuidados son las capacidades específicas para la acción que tienen las personas: conocimientos, destrezas, habilidades Y motivaciones. Demanda de autocuidados es la suma de las medidas de cuidado necesarias en momentos específicos, o durante un periodo de tiempo, para cubrir todos los requisitos de autocuidado, caracterizados por las condiciones y circunstancias existentes.

- El déficit de autocuidado. Es el núcleo central del modelo de Orem. Establece que las personas están sujetas a limitaciones relacionadas o derivadas de su Salud, que los incapacita para el autocuidado continuo, cuando la " demanda de acción es mayor que la capacidad de la persona para actuar". Múltiples factores pueden ocasionarlo. El cuidado dependiente es el que es dado por un miembro de la familia a otro. Cuando el cuidado requerido es mayor a la capacidad el miembro de la familia se dice que existe un déficit de cuidado dependiente.

La existencia de un déficit de autocuidado es la condición que legitima la necesidad de cuidados de Enfermería. La Enfermería establece qué requisitos son los demandados por la persona a la que van a atender, selecciona las formas más adecuadas de cubrirlos y determinan el curso apropiado de la acción, evalúa las habilidades y capacidades de la persona para cubrir sus requisitos Y el potencial del enfermo para desarrollar las habilidades requeridas para la acción.

Los sistemas de Enfermería son complejos métodos de acción, realizados por las enfermeras dentro de contextos sociales e interpersonales, dependen de las capacidades del paciente para autocuidarse :

- Sistema de compensación total El enfermo no tiene ningún papel activo en la realización del autocuidado, por su estado de incapacidad/limitación. La Enfermería actúa en lugar del paciente tomando las decisiones más adecuadas y ejecutando el autocuidado.

- Sistema de compensación parcial. Tanto el enfermo como el profesional de Enfermería participan en el autocuidado, el grado de participación depende de las capacidades cognitivas y de las destrezas del enfermo, así como de sus capacidades físicas

- Sistema de apoyo educativo. La Enfermería instruye y orienta a la persona para que lleve a cabo el autocuidado necesario. El enfermo es capaz de aprender y tomar las decisiones necesarias en lo referente al autocuidado, ya que no tienen limitaciones/incapacidades.

En los sistemas de Enfermería, la enfermera pasa a ser agente de autocuidado. La agencia de autocuidados, es la combinación de conocimientos, habilidades, destrezas y motivaciones adquiridas a través de la formación y la experiencia, que la posibilitan para poder proporcionar cuidados de Enfermería. Concibe al ser humano como un organismo biológico, racional y pensante. Como tal es afectado por el entorno Y es capaz de acciones predeterminadas que le afecten a él mismo, a otros y a su entorno, condiciones que le hacen capaz de llevar a cabo su autocuidado. Además es un todo complejo y unificado objeto de la naturaleza en el sentido de que está sometido a las fuerzas de la misma, lo que le hace cambiante. Es una persona con capacidad para conocerse, con facultad para utilizar las ideas, las palabras y los símbolos para pensar, comunicar y guiar sus esfuerzos, capacidad de reflexionar sobre su propia experiencia y hechos colaterales, a fin de llevar a cabo acciones de autocuidado y I cuidado dependiente

La Salud es un estado que para la persona significa cosas diferentes en sus distintos componentes. Significa integridad física, estructural y funcional; ausencia de defecto que implique

deterioro de la persona; desarrollo progresivo e integrado del ser humano como una unidad individual, acercándose a niveles de integración cada vez más altos.

El hombre trata de conseguir la Salud utilizando sus facultades para llevar a cabo acciones que le permitan integridad física, estructural y de desarrollo.

Enfermería es proporcionar a las personas y/o grupos asistencia directa en su autocuidado, según sus requerimientos, debido a las incapacidades que vienen dadas por sus situaciones personales.

Los cuidados de Enfermería se definen como ayudar al individuo a llevar a cabo y mantener, por si mismo, acciones de autocuidado para conservar la Salud y la vida, recuperarse de la enfermedad y afrontar las consecuencias de esta.

4.TENDENCIA DE INTERRELACIÓN

También llamada de las Relaciones Personales, ya que estos modelos están basados en ellas. Fundamentan la función de la enfermera en el concepto de interrelación, los más utilizados son el de Hildegarde Peplau, Callista Roy, Myra Levine.

1.MODELO DE CUIDADOS DE ENFERMERÍA DE HILDEGARDE PEPLAU

Nació en 1909, en Pensilvania. Colaboró en el desarrollo del campo de la enfermería psiquiátrica dado su perfil profesional y formativo. Sus fuente teórica la centró en la biología y en las ciencias conductuales, y evolucionó en la teoría de las relaciones interpersonales. Se apoya en los cuidados de la enfermería psicodinámica, para ello hay que comprender nuestra conducta para poder ayudar a los demás, y así aplicar los principios de las relaciones humanas.

a.Bases teóricas :

- Teoría psicoanalista
- Teoría de las necesidades humanas
- Conceptos de motivación y desarrollo personal

a.Presunciones y Valores: Hombre y Salud.

b.Concepto y Función de la enfermera: Proceso interpersonal terapéutico con otros procesos humanos a fin de lograr y alcanzar la Salud del individuo y comunidad. Instrumento educativo para proponer y facilitar una vida personal y comunitaria creativa, constructiva y productiva. La función de la Enfermería se basa en los anteriores conceptos.

c.Objetivo del modelo: Que el individuo alcance el máximo desarrollo personal.

d.Cuidados de Enfermería: Aplicación del PAE.

Es un modelo orientado fundamentalmente hacia la enfermería psiquiátrica.

1.Enfermería psicodinámica.

Los cuidados en Enfermería psicodinámica exigen ser capaz de comprender nuestra propia conducta para poder ayudar a otros a identificar las dificultades percibidas y aplicar principios de relaciones humanas a los problemas que surgen a todos los niveles de experiencia.

2.Relación enfermera-paciente

H. Peplau descubre cuatro fases de la relación enfermera-paciente:

1.Orientación: Durante la fase de orientación, el individuo tiene una necesidad percibida y busca asistencia profesional. La enfermera ayuda al paciente a reconocer y entender su problema.

2.Identificación: La enfermera facilita la exploración de los sentimientos para ayudar al paciente a sobrellevar la enfermedad.

