EVALUACION DE LA APLICACIÓN DEL MODELO DE CALLISTA ROY UTILIZADO POR EL PERSONAL DE ENFERMERIA EN LA VALORACION AL PACIENTE HOSPITALIZADO EN LA UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS CARDIOVASCULAR DE LA FUNDACION CARDIOINFANTIL IC

JOSE LUIS ALVAREZ WATSON
LEIDY BORNACELLI SANJUANELO

UNIVERSIDAD DE LA SABANA
FACULTAD DE ENFERMERIA Y REHABILITACION
ESPECIALIZACION EN CUIDADO CRITICO
BOGOTA, COLOMBIA
SEPTIEMBRE 2011.

UNIVERSIDAD DE LA SABANA
FUNDACION CARDIOINFANTIL INSTITUTO DE CARDIOLOGIA

EVALUACION DE LA APLICACIÓN DEL MODELO DE CALLISTA ROY UTILIZADO POR EL PERSONAL DE ENFERMERIA EN LA VALORACION AL PACIENTE HOSPITALIZADO EN LA UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS CARDIOVASCULAR DE LA FUNDACION CARDIOINFANTIL IC

AUTORES:
JOSE LUIS ALVAREZ WATSON
josealvarez_1978@hotmail.com

LEIDY BORNACELLI SANJUANELO
sydiel08@hotmail.com

ASESORES:
YOLANDA GONZALEZ
yolamari22@yahoo.com

CLAUDIA SUAREZ
claudiajipi@yahoo.com

ASESORA METODOLOGICA :
PATRICIA GALLEGO
Patricia.gallego@unisabana.edu.co

BOGOTA COLOMBIA

MONTO DEL PROYECTO: $ 14.650.000

TABLA DE CONTENIDO

	Pág.
INTRODUCCION	1
PROBLEMA	2
JUSTIFICACION	3
OBJETIVOS	5
1. MARCO TEORICO	6
1.1 Modelos conceptuales	6
1.2 Teoría de enfermería	6
1.3 Modelo de adaptación de Callista Roy	7
1.3.1 Fuentes teóricas del modelo de adaptación de Roy.	8
1.3.2 Componentes del modelo.	9
1.3.3 Grafica del modelo de adaptación de Callista Roy.	11
1.3.4 Metaparadigma.	12
2. MARCO CONCEPTUAL	12
2.1 Evaluación de proyectos.	12
2.2 Importancia de evaluación.	15
3. MARCO METODOLOGICO.	16
3.1 Marco lógico.	16
3.2 Cuadro de involucrados.	17
3.3 Árbol de problemas	18
3.4 Árbol de objetivos	19

3.5 Árbol de alternativas. 20
3.6 Matriz del marco lógico. 21

4. INDICADORES DEL PROYECTO. 25

5. PRESUPUESTO. 28

6. CRONOGRAMA DE ACTIVIDADES. 29

7. PLAN DE ACCION. 32

7.1 Etapa 1: Formatos y herramientas de aplicación del Modelo de Adaptación usadas en la unidad de cuidados Intensivos. 32

7.2 Etapa 2: Cuestionario estructurado. 33

7.3 Etapa 3: Observación y seguimiento de listas de chequeo. 40

8. ANALISIS DE LOS RESULTADOS. 42

9. PLAN DE RECOMENDACIONES 73

10. ASPECTOS ETICOS 76

11. CONCLUSIONES 78

12. BIBLIOGRAFIA 80

INDICE DE GRAFICAS

GRAFICA 1. Clasificación del Modelo de Adaptación de callista Roy según las enfermeras de la unidad de cuidados intensivos cardiovascular. 42

GRAFICA 2. Definición de estímulos en el modelo de Roy según enfermeras de la unidad de Cuidados intensivos Cardiovascular. 44

GRAFICA 3. Estimulo focal en el modelo de Roy según enfermeras de la unidad cardiovascular. 45

GRAFICA 4. Estimulo residual en el modelo de adaptación de Roy según enfermeras de la unidad cardiovascular. 46

GRAFICA 5. Estimulo contextual en el modelo de adaptación de Roy según enfermeras de la unidad cardiovascular. 47

GRAFICA 6. Definición de adaptación en el modelo de Callista Roy según enfermeras de la unidad cardiovascular. 48

GRAFICA 7. Modos de adaptación del modelo de Roy según enfermeras de la unidad cardiovascular. 49

GRAFICA 8. Modo de adaptación utilizado en la unidad cardiovascular de la Fundación Cardioinfantil según enfermeras de la unidad. 50

GRAFICA 9. Respuestas adaptativas del modelo de Roy según enfermeras de la unidad cardiovascular. 51

GRAFICA 10. Respuestas inefectivas del modelo de adaptación de Callista Roy según enfermeras de la unidad cardiovascular. 52

GRAFICA 11. Componentes del modo físico-fisiológico según enfermeras de la unidad cardiovascular. 53

GRAFICA 12. Definición del proceso endocrino del modelo de adaptación

de Callista Roy según enfermeras de la unidad cardiovascular. 54

GRAFICA 13. Definición de sistema comprometido del modelo de adaptación de Callista Roy según enfermeras de la unidad cardiovascular. 54

GRAFICA 14. Definición de la necesidad de actividad y descanso del modelo de adaptación de callista Roy según enfermeras de la unidad cardiovascular. 55

GRAFICA 15. Definición del modo fisiológico del modelo de adaptación de Callista Roy según las enfermeras de la unidad cardiovascular. 55

GRAFICA 16. Definición del sistema integrado del modelo de adaptación de Callista Roy según enfermeras de la unidad cardiovascular. 56

GRAFICA 17. Definición de la necesidad de eliminación del modelo de adaptación de Callista Roy según las enfermeras de la unidad cardiovascular. 56

GRAFICA 18. Definición del proceso acido básico del modelo de adaptación de Callista Roy según las enfermeras de la unidad cardiovascular. 57

GRAFICA 19. Definición de sistema compensado del modelo de adaptación de Callista Roy según las enfermeras de la unidad cardiovascular. 57

GRAFICA 20. Definición del proceso de órgano de los sentidos del modelo de adaptación de Callista Roy según las enfermeras de la unidad cardiovascular. 58

GRAFICA 21. Definición de la necesidad de protección del modelo de adaptación de Callista Roy según las enfermeras de la unidad cardiovascular. 58

GRAFICA 22. Valoración de necesidades según la observación a las enfermeras de la unidad cardiovascular. 59

GRAFICA 23. Valoración de procesos según observación realizada a las enfermeras de la unidad cardiovascular**.** 60

GRAFICA 24. Identificación de respuestas según la observación realizada a las enfermeras de la unidad cardiovascular. 60

GRAFICA 25. Proceso de enfermería según la observación realizada

a las enfermeras de la unidad cardiovascular. 61

GRAFICA 26. Diligenciamiento completo del formato de valoración de enfermería. 62

GRAFICA 27. Diligenciamiento del estímulo focal. 63

GRAFICA 28. Diligenciamiento del estímulo residual. 64

GRAFICA 29. Diligenciamiento del estímulo contextual. 66

GRAFICA 30. Diligenciamiento del diagnóstico de enfermería. 66

GRAFICA 31. Diligenciamiento de respuestas efectivas. 67

GRAFICA 32. Diligenciamiento de respuestas inefectivas. 68

GRAFICA 33. Diligenciamiento de sistemas alterados. 69

GRAFICA 34. Diligenciamiento de metas de enfermería. 70

GRAFICA 35. Diligenciamiento de intervenciones de enfermería. 71

GRAFICA 36. Diligenciamiento de necesidades alteradas. 72

INDICE DE ANEXOS

Anexo 1. CUESTIONARIO ESTRUCTURADO: CONCEPTOS DEL MODELO DE ADAPTACION DE CALLISTA ROY. 84

Anexo 2. LISTA DE CHEQUEO 1: OBSERVACION DE LA VALORACION DE ENFERMERIA 87

Anexo 3. LISTA DE CHEQUEO 2: SEGUIMIENTO AL PERSONAL DE ENFERMERIA EN EL DILIGENCIAMIENTO DEL FORMATO DE VALORACION DEL PACIENTE. 88

Anexo 4. REGISTRO DIARIO DE ENFERMERIA. 89

INTRODUCCION

Las profesiones y disciplinas del área de la salud deben tener una visión clara de los principios científicos y filosóficos que orientan su práctica profesional, para actuar en concordancia con ellos.

En la enfermería los modelos conceptuales constituyen un marco de referencia para la práctica, de manera que sus profesionales son orientados sobre como observar e interpretar el fenómeno de interés de la disciplina.

De manera simplificada, un modelo conceptual identifica, define y describe la relación entre fenómenos, ofreciendo una estructura de conocimientos sistemática y racional que orienta el desarrollo de las actividades profesionales. Para ser considerado científico y adoptado por un grupo profesional debe estar basado en teorías de las diferentes ramas de la ciencia; las ideas, los conceptos y su interrelación deben establecerse de manera estructurada, debe ser aplicable, operativo y adaptado a la práctica profesional en cualquier situación y campo de actuación.

En enfermería estos modelos surgen en respuesta a la necesidad de organizar el conocimiento, presentan visiones de ciertos fenómenos del mundo, representan una aproximación o simplificación de aquellos conceptos considerados relevantes para la comprensión del acontecimiento. Estos son representaciones de la realidad de la práctica y presentan los factores implicados y la relación que guardan entre sí. Se convierten en un instrumento que permanentemente recuerda los distintos aspectos del cuidado de enfermería y la relación entre los factores físicos, psicológicos que se debe tener en cuenta al brindar cuidados.

Se aplican para facilitar la práctica de enfermería en diferentes ámbitos como la investigación, educación, administración y en las prácticas clínicas.
Hoy día algunas instituciones de salud han integrado a la atención de enfermería, la aplicación de modelos conceptuales con el fin de mejorar y reorganizar sus cuidados. Uno de los modelos que en Colombia ha sido implementado en algunas instituciones de salud es el Modelo de Adaptación de Callista Roy, el cual se fundamenta en los principios científicos provenientes de la teoría de sistemas de Von Bertalanffy y de la teoría de adaptación de Harry Helson. En la actualidad, este modelo ha tenido un gran desarrollo, gracias a la profundización que ha hecho su autora en el campo humanístico y en el de las ciencias sociales, lo que ha permitido una mejor comprensión para su implementación.

Instituciones como la Fundación Cardioinfantil Instituto de Cardiología localizado en la ciudad de Bogotá en Colombia, considero prudente desde hace 8 años la Aplicación del Modelo de Adaptación de Callista Roy en sus unidades de cuidados intensivos, pero hasta la fecha se desconoce si se está aplicando de acuerdo al

contenido teórico planteado por la autora, por lo que considero oportuno que se realizara un proyecto de gestión que evaluara la aplicación del modelo en esa institución. A continuación se presentara el proceso y planteamientos que realizaron para evaluar la aplicación del modelo de adaptación de Callista Roy utilizando la metodología del marco lógico para el diseño del proyecto.

PROBLEMA

No existe una evaluación de la aplicación del modelo de adaptación de Callista Roy utilizado por el personal de enfermería en la valoración al paciente hospitalizado en la Unidad de Cuidados Intensivos Cardiovascular de la Fundación Cardioinfantil Instituto de Cardiología

JUSTIFICACION

Durante las últimas décadas la práctica de enfermería ha tenido cambios a gran escala, esto significa el inicio de una "Revolución Científica" derivada del desarrollo académico. Una buena forma de apoyar este movimiento es utilizando las teorías y modelos de enfermería; esto sin olvidar, que como en cualquier otra profesión, los paradigmas de esta profesión pueden nacer y morir, esto significa que las teorías no son verdades absolutas y perpetuas. Es probable que lo que ahora nos convence, más adelante, cambie por algo supuestamente mejor. Utilizando conceptos teóricos en la práctica es una forma de validarlos o desaprobarlos.

Las teorías guían la práctica profesional puesto que ofrecen una perspectiva, son un punto de vista o una manera de pensar acerca de enfermería por lo tanto, conforman una estructura de pensamiento, definen el límite de la práctica profesional, permiten identificar el rol de la Enfermera en la sociedad, estableciendo a la enfermería como una profesión única, Ayudando a proporcionar las bases del conocimiento propio, con lo que se le da forma y contenido al proceso asistencial de enfermería. Crean un lenguaje común y propio de enfermería que facilita la comunicación entre colegas, favoreciendo la autonomía profesional tanto en la investigación como en el ejercicio de esta; con una base de identidad más enfocada a la salud del paciente. **(1).**

Sin embargo, el estudio de las teorías causa todavía alguna incomodidad entre los enfermeros, debido a la inexistencia de una mayor familiarización con el tema. Anexo a esto en los programas de pregrado no se da la aplicabilidad de dichos modelos y teorías en la práctica clínica y administrativa; para ir creando en el estudiante, futuro enfermero la necesidad de utilizar teorías y modelos para brindar un cuidado óptimo que favorezca la recuperación del paciente y el fortalecimiento de la enfermería como disciplina profesional.

Es esencial que los enfermeros evalúen la aplicación de las teorías a ser utilizadas, para una mejor comprensión de la práctica y desarrollo de la enfermería. De ahí la importancia de los modelos de análisis de teorías, buscando el conocimiento más profundo de estas, la reflexión de su utilidad y la contribución a la práctica profesional.

Evaluación es un proceso sistemático, continuo e integral destinado a determinar hasta qué punto son logrados los objetivos previamente trazados.

Es un proceso organizado de recogida de datos, donde a través de instrumentos de aplicación se pueden obtener respuestas que permitirán obtener información válida y fiable para formar juicios de valor acerca de una situación. Estos juicios, a su vez, se utilizan en la toma de decisiones que permitirán mejorar la actividad valorada.

La aplicación de este modelo actualmente se realiza en las Unidades de Cuidado Intensivo de la Fundación Cardioinfantil Instituto de Cardiología; Partiendo de que

la individualización del cuidado de enfermería conforme a las características del paciente es una estrategia para alcanzar los resultados clínicos deseados.

En vista de la necesidad de mejoramiento en la atención integral de los pacientes se realiza en el 2003 un proyecto donde se implementó la utilización de este modelo inicialmente en la unidad de cuidado intensivo pediátrico cardiovascular, extendiéndose la utilización de dicho modelo hacia el resto de las unidades de cuidado intensivo.

El Modelo de Adaptación de Roy conceptúa a las personas como sistemas abiertos, los cuales mantienen interacción continua con sus ambientes, ocurriendo cambios internos y externos. Las personas reciben estímulos constantemente, que exigen respuestas, que pueden ser adaptativas, contribuyendo a la integridad de la persona, o ineficaces, dificultando esa integridad.

Es por esta razón que se considera importante la realización de un proyecto encaminado a la Evaluación de la aplicación del modelo de adaptación de Callista Roy en la Unidad de Cuidados Intensivo cardiovascular y quirúrgica de la Fundación Cardioinfantil Instituto de Cardiología; Partiendo del hecho de que cada disciplina busca su desarrollo y la enfermería continua trabajando y dotándose de un cuerpo de conocimiento para seguir orientando el ejercicio de su profesión a beneficio de la calidad del cuidado. Por lo que es indispensable contribuir en el proceso de evaluación de la aplicación de esta teoría, que se valide científicamente y se divulgue el beneficio de esta, y puedan demostrarle a la comunidad científica evidencias claras, que muestre como la incorporación de teorías a la práctica trae múltiples beneficios que facilitan una mejor orientación clínica, con un cuidado organizado a través de un sistemas lógico de información, que aporta medidas de efectividad en los cuidados de enfermería, para que continúen desarrollándose de una manera organizada, mejorando y direccionando a cada uno de sus profesionales con un perfil bien definido de su práctica diaria. A su vez esta evaluación dará reconocimiento a los profesionales de enfermería y a la fundación Cardioinfantil los cuales se han convertido en pioneros en la aplicación de modelos de atención de enfermería, tratando de buscar y de posicionarse como profesionales líderes en el cuidado de la salud a nivel del país, lo cual se reflejara en la atención de los pacientes.

OBJETIVO GENERAL

Evaluar la aplicación del modelo de adaptación de Callista Roy utilizado por el personal de enfermería en la valoración al paciente hospitalizado en la Unidad de Cuidados Intensivos Cardiovascular de la Fundación Cardioinfantil Instituto de Cardiología.

Objetivos específicos:

1. Identificar la eficacia, limitaciones y deficiencias en la aplicación del modelo de adaptación de Callista Roy utilizado en la Unidad de cuidados Intensivos.

2. Determinar la utilización o no del modelo en la planeación de la atención de enfermería.

3. Aplicar un instrumento para la evaluación de la valoración de enfermera fundamentada en el modelo de adaptación de Callista Roy.

4. Evaluar el conocimiento de personal de enfermería acerca del modelo de adaptación de Callista Roy.

5. Analizar resultados y presentar recomendaciones a la institución con una propuesta para desarrollarla en posterior ocasión.

1. MARCO TEORICO

1.1 Modelos conceptuales: Estos son definidos como un conjunto de conceptos abstractos y generales, así como proposiciones que se integran para dar un significado. **(2)** Incorporan observaciones empíricas, intuiciones de los estudiosos, deducciones combinadas con las ideas creativas del campo de la investigación (fawcett, 1996). Esto quiere decir que los modelos conceptuales son un conjunto de conceptos que explican de manera general el fenómeno del cuidado, pero los modelos conceptuales son más complejos y generales que las teorías, estos otorgan una explicación muy amplia sobre algunos fenómenos de interés para la enfermería.

Son representaciones de la realidad de la práctica y representan los factores implicados y la relación que guardan entre sí. Se convierten en un instrumento que permanentemente recuerda los distintos aspectos del cuidado de enfermería y la relación entre los factores fiscos, psicológicas que se debe tener en cuenta al brindar estos cuidados. (Fawcett, 1996) **(3)**

1.2 Teoría de enfermería: Las teorías comprenden un conjunto de conceptos y presupuestos, relacionados entre sí, abarcando el campo de la práctica, de la enseñanza y de la investigación. Las teorías de enfermería traen conceptos y proposiciones relacionadas con la enfermería y ligados a una visión del mundo. **(4)**

Las teorías en sus modelos conceptuales, presentan unas preposiciones fundamentadas en grandes teorías y corrientes filosóficas que defines desde su perspectiva particular los conceptos del modelo; plantean como se relacionan estos entre si y como deben establecerse las relaciones entre el personal de enfermería y la persona que se cuida, además, describen las etapas del proceso de enfermería. **(5)**

1.3 Modelo de adaptación de Callista Roy (6).

Callista Roy.

Miembro de las Hermanas de San José DE Carondelet, nació el 14 de octubre de 1939 en Los Ángeles, California. En 1963, inicia su carrera de enfermeria tras obtener su título en el Mount Saint Mary's College en Los Ángeles y en 1966 obtuvo su grado de maestría en enfermeria Pediatrica en la Universidad de California en Los Ángeles.

Después de haber finalizado sus estudios de enfermeria, Roy inicio su formación en sociología donde recibió su grado de maestría en 1973 y un PH.D. en la misma materia en la Universidad de California en 1977.

Mientras estudiaba la maestría en enfermeria pediatrica, en un seminario se le pidió que junto con Dorothy E. Johnson su asesora y profesora, que desarrollase un modelo conceptual de enfermeria.

Cuando trabajaba como enfermera en el ámbito de la pediatría, Roy observó, la gran capacidad de recuperación que tenían los niños y su capacidad de adaptarse a cambios físicos y psicológicos importantes. Le impacto su nivel de adaptación, hasta el punto de considerarlo como un marco conceptual para la enfermeria.

El Roy Adaptation Model se presentó por primera vez en 1970 en un artículo publicado en Nursing Outlook, titulado < Adaptation: A cconceptual Framework for Nursing>.

1.3.1 Fuentes teóricas del modelo de adaptación de Roy.

Sus principios científicos se basan en la teoría de sistemas de Von Bertlanffy y en la teoría de la adaptación del psicólogo fisiólogo Harry Helson. Sus principios filosóficos están enraizados en el humanismo, en la veritivity definido como principio de la naturaleza que afirma una finalidad; y en la unidad cósmica, dos términos que se han incorporados últimamente y que tienen especial significado para Roy.

Supuestos principales:

Teoría de sistemas.

La teoría de sistemas se ve reflejada en el concepto de persona como un sistema adaptativo que está en continua interacción con un medio ambiente cambiante. La persona está constituida por partes que actúan como una unidad con algún propósito. Con base en ésta teoría, Roy habla de unas entradas que son los estímulos ambientales, unos procesos centrales de afrontamiento y unas salidas, que son respuestas ó comportamientos, que determinan un nivel de adaptación. Los mecanismos de control, son esenciales para el funcionamiento de los sistemas humanos. Los conceptos de la teoría de sistemas relacionados con las entradas (estímulos) y las salidas (comportamientos), son muy importantes. Los sistemas vivos son vistos como fenómenos complejos, no lineales y multifacéticos. El proceso nunca se ve como desencadenado por un solo estimulo iniciando una respuesta dada. Por el contrario, los sistemas adaptativos vivos, particularmente los humanos, involucran procesos complejos de interacción.

La teoría de adaptación de Helson es el origen del modelo de Roy y la descripción de los seres humanos como seres adaptativos, con capacidad para adaptarse y crear cambios en el ambiente. La habilidad para responder positivamente a estos cambios es una función del sistema de nivel de adaptación de los seres humanos, que es un punto cambiante influenciado por las demandas de la situación y los recursos internos. Esto incluye, las capacidades, esperanzas, sueños, aspiraciones, motivaciones, y todo aquello que lleva a los humanos a moverse hacia la superioridad. (Mastery) (Roy), 1990).

Supuestos filosóficos.

Son ocho y están asociados con los principios filosóficos del humanismo y de Veritivity. El humanismo se define como un amplio movimiento filosófico y psicológico que reconoce a la persona y las dimensiones subjetivas de la experiencia humanas como centrales para conocer y valorar. El humanismo considera que los seres humanos se comportan con un propósito y comparten el poder creativo, no es una secuencia causa-efecto.

Veritivity es un término acuñado por Roy (1998), pertenece al principio de la naturaleza humana que afirma un propósito común de la existencia humana. Cree que las personas en sociedad son vistas en el contexto de la existencia humana con un propósito, unidad de propósito de tipo humano, actividad y creatividad para el bien común y valoración y sentido de vida.

El modelo de Roy es determinado como una teoría de sistemas con un análisis significativo de las interacciones. Contiene cinco elementos esenciales: paciente, meta de la enfermería, salud, entorno y dirección de las actividades. Los sistemas, los mecanismos de afrontamiento y los modos de adaptación son utilizados para tratar estos elementos. La capacidad para la adaptación depende de los estímulos a que está expuesto y su nivel de adaptación y este a la vez depende de tres clases de estímulos: focal, contextual y residual.

1.3.2 Componentes del modelo. (7)

Sistema adaptativo humano: SAH

Roy describe a las personas como seres holísticos, con partes que funcionan como unidad con algún propósito, no es una relación causa efecto. Los sistemas humanos incluyen a las personas como individuos, grupos, familias, comunidades, organizaciones, y a la sociedad como un todo.

Los seres humanos se adaptan a través de procesos de aprendizaje adquiridos mucho tiempo atrás; por esta razón, la enfermera debe considerar a la persona como un ser único, digno, autónomo y libre, que forma parte de un contexto del

cual no se puede separar. Este concepto está directamente relacionado con el de adaptación, de tal forma que la percepción que tiene de las situaciones a las cuales se enfrenta son individuales y diferentes para cada uno.

La valoración del modo fisiológico y psicosocial constituye una oportunidad para conocer no solo su estado de salud, sino también la percepción que tiene de la situación que está viviendo en este momento, como la está afrontando y cuáles son sus expectativas frente al cuidado de enfermería, para promover su adaptación. Ello permite establecer las estrategias más efectivas para lograr en forma conjunta la meta de enfermería, que, de acuerdo con los planteamientos del modelo, es promover la adaptación, entendida esta como un estado de bienestar del ser humano.

Ambiente:

Son todas las condiciones, circunstancias e influencias que rodean y afectan al desarrollo y el comportamiento de los seres humanos como sistemas adaptativos, con particular consideración de la persona y de los recursos del mundo. El ambiente es todo aquello que rodea a la persona y lo que está dentro de ella. El ambiente no se limita al entorno, está constituido además por sus experiencias y los aspectos que constituyen su ambiente interno.

Desde esta perspectiva, la enfermera y el paciente forman parte del ambiente de cada uno, y en el establecen una relación de reciprocidad. El personal de enfermería debe ser consciente de que constituye un estímulo para el paciente y, por lo tanto, puede afectar en forma positiva o negativa su adaptación. A su vez, implica reconocer una interacción de iguales, consecuente con su condición de persona, en la cual se establece una comunicación bidireccional que promueve el crecimiento mutuo.

El ambiente está directamente relacionado con los estímulos, toda vez que estos desencadenan respuestas adaptativas, que promueven las metas de adaptación e integridad, ni contribuyen a la meta de adaptación e integración de las personas con el mundo.

Mecanismos de afrontamiento.

El subsistema regulador es el proceso que se opera en el sistema adaptativo humano para enfrentar los estímulos. Se basa en las respuestas del sistema neuroquímico ante un estímulo y su acción sobre los órganos efectores. Las entradas son de naturaleza química y se trasmiten a través de los sistemas circulatorio y nervioso.

El subsistema cognitivo es el otro sistema que permite el enfrentamiento de los estímulos. Este proceso se fundamenta en las actividades complejas que desarrolla el sistema nervioso central, para interpretar los estímulos ambientales internos y externos. Según Roy, la cognición se relaciona con “las habilidades

humanas de pensar, sentir, y actuar", y ha seleccionado el modelo de Luria para explicar el procesamiento de la información, de tal forma que la estructura es el cerebro, los procesos son neuropsicológicos y la base del conocimiento tiene relación con la experiencia y la educación.

El centro del modelo de procesamiento de la información está determinado por los procesos cognitivos de la persona: el estado de alerta-atención, la sensación-percepción, la información y codificación de conceptos, la memoria, el lenguaje, la planeación y las respuestas motoras.

Los procesos cognitivos pueden expresarse a través de funciones motoras, como el lenguaje, los movimientos y la expresión corporal, los cuales están enmarcados por la conciencia, que tiene la capacidad de percibir e interpretar los estímulos del medio ambiente. Roy destaca que existe una interrelación permanente entre los estímulos y la conciencia.

Salud.

