

**IMPLEMENTACIÓN DEL PROCESO DE ATENCIÓN DE ENFERMERÍA EN LAS
UNIDADES DE CUIDADO INTENSIVO ADULTO DE: HOSPITAL SAN RAFAEL
TUNJA, SALUD VITAL DUITAMA**

**CAROL PINZÓN JAIMES
ERIKA JULIET GARCÍA REYES
MILE ROJAS ROJAS
VIVIAN JOHANNA TACUMÁ BAUTISTA**

**UNIVERSIDAD DE LA SABANA
FACULTAD DE ENFERMERÍA Y REHABILITACIÓN
ESPECIALIZACIÓN EN CUIDADO CRÍTICO ÉNFASIS ADULTO
BOGOTÁ
2012**

**IMPLEMENTACIÓN DEL PROCESO DE ATENCIÓN DE ENFERMERÍA EN LAS
UNIDADES DE CUIDADO INTENSIVO ADULTO DE: HOSPITAL SAN RAFAEL
TUNJA, SALUD VITAL DUITAMA**

**CAROL PINZÓN JAIMES
ERIKA JULIET GARCÍA REYES
MILE ROJAS ROJAS
VIVIAN JOHANNA TACUMÁ BAUTISTA**

**Asesora:
MARÍA DEL CARMEN GUTIÉRREZ AGUDELO
Licenciada en Enfermería - Magister en Educación**

**UNIVERSIDAD DE LA SABANA
FACULTAD DE ENFERMERÍA Y REHABILITACIÓN
ESPECIALIZACIÓN EN CUIDADO CRÍTICO ÉNFASIS ADULTO
BOGOTÁ
2012**

CONTENIDO

	Pág.
IDENTIFICACIÓN DEL TRABAJO.....	5
INTRODUCCIÓN.....	6
JUSTIFICACIÓN.....	7
OBJETIVO GENERAL.....	9
Objetivos específicos.....	9
DESCRIPCIÓN DEL CONTEXTO.....	10
Salud vital, Hospital Regional de Duitama.....	10
Hospital San Rafael de Tunja.....	14
MARCO CONCEPTUAL.....	17
Proceso de Atención de Enfermería.....	17
Cuidado.....	20
Enfermería.....	22
Familia.....	23
MARCO TEÓRICO.....	25
Modelo de Adaptación de Callista Roy.....	25
Conceptos Principales del Modelo de Adaptación.....	25
El Proceso De Enfermería Según El Modelo De Adaptación.....	29
ÁRBOL DE PROBLEMA.....	32
ÁRBOL DE OBJETIVOS.....	33

MATRIZ DE MARCO LÓGICO.....	34
METODOLOGÍA.....	40
CRONOGRAMA/PLANEACIÓN.....	41
PRESUPUESTO.....	43
EJECUCIÓN DEL PROYECTO.....	45
CONCLUSIONES.....	51
RECOMENDACIONES.....	52
ANEXOS.....	53
BIBLIOGRAFÍA.....	59

IDENTIFICACIÓN DEL TRABAJO

Nombre: IMPLEMENTACIÓN DEL PROCESO DE ATENCIÓN DE ENFERMERÍA EN LAS UNIDADES DE CUIDADO INTENSIVO ADULTO DE: HOSPITAL SAN RAFAEL TUNJA, SALUD VITAL DUITAMA

Asesora de trabajo de grado:

Docente: María de Carmen Gutiérrez Agudelo

Magister en Educación

Autores:

Carol Pinzón Jaimes

Erika Juliet García Reyes

Mile Rojas Rojas

Vivian Johanna Tacumá Bautista

Instituciones en las que se ejecuta el programa:

Salud Vital de Colombia IPS. Hospital Regional De Duitama

Hospital San Rafael de Tunja

Duración Del Programa: 1 año.

Población Objeto: Profesionales de Enfermería de las Unidades de Cuidado Intensivo.

Costo total del programa: \$ 38.500,000

INTRODUCCIÓN

El siglo XXI ha traído consigo un sin fin de avances tecnológicos, científicos e informáticos, que diariamente afectan la forma de ver y ejercer las diferentes actividades y profesiones que el ser humano realiza en este mundo. Enfermería tampoco ha escapado a la influencia de la tecnología y la inmediatez, donde el sujeto de cuidado o “nuestro paciente” como se llama, es sometido a un amplio monitoreo de máquinas que valoran su biología de forma continua, dejando atrás la esencia y legado de contacto directo con él.

Los servicios de Cuidado Intensivo se caracterizan por usar siempre los equipos de última tecnología, lo que ha ocasionado que se confíe estrictamente a los datos clínicos que arrojan estos equipos y se deja como menos importante la búsqueda de estos datos desde la humanidad del paciente y la comunicación terapéutica con él y su familia. Adicionalmente la situación económica y la crisis hospitalaria nacional, han ocasionado que la carga laboral sea mayor y el número de pacientes por cada Enfermero exceda la capacidad de excelencia asistencial.

Enfermería como profesión y disciplina tiene una responsabilidad ética y social de contribuir al mejoramiento de la calidad del cuidado de la persona, la familia y la comunidad; ahí la pertinencia de que en el proceso de formación académica de los futuros Enfermeros se propenda por sensibilizar y concientizar a las nuevas generaciones a la participación activa en la gestión y generación de nuevas alternativas de solución de la problemática identificada para la búsqueda de la calidad del cuidado en el ámbito clínico y comunitario.¹

El PAE (Proceso de Atención de Enfermería), es una herramienta básica que direcciona sistemáticamente el cuidado que el Enfermero debe brindar a cada uno de sus pacientes. El Proceso de Atención de Enfermería es enseñado en todas las universidades del país, pero cuando el estudiante se hace profesional e inicia a laborar, deja a un lado esta excelente herramienta y se convierte en la mayoría de los casos, en un Enfermero automático, rutinario y pasivo que convierte el cuidado en el mero cumplimiento de órdenes médicas.

Este proyecto de gestión pretende proporcionar una herramienta completa, ágil, fácil de diligenciar, basada en una teoría de Enfermería, que le permita al profesional brindar un cuidado sistematizado y continuo. Sin embargo, la principal meta es lograr que los profesionales de Enfermería del área de cuidado crítico, recapaciten ante la realidad, recuperen la esencia y no pierdan la identidad de cuidadores con visión holística del sujeto de cuidado y su familia.

¹ Rojas J.G, Pastor Durango P. Aplicación del proceso de atención de enfermería en cuidados intensivos. Revista Investigación y Educación en Enfermería. 2010. vol. 28(3):323-335.

JUSTIFICACIÓN

Las Unidades de Cuidado Intensivo son instancias en las que la atención del paciente requiere intervenciones de alta complejidad, además de la organización y estructuración de las mismas, con el ánimo de saber el por qué se hace las cosas y específicamente en relación con el cuidado que brinda el profesional de Enfermería a dichos pacientes, en los diversos niveles de adaptación que presentan durante su estancia hospitalaria.