3.Aprovechamiento: El paciente intenta sacar el mayor beneficio posible de lo que se le ofrece a través de la relación.

4.Resolución: Las antiguas metas se van dejando gradualmente de lado a medida que se adoptan otras nuevas.

También describe varias funciones de la enfermería (concretamente seis):

- Función desconocida
- Función de persona recurso.
- Función de liderazgo.
- Función de enseñante (combina todas las funciones)
- Función consejera.
- Función de sustituta/o.

Otros conceptos:

1.Enfermería: Un importante proceso interpersonal y terapéutico. Funciona en términos de cooperación con otros procesos humanos que hacen de la salud una posibilidad para los individuos en las comunidades.

2.Persona: El hombre es un organismo que vive en equilibrio.

3.Salud: Palabra símbolo que implica el movimiento de avance de la personalidad y otros procesos humanos hacia una vida creativa, constructiva, personal y comunitaria.

4.Entorno: Define entorno como las fuerzas existentes fuera del organismo y en el contexto de la cultura.

2.MODELO DE CUIDADOS DE ENFERMERÍA DE SOR CALLISTA ROY.

Roy nació en los Ángeles en 1939, y se graduó en 1963. Desarrolló la teoría de la adaptación ya que en su experiencia en pediatría quedó impresionada por la capacidad de adaptación de los niños.

a.Bases teóricas:

- Teoría de los Sistemas
- Teoría Evolucionista

a.Aspectos generales: Considera al hombre un ser bio-psico-social en relación constante con el entorno que considera cambiante El hombre es un complejo sistema biológico que trata de adaptarse a los cuatro aspectos de la vida:

- La fisiología
- La autoimagen
- La del dominio del rol
- La de interdependencia

Respecto a la Salud, considera como un proceso de adaptación en el mantenimiento de la integridad fisiológica, psicológica y social

a.Función de la Enfermería: La define como un sistema de conocimientos teóricos que prescriben un proceso de análisis y acción relacionados con los cuidados del individuo real o potencialmente enfermo.

b.Objetivo del modelo: Que el individuo llegue a un máximo nivel de adaptación y evolución.

c.Cuidados de Enfermería: PAE. Enfocado a enseñar medidas requeridas de autocuidado terapéutico.

Roy comentó sus supuestos principales en Alberta (1984), en una conferencia Internacional, y son:

a.Un sistema es un conjunto de elementos relacionados de tal modo que forman un todo o la unidad.

b.Un sistema es un todo que funciona como tal en virtud de la interdependencia de sus partes,

c.Los sistemas tienen entradas y salidas, también tienen procesos de control y feed-back.

d.La entrada o imput, en su forma de criterio suele relacionarse con la noción de información.

e.Los sistemas vivos son más complejos que los mecánicos, y tienen unos elementos de feed-back que organizan su funcionamiento general.

C. Roy se basa en una concepción del ser humano como individuo Bio-psico-social en constante interacción con su entorno del que recibe constantes estímulos y a los que debe adaptarse para conservar la salud. El hombre, según C. Roy, debe adaptarse a cuatro áreas, que son:

1.Las necesidades fisiológicas básicas. Esto es, las referidas a la circulación, temperatura corporal, oxígeno, líquidos orgánicos, sueño, actividad, alimentación y eliminación.

2.La autoimagen. El yo del hombre debe responder también a los cambios del entorno.

3.EL dominio de un rol o papel. Cada persona cumple un papel distinto en la sociedad, según su situación: madre, niño, padre, enfermo, jubilado,... Este papel cambia en ocasiones, como puede ser el caso de un hombre empleado que se jubila y debe adaptarse al nuevo papel que tiene.

4.Interdependencia. La autoimagen y el dominio del papel social de cada individuo interacciona con las personas de su entorno, ejerciendo y recibiendo influencias. Esto crea relaciones de interdependencia, que pueden ser modificadas por los cambios del entorno.

C. Roy establece que las enfermeras, para cumplir su objetivo de promover la adaptación del individuo en las cuatro áreas enunciadas anteriormente, deben realizar dos tipos de acciones:

- La valoración, cuyo fin es definir la situación del paciente en la salud-enfermedad.
- La intervención directa sobre el paciente, ayudándole a responder adecuadamente.

Estas acciones se realizan dentro de un proceso de cuidados que comprende las fases de:

- Valoración.
- Planificación
- Actuación
- Evaluación.

Callista hace una diferenciación entre enfermería como ciencia y enfermería práctica, significando que la segunda se enfoca con el propósito de ofrecer a los individuos un servicio que fomente positivamente su salud.

En resumen podemos decir que el modelo de Roy se centra en la adaptación del hombre, y que los conceptos de persona, salud, enfermería y entorno están relacionados en un todo global.

3.MODELO DE CUIDADOS DE ENFERMERÍA DE MARTHA ROGERS

Rogers nació en Dallas en 1914, se diplomó en enfermería en 1936.

a.Bases teóricas:

- Teoría de los Sistemas.

- Teoría física: Electrodinamismo.

a.Aspectos generales: considera al hombre como un todo unificado que posee integridad propia y que manifiesta características que son más que la suma de sus partes y distintas de ellas al estar integrado en un entorno. " El hombre unitario y unidireccional" de Rogers. Respecto a la Salud, la define como un valor establecido por la cultura de la persona, y por tanto sería un estado de «armonía» o bienestar. Así, el estado de Salud puede no ser ideal, pero constituir el máximo estado posible para una persona, por lo tanto el potencial de máxima Salud es variable.

b.Función de la Enfermería: la define como ciencia humanitaria y arte. Sus actividades irán encaminadas hacia el mantenimiento y promoción de la Salud, prevención de las enfermedades y rehabilitación de enfermos e incapacitados. Para ello se intervendrá sobre la totalidad del hombre, grupo y entorno.

c.Objetivo del modelo: procurar y promover una interacción armónica entre el hombre Y su entorno. Así, las enfermeras que sigan este modelo deben fortalecer la consciencia e integridad de los seres humanos, y dirigir o redirigir los patrones de interacción existentes entre el hombre y su entorno para conseguir el máximo potencial de Salud.

Se basa en su concepción del hombre. Su modelo teórico se apoyaba en el conjunto de suposiciones que describen el proceso vital del hombre, el cual se caracteriza por :

- Ser unitario.
- Ser abierto.
- Ser unidireccional.
- Sus patrones y organización
- Los sentimientos.
- El pensamiento.