Es el proceso de ser y llegar a ser un todo integrado. Salud significa adaptación. Según las circunstancias de su ambiente la persona se adapta de una forma diferente; esto lleva a que los individuos sean cada vez más complejos y tengan un mayor crecimiento.

1.3.3. Grafica del modelo adaptación de Callista Roy. (8)

Representación diagramática de los sistemas adaptativos humanos.

Tomado de Roy, Callista; Andrews, Heather. *The Roy adaptation model*, Editorial Appleton y Lange, p. 50 (fig. 2-3), 1999.

1.3.4 Metaparadigmas:

Persona: Ser biopsicosocial que forma un sistema unificado, en constante búsqueda de equilibrio.

Salud: Adaptación resultante de éxito obtenido al hacer frente a los productores de tensión.

Ambiente: Condiciones o influencias externas que afectan el desarrollo de la persona.

Enfermería: Manipulación de los estímulos para facilitar el éxito del enfrentamiento.

2. MARCO CONCEPTUAL.

2.1. Evaluación de proyectos.

En gestión de proyectos, la **evaluación de proyectos** es un proceso por el cual se determina el establecimiento de cambios generados por un proyecto a partir de la comparación entre el estado actual y el estado previsto en su planificación. Es decir, se intenta conocer qué tanto un proyecto ha logrado cumplir sus objetivos o bien qué tanta capacidad poseería para cumplirlos.

En una evaluación de proyectos siempre se produce información para la toma de decisiones, por lo cual también se le puede considerar como una actividad orientada a mejorar la eficacia de los proyectos en relación con sus fines, además de promover mayor eficiencia en la asignación de recursos. En este sentido, cabe precisar que la evaluación no es un fin en sí misma, más bien es un medio para optimizar la gestión de los proyectos. **(9)**

Criterios utilizados para evaluar proyectos.

La evaluación de proyectos, en sus distintos tipos, contempla una serie de criterios base que permiten establecer sus conclusiones. En función del campo, empresa u organización de que se trate, es que se emplearán una serie de criterios u otros que guarden relación con los objetivos estratégicos que se persigan.

No existen criterios únicos, por lo general los criterios surgen en función de la naturaleza de cada proyecto pero existe cierto consenso en la necesidad de analizar la *pertinencia*, *eficacia*, *eficiencia* y *sostenibilidad* de los proyectos.

- **Pertinencia o relevancia:** Observa la congruencia entre los objetivos del proyecto y las necesidades identificadas y los intereses de la población e instituciones (consenso social). Se observa especialmente en la evaluación ex-ante pero también en los demás tipos de evaluación.

- **Eficacia:** Es el grado en que se han cumplido los objetivos. Se observa en las evaluaciones de tipo continuas y ex-post.

- **Eficiencia:** Indica el modo en que se han organizado y empleado los recursos disponibles en la implementación del proyecto. Este criterio es usual en el análisis costo-beneficio realizado en la evaluación ex-ante.

- **Sostenibilidad:** Establece que es la medida en que la población y/o las instituciones mantienen vigentes los cambios logrados por el proyecto una vez que este ha finalizado. Suele considerarse en las evaluaciones de impacto.

Es fundamental considerar la evaluación desde las propias necesidades, y alcances de las acciones para con la población meta.

Requisitos que debe cumplir una buena evaluación de proyectos

Toda evaluación cumpla algunos requisitos metodológicos para garantizar que la información que genere puede ser usada en la toma de decisiones. Así, se espera que todo proceso de evaluación sea:

- **Objetivo:** Debe medirse y analizarse los hechos definidos tal como se presentan.

- **Imparcial:** La generación de conclusiones del proceso de evaluación debe ser neutral, transparente e imparcial. Quienes realizan la evaluación no deben tener intereses personales o conflictos con la unidad ejecutora del proyecto.

- **Valido:** Debe medirse lo que se ha planificado medir, respetando las definiciones establecidas. En caso el objeto de análisis sea demasiado complejo para una medición objetiva, debe realizarse una aproximación cualitativa inicial.

- **Confiable:** Las mediciones y observaciones deben ser registradas adecuadamente, preferentemente recurriendo a verificaciones *in-situ*.

- **Creíble:** Las partes involucradas en el proyecto deben tener confianza en la idoneidad e imparcialidad de los responsables de la evaluación, quienes a su vez deben mantener una política de transparencia y rigor profesional.

- **Oportuno:** Debe realizarse en el momento adecuado, evitando los efectos negativos que produce el paso del tiempo.

- **Útil:** Debe ser útil y elaborarse en un lenguaje conciso y directo, entendible para todos los que accedan a la información elaborada, los resultados de una evaluación no deben dirigirse sólo a quienes tienen altos conocimientos técnicos sino que debe servir para que cualquier involucrado pueda tomar conocimiento de la situación del proyecto.

- **Participativo:** Debe incluirse a todos los involucrados en el proyecto, buscando de reflejar sus experiencias, necesidades, intereses y percepciones.

- **Retroalimentador:** Un proceso de evaluación debe garantizar la diseminación de los hallazgos y su asimilación por parte de los involucrados en el proyecto (desde las altas esferas hasta los beneficiarios), para así fomentar el aprendizaje organizacional.

- **Costo/eficaz:** La evaluación debe establecer una relación positiva entre su costo (económico, de tiempo y recursos) y su contribución en valor agregado para la experiencia de los involucrados en el proyecto

Tipos de evaluación de proyectos.

Existen tres *tipos de Evaluación* y su relevancia es notoria según la naturaleza del proyecto y los objetivos de sus inversores, estas pueden ser: Evaluación Financiera, Evaluación Económica y Evaluación social.

Evaluación financiera, se realiza en proyectos privados, juzga el proyecto desde la perspectiva del objetivo de generar rentabilidad financiera y juzga el flujo de fondos generado por el proyecto. Esta evaluación es pertinente para determinar la llamada "Capacidad Financiera del proyecto" y la rentabilidad de Capital propio invertido en el proyecto.

La información de la evaluación financiera debe cumplir tres funciones:

1. Determinar hasta donde todos los costos pueden ser cubiertos oportunamente, de tal manera que contribuya a diseñar el plan de financiamiento.
2. Mide la rentabilidad de la Inversión.

3. Genera la información necesaria para hacer una comparación del proyecto con otras alternativas o con otras oportunidades de inversión.

La evaluación económica, en cambio, supone que todas las compras y las ventas son al contado y que todo el capital es propio es decir, la evaluación privada económica desestima el problema financiero. La evaluación económica tiene por objeto medir el aporte neto de un proyecto o política al bienestar de toda la colectividad nacional teniendo en cuenta el objetivo de eficiencia. Consiste en un examen de la eficiencia de los recursos invertidos en la ejecución de políticas o proyectos.

La evaluación social, de proyectos compara los beneficios y costos que una determinada inversión pueda tener para la comunidad de un país en su conjunto. Los costos y beneficios sociales indirectos corresponden a los cambios que provoca la ejecución del proyecto en la producción y consumo de bienes y servicios relacionados con éste. **(10)**

2.2 Importancia de la evaluación.

La importancia de evaluar un proyecto radica en el hecho de establecer si el proyecto en mención primeramente es viable (si existen las condiciones comerciales, técnicas y de infraestructura para concretar el proyecto) y en segundo lugar para establecer si es rentable o no, si va a generar ganancias o pérdidas para quienes promuevan dicha inversión (inversionistas).

La importancia radica en experiencias ingratas de inversionistas que apostaron por una idea, crearon una empresa y al poco tiempo quebraron, perdiendo todo o parte de su inversión y quedando en muchos casos endeudados; si estos inversionistas hubiesen evaluado antes su inversión, hubiesen llegado a la conclusión de que el proyecto no era rentable y por lo tanto no hubiesen invertido y por consiguiente no hubiesen perdido sus recursos ni mucho menos hubiesen quedado endeudados. **(11).**

3. MARCO METODOLOGICO.

3.1 Marco lógico.

La herramienta a utilizar para estructurar el proyecto es el **marco lógico.**

Definición: Según Haugland, 1993 “el método del marco lógico es una manera de estructurar los principales elementos de un proyecto, subrayando los lazos lógicos entre los insumos previstos, las actividades planeadas y los resultados esperados”.

El marco lógico es un método para formular proyectos de acción a partir de grupos de interés, problemas y persigue objetivos de cambio (Córdoba, 2006).

Esta herramienta es fundamental para el diseño y gestión de proyectos de salud porque examina e identifica los pasos destinados a asegurar que un proyecto responda a la problemática identificada y tenga un propósito claramente definido, ya que estos dos atributos son fundamentales para asegurar un buen desempeño de desarrollo de los proyectos y facilitar las actividades correspondientes de evaluación.

Un Sistema de Marco Lógico (SML) está estructurado en tres módulos, que conforman un proceso dinámico, eslabonado y circular.

•Diseño.

•Ejecución

•Evaluación

El diseño del Marco Lógico tiene tres etapas:

•Diagnóstico del problema (situación actual)

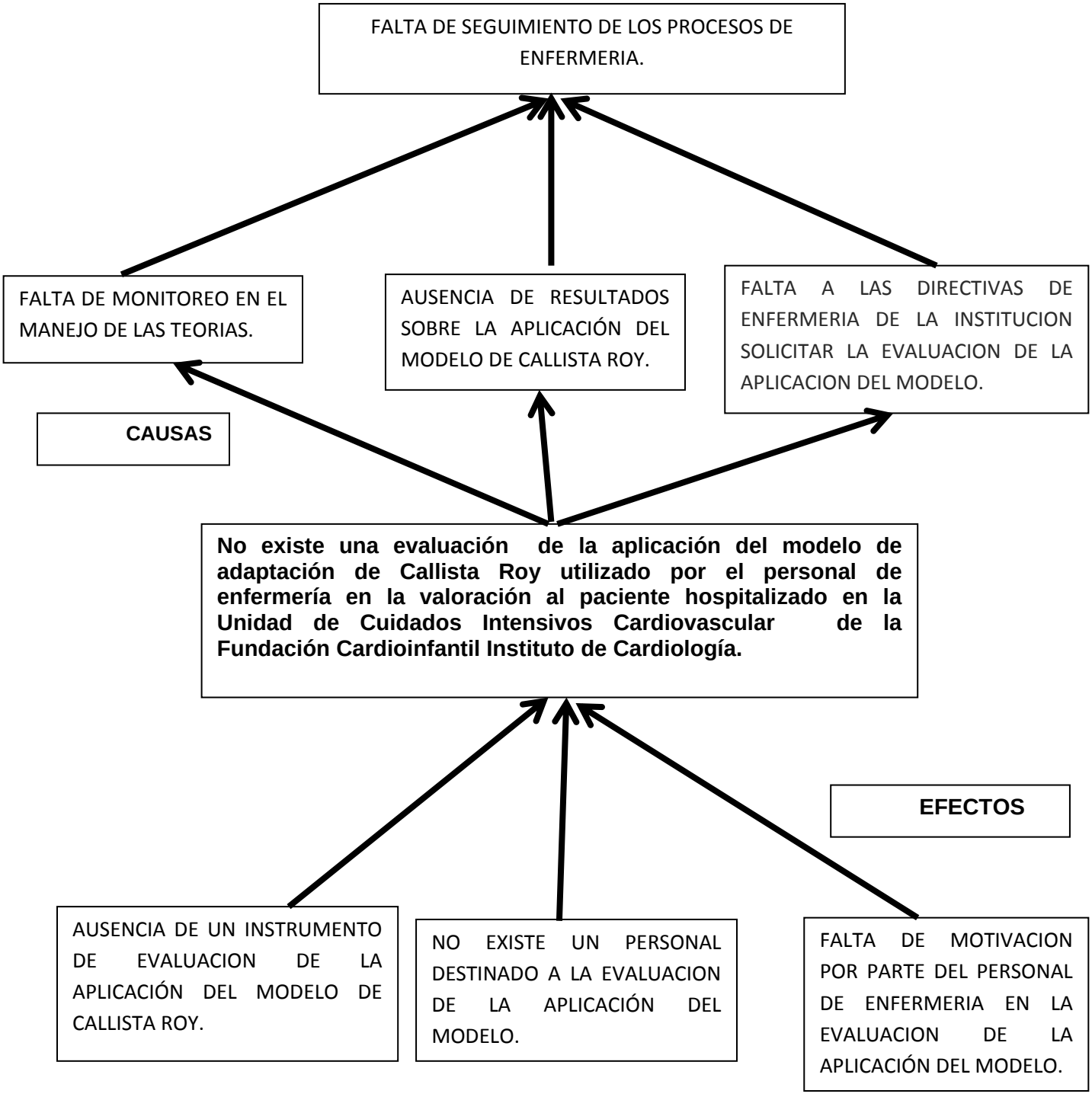
•Definición del proyecto (situación futura)

•Elaboración de la Matriz de Marco Lógico (MML)

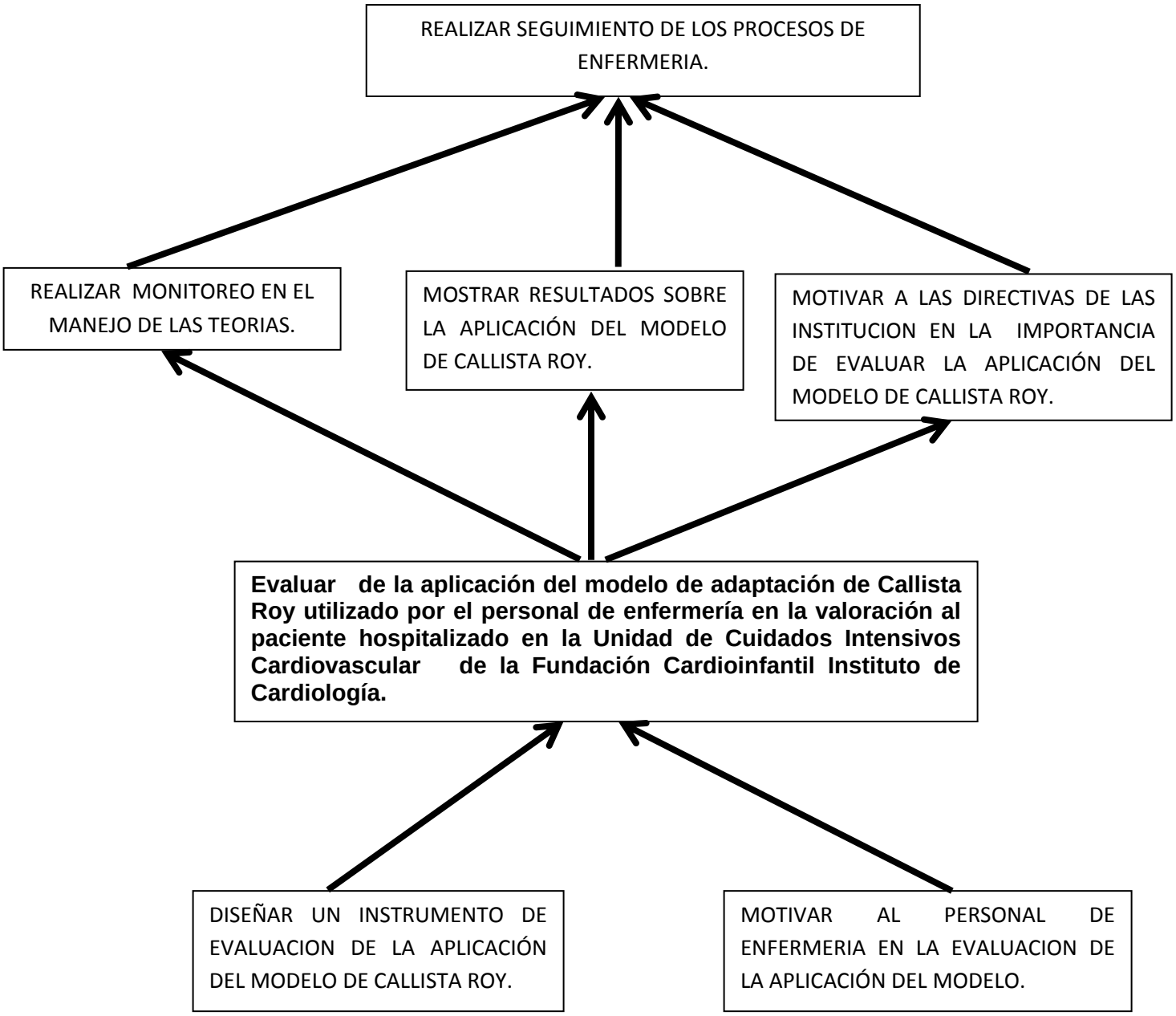
3.2 Cuadro de involucrados.

Grupos	Intereses	Problemas percibidos	Recursos y mandatos
Enfermeras/os	Ofrecer un buen cuidado	Nunca se ha realizado una evaluación de la aplicación del modelo de adaptación de Callista Roy. Desconocimiento acerca de la correcta o incorrecta aplicación del modelo de adaptación de Callista Roy.	Aplicación de un instrumento para evaluar la aplicación del modelo de adaptación de Callista Roy.
INSTITUCION UCI.	Mejorar la calidad en la atención	Desinterés por parte de las directivas de la institución en la importancia de evaluar la aplicación del modelo de callista Roy. Falta de seguimiento de los procesos de enfermería	Motivación a las directivas de la institución acerca de la importancia de evaluar el modelo. Aplicación de un instrumento para evaluar la aplicación del modelo de adaptación de Callista Roy.
Paciente	Recibir un mejor cuidado	Mejoría en la calidad en la atención por parte del personal de enfermería.	Utilización del modelo de adaptación de callista Roy.

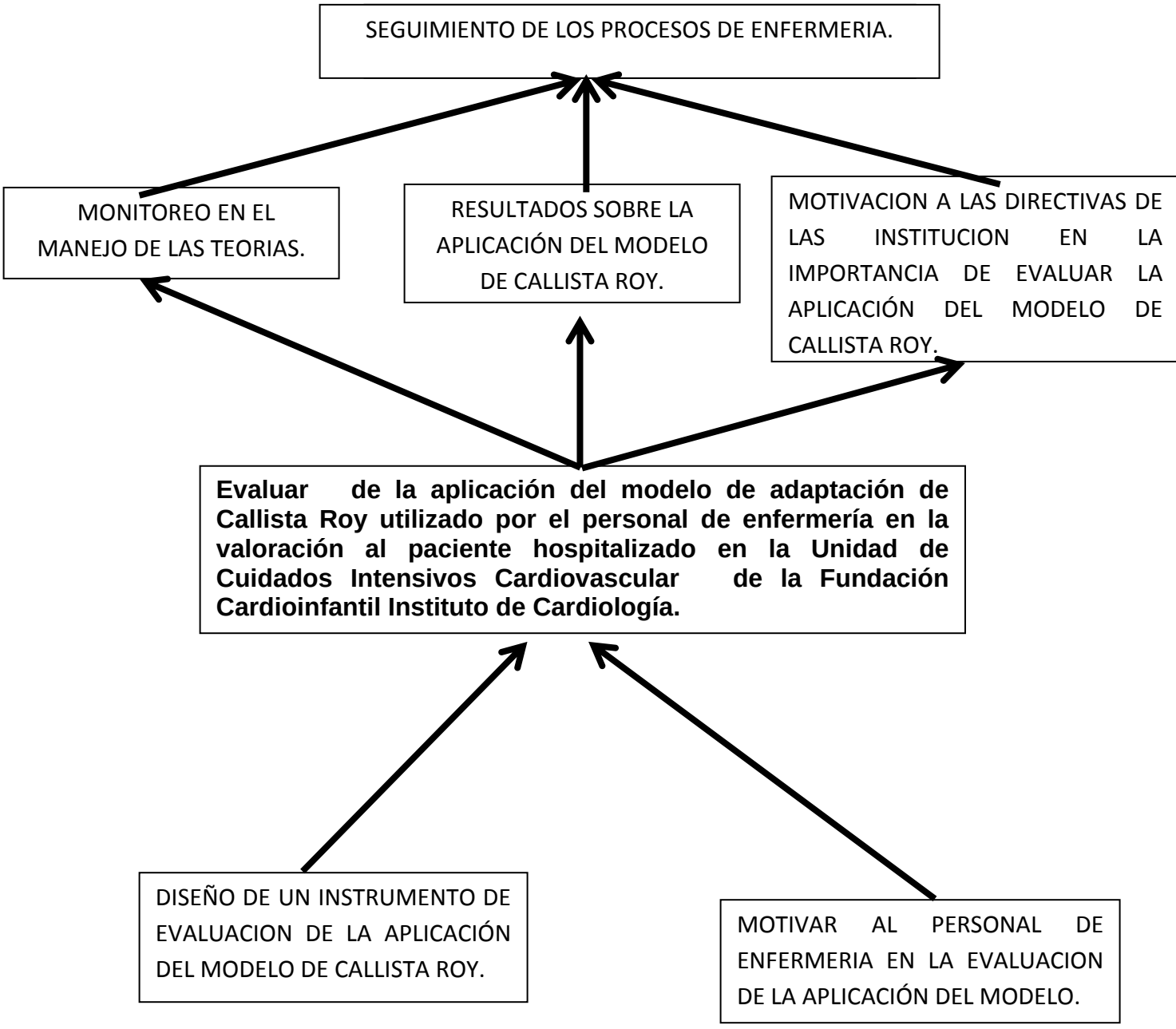
3.3 Árbol de problemas.



3.4 Árbol de objetivos.



3.5 Árbol de alternativas.



3.6 Matriz del marco lógico.

RESUMEN NARRATIVO	INDICADORES	MEDIOS DE VERIFICACIÓN	SUPUESTOS
FIN DEL PROYECTO Mejorar el cuidado de enfermería a través de la implementación de teorías y modelos en enfermería.	Porcentaje de enfermeras que implementan adecuadamente el modelo. sobre el total de enfermeras de la uci.	CUESTIONARIO ESTRUCTURADO Y OBSERVACION SOBRE LA APLICACIÓN DEL MODELO DE CALLISTA ROY.	El personal de enfermería que se niegue a participar en el estudio.
PROPÓSITO DEL PROYECTO Evaluar la aplicación del Modelo de Adaptación de Callista Roy utilizado por el personal de enfermería en la valoración al paciente hospitalizado en la Unidad de Cuidados Intensivos Cardiovascular de la Fundación Cardioinfantil IC.	Porcentaje de enfermeras que se le aplica el instructivo sobre el total de enfermeras de la UCI.	CUESTIONARIO ESTRUCTURADO Y OBSERVACION SOBRE LA APLICACIÓN DEL MODELO DE CALLISTA ROY.	Ausentismo del personal en el momento de la aplicación del cuestionario de conocimiento y las listas de chequeo. La no disponibilidad del personal de enfermería en el momento de aplicación del cuestionario de conocimiento y las listas de chequeo.

COMPONENTES VALORACION INTEGRAL DEL PACIENTE DE ACUERDO AL MODELO DE ADAPTACION DE CALLISTA ROY. CONOCIMIENTO ACERCA DEL MODELO DE ADAPTACION DE CALLISTA ROY. IDENTIFICACION DE SIGNOS Y SINTOMAS CLINICOS QUE AFECTAN AL PACIENTE. IDENTIFICACION DEL GRADO DE ADAPTACION DEL PACIENTE. **ACTIVIDADES** Elaboración del cuestionario estructurado y la lista de chequeo. Orientación al personal sobre el diligenciamiento adecuado del	PORCENTAJE DE ENFERMERAS QUE MANEJAN CORRECTAMENTE EL MODELO DE CALLISTA ROY. PORCENTAJE DE ENFERMERAS QUE MANEJAN CORRECTAMENTE EL MODELO DE CALLISTA ROY. Porcentajes de enfermeras a las cuales se le explico acerca del diligenciamiento correcto del cuestionario estructurado.	CUESTIONARIO ESTRUCTURADO Y OBSERVACION DE ENFERMERIA y SOBRE LA APLICACIÓN DEL MODELO DE CALLISTA ROY. CUESTIONARIO ESTRUCTURADO YSITUACION DE ENFERMERIA SOBRE LA APLICACIÓN DEL MODELO DE CALLISTA ROY. Presentación del proyecto ante los expertos.	La no autorización del proyecto por parte de las directivas institucionales. La no autorización del proyecto por parte de las directivas institucionales. Negación de los expertos en asesorar el proyecto.

cuestionario estructurado y la lista de chequeo.			
Aplicación de cuestionario estructurado. Sobre conocimiento.	Porcentaje de enfermeras que se le aplica el instructivo sobre el total de enfermeras de la UCI.	CUESTIONARIO ESTRUCTURADO.	El personal de enfermería que se niegue a participar en el estudio.
Observación en el área clínica sobre la valoración de enfermería aplicando el modelo de Roy. Utilizando una lista de chequeo	Porcentaje de enfermeras observadas sobre el total de enfermeras de la UCI.	CUESTIONARIO ESTRUCTURADO	La no autorización del proyecto por parte de las directivas institucionales.
Evaluación de las hojas de valoración de enfermería usada por el personal de la unidad de cuidados intensivos cardiovascular. Utilizando una lista de chequeo	Porcentajes de resultados obtenidos de acuerdo a la tabulación de los datos de hoja de chequeo de valoración de enfermería.	LISTA DE CHEQUEO.	La no autorización del proyecto por parte de las directivas institucionales.
Determinación de resultados	Tabulación de datos obtenidos. Presentación de resultados.	LISTA DE CHEQUEO DE VALORACION DE ENFERMERIA.	La no autorización de la revisión de hojas de valoración de enfermería.
Análisis y Divulgación de	Propuesta de recomendaciones		

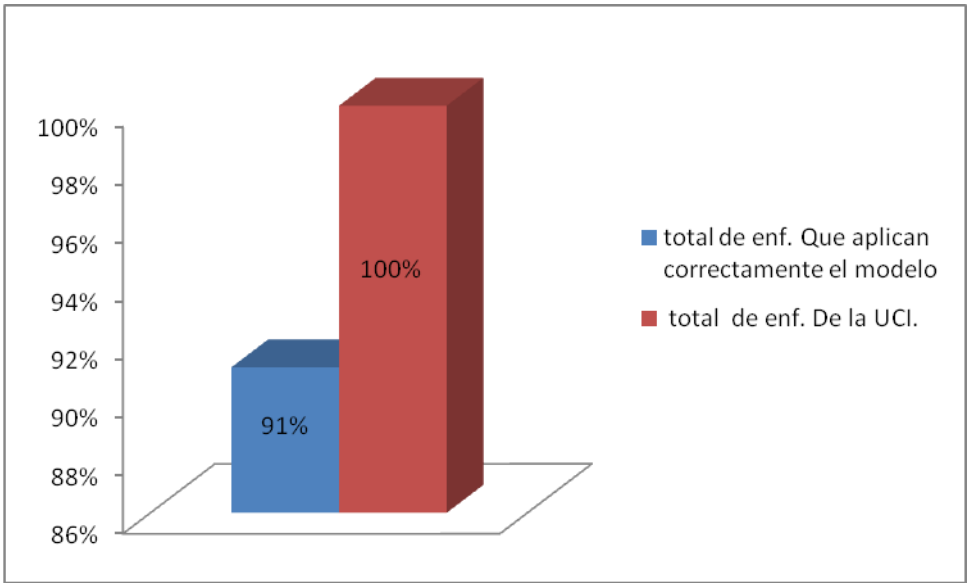
resultados. Formulación de recomendaciones de acuerdo a los resultados obtenidos.	presentada a la institución.	Programa de tabulación de datos. Presentación de resultados obtenidos. (diapositivas) Documento escrito con recomendaciones para la aplicación del modelo.	Sesgo en la recogida de la información. La no asistencia del personal a la presentación de resultados. La institución no acepta recibir la propuesta.

