

GONZÁLEZ FERNÁNDEZ, J.C.; MEDINA CORDERO, A.; AVILÉS SÁNCHEZ C.
Hospital Infanta Elena. Huelva

Proceso enfermero: de la teoría a la práctica

RESUMEN

En estos momentos, donde la sociedad demanda la asistencia de profesionales cada vez más y mejor preparados, se hace del todo necesario que la propia Enfermería se ubique definitivamente en el lugar que le corresponde.

Para ello se necesita la definición de un Modelo Enfermero para el desarrollo de su actividad, basándola en la evidencia científica de un Proceso Enfermero, mediante el uso de un Lenguaje Enfermero común / normalizado (Nanda, Nic y Noc), y de herramientas dinámicas / operativas (Registro Enfermero).

En la Unidad de Gestión Clínica de Urología, las enfermeras hemos querido dar ese difícil paso de hacer práctico lo teórico: la teoría enfermera a la práctica enfermera del día a día. Esa que todos conocemos, llena de cargas de trabajo, dificultad de coberturas, turnos ecológicos, etc. A cada paso que damos comprobamos que las dificultades son subsanables, pero siempre que se crea firmemente en que las enfermeras tenemos la fuerza, el conocimiento y la voluntad para desarrollar nuestra independencia legítima en la gestión y administración del cuidado de nuestra Sociedad.

Palabras clave: Formación, sesión de Enfermería, consenso, documentación Enfermera, calidad.

Key words: Session of Infirmery, Consensus, Documentation Nurse, Quality.

PROPÓSITO Y OBJETIVO

La finalidad primaria no es otra que la de despojarnos del manto de invisibilidad en la que nos hemos mantenido las enfermeras, y hacernos visibles ante la sociedad. Y lo que es más importante identificar a cada enfermera como referente de cuidados, sacándolo del malentendido anonimato. Una atención percibida como satisfactoria por el usuario y el profesional, incorporando expectativas y con la coparticipación desde la responsabilidad.

Así mismo permitir un desarrollo profesional, evitando la variabilidad del ejercicio profesional y fomentando la individualización de los cuidados y la relación enfermera / paciente.

Y por último demostrarnos que el trabajo en equipo da sus frutos, siempre y cuando cada uno de los miembros se implique. El consenso es fruto del conocimiento compartido y de la evidencia manifiesta. El desarrollo de los estándares de cuidados y el registro documentado de nuestros cuidados son y deben ser una labor de enfermeras. Y dentro de su realidad asistencial deberá adaptarlos para que les sea operativos a ellas y, sobre todo, a nuestros pacientes.

Significar la necesidad de marcar referencias de calidad que permitan a las enfermeras conocer en todo momento: qué es lo que hacemos y que queremos conseguir, entre otros reseñar los indicadores referidos a la satisfacción de los usuarios, la resolución de problemas de salud, la aplicación

EL DESARROLLO DE LOS ESTÁNDARES DE CUIDADOS Y EL REGISTRO

DOCUMENTADO DE NUESTROS CUIDADOS SON Y DEBEN SER UNA LABOR DE ENFERMERAS. TIENE GRAN IMPORTANCIA, LA NECESIDAD DE MARCAR REFERENCIAS DE CALIDAD QUE PERMITAN A LAS ENFERMERAS CONOCER EN TODO MOMENTO QUÉ ES LO QUE HACEMOS Y QUÉ QUEREMOS CONSEGUIR

del Proceso Enfermero y la Asignación Primaria.

MATERIAL Y MÉTODO

La andadura de nuestra Enfermería no es ajena a la de cualquier otra, ya sea especializada y/o de primaria. Unos primeros pasos allá por la década de los 80, con los primeros diplomados, unos seres que salieron con el PAE debajo del brazo, y hablando un idioma importado que se suponía nos iba a unir. La sensación que experimentamos muchos, por no decir todos, al estar en nuestro primer puesto de trabajo: como Cristóbal Colón. con reluciente armadura y decálogo en mano, al llegar a la playa del Nuevo Mundo, enfrente de unos indios. Y hoy en día reflexiono y creo que aquellos indios, en su Antiguo Mundo, nos verían como ET. El sistema había creado unos seres en un mundo enfermero extraño, y sólo les quedaba adaptarse a él (lo que hicieron muchos) o ir poco a poco modificándolo: y en eso estamos.