Para esta autora, el hombre es un todo unificado en constante relación con un entorno con el que intercambia continuamente materia y energía, y que se diferencia de los otros seres vivos por su capacidad de cambiar este entorno y de hacer elecciones que le permitan desarrollar su potencial. Además postuló, en 1983, cuatro bloques sobre los que desarrolló su teoría :

a.Campo energético: se caracteriza por ser infinito, unificador, e irreductible, y es la unidad fundamental tanto para la materia viva, como para la inerte.

b.Universo de sistemas abiertos: dice que los campos energéticos son abiertos e innumerables, y a la vez se integran unos en otros.

c.Patrones: son los encargados de identificar los campos de energía, son las características distintivas de cada campo.

d.Tetradimensionalidad: es un dominio no lineal y sin atributos temporales o espaciales, se aboga porque toda realidad es así.

El objetivo de la enfermera es ayudar a los individuos para que puedan alcanzar su máximo potencial de salud. Para ello, la enfermera debe tratar de fomentar la interacción armónica entre el hombre y su entorno.

Los cuidados de enfermería se prestan a través de un proceso planificado que incluye la recogida de datos, el diagnóstico de enfermería, el establecimiento de objetivos a corto y largo plazo y los cuidados de enfermería mas indicados para alcanzarlos. Para M. Rogers, la atención de enfermería debe presentarse allá donde existan individuos que presenten problemas reales o potenciales de falta de armonía o irregularidad en su relación con el entorno. En líneas generales, se admite que el modelo de enfermería de M. Rogers es eminentemente filosófico e impulsa a las enfermeras a extender su interés hacia todo lo que pueda afectar al paciente como ser humano. El método utilizado por Rogers es sobre todo deductivo y lógico, y le han influido claramente la teoría de los sistemas, la de la relatividad y la teoría electrodinámica Tiene unas ideas muy avanzadas, y dice que la enfermería requiere una nueva perspectiva del mundo y sistema del pensamiento nuevo enfocado a lo que de verdad le preocupa a la enfermería (el fenómeno enfermería).

5.EL MÉTODO CIENTÍFICO EN EL TRABAJO DE ENFERMERÍA

1.Conceptos y reglas generales

Los problemas de salud con los que se enfrenta Enfermería, implican la necesidad de una sistematización científica que comienza desde el mismo momento en que estos se observan, ya que se trate del ambiente hospitalario, comunitario, docente, institucional o nacional. La manera de tratarlos será a través del uso, procedimiento que intenta solucionar el problema detectado. Para que sea problema científico debe reunir los siguientes requisitos:

a.Sugerir una serie de preguntas y someterlas a riguroso estudio. Debemos de ver si tienen respuesta, si alguien ha tratado este problema y a qué conclusiones ha llegado, y si corresponden esas respuestas a la lógica de la situación y a la experiencia acumulada.

b.Todo esto exige una búsqueda de información que puede recogerse de diferentes fuentes :

- Fuentes de datos:
- Historia clínica del paciente.
- Historia de la familia y su inserción social.
- Historia de la comunidad y sus características sociológicas.
- Fuentes bibliográficas: Todo lo que se ha escrito sobre el objeto del estudio (libros, revistas, etc.).

•El uso de técnicas especiales o específicas: Permitir ahondar en la búsqueda de los datos de clasificación del problema. Por ejemplo, para la elaboración de una historia clínica se requiere una serie de técnicas:

- Interrogatorio.
- Inspección.
- Auscultación.
- Observación.
- Medición.
- Entrevista (individual, familiar o en grupo).

d.La exigencia de una valoración de la técnica utilizada.

e.Probar experimentalmente los resultados.

f.Elaborar nuevos problemas de investigación.

2.Objetivos del método científico en enfermería:

- Definir el problema de estudio.
- Búsqueda de datos.
- Análisis de los datos
- Elaboración de los datos.
- Conclusiones probables o elaboración de hipótesis.
- Contrastación de las hipótesis. Determinación de técnicas.
- Búsqueda de leyes, principios, generalizaciones, temas, teoremas, etc.
- Elaboración o formulación de una teoría.

6.EL 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; 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.

Para carpenito (1981), Enfermería es «un proceso terapéutico que implica la interacción mutua entre la enfermera, el cliente y la familia, quienes colaboran para conseguir la máxima salud posible". En esta interacción se emplea el proceso de enfermería para evaluar a la persona en sus procesos vitales psicológicos, fisiológicos, socioculturales, de desarrollo y espirituales, así como de los patrones de interacción con el medio, los objetivos de salud, las energías y limitaciones del cliente y los recursos disponibles para conseguir el estado óptimo de salud.

El Proceso de Atención de Enfermería se define por sus objetivos, así dice Iyer (1989) que, "el objetivo principal del Proceso de Enfermería, es constituir una estructura que pueda satisfacer, individualizándolas, las necesidades del paciente, la familia y la comunidad». En este sentido de estructura y refiriéndose a los objetivos, Yura y Walsh (1983) afirman que, «el proceso de enfermería es un conjunto de pautas organizadas de actuación, dirigidas a cumplir el objetivo de la enfermería: mantener el bienestar del paciente a un nivel óptimo; si éste estado se alterara, proveer entonces, todos los cuidados necesarios que la situación exija, para restablecer su bienestar. Si no se puede llegar al bienestar, el proceso enfermero debe seguir en su apoyo a la calidad de vida del paciente, aumentando al máximo sus recursos, para conseguir la mayor calidad de vida durante el mayor tiempo posible». Alfaro define el proceso de Enfermería como: "El conjunto de acciones intencionadas que la enfermera realiza en un orden específico, con el fin de asegurar que una persona o grupo de personas necesitadas de cuidados de Salud reciban el mejor cuidado posible de los profesionales de Enfermería"

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

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

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

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

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

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

6.1. Los objetivos

El objetivo principal del proceso de enfermería es constituir una estructura que pueda cubrir, individualizándolas, las necesidades del paciente, la familia y la comunidad. El proceso de enfermería implica la existencia de una relación con interacciones entre el paciente y la enfermera, en donde el

objetivo es el paciente. La enfermera, corrobora sus datos con el paciente, participando conjuntamente en el proceso. Ello ayuda al paciente a enfrentarse con los cambios en su salud, tanto actuales como potenciales, y su consecuencia es la atención sanitaria individualizada.

