EL PROCESO ENFERMERO EN URGENCIAS PREHOSPITALARIAS. ¿UNA UTOPÍA? PROPUESTA ASISTENCIAL

Natalia Rodríguez Arias
DUE Asistencial de la Fundación Pública Urgencias Sanitarias 061 de Galicia. Base Orense

INTRODUCCIÓN

Fue Florence Nightingale, enfermera aristócrata inglesa la que comp rendió por primera vez que la enfermería no podía basar su forma de actuar en la intuición y buena voluntad, sino que debía tener ciertos conocimientos.

Hasta 1975 a penas se aprecian cambios y era el médico el que prescribía y dirigía el plan de asistencia al paciente, mientras el ATS ejecutaba lo mandado.

En 1986 la enfermería entra en la Universidad coincidiendo con la Ley General de Sanidad, para convertirse en una ciencia y demostrar que era una profesión.

El PAE es el elemento principal que demuestra que la enfermería es una ciencia, ya que es la aplicación del método científico a la práctica asistencial enfermera, es decir, la aplicación de la resolución científica de problemas a los cuidados de enfermería. Es por eso que se está intentado una práctica clínica más autónoma de la enfermería basada en un modelo propio: el Proceso enfermero.

Pero las últimas tendencias y la continua evolución de la profesión han hecho que la aplicación a la práctica diaria sea más sencilla y sobre todo unificada.

Desde hace varios años se discute la necesidad de estandarizar los lenguajes enfermeros buscando alcanzar varios propósitos, entre los que destaca el proporcionar un lenguaje a los profesionales de enfermería para comunicar los cuidados que realizan sobre el paciente, entre ellos mismos, con otros profesionales sanitarios y con la población.

Así la NANDA (Asociación Norteamericana de diagnósticos de enfermería) creada en 1970 desarrolla la Taxonomía II, o grupo de diagnósticos enfermeros para aplicar a la práctica clínica. Con ella la NANDA ha conseguido unificar el lenguaje enfermero de forma útil y estandarizada para minimizar la complejidad y diversidad de la práctica diagnóstica enfermera.

En 1987 un grupo de trabajo de la Universidad de Iowa elabora la NIC, Clasificación estandarizada de las intervenciones enfermeras, destinadas a tratar el problema enunciado en forma de diagnóstico de enfermería. Y en 1991, un grupo de trabajo de la Universidad de Iowa elabora la NOC, Clasificación estandarizada de los resultados enfermeros. Son conductas que de acuerdo a las intervenciones iniciadas y a las capacidades del usuario podemos conseguir modificar para solucionar el problema de salud o diagnóstico de enfermería.

Así la NANDA, NOC Y NIC pueden utilizarse por separado o conjuntamente. Aunque es en el último caso cuando representan el campo de la enfermería en todos sus entornos y especialidades, y es como facilita su uso.

La tendencia actual es utilizar este lenguaje para documentar el cuidado del paciente. A esta relación del lenguajes estandarizados se le ha llamado Taxonomía NNN para la Práctica Enfermera, que durante el cuso de estos tres últimos años se ha refinado para unir los diagnósticos, las intervenciones y los resultados enfermeros.

RESUMEN

Por todo lo expuesto anteriormente veo la necesidad de utilizar en nuestra práctica asistencial la Taxonomía NANDA, NOC Y NIC.

Por ello he elaborado una Hoja asistencial de atención de enfermería en Emergencias Prehospitalarias como único método de trabajo, con un leguaje común y estandarizado que facilite a los DUEs la aplicación del Proceso enfermero mediante planes de cuidados estandarizados, y garantice una atención de calidad a los usuarios, sirviendo a la vez al sistema sanitario como elemento de medida de eficacia y eficiencia de los cuidados prestados.

El proyecto ha tenido gran aceptación por parte de la Dirección en mi lugar de trabajo. Su desarrollo y aplicación se llevará a cabo en el transcurso de este año.

Debido a las particularidades de nuestro trabajo y la falta de espacio físico para aplicar dicha Taxonomía en la actual historia clínica de atención al paciente, he intentado que esta hoja de actuación de enfermería sea sencilla, práctica y cómoda y lo más manejable posible, facilitando así su uso habitual y sirviendo como elemento de recopilación de información del paciente que de otra manera se perdería o no sería tan extensa. Es una herramienta que nos asegura la posibilidad de dar continuidad a los cuidados de enfermería, facilitar el desarrollo profesional y abordar de forma integral al paciente.