Desde entonces hemos trabajado

como enfermeros dentro de un modelo híbrido (enfermero biomédico). No se puede decir con tanta rotundidad y en foros de enfermeras, que es hoy en día cuando se trata de trabajar como verdaderas enfermeras. Creo del todo injusto y una falta de respeto hacia el trabajo realizado por muchas ENFERMERAS durante estos años de difícil travesía. Y que gracias a su tesón hoy en día disponemos de una inmejorable posición para despegar como profesión.

En nuestra Unidad, hemos ido evolucionando de la misma forma: de la organización del trabajo por tareas y la Asignación Enfermera / Cama-Paciente, a la Dirección Participativa por Objetivos Individuales / Colectivos (aprovechando la oportunidad que se nos brindaba al participar en una Unidad de Gestión Clínica y actualmente con la Evaluación Profesional) y la Asignación Primaria (obligatoria si es que queríamos trabajar con un modelo enfermero). Del uso del modelo híbrido enfermero biomédico al de Virginia Henderson (evitando los improductivos debates sobre cuál es el adecuado). Del uso de un dialecto enfermero inteligible y pachanguero al lenguaje enfermero: Nanda, Nic y Noc. Y en la misma medida hemos ido modificando la Documentación Enfermera, en pos de hacerla dinámica y operativa.

La formación teórica en: Gestión, Calidad, Modelo Enfermero, Proceso Enfermero, Taxonomía Nanda, Lenguaje normalizado: Nic y Noc y Producto Enfermero. Junto al conocimiento exhaustivo de la realidad hospitalaria, el trabajo enfermero, y la creencia firme en unos valores éticos y profesionales. Son los condimentos necesarios para conseguir los frutos deseados. La necesidad de liderar el cambio cultural tiene en la persona del supervisor de la Unidad una pieza clave, siendo referencia para sus compañeros en todo momento.

Los sistemas de información se hacen vitales: lo que se quiere decir tiene que llegar a las personas sin interferencias, por ello las reuniones formales con el grupo y sobre todo las informales (con el turno) se hacen indispensables.

El acuerdo colectivo e individual es necesario para planificar los objetivos e indicadores de calidad.

La sesión de Enfermería es la herramienta estrella que permite iniciar formando a los formadores (temas teóricos) y desarrollar al compartir conocimientos (Casos Prácticos y Propuestas de Estándares de Cuidados) todo el proyecto.

El uso habitual de bibliografía: Nanda, Nic y Noc, en paralelo al de los protocolos de Procedimientos y Estándares de Cuidados, en el día a día de la actividad enfermera, es otro punto a destacar como básico para normalizar el uso de este desconocido lenguaje enfermero.

Y sobre todo no olvidar que todos en esta anda-

EN ESTOS MOMENTOS DE TURBULENCIAS CONCEPTUALES, LA APARICIÓN DE FALSOS PROFETAS QUE ENSALZAN SUS VIDAS PROFESIONALES, MÁS QUE BIEN, HACEN MUCHO DAÑO A NUESTRA PROFESIÓN

LA SESIÓN DE ENFERMERÍA ES LA HERRAMIENTA ESTRELLA QUE PERMITE INICIAR FORMANDO A LOS FORMADORES (TEMAS TEÓRICOS) Y DESARROLLAR AL COMPARTIR CONOCIMIENTOS (CASOS PRÁCTICOS Y PROPUESTAS DE ESTÁNDARES DE CUIDADOS)

dura somos maestros y alumnos, y que sólo desde el consenso, y con la capacidad de adaptar el proceso a nuestra realidad, la teoría se hace práctica.

En estos momentos de turbulencias conceptuales, la aparición de falsos profetas que ensalzan sus vidas profesionales, más que bien hacen mucho daño a nuestra profesión. La verdad esta ahí y todos la conocemos.