2.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.

6.3. Las características:

a.Tiene una finalidad: Se dirige a un objetivo.

b.Es sistemático: Implica partir de un planteamiento organizado para alcanzar un objetivo.

c.Es dinámico: Responde a un cambio continuo.

d.Es interactivo: Basado en las relaciones recíprocas que se establecen entre d enfermera y el paciente, su familia y los demás profesionales de la salud.

e.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.

f.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.

7.ETAPAS DEL PROCESO DE ATENCIÓN DE ENFERMERÍA

1.VALORACIÓN

Es la primera fase proceso de enfermería, pudiéndose definir como el proceso organizado y sistemático de recogida 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 revistas profesionales, los textos de referencia y los especialistas clínicos, son también fuentes importantes de datos. 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, éstos 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.

Gordon desarrolló un sistema de valoración por patrones funcionales clasificándolos en once grupos, que deben complementarse con una valoración física,

7.1.1. FORMAS DE VALORACIÓN.

Existen dos formas de recoger la información en enfermería, según Alfaro (1988) son:

- Valoración de datos fundamentales: Está dirigida a la recopilación exhaustiva de datos fundamentales de la persona y de sus procesos vitales (Carpenito 1987) psicológicos, fisiológicos, socioculturales, de desarrollo y espirituales, así como de los patrones de interacción con el medio. Generalmente se utiliza durante el primer contacto con el cliente.

- Valoración de datos específicos o valoración focalizada Aspinall MJ y Tanner C. (1985): Se recogen datos seleccionados o específicos sobre un problema concreto, ya identificado. Puede realizarse durante el primer contacto, pero a menudo forma parte de una valoración diaria continuada.

7.1.2. RECOGIDA DE DATOS.

1.Obtención de la información.

2.Recogida de información. Recogida de datos.

La recogida de información por parte de la enfermera está dirigida hacia la identificación del individuo, familia Y grupo o comunidad, en los siguientes aspectos, Carpenito (1987):

- El estado de salud presente Y pasado.
- Los patrones de hacer-frente, pasados y presentes.
- Capacidades y limitaciones.
- Respuesta a las alteraciones presentes.
- Respuesta a la terapia (médica Y enfermera).
- Riesgo de complicaciones potenciales.

7.1.2.3. TIPOS DE DATOS

Los datos son aquella información concreta que se obtiene de una persona, familia o comunidad. Respecto de qué tipo de datos hay que recoger, depende del propio marco de referencia, habrá una serie de datos que proporcionan una imagen general para identificar problemas o necesidades de Salud familiares y comunitarias, y otros datos específicos que se tomarán en función de la situación. La enfermera recoge los siguientes tipos de datos:

- Subjetivos: lo que la persona dice que siente o percibe. Solamente el afectado los describe y verifica.
- Objetivos: son aquellos que se pueden observar u medir.

En ocasiones los datos objetivos y subjetivos son coincidentes, pero en otras son contradictorios, en estos casos tendremos que buscar información complementaria.

- De antecedentes o históricos: Son aquellos hechos que han ocurrido anteriormente y comprenden hospitalizaciones previas, enfermedades crónicas o patrones y pautas de comportamiento (eliminación, adaptaciones pasadas, etc.). Nos ayudan a referenciar los hechos en el tiempo.
- Actuales. Son aquellos hechos que ocurren en el presente (presión arterial, dolor postoperatorio, etc.).

7.1.2.4. FUENTES DE DATOS

La procedencia de la información puede ser de dos tipos:

- Primarias: El paciente nos aportará datos subjetivos y subjetivos.
- Secundarias: Son aquellos datos aportados por personas ajenas al paciente, éstos son la familia, amigos, compañeros de trabajo, etc. Otros datos proceden de la historia clínica anterior y otros de registros y conclusiones realizados por otros miembros del equipo, etc.

Para reunir datos durante la fase de valoración, la enfermera deberá utilizar todos los recursos que tenga a su disposición. Estos supone usar la información de las siguientes fuentes:

- Valoración del individuo/familia:
 - La persona/paciente/cliente. Es la principal fuente de datos a no ser que no pueda comunicarse.
 - Familias y allegados. Pueden facilitar, completar o verificar información.
 - Los miembros del Equipo de Salud. Disponen datos de sus contactos previos o recientes con el individuo.
 - Historia clínica.
- Valoración de la comunidad: ciudadanos, representantes o líderes de la comunidad, asociaciones, censo, INE, servicios de salud Pública, Centros de Salud...

Se deberá tener en cuenta los derechos del paciente en lo que se refiere a su intimidad y vida privada. Ahora bien, quiero añadir en este sentido, que los límites de la intimidad y vida privada de toda persona, están sometidos a una gran subjetividad, este problema se resuelve llevando a cabo procedimientos y técnicas de comunicación específicas para facilitarnos la obtención de información.

7.1.2.5. MÉTODOS PARA LA RECOGIDA DE INFORMACIÓN/DATOS

Los métodos de recogida de información suponen, en enfermería, una forma sistematizada y lógica de recoger los datos necesarios para establecer el diagnóstico y el plan de actuación. Los métodos básicos son: la entrevista, la observación y el examen físico.

A) Entrevista Clínica:

Sobre la entrevista clínica F. Borrell nos indica que, no debe existir una visión simplista equiparando la entrevista con una recogida de datos, ya que la entrevista es eso y mucho más; la diferencia fundamental estriba en que en la entrevista clínica no se busca solo un dato sino información, lo que significa que se pretende recoger un conjunto de datos situados en un contexto. La entrevista puede ser formal o informal. Un interrogatorio formal consiste en una comunicación con un propósito específico, en la cual la enfermera realiza la historia del paciente. El aspecto informal del interrogatorio es la conversación entre enfermera y paciente durante el curso de los cuidados.

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

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

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

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

La entrevista clínica tiene que ser comprendida desde dos ámbitos:

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

a. Hay que hacer especial énfasis en el ámbito de la entrevista como proceso de comunicación humana. Para la enfermería es un marco terapéutico, es la «relación terapéutica», es un instrumento de gran valor, a través del cual se llevan a cabo las actividades de ayuda, recordemos la definición que realiza Colliere (1982), sobre «cuidar»: mantener la vida asegurando la satisfacción de un conjunto de necesidades indispensables en la vida, diversas en sus manifestaciones, así como permitir que la vida continúe y se reproduzca. Tendríamos que incluir en esta definición el concepto activo de "promover", junto al término de "mantener».