La estructura de la Hoja asistencial de atención de enfermería responde al desarrollo de los Planes de cuidados

estandarizados en urgencias prehospitalarias. Consta de tres partes bien diferenciadas para simplificar su utilización:

- Una hoja de registro de valoración del paciente basada en los Patrones Funcionales de salud de Marjory Gordon, íntimamente relacionada con una selección de etiquetas diagnósticas NANDA de uso más habitual en nuestro servicio de emergencias, clasificadas también en base a los patrones funciones . En esta hoja también estarán reflejados los datos generales del paciente.
- Una hoja de registro que reflejan las intervenciones y resultados de enfermería correspondientes a cada diagnóstico o grupo de diagnósticos relacionados, asociados y clasificados por patrones funcionales de salud.
- Una hoja de registro de intervenciones comunes a todos los diagnósticos y actividades de enfermería.
- Como documento anexo se ha realizado una guía de utilización de la hoja asistencial (pendiente de elaboración), y el desarrollo de los planes de cuidados de los diagnósticos seleccionados (en desarrollo).

PALABRAS CLAVE: Valoración de enfermería, Diagnóstico de enfermería, Intervenciones de enfermería, Resultados de enfermería, Metodología enfermera, Patrones Funcionales de salud.

OBJETIVOS

Generales:

1. Aplicar la Taxonomía NANDA - NIC- NOC en las urgencias prehospitalarias mediante la elaboración de una hoja de registro para el personal de enfermería.
2. Dar continuidad a los cuidados enfermeros, unificando la asistencia enfermera y aumentando la calidad de atención al paciente.

Específicos:

1. Realizar un formato de valoración de enfermería adaptada a nuestro servicio basado en los patrones funcionales de Marjory Gordon, método estandarizado y sistemático, y así realizar una valoración más objetiva, completa, sustituyendo los comentarios por ítems cerrados.
2. Identificar los problemas que tiene el paciente y enunciarlos mediante los diagnósticos enfermeros de la NANDA.
3. Recopilar información del entorno del paciente y la familia, que en el medio hospitalario sería imposible obtener, y contrastarla y utilizarla por los DUEs de Atención Especializada para enunciar diagnósticos y reevaluar los ya enunciados por el DUE de emergencias prehospitalarias.
4. Selección de los diagnósticos NANDA de la clasificación 2005 – 2006 que con mayor frecuencia se dan en nuestro medio de trabajo y asociarlos a cada patrón funcional de salud de la valoración, atendiendo al significado de su etiqueta diagnóstica, facilitando así el paso de la valoración al diagnóstico.
5. Diferenciar los diagnósticos médicos de los diagnósticos de enfermería.
6. Seleccionar los resultados e intervenciones de enfermería relacionadas con cada diagnóstico, útiles y adecuadas para solucionar los problemas de salud del paciente.
7. Seleccionar las intervenciones y actividades comunes a todos los diagnósticos de enfermería.
8. Transmisión de información a los DUEs de Atención Primaria, mediante entrega de copia de la hoja de asistencia de enfermería, de posibles conductas erróneas en el manejo de su salud por parte del paciente.
9. Utilización posterior de los datos de la Hoja asistencial de atención de enfermería para realizar investigación y ayuda ante problemas legales posteriores.

MATERIAL Y MÉTODO

Para elaborar este trabajo he realizado diversas consultas. He revisado el Proceso enfermero en la bibliográfica adjunta en toda su extensión y desde los distintos puntos de vista de diversos autores.

Búsqueda y revisión de las hojas de registro y valoración de enfermería en los servicios de emergencias prehospitalarias de diversas Comunidades Autónomas: estudio crítico y comparativo. Así como una revisión de la aplicación del Proceso de valoración de enfermería según Virginia Henderson y Marjory Gordon.

He llevado a cabo multitud de consultas en Internet acerca de artículos de aplicación del Proceso enfermero y Taxonomía NANDA, NIC, NOC.