APLICACIÓN

a) Modelo Enfermero. Los motivos que nos llevaron a plantearnos la necesidad de trabajar con un modelo enfermero, no fue otro que la de trabajar como lo que somos: enfermeros. La decisión de elegir el de Virginia Henderson radicó en:

- I. Su mayor implantación en la Red Sanitaria Pública Andaluza.
- II. Su definición clara de la Enfermería en relación con los cuidados, con su rol y la relación con los pacientes: Ayuda / Independencia / Dependencia, Suplencia / Autonomía, en la Satisfacción de las Necesidades.

Estrategia. La formación interna y externa del supervisor en dicho modelo, y su posterior difusión entre los miembros de la Unidad, mediante sesiones de Enfermería (concretas y operativas) y reuniones informales formativas (para aquellos que no podían acudir a las mismas y durante su jornada laboral de turno), apoyadas con una documentación (concreta y operativa). Permitieron dar el conocimiento teórico mínimo necesario para iniciar la andadura.

b) Proceso Enfermero. El marco teórico era más conocido por todos (PAE) y sólo tuvimos que recordar matices sobre los pasos a seguir, mediante sesiones informales formativas impartidas por el supervisor, refrendadas por documentación escrita. Más complicada fue la de inculcar que el sustento de cualquier profesión es la que la

delimita en su ámbito científico, es decir, el que evita la ambigüedad de las decisiones, la variabilidad de las actuaciones y la sustenta en el conocimiento derivado de la evidencia.

c) Taxonomía. Igualmente la formación primaria del supervisor en Nanda, Nic y Noc, y su posterior difusión (individual y/o colectiva) entre los miembros del equipo, permitió comenzar a unificar el uso de:

- I. **Nanda.** Ajustando su utilización en función del Modelo de Virginia Henderson: Diagnósticos Enfermeros/ Ayuda / Problemas de Independencia.
 - 1. Maite Luis. Diagnósticos Enfermeros / Suplencia/ Problemas de Autonomía.
 - 2. Problemas de Colaboración.
- II. **Nic.** En un primer paso seleccionamos aquellas intervenciones más comunes del día a día, y fueron filtradas por todos los enfermeros de la Unidad, para que delimitasen aquellas actividades mínimas necesarias para dar calidad a la intervención. Todas ellas fueron consensuadas, y formaron parte de un dossier consultivo creado por la Unidad. Posteriormente se formó en el uso de la documentación Nic, y la misma está a disposición en todo momento para su uso en el control de Enfermería. Anualmente se actualizan las actividades. Ejemplo: Precauciones circulatorias.
 - 1. Realizar valoración de la circulación periférica: presencia de edema, calor, rojezes, dolor y pulsos periféricos.
 - 2. Evitar lesiones en la zona afectada: abstenerse de punciones venosas.
 - 3. Instruir al paciente / familia para que evite lesiones en la zona afectada: comprobar temperatura del agua (evitar quemaduras), cuidado de uñas y pies, protección contra heridas.
- III. **Noc.** Siendo lo más novedoso, aunque ya se hubiese

trabajado con objetivos, se formó a los enfermeros en su uso, y lo más importante se consensuaron indicadores nuevos y algunas escalas Liker (por lo abstracto y poco operativo de las mismas). Ejemplo: Eliminación urinaria. (0503) Entradas y salidas durante 24 horas equilibradas. (050308)

- (1) Diuresis < 250 c.c.(2) < 500 c.c.(3) < 800 c.c.(4) < 1.500 c.c.(5) > 1.500 c.c.

d) Documentación Enfermera.

- I. **Registro de Valoración.** Diseñado desde el Modelo de Virginia Henderson, desglosado en 14 Necesidades y enfocado a la búsqueda de conductas o manifestaciones de Dependencia.
- II. **Planes de Cuidados (Estandarizados).** Que permiten una mayor operatividad y enfocado a los procesos de mayor prevalencia en la Unidad. Siendo desarrollados por los enfermeros de la Unidad, utilizando el lenguaje normalizado enfermero (Nanda, Nic y Noc), Y expuestos en Sesión de Enfermería por sus autores, así mismo y para su revisión son realizadas sesiones de casos prácticos (por otros enfermeros) que permitan validar o no los estándares realizados.
- III. **Registro de Enfermería.** Permite la individualización del plan de cuidados estandarizado. Nuestro registro ha ido sufriendo modificaciones durante dos años, hasta llegar al actual, es educativo, concreto, operativo y nos permite en todo momento visualizar la evolución de los problemas de salud del paciente (en función del indicador centinela elegido), a medida que aplicamos las intervenciones evidenciadas (por los expertos) como las mejores para solventar el problema lo antes posible. También nos va a permitir realizar un estudio exhaustivo de las intervenciones más adecuadas a nuestra realidad social y sanitaria. Ejemplo:

Diag. Enfermero (NANDA)		D.E.	ANSIEDAD r/c CONOCIMIENTOS DEFICIENTES sobre recurrencia del dolor y la imprevisión pronóstico (Conocimiento y Fuerza)	18/ 10	19/ 10	20/ 10	21/ 10								
Prob. Autonomía				Resuelto 21/10				Indicador (4) (3) () ()							
Prob. Colaboración															
NOC	Etiqueta	(1608)	Control del síntoma.	25/ 03	26/ 03	27/ 03	28/ 03								
	Indicador	(160807)	Utiliza medidas de alivio.	¿	3		4								
	Indicador														
	Etiqueta	(1402)	Control de la ansiedad.	25/ 03	26/ 03	27/ 03	28/ 03								
	Indicador	(140204)	Busca información para reducir la ansiedad.	¿	2	3									
	Indicador														
NIC		(7310)	Cuidados de Enfermería al ingreso.	X											
		(5820)	Disminución de la ansiedad.	X	X	X	X	X	X	X					
		(7560)	Facilitar las visitas.	X	X	X	X	X	X	X					
		(5602)	Enseñanza: proceso de enfermedad.	X	X	X	X	X							

Una vez registrado el plan de cuidados, los datos que se constatan permitirán a la enfermera visualizar la evolución del diagnóstico (Problema de Salud) en función de las intervenciones que haya realizado.

Para ello la enfermera dispone de 4 elementos fundamentales en el registro:

El Problema de Salud identificado por la enfermera, en sus vertientes de Diagnóstico Nanda, Problema de Colaboración o Problema de Autonomía.

Los indicadores elegidos por la enfermera para poder concretar en el estado en el que se encuentra el Problema de salud, y su posterior evolución al realizar las intervenciones enfermeras, para su resolución o mejoría.

Las Intervenciones enfermeras (conjunto de actividades) que se planifican para resolver con la mayor prontitud el problema de salud o mejorarlo. La incidencia en la realización de las mismas tiene efecto directo sobre el problema de salud, el cual queda reflejado con el valor numérico del indicador.

El Indicador Centinela o Deseable, que nos permite una vez definido el nivel deseado, determinar si las intervenciones realizadas están surtiendo el efecto esperado en el problema de salud. Y si no fuese así implementar nuevas intervenciones o modificar las veces que haya que realizarlas.

DIAS DE ESTANCIAS		1	2	3	4	5
PROBLEMA DE SALUD	5					
	4			*		*
	3				*	
	2	*	*			
	1					
INTERVENCIÓN 1		X X X X X X X X	X X X X	X X	X X	
INTERVENCIÓN 2			X X	X X	X X	

Para determinar el valor de referencia del indicador centinela o deseable, será necesario conocer las características del paciente en relación al problema de salud, significándose diferencias entre un mismo paciente para un problema de salud, en función de la experiencia previa que tenga; por ejemplo, para un paciente ingresado con ansiedad por la recurrencia del dolor cólico, podemos determinar un indicador centinela de 4, mientras que ese paciente con el mismo problema, dada su experiencia anterior con el dolor, puede determinarse el indicador con un valor de 3 (como en el ejemplo de la gráfica), en un segundo ingreso.