Desde este punto de vista interpersonal, la entrevista como proceso de comunicación humana está sometida a dos influencias. Primera, que los actores de este proceso no actúan con absoluta libertad, se atienen a unas reglas o «modelos» de actuación, Parson T, (1951), ejemplo de ello son los modelos siguientes: rol de técnico, es un rol muy parcial de la profesión; el de sacerdote, en este se entiende la enfermedad como un castigo, existen sentimientos de culpa, este rol de , «salvador» se da entre los profesionales médicos; rol de camarada, en este rol se mantiene una distancia terapéutica, mediante este rol se pierden relaciones terapéuticas, es utilizado por profesionales enfermeros; y por último el rol profesional cooperativo, que está centrado en el paciente o consultante, se considera al paciente como algo autónomo con sus creencias y su sistema de valores, la intervención enfermera se hace desde el respeto de la idiosincrasia de la persona.

De esta forma vemos que todos los profesionales de la salud tenemos una autoimagen de lo que somos y hacemos. La tarea de «cuidar» tiene un fondo altruista inherente a la profesión de enfermería y en ocasiones se nos exige que cumplamos con este requisito social. De todas formas el profesional establece su rol dentro de unos modelos u otros. La segunda matización es que en el proceso de comunicación pueden producirse interferencias que dificultan la recepción y comprensión de los mensajes. La entrevista puede verse interrumpida por los ruidos, entendiéndose por esto no solamente los ruidos audibles sino también, la imagen global que ofrece el centro sanitario. Éstas pueden ser controladas por el entrevistador en la mayoría de los casos. Tres tipos de interferencias:

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

a. Las técnicas de la entrevista permiten obtener el máximo de información, son de dos tipos, verbales y no verbales, cuando se utilizan las dos a la vez la entrevista es mucho más eficaz.

- 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.

A. 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 utilicemos. Profundizaremos un poco más en la valoración del paciente mediante los patrones funcionales de salud, por ser menos conocidos. Es utilizada por la Asociación Norteamericana de Diagnósticos de Enfermería (NANDA); Maryori Gordon (1987), estableció 11 patrones o categorías en el marco de un sistema holístico-humanista de salud, de tal forma que mediante ellas se obtendrán los

datos necesarios para la identificación de problemas y se formularán diagnósticos y complicaciones potenciales, es decir, con ellos podemos abordar la identificación de patrones de interacción con el entorno que sean disfuncionales y establecer el problema/diagnóstico enfermero

De manera eficaz se combinan en esta fase de valoración del proceso enfermero dos de los sistemas de valoración que anteriormente hemos visto, éstos son los patrones funcionales de salud y la valoración objetiva mediante un examen físico por sistemas o aparatos. La primera valoración se hace al ingreso, mediante los patrones y seguidamente se recopilan aquellos datos físicos más relevantes por sistemas.

Iyer (1989) y Holloway (1990) recogen que los patrones funcionales (conductas mediadas o no por la voluntad), evidencian la forma como cada ser humano se desenvuelve en la vida, y constituyen la fuente de información sobre, como el individuo interacciona con su entorno, en beneficio o detrimento de su salud. Los factores que influyen en el funcionamiento humano son de carácter físico, psíquico (emocional y psicosocial), sociocultural/ambiental y político-económico, y también podríamos añadir en el marco holístico-humanista los factores espirituales.

PATRONES FUNCIONALES DE SALUD

1. Percepción y mantenimiento de salud.
2. Nutricional y metabólico.
3. Eliminación
4. Actividad/ejercicio.
5. Percepción sensorial, conocimiento, comunicación.
6. Descanso Y sueño.
7. Afrontamiento, tolerancia al estrés.
8. Auto percepción
9. Sexualidad.
10. Rol Y relaciones
11. Valores Y creencias.

Otros métodos de obtener información son: la revisión del historial e informes diagnósticos Y la procedente de otros componentes del equipo sanitario.

7.1.3. IDENTIFICACIÓN DE SEÑALES, SIGNOS Y SÍNTOMAS.

La identificación de señales, signos y síntomas es la segunda etapa de la recogida de datos de la fase de valoración del proceso de enfermería. Una señal es un dato (observación, hechos) que se percibe por alguno de los cinco sentidos, señales son tanto los datos subjetivos como los objetivos, un ejemplo es: pérdida de contacto visual, hambre, hemoglobina 8 mg/dl, etc. Por otro lado a partir de

estos datos recogidos, por ejemplo en un modelo de patrones funcionales, la enfermera inferirá unos juicios, que son deducciones subjetivas, significados personales que se le dan a los signos, las situaciones y están basados en los conocimientos básicos y en los valores o convicciones del observador. Esta limitación subjetiva deberá estar bien fundamentada, de tal forma que se debe estar habituado en eliminar estas influencias, si no lo hacemos estaremos estableciendo diagnósticos y actividades erróneas, un ejemplo de estas inferencias es: enfado, acidosis, vejez, etc.

4.VALIDACIÓN DE DATOS

Significa que la información que se ha reunido es verdadera (basada en hechos). Esto es la debemos asegurarnos de que el paciente quiere indicar lo que de hecho dice. En comunicación existen técnicas de reformulación que nos ayudan a comprender más fielmente los mensajes del paciente, evitando las interpretaciones. Se consideran datos verdaderos aquellos datos susceptible de ser evaluados con una escala de medida precisa, peso, talla, etc. Los datos observados y que no son medibles, en principio, se someten a validación confrontandolos con otros datos o buscando nuevos datos que apoyen o se contrapongan a los primeros.

7.1.5. ORGANIZACIÓN DE LOS DATOS

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

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

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

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

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

7.1.1. DOCUMENTACION Y REGISTRO DE LA VALORACIÓN

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

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

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

- a.Deben estar escritos de forma objetiva, sin prejuicios, juicios de valor u opiniones personales, también hay que anotar (entre comillas), la información subjetiva que aporta el paciente, los familiares y el equipo sanitario.
- b.Las descripciones e interpretaciones de los datos objetivos se deben apoyar en pruebas y observaciones concretas.
- c.Se deben evitar las generalizaciones y los términos vagos como, «normal," «regular", etc.
- d.Los hallazgos deben describirse de manera meticulosa, forma , tamaño, etc.
- e.La anotación debe ser clara y concisa.
- f.Se escribirá de forma legible y con tinta indeleble. Trazar una línea sobre los errores. g.Las anotaciones serán correctas ortográfica y gramaticalmente. Se usarán solo las abreviaturas de uso común.