Finalmente he realizado un estudio de todos los datos recopilados y análisis minucioso para adaptarlos a la realidad de la profesión enfermera en la urgencia prehospitalaria.

Para el desarrollo del trabajo, primeramente he seleccionado los diagnósticos de enfermería de la NANDA de la última edición “Diagnósticos enfermeros: definiciones y clasificación 2005 – 2006, que con mayor probabilidad se pueden dar en nuestro medio. Me he basado en la revisión de las situaciones críticas y patologías con las que nos encontramos diariamente. También he revisado los factores relacionados de cada etiqueta diagnóstica así como las características definitorias o factores de riesgo, y la posibilidad de valorar esos elementos en nuestro medio, y así llegar al enunciado del diagnóstico.

Por las condiciones del servicio y el corto espacio de tiempo para valorar al paciente sólo he seleccionado diagnósticos de enfermería reales y algunos de riesgo. Los diagnósticos seleccionados han sido 43 de los cuales 28 han sido desarrollados y 15 están pendientes de desarrollo. Esta es la fase del trabajo que está pendiente de finalizar y revisar, pudiendo finalmente alterar el diseño final de la Hoja asistencial de atención de enfermería en cualquiera de sus partes; valoración, intervenciones y

resultados, y actividades.

A continuación, he agrupado cada diagnóstico seleccionado con un Patrón Funcional de salud. Esta organización tiene muchas ventajas ya que permite ver los diagnósticos de enfermería desde varias perspectivas conceptuales, es decir, dependiendo el modelo de enfermería elegido para realizar la valoración, los diagnósticos pueden verse como “necesidades”, “déficit de la agencia de autocuidados”, o simplemente “patrones disfuncionales de salud”.

El enunciado diagnóstico será simplemente un patrón disfuncional de salud, es decir, una alteración o problema en la salud del paciente. Ese es el modelo conceptual de enfermería que he elegido para llevar a cabo este trabajo.

Aunque sé que en otros servicios utilizan el modelo de Necesidades de Virg inia Henderson para identificar las necesidades del paciente, un formato de valoración y una agrupación de los diagnósticos de enfermería en base a los patrones funcionales de salud como perspectiva enfermera, facilita pasar de la valoración al diagnóstico, cosa que en nuestro medio de trabajo es muy importante por el corto espacio de tiempo del que disponemos para asistir al paciente. La tendencia actual en Atención Primaria y los últimos trabajos de enfermería es la utilización de los Patrones Funcionales de salud.

En la Hoja asistencial de atención de enfermería todos los diagnósticos o grupos de diagnósticos tienen un número delante del 1 al 5 para identificar a posteriori la relación con sus resultados e intervenciones de enfermería. No he reflejado el código que la NANDA le asigna a los diagnósticos por problemas de espacio. Al final del enunciado del diagnóstico aparece las letras “r/c” que significa ”relacionado con”, para que el DUE escriba el factor relacionado que le ha llevado a seleccionar el diagnóstico. En algunos enunciados de diagnóstico no hay espacio a continuación para describir los factores relacionados por lo que en la parte inferior de cada recuadro he reservado un lugar encabezado con “r/c” ( ), dentro del cual escribiremos el número que corresponde al diagnóstico seleccionado y a continuación la causa del problema .

Las manifestaciones clínicas que confirman la existencia del diagnóstico no serán reflejadas a continuación del factor relacionado, sino que quedan claramente identificadas en los ítems de la valoración de enfermería.

Son diez patrones funcionales de salud y cada uno tiene un significado o definición que hace referencia al tipo de problemas del paciente que debemos valorar. Se comenzará valorando aquellos patrones donde se manifiesta la alteración de la salud, procurando realizar la exploración completa de éstos, y a continuación, si es posible, se realizará la valoración de los patrones indirectamente relacionados con los problemas detectados, y finalmente los restantes . La recopilación de datos nunca es excesiva y aunque para nosotros inicialmente no sea útil, quizás el DUE receptor en su proceso de reevaluación del paciente le sea de utilidad para enunciar otros diagnósticos y reevaluar los enunciados por nosotros.