4. INDICADORES DEL PROYECTO

Un indicador es un instrumento muy importantes para evaluar y dar surgimiento al proceso de desarrollo, permite dar una orientación de cómo se pueden alcanzar mejores resultados en el proyecto en desarrollo, mira más de cerca los resultados de iniciativas o acciones y son esencialmente cuantitativos. Los indicadores con los que se trabajo este proyecto, se presentan en las siguientes graficas.

Grafica del indicador 1.

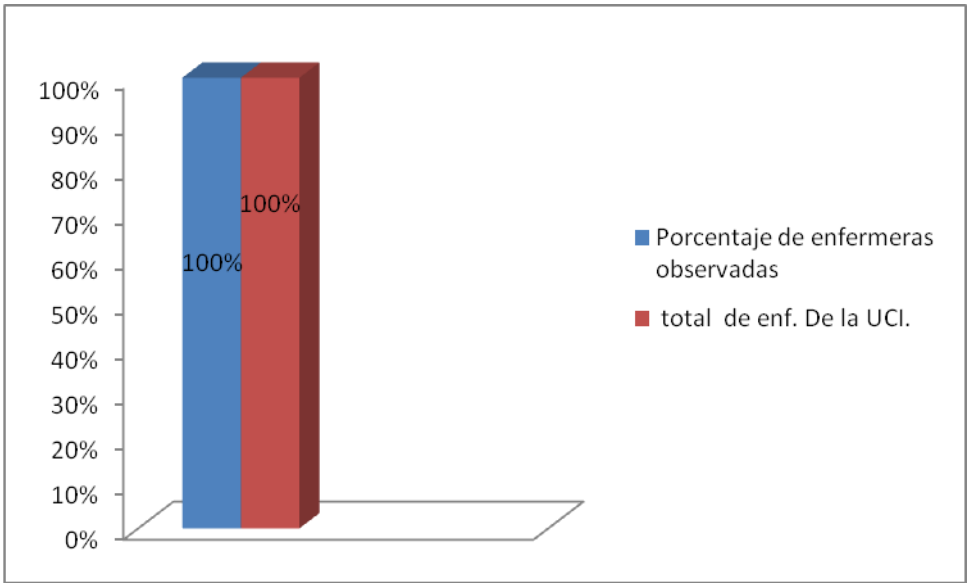
TOTAL DE ENFERMERAS QUE APLICAN EL MODELO VS TOTAL DE ENFERMERAS EN LA UCI.



En la grafica se observa el total de enfermeras de la UCI (24), que equivale al 100% sobre el total de enfermeras que aplican correctamente el modelo (22). Que equivale al 91%. Se logra el cumplimiento de la meta en un 91%.

Grafica del indicador 2.

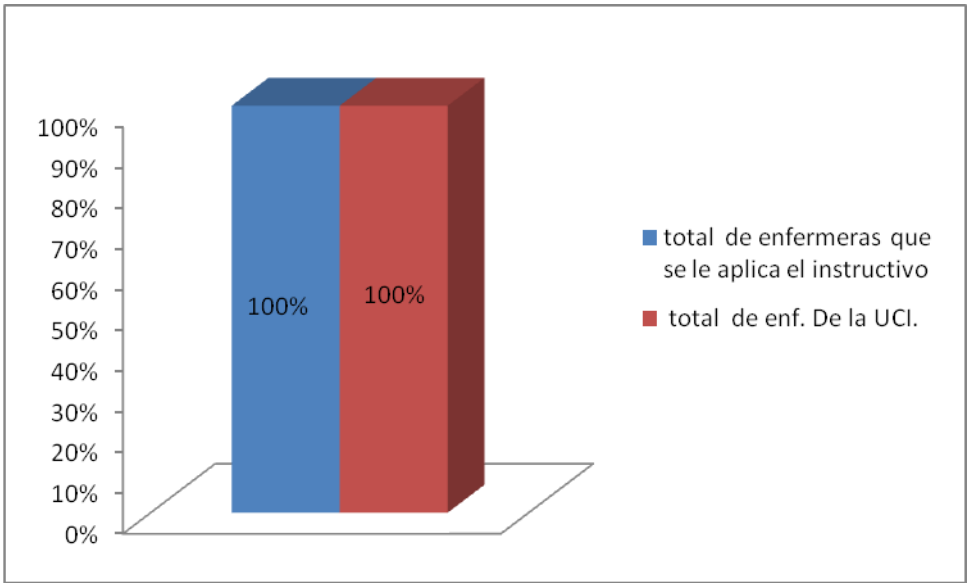
TOTAL DE ENFERMERAS OBSERVADAS VS TOTAL DE ENFERMERAS EN LA UCI.



En la grafica se observa el porcentaje de enfermeras observadas (24), que equivale al 100%, sobre el total de enfermeras de la UCI (24), que equivale al 100%. Se logra el cumplimiento de la meta en un 100%.

Grafica del indicador 3.

TOTAL DE ENFERMERAS QUE SE LE APLICA EL INSTRUCTIVO VS TOTAL DE ENFERMERAS EN LA UCI.



En la grafica se observa el porcentaje de enfermeras a las que se le aplica el instructivo (24), que equivale al 100%, sobre el total de enfermeras de la UCI (24), que equivale al 100%. Se logra el cumplimiento de la meta en un 100%.

5. PRESUPUESTO.

Recursos Materiales:

Útiles de escritorio, gastos del documentos, otros.	**$ 1,500.000**

Total: $ 1,500.000

Equipos:

	Alquiler por hora	**Cantidad**	**Costo total**
Computador	**$ 1.000**	**350 horas**	**$ 350.000**
Impresora	**$ 3.000**	**15 horas**	**$ 45.000**
Proyector	**$ 20.000**	**15 horas**	**$ 300.000**

Total: $ 650.000

Honorarios:

Profesional 1	**$ 50.000/hora(15 horas /mes)**	**7 meses**	**$ 5.250.000**
Profesional 2	**$ 2.000.000 / mes**	**7 meses**	**$ 5.250.000**
Asesor 1	**$ 100.000 / hora**	**10 horas**	**$ 1.000.000**
Asesor 2	**$ 100.000 / hora**	**10 horas**	**$ 1.000.000**

Total: $ 12.500.000

Presupuesto Total: $ 14.650.000

6. CRONOGRAMA DE ACTIVIDADES

Actividades a Realizar	Enero 2011		Febrero 2011 Semana 1				Febrero 2011 Semana 2				febrero 2011 Semana 3				Febrero 2011 Semana 4				Marzo 2011				Marzo 2011			
	28	29	2	3	4	5	7	9	11	12	14	15	18	19	20	22	25	26	1	3	12	19	21	23	25	26
Selección del problema para elaboración del proyecto	*																									
Aprobación del proyecto por las docentes	*																									
Formulación de objetivos del proyecto.		*																								
Revision y selección Bibliográfica			*	*	*	*	*	*	*	*	*	*						*					*			
Búsqueda y valoración de las hojas de enfermería utilizadas en la aplicación del modelo en la uci cardiovascular FCI				*																						
Envió de avances del proyecto a docente											*								*			*				
Elaboración del marco lógico del proyecto.													*								*					
Elaboración de la matriz del marco lógico.														*							*					
Elaboración de presupuesto																			*							
Planeación de cuestionario de conocimiento y lista de chequeo.																*										
Asesoría con expertos																		*			*			*		
Asesoría con expertos para la creación cuestionario de conocimiento y lista de chequeo.																		*			*			*	*	
Creación del Cuestionario de conocimiento y lista de chequeo.																										*

Actividades a Realizar	Marzo 2011		Marzo 2011				Marzo 2011				Abril 2011					Mayo 2011		Junio 2011				Junio 2011			
	1	1	2	2	2	2	2	2	3	3	5	6	7	1	2	1	1	2	3	4	5	1	1	2	2
Negociación	*	*	*						*				*												
Inicio de proceso de negociación con coordinadores de enfermeria y enlaces institucionales.	*	*							*																
Solicitud de entrevistas con directivos de la Cardio Infantil.			*																						
Presentación de negociación con directivos de fundación Cardio Infantil.													*												
Aprobación del proyecto														*											
Orientación y aplicación de prueba piloto de evaluación.														*											
Aplicación de Cuestionario de Conocimiento, y listas de chequeo.															*	*	*								
Evaluación de valoraciones realizadas por enfermeria.																		*	*	*	*				
Observación de la valoración de enfermeria en las unidades.																								*	*
Tabulación de datos obtenidos.																				*	*	*	*	*	*
Análisis de cuestionario de conocimiento y lista de chequeo.																						*	*	*	*
Elaboración de propuestas.																									
Presentación de Resultados																									
Envió de avances del proyecto																	*					*		*	
Asesoría con expertos sobre resultados del proyecto																				*		*	*		
Envió de avances de proyecto .																	*					*		*	

Actividades a Realizar	Julio 2011						Julio 2011				Agosto 2011					Septiembre 2011	
	2	3	7	9	1	1 5	2 0	2	2 5	2 0	1	1 1	2	2 6	2 9	1 0	1 7
Elaboración de propuestas.	*	*	*														
Envió de avances de proyecto.					*												
Presentación de Resultados						*											*
Entrega de Proyecto.																	*

Nota explicativa: Nota explicativa:

Actividades realizadas: (*)

Actividades en pendientes: (-)

7. PLAN DE ACCION

Una de las principales fases para el desarrollo del proyecto después estructurar el diseño del marco lógico y buscando asegurar que el proyecto responda a la problemática identificada para el logro de los objetivos, fue la organización de un plan de acción el cual se presenta por 3 etapas secuenciales, distribuidas en un espacio definido de tiempo y con cada una de sus tareas especificas dependiendo de la etapa.

7.1 Etapa 1.

Formatos y herramientas de aplicación del Modelo de Adaptación usados en la uci Cardiovascular de la Fundación CardioInfantil.

Estrategia	Que	Como	Con que	Cuando	Responsables
1. Búsqueda de formatos de aplicación del modelo de adaptación, usados por el personal de enfermería de la unidad de cuidados intensivos cardiovascular de la Fundación Cardioinfantil IC.	Revisión de los formatos y herramientas usados por enfermería para la aplicación del modelo de adaptación.(ver anexo 4).	Evaluación detallada de los formatos de aplicación del modelo de Adaptación usado por las enfermeras. Asociación de los conceptos y componentes del modelo con la estructura de los formatos.	Recursos materiales: hojas, lapicero, computador. Recursos Humanos: Asesoría con expertos., Responsables del proyecto. Recursos Bibliográficos: Revisión sobre conceptos del modelo.	28 de enero al 3 de febrero de 2011.	José Luis Alvarez Watson. Leidy Bornacelli Sanjuanelo.

Cuestionario estructurado.					
Estrategia	Que	Como	Con que	Cuando	Responsables
1. Planeación de un formato para medir conocimientos.	Desarrollo de Cuestionario estructurado. (ver anexo 1)	a. Elaboración de un formato de preguntas. b. Redacción y distribución del cuestionario. Con 11 preguntas y una sección de apareamiento. c. Prueba preliminar o piloto. d. Correcciones del cuestionario.	Recursos materiales: hojas, lapicero, computador, impresora, etc. Recursos Humanos: Asesoría con expertos., Responsables del proyecto, grupo al que se le aplico la prueba piloto. Recursos Bibliográficos: Revisión sobre conceptos del modelo y técnicas de cuestionario estructurado.	Del 22 de febrero al 26 de marzo de 2011.	José Luis Álvarez Watson. Leidy Bornacelli Sanjuanelo.
2. Orientación sobre el diligenciamiento del cuestionario.	Aplicación de cuestionario estructurado	En los diferentes turnos sin afectar su jornada laboral., dando las instrucciones individualmente.	Recursos materiales. Recursos Humanos.	2 de abril al 13 de mayo de 2011.	José luis Alvarez Watson. Leidy Bornacelli Sanjuanelo.

7.2 Etapa 2.

La etapa 2 denominada cuestionario estructurado, se desarrolla bajo la asesoría de expertos en el manejo e interpretación de los conceptos del modelo de adaptación de Roy y con el uso de un soporte bibliográfico específico para respaldar el cuestionario estructurado, y la creación de preguntas acordes con este para la realización de la evaluación acerca del conocimiento de dicho modelo.

Componentes y conceptos del modelo de adaptación de Callista Roy.

Modos de adaptación:

Modo de autoconcepto. El auto concepto se ha definido como un conjunto de creencias y sentimientos que una persona tiene acerca de sí misma en un momento dado. Los componentes del modo de auto concepto son el yo físico que incluye las sensaciones corporales, y la imagen corporal es decir la estructura física, las funciones, la apariencia personal, las dimensiones de sexualidad y del estado de salud: El YO personal (como me siento conmigo mismo). EL YO moral, ético y espiritual (creencias, valores, principios y religiosidad es el evaluador del comportamiento). EL YO ideal (como quisiera ser, expectativas y metas de las personas).

Modo de función del rol: Un rol es la unidad de funcionamiento en el grupo y se define como el conjunto de funciones que una persona, que ocupa una posición, realiza o desempeña. Tres tipos de roles:

Rol primario: Determina la mayoría de comportamientos de la etapa del desarrollo vital en que se encuentre el individuo, así como el sexo al cual pertenece.

Rol secundario: Se relaciona con las tareas que una persona debe cumplir en un momento determinado de su vida. Por ejemplo: ser administrador de empresas, esposo y padre de dos niños.

Rol terciario: Es un rol temporal elegido por la persona y que tiene relación con el rol secundario. Por ejemplo ser miembro de la Junta directiva de la Asociación de Padres de Familia del colegio de los hijos.

Interdependencia: Se refiere a las interacciones relacionadas con las formas de recibir y dar amor, respeto y valor. La necesidad básica en este modo se relaciona con la integridad y el sentimiento de seguridad que proporcionan las relaciones.

Modo fisiológico: El modo fisiológico tiene relación con las respuestas del organismo ante los estímulos y contempla 5 necesidades básicas, procesos.

Necesidades básicas:

Función de oxigenación: Esta función tiene relación con el proceso por el cual se lleva a cabo el intercambio de oxígeno y CO2 en todas las células del cuerpo. Tiene que ver con los procesos de ventilación, difusión, perfusión y transporte de gases desde y hacia los tejidos. Al valorar ésta función la enfermera tiene en cuenta todos los aspectos relacionados con la función de los sistemas respiratorio y circulatorio.

Función de nutrición: Tiene que ver con los procesos de alimentación, digestión y metabolismo de los alimentos. La persona asimila los nutrientes de los alimentos, en el sistema digestivo gracias a la acción de las enzimas, hormonas y jugos gástricos e intestinales, para mantener el funcionamiento de todos los órganos del cuerpo, promoviendo su crecimiento y mantenimiento de energía. Al valorar ésta función la enfermera valora el proceso básico de alimentación y digestión. (Roy, p. 149)

Función de eliminación: La eliminación es el proceso vital por el cual el organismo expulsa a través de la orina, el sudor, la respiración y la materia fecal los productos de desecho del metabolismo. Al realizar su valoración, la enfermera tiene en cuenta el funcionamiento de los sistemas urinario, digestivo, respiratorio y de la piel.

Función de actividad y descanso: Esta función se relaciona con el proceso del movimiento, señal de vida y habilidad fundamental para realizar actividades de la vida diaria y actividades básicas cotidianas. El descanso, se asocia con la recreación, es decir con el cambio hacia una actividad placentera, la tranquilidad, el sosiego y el sueño, procesos que requieren una baja demanda de energía y por lo tanto le permiten a la persona renovarse para continuar su actividad.

Al valorar ésta función la enfermera valora los procesos vitales básicos de la movilidad y el sueño. (Roy, p. 193)

Función de protección: Esta es una función vital por cuanto contempla los procesos de defensa del organismo contra agentes que pueden ser nocivos y alterar la integridad corporal como sustancias, bacterias, virus o células anormales. Según Roy (1999) se relaciona con los procesos de defensa no específicos constituidos por la piel y agentes químicos, y específicos como el sistema inmunológico. Al valorar ésta función la enfermera establece las condiciones de la piel, y la respuesta del sistema inmunológico ante agentes externos.

Procesos complejos.

Órgano de los sentidos: Incluye procesos relacionados con la percepción de estímulos en forma de luz, sonidos, calor, vibración mecánica y presión. La interpretación de estas sensaciones se relaciona con experiencias anteriores de la persona. La enfermera valora este proceso al determinar la integridad de la visión, audición, olfato, gusto y tacto..

Equilibrio acido básico: Este proceso dinámico se relaciona con la habilidad del organismo para mantener la homeostasis, es decir las condiciones internas estables indispensables para la vida. Los procesos vitales asociados son el equilibrio entre líquidos, electrolitos y el balance ácido-básico.

Función neurológica: Esta función dependiente de la integridad del sistema nervioso es esencial para el funcionamiento normal del organismo y el proceso de afrontamiento cognitivo. Se relaciona con la habilidad de las neuronas de recibir y trasmitir información por todo el cuerpo en forma de impulsos a través de procesos de asociación. La enfermera valora la integridad de ésta función a través del examen neurológico.

Función endocrina: el sistema endocrino está compuesto por glándulas endocrinas y exocrinas. Las glándulas secretan una o más hormonas que actúan como mensajeros químicos, con efectos regulatorios sobre partes u órganos específicos del cuerpo. Los procesos controlados por hormonas incluyen “reproducción” crecimiento y desarrollo, mantenimiento de electrolitos, regulación del metabolismo celular y balance de energía

Roy define la salud como un proceso de ser y llegar a ser una persona integrada y total; también la considera como la meta de la conducta de una persona y la capacidad de la persona para ser un órgano adaptativo.

El objetivo del modelo es facilitar la adaptación de la persona mediante el fortalecimiento de los mecanismos de afrontamiento y modos de adaptación.
El cuidado de enfermería es requerido cuando la persona gasta más energía en el afrontamiento dejando muy poca energía para el logro de las metas de supervivencia, crecimiento, reproducción y dominio. Incluye valoración, diagnóstico, establecimiento de metas, intervención y evaluación.
El modelo se basa también en la observación y su experiencia con niños, acabando éste en un proceso realizado por inducción.

Respuestas.

Respuestas Adaptativas: Son aquellas que promueven la integridad de los sistemas humanos; en término de metas de adaptación que son:

Supervivencia

Crecimiento y desarrollo

Reproducción

Destrezas

Transformación de la persona

Respuestas Inefectivas: Estas no promueven la integridad, ni a las metas de adaptación, de las personas a la tierra. A la vez pueden estar presentes en una situación inmediata o continua a través del tiempo. Además amenazan el sistema humano de supervivencia, crecimiento, reproducción, y la transformación de le persona.

Estímulos.

Estímulos focales: Son los que afectan en forma inmediata y directa a la persona, en un momento determinado. Por ejemplo el dolor opresivo en el pecho por infarto del miocardio.

Estímulos contextuales: Son todos los demás estímulos presentes en la situación que contribuyen al efecto del estímulo focal. Por ejemplo: Ser fumador, tener una vida sedentaria, consumir una dieta rica en grasas y colesterol.

Estímulos residuales: Corresponden a todas las creencias, actitudes y factores que proceden de experiencias pasadas y que pueden tener influencia en la situación presente pero sus efectos son indeterminados y en ocasiones pueden no ser válidos.

Estos estímulos están presente y son relevantes al conjugarse con otros, pues desencadenan respuestas adaptativas o inefectivas en el individuo. Si tomamos como ejemplo la etapa de desarrollo, que es un estímulo común, y la conjugamos con un evento como una caída, vamos a encontrar que la respuesta varia si se presenta en un niño o en un anciano. En la mayoría de los casos, el niño podrá adaptarse mucho más fácilmente a las consecuencias de esta. En un anciano, si la caída no tiene complicaciones, como fracturas, el solo hecho de haberse presentado puede ocasionar mayor inseguridad y temor a los desplazamientos, lo cual podría limitar su actividad física.

La identificación de los estímulos, al igual que la adaptación, es un proceso dinámico; en la medida en que varía la situación cambian los estímulos, y en un

momento dado, un estímulo que no era importante se puede volver focal, contextual o residual.

Niveles de adaptación.

El nivel de adaptación representa la condición del proceso vital y se describe en tres niveles: integrado, compensatorio y comprometido.

Nivel integrado: Estado en el cual los comportamientos resultantes de la acción de los procesos de afrontamiento regulador y cognitivo, promueven la adaptación de la persona a los estímulos, demostrando así una integración humana y ambiental.

Nivel compensatorio: Se presenta cuando los comportamientos resultantes de la acción de los procesos de afrontamiento (cognitivo y regulador), ante el estímulo focal, contribuyen al control de la situación, sin alcanzar la satisfacción de las necesidades del individuo. Por ejemplo la presencia de inflamación ante una lesión tisular. La inflamación es el resultado de un incremento en el flujo sanguíneo local, con acumulación de leucocitos, macrófagos y linfocitos que buscan eliminar el tejido lesionado y promover su recuperación.
.

Nivel comprometido: Se presenta cuando los comportamientos resultantes de los procesos de afrontamiento, frente a los estímulos, afectan la integración de la persona y el ambiente como consecuencia de la enfermedad. Por ejemplo, cuando una persona con insuficiencia cardiaca presenta taquicardia como un mecanismo del subsistema regulador para compensar el bajo gasto cardiaco y mejorar así la perfusión tisular periférica. Esta respuesta fisiológica incrementa el consumo de oxígeno del miocardio y por lo tanto el trabajo cardiaco.

La condición cambiante del nivel de adaptación afecta la habilidad del sistema adaptativo humano para responder positivamente a la situación. Actúa como un sistema de amortiguación del sistema focal y se comporta a su vez como otro estímulo; de aquí la importancia de establecer el nivel previo a la situación actual del individuo. El nivel de adaptación depende fundamentalmente de la estructuración de los subsistemas reguladores y cognitivo, que constituyen los mecanismos de enfrentamiento de la persona.

Considera que las personas tienen cuatro modos o métodos de adaptación: Fisiológica, autoconcepto, desempeño de funciones, y relaciones de interdependencia. El resultado final más conveniente es un estado en el cual las condiciones facilitan la consecución de las metas personales, incluyendo supervivencia, crecimiento, reproducción y dominio.

Comportamientos: Son las respuestas del sistema adaptativo humano ante los estímulos del ambiente Roy (1999) los define como acciones internas, externas y reacciones ante una determinada circunstancia .En las respuestas se reflejan las experiencias previas, los intereses, destrezas, habilidades y compromisos de la persona, estas pueden ser adaptativas o inefectivas.

7.3 Etapa 3.

Observación y seguimiento de listas de chequeo.					
Estrategia	Que	Como	Con que	Cuando	Responsables
1. Planeación de lista s de chequeo para la observación y seguimiento de aplicación del modelo de adaptación de Callista Roy por el personal de enfermería de la unidad de cuidados intensivos cardiovascular.	Lista de chequeo. (ver anexo 2 y 3)	a. Tomando de referencia el formato utilizado en la unidad por las enfermeras. b Definición de aplicabilidad. b. Análisis de la información, confección de listado y selección de ítems que conformaran la lista de chequeo. c. Filtrar la lista donde aparecen ítems que se han repetido. d. Establecer el formato que se utilizara. e. Correcciones de la lista de chequeo.	Recursos materiales: hojas, lapicero, computador, impresora, etc. Recursos Humanos: Asesoría con expertos., Responsables del proyecto. Recursos Bibliográficos: Revisión sobre conceptos del modelo y técnicas de lista de chequeo.	Del 22 de febrero al 26 de marzo de 2011.	José Luis Álvarez Watson. Leidy Bornacelli Sanjuanelo.

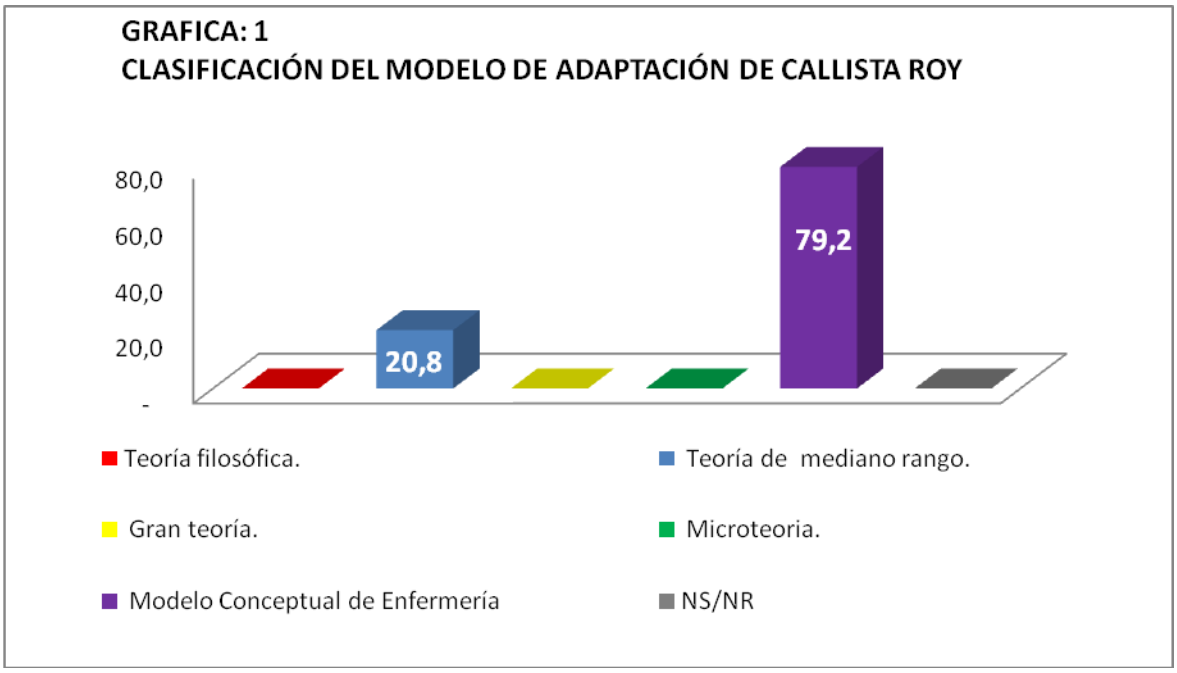
Observación de la valoración de enfermería. Seguimiento en el diligenciamiento de formato y herramientas de aplicación de modelo de adaptación.	Diligenciamiento de las listas de chequeo	a. Observación en los diferentes turnos. b. En la entrega de pacientes. C. La valoración durante el turno. e. Durante el diligenciamiento de formatos de aplicación del modelo por enfermería.	Recursos materiales: hojas, lapicero, computador, impresor , etc. Recursos Humanos: Responsables del proyecto.	2 de junio al 5 de junio	José Luis Álvarez Watson. Leidy Bornacelli Sanjuanelo.