El Proceso de Atención de Enfermería es definido por Iyer “como el sistema de la práctica de la Enfermería, en el sentido de que proporciona el mecanismo por el cual el profesional utiliza sus opiniones, conocimientos y habilidades para diagnosticar y tratar la respuesta del paciente a los problemas reales o potenciales de la salud”^{2 3}. Sin embargo, esto no se ve reflejado en la práctica en las Unidades de Cuidado Intensivo: Hospital San Rafael de Tunja y Salud Vital Duitama, debido a que las intervenciones son de carácter clínico de acuerdo a la orden dada por el médico, no hay estructuración y secuencia del cuidado para poder evaluar cada una de esas intervenciones, y mucho menos involucran a la familia en el plan de acción o en las metas establecidas para proporcionar cuidado.

Para el profesional de Enfermería, el Proceso de Atención de Enfermería se constituye en la herramienta base para el control, seguimiento y evaluación, que se debe hacer a cada paciente para su tratamiento y recuperación. Alfaro destaca que el Proceso de Atención de Enfermería promueve el desarrollo del pensamiento autónomo y flexible, tiene orientación humanista, se enfoca a la consecución de resultados, fomenta la satisfacción profesional y genera una serie de beneficios institucionales en relación con los costos, los registros, la calidad de los hospitales y la oportunidad en la atención de enfermería⁴, aspecto que en las unidades mencionadas no ha sido implementado porque no cuentan con un instrumento de fácil manejo, por falta de tiempo, compromiso y desconocimiento sobre las formas de aplicación ágil y eficiente del Proceso de Atención de Enfermería.

Lo anterior, se corroboró en un pre test aplicado a los profesionales de Enfermería

² Rivera Álvarez L, Triana A. Cuidado humanizado de enfermería: visibilizando la teoría y la investigación en la práctica, en la clínica del country. Octubre 2007.

³ Rojas J.G. Factores relacionados con la aplicación del proceso de atención de enfermería y las taxonomías en 12 unidades de cuidado intensivo de Medellín 2007 [trabajo de grado]. Universidad de Antioquia; 2009.

⁴ Alfaro-Lefevre R. Aplicación del Proceso Enfermero. Fomentar el Cuidado en Colaboración. 5ª edición. Barcelona: Masson. 2003. p. 4, 5, 11.

de cada una de las Unidades de Cuidado Intensivo, con el objetivo de determinar las razones por las cuales dichos profesionales de Enfermería no aplican el Proceso de Atención de Enfermería en cada unidad. De sus respuestas se infiere que desde el pregrado conocen de la existencia de un formato que plantea los pasos del plan de cuidados, sin embargo no lo aplican debido a múltiples factores relacionados con la institución y con ellos mismos, refieren que no existe tiempo suficiente debido a la asignación de un gran número de pacientes, lo cual es un indicador de sobrecarga laboral, le otorgan más prioridad a las actividades administrativas y no existen formatos o instrumentos que faciliten la planeación del cuidado de forma rápida y oportuna.

Partiendo de la necesidad que tiene Enfermería de apropiarse de su quehacer profesional, utilizando sus propias herramientas para identificar los problemas en el paciente, establecer diagnósticos y metas de acuerdo con las intervenciones y poder evaluar los resultados y la evolución, se hace necesario realizar jornadas educativas dirigidas a los profesionales de Enfermería de las Unidades de Cuidado Intensivo de: Hospital San Rafael Tunja y Salud Vital Duitama, para motivar y sensibilizar a dichos profesionales en la utilización de la herramienta del Proceso de Atención de Enfermería que conlleve al control, seguimiento y evaluación de las intervenciones.

Además, se elaborará e implementará un formato para la aplicación del Proceso de Atención de Enfermería, que se ajuste a las necesidades del profesional y del servicio, que facilite la planeación de las actividades, para brindar un cuidado de calidad, determinando las intervenciones en el momento oportuno y evaluando posteriormente el resultado de cada intervención. Igualmente, que facilite la inclusión de la familia de cada paciente, estableciendo un objetivo por turno que involucre de manera directa el componente emocional, que permite en última instancia proporcionar un cuidado holístico, partiendo de las dimensiones que constituyen la integralidad del ser.

De acuerdo con lo anterior, los directos beneficiados con este proyecto serán en primera instancia los pacientes al recibir un cuidado con calidad, teniendo en cuenta la familia; los profesionales de enfermería, que se constituyen en el potencial humano que identifica la disciplina y empodera la profesión; las instituciones al contar con un proyecto que busca enriquecer los conocimientos del recurso humano y que contribuye con los objetivos institucionales en busca de la excelencia de la labor diaria y de la calidad en la prestación de sus servicios.

La viabilidad está dada porque el proyecto tiene un enfoque meramente educativo e instructivo, lo cual facilita la aplicación del mismo en cualquier circunstancia. Lo que sí es prioritario, es la participación activa de los Enfermeros a quienes se dirige la educación y en un futuro constituirse en una herramienta tecnológica de fácil acceso, manejo y sin sobrecosto para la atención.

OBJETIVO GENERAL

Implementar el uso del Proceso de Atención de Enfermería en las Unidades de Cuidado Intensivo de: Salud Vital Duitama, y Hospital San Rafael de Tunja.

Objetivos específicos:

- Diseñar un formato como herramienta operativa para la aplicación del Proceso de Atención Enfermería.
- Incluir dentro del instrumento para aplicación del Proceso de Atención de Enfermería, un espacio para establecer objetivos e intervenciones con la familia del paciente.
- Sensibilizar a los profesionales de Enfermería sobre la importancia de utilización del Proceso de Atención de Enfermería en el cuidado del paciente.

DESCRIPCIÓN DEL CONTEXTO

El proyecto se llevará a cabo en las Unidades de Cuidado Intensivo de dos instituciones públicas del país de II, III nivel de complejidad, las cuales brindan atención a pacientes críticos adultos de las EPS-S régimen subsidiado, contributivo, régimen especial y particulares con los que tienen convenio. En las dos Unidades de Cuidado Intensivo se cuenta con personal entrenado y calificado junto con el recurso tecnológico y administrativo, para ofrecer cuidado y servicios de salud a pacientes con diversas patologías, siendo las más relevantes y recurrentes: el síndrome coronario; el trauma cráneo encefálico; la enfermedad cerebrovascular; la neumonía; el shock séptico, el shock hemorrágico por herida con arma blanca; la sepsis de origen abdominal y pulmonar; y Posoperatorio de neurocirugía, entre otras.

La mayoría de los pacientes son procedentes de la ciudad en la que se encuentra ubicada la Unidad de Cuidado Intensivo, sin embargo, la demanda regional es grande por lo que se atienden pacientes adultos de departamentos aledaños que requieren cuidado intensivo.