La disposición en la Hoja asistencial de atención de enfermería de manera que en una columna figure el patrón funcional de salud con sus ítems para realizar la valoración de problemas, y en la columna de al lado los diagnósticos de enfermería relacionados con ese patrón, facilita la valoración del individuo en todas sus facetas recopilando datos físicos, psíquicos, sociales y del entorno, de una manera ordenada, y el análisis de los mismos para la identificación de aquellos patrones funcionales que están alterados o en peligro de estarlo y seleccionar un diagnóstico enfermero que describa esa situación.

Las características definitorias del diagnóstico (signos y síntomas que presenta el paciente) se utilizan para validar el diagnóstico, por eso la elección de los datos de valoración reflejados en la Hoja asistencial de atención de enfermería ha sido minuciosa y profundamente estudiada. Existe una zona destinada a “comentarios“ en la que se podrá reflejar cualquier dato sobre la valoración que no pueda ser descrito en los ítems cerrados.

En los patrones funcionales de Percepción y actividad, he utilizado dos escalas para valorar, el dolor que padece el paciente con la Escala del dolor de Eva, y el grado de dependencia del paciente con la Clasificación para el nivel funcional sugerida por la NANDA en la edición “Diagnósticos enfermeros: definiciones y clasificación 2005 – 2006, respectivamente.

La selección de los ítems para la valoración, y la clasificación de los diagnósticos en los patrones funcionales de salud ha sido realizada basándome en la bibliografía consultada y en mi propio juicio clínico, discrepando en ocasiones con otros autores y llegando a clasificar algún diagnóstico y los ítems correspondientes en otros patrones funcionales de salud. Todo ello atendiendo a la necesidad de agrupación de signos de valoración para conseguir una recogida de datos más rápida y fluida.

El diagnóstico enfermero se usa como base para determinar objetivos, es decir, identificar las conductas que indican la resolución del problema, que posteriormente utilizaremos para evaluar la resolución del problema , documentando de esta forma el progreso.

La formulación del diagnóstico se usa también para planificar las intervenciones a desarrollar con el fin conseguir los objetivos y así solucionar el problema del paciente.

Así, utilizando la taxonomía NIC, NOC y su relación con los diagnósticos NANDA y los Patrones funcionales de salud, desarrollé los planes de cuidados estandarizados para los diagnósticos seleccionados. La selección de los resultados y las intervenciones para cada diagnóstico o grupo de diagnósticos ha sido profundamente estudiada para responder a la variabilidad de pacientes y situaciones que nos encontramos en el quehacer diario, dejando abierta la posibilidad de seleccionar, dentro de la estructura estandarizada del plan, los que mejor respondan al problema identificado.

Los resultados seleccionados para los planes de cuidados son aquellos que reflejan mejor lo que se pretende conseguir con nuestra actuación o con actuaciones posteriores del DUE receptor, en un corto espacio de tiempo. No se han seleccionado resultados a largo plazo.

Dentro de cada resultado he seleccionado los indicadores que podremos medir en nuestro medio de trabajo.

Las intervenciones y actividades elegidas para cada plan serán sólo aquellas que se pueden llevar a la práctica en nuestro medio de trabajo.

En la hoja asistencial de atención de enfermería agrupé las intervenciones y resultados de cada diagnóstico o grupo de diagnósticos bajo el patrón funcional de salud en donde está clasificado ese diagnóstico, y los dispuse en dos columnas enfrentadas, colocadas de igual manera que la valoración y los diagnósticos de enfermería, con la idea que cuando sea un documento físico, la hoja de valoración y diagnósticos y la hoja de registro de resultados e intervenciones estén unidos longitudinalmente y su lectura se haga en sentido horizontal.

Esto ayudará al enfermero a visualizar rápidamente la conexión entre la valoración, el diagnóstico y los resultados e intervenciones del plan de cuidados. Como elemento de ayuda, decir que todos los resultados de un mismo diagnóstico o grupos de diagnósticos llevan delante un número del 1 al 5 que se corresponde con el asignado al diagnóstico seleccionado en la hoja de valoración de enfermería, además de estar escritos sobre un color diferente. No vienen reflejados los indicadores de resultados ni las actividades de las intervenciones, por problemas de espacio. Las intervenciones no llevan numeración como los resultados porque considero que por la disposición del la Hoja no es necesario ya que se percibe perfectamente la relación RESULTADOS – INTERVENCIÓNES del mismo diagnóstico o grupos diagnósticos.

En la zona de registro de los resultados está implícita una columna donde está recogido el número o código asignado a cada resultado según la NOC. Paralela a ésta, he dispuesto una escala de valoración utilizada en el NOC, compuesta por 5 columnas y con una puntuación del 1 al 5, destinada a reflejar el resultado o estado inicial del paciente cuando nosotros realizamos la valoración. Esto servirá más tarde al DUE receptor como elemento de valoración de la evolución del paciente en el tiempo y la existencia o no de ese problema cuando ella realice de nuevo la valoración.

Las intervenciones de enfermería también están codificadas según la Clasificación NIC, y se seleccionarán marcando el cuadrado que les precede.

A continuación elaboré una hoja de registro en donde vienen recogidas las intervenciones de enfermería comunes a todos los diagnósticos de enfermería seleccionados. Están codificadas según la Clasificación NIC en la columna de la izquierda, y se especificará en la columna de la derecha el personal que la ha realizado con un número del 1 al 3 que se ha asignado previamente en la parte superior de la hoja . En algunas intervenciones se especifican actividades concretas para facilitar su uso y que no preste a confusión con otras intervenciones que puedan parecerse. También mediante cuadros de registro encabezados por la intervención correspondiente, se pueden reflejar las actividades de enfermería, codificadas según la Clasificación NIC y especificando también con un número el personal que la ha realizado.

También existe un cuadro de registro en donde se podrán describir las incidencias que puedan surgir durante la atención del paciente, y otro destinado a reflejar cualquier comentario que pueda ser importante en la asistencia del paciente.

CONCLUSIONES

Creo pertinente la creación de una hoja de registro de enfermería, en un servicio de urgencias prehospitalarias, donde se recojan datos de valoración, intervenciones y resultados de enfermería.

En el momento actual dicho documento esta en proceso de desarrollo y validación, así como su aplicación definitiva y concreta, dentro de la FPUS Galicia -061.

BIBLIOGRAFÍA

- Diagnósticos enfermeros: definiciones y clasificación 2005 – 2006. Autor: NANDA Internacional. Edición: 2005. Editorial: Elsevier.
- Aplicación del proceso enfermero. Guía paso a paso. Autora: Rosalinda Alfaro- LeFevre. Editorial: Masson. Edición: 4ª.
- Guía de diagnósticos enfermeros en Atención Primaria. Autor y editor: FUDEN. Edición: 2003.
- Los diagnósticos enfermeros. Revisión crítica y guía práctica. Autora: María Teresa Luis Rodrigo. Editorial: Masson. Edición: 7ª, 2006.
- Planificación de coidados de enfermería: diagnósticos e intervenciones (NIC, NOC). Ponente: María Victoria Núñez Fernández. Editorial: FEGAS.
- Manual de diagnósticos enfermeros. Autora: Marjory Gordon. Editorial: Mosby. Edición: 10ª, 2003.
- Diagnósticos enfermeros, resultados e intervenciones. Interrelaciones NANDA, NIC y NOC. Autoras: Marion Jonson, Gloria Bulechek, Joanne McCloskey Dochterman, Merideam Maas, Sue Moorhead. Editorial: Harcourt - Mosby. Edición: 1ª, 2002.
- Clasificación de intervenciones de Enfermería (NIC). Autoras: Joanne C. McCloskey y Gloria M. Buleched. Editorial: Elsevier. Edición: cuarta.
- Clasificación de resultados de Enfermería (NOC). Autoras: Marion Jonson, Meridean Maas y Sue Moorhead. Editorial: Elsevier . Edición: tercera.
- Manual de diagnósticos de enfermería. Autora: L.J. Cardenito. Editorial: Mc Graw- Hill. Edición: 3ª y 5ª.
- Cuidados intensivos en Enfermería. Autoras: Linda D. Urden y Kathleen M. Stacy. Editorial: Harcourt. Edición:

tercera.

- Proyecto NIPE: Resultado del Estudio de 100 GDR. Autores: comisión Paritaria y Grupo de Trabajo de las Comunidades Autónomas- Edita: Ministerio de Sanidad y Consumo.