7. ANALISIS DE LOS RESULTADOS.

Evaluación del conocimiento sobre el modelo.

La evaluación del conocimiento de enfermería se hizo a través de un cuestionario estructurado, el cual consta de 11 preguntas de selección múltiple con única respuesta, donde se escoge la respuesta acertada y una sección de apareamiento con 10 conceptos y sus definiciones de acuerdo a eso se tabularon los datos correspondiendo de mayor a menor según el porcentaje de respuestas correctas. **(Ver Anexo 1).**

Se aplicó el cuestionario estructurado de la etapa dos, obteniendo los siguientes resultados.

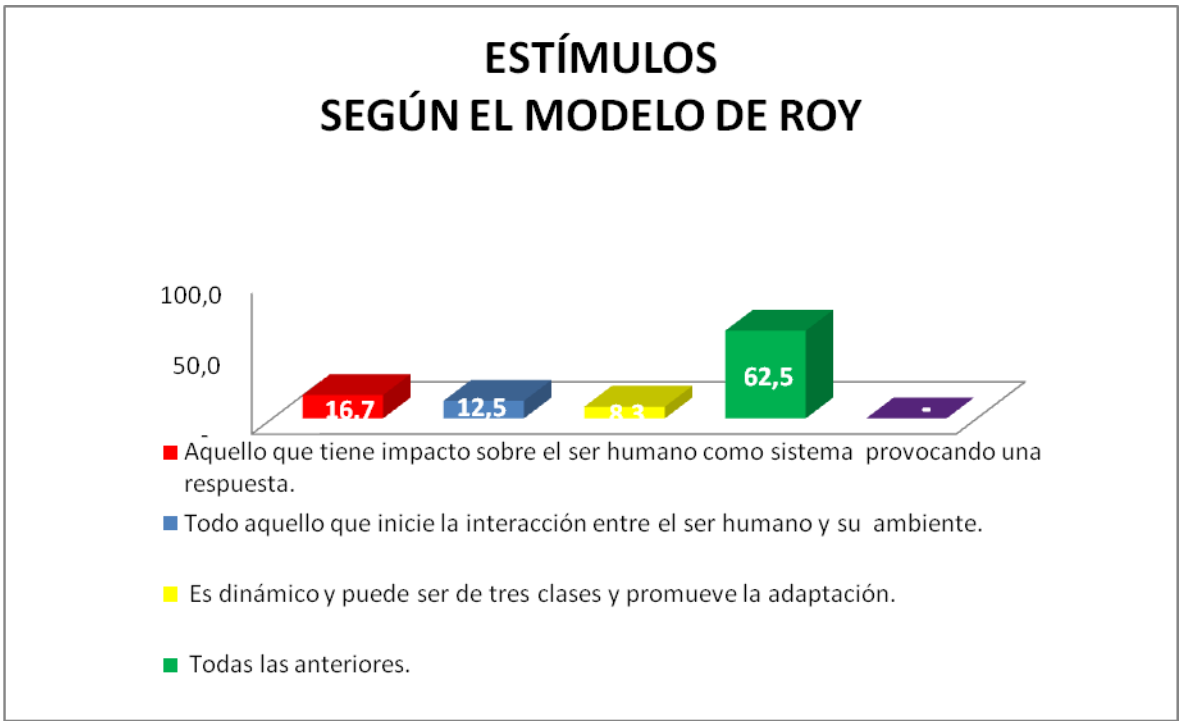


En la grafica No 1. Se observa que el 79,2% considera que el modelo de adaptación de Callista Roy, es un modelo conceptual de enfermería mientras el 20,8% considera que es una teoría de mediando rango. El modelo provee una base conceptual bajo el cual hay conceptos claves y principios que la disciplina puede identificar, se refiere a la construcción de la naturaleza de enfermería, misión, objetivos del cuidado. Mientas que una teoría de mediano rango tiene un espectro más limitado, es de mayor abstracción los conceptos y refleja la práctica, son más precisas y solo analizan una situación particular con un número limitado de variables. Sus obras incluyen aspectos relativos a los seres humanos, su entorno y su salud. Un modelo conceptual además propone líneas maestras de conducta a los profesionales dentro de su campo científico. Por lo anterior el modelo de adaptación de Callista Roy se clasifica dentro de un modelo conceptual y no una teoría de mediano rango. **(12)**

La diferencia entre un modelo y una teoría consiste en el nivel de desarrollo alcanzado; las teorías muestran un ámbito menos extenso que los modelos y son más concretas en su nivel de abstracción, se centran en el desarrollo de enunciados teóricos para responder a cuestiones específicas de enfermería.

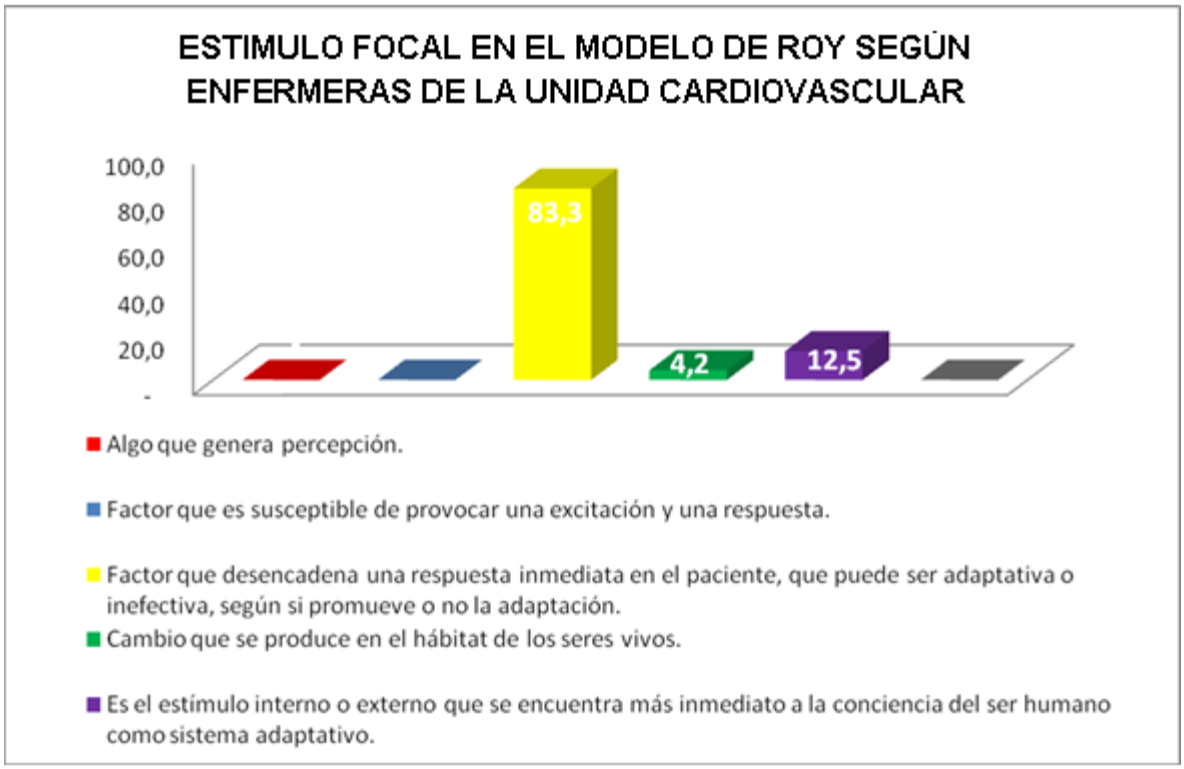
Tanto los modelos conceptuales como las teorías están elaboradas por conceptos y fawcett (1996) los define como palabras que describen imágenes mentales de los fenómenos, no se limitan a un grupo, situación e individuo en particular, son generales, estos se relacionan para explicar distintos fenómenos de interés para la disciplina como lo hicieron: Orem sobre el déficit de autocuidado, Roy; adaptación y estímulo, Henderson; Necesidades básicas, Pender; Conducta promotora de salud y Neuman. **(13)**

Grafica 2.



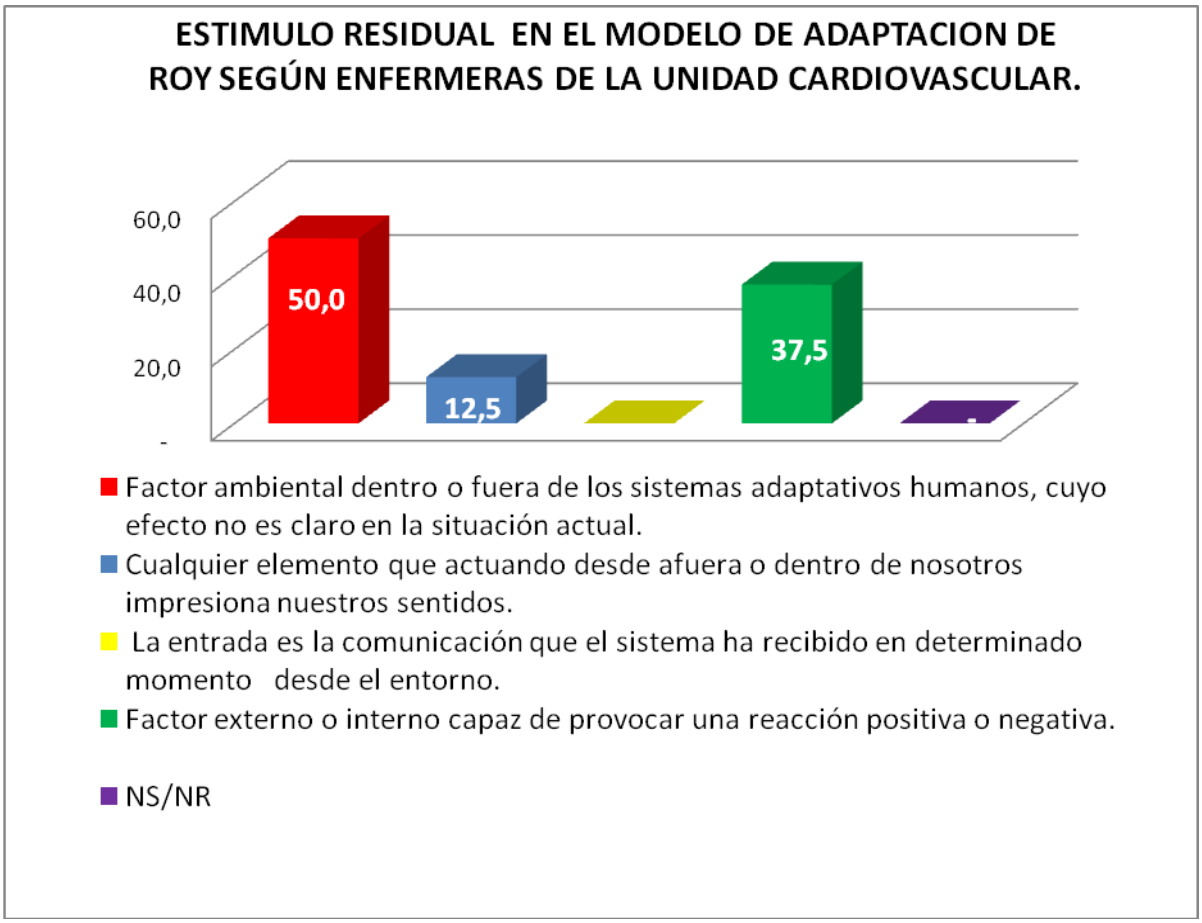
En la grafica No 2. Se observa que el 62,5% considera que un estimulo son todos los items anteriores. Roy define el estimulo como “todo aquelllo que provoca una respuesta. Es el punto de interaccion del sistema humano con el ambiente” . **(14)** Además de las entradas al sistema, son todos aquellos factores que influyen en el nivel de adaptación del hombre se clasifican en: **Estimulo Focal, Estimulo contextual, Estimulo residual.**

Grafica 3.



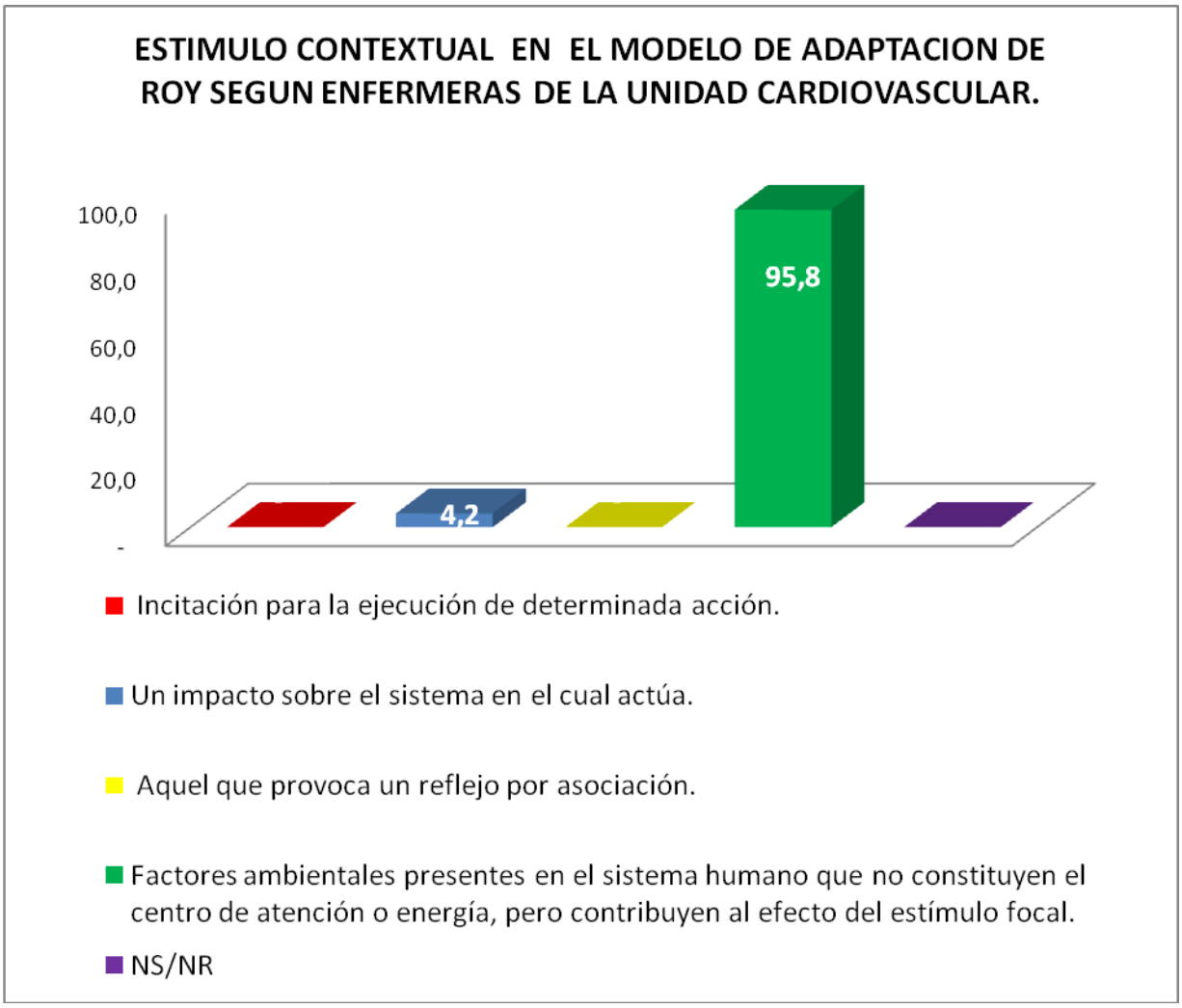
En la figura No 3. El 83.% considera el estimulo focal como una respuesta que desencadena una respuesta inmedianta en el paciente, que puede ser adaptativa o inefectiva, según si promueve o no la adaptacion. Coincidiendo con Roy que considera que el **Estimulo focal:** "es el objeto o evento que esta presente en la conciencia de la persona. La persona enfoca toda su actividad en el estimulo y gasta energia tratando de enfrentarlo" Este estimulo es el factor que desencadena una respuesta inmediata en el paciente, que puede ser adaptativa o inefectiva, según si promueve o no la adaptacion. **(15)**

Grafica 4.



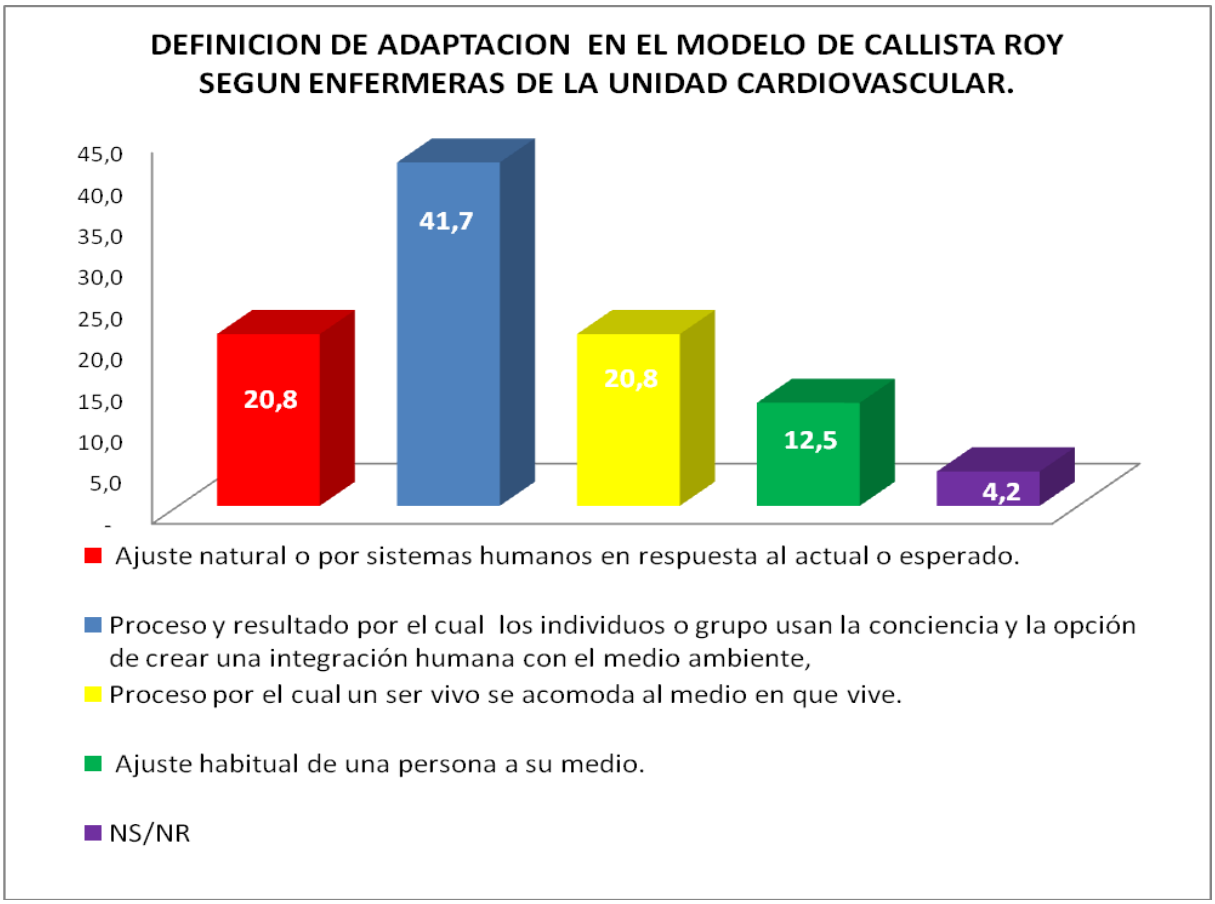
En la Grafica No 4 el 50% considera el estimulo residual como un factor ambiental dentro y fuera de los sistemas adaptativos humanos, cuyo efecto no es claro en la situacion actual, conincidiendo con el concepto de Roy acerca de esta definicion. **Estimulo Residual:** son factores ambientales dentro y fuera de los sistemas adaptativos humanos, cuyo efecto no es claro en la situacion actual. **(16)**

Grafica 5.



En la Grafica No 5 el 95.8% considera que es un factor ambiental presente en el sistema humano que no constituyen el centro de atención o energía, pero contribuyen al efecto del estímulo focal. Coincidiendo con el concepto de Roy acerca de **Estimulo contextual:** Son todos aquellos que contribuyen al efecto del estimulo focal, es decir, ayudan a mejorar o empeorar la situacion. **(17)**

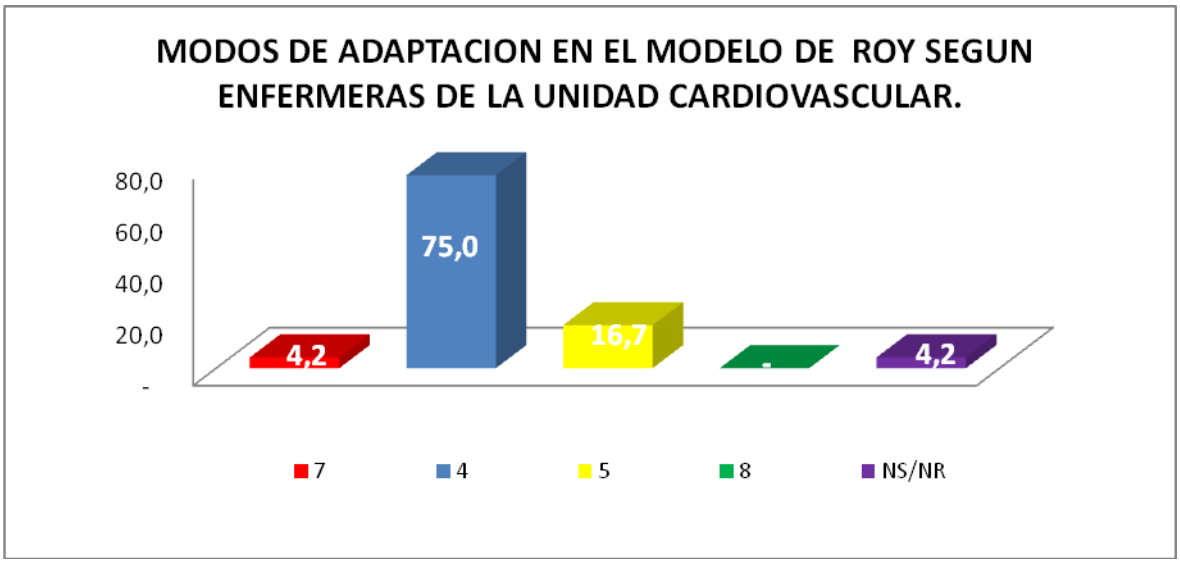
Grafica 6.



En la Grafica No 6 el 41.7% considera que adaptación es un proceso y resultado por el cual los individuos o grupo usan la conciencia y la opción de crear una integración humana con el medio ambiente. El 20.8% considera adaptación un proceso por el cual un ser vivo se acomoda al medio en que vive.

Según Roy la "adaptación es el proceso y resultado por medio del cual las personas con pensamientos y sentimientos en forma individual o grupal utilizan la conciencia consciente y eligen para crear una integración humana y ambiental" **(18)**

Grafica 7.



En la Grafica 7 el 75% considera que el modelo de adaptación de Callista Roy tiene 4 modos de adaptación y el 16.77% considera que el modelo tiene 5 modos de adaptación. Según el modelo de Roy el Modelo de adaptación de Callista Roy tiene 4 modos de adaptación

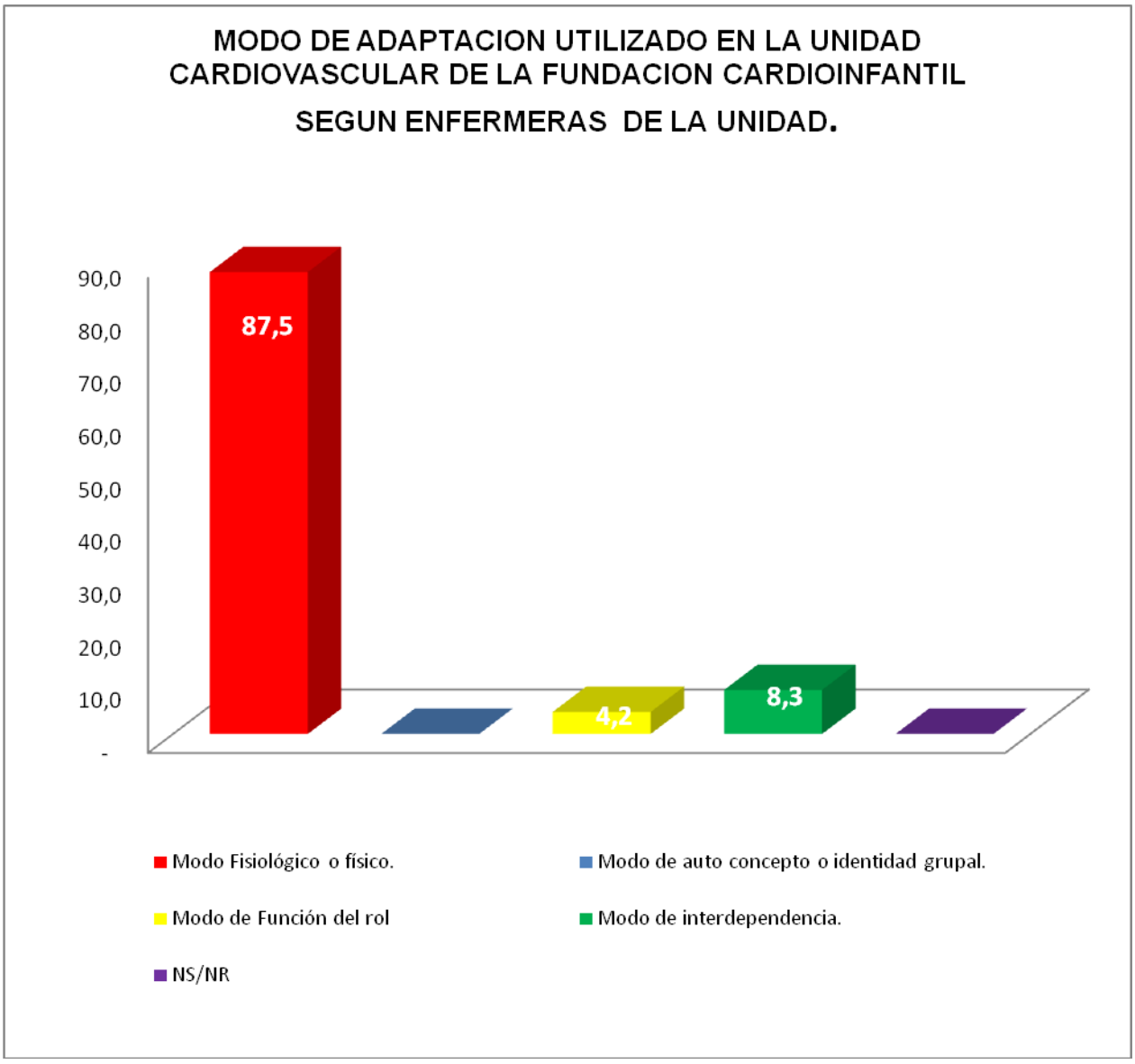
Función fisiológica: Implica las necesidades básicas del organismo y las formas de adaptación. Incluye los patrones de oxigenación, nutrición, eliminación, actividad y descanso, integridad de la piel, sentidos, líquidos y electrolitos y la función neurológica y endocrina.

Autoconcepto: Se refiere a las creencias y los sentimientos acerca de uno mismo. Abarca la identidad física (incluye la sensación y la imagen corporal), la identidad personal (incluye la auto adherencia y la auto ideal) y la identidad moral y ética (incluye la auto observación y la autoevaluación).

Función de Rol: Implica conductas de razón de la posición de la persona en la sociedad; depende de cómo una persona interactúa con otras en una situación concreta. Puede clasificarse como primario (edad, sexo), secundario (marido, mujer) y terciario (rol temporal de un particular).

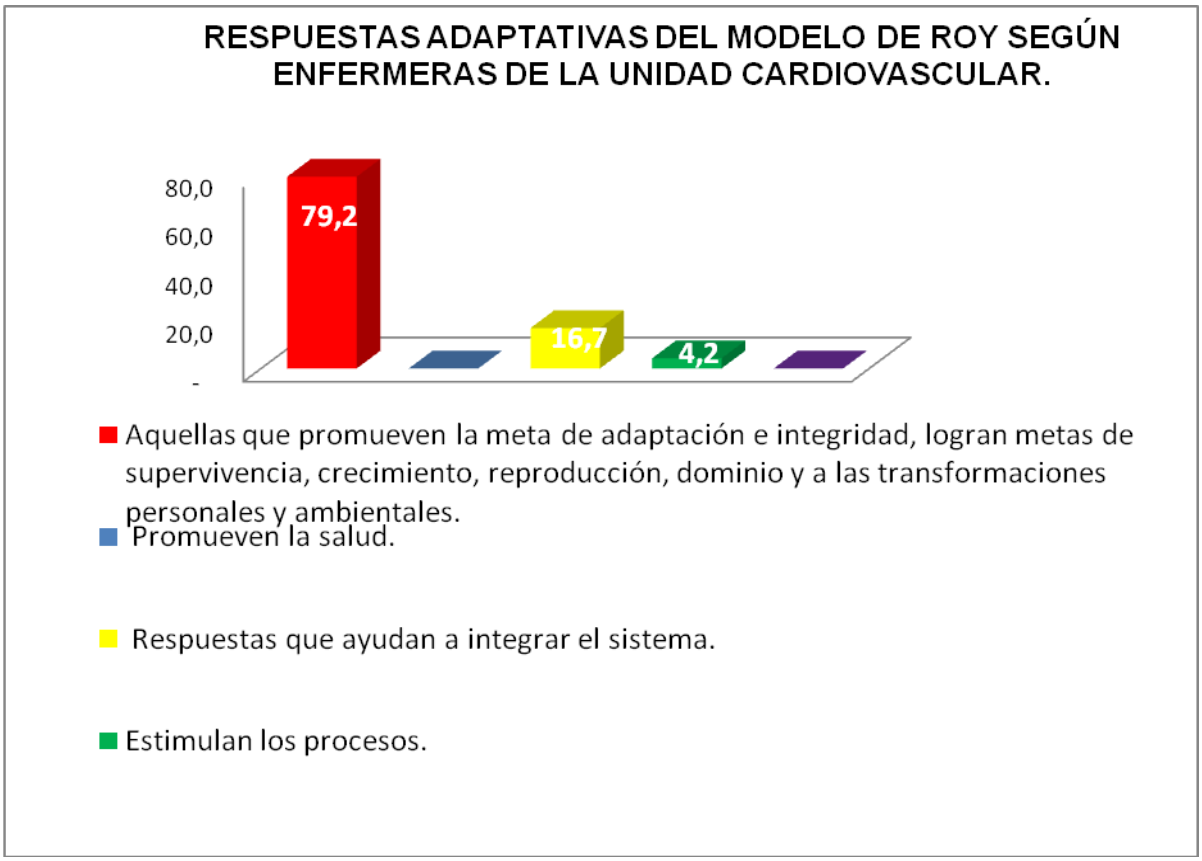
Interdependencia: Implica la relación de la persona con sus allegados y los sistemas de apoyo. Persigue el equilibrio entre las conductas dependientes (búsqueda de ayuda, atención y afecto) y conductas independientes (tener iniciativa y obtener satisfacción en el trabajo). Satisface las necesidades de la persona de amor, educación y afecto. **(19).**

Grafica 8.



En la gráfica No 8 el 87% manifiesta que el modo de adaptación utilizado en la fundación Cardioinfantil es el modo **FISICO-FISIOLOGICO.**

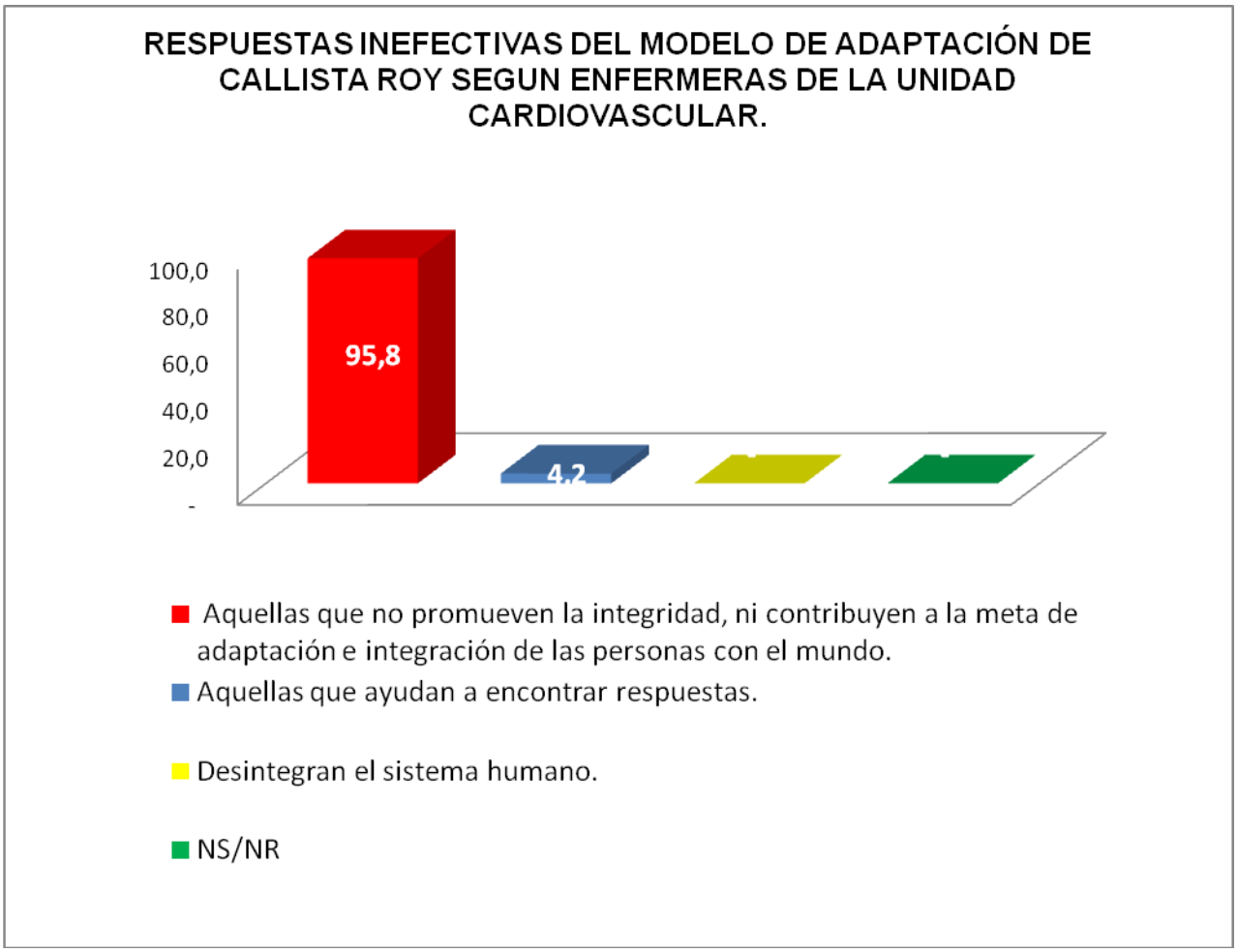
Grafica 9.



En la grafica No 9 el 79,2% considera que las respuestas adaptativas promueven la meta de adaptación e integridad, logran metas de supervivencia, reproducción, dominio y a las transformaciones personales y ambientales. El 16.5 considera las respuestas adaptativas como respuestas que ayudan a integrar a integrar el sistema.

Según el modelo de adaptación de Callista Roy las respuestas adaptativas Son aquellas que promueven la integridad de los sistemas humanos; en término de metas de adaptación que son: Supervivencia, Crecimiento y desarrollo, Reproducción, Destrezas, transformación de la persona. **(20).**

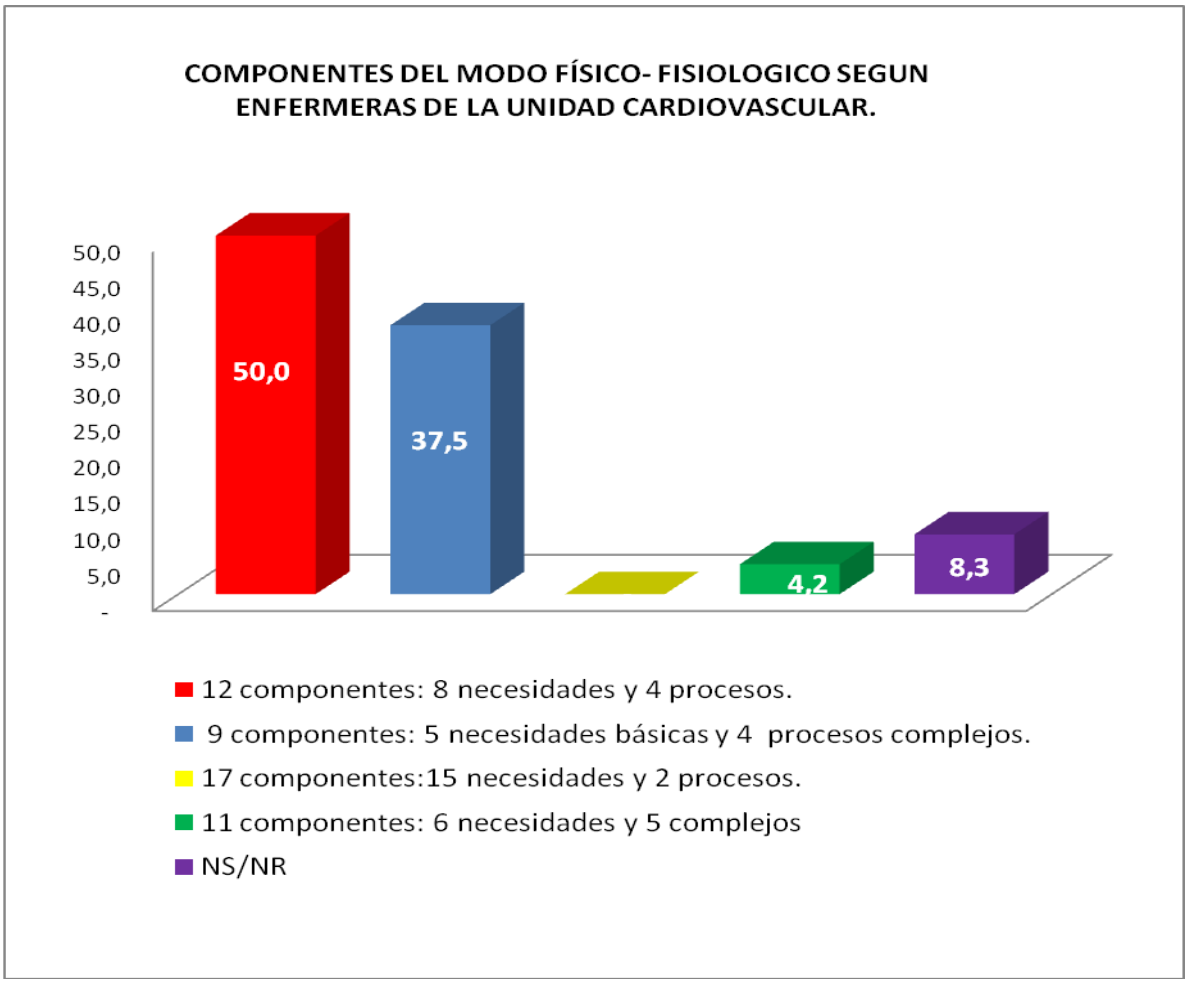
Grafica 10.



En la gráfica No 10 el 95.8% considera que las respuestas inefectivas no promueven la integridad, ni contribuyen a la meta de adaptación e integración de las personas con el mundo.

Según Roy las respuestas inefectivas estas no promueven la integridad, ni a las metas de adaptación, de las personas a la tierra. A la vez pueden estar presentes en una situación inmediata o continua a través del tiempo. Además amenazan el sistema humano de supervivencia, crecimiento, reproducción, y la transformación de le persona. **(21)**

Grafica 11.



En la gráfica No 11 el 50% considera que el modo físico fisiológico tiene 12 componentes: 8 necesidades y 4 procesos. Y el 37.5% considera que son 9 componentes: 5 necesidades básicas y 4 procesos complejos.

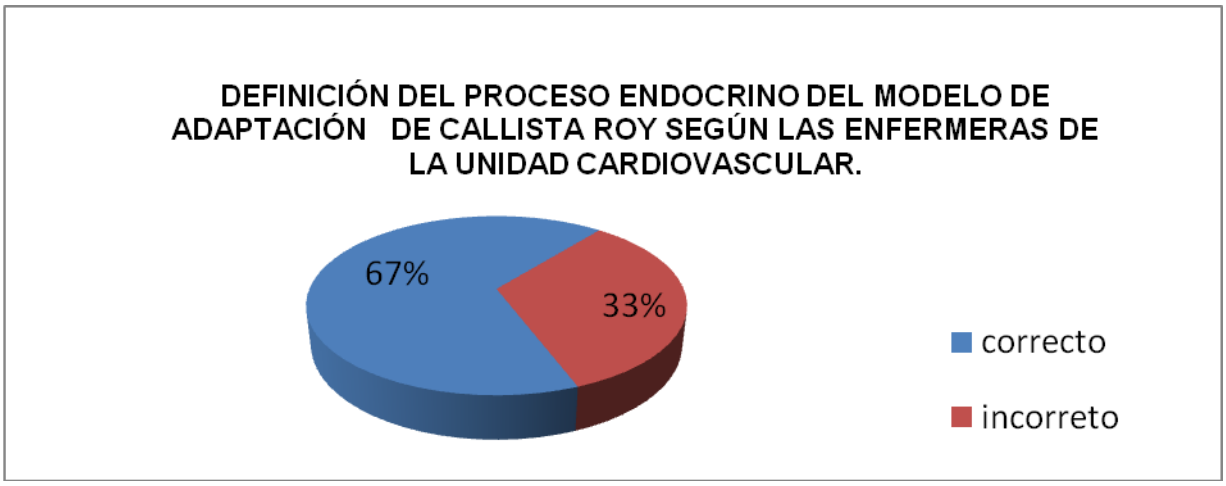
Según el modelo de Roy el modo físico fisiológico tiene relación con las respuestas del organismo ante los estímulos y contempla 5 necesidades básicas, 4 procesos.

5 Necesidades: Oxigenación, nutrición, eliminación, actividad y descanso, protección.

4 procesos: órganos de los sentidos, equilibrio acido base, función neurológica, función endocrina.

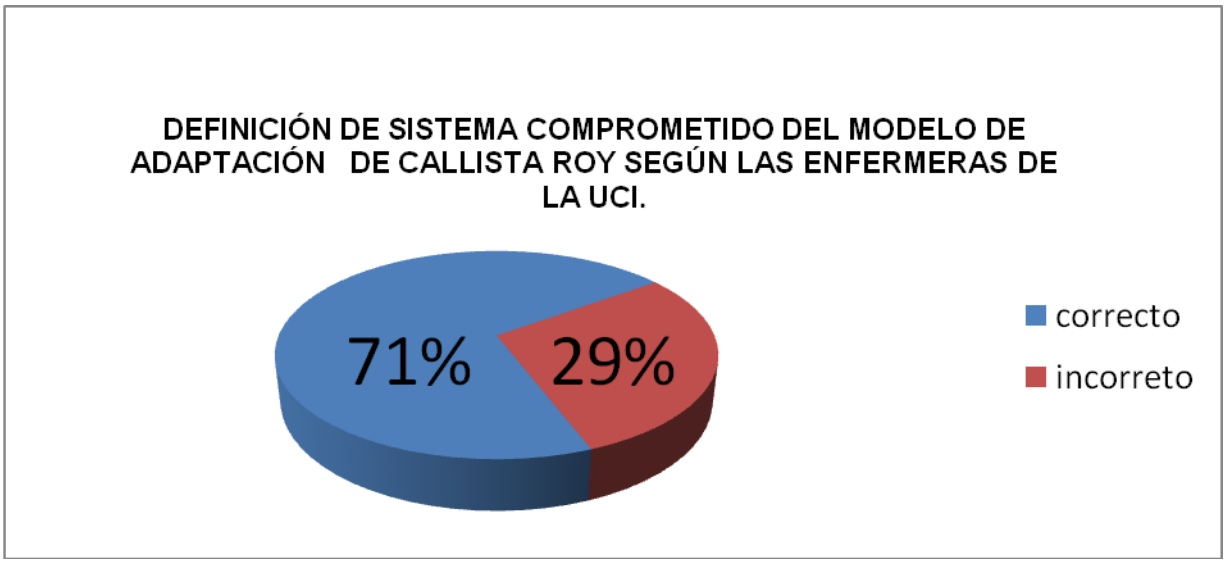
Grafica 12.

La pregunta número 12 del cuestionario estructurado consta de un apareamiento en el cual se seleccionó la respuesta correcta para la tabulación de los datos. Correspondiendo un valor correcto o incorrecto dependiendo de la respuesta.



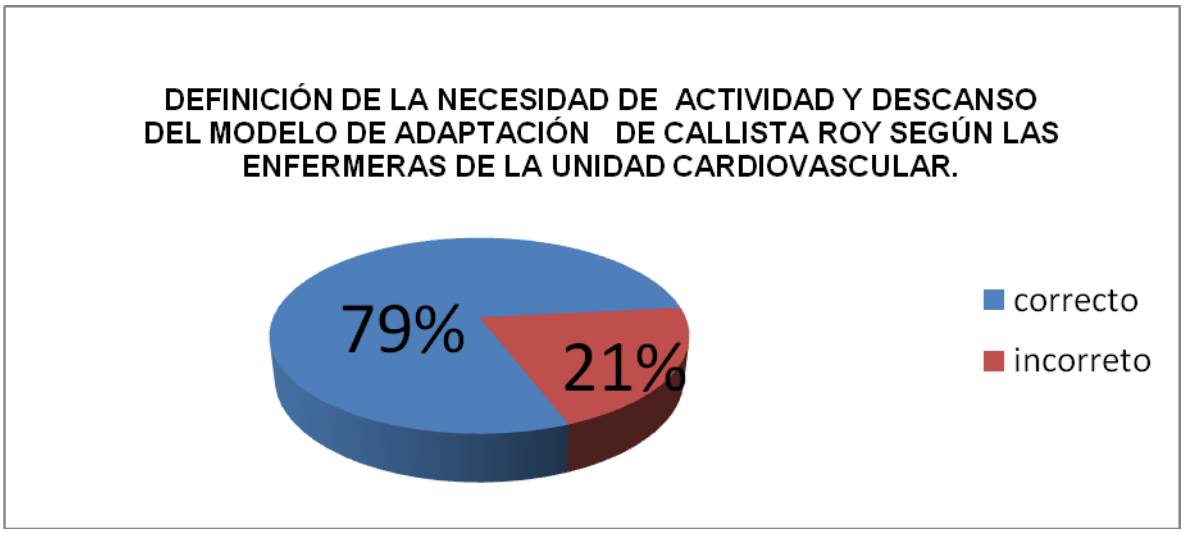
Actúan como mensajeros químicos, con efectos regulatorios sobre partes u órganos específicos del cuerpo. (ENDOCRINO)

Grafica 13.



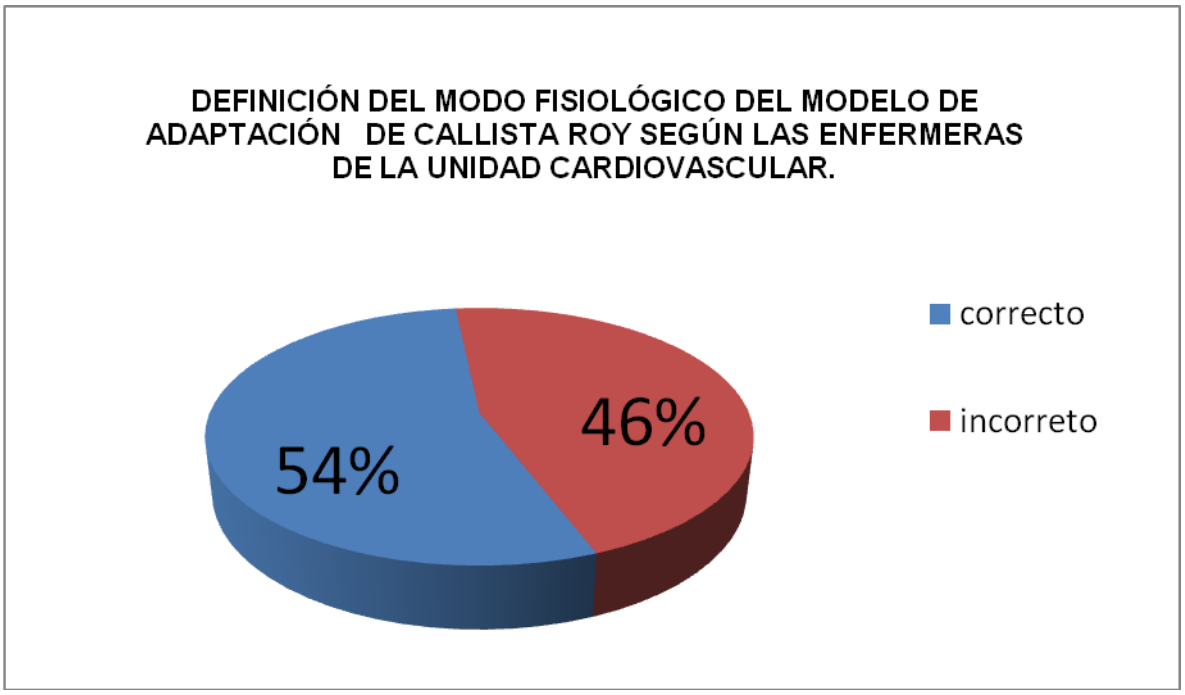
Se presentan cuando los comportamientos resultantes de los procesos de afrontamiento frente a los estímulos, afectan la integración de la persona y el ambiente como consecuencia de la enfermedad. (COMPROMETIDO)

Grafica 14.



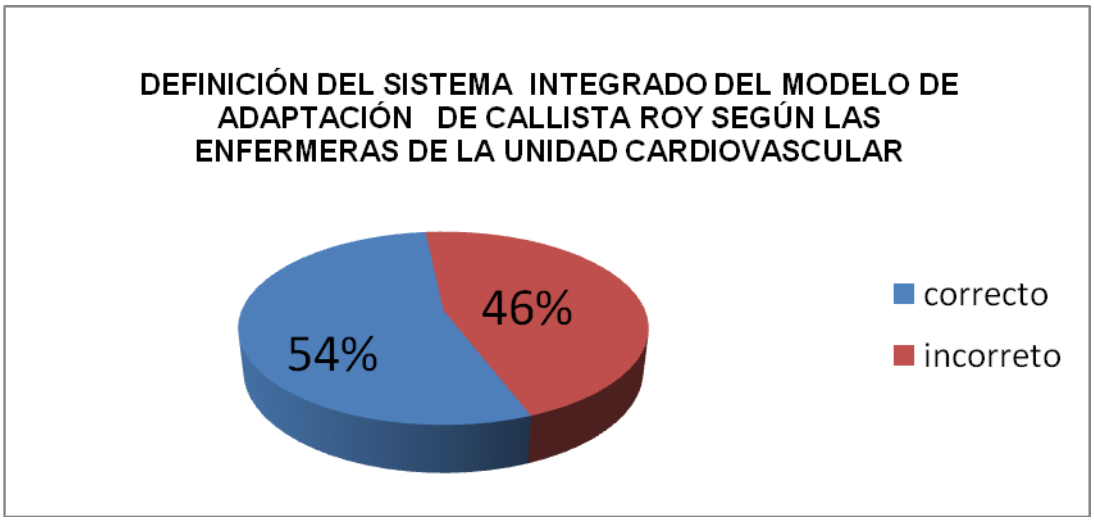
Proceso que requiere una baja demanda de energía y permite a la persona renovarse. (ACTIVIDAD Y DESCANSO)

Grafica 15.



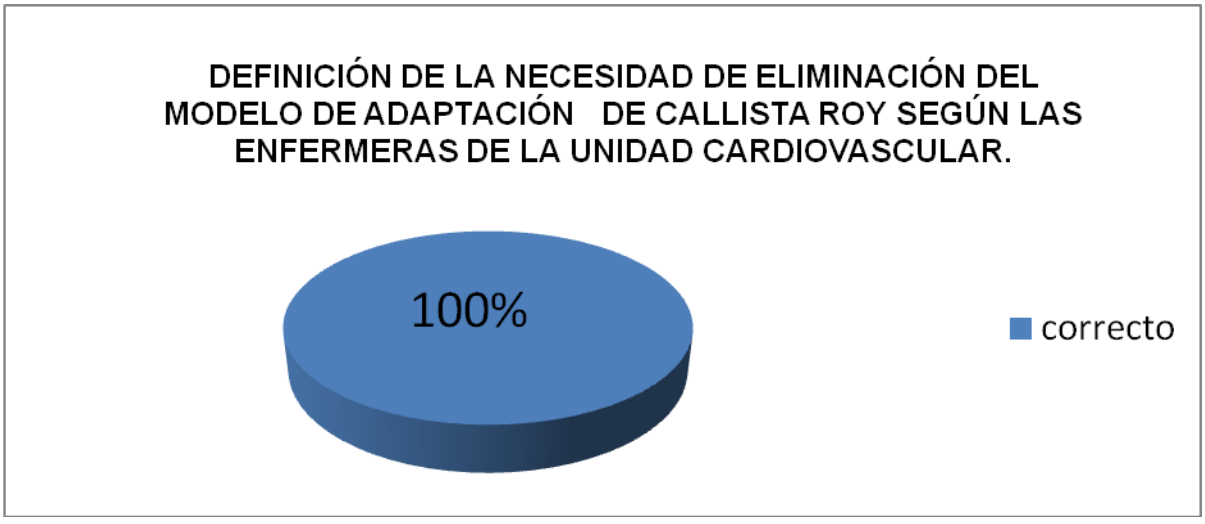
Está relacionado con los procesos físicos y químicos que participan en la función de los órganos vivos. (MODO FIOSIOLÓGICO)

Grafica 16.



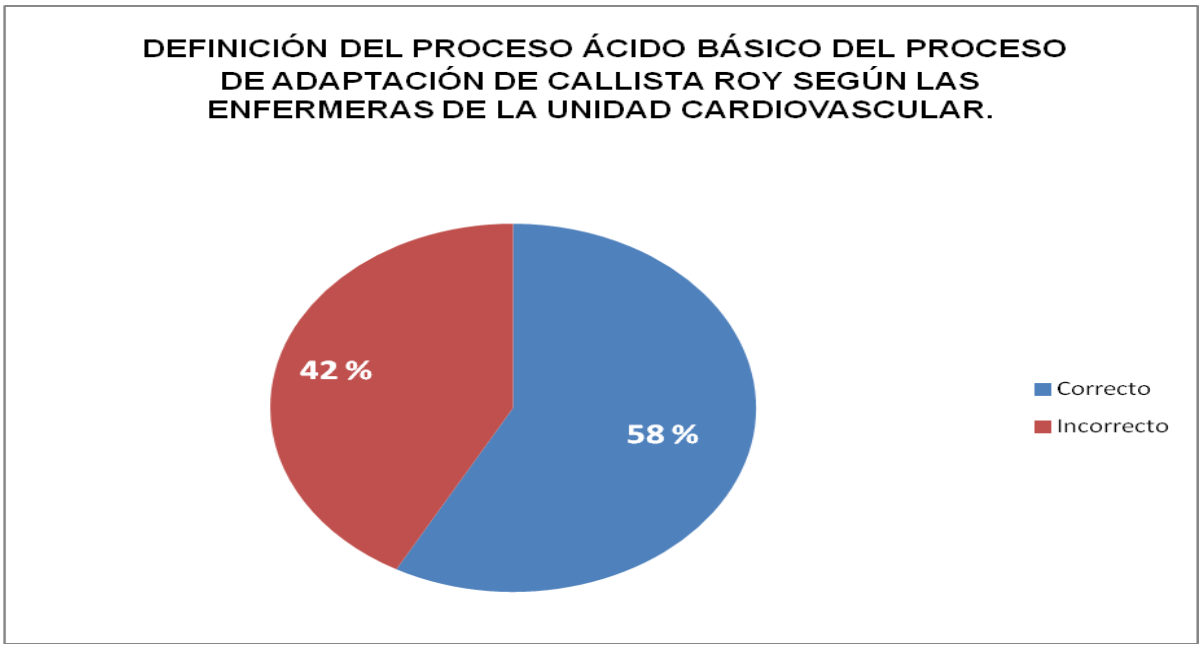
Nivel de adaptación en el cual los componentes resultantes de la acción de los procesos de afrontamiento regulado y cognitivo promueven la adaptación de la persona a los estímulos. (INTEGRADO)

Grafica 17.



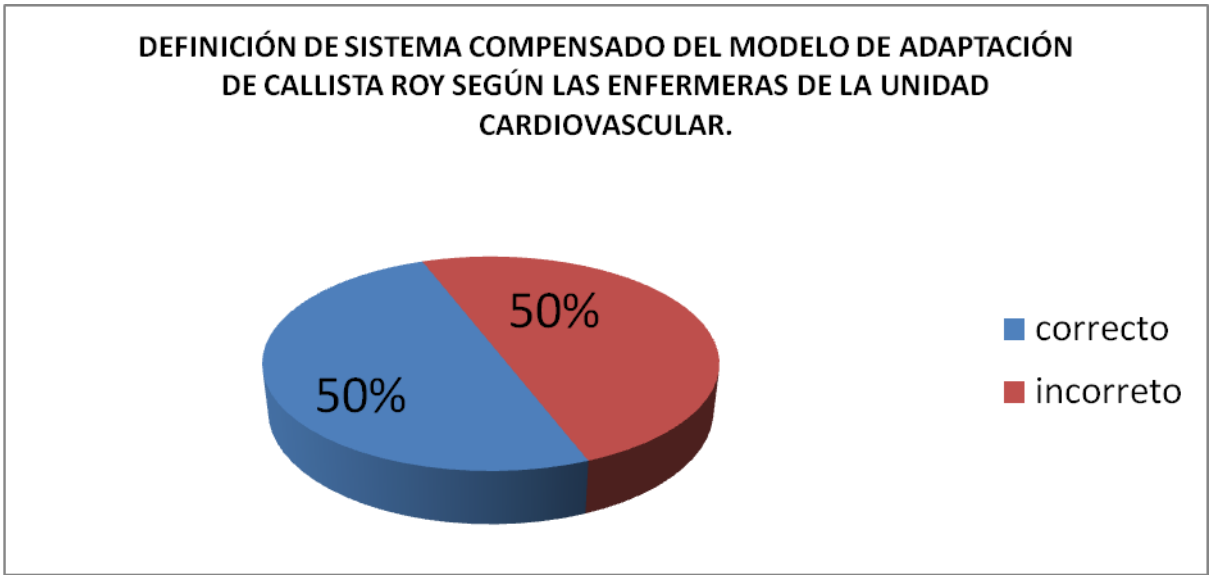
Proceso vital por el cual el organismo expulsa desecho del metabolismo. (ELIMINACION)

Grafica 18.



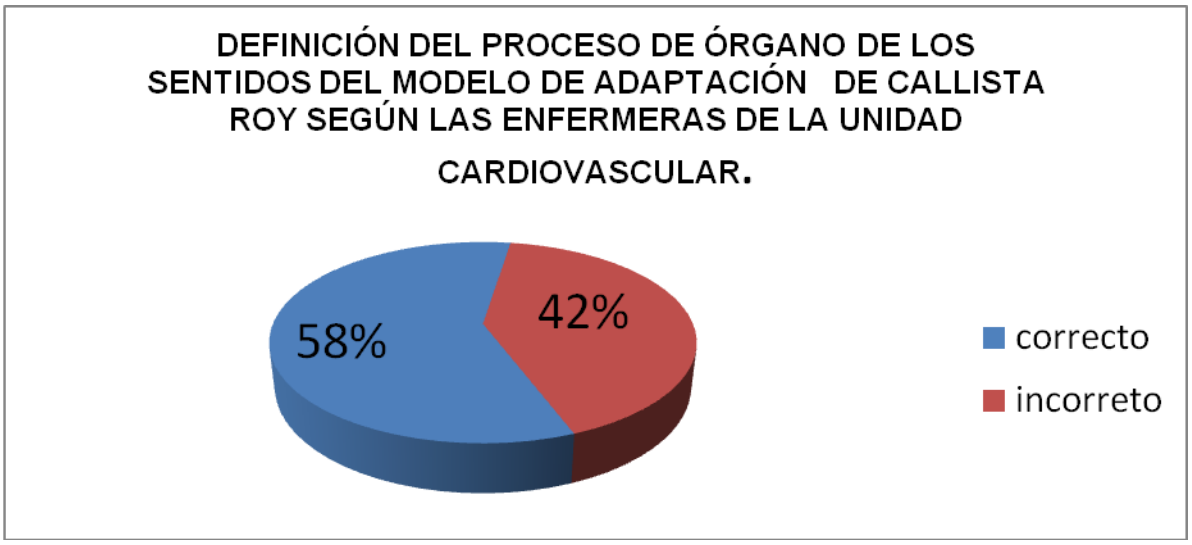
Habilidad del organismo para mantener homeostasis. (ÁCIDO BÁSICO)

Grafica 19.



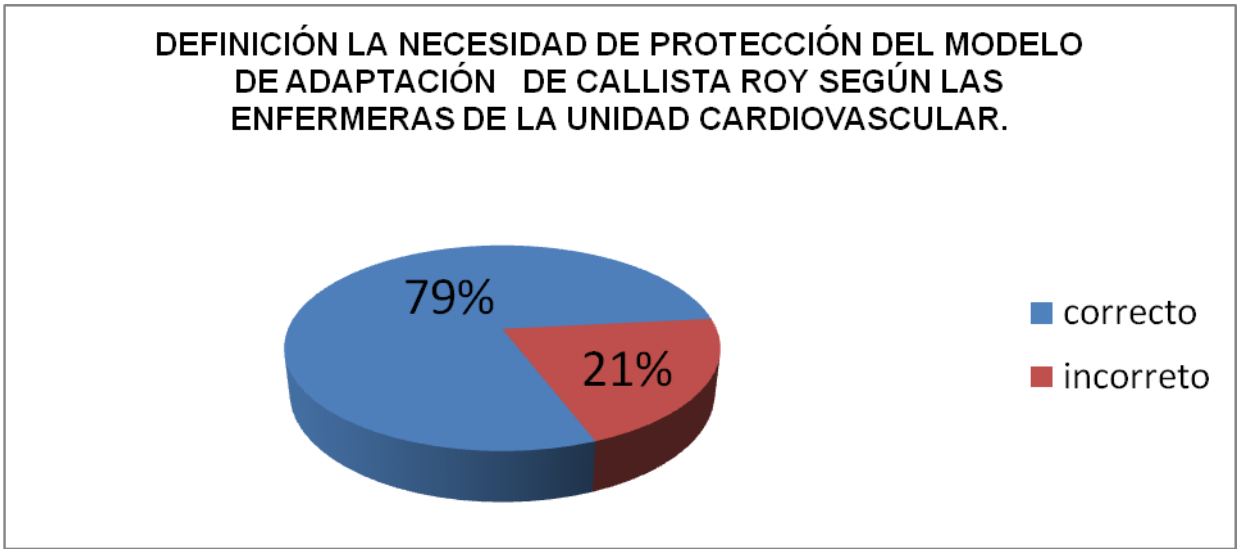
Se presenta cuando los comportamientos resultantes de la acción de los procesos de afrontamiento, contribuyen al control de la situación, sin alcanzar la satisfacción de las necesidades del individuo. (COMPENSADO)

Grafica 20.



La interpretación de estas sensaciones se relaciona con experiencias anteriores de la persona. (ÓRGANO DE LOS SENTIDOS)

Grafica 21.



Se relaciona con los procesos de defensa no específico. (PROTECCIÓN)

Análisis de los resultados. Etapa 3

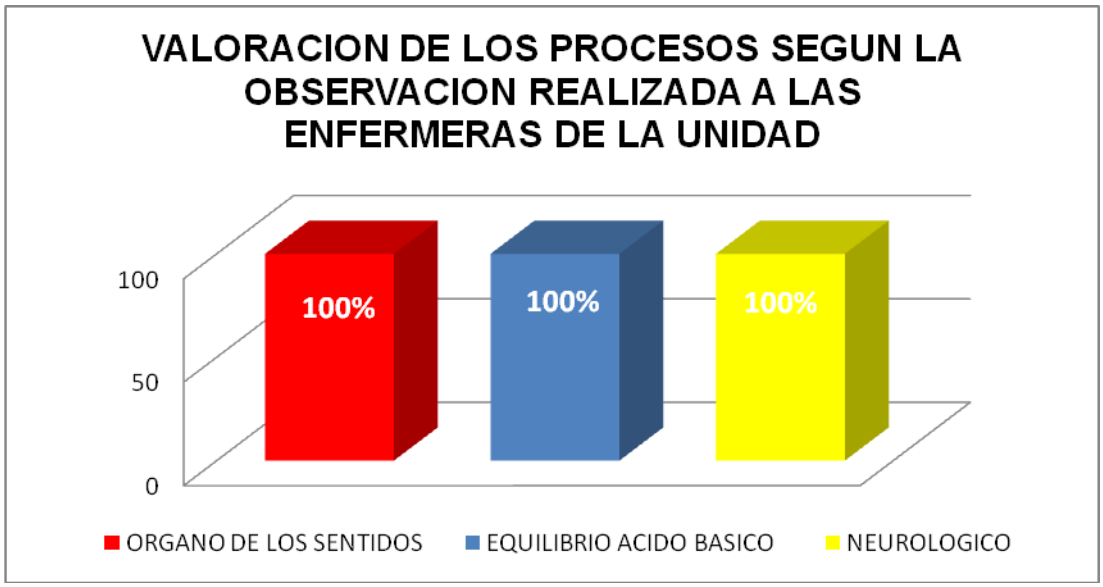
Evaluación de la aplicación del modelo de Callista Roy.

La Evaluación de la aplicación del modelo de Callista Roy se realizo a través de una lista de chequeo, que consta de 5 ítems en los cuales se identifica si el personal de enfermería de la unidad de cuidados intensivos cardiovasculares diligencia o no el formato del modelo de adaptación de Callista Roy de acuerdo a las Necesidades, Procesos, Respuestas efectivas e inefectivas, Estímulos, y Diagnósticos de enfermería. Se escogió un personal aleatorio de los tres turnos de enfermería: mañana, tarde y noche correspondiente a tres (3) enfermeros por turno a los cuales se les realizo la lista de chequeo. Los resultados de la tabulación, arrojan los datos de acuerdo a si diligencian o no los datos relacionados con el modelo de Callista Roy. (**Ver anexo 2).**

Grafica 22.

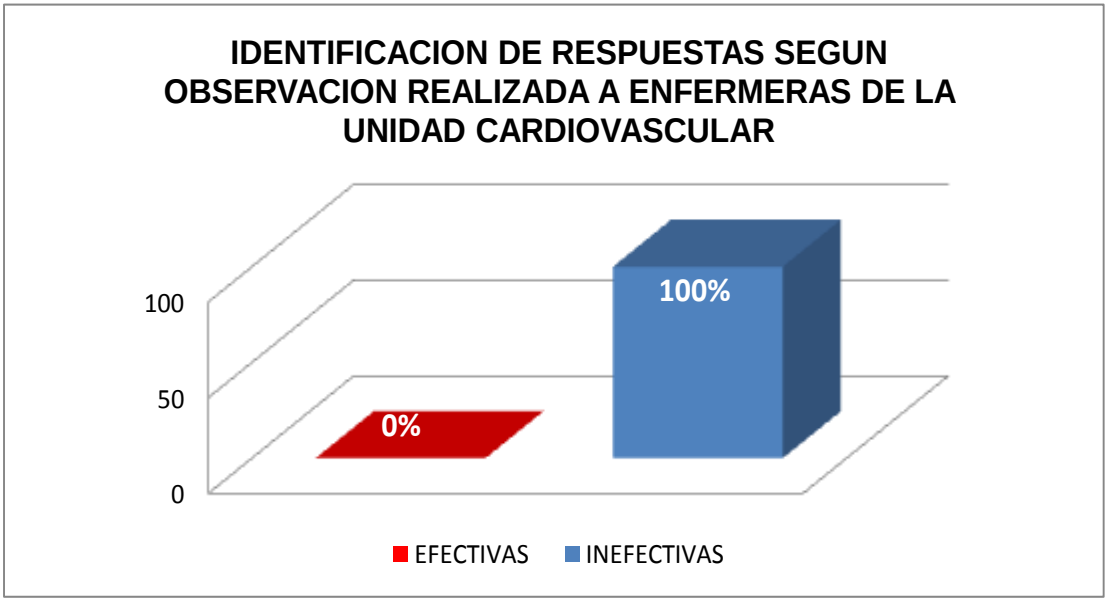
En la gráfica 22. Se observa que el 100% de la población a la que se le aplico el instructivo, realiza la valoración de las necesidades del paciente crítico; oxigenación, nutrición, eliminación, actividad y descanso y protección.

Grafica 23.



En la gráfica 23 se observa que el 100%, de la población a la que se le aplico el instructivo, realiza la valoración de Procesos en el paciente crítico: órganos de los sentidos, equilibrio acido-base, función neurológica.

Grafica 24.

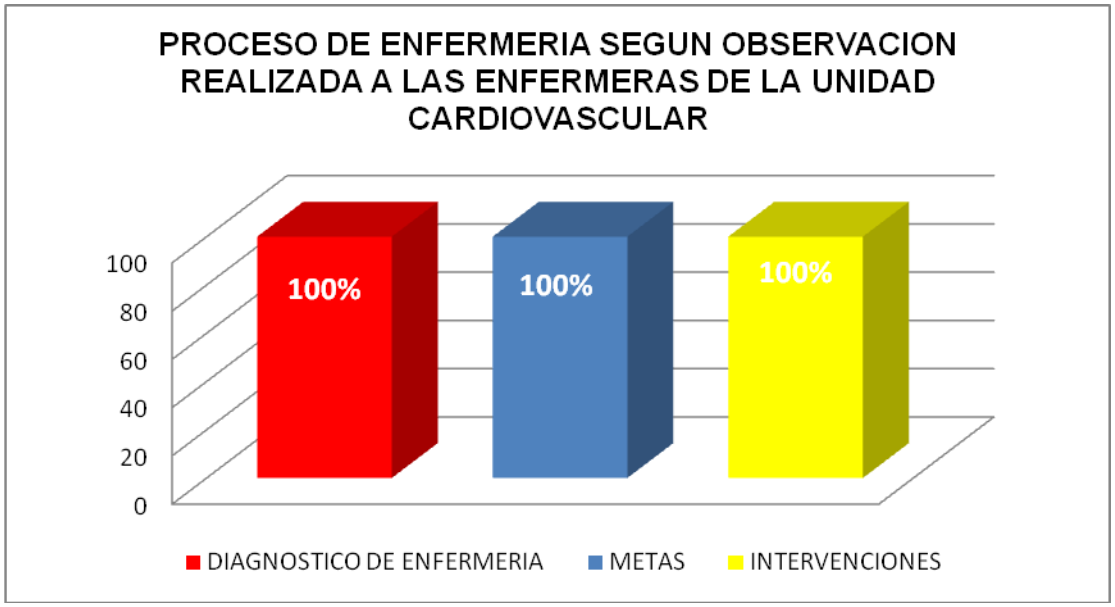


En la gráfica 24 se observa que el 100%, es decir el total de la población a la que se le aplico el instructivo, realiza la identificación de respuestas

inefectivas, cabe destacar que el ítem de respuestas efectivas no se puede valorar en la plantilla que se usa para la valoración de modelo de adaptación en la unidad de cuidados intensivos cardiovascular de la fundación Cardioinfantil IC.

Cabe aclarar que en la plantilla que utilizan para la valoración del proceso de enfermería utilizando el modelo de Callista Roy no se encuentra donde registrar la valoración de respuestas efectivas e inefectivas, los datos de respuestas inefectivas corresponden a signos y síntomas del paciente evidenciados en las notas de enfermería donde se realiza la valoración cefalocaudal del paciente.

Grafica 25.



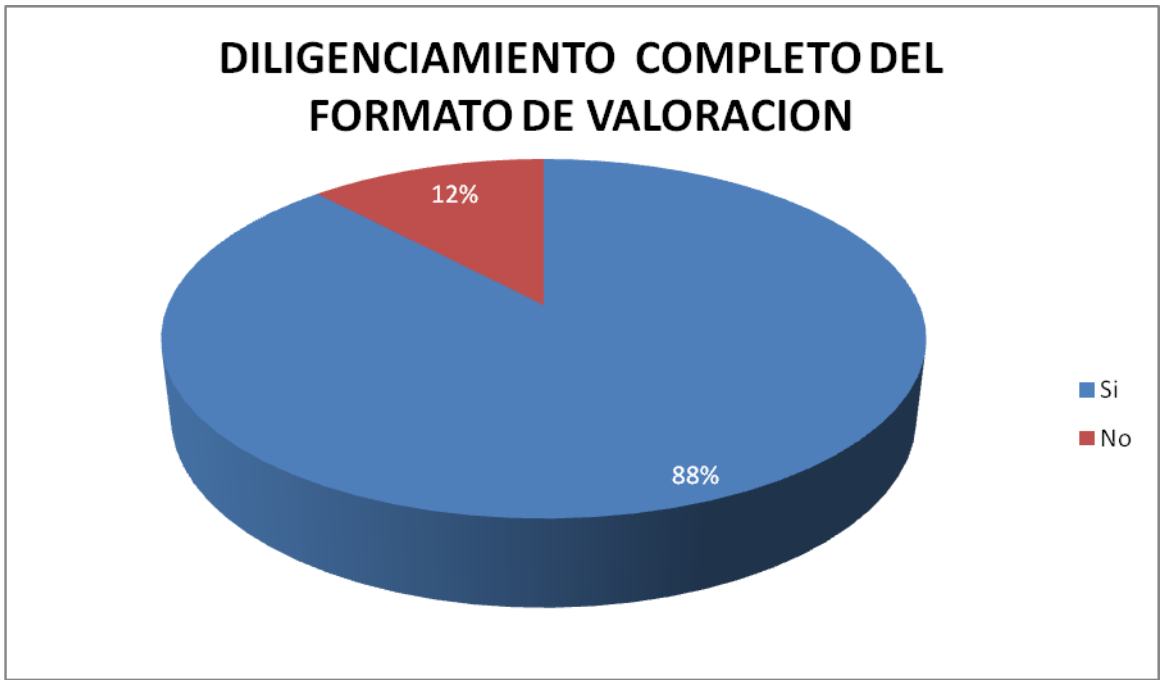
En la gráfica 25 se observa que el 100% de la población a la que se le aplico el instructivo establece diagnósticos, determina metas e intervenciones de enfermería.

Análisis de resultado etapa 3.

Evaluación de la hoja de enfermería.

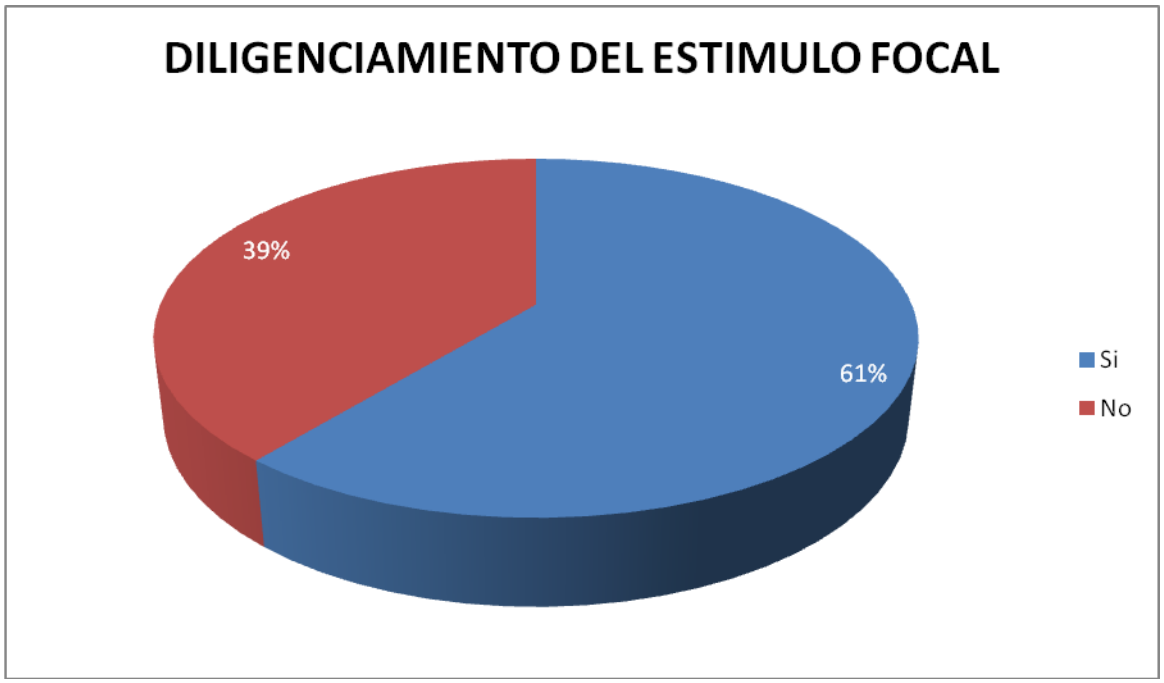
La evaluación de la hoja de enfermería se realizo a través de una lista de chequeo, la cual consta de 11 ítems, donde se realizó seguimiento al formato de enfermería utilizado para registrar la valoración del paciente según el modelo de adaptación de Callista Roy. Se utilizó la revisión de 60 historias clínicas utilizando las hojas rosadas, de consignación en forma escrita de la aplicación del modelo, más no la plantilla del sistema que se utiliza actualmente. Los datos que se tabularon corresponden al diligenciamiento de la hoja de enfermería de acuerdo al mayor o menor dato; si es diligenciado o por el contrario se encuentra incompleto. **(Ver anexo 3).**

Grafica 26.



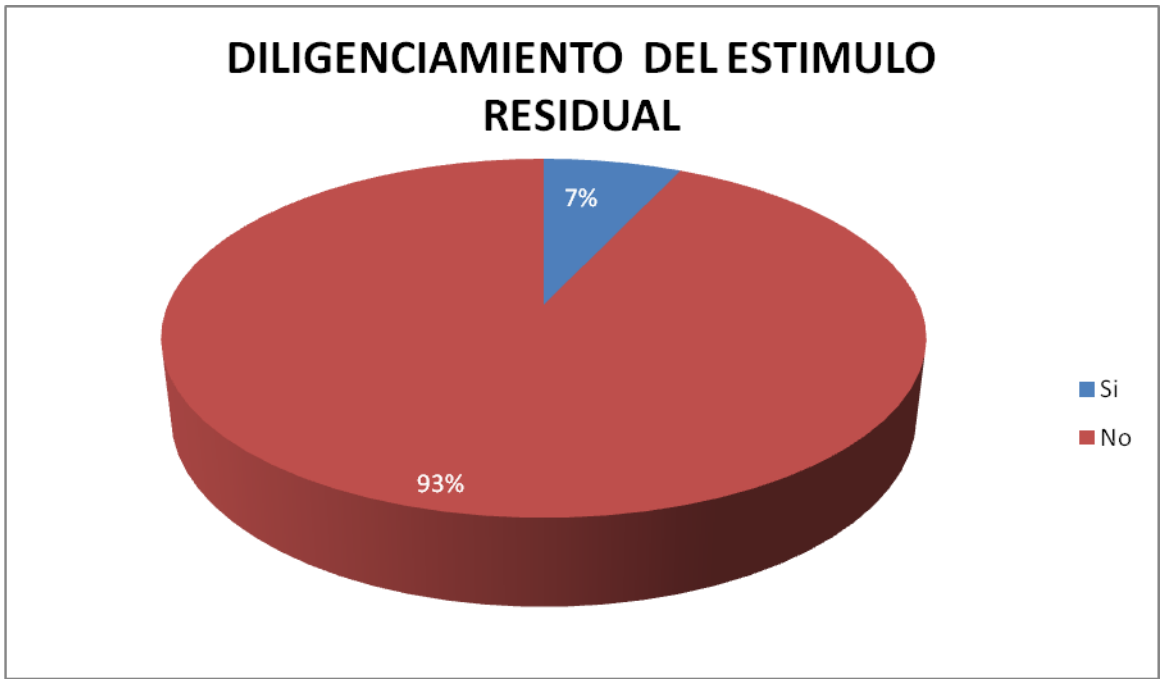
En la gráfica 26 se observa que el 88% de los enfermeros si realiza el llenado completo del formato de valoración de enfermería, mientras el 12% de los enfermeros no lo realiza.

Grafica 27.



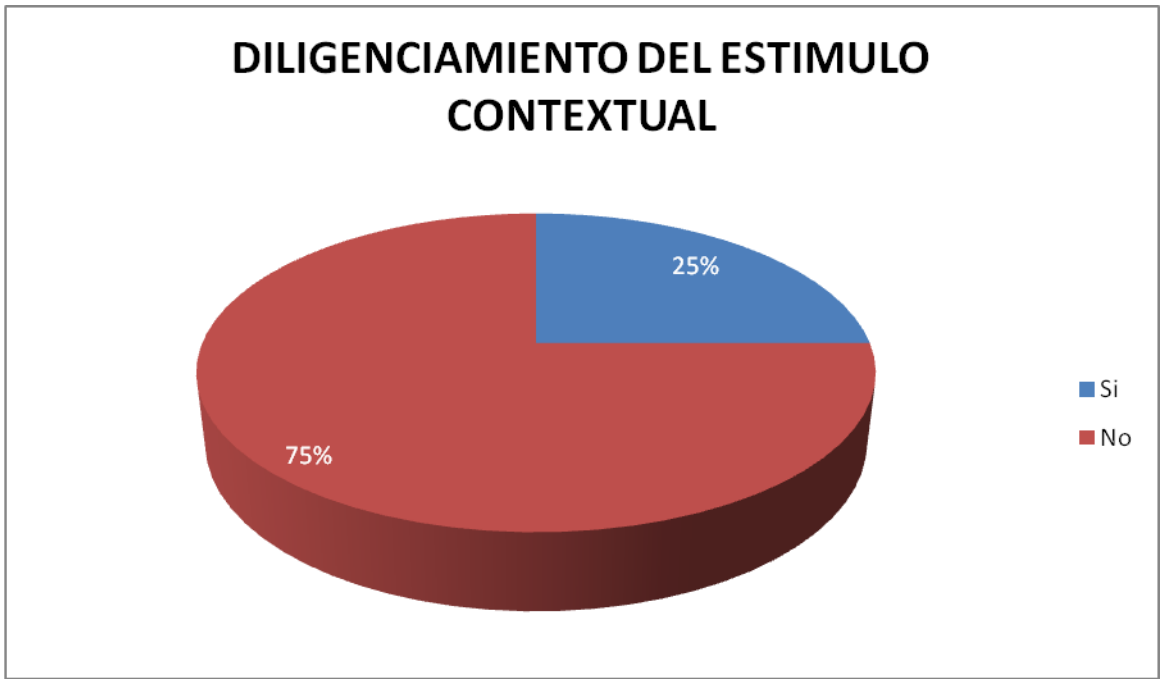
En la gráfica 27 se observa que el 61% de los enfermeros no realiza el diligenciamiento del estímulo Focal, mientras el 39% de los enfermeros si realiza el diligenciamiento del estímulo focal.

Grafica 28.



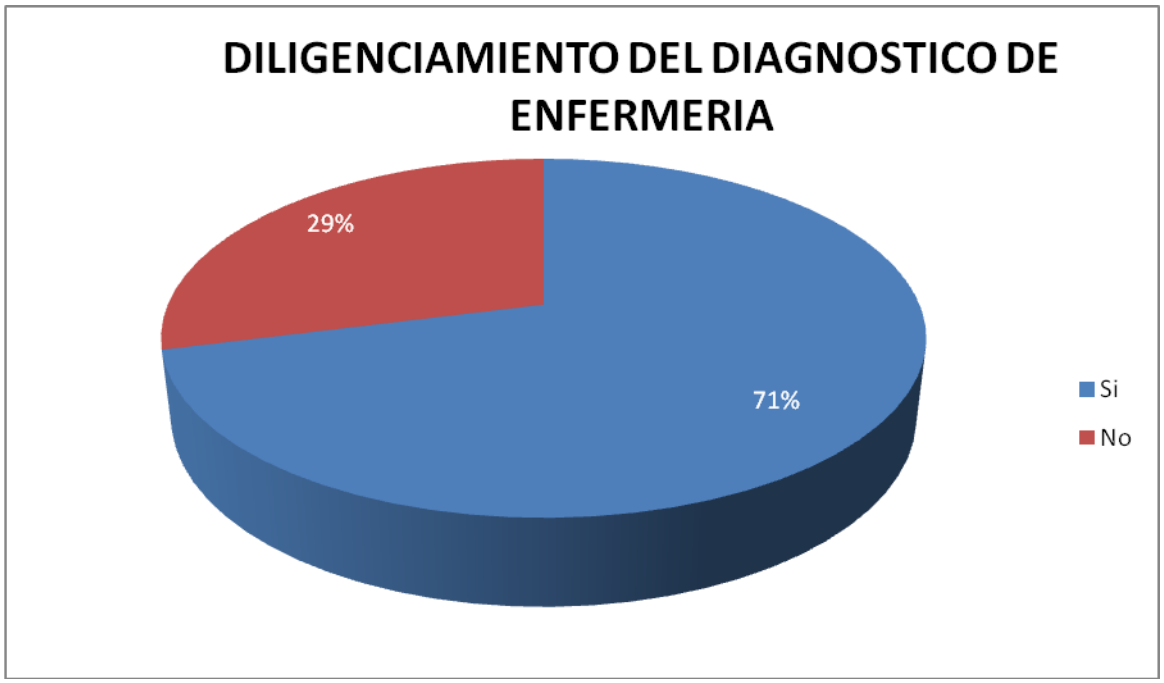
En la gráfica 28 se observa que el 93% de los enfermeros no realiza el diligenciamiento del estímulo residual, mientras el 7% de los enfermeros si lo realiza.

Grafica 29.



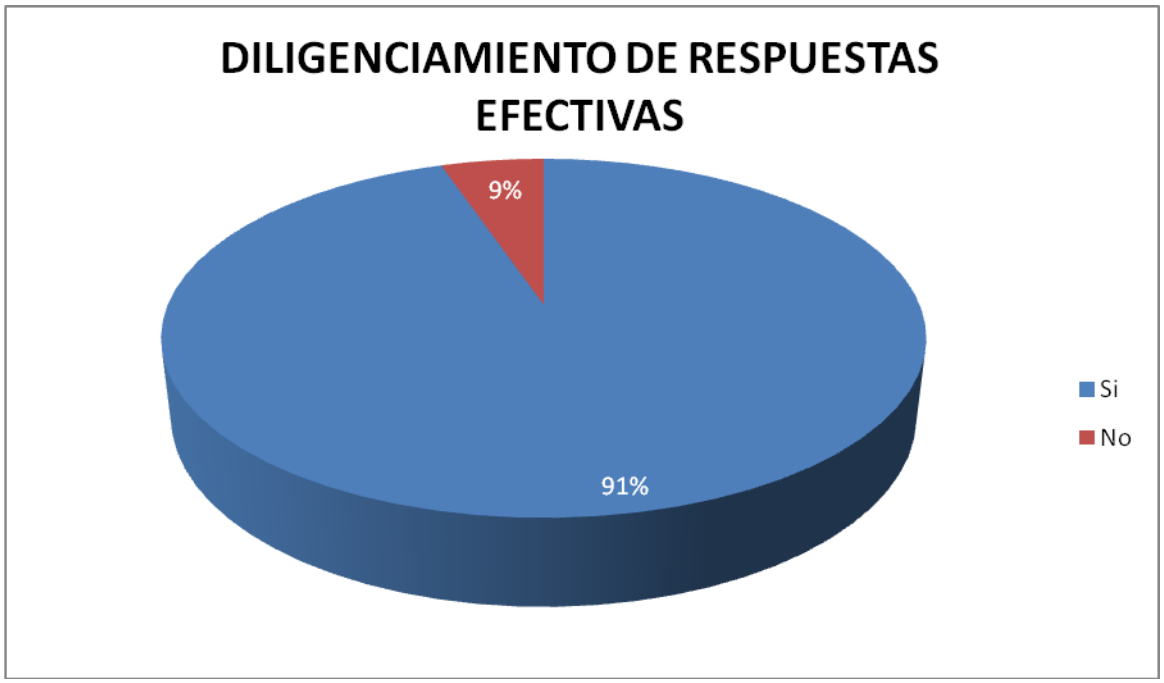
En la gráfica 29. Se observa que el 75% de los enfermeros no diligencia el estímulo contextual, mientras el 25% si lo realiza.

Grafica 30.



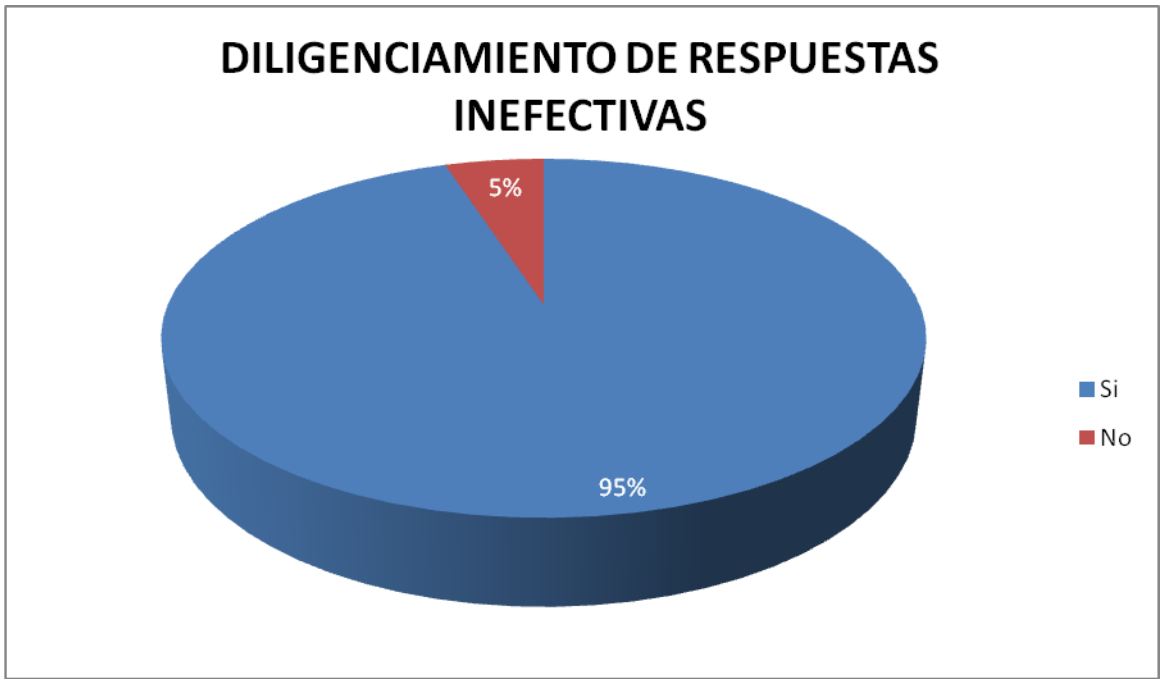
En la gráfica 30 se observa que el 71% de los enfermeros si realiza el diligenciamiento del diagnóstico de enfermería, mientras el 29% no lo realiza.

Grafica 31.



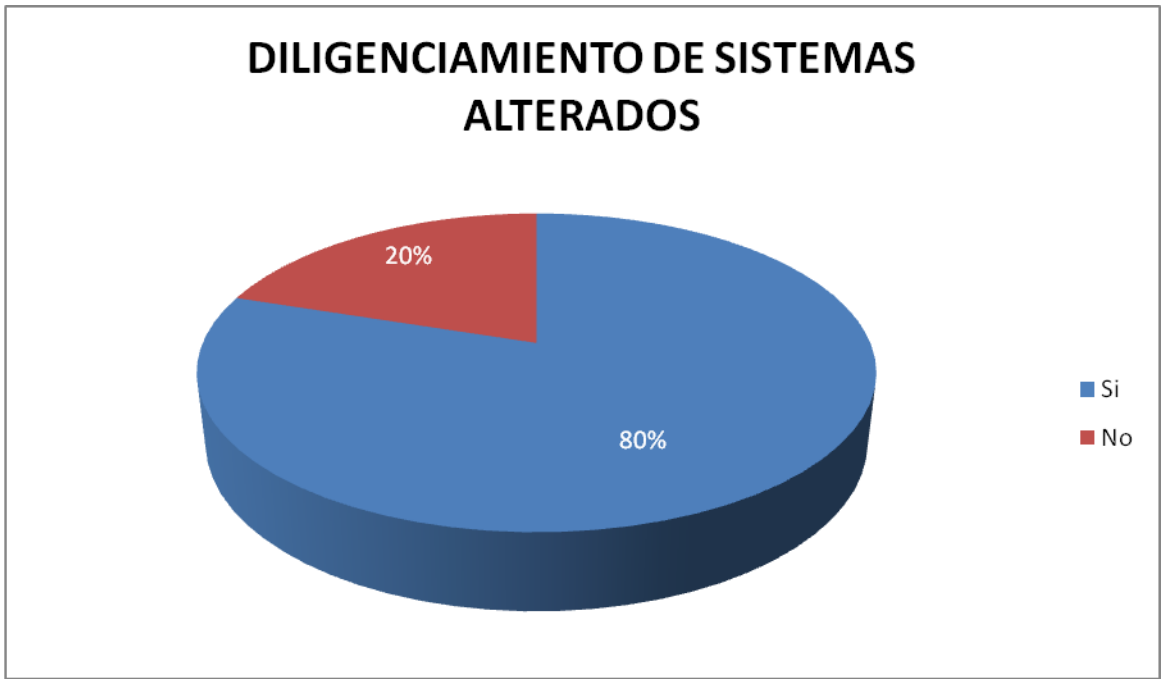
En la gráfica 31. Se observa que el 91% de los enfermeros si realiza el diligenciamiento de respuestas efectivas, mientras el 9% no lo realiza.

Grafica 32.



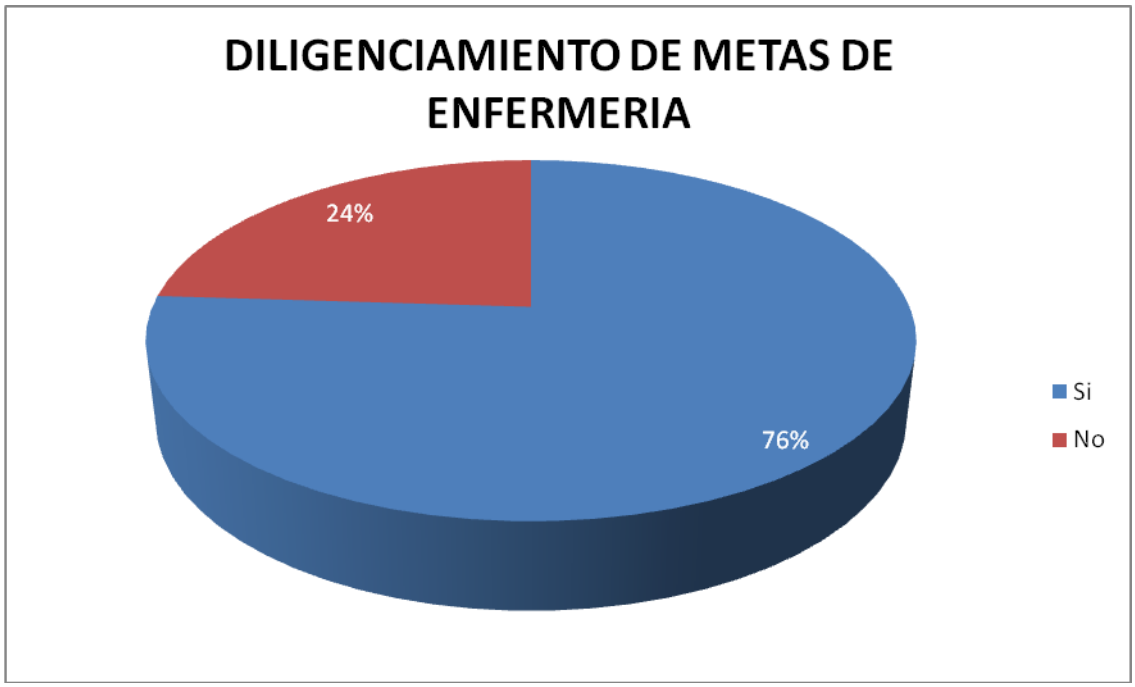
En la gráfica 32. Se observa que el 95% de los enfermeros si realiza el diligenciamiento de respuestas inefectivas, mientras el 5% no lo realiza.

Grafica 33.



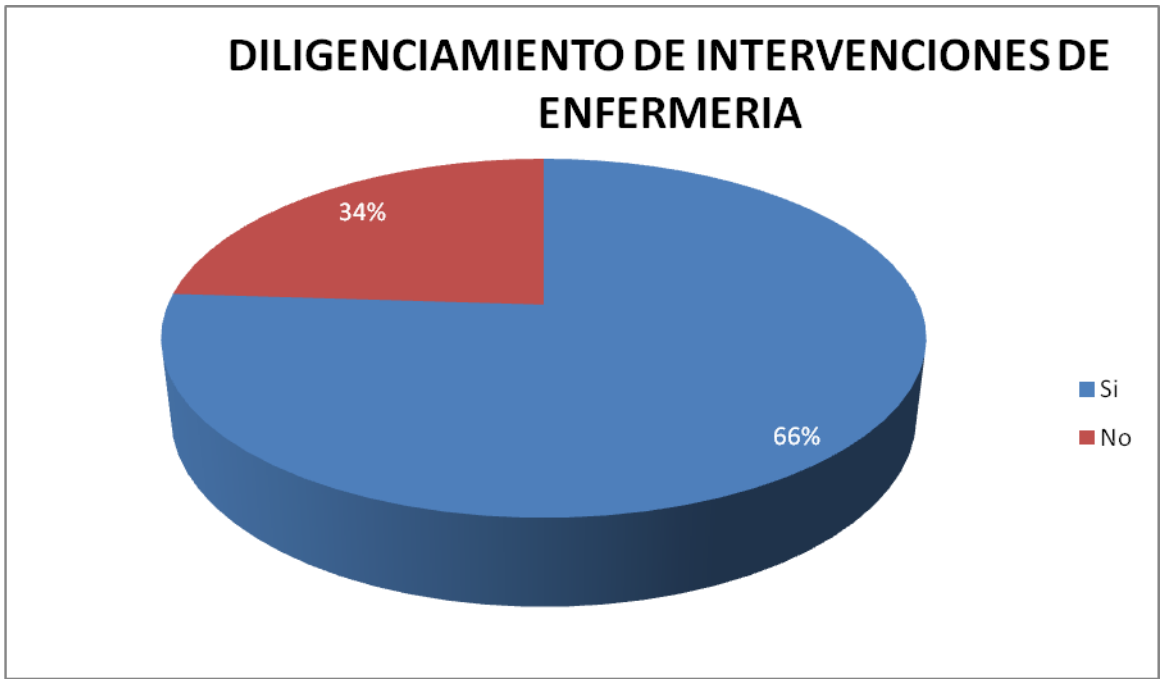
En la gráfica 33 se observa que el 80% de los enfermeros si realiza el diligenciamiento de los sistemas alterados, mientras el 20% no lo realiza.

Grafica 34.



En la gráfica 34 se observa que el 76% de los enfermeros si realiza el diligenciamiento en el formato de las metas de enfermería, mientras el 24% no lo realiza.

Grafica 35.



En la gráfica 35 se observa que el 66% de los enfermeros si realiza el diligenciamiento de las intervenciones de enfermería, mientras el 34% no lo realiza.

Grafica 36.

En la gráfica 36. Se observa que en lo correspondiente al diligenciamiento de las necesidades alteradas el 100% corresponde a oxigenación circulación, 49% actividad y descanso, 31% protección, 17% psicosocial, 15% neurológico, 15% eliminación.

7.0 PLAN DE RECOMENDACIONES

RECOMENDACION	ACCION A IMPLEMENTAR	RESPONSABLES	ELEMENTOS DE VERIFICACION
Relacionar los diagnósticos de enfermería, las intervenciones y las metas de acuerdo a la situación clínica del paciente.	Revisar la plantilla con un grupo de expertos en el modelo con el fin de incluir los diagnósticos de enfermería acordes con la NANDA.	Expertos en el modelo de Callista Roy. Coordinadora de Enfermería de la unidad de cuidados intensivos cardiovascular, coordinadora de educación de la Fundación Cardioinfantil, Jefe del Depto. de Enfermería.	Indicador de relación de enfermeros que aplican el modelo utilizando los diagnósticos de enfermería adecuados según la situación clínica del paciente.
Completar la plantilla de valoración que se utiliza en la unidad de cuidado intensivo cardiovascular de la Fundación Cardioinfantil IC; ya que esta no incluye todos los aspectos a valorar dentro del modelo de adaptación de Callista Roy. No se encuentra la valoración de respuestas efectivas e inefectivas, los estímulos: focal, contextual, residual, el componente endocrino.	Revisar la plantilla con un grupo de expertos en el modelo con el fin de incluir los componentes del modelo que hacen falta.	Expertos en el modelo de Callista Roy. Coordinadora de Enfermería de la unidad de cuidados intensivos cardiovascular, coordinadora de educación de la Fundación Cardioinfantil. Jefe del Depto. de Enfermería.	Registro clínico de las respuestas efectivas e inefectivas. Registro clínico del componente endocrino.

Hacer auditoria y supervisión de la valoración del modelo, ya que existe una plantilla establecida, y muchas veces los enfermeros no le dan la importancia a la planeación del cuidado a través de modelos de enfermería, siendo prioritario la realización de actividades asistenciales y en segundo lugar llenar como requisito de la parte administrativa, el formato.	Realizar auditoria continúa de la aplicación del modelo de enfermería con un grupo de enfermeros expertos en la utilización y aplicación del modelo.	Auditores expertos en el modelo de Callista Roy. Coordinadora de Enfermería de la unidad de cuidados intensivos cardiovascular, coordinadora de educación de la Fundación Cardioinfantil. Jefe del Depto. de Enfermería.	Indicador de enfermeros que aplican adecuadamente el modelo de callista Roy.
Capacitar al personal en la definición de conceptos básicos del modelo como son: teoría, modelo y modos de adaptación fundamentales en la aplicación de este.	Sesiones educativas con expertos en el modelo que aclaren conceptos básicos acerca de dicho modelo.	Expertos en el modelo de Callista Roy. Coordinadora de Enfermería de la unidad de cuidados intensivos cardiovascular, coordinadora de educación de la Fundación Cardioinfantil. Jefe del Depto. de Enfermería.	Indicador de enfermeros que asisten a la capacitación

Revisar y reorganizar la plantilla del modelo, puesto que no permite que el enfermero aplique sus conocimientos en cuanto a este; porque se debe escoger lo que esta propuesto en dicha plantilla y muchas veces esto no se relaciona con la clínica actual del paciente.	Revisar la plantilla con un grupo de expertos en el modelo con el fin de mejorar la utilización y aplicación de este.	Expertos en el modelo de Callista Roy. Coordinadora de Enfermería de la unidad de cuidados intensivos cardiovascular, coordinadora de educación de la Fundación Cardioinfantil. Jefe del Depto. de Enfermería.	Indicador de enfermeros que aplican adecuadamente el modelo de callista Roy.
Organizar un cronograma para seguimiento del proceso de aplicación y evaluación del modelo.	Definir fechas mensuales y anules que permitan su cumplimiento	Expertos en el modelo de Callista Roy. Coordinadora de Enfermería de la unidad de cuidados intensivos cardiovascular, coordinadora de educación de la Fundación Cardioinfantil, Jefe del Depto. de Enfermería.	Indicador de enfermeros que aplican adecuadamente el modelo de callista Roy. Indicador de enfermeros a los que se le evalúa la aplicación del modelo.

8. ASPECTOS ETICOS

Para hablar de los aspectos éticos, es necesario conocer las normas y legislación acerca del tema. Se mencionan a continuación tres notas básicas para analizar un proyecto desde los aspectos éticos; las cuales están en algunas de las declaraciones propuestas acerca de lo que constituyen los principios éticos en la investigación con seres humanos:

- Principio de autonomía en todo cuanto atañe al respeto de la dignidad y la libertad del ser humano.
- Principio de justicia en cuanto hace alusión a la relación costo/beneficio y más aún a la relación riesgo/beneficio para el ser humano.
- Comprende el consentimiento informado y la confidencialidad que se relaciona con la autonomía y hace referencia a la veracidad como norma principal.
- La resolución No. 008430 de 1993, del Ministerio de Salud por la cual se establecen las normas académicas, técnicas y administrativas para la investigación en salud, de la cual se toma el aparte que hace alusión a la investigación en seres humanos en el Título II, Capítulo I :
- ARTICULO 5º. En toda investigación en la que el ser humano sea sujeto de estudio, deberá prevalecer el criterio del respeto a su dignidad y la protección de sus derechos y su bienestar.
- ARTICULO 6º. La investigación que se realice en seres humanos se deberá desarrollar conforme a los siguientes criterios:
- Se ajustará a los principios científicos y éticos que la justifiquen.
- Se realizará sólo cuando el conocimiento que se pretende producir no pueda obtenerse por otro medio idóneo
- Deberá prevalecer la seguridad de los beneficiarios y expresar claramente los riesgos (mínimos), los cuales no deben en ningún momento contradecir el artículo 11 de esta resolución.
- Contará con el consentimiento informado en forma verbal por parte del sujeto de investigación o su representante legal con las excepciones dispuestas en la presente resolución.
- Deberá ser realizada por profesionales con conocimiento y experiencia para cuidar la integridad del ser humano bajo la responsabilidad de una entidad de salud, supervisada por las autoridades de salud, siempre y cuando cuenten con los recursos humanos y materiales necesarios que garanticen el bienestar del sujeto de investigación.
- Se llevará a cabo cuando se obtenga la autorización del representante legal de la institución investigadora y de la institución donde se realice la investigación, el consentimiento informado de los participantes y la aprobación del proyecto por parte del Comité de Ética en Investigación de la institución.

- ARTICULO 8º. En las investigaciones en seres humanos se protegerá la privacidad del individuo, sujeto de investigación, identificándolo sólo cuando los resultados lo requieran y éste lo autorice.

9. CONCLUSIONES

- En cuanto a la observación realizada en la unidad se pudo determinar que se hace una valoración general de cada una de las necesidades del paciente durante la entrega de turno, pero la misma no se ve reflejada al momento de consignar las anotaciones en la historia clínica y la determinación del diagnóstico de enfermería, metas e intervenciones de los pacientes ya que se utiliza una plantilla que no cuenta con todos los diagnósticos y factores relacionados aprobados por la NANDA, lo que dificulta el diagnóstico de selección más acorde con la realidad del paciente.

- Si ha tenido impacto la utilización de un modelo de enfermería en la aplicación de los cuidados de enfermería, ya que se ve la organización de los procesos de enfermería como tal; a la vez falta una mayor ayuda por parte de la herramienta que se está utilizando (sistema SAGA) actualmente en la aplicación del modelo ya que omite puntos clave de la aplicación del modelo que no se pueden consignar.

- En cuanto a las respuestas efectivas e inefectivas no existe en la plantilla un espacio para consignarlas y en las notas de enfermería solo se observó consignación de respuestas inefectivas. Es importante determinar tanto respuestas efectivas como inefectivas en los pacientes para conocer el grado de adaptación en que se encuentran cada uno de los sistemas.

- Se pudo determinar que a pesar que utilizan el modo físico fisiológico para la valoración de las necesidades y de los procesos, no tienen clara cuantas necesidades y cuantos procesos complejos integran el modo físico fisiológico. Sin embargo tienen una definición clara de cada una de esas necesidades y de los procesos que la integran.

- El 75% de los enfermeros de la unidad de cuidados intensivos cardiovascular tiene claro que el modelo de Callista Roy tiene 4 modos de adaptación y el 87 % tienen en cuenta que el modo que utilizan para la valoración de enfermería es el modo físico fisiológico.

- La mayoría de los enfermeros de la unidad consideran que la adaptación es un proceso y resultado por el cual los individuos o grupo usan la conciencia y la opción de crear una integración humana con el medio ambiente, lo que coincide con la definición adoptada por Roy en el modelo.

- En cuanto a los conceptos propios del modelo como los estímulos, tanto focales, contextuales y residuales más de la mitad de los enfermeros tienen un concepto claro acerca de estos.

- En las revisión de la hoja de valoración de enfermería utilizada anteriormente se observó que daba mayor oportunidad al enfermero a consignar una valoración más específica del paciente sin embargo nos encontramos que los espacios designados en su mayoría estaban en blancos lo que nos deja una interrogante.

10. BIBLIOGRAFIA

1.Mesquita Melo E., Lopes M.V. de O., Carvalho Fernandes A.F., Teixeira Lima F.E., Barbosa I.V.. Teorías de enfermería: importancia de la correcta aplicación de los conceptos. Enferm. glob. [revista en la Internet]. 2009 Oct [citado 2011 Febrero 11] ; (17): . Disponible en: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1695-61412009000300017&lng=es. doi: 10.4321/S1695-61412009000300017.

2. Arauz Rovira Jose N. Metodología para la evaluación del conocimiento. Panamá: imprenta de la Usma, 2005.

3. Cisneros G. Fanny. Teorias y Modelos de Enfermeria. Lasalud.com. [en linea].2005 Feb [citado 2011 Marzo 17]; Disponible en: http://artemisa.unicauca.edu.co/~pivalencia/archivos/TeoriasYModelosDeEnfermeriaYSuAplicacion.pdf

4. Fawcett. J. Analysis and evaluation of Comtenporary nursing Knowledge. Nursing models and theories. Nurs Sci Q. [on line]. April 2005. [citado 2011 Marzo 15]; vol. 18 no. 2. Disponible en: http://nsq.sagepub.com/content/18/2/131.short

5. Mesquita Melo E., Lopes M.V. de O., Carvalho Fernandes A.F., Teixeira Lima F.E., Barbosa I.V.. Teorías de enfermería: importancia de la correcta aplicación de los conceptos. Enferm. glob. [revista en la Internet]. 2009 Oct [citado 2011 Febrero 11] ; (17): . Disponible en: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1695-61412009000300017&lng=es. doi: 10.4321/S1695-61412009000300017.

6. Alvarado García Alejandra María; Moreno Fergusson María Elisa. Aplicación del Modelo de Adaptación de Callista Roy en Latinoamérica: revisión de la literatura. Aquichan Abril 2009, Vol.9 (1) 62-72.

7. Alvarado García Alejandra María; Moreno Fergusson María Elisa. Aplicación del Modelo de Adaptación de Callista Roy en Latinoamérica: revisión de la literatura. Aquichan Abril 2009, Vol.9 (1) 62-72.

8. Alvarado García Alejandra María; Moreno Fergusson María Elisa. Aplicación del Modelo de Adaptación de Callista Roy en Latinoamérica: revisión de la literatura. Aquichan Abril 2009, Vol.9 (1) 62-72.

9. Pérez Serrano, G. Elaboración de proyectos sociales. Casos prácticos. slideshare. [En línea] 1999. [Citado 15 de abril 2011]; Disponible en: http://www.slideshare.net/julioencalada/evaluacin-de-proyectos-4352875

10. Thompson Baldiviezo Janneth Mónica. Tipos de Evaluación. Blogspot. [En línea] Enero 2009. [Citado 15 de abril 2011]; Disponible en: http://todosobreproyectos.blogspot.com/2009/01/evaluacion-de-proyectos.html

11. Manual de Proyectos Universidad de Lima, Curso proyectos de inversión. Mailxmail [en línea] 2003. [Citado 15 de abril 2011]; Disponible en: http://www.mailxmail.com/curso-proyectos-inversion

12. GESTIÓN DEL CUIDADO Y CARTERA DE SERVICIOS. Módulo 1: Modelos y Teorías en Enfermería. Medwave. [en línea]. [Citado 17 de abril 2011]; Disponible en: http://es.scribd.com/doc/16570968/CGE04Modulo1

13. Cisneros G. Fanny. Teorias y Modelos de Enfermeria. Lasalud.com. [en linea].2005 Feb [citado 2011 Marzo 17]; Disponible en: http://artemisa.unicauca.edu.co/~pivalencia/archivos/TeoriasYModelosDeEnfermeriaYSuAplicacion.pdf

14. Análisis de los conceptos del modelo de adaptación de callista Roy. Aquichan [en línea]2002; 2 Octubre . [Citado 10 de marzo de 2011]; Disponible en : http://www.redalyc.org/src/inicio/ArtPdfRed.jsp?iCve=74120204#.

15. Análisis de los conceptos del modelo de adaptación de callista Roy. Aquichan [en línea] 2002; 2 Octubre. [Citado 10 de marzo de 2011]; Disponible en : http://www.redalyc.org/src/inicio/ArtPdfRed.jsp?iCve=74120204#

16. Análisis de los conceptos del modelo de adaptación de callista Roy. Aquichan [en línea]2002; 2 Octubre . [Citado 10 de marzo de 2011]; Disponible en : http://www.redalyc.org/src/inicio/ArtPdfRed.jsp?iCve=74120204#

17. Análisis de los conceptos del modelo de adaptación de callista Roy. Aquichan [en línea] 2002; 2 Octubre. [Citado 10 de marzo de 2011]; Disponible en : http://www.redalyc.org/src/inicio/ArtPdfRed.jsp?iCve=74120204#

18. Análisis de los conceptos del modelo de adaptación de callista Roy. Aquichan [en línea] 2002; 2 Octubre. [Citado 10 de marzo de 2011]; Disponible en : http://www.redalyc.org/src/inicio/ArtPdfRed.jsp?

19. Orta González M. A, Polanco González E. M., Ponce Domínguez J, Ponce Domínguez M. C, Neto Barrera C. P., Vázquez Hachero G. Proceso de Atención de Enfermería: Modelo de Sor Callista Roy. Medynet [en línea]2001; Octubre . [Citado 5 de marzo de 2011]; Disponible en : http://www.medynet.com/elmedico/publicaciones/centrosalud8/495-498.pdf

20 Análisis de los conceptos del modelo de adaptación de callista Roy. Aquichan [en línea]2002; 2 Octubre . [Citado 10 de marzo de 2011]; Disponible en : http://www.redalyc.org/src/inicio/ArtPdfRed.jsp?iCve=74120204#

21 Análisis de los conceptos del modelo de adaptación de callista Roy. Aquichan [en línea]2002; 2 Octubre . [Citado 10 de marzo de 2011]; Disponible en : http://www.redalyc.org/src/inicio/ArtPdfRed.jsp?iCve=74120204#

ANEXOS

ANEXO 1:

CUESTIONARIO ESTRUCTURADO:

CONCEPTOS DEL MODELO DE ADAPTACION DE CALLISTA ROY.

OBJETIVO GENERAL:

Evaluar la aplicación del modelo de adaptación de Callista Roy utilizado por el personal de enfermería en la valoración al paciente hospitalizado en la Unidad de Cuidados Intensivos Cardiovascular de la Fundación Cardioinfantil Instituto de Cardiología.

Objetivos específicos:

- Determinar el conocimiento que poseen las enfermeras que laboran en la uci cardiovascular sobre la aplicación del modelo de adaptación de Callista Roy.

1. El modelo de adaptación de Callista Roy es clasificado como :

   a. Teoría filosófica

   b. Gran teoría.

   c. **Modelo conceptual de enfermería**.

   d. Teoría de mediano rango.

   e. Microteoria.

2. Según el modelo de Roy un estímulo es:

   a. Aquello que tiene impacto sobre un sistema.

   b. Iniciar la ejecución de algo.

   c. Aquel que describe una actividad.

   d. Todo aquello que provoca una respuesta.

3. En el modelo de adaptación de Roy el estímulo focal es:

   a. Algo que genera percepción.

   b. Factor que es susceptible de provocar una excitación y una respuesta

   c. Factor que desencadena una respuesta inmediata en el paciente, que puede ser adaptativa o inefectiva, según si promueve o no la adaptación.

d. Cambio que se produce en el hábitat de los seres vivos.

4. En el modelo de adaptación de Roy el estímulo residual es:

a. Factor ambiental dentro o fuera de los sistemas adaptativos humanos, cuyo efecto no es claro en la situación actual.

b. Cualquier elemento que actuando desde afuera o dentro de nosotros impresiona nuestros sentidos

c. La entrada es la comunicación que el sistema ha recibido en determinado momento desde el entorno.

d. factor externo o interno capaz de provocar una reacción positiva o negativa

5. En el modelo de adaptación de roy el estímulo contextual es:

a. Incitación para la ejecución de determinada acción.

b. Un impacto sobre el sistema en el cual actúa.

c. Aquel que provoca un reflejo por asociación

d. Factores ambientales presentes en el sistema humano que no constituyen el centro de atención o energía.

6. La adaptación dentro del modelo de roy es considerado como:

a. Ajuste natural o por sistemas humanos en respuesta al actual o esperado.

b. Proceso y resultado por el cual los individuos o grupo usan la conciencia y la opción de crear una integración humana en el medio ambiente.

c. Proceso por el cual un ser vivo se acomoda al medio en que vive.

d. Ajuste habitual de una persona a su medio.

7. Seleccione el modo de adaptación utilizado en la uci cardiovascular de la Fundación Cardioinfantil-IC.

a. Físico Fisiológico.

b. Auto concepto.

c. Necesidades Humanas

d. órganos y sentidos.

8. Cuantos modos de adaptación tiene el modelo de Callista Roy.

   a. 7

   b. 4

   c. 5

   d. 8

9. Las respuestas efectivas son definidas como:

   a. Promueven la meta de adaptación e integridad.

   b. Promueven la salud.

   c. Respuestas que ayudan a integrar el sistema.

   d. Estimulan los procesos.

10. El modo físico- fisiológico está conformado por:

   a. 8 necesidades y 4 procesos.

   b. 5 necesidades y 4 procesos.

   c. 15 necesidades y 2 procesos.

   d. 6 necesidades y 5 complejos

11. Las repuestas inefectivas son definidas como:

a. Aquellas que no promueven la integridad, ni contribuyen a la meta de adaptación e integración de las personas con el mundo.

b. Aquellas que ayudan a encontrar respuestas.

c. Desintegran el sistema humano.

d. Dan indicio de des integralidad orgánica.

ANEXO 2.

LISTA DE CHEQUEO 1

OBSERVACION DE LA VALORACION DE ENFERMERIA

Valoración de Necesidades del paciente crítico.	Si	No	Observaciones
Oxigenación.			
Nutrición.			
Eliminación.			
Actividad y descanso.			
Protección.			
Valoración de Procesos en el Paciente Crítico.	Si	No	Observaciones
Órganos de los sentidos.			
Equilibrio acido base.			
Función neurológica.			
Función endocrina.			
Identificación de Respuestas	Si	No	Observaciones
Efectivas			
Inefectivas			
Identificación de Estímulos.	Si	No	Observaciones
Focal			
Contextual			
Residual			
	Si	No	Observaciones
Establece Diagnósticos de Enfermeria consignados en la NANDA			
Determina Metas de Enfermeria.			
Determina Intervenciones			

Nota: Este documento hace parte del proyecto de gestión EVALUACION DE LA VALORACION DE ENFERMERIA AL PACIENTE HOSPITALIZADO EN LA UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS CARDIOVASCULAR DE LA FUNDACION CARDIOINFANTIL FUNDAMENTADO EN EL MODELO DE ADAPTACION DE CALLISTA ROY. Requisito de la especialización en enfermería Cuidado Crítico Adulto- Pediátrico.

ANEXO 3.

LISTA DE CHEQUEO 2

SEGUIMIENTO AL PERSONAL DE ENFERMERIA EN EL DILIGENCIAMIENTO DEL FORMATO DE VALORACION DEL PACIENTE.				
ACTIVIDADES	SI	No	Numero	PORCENTAJE
1. Llenado completo del formato de valoración.				
2. Diligenciamiento del estímulo focal.				
3. Diligenciamiento del estímulo contextual.				
4. Diligenciamiento del estímulo residual.				
5. Diligenciamiento del diagnóstico de enfermería.				
6. Diligenciamiento de respuestas efectivas e inefectivas.				
7. Diligenciamiento de metas de enfermeria				
8. Necesidades y procesos alteradas.				
9. Diligenciamiento de intervenciones de enfermeria				
• eliminación				
• Nutrición.				
• Oxigenación- Circulación				
• Protección.				
• Actividad y descanso.				
• Endocrino.				
• Neurológico.				
• Protección.				
• Órgano de los sentidos.				

Nota: Este documento hace parte del proyecto de gestión EVALUACION DE LA VALORACION DE ENFERMERIA AL PACIENTE HOSPITALIZADO EN LA UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS CARDIOVASCULAR DE LA FUNDACION CARDIOINFANTIL FUNDAMENTADO EN EL MODELO DE ADAPTACION DE CALLISTA ROY. Requisito de la especialización en enfermería Cuidado Crítico Adulto- Pediátrico.

ANEXO 4.

HOJA NO. ____

FUNDACION CARDIOINFANTIL
INSTITUTO DE CARDIOLOGIA
UNIDAD CUIDADO INTENSIVO
REGISTRO DIARIO DE ENFERMERIA

IDENTIFICACION:
1. Nombre: _____
2. Edad: _____
3. No. H.C.: _____
4. Convenio: _____

TALLA	PESO	S. C.	DÍAS UCI
DIETA		CAMA	FECHA:

DIAGNÓSTICO

ANTECEDENTES

IMAGENES DIAGNÓSTICAS

CIRUGÍA	FECHA	CLAMP	PERFUSIÓN	
MARCAPASO TRANSITORIO	EXPUESTO	FC	SENS.	SALIDA
TISS	APACHE II		SOFA	

ACTIVIDADES ENFERMERÍA

EXÁMENES PENDIENTES

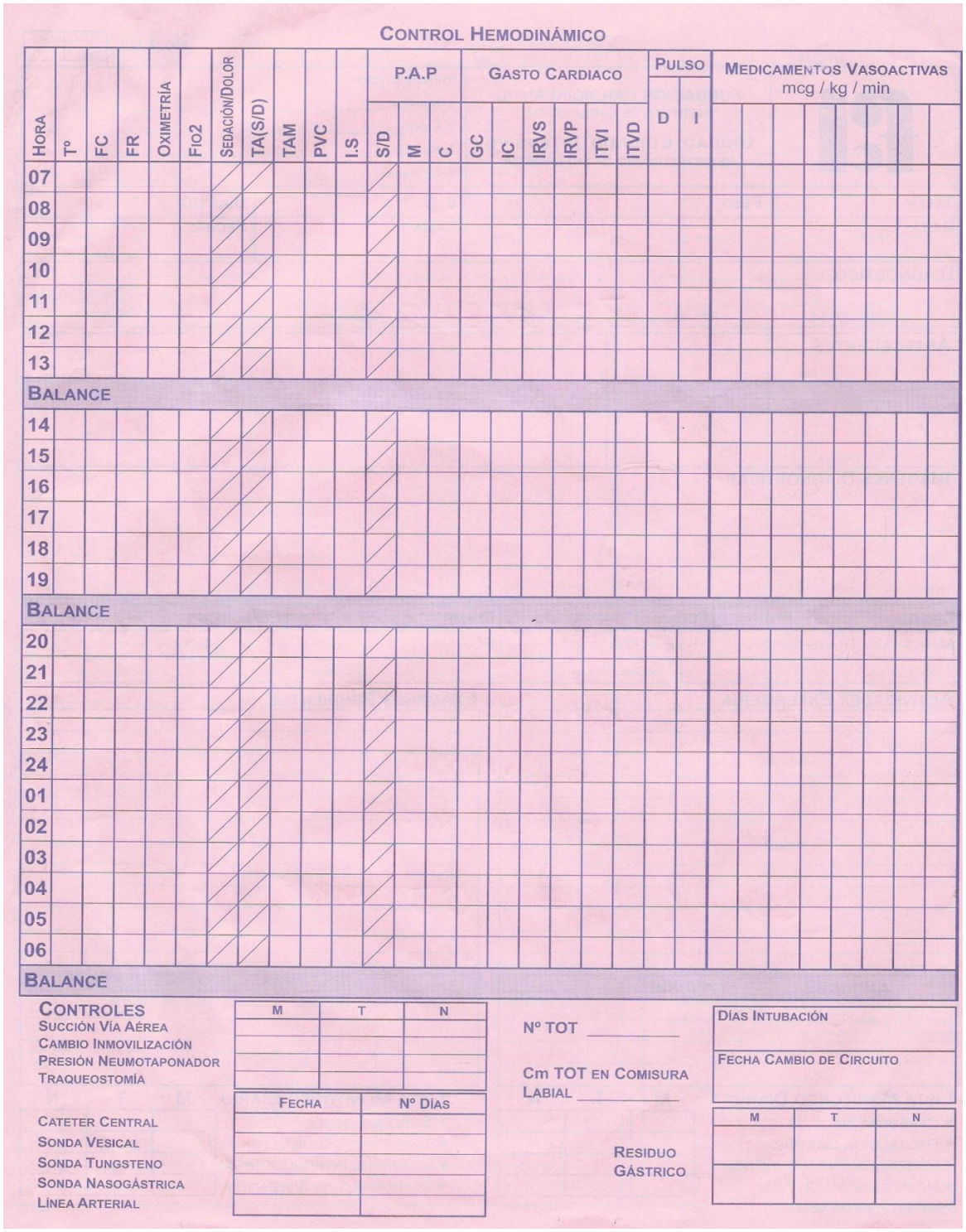
LISTA MONITOREO DIARIO	M	T	N
• CABECERA 30º			
• PROTECCIÓN GÁSTRICA			
• PROFILAXIS ANTITROMBÓTICA			
• HB POR ENCIMA DE 7			

LISTA MONITOREO DIARIO	M	T	N
• SONDAS DRENES			
• TUBOS PARA RETIRAR			
• RETIRO DE INTRODUCTORES			
• DESPERTAR 1 HR S/SEDACIÓN			

CÓDIGO DEL FORMATO: HC-05-03

302122

Hoja 2



CONTROL HEMODINÁMICO

HORA	T°	FC	FR	OXIMETRÍA	FIO2	SEDACIÓN/DOLOR	TA(S/D)	TAM	PVC	I.S	P.A.P			GASTO CARDIACO						PULSO	
											S/D	M	C	GC	IC	IRVS	IRVP	ITVI	ITVD	D	I
07																					
08																					
09																					
10																					
11																					
12																					
13																					
BALANCE																					
14																					
15																					
16																					
17																					
18																					
19																					
BALANCE																					
20																					
21																					
22																					
23																					
24																					
01																					
02																					
03																					
04																					
05																					
06																					
BALANCE																					

MEDICAMENTOS VASOACTIVAS mcg / kg / min

CONTROLES

	M	T	N
SUCCIÓN VÍA AÉREA			
CAMBIO INMOVILIZACIÓN			
PRESIÓN NEUMOTAPONADOR			
TRAQUEOSTOMÍA			

	FECHA	Nº DÍAS
CATETER CENTRAL		
SONDA VESICAL		
SONDA TUNGSTENO		
SONDA NASOGÁSTRICA		
LÍNEA ARTERIAL		

Nº TOT _____

Cm TOT EN COMISURA LABIAL _____

RESIDUO GÁSTRICO

DÍAS INTUBACIÓN	
FECHA CAMBIO DE CIRCUITO	

M	T	N

Hoja 3

Control de Líquidos

Balance de Sangre						Entradas													Salidas				Balance
Salidas				Entradas																			
Torax	Med	Torax	Total	Sangre	Balance	Plasma	Coloide								Gastroclisis	Oral	Total		Orina	SNG	Vómito	Total	

Escala Dolor									
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10

Escala Agitación - Sedación Richmond: RASS*

+4	+3	+2	0	-1	-2	-3	-4	-5

Riesgo Caida	Alto	Medio	Bajo

Total Ingresos 24 horas		Total Egresos 24 horas	
LEV		Drenajes	
Tranf.		Diuresis	
Oral		P.I.	
Enteral		Otros	
Total		Total	

Balance Hoy	
Balance Anterior	
Balance Acumulado	

Restricción 24 Hr - cc/hora

Gasto Urinario	M	T	N	24 Hr

Hoja 4

Respuestas Inefectivas	M	T	N	Estimulo Focal	Estimulo Contextual	Estimulo Residual
Psicosocial						
Sentidos						
Neurológico						
Oxigenación						
Circulación						
Nutrición						
Actividad y Descanso						
Eliminación						
Protección						

Notas de Enfermería

Mañana Diagnóstico prioritario:
Metas - Intervenciones

Tarde Diagnóstico prioritario:
Metas - Intervenciones

Noche Diagnóstico prioritario:
Metas - Intervenciones

Hoja 5

EVALUACIÓN - OBSERVACIONES ESPECIALES

MAÑANA:

TARDE:

NOCHE:

Hoja 6

SOLUCIONES PARENTERALES

MEDICAMENTO	SOLUCIÓN Y VOLUMEN	K	DOSIS

MEDICAMENTOS

NOMBRE	DOSIS	VÍA	HORA	ENFERMERA

TRATAMIENTO ESPECIAL - DOSIS ÚNICA

HORA	MEDICAMENTO	DOSIS	VÍA	ENFERMERA

INSULINA	ESQUEMA

HORA	GLUCOMETRÍA	UNID.