

PROCESO ENFERMERO: UNA REALIDAD EN EL SERVICIO URGENCIAS A TRAVÉS DE UN REGISTRO ESTANDARIZADO

AUTORES: Raúl Pérez González; Rafael Martínez Calero; Adelaida Fernández Rodríguez; M^a Ángeles Martínez Rodríguez; Evaristo Rodríguez González

INTRODUCCIÓN

En el entorno de los servicios de urgencias, el usuario siente con frecuencia que el sistema no le responde adecuadamente, inclusive cuando algún aspecto de su dimensión psicosocial e incluso, espiritual, no es tenido en cuenta. Por más calidad que se haya derrochado en el diagnóstico y pruebas complementarias o en la valoración y aplicación de cuidados, si los profesionales no prestan la debida atención a aspectos que la persona cree, importantes en ese momento, difícilmente, identificará a ese servicio como satisfactorio. Hasta hace un tiempo, la atención, evaluación y seguimiento de los pacientes en nuestros hospitales, estaban basados en sistemas con un claro sesgo biomédico. Esto ha cambiado y es a partir de una metodología de cuidados, y teniendo en cuenta la organización actual de los servicios enfermeros, cuando se plantea la sistematización de cuidados incorporando la valoración integral de los pacientes, la utilización de cuestionarios, test e índices de apoyo y taxonomías enfermeras.

Sin embargo, y a pesar de los avances en la aplicación del método científico, nos encontramos aún con dificultades en la implantación y la sistemática del proceso enfermero en urgencias. Así, cuando desde el paradigma actual, se pretende describir la práctica enfermera en urgencias, se reduce a una mera descripción de tareas y poco más.

Cuando se habla de las funciones de la enfermera en urgencias, siempre se alude a la importancia de una actuación urgente, rápida, y eficaz que salve la vida de la persona en una situación crítica y la imposibilidad de todo lo demás. Una enfermera de urgencias puede y debe prestar cuidados derivados de su dimensión interdependiente, pero también puede y debe proporcionar intervenciones encaminadas a resolver las respuestas humanas de la persona en situación crítica que limitan su independencia y no sólo al aporte de la administración de fármacos, la desfibrilación o el control de la alarma de presión en vías aéreas. La enfermera de urgencias al ser el miembro del equipo asistencial que más relación entabla con la persona enferma puede tener una influencia crucial en el entorno del paciente crítico y la vivencia de su proceso. Resulta contradictorio pues, que persista el modelo sanitario preponderante, que minimiza el potencial de la intervención enfermera, relegando su papel a la realización de tareas que complementen la intervención médica. Si sólo se tiene en cuenta la dimensión fisiopatológica de la persona, no se puede proporcionar una asistencia completa y nunca se verán satisfechas adecuadamente las demandas que los usuarios consideran relevantes. Como muy bien resumen Tomás Vidal: "La labor de la enfermera es incuestionable pero será infructuosa si las enfermeras clínicas, las que están en primera línea, no trabajan en pro de identificar su papel específico en cada una de las situaciones en las que intervienen, lo que únicamente es posible mediante la elaboración e implantación de planes de cuidados".

En nuestro centro hospitalario la experiencia asistencial y organizativa que poseemos como enfermeras nos ha hecho ver que la manera de desarrollar nuestro trabajo, la forma cómo lo llevamos a cabo, influye directamente en dos aspectos fundamentales: los resultados obtenidos derivados de los cuidados prestados y la propia satisfacción laboral. En nuestras urgencias se lleva a cabo el método organizativo de "**la enfermera referente**", que propone que cada paciente esté a cargo de una única enfermera en lo que se refiere a la planificación de los cuidados. Esta enfermera es la que observa, detecta problemas del paciente, marca objetivos y planifica las acciones encaminadas a alcanzar dichos objetivos. Los otros miembros de la enfermería no dejan, por ello de atender a los pacientes asignados a otras enfermeras, pero sus acciones deben ser basadas en los cuidados planificados por las respectivas enfermeras de referencia para cada paciente. Sólo en casos que se deben justificar convenientemente, una enfermera que no sea de referencia para un paciente determinado puede alterar la planificación establecida para este paciente. De esta manera prestamos cuidados individualizados en urgencias gracias a la utilización del proceso enfermero, demostrando así que nuestras funciones van más allá de la mera labor por tareas y que la enfermera de urgencias tiene la suficiente autonomía para tomar decisiones en determinados casos. Por otra parte, responsabilizarse de todo el proceso de cuidados, necesariamente producirá mejores cuidados al paciente y mayor satisfacción de la enfermera por contraposición al sistema de administrar inyectables, pastillas, temperaturas y hablar superficialmente con los pacientes.