Este programa está dirigido a los profesionales de Enfermería de las Unidades de Cuidado Intensivo de las dos instituciones: Salud Vital, Hospital Regional de Duitama y Hospital San Rafael Tunja. El grupo de profesionales de Enfermería lo conforman en una mayor proporción mujeres, con edades comprendidas entre los 23 y 40 años, experiencia promedio de 4 años, el 14.28% tiene Especialización en Cuidado Crítico y formación universitaria pregrado en diferentes instituciones del país, quienes laboran en turnos fijos en la unidad de Cuidado Intensivo.

SALUD VITAL, HOSPITAL REGIONAL DE DUITAMA

El Hospital Regional de Duitama II Nivel es una Empresa Social del Estado, ubicado en el departamento de Boyacá zona oriente. Dentro de los servicios de salud prestados a la comunidad, surge la necesidad de integrar el cuidado crítico debido a la gran demanda y poca oferta que ofrece el departamento. Se conforma la Unidad de Cuidado Intensivo Salud Vital como empresa independiente, que ofrece servicios no sólo al Hospital Regional de Duitama sino a las demás instituciones con las tenga convenio.

Misión

Somos una Empresa que presta servicios de salud a la comunidad en general, en el área de Medicina Crítica, procurando los más altos niveles de calidad, fundamentada en tecnología apropiada, recurso humano idóneo y alianzas estratégicas con empresas de reconocida trayectoria.

Visión

Ser en el 2011 la Empresa líder en el área de Medicina Crítica del Oriente Colombiano, preferida por la calidad de sus servicios y reconocida por su solidez científica, humana y financiera.

Principios Corporativos

Voluntad: tenemos la capacidad y el deseo para realizar nuestra labor por encima de las dificultades y los contratiempos.

Excelencia: buscamos la calidad en el ejercicio de nuestras labores diarias cumpliendo con optimismo y responsabilidad las actividades, marcando la diferencia.

Norte: estamos orientados a ser una Empresa líder en la prestación de servicios, actualizándonos permanentemente en el conocimiento científico, teniendo en cuenta valores humanos que promulgamos.

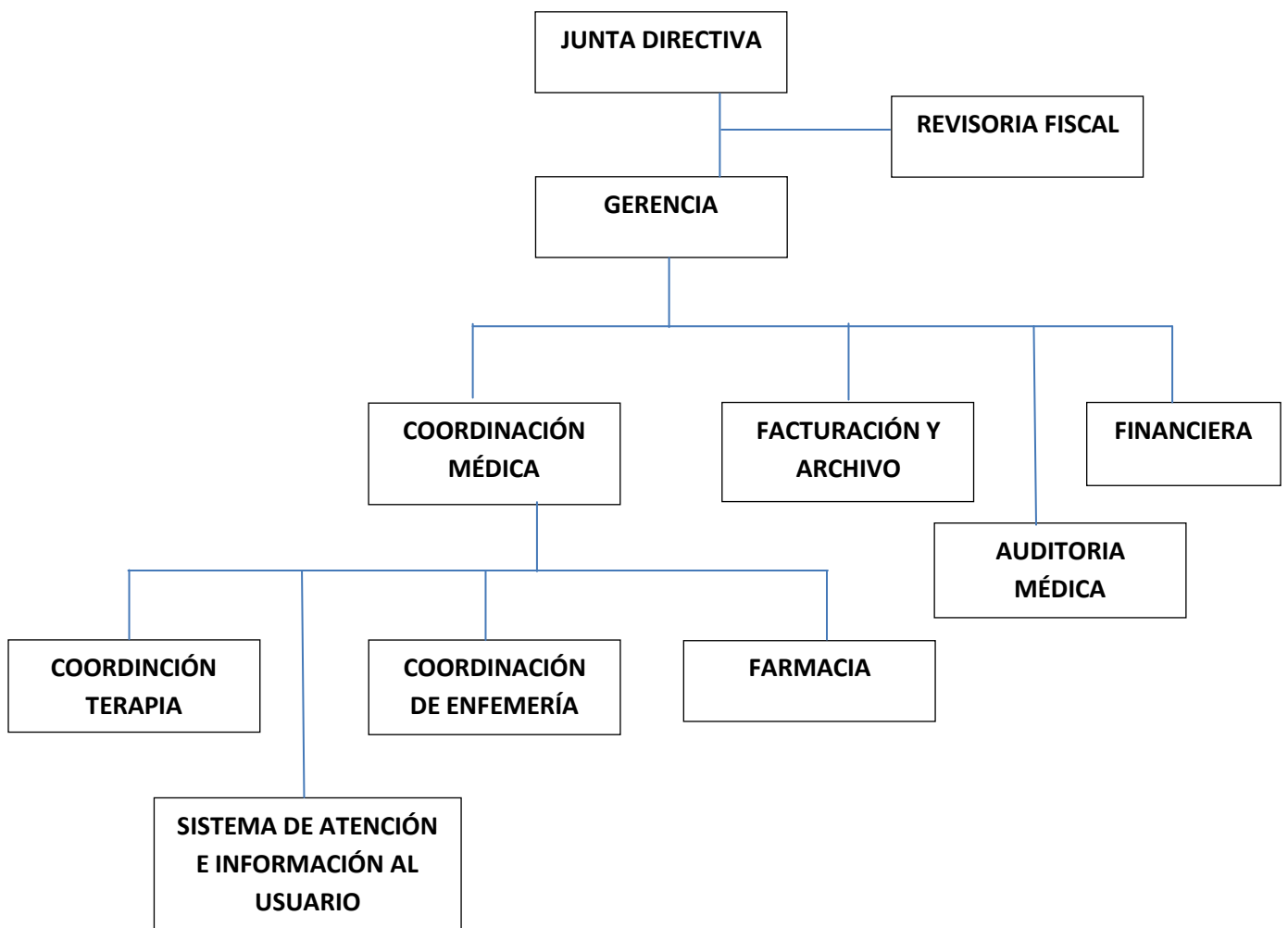
Normatividad: nos regimos por el cumplimiento de las leyes, normas y reglamentos de la Institución para prestar un adecuado servicio, permitiendo así un desarrollo organizacional.

Calidad: optimizamos el recurso para llevar a cabo las actividades en forma clara y precisa, generando comportamientos de autocontrol, dando un valor agregado a nuestras responsabilidades y acciones.

Innovación: potencializamos las habilidades y capacidades personales aportando constantemente algo nuevo a nuestra labor, con capacidad para impulsar el desarrollo del área de trabajo.

Orden: generamos conductas acordes con los requerimientos de la institución mostrando organización en el ejercicio de nuestras funciones.

ORGANIGRAMA SALUD VITAL DUITAMA



Descripción de la Unidad de Cuidado Intensivo

UCI SALUD VITAL, está ubicado en el primer piso del Hospital Regional de Duitama, cuenta con 11 camas o cubículos de los cuales en la actualidad están habilitados 10, completamente dotados y supervisados para llevar a cabo un cuidado integral.