7.1.2. 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.

7.1.3. IDENTIFICACION DE PATRONES DE INTERACCION Y DE PROBLEMAS ANÁLISIS Y SÍNTESIS DE LOS DATOS

La identificación de problemas implica la realización de actividades intelectuales con el fin de, una vez reconocidos y organizados los datos significativos, compararlos con normas o criterios y detectar patrones o tendencias de funcionamiento, recordemos que estos patrones o tendencia, pueden ser tanto respuestas conscientes como inconscientes de individuo, grupo o comunidad de estudio. Los datos se analizan para extraer deducciones que sintetizaremos como una explicación del estado de salud del individuo, familia o grupo. El análisis e interpretación de los patrones de salud nos ayudan a identificar las formas de vida que conducen al mantenimiento y mejora de la salud o que van en detrimento de la misma.

La enfermería sigue unas estrategias para la identificación de problemas, éstas oscilan entre el análisis sistemático de las posibles explicaciones, hasta la deducción rápida de una explicación. Pero la enfermera debe utilizar más de una posible explicación, es decir, debe dar explicaciones alternativas que posteriormente se irán despreciando o confirmando, hasta que con la más considerada, el problema actual o potencial (de riesgo). Este procedimiento debe realizarse para cada problema que queramos tratar. De esta forma obtendremos conclusiones válidas y también una mayor eficacia en el plan de cuidados.

Por tanto, establecer el o los problemas significa dar explicaciones del estado salud y que para llegar a estas explicaciones es requisito imprescindible que el análisis se base en el establecimiento de todas las relaciones posibles de un dato con el resto de la valoración/descripción de la situación. Tras esto se realiza la síntesis de las relaciones, es decir, la explicación del estado de salud del paciente y área problema.

Lo que se pretende mediante este proceso deductivo es asociar al problema los factores desencadenantes (factores etiológicos) y las manifestaciones que se relacionan favorecedora y/o causalmente con ellos. En palabras de Veníais (1992), la identificación de problemas y el establecimiento de los factores que con ellos se relacionan significa «Seleccionar los datos relevantes (esenciales, significativos, anormales) y relacionarlos entre sí para concluir en los problemas (diagnóstico enfermero o complicación potencial), que presenta o está en riesgo de presentar la persona, la familia o el grupo».

En cuanto a la base de datos que nos sirve de comparación en el análisis, es evidente que no todos los conocimientos que la enfermera posea, se encuentran en la memoria, por lo que para ayudarse en la identificación de explicaciones alternativas, es necesaria la consulta bibliográfica e incluso la valoración por parte de otros compañeros. En este punto se fundamenta la necesidad de que la enfermería adquiriera el hábito de realizar sesiones clínicas y estudios de investigación sobre el error diagnóstico.

Una vez identificados los problemas actuales o potenciales de salud, y siguiendo a Carpenito (1987), se trata de dirimir si los problemas son diagnósticos de enfermería o por el contrario son problemas interdependientes. Para ello es adecuado contestar a la pregunta: ¿Puede la enfermería de manera independiente llevar a cabo acciones para validar un problema de salud, instaurar un tratamiento que solucione el problema? .

Ante una respuesta positiva tendríamos un diagnóstico enfermero, sí es negativa, sería un problema interdependiente.

Los factores relacionados a los diagnósticos enfermeros se obtienen de

- Los mismos patrones de valoración física.
- Los datos sobre el estado de salud.
- Las exploraciones y métodos diagnósticos.
- El tratamiento médico.
- El nivel evolutivo.
- La situación socioeconómica del paciente/cliente.

Las complicaciones potenciales o problemas interdependientes que se puedan derivar de:

- La enfermedad.
- Los signos y síntomas de la misma
- Las exploraciones y métodos diagnósticos.
- El tratamiento médico.

- Los traumatismos.

Los diagnósticos enfermeros están basados en un modelo bifocal de enfermería clínica, éste modelo implica que la enfermera asume la responsabilidad de tratar dos tipos de juicios clínicos: los diagnósticos de enfermería y los problemas interdisciplinarios.

7.1.3.1. EL DIAGNÓSTICO DE ENFERMERIA

A. Definición:

El término de diagnóstico de enfermería fue introducido por V. Fry en 1953 para describir un paso necesario en el desarrollo del plan de cuidados: la identificación y formulación de problemas. Durante los 20 años siguientes, las referencias al diagnóstico de Enfermería aparecían sólo de forma esporádica en la literatura.

En 1973 un grupo de enfermeras se reunió para formar el "Grupo Nacional para la Clasificación de Diagnósticos de Enfermería" en un esfuerzo por identificar categorías de problemas que deberían considerarse como Diagnósticos de Enfermería. Este grupo compuesto por docentes, teóricas, administradoras y enfermeras en ejercicio, se convirtió posteriormente en la "Asociación Norteamericana de Diagnósticos de Enfermería" (N.A.N.D.A.) en 1982, y continúa desarrollando el sistema de clasificación de diagnósticos.

Se desarrollan conferencias nacionales cada dos años, la última (XI) se celebró en 1994.

En palabras de Carpenito el diagnóstico de enfermería «describe las situaciones de salud o los patrones de interacción alterados, en los que la enfermera puede ayudar al cliente».

Algunas definiciones de Diagnóstico de Enfermería:

- Diagnóstico de Enfermería son los problemas de Salud reales o potenciales que las enfermeras, en virtud de su educación y experiencia, están capacitadas y autorizadas para tratar (Gordon).
- Diagnóstico de Enfermería es una declaración que describe una respuesta humana (estado de Salud real o potencialmente alterado), de un individuo/grupo a los procesos vitales, que la enfermera puede legalmente identificar y prescribir las actividades para mantener el estado de Salud o reducir, eliminar o prevenir las alteraciones (Carpenito).
- Diagnóstico de Enfermería es un juicio clínico sobre las respuestas de una persona o grupo a procesos vitales/problemas de Salud reales o potenciales que proporcionan la base de los cuidados para el logro de los objetivos, de los que la enfermera es responsable (NANDA).