La enfermera referente es la responsable de los cuidados por lo que dirige el proceso enfermero en todas sus etapas: valoración, diagnóstico, planificación, ejecución y evaluación del proceso.

Un aspecto que contribuyó a dar credibilidad y validez al sistema fue la confección e implantación de un nuevo registro de enfermería basado en el proceso enfermero, fácil de cumplimentar y útil para registrar otras funciones interdependientes. También hemos mejorado el flujo de información entre los profesionales de enfermería de nuestro hospital y de atención primaria de manera que todos conocemos la utilización de un lenguaje estandarizado común. De igual forma el registro ha sido un elemento garante de la continuidad de cuidados dentro dentro del mismo nivel e interniveles.

En la actualidad nos encontramos en una fase de creación de un sistema de registro de nuestras funciones, aprovechando las nuevas tecnologías basándonos en tables pc, donde están relacionados todos los diagnósticos, objetivos e intervenciones, así como escalas de valoración.

2.- DATOS POBLACIONALES

Puente Genil se encuentra situado en el ángulo suroriental de la provincia de Córdoba, en pleno centro geográfico de Andalucía, limítrofe con las provincias de Sevilla y Málaga. Cuenta con una población de 29.402 habitantes y una extensión de su término de 169,5 km² que representa el 1,35 % del total provincial, su densidad de población se sitúa en 173,46 hab/km².

El hospital proporciona atención sanitaria a otras tres poblaciones: Casariche (Sevilla, 5414 hab.), Herrera (Sevilla, 6342 hab.) y Badolatosa (Sevilla, 3200 hab.), por tanto, nos encontramos que presta asistencia a una población aproximadamente de 45000 habitantes.

El servicio de Urgencias del Hospital de Alta Resolución de Puente Genil, fue inaugurado el 19 Enero del 2007, recibiendo una demanda asistencial de 82.254 usuarios hasta Diciembre 2008, de los cuales han requerido ingreso 3.003 pacientes, los cuales se han beneficiado de la continuidad de nuestros cuidados gracias a un sistema de comunicación con un lenguaje estandarizado como es el registro de enfermería basado en el proceso enfermero.

En el periodo de nuestro estudio hubo una demanda asistencial de 20318 pacientes de los cuales 389 requirieron ingresos, 19123 fueron altas a domicilio y 565 fueron trasladados a otro hospital.

3.-JUSTIFICACION:

Uno de los principales motivos por el cual trabajar con diagnósticos de enfermería en los servicios de urgencias es tema de controversia, es que es una terminología que precisa entrenamiento y su presunta incompatibilidad con el cuidado del paciente agudo por la lentitud para identificarlos y registrarlos.

Debido a esto y para facilitar la aplicación clínica del proceso enfermero se ha elaborado un registro tipo check-list, proponiendo una lista con los problemas más frecuentes y relevantes que pueden presentar los pacientes con un proceso agudo y relacionándolos, mediante la asignación de letras, con los objetivos que nos podemos plantear y las intervenciones necesarias para solucionar dichos problemas de salud. De esta forma identificaremos y registraremos de forma fácil y rápida las tres fases del proceso (diagnósticos de enfermería, NIC y NOC), ya que coincidirá la misma letra asignada en cada fase. En él se eligió el modelo de Virginia Henderson como referencia para la atención de enfermería, adoptando su filosofía "porque guía a la enfermera en el uso del Proceso enfermero en todas sus etapas" y ayuda al profesional a actuar de forma responsable y autónoma, planificando cuidados individualizados.

4.-OBJETIVOS:

- Facilitar la aplicación clínica del proceso enfermero en procesos agudos
- Familiarizar a la enfermera de urgencias con la metodología enfermera
- Ayudar a mejorar la comunicación con enfermeros del servicio de destino del paciente
- Permitir una continuidad de cuidados desde el ingreso hasta el alta
- Registrar toda nuestra labor (y no solo las técnicas) de forma rápida y sencilla
- Comprobar los diagnósticos, objetivos (NOC), intervenciones (NIC) más frecuentes en nuestro servicio de urgencias.

5.- MATERIAL Y METODO:

Revisión bibliográfica a través de las bases de datos: pubmed, cuiden plus, enfispo. consulta exhaustiva de los manuales con la terminología NANDA, NIC, NOC. discusión y consenso de los autores para la realización del registro. Las palabras claves para realizar la búsqueda fueron: diagnósticos de enfermería, proceso de atención de enfermería, valoración enfermería, modelos de enfermería y Virginia Henderson.

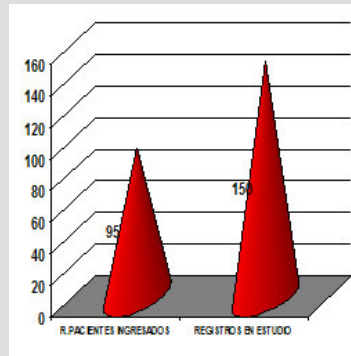
Durante el periodo de julio a diciembre de 2008 se realiza un estudio *observacional de tipo retrospectivo* en el que se incluye una muestra de 150 registros de enfermería (anexo 1) para conocer los diagnósticos, objetivos e intervenciones más frecuentes. En el estudio participaron un total de 13 profesionales Diplomados Universitarios en Enfermería que habían realizado entrevistas utilizando los nuevos registros adaptados.

6.- RESULTADOS

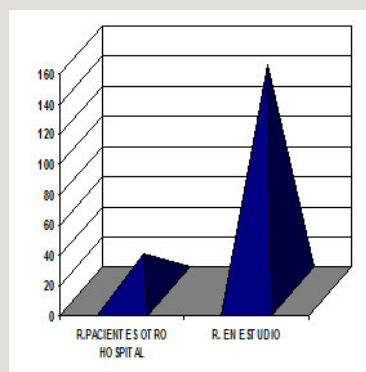
De los 150 registros estudiados, se cumplieron 95 registros de enfermería de pacientes derivados a **hospitalización** de nuestro hospital, lo que quiere decir en un 63,3% de los pacientes que ingresaron se registró la valoración de enfermería y se inició un plan de cuidados individualizado; 25 registros pertenecían a pacientes derivados a **otro hospital**, garantizándose la comunicación en la continuidad de cuidados de la enfermera de traslado y la enfermera de recepción del paciente en un 16,6%; y 30 registros pertenecían a pacientes derivados **a su domicilio** y al equipo de

atención primaria, por lo que un 20% de los planes de cuidados individualizados (de los 150 pacientes estudiados) comenzados por la enfermera de urgencias, deberán ser continuados por la enfermera de atención primaria.

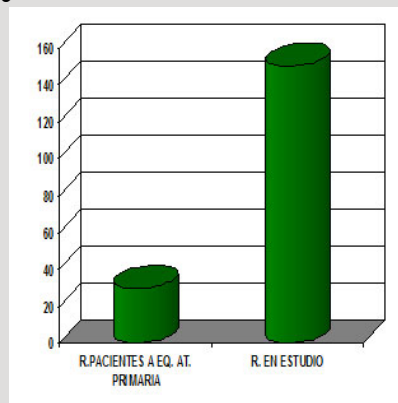
REGISTROS PACIENTES DERIVADOS A HOSPITALIZACIÓN



REGISTROS PACIENTES DERIVADOS A OTRO HOSPITAL



REGISTROS PACIENTES DERIVADOS A EQUIPO AT. PRIMARIA

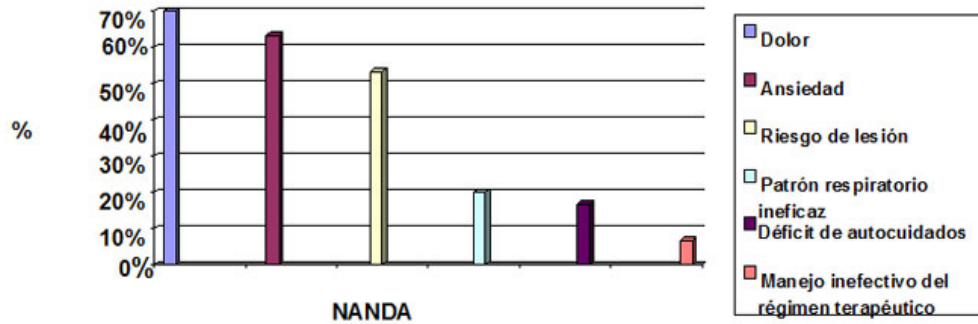


Los diagnósticos de enfermería más frecuentes que se han registrado son Dolor (00132) en un 70% de los casos; Ansiedad (00146) en un 63,3%; conocimientos deficientes (00126) en un 53,3%; Riesgo de lesión (00035) en un 20%; Patrón respiratorio ineficaz (00032) en un 16,6%; Déficit de autocuidados (00102, 00108, 00110) y manejo inefectivo del régimen terapéutico (00078) en un 6,6%.

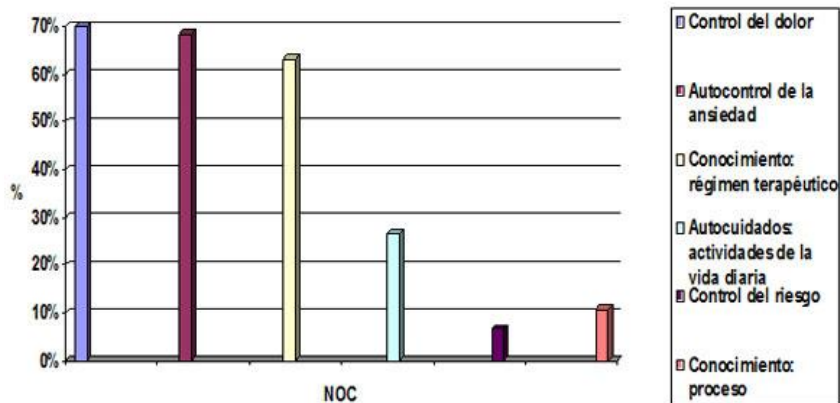
Los Objetivos (NOC) más frecuentes fueron: Control del dolor (1605) en un 70%; Autocontrol de la ansiedad (1402) en un 68,5% de los casos; Conocimiento: régimen terapéutico (1813) en un 63,3%. Control del riesgo (1902) en un 26,6%; Autocuidados: actividades de la vida diaria (0300) en un 10,6% de los casos; Conocimiento: proceso de enfermedad (1803) en un 6,6%.

Las intervenciones más frecuentes fueron: Flebotomía: vía canalizada (4235) Administración de medicación (2300); Monitorización de signos vitales (6680); cuidados del catéter venoso (4604); Manejo del dolor (1400); disminución de la ansiedad (5820); Educación sanitaria (5510); control de infección (6540); Escucha activa (4920); Ayuda autocuidados (1806, 1802); Aumentar afrontamiento (5230)

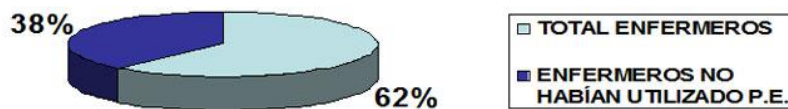
DIAGNOSTICOS NANDA



OBJETIVOS (NOC)



- De los 13 enfermeros que han participado en el estudio, 8(61,5% nunca habían trabajado con la metodología del proceso enfermero en urgencias.



7.-CONCLUSIONES:

- Con este registro conseguimos AYUDAR a mejorar calidad asistencial en el paciente de urgencias ya que, además de continuar realizando una actuación urgente rápida y eficaz, completamos nuestra asistencia satisfaciendo las necesidades que se han visto alteradas por su estado de salud, cubriendo su pérdida de independencia e identificando problemas que podremos solucionar, así como monitorizar su evolución lo que nos proporcionara una mayor satisfacción profesional.
- Es un instrumento útil para garantizar la continuidad de cuidados de nuestros pacientes, como hemos reflejado en los resultados del estudio.
- Se trata de un elemento importante que ayuda a mejorar la comunicación entre profesionales de otras unidades y niveles asistenciales en la transferencia del paciente ya que se basa en un lenguaje estandarizado.

- Se trata de un instrumento de medición de los cuidados prestados
- Nos ayuda a registrar nuestro plan de cuidados individualizados de forma rápida y sencilla y no sólo nuestra labor técnica
- Ha servido para familiarizar a la enfermería de urgencias con el proceso enfermero ya que el 61.5% nunca había trabajado con esta metodología.

8.- BIBLIOGRAFÍA

- 1.-Fernández, R Gallardo, JS Galdeano, N Arqueros, F y Ortuño, R. [Experiencia en evaluación de criterios de calidad del proceso enfermero](#). Sevilla (España) 2004. Comunicación.
- 2.- Jiménez Llamas, M Isabel Morales Blanco, Ana M y Roldán Sánchez, Rosa M. [El proceso enfermero: un reto alcanzable](#). Madrid. 2005. Pp. 435-442. Comunicación.
- 3.- Valle Rico, S Moreno Martínez, MJ Serrano Prieto, MF Río Gómez, JM del Garramiola Córdoba, JR y Tienda Carril, P. [El proceso enfermero, teoría o práctica](#). Bilbao (España) 2004. Pp. 190-195. Comunicación
- 4.- Andrade Cepeda, Rosa Ma. Guadalupe y Martínez Rosas, Nohemí. [El proceso enfermero para brindar atención de calidad](#). Desarrollo Científ Enferm. 2004 ene-feb. 12(1):17-19. Revisión, artículo.
- 5.- Capel Bonachera, Y Soria Albacete, AM Castillo Lorente, JI Urrea Gilabert, I Ruiz Salvador, Diego y Cara Martín, Juan Francisco. [Correspondencia entre diagnósticos enunciados e intervenciones registradas](#). Tempus Vitalis. 2002 sep-dic. 2(3) Comunicación, resumen.
- 6.- Morales Asencio JM; Introducción al proceso enfermero como método de prestación de cuidados de cuidados en el paciente crítico. Enfermería clínica, 2004;
- 7.- Arenas Fernández, José Carrasco Acosta, M del Carmen Márquez Garrido, Manuel Abreu Sánchez, Ana Rovira Gil, Elías y López González, Angel. [El PAE en las urgencias hospitalarias generales del Servicio Andaluz](#). Madrid. 2003. 02109. Comunicación
- 8.- Valenzuela Rodríguez, Antonio Jesús y Cámara Anguita, Sixto. [Registro del proceso enfermero en el Área de Urgencias y Emergencias: una aplicación práctica a través de una herramienta viva](#). Sal Cuid. 2004 feb. Año 3(7) Revisión, artículo.
- 9.- Morales Asencio JM; La reorientación de los servicios de urgencias hacia el paciente. Emergencias 2001;13(1):1
- 10.-Morales Asencio JM; La valoración del enfermo crítico según el nivel de dependencia de enfermería. Enfermería clínica, 1997;7(1):9-15.
- 11.- García Sanchez, Francisco José Roncero Roncero, Antonia Pulido de la Torre, María Dolores y García Pliego González Mohino, Angustina. [Experiencia de implantación del proceso enfermero en el área de atención primaria de Ciudad Real](#). Enferm Comunitaria. 2005 jul-dic. 1(2):32-36. Original, artículo/ Estudio descriptivo

Anexo 1

REGISTRO DE ENFERMERÍA

Este documento ha sido elaborado para registrar nuestro trabajo de una forma organizada y estandarizada, de tal manera que nos permita unificar criterios en nuestra labor, disminuyendo la variabilidad existente entre los profesionales de Enfermería.

Hemos intentado reflejar todas las fases de nuestra asistencia desde que el paciente entra en el servicio de urgencias hasta que es dado de alta o ingresado. Así pues, el registro consiste en:

Documento de Triage: se trata de un documento en el que se registrarán los datos necesarios para establecer una prioridad en la atención al paciente. Incluye datos como la forma de llegada a urgencias (solo, acompañado, ambulancia convencional o U.V.L móvil); alergias, motivo de consulta; antecedentes patológicos, quirúrgicos y tratamiento habitual; constantes vitales; prioridad y consulta a la que va a ser derivado el paciente; pruebas complementarias solicitadas desde la consulta de R.A.C..

Técnicas de Enfermería, Pruebas complementarias, registro de constantes vitales y prescripción de medicación: las órdenes del médico deberán ser escritas por éste y no de forma verbal. El enfermero deberá firmar cada medicación que administre indicando a su vez la hora en que se ha administrado.

Hoja de Valoración de Enfermería: basada en las necesidades descritas por Virginia Henderson.

Relación de problemas identificados en el paciente: basado en los diagnósticos NANDA.

Check-list con los objetivos y criterios de resultados NOC

Check-list con las intervenciones NIC

Con este registro conseguiremos una mayor calidad asistencial en el paciente de urgencias, ya que además de continuar realizando una actuación urgente rápida y eficaz, en cuanto a lo que a técnicas de enfermería se refiere y a la evolución médica del paciente, completaremos nuestra asistencia satisfaciendo las necesidades que se han visto alteradas por su estado de salud, cubriendo su pérdida de independencia e identificando problemas que podremos solucionar, así como monitorizar su evolución, lo que nos proporcionará una mayor satisfacción profesional. De esta forma estaremos llevando a cabo las cuatro fases del proceso enfermero:

~ Valoración: Virginia Henderson

Identificación de problemas: NANDA

Planificación y ejecución: NIC

~ Evaluación: NOC

Para facilitar la aplicación clínica del proceso enfermero se ha elaborado un registro tipo Check-list; es decir, en cada lista se chequeará la opción que el profesional considere en cada caso. A su vez las tres últimas fases del proceso están relacionadas entre sí mediante la asignación de letras, de tal manera que cuando elaboremos un diagnóstico identifiquemos rápidamente los objetivos que nos podemos plantear y las intervenciones que podemos llevar a cabo para solucionar ese problema de salud, ya que coincidirá la misma letra asignada en cada fase, p.ej.: "D) Ansiedad---NOC autocontrol de la ansiedad (D)---NIC educación sanitaria (D), disminución de la ansiedad (D), aumentar el afrontamiento (D), etc... De esta manera solucionaremos los principales problemas que siempre surgen cuando se intenta implantar el proceso enfermero en el servicio de urgencias como son: la falta de manejo de los profesionales de una terminología que resulta engorrosa; y la presunta incompatibilidad con el cuidado del paciente agudo por la lentitud para llevarlo a cabo.

VALORACION

En la valoración la enfermera utiliza un proceso cognitivo de valoración continua del paciente intentando categorizar la situación en que este se encuentra y el nivel de cuidados que precisa, fluctuando esta valoración a medida que lo hace su grado de dependencia.

En este registro se han reflejado las necesidades más importantes a valorar para poder elaborar los diagnósticos más frecuentes que se detectan en el paciente con un proceso agudo, basándonos en las catorce necesidades de Virginia Henderson.

Debido a que la asistencia a este tipo de pacientes requiere una actuación rápida, debemos organizar la información de forma eficiente y seleccionar los datos más relevantes en el mínimo espacio de tiempo posible. Por todo ello, se ha elaborado una valoración completa en la que sólo tengamos que chequear el dato obtenido.

1. Respiración/Oxigenación/circulación.- En este apartado se valorará la necesidad de respirar mediante tres ítems: valoraremos si la vía aérea está permeable o no, si existe algún problema en la ventilación del paciente y si la frecuencia cardíaca está alterada o es normal.
2. Alimentación e Hidratación.- Se valorará si el paciente es capaz de deglutir, si utiliza prótesis para la masticación y si su nivel de hidratación y nutrición son adecuados atendiendo al estado de piel, uñas, mucosas... y a la cantidad de líquidos que ingiera habitualmente. De la misma manera anotaremos si es autónomo o si por el contrario, necesita ayuda total o parcial (en cuyo caso se anotará el tipo de ayuda que requiere) para cubrir esta necesidad.
3. Eliminación.- En este apartado distinguimos dos patrones de eliminación, el urinario y el intestinal. En el primer caso, señalaremos si el paciente es incontinente o no, el hábito vesical (expresado en veces/día), y si es autónomo o necesita ayuda total o parcial (indicando en este caso el tipo de ayuda). En el patrón intestinal destacaremos el tipo de pérdida (vómitos, diarreas...) atendiendo también a sus características en cuanto a cantidad y aspecto.
4. Movilización.- Se valorará el estado del paciente en cuanto a la movilidad y actividad física, la fuerza y movilidad de extremidades, gama de movimientos que realiza, capacidad de deambulación, tolerancia a la actividad... De esta manera estaremos valorando su capacidad de adaptación a las Actividades de la Vida Diaria. Anotaremos también si es autónomo o si requiere ayuda total o parcial para cubrir esta necesidad. En general se valorará si existe dificultad para moverse, levantarse, sentarse o caminar.
5. Reposo/Bienestar.- Valoraremos si el paciente tiene o no dolor, de qué tipo es, su localización e intensidad, utilizando la escala de valor analógica (EVA). También señalaremos el patrón reposo/sueño destacando la pauta de sueño habitual y las horas de sueño interrumpidas por el dolor, para poder valorar la calidad del dolor y la vivencia del proceso patológico por parte del paciente.

6. Vestirse y Desnudarse.- Nos interesa saber si el paciente es autónomo o requiere ayuda total o parcial para cubrir esta necesidad.

7. Mantener Temperatura Corporal.- Anotaremos la temperatura a la llegada al servicio de urgencias destacando si existe algún problema para mantener la T~' corporal y valorando las medidas utilizadas para combatir ese cambio de T~ (medidas físicas, medicación antitérmica...).

8. Higiene y Protección de piel y mucosas.- Se valorará aspecto de la piel, color, temperatura y humedad. Se debe anotar la presencia de heridas contaminadas, los hábitos higiénicos y estado de la ropa. De esta manera identificaremos si existe riesgo de infección y si la higiene es normal o deficitaria.

9. Seguridad/ Evitar peligros.- Atendiendo a la edad, se anotará el nivel de conciencia mediante la escala de valoración neurológica A.V.D.N. (Alerta, respuesta Verbal, respuesta al Dolor, No hay respuesta). De esta forma podremos valorar la capacidad del paciente para pedir ayuda, el riesgo de caídas que presenta..., en definitiva el nivel de atención que necesita el paciente para evitar peligros.

10. Comunicarse.- Valoraremos si el paciente tiene algún problema relacionado con la vista y el oído que le impida comunicarse con normalidad. También observaremos el grado de relación con el entorno y la familia. Apuntaremos la existencia de prótesis visuales y/o auditivas, así como la existencia de barreras idiomáticas.

OBSERVACIONES

Existe un campo abierto donde se anotarán datos de la valoración, destacables o relevantes que no hayan sido recogidos en los puntos anteriores.

Las necesidades que no hemos reflejado debido al tipo de paciente al que asistimos, el paciente con un proceso urgente, deberían anotarse si en algún momento adquiere relevancia. Nos referimos a las necesidades de: "Actuar según Creencias y Valores"; "Necesidad de Realización"; "Necesidad de Ocio/Actividades Lúdicas"; "Necesidad de Aprender".

DIAGNOSTICOS ENFERMEROS

Corresponde a la segunda fase del proceso enfermero en la que se analizan e interpretan los datos significativos procedentes de la valoración y se establecen unas conclusiones, teniendo en cuenta las necesidades, problemas y respuestas humanas de la persona. Estas conclusiones marcarán los objetivos que deberán seguir los cuidados del paciente, a la vez que proporcionan un referente de cara a la evaluación de los mismos.

Una vez recogida toda la información necesaria, ya podemos identificar problemas de salud que requieren cuidados de enfermería.

Uno de los principales motivos por el cual trabajar con diagnósticos de enfermería en nuestro servicio es tema de controversia, como ya hemos citado, es la terminología complicada que presenta. Debido a esto en este registro se han establecido una relación de los problemas más frecuentes y relevantes que pueden presentar los pacientes con un proceso agudo (que se valorarán posteriormente poniendo en práctica dicho registro), aunque existe un apartado denominado "otros" para que señalemos diagnósticos que no aparecen en la check-list como más frecuentes pero que sin embargo lo hemos detectado en nuestro paciente.

Como ya sabemos, cada diagnóstico está formado por tres partes:

1.-Problema/Etiología/Signos y síntomas= deterioro/relacionado con... /manifestado por...; en este registro chequearemos el problema, pero el "r/c" debemos redactarlo ya que un mismo problema puede tener múltiples causas según cada paciente.

También debemos chequear si hemos identificado el problema a la llegada del paciente a urgencias o durante su estancia (para lo cual señalaremos el cuadro blanco), o si por el contrario lo hemos detectado a la hora del ingreso (para lo cual señalaremos el cuadro gris). De esta manera los diagnósticos identificados en el momento del ingreso en otra unidad deberán recibir especial atención por el enfermero receptor ya que no hemos podido actuar sobre ellos, es decir, lo hemos identificado pero no hemos podido planteamos ningún objetivo ni realizar ninguna intervención.

PLANIFICACIÓN

Se inicia con el establecimiento de objetivos y la elección de intervenciones. La NOC es una taxonomía estructurada, en clases y dominios que posee 260 criterios de resultado sensibles a la práctica enfermera y cada resultado posee unos indicadores que se evalúan mediante escalas de medición articuladas en escalas LIKER de 5 puntos

INTERVENCIONES

Una vez identificado el problema y planteados los resultados deseados, se comenzará con la planificación de intervenciones. En el registro Se han recogido las intervenciones más frecuentes que se pueden realizar en un paciente crítico, relacionándolas con los diagnósticos y los resultados.

EVALUACION DE OBJETIVOS

Antes de que el paciente ingrese o sea dado de alta, debemos chequear si se han conseguido los objetivos planteados. Esto se valorará mediante una escala de medición articulada en escala de Liker de cinco puntos. La evaluación se realizará atendiendo a los indicadores que se especifican a continuación:

040301 Frecuencia respiratoria

040316 Dificultad respiratoria

040309 Utilización de músculos accesorios (1) Gravemente comprometido (2) Sustancialmente (3) Moderadamente (4) Sustancialmente (5) No comprometido

0401 ESTADO CIRCULATORIO

040101 Presión arterial sistólica

040102 Presión arterial diastólica

040139 Color de Piel

040138 Temperatura cutánea

040126 Velocidad del pulso (1) Gravemente comprometido (2) Sustancialmente (3) Moderadamente (4) Levemente (5) No comprometido

0410 ESTADO RESPIRATORIO: PERMEABILIDAD V.V.A.A

041009 Facilidad respiratoria

041006 Movilización del esputo hacia fuera de las vías respiratorias

041004 Frecuencia respiratoria (1) Gravemente comprometido (2) Sustancialmente (3) Moderadamente (4) Levemente (5) No comprometido

1402 AUTOCONTROL DE LA ANSIEDAD

140204 Busca información para reducir la ansiedad

140207 Utiliza técnicas de relajación

140216 Refiere ausencia de manifestaciones de una conducta de ansiedad (1) Nunca demostrado (2) Raramente (3) A veces (4) Frecuentemente (5) Siempre

0313 NIVEL DE AUTOCAUIDADOS

031302 Se viste

031307 Se asea de manera independiente

031308-9 Controla las medicaciones orales, tópicas y parenterales (1) Gravemente comprometidos (2) Sustancialmente (3) Moderadamente (4) Levemente

(5) No comprometido

1909 CONDUCTA DE PREVENCIÓN DE Caldas

190915 Uso de barandillas para agarrarse

190913 Adaptación a la altura adecuada de la cama

190916 Agitación e inquietud controladas (1) Nunca demostrado (2) Raramente (3) A veces (4) Frecuentemente (5) Siempre

1101 INTEGRIDAD TISULAR: PIEL Y MUCOSAS

110101 Temperatura de la piel

110111 Perfusión tisular

110115 Lesiones cutáneas

110117 Tejido cicatricial (1) Grave (2) Sustancial (3) Moderado (4) Leve (5) Ninguno

1404 AUTOCONTROL DEL MIEDO

140403 Busca información para reducir el miedo

140407 Utiliza técnicas de relajación para reducir el miedo

140417 Controla la respuesta del miedo (1) Nunca demostrado (2) Raramente (3) A veces (4) Frecuentemente (5) Siempre

0902 COMUNICACIÓN

090202 Utiliza lenguaje hablado

090205 Utiliza lenguaje no verbal

090210 Interpretación exacta de los mensajes recibidos (1) Gravemente comprometido (2) Sustancialmente (3) Moderadamente (4) Levemente (5) No comprometido

0006 ENERGIA PSICOMOTORA

000608 Muestra un nivel de energía apropiado

000609 Muestra capacidad para realizar tareas diarias

000606 Muestra interés por lo que le rodea (1)Nunca demostrado(2)Raramente(3)A veces(4)Frecuentemente(5)Siempre

0912 ESTADO NEUROLOGICO: CONCIENCIA

091201 Abre los ojos a estímulos externos

091202 Orientación cognitiva

091203 Comunicación apropiada

1918 PREVENCIÓN DE LA ASPIRACIÓN

191802 Evita factores de riesgo

191801 Identifica factores de riesgo

(1)Nunca demostrado (2) Raramente (3) A veces (4) Frecuentemente (5) Siempre

1300 ACEPTACIÓN DEL ESTADO DE SALUD

130008 Reconocimiento de la realidad de su situación de salud

130007 Expresa sentimientos sobre su estado de salud

130011 Toma de decisiones relacionadas con la salud (1)Nunca demostrado(2)Raramente(3)A veces(4)Frecuentemente(5)Siempre

1803 CONOCIMIENTO: PROCESO DE ENFERMEDAD

180302 Descripción proceso de enfermedad

180309 Descripción de las complicaciones

180304 Descripción de factores de riesgo

(1) Ninguno (2) Escaso (3) Moderado (4) Sustancial (5) Extenso

1302 AFRONTAMIENTO DE PROBLEMAS

130205 Verbaliza ~ aceptación del estado de salud

130212 Utiliza estrategias de superación efectivas

130215 Busca ayuda profesional de forma apropiada (1)Nunca demostrado(2)Raramente(3)A veces(4)Frecuentemente(5)Siempre

0907 ELABORACIÓN INFORMACIÓN

090705 Muestra procesos de pensamiento lógicos

090703 Verbaliza un mensaje coherente

090702 Lee y comprende un párrafo o frase breve (1) Gravemente comprometido (2) Sustancialmente (3) Moderadamente (4) Levemente (5) No comprometido

1305 MODIFICACIÓN PSICOSOCIAL: CAMBIO DE VIDA

130501 Establecimiento de objetivos realistas

130502 Mantenimiento de la autoestima

130504 Expresiones de utilidad

130506 Expresiones de optimismo sobre el presente (1)Nunca demostrado(2)Raramente(3)A veces(4)Frecuentemente(5)Siempre

1205 AUTOESTIMA

120501 Verbalizaciones de autoaceptación

120502 Aceptación de sus limitaciones

120519 Sentimientos sobre su propia persona

(1)Nunca positivo (2) Raramente (3) A veces (4) Frecuentemente (5) Siempre positivo

1605 CONTROL DEL DOLOR

160513 Refiere cambios de los síntomas o localización del dolor

160509 Reconoce síntomas asociados del dolor

160511 Refiere dolor controlado (1) Nunca demostrado (2) Raramente (3) A

(1)Gravemente comprometido (2) Sustancialmente (3) Moderadamente (4) Levemente (5) No comprometido

1902 CONTROL DEL RIESGO

190201 Reconoce factores de riesgo

190216 Reconoce cambios en su estado de salud

190214 Utiliza sistemas de apoyo para controlar el riesgo

190206 Se compromete con estrategias de control de riesgo

(1) Nunca demostrado (2) Raramente (3) A veces (4) Frecuentemente (5) Siempre

0208 NIVEL DE MOVILIDAD

020801 Mantenimiento del equilibrio

020806 Ambulación

020802 Mantenimiento de la posición corporal

020814 Se mueve con facilidad

(1) Gravemente comprometido (2) Sustancialmente (3) Moderadamente (4) Levemente (5) No comprometido