UCI SALUD VITAL, es una unidad que presta servicios de salud a la población adulta hombres y mujeres a partir de los 16 años de edad, excepto maternas de menor edad que requieran Cuidado Intensivo. Cuenta con el recurso humano y tecnológico necesario para hacer frente a cualquier entidad patológica, salvo aquellos pacientes que requieren cirugía y tratamiento especializado cardiovascular. Dentro de las patologías que representan mayor demanda se encuentran: Infarto Agudo de Miocardio, Enfermedad Cerebro Vascular, Trauma Cráneo Encefálico, Sepsis de origen abdominal y pulmonar, Insuficiencia respiratoria y Falla Cardíaca, entre otras.

Caracterización del personal profesional

El recurso humano, específicamente el personal de Enfermería, está conformado por un coordinador de Enfermería, en el área asistencial por 8 profesionales: 4 hombres y 4 mujeres, con edades comprendidas entre 23 y 40 años, experiencia promedio en Unidad de Cuidado Intensivo de 2.5 años. Dos enfermeros cuentan con estudio de posgrado con Especialidad en Cuidado Crítico y los demás son Enfermeros con formación de pregrado y han recibido capacitación en reanimación y cuidados especializados. Disponen de turnos rotatorios en la jornada laboral respectiva, todo el personal es fijo en la Unidad de Cuidado Intensivo.

Cada profesional de Enfermería tiene bajo su cuidado 5 pacientes y trabaja en conjunto con auxiliares de Enfermería. Dentro de las labores que desempeñan los Enfermeros se destacan: realización de procedimientos invasivos, preparación y administración de terapia farmacológica, gestiones administrativas propias del cuidado, asistencia y participación de la revista médica, supervisión del personal auxiliar, traslado de pacientes a procedimientos diagnósticos o quirúrgicos, entre otras.

En cada jornada laboral, el equipo interdisciplinario de salud está integrado por: Médico Especialista 1, Médico General 1, Enfermeras 2, Terapeuta Respiratoria 1, Auxiliares de Enfermería 5, Auxiliar Administrativo 1 y Regente de Farmacia 1.

HOSPITAL SAN RAFAEL DE TUNJA⁵

La E.S.E Hospital San Rafael de Tunja es el único Hospital de III nivel de complejidad en el Departamento de Boyacá, constituyéndose en el centro de referencia, no solo de todo el departamento de Boyacá , sino de algunos municipios de los departamentos de Santander, Cundinamarca y Casanare en donde la entidad ejerce su influencia.

Propósito⁶

La E.S.E Hospital San Rafael de Tunja, está comprometido en mantener un excelente nivel de calidad en todos y cada uno de los servicios prestados, mediante el mejoramiento continuo de los procesos, garantizando seguridad y confianza a los usuarios y cumpliendo la normatividad vigente.

Misión

Somos una empresa social del Estado renovada, encargada de prestar servicios de Salud especializados y sub especializados a la población del centro oriente colombiano, con criterio de humanización y respeto a la dignidad del paciente y su familia. Contamos con talento humano competente, tecnología adecuada y costo efectivo, para garantizar los mejores estándares de calidad y contribuimos en la formación académica para el sector salud con excelencia, ética y eficiencia.

Visión

Para el 2011 la E.S.E Hospital San Rafael de Tunja, habrá logrado la acreditación, mantendrá su posición como empresa líder en la prestación de servicios de alta complejidad y será reconocida como la mejor opción tanto para el cliente interno como para el cliente externo. Seremos el Hospital Universitario pionero del Departamento de Boyacá.

⁵ Hospitalsanrafaeltunja.gov. Nuestra Institución. [Actualizado; citado 16 agosto 2011]. Disponible en: www.hospitalsanrafaeltunja.gov.co.

⁶ Hospital San Rafael de Tunja. Código de ética. Resolución No.353 de Noviembre de 2008. Tunja, Boyacá. 2008.

Principios corporativos

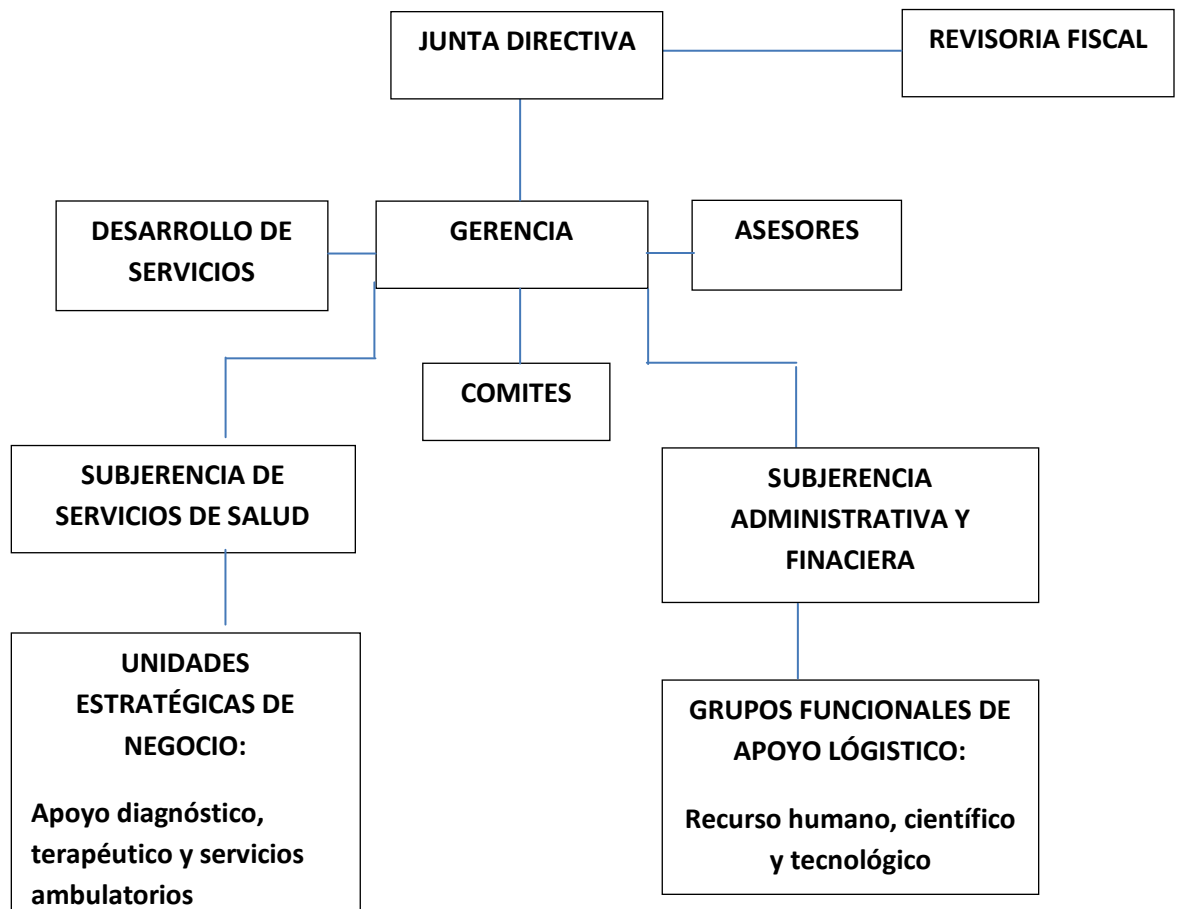
El cuidado y respeto a la vida, la salud y la dignidad de los seres humanos en todas sus formas.