Para cuantificar el indicador centinela es del todo necesario dar tiempo al paciente para que manifieste conductas adaptativas, de afrontamiento o de negación ante el problema de salud (consideramos que el tiempo mínimo razonable está en los dos días).

El registro de cuidados lo que refleja es el gráfico superior:

1. El problema de salud los días 1 y 2 evoluciona por debajo de lo deseable (3), habiéndose realizado la intervención 1, por turnos.

2. El día 3 se añade una intervención 2, comprobándose que el problema ha evolucionado adecuadamente, realizándose las intervenciones 1 y 2 sólo en los turnos de mañana y tarde.
3. El día 4, al reducir la realización de la intervención 1 a la mañana, a pesar de seguir con la intervención 2 en mañana y tarde, el indicador baja, aunque dentro de lo permisible.
4. El día 5 la enfermera vuelve a la planificación de las intervenciones 1 y 2, en turnos de mañana y tarde, reforzándose de nuevo la evolución favorable del problema de salud.

La resolución del problema de salud será realizada por la enfermera el día del alta, pudiéndose dejar reflejado la fecha del mismo día de alta (día 5), si así lo considera por la evolución inestable del indicador:

- Día 3.....(4)
- Día 4.....(3)
- Día 5.....(4)

O considerarlo resuelto con fecha anterior (día 4), si está segura de que el indicador está estabilizado.

No obstante no debemos olvidar que el mantenimiento de las intervenciones es la que da estabilidad al indicador, pudiendo ocurrir que al dar por resuelto la enfermera un problema de salud el mismo día 4, y dejar de hacer las intervenciones, el indicador se coloque en niveles inferiores al deseado y el problema de salud vuelva a surgir, por lo que se aconseja que la resolución de los problemas se realice el día del alta y sea cuando se coloque la fecha de dicha resolución o no.

Los problemas de salud no resueltos deben de ser registrados en el informe de continuidad de cuidados, haciendo referencia a las intervenciones realizadas para su resolución o mejoría y el indicador conseguido en el momento del alta.

e) Asignación Primaria Enfermera / Paciente. Del todo obligatoria si queremos trabajar con un modelo enfermero, satisfactorio para el paciente y el propio enfermero. Los objetivos fundamentales que pretendemos con este cambio organizativo de trabajo son:

1. Hacer al usuario centro del sistema.
2. Identificar al enfermero responsable de los cuidados.
3. Planificar los cuidados de forma individualizada.
4. Iniciar la planificación del alta al ingreso.
5. Mejorar la gestión de los cuidados.
6. Permitir una mayor fluidez en la continuidad de los cuidados.

En esta primera fase, el supervisor de la Unidad será la persona que realice la asignación en base a los siguientes criterios:

1. Experiencia profesional en los cuidados del paciente urológico.
2. Concordancia entre la estancia media presupuesta al diagnóstico médico de ingreso y el día del ciclo de trabajo del profesional. Por ello, la asignación se realizará mayoritariamente en el turno rotatorio durante las mañanas y la primera tarde, siendo opcional la adjudicación en el resto de los días del ciclo.
3. Según el número (cupos) de pacientes ya asignados a

cada enfermera. No siendo éste mayor a cuatro. Con lo que todos los pacientes (nuestra capacidad máxima es de trece) tendrán asignada su enfermera de referencia.

La asignación será diaria, en la mañana después del ingreso (para ingresos de tarde y noche), mientras se realiza la adjudicación la enfermera centinela (aquella que recibe el ingreso e inicia el proceso enfermero) será la responsable del paciente (distribución de la Unidad por camas), así como cuando no esté presente la enfermera responsable asignada.

f) Continuidad de Cuidados. Basada en el Proceso Enfermero, la Asignación Primaria y la Gestión por Procesos. Como herramienta de trabajo: el informe de continuidad de cuidados y la comunicación telefónica.

g) Indicadores de calidad. Identificados con claridad / concreción, y conocidos por todos los miembros del equipo, como referencias de eficacia, eficiencia y efectividad. Son analizados mensualmente por auditoría del supervisor de la Unidad y comunicados sus resultados al equipo y la Dirección del Centro. Realizando las acciones oportunas para modificar desviaciones detectadas. Ejemplo:

- I. PACIENTES QUIRÚRGICOS QUE PRESENTAN ERRORES EN LA PREPARACIÓN QUIRÚRGICA UROLÓGICA. (< 8%)
- II. PROBLEMAS DE SALUD RESUELTOS AL ALTA DEL PACIENTE UROLÓGICO. (85%)
- III. REALIZACIÓN DEL PLAN DE CUIDADOS ENFERMERO AL PACIENTE UROLÓGICO. (90%)
- IV. PACIENTES UROLÓGICOS QUE IDENTIFICAN A SU ENFERMERA RESPONSABLE. (90%)
- V. REALIZACIÓN DEL INFORME DE CONTINUIDAD DE CUIDADOS AL ALTA DEL PACIENTE UROLÓGICO. (92%)
- VI. PACIENTES UROLÓGICOS IDENTIFICADOS DE RIESGO DE CAÍDAS QUE PRESENTAN CAÍDAS DURANTE SU ESTANCIA HOSPITALARIA. (1,5%)

RESULTADOS

Sólo decir que el día 9 de marzo de 2004, la Unidad de Gestión Clínica de Urología recibió la Certificación de la Acreditación de Calidad Avanzada, tras culminar con éxito el proceso de auditoría dirigido por la Agencia de Calidad Sanitaria de Andalucía.

La satisfacción de todos sus miembros por el reconocimiento recibido y sobre todo por ser capaces de demostrar

LA NORMALIZACIÓN DEL TRABAJO ENFERMERO ES FUNCIÓN DE LOS PROPIOS ENFERMEROS, ES NUESTRA RESPONSABILIDAD

SER ENFERMERA NO ES UNA MERA PALABRA QUE SE PIERDE EN EL OLVIDO DE NUESTRAS ACCIONES

NUNCA OLVIDAR QUE EL CONSENSO ES FRUTO DEL CONOCIMIENTO COMPARTIDO Y DE LA EVIDENCIA MANIFIESTA

que si se quiere se puede, es premio suficiente para continuar en nuestra continua mejora.

Datos de referencia:

- Satisfacción usuarios: > 92%.
- Aplicación del proceso Enfermero: > 97%.
- Resolución de Problemas de Salud: > 88%.
- Asignación Primaria: > 98%.
- Realización de documentación enfermera: Consensuadas las actividades para las intervenciones enfermeras más comunes y escala Likers de algunos indicadores habituales. Cuadro sinóptico de relación Nanda / Nic.
- Registro enfermero realizado y consensuado por enfermeras de la Unidad y actualmente en vigor en todo nuestro hospital.
- El personal de la Unidad es referencia para sus compañeros del hospital, en el desarrollo de planes de cuidados con lenguaje enfermero: Nanda, Nic y Noc.

CONCLUSIONES

La normalización del trabajo enfermero es función de los propios enfermeros, es nuestra responsabilidad. Los cambios organizativos y culturales tienen que hacerse realidad. El inmovilismo que nos ha maniatado con consentimiento, en el hábito de lo cotidiano, comienza a ceder. Y esa inercia

de movimiento no se puede volver a detener por errores del pasado. Aprendamos de ellos pero sin que se vuelvan cadenas, imaginadas por unos pocos con intereses partidarios.

Ser enfermera, no es una mera palabra que se pierde en el olvido de nuestras acciones.

No se «es Enfermera» con decirlo, o tener un título que lo acredite colgado en una pared.

Siempre ha habido enfermeras al pie de cama, prestando cuidados. Pero hoy ha llegado el momento, pues las circunstancias legales lo permiten, que seamos reconocidos como profesionales independientes con capacidad y responsabilidad de diagnosticar problemas de salud, planificar intervenciones con criterios de resultados. Y todo ello con el único fin de salvaguardar la salud de todos.

Y nunca olvidar que el consenso es fruto del conocimiento compartido y de la evidencia manifiesta.

Somos enfermeras y prestamos cuidados. ▼