B. Ventajas del uso de los diagnósticos de enfermería:

El uso de los diagnósticos de enfermería comporta muchas ventajas para los profesionales favoreciendo las tareas de identificación, validación, estandarización y clasificación de los problemas de salud susceptibles de ser tratados por enfermeros. Pero también, debemos tener en cuenta las actuales deficiencias del listado propuesto por la NANDA, ya que en ocasiones, resulta confuso e incompleto, lo que no ha sido objeción para su uso en Estados Unidos, Canadá (adaptados como ANADIN), Noruega, Dinamarca. En España se comienzan a utilizar y un ejemplo de ello, es el trabajo

de González Carrión, en el que se intenta despejar la cuestión de si se ajustan los diagnósticos de enfermería de la NANDA, a los problemas de salud identificados por los enfermeros/as en las áreas asistenciales españolas estudiadas, esto es la validación de los diagnósticos a nuestro contexto

Ventajas del uso de los diagnósticos de enfermería según Baer

- Organizar, definir y desarrollar el conocimiento enfermero.
- Identificar y describir el dominio y alcance de la práctica enfermera
- Establecer las razones específicas para brindar cuidados al enfermo/usuario basados en un valoración enfermera.
- Centrar los cuidados en la respuesta del enfermo/usuario a los problemas de salud.
- Prescribir actividades específicas para cada situación, lo que debería aumentar la eficacia de los cuidados enfermeros.
- Brindar unos cuidados más individualizados e integrados.
- Evaluar los cuidados brindados.
- Utilizar un vocabulario estandarizado para mejorar la comunicación intra e interprofesional.
- Organizar el contenido del curriculum enfermero.

Luis Rodrigo, M.T. amplía los beneficios de su uso:

- Constituyen una base sólida para la conceptualización y puesta en práctica el rol independiente de la profesión.
- Fomentan la colaboración entre profesionales lo que repercute en una mejor perspectiva fe los problemas de salud y por tanto una mejor calidad de los cuidados y un mayor aprovechamiento de los recursos.
- Permiten establecer el coste de los cuidados enfermeros

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

Hay que considerar la importancia de los beneficios específicos de una taxonomía diagnóstica en los distintos ámbitos del 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 definatorias 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:

- a.Etiqueta descriptiva o título: ofrece una descripción concisa del problema (real o potencial). Es una frase o término que representa un patrón.
- b.Definición: expresa un significado claro y preciso de la categoría y la diferencia de todas las demás.
- c.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.

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

d.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
 - G. 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.

- G. de Maduración: paternidad/maternidad, adolescencia, etc.

D) Tipos de diagnósticos:

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

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

- Alto Riesgo: es un juicio clínico de que un individuo, familia o comunidad son más vulnerables a desarrollar el problema que otros en situación igual o similar. Para respaldar un Diagnóstico potencial se emplean los factores de riesgo. 1.a descripción concisa del estado de Salud alterado de la persona va precedido por el término "alto riesgo" . Consta de dos componentes, formato PE: problema (P) + etiología/factores contribuyentes (E).

- Posible: son enunciados que describen un problema sospechado para el que se necesitan datos adicionales. La enfermera debe confirmar o excluir. Consta de dos componentes, formato PE: problema (P) + etiología/factores contribuyentes (E).

- De bienestar: juicio clínico respecto a una persona, grupo o comunidad en transición desde un nivel específico de bienestar hacia un nivel más elevado. Deben estar presentes dos hechos: deseo de un nivel mayor de bienestar y estado o función actual eficaces. Son enunciados de una parte, conteniendo sólo la denominación. No contienen factores relacionados. Lo inherente a estos Diagnósticos es un usuario o grupo que comprenda que se puede lograr un nivel funcional más elevado si se desea o si se es capaz. La enfermera puede inferir esta capacidad basándose en i los deseos expresos de la persona o del grupo por la Educación para la Salud.

Podemos añadir un quinto tipo:

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

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

- Unir la primera parte (P) con la segunda (E) utilizando " relacionado con" mejor que "debido a" o "causado por". No quiere significar necesariamente que hay una relación causa-efecto directa.
- La primera parte del Diagnóstico identifica la respuesta de la persona, y no una actividad de Enfermería.
- Redactar en términos convenientes y aconsejables desde el punto de vista legal

- Escribir el Diagnóstico sin emitir juicios de valor, sino basarse en datos objetivos y subjetivos que se hayan recogido y validado con el usuario.
- Evitar invertir el orden de las partes del Diagnóstico, puede llevar a un enunciado confuso.
- No mencionar signos y síntomas en la primera parte del Diagnóstico.
- No indique el Diagnóstico de Enfermería como si fuera un Diagnóstico médico.
- No escriba un Diagnóstico de Enfermería que repita una orden médica.
- No rebautice un problema médico para convertirlo en un Diagnóstico de Enfermería.
- No indique dos problemas al mismo tiempo, dificulta la formulación de los objetivos.

E) Los problemas interdependientes:

Bien, ya conocemos el concepto de diagnóstico enfermero pasemos a conocer ahora la definición de problema interdisciplinario o también llamado interdependiente, «son ciertas complicaciones fisiológicas que las enfermeras/os controlan para detectar apariciones o cambios en el estado de salud. Para este tipo de problemas se realizan actuaciones prescritas por el médico y por la enfermera, con la finalidad de minimizar las complicaciones fisiológicas.» (Carpenito 1993). Ejemplo: hemorragia, insuficiencia renal aguda (IRA), etc. Los problemas interdependientes se organizan entorno a los sistemas corporales, pudiendo ser un problema de salud real (actual) o potencial (de riesgo), que se centra en la respuesta fisiopatológica del cuerpo (a un traumatismo, enfermedad, estudios diagnósticos o tratamiento) y que los profesionales de enfermería son responsables de identificar y tratar en colaboración con el médico.

La dimensión interdependiente de la enfermería contiene las misiones de:

- Remarcar la relación de colaboración de la enfermera con otros profesionales.
- Compartir la responsabilidad del cuidado del enfermo con otro profesional (generalmente el médico).
- Ser necesaria e insustituible la terminología biomédica para la formulación del problema.

Resumiendo este concepto, las complicaciones potenciales (léase problemas interdisciplinarios), describen a un individuo en alto riesgo de sufrir o de estar siendo una complicación fisiológica.

F) Responsabilidad de la enfermería en los problemas identificados:

Los profesionales de enfermería son responsables tanto de los diagnósticos enfermeros como de los problemas interdependientes. Según la AEED la responsabilidad sobre el problema se define mediante la descripción de los objetivos a llevar a cabo, así vemos que:

- En los problemas identificados como diagnóstico de enfermería, la responsabilidad se define en mediante los objetivos del cliente, y éstos son "estados descritos por conductas mensurables del paciente/familia, que denotan un estado favorable (cambiado o mantenido), después de los cuidados de enfermería dados" (Alfaro 1989), ejemplo: la persona demostrará en un mes autocuidado de la herida.

•En el problema interdependiente, las responsabilidades se establecen mediante los objetivos de la enfermera/o. Estos objetivos son afirmaciones descritas por acciones mensurables, que denotan la responsabilidad de la enfermera en una situación o diagnóstico médico, por ejemplo, la enfermera/o manejará y minimizará los episodios de aumento de presión intracraneal.

4.FORMULACIÓN DE PROBLEMAS. (DIAGNÓSTICO DE ENFERMERÍA Y PROBLEMAS INTERDEPENDIENTES)

7.1.4.1. ENUNCIADO DE LOS DIAGNOSTICOS ENFERMEROS Y LOS PROBLEMAS INTERDEPENDIENTES

El enunciado de los diagnósticos de enfermería se compondrá de una, dos o tres partes según sea el tipo de diagnóstico a formular, veamos como:

a.Diagnósticos de bienestar se enuncian en una sola parte: Ejemplo, «Potencial para favorecer la paternidad».

b.Diagnósticos de alto riesgo y posibles, enunciado en dos partes: Diagnóstico de alto riesgo + factores de riesgo. Ejemplo, «Alto riesgo de lesión, relacionado con, desorientación y confusión»

c.El diagnóstico real se enuncia en tres partes: Diagnóstico + factores relacionados + signos y síntomas. Ejemplo, «Dificultades para el autocuidado, relacionado con, intolerancia a la actividad física como se evidencia por disnea».

Las palabras resaltadas se utilizan como nexo entre las diferentes partes del enunciado. La formulación de los problemas interdependientes se realiza mediante el término « Complicación Potencial>>, por ejemplo: CP: Trombosis / Flebitis / Infiltración / sobrecarga de líquidos secundaria a terapia (i.v.); CP: Arritmias secundarias a hipopotasemia; CP: Infección de herida secundaria a intervención quirúrgica. No obstante, en ocasiones, este sistema es poco práctico, puesto que decir se está «en riesgo de», y en otras ya es una complicación, es decir se sufre el problema en estos casos se sugiere la siguiente formulación: CP: Flebitis secundaria a terapia (i.v.); CP: Infección de herida quirúrgica.

La investigación enfermera llevada a cabo mediante los diagnósticos enfermeros y los problemas interdependientes resultan de gran utilidad, ya que delimitan los conceptos de los cuidados enfermeros, pudiendo repercutir los resultados en el cuerpo de conocimientos de la enfermería.

5.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

7.1.5.1. LA SELECCIÓN 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.

7.1.5.2. 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:

- a.Objetivos de enfermería o criterios de proceso.
- b.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.

7.1.5.2.1. 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:
 - Uno, abarca un período prolongado y requiere de acciones continuas de enfermería, que median directamente entre el objetivo y su logro.
 - Otro, se obtiene mejor a través de una secuencia de objetivos a corto plazo. Este segundo tipo no requiere de la acción directa de enfermería, dado que las acciones de enfermería acompañan a los objetivos a corto plazo..

2.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.

3.ACTUACIONES DE ENFERMERÍA

Las actuaciones enfermeras son aquellas intervenciones específicas que van dirigidas a ayudar al paciente al logro de los resultados esperados. Para ello se elaborarán acciones focalizadas hacia las causas de los problemas, es decir, las actividades de ayuda deben ir encaminadas a eliminar los factores que contribuyen al problema (Iyer 1989). El paciente y los familiares deben participar, siempre que sea posible, en las decisiones relativas a las intervenciones enfermeras encaminadas al logro de los objetivos. Para identificar las intervenciones es aconsejable conocer los puntos fuertes y débiles del paciente y sus familiares, como se explicó anteriormente.

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

a.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.

b.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, entorno a los diferentes tipos de diagnóstico enfermero y a los problemas interdependientes son:

1.El diagnóstico enfermero real:

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

1.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.

1.Para el diagnóstico enfermero posible:

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

1.Para el diagnóstico enfermero de bienestar:

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

1.Para problemas interdependientes:

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

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

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

El segundo paso de este método consiste en desarrollar todas las soluciones o alternativas posibles. El éxito de las actuaciones de enfermería dependerá de la capacidad del profesional p ara

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.

4.DOCUNIENTACI6N EN EL PLAN DE CUIDADOS DE ENFERMERIA

La última etapa del plan de cuidados es el registro ordenado de los diagnósticos, resultados esperados Y actuaciones de enfermería Ello se obtiene mediante una documentación. El plan de cuidados de enfermería, según Griffith-Kenney y Christensen (1986), "es un instrumento para documentar y comunicar la situación del paciente/cliente, los resultados que se esperan, las estrategias, indicaciones, intervenciones y la evaluación de todo ello".

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

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

P ara 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.

7.1.5.4.1. PARTES QUE COMPONENTEN 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.

2.TIPOS DE PLANES DE CUIDADOS

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

a. 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.

b. 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»

c. 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.

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

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

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

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

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

7.1.6. 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.

7.1.7. EVALUACION

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. La distintas áreas sobre las que se evalúan los resultados esperados (criterios de resultado), son según Iyer las siguientes áreas:

a.Aspecto general y funcionamiento del cuerpo:

- Observación directa, examen físico.

- Examen de la historia clínica

a.Señales y Síntomas específicos

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

a.Conocimientos :

- Entrevista con el paciente
- Cuestionarios (test),

a.Capacidad psicomotora (habilidades).

- Observación directa durante la realización de la actividad

a.Estado emocional :

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

a.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.