El reconocimiento de sus derechos sin distinción por motivo de raza, idioma, religión, opiniones políticas o de cualquier índole, edad, sexo, posición económica, origen o condición social.

Valores corporativos

Solidaridad, responsabilidad, respeto, honestidad, calidad, tolerancia, compromiso, beneficencia, autonomía, justicia, verdad, lealtad, confidencialidad, fidelidad, equidad, imparcialidad, transparencia.

ORGANIGRAMA HOSPITAL SAN RAFAEL DE TUNJA



Descripción de la Unidad de Cuidado Intensivo

La Unidad de Cuidado Intensivo de la E.S.E se encuentra ubicada en el 4º piso de la institución; cuenta con 25 unidades o cubículos completamente adecuados para el cuidado del paciente crítico; actualmente se encuentran habilitados 16 de ellos.

La población que se atiende en la institución, y por ende en la Unidad de Cuidado Intensivo Adulto, es en su gran mayoría de procedencia rural. Un alto porcentaje de pacientes pertenecen al régimen subsidiado de estratos 1 y 2, afiliados a las diferentes ARS del departamento (Caprecom, Comfaboy, Coosalud, Famisanar, Emdisalud, Comfamiliar) y un bajo porcentaje a entidades privadas o EPS (Humana Vivir, Saludcoop, Coomeva, Nueva EPS, Policía Nacional, Sanidad Militar). Sin embargo, en la unidad de Cuidado Intensivo cerca del 20% de los pacientes son atendidos con el SOAT por el nivel de accidentalidad que afecta a todo el país y también a Boyacá.

Caracterización del personal profesional

El equipo de enfermería está conformado por: Coordinadora General de Enfermería y Coordinadora del Área Crítica. El cuidado asistencial está a cargo de 9 Enfermeros profesionales egresados de diferentes universidades del país; 3 hombres y 6 mujeres. 7 de ellos cuentan con experiencia en el área hospitalaria mayor de 2 años, los restantes acumulan una experiencia laboral de 8 meses. Solamente 2 Enfermeras cuentan con formación especializada en el área de Cuidado Crítico: una Enfermera tiene posgrado en Cuidado Crítico hace aproximadamente 10 años, hay una Enfermera realizando la Especialización en Cuidado Crítico actualmente.

Cada Enfermero tiene bajo su cuidado 8 pacientes y tiene a su cargo 4 Auxiliares de Enfermería quienes realizan todas las actividades propias del cuidado crítico, algunas de ellas son: realización y asistencia de procedimientos invasivos, preparación y administración de terapia farmacológica, gestiones administrativas propias del cuidado, asistencia a revista médica, supervisión del personal auxiliar, traslado de pacientes a procedimientos diagnósticos o quirúrgicos, entre otros.

Los pacientes son atendidos en cada turno por el equipo de salud que consta de: Médico Especialista 1, Médico General 2, Enfermeras 2, Terapeutas Respiratorias 2, Auxiliares de Enfermería 8, Auxiliar Administrativo 1 y Regente de Farmacia 1.

MARCO CONCEPTUAL

PROCESO DE ATENCIÓN DE ENFERMERÍA⁷

La aplicación del método científico en la práctica asistencial enfermera, es el método conocido como proceso de Atención Enfermería (P.A.E.). Este método permite a los enfermeros prestar cuidados de una forma racional, lógica y sistemática.

El Proceso de Atención de Enfermería tiene sus orígenes cuando, por primera vez, fue considerado como un proceso, esto ocurrió con Hall (1955), Jhonson (1959), Orlando (1961) y Wiedenbach (1963), consideraron un proceso de tres etapas valoración, planeación y ejecución ; Yura y Walsh (1967), establecieron cuatro pasos: valoración, planificación, realización y evaluación; y Bloch (1974), Roy (1975), Aspinall (1976) y algunos autores más, establecieron las cinco actuales al añadir la etapa diagnóstica.

El objetivo principal del proceso de enfermería es constituir una estructura que pueda cubrir las necesidades del paciente, la familia y la comunidad. También identificar las necesidades reales y potenciales del paciente, familia y comunidad, establecer planes de cuidados individuales, familiares o comunitarios y actuar para cubrir y resolver los problemas, prevenir o curar la enfermedad.

Para el adecuado desarrollo del PAE, es necesaria una interacción entre el personal de enfermería y el paciente, además de tener una serie de capacidades técnicas, intelectuales y de relación, para el manejo de instrumental y aparataje, emitir planes de cuidados eficaces con fundamento científico y saber mirar, enfatizar y obtener el mayor número de datos durante la valoración.

Las ventajas de la aplicación del Proceso de Enfermería tiene repercusiones sobre la profesión, el paciente y sobre la enfermera; profesionalmente, el proceso enfermero define el campo del ejercicio profesional y contiene las normas de calidad; el paciente es beneficiado, ya que mediante este proceso se garantiza la calidad de los cuidados de enfermería; para el profesional enfermero se produce un aumento de la satisfacción, así como de la profesionalidad.

⁷ DIAGNÓSTICOS DE ENFERMERÍA. José Raúl Dueñas Fuentes diplomado universitario en enfermería. PROCESO DE ATENCIÓN DE ENFERMERÍA. (Actualizado 22 de Octubre de 2.000). Disponible en: <http://www.terra.es/personal/duenas/home5.htm>

Las características del plan de atención de enfermería son tener una finalidad, ser sistemático, dinámico, interactivo, flexible y sobretodo tener una base teórica; ya que gracias a que ha sido concebido a partir de numerosos conocimientos que incluyen ciencias y humanidades, se puede aplicar a cualquier modelo teórico de enfermería

El plan de atención de enfermería es un sistema de planificación y una herramienta indispensable en la ejecución de los cuidados de Enfermería, compuesto actualmente de cinco pasos: valoración, diagnóstico, planificación, ejecución y evaluación. Como todo método, **el PAE** configura un número de pasos sucesivos que se relacionan entre sí. Aunque el estudio de cada uno de ellos se hace por separado, sólo tiene un carácter metodológico, en la práctica las etapas se superponen⁸.

Valoración

Es la búsqueda de información sobre el estado de salud, la presencia de alteraciones, los factores de riesgo que atenten contra la salud y las posibilidades y recursos de las personas para atender sus problemas. Esta etapa supone entonces, recoger la mayor cantidad de datos provenientes de la entrevista, la observación, el examen físico, las técnicas de exploración, las pruebas diagnósticas y la información aportada por el paciente, la familia y otros integrantes del equipo de salud⁹.

Identificación del problema

Según la NANDA –North American Nursing Diagnosis Association-en 1990, es un juicio clínico sobre las respuestas de un individuo, familia o comunidad a los problemas de salud reales o potenciales y a los procesos vitales. Proporciona los fundamentos para la selección de las intervenciones de Enfermería necesarias para la consecución de los resultados que son responsabilidad de las enfermeras. Para elaborar el diagnóstico de Enfermería, es indispensable el desarrollo del pensamiento crítico, al analizar la información obtenida durante la valoración y derivar de ella, los problemas reales o potenciales de las personas, y la movilización de recursos necesarios para el desarrollo de planes de cuidado ajustados a la realidad particular y general de los escenarios vitales de los actores del cuidado.

^{8 9} Cisneros, F. PROCESO DE ATENCIÓN DE ENFERMERIA (PAE) UNIVERSIDAD DEL CAUCA, FACULTAD CIENCIAS DE LA SALUD, PROGRAMA DE ENFERMERIA AREA DE FUNDAMENTOS; Disponible en: <http://artemisa.unicauca.edu.co/~pivalencia/archivos/ProcesoDeAtencionDeEnfermeria-PAE.pdf>.

La aptitud clínica requerida está fundamentada en los conocimientos adquiridos durante el proceso educativo formal, la experiencia práctica y el pensamiento crítico, combinados con la actitud profesional¹⁰.

Planeación

Esta fase involucra cuatro elementos claves que son: la determinación de prioridades inmediatas, la fijación de objetivos o resultados esperados, la determinación de las intervenciones o acciones de enfermería y la individualización de un plan de cuidados que responda a la situación específica de la persona. De esta manera, se espera que las intervenciones se planeen con el paciente y estén centradas en el abordaje de los problemas reales o potenciales, para movilizar los recursos de los actores del cuidado efectivamente al igual que se hace uso de las posibilidades ofrecidas por el medio en el que interactúan¹¹.

Ejecución

Es la realización de las acciones de cuidado de enfermería para el logro de los objetivos, con base en los principios científicos y las normas de actuación para la ejecución de los procesos y procedimientos. No sólo implica la puesta en práctica de actividades rutinarias, sino un proceso analítico y reflexivo y la toma de decisiones en torno a los objetivos propuestos. De igual forma, se tiene en cuenta la notificación de contingencias derivadas de las intervenciones y el registro detallado y técnico de la ejecución¹².

Evaluación

En esta etapa se determina el logro de los objetivos propuestos, la eficacia de las intervenciones y se toma la decisión sobre los ajustes y cambios requeridos en el proceso, para alcanzar con máxima eficiencia resultados en el estado de salud de los pacientes¹³.

^{10 11 12 13} Alfaro-Lefevre R. Aplicación del Proceso Enfermero. Fomentar el Cuidado en Colaboración. 5ª edición. Barcelona: Masson. 2003. p. 4, 5, 11, 22, 23, 25, 26,29.

CUIDADO¹⁴

Actualmente hablar del cuidado nos lleva inmediatamente a pensar en este concepto como el eje de la profesión de Enfermería. Sin embargo el origen del cuidado de Enfermería íntimamente ligado al acto de cuidar de la naturaleza humana, y en ese sentido podemos ubicar su desarrollo paralelo al desarrollo del hombre y de toda la humanidad, identificándolo como un recurso de las personas para procurarse los elementos necesarios para el mantenimiento de la vida y su supervivencia en condiciones de salud y/o enfermedad (Colliere, 1993).

Fue en el siglo XIX cuando Florencia Nightingale, quien es considerada la madre de la Enfermería moderna, en su trabajo identificó a este, “el cuidado”, como el elemento de la atención de la salud propio de la Enfermería. Ella reconoció que el propósito de la Enfermería no se limitaba a cuidar a los Enfermos en los hospitales, sino que también procura ayudar a la gente a vivir. Su marco de trabajo enfatizaba la utilidad del conocimiento empírico y la sistematización del registro de datos para mejorar la calidad del cuidado brindado.

El desarrollo del concepto de cuidado de enfermería ha sido espectacularmente notorio en las dos últimas décadas, haciendo énfasis en aquello que hasta ahora había permanecido invisible en el quehacer de esta profesión: “el arte de la Enfermería”, es decir, los aspectos de interrelación de la Enfermera-paciente como elemento esencial del mismo, coincidiendo en afirmar esto tanto teóricos como investigadores. Encontramos en la literatura actual un sin número de trabajos realizados con el objetivo de avanzar en la conceptualización del cuidado, trabajos en los que tanto usuarios como Enfermeras coinciden en identificar el buen cuidado de Enfermería de acuerdo al grado en que se dan las siguientes características:

- El involucramiento de la Enfermera con el paciente.
- El contacto físico.
- La escucha.
- Las vivencias compartidas.
- El acompañamiento.
- La información para el mejoramiento del autocuidado.
- Ayudar a crecer como ser humano.
- La preocupación por el bienestar y atención de las necesidades del otro.

En su libro *Notas de Enfermería* (1859/1990), Nightingale estableció la manipulación del ambiente como elemento central del proceso de cuidado, afirmando que de él dependía el proceso sanador de la persona; por este motivo se ha denominado a su trabajo “Teoría de Enfermería del medio ambiente”.

Aun cuando en sus escritos no se encuentra mencionado directamente el proceso de interrelación enfermera- paciente, se puede identificar que lo considera parte del mismo ambiente, haciendo énfasis en que la observación, el interrogatorio y la información son el foco de este proceso de interrelación. Entre quienes se han interesado por el desarrollo teórico del componente de interrelación en el cuidado está la doctora Jean Watson; gran parte de su trabajo se ha dirigido a estudiar a profundidad el papel preponderante que la interrelación tiene dentro del cuidado para el logro del mejoramiento de la salud.

Con la revisión de la evolución del cuidado de Enfermería, hasta la fecha podemos identificar como características actuales del cuidado de Enfermería las siguientes:

Su naturaleza de cuidado es la conservación y mantenimiento de la vida y la restauración de la salud (Colliere, 1993), dejando de lado lo que hasta ahora ha sido visto como el eje del trabajo de Enfermería y por muchos como el área que daba sustento al arte de la misma, por considerar el uso de las manos elemento indispensable para su ejecución, específicamente a la realización de técnicas y procedimientos (como las tan conocidas aplicación de inyecciones, sueros, sondas, etcétera) que hoy son concebidas solo como un tipo más de la tecnología para el cuidado, a aplicarse estrictamente en las situaciones de enfermedad.

Los sujetos de cuidado son el individuo y sus grupos sanos o con alguna alteración de la salud; sus componentes son los conocimientos derivados de la ciencia y los elementos derivados del arte que son necesarios para establecer una relación interpersonal con el individuo al que se cuida, identificados como: Libertad; Opción; Responsabilidad; Respeto.

La conjunción de estos elementos dentro de la complejidad de la relación enfermera-persona cuidada convierte el cuidado en un acto de vida de dos personas en interacción.

En conclusión, podemos afirmar que damos “cuidado de Enfermería” solo cuando utilizamos el conocimiento surgido de la ciencia del cuidado como respaldo de las acciones de cuidar y hacemos un arte de la conjugación de la ciencia con la interrelación Enfermera- persona.

¹⁴ SANDRA LUÉVANO FORD. AVENTURAS DEL PENSAMIENTO. El arte del CUIDADO DE ENFERMERÍA: de Florencia Nightingale a Jean Watson. ENERO-MARZO 2008. Disponible en: http://www.uach.mx/extension_y_difusion/synthesis/2008/10/21/enfermeria.pdf.

ENFERMERÍA^{15 16}

La Enfermería es el cuidado de la salud del ser humano. También recibe este nombre el oficio que se dedica básicamente al diagnóstico y tratamiento de los problemas de salud reales o potenciales. El singular enfoque Enfermero se centra en el estudio de la respuesta del individuo o del grupo a un problema de salud real o potencial, y, desde otra perspectiva, como complemento o suplencia de la necesidad de todo ser humano de cuidarse a sí mismo desde los puntos de vista biopsicosocial y holístico. El pensamiento crítico Enfermero tiene como base la fundamentación de preguntas y retos ante una situación compleja y el cómo actuar ante dicha situación.

El Consejo Internacional de Enfermeras, define: la Enfermería abarca los cuidados, autónomos y en colaboración, que se prestan a las personas de todas las edades, familias, grupos y comunidades, enfermos o sanos, en todos los contextos, e incluye la promoción de la salud, la prevención de la enfermedad, y los cuidados de los enfermos, discapacitados, y personas moribundas. Funciones esenciales de la Enfermería son la defensa, el fomento de un entorno seguro, la investigación, la participación en la política de salud y en la gestión de los pacientes y los sistemas de salud, y la formación

La Asociación Norteamericana de Enfermeras declara desde 1980 en un documento denominado «Nursing: A Social Policy Statement» que la Enfermería es: «El diagnóstico y tratamiento de las respuestas humanas ante problemas de salud reales o potenciales».

La anterior definición ha sido ampliada o adaptada como la que propone la Facultad de Enfermería de la Universidad de Moscú, en Rusia, «ciencia o disciplina que se encarga del estudio de las respuestas reales o potenciales de la persona, familia o comunidad tanto sana como enferma en los aspectos biológico, psicológico, social y espiritual».

La primera Teoría de Enfermería nace con Florence Nightingale, a partir de allí nacen nuevos modelos cada uno de los cuales aporta una filosofía de entender la Enfermería y el cuidado.

¹⁵ Claudia Ariza Olarte, Enfermera Cardióloga; LA EXCELENCIA DEL CUIDADO. UN RETO PARA ENFERMERÍA. Disponible en: <http://www.encolombia.com/medicina/enfermeria/Enfermeria8105-Editorial.htm>

¹⁶ Rosita Daza de Caballero, Luz Stella Medina. SIGNIFICADO DEL CUIDADO DE ENFERMERIA DESDE LA PERSPECTIVA DE LOS PROFESIONALES DE UNA INSTITUCIÓN HOSPITALARIA DE TERCER NIVEL EN SANTAFE DE BOGOTÁ, COLOMBIA. 1er. Semestre 2006. Disponible en: http://rua.ua.es/dspace/bitstream/10045/968/1/culturacuidados_19_08.pdf.

Las Enfermeras comenzaron a centrar su atención en la adquisición de conocimientos técnicos que les eran delegados, y con la publicación del libro «Notas de Enfermería» de Florence Nightingale en 1852 se sentó la base de la Enfermería profesional en 1991.

La Enfermería para su ejercicio profesional tiene aplicación en cuatro áreas básicas: Asistencial, que incluye atención humanizada, sistemática y de alta calidad para promover la salud, proteger de enfermedades y participar de la terapéutica requerida a través de la aplicación de modelos teóricos, técnicas y procedimientos generales o específicos de Enfermería; La Docencia; como Transmisión del conocimiento en la formación profesional de recursos humanos de Enfermería para mejorar la atención al individuo, familia y comunidad; la administrativa, con acciones específicas basadas en teorías y metodología de la administración aplicada al servicio de Enfermería para mejorar la atención del individuo, familia y comunidad; y la investigación, con la que coadyuva a la ampliación del conocimiento mediante la aplicación de teorías y metodologías correspondientes, con base en diagnósticos de diversos aspectos en salud que conlleven a la elaboración de proyectos para mejorar la atención dentro de la Enfermería.

FAMILIA¹⁷

La familia es la unidad básica de la sociedad humana; centro fundamental del desarrollo de la vida afectiva y moral del individuo.

Según la constitución política, capítulo 2, artículo 42: “La familia es el núcleo fundamental de la sociedad, se constituye por vínculos naturales o jurídicos, por la decisión libre de un hombre y una mujer de contraer matrimonio o por la voluntad responsable de conformarla”.

La familia es una estructura social vital en toda comunidad. Las definiciones de familia tienden a referirse a las relaciones de consanguinidad y a un sistema compartido de valores, pero las familias son tan diversas como los individuos que la componen. Algunos utilizan el término “parentesco” para referirse a la familia biológica, es decir, a los parientes por sangre o ancestro, en la cual uno nace y “vinculo” hace referencia a la familia que uno escoge. Uno puede pertenecer simultáneamente a las dos.

¹⁷ MARTÍNEZ, Navarro F. Salud Pública. Mc Graw Hill Interamericana. México. 1998. Herramientas de Valoración Familiar. Universidad de la Sabana. Disponible en:
http://sabanet.unisabana.edu.co/crear/paginas/herramientas_de_valoracion_familiar/paginas/familia.htm

La familia es un sistema social viviente, fuente tanto de gran tensión como de recursos de apoyo. “La familia es el principal y más poderoso sistema emocional al cual pertenecen los seres humanos y constituye el mayor recurso potencial, así como la mayor fuente de estrés” (Fogarty, correspondencia persona, 1997); Los lazos emocionales entre los miembros de las familias se encuentran entre los más iniciales y poderosos lazos experimentados, conectando entre sí a los miembros de la familia a lo largo de sus vidas y aún después de su muerte, trascendiendo el tiempo, la distancia y los conflictos. Esta conexión emocional es una característica básica de la familia.

La familia puede considerarse como un sistema complejo en la que sus miembros desempeñan distintos roles y se interrelacionan para llevar a cabo una serie de funciones importantes para cada individuo, para la familia; como un todo contribuyendo así a la sociedad en la que se encuentra inmersa.

La familia es la responsable del mantenimiento de la salud y la conservación de la calidad de vida de sus miembros; cuenta con factores socioculturales propios que determinan su interacción con el entorno, lo cual ocasiona cambios característicos en su composición y organización, que influyen positiva o negativamente la salud de la misma. Durante su proceso de desarrollo, la familia supera etapas consecutivas, las cuales tienen condiciones y características específicas que generan situaciones que ponen en riesgo al grupo familiar.

MARCO TEÓRICO^{18 19}

Para la aplicación del Proceso de Atención de Enfermería, este proyecto se fundamenta en el modelo de Adaptación de Callista Roy.

MODELO DE ADAPTACIÓN DE CALLISTA ROY

Para Roy, el modelo de Adaptación es una forma de articular un cuerpo de conocimientos científicos de Enfermería, que pueden utilizarse para guiar la práctica de la profesión, dados a través de una perspectiva conceptual sobre fenómenos interrelacionados, los cuales ayudan a conocer y entender de un modo más amplio el cuidado.

El Modelo de Adaptación propuesto por Callista Roy se fundamenta en dos teorías: la Teoría de Sistemas propuesta por Rapoport y Bertalanffy, que le sirvió para considerar a la persona como un sistema adaptativo humano, descrito como un todo, con partes que funcionan como una unidad con un propósito o fin; y la teoría de Adaptación, de Helson, de donde se originó el modelo y del cual se desprende que los seres humanos son seres adaptativos, con capacidad para adaptarse y crear cambios en el ambiente, y cuyas repuestas están dadas en función de los estímulos entrantes y el nivel de adaptación de la persona, representado en las formas como los seres humanos enfrentan los procesos vitales.

CONCEPTOS PRINCIPALES DEL MODELO DE ADATACIÓN

Sistema Adaptativo Humano: según Roy, una persona es “un sistema adaptativo con procesos internos (cognitivo y regulador), que actúan para mantener la adaptación en sus cuatro modos: fisiológico, de autoconcepto, de función de rol y de interdependencia”.

El sistema adaptativo humano está compuesto por:

¹⁸ Gallego M, Leal M, Ramos X. Elementos teóricos del cuidado de enfermería en UCI. Repertorio de Medicina y Cirugía. 2009; 18(2):76-81.

¹⁹ Roy Callista Sister. The Roy Adaptation Model. Third Edition, Person Upper Saddle River. New Jersey.2009.

Entradas: que corresponden a todos los estímulos internos y externos que afectan al sistema, en el Modelo son los estímulos focales, contextuales y residuales.

Salidas: son las respuestas y comportamientos (objetivos y subjetivos) observables en el sistema a través de los modos de adaptación (fisiológico, autoconcepto, interdependencia y función de rol). Ese comportamiento toma la forma de respuestas adaptativas o respuestas inefectivas.

Procesos de control: conformado por los subsistemas, procesadores internos: *regulador y cognitivo*, que corresponde a los mecanismos utilizados por el sistema para adaptarse o afrontar los estímulos internos o externos del ambiente.

Retroalimentación: aquella respuesta dada por el sistema que, una vez evaluada, puede constituirse en un nuevo estímulo que da origen a una nueva respuesta.

En el desarrollo de su Modelo, Roy define la adaptación “como el resultado de la respuesta a un estímulo que surge en relación con el nivel de adaptación”. Al hacer referencia al nivel de adaptación, Roy describe que éste representa las condiciones de los procesos vitales que suceden en la persona como respuesta a estímulos significativos focales, contextuales y residuales que se presentan en la vida del individuo o grupo determinado.

Niveles de adaptación

Los procesos de la vida de las personas corresponden a tres condiciones posibles: integrado, compensatorio y comprometido.

Nivel integrado: describe las estructuras y funciones de los procesos vitales que funcionan como un todo, para satisfacer las necesidades humanas. Por ejemplo, la piel actúa como una defensa inespecífica para proteger el organismo contra las infecciones; otro ejemplo son los procesos estables de ventilación dados por la entrada de oxígeno y salida de CO₂ a través de las vías respiratorias.

Nivel compensatorio: se presenta cuando los mecanismos reguladores y cognitivo se activan por un estímulo, y se produce alteración de los procesos integrados. Por ejemplo, en una situación de estrés el organismo empieza un proceso general de compensación acelerando el funcionamiento de unos órganos e inhibiendo el de otros

Nivel comprometido: aparece cuando los procesos integrado y compensatorio son inadecuados y se presenta un problema de adaptación (enfermedad) ejemplo:

en un Infarto agudo de miocardio se comprometen en la persona los procesos cardiovascular y respiratorio, produciéndose una serie de signos y síntomas de alteración en el paciente.

Estos procesos vitales se manifiestan en comportamientos, y toman la forma de respuestas adaptativas o inefectivas, por lo tanto el nivel de adaptación está relacionado con los subsistemas regulador y cognitivo que constituyen los mecanismos de enfrentamiento en la persona.

Estímulo: es todo aquello que provoca una respuesta; es el punto de interacción de los sistemas adaptativo humano con el ambiente. Los estímulos son insumos en el sistema adaptativo humano, y Roy, basándose en el trabajo de Helson, los describió en:

Focales: los que afectan de forma inmediata y directa a la persona, desencadenando una respuesta o un comportamiento, cuya respuesta puede ser adaptativa o infectiva según si se promueve o no la adaptación. Por ejemplo, en una herida infectada por puñalada, el puñal es el estímulo focal que provoca dicha situación.

Contextuales: son todos los demás estímulos presentes en la situación, que contribuyen al efecto del estímulo focal. Por ejemplo, en la herida infectada cuyo estímulo fue la puñalada pueden contribuir como estímulos contextuales la nutrición, edad, y otras enfermedades que padezca la persona.

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 ser válidos. Por ejemplo, la experiencia anterior sobre cicatrización de la herida.

Según Roy existen dos mecanismo o procesos de control que permiten a la persona hacer frente a los diversos estímulos que entran al sistema, los cuales se denominan regulador y cognitivo.

El mecanismo regulador responde automáticamente por canales neurales, químicos y endocrinos; los estímulos provenientes del ambiente interno y externo (a través de los sentidos) actúan como entrada al sistema nervioso y afectan los líquidos y electrolitos, el balance ácido-básico y el sistema endocrino. La información es canalizada en forma apropiada y se produce una respuesta automática e inconsciente, todos los aspectos del sistema están interrelacionados y son evidencia de la integridad natural de la persona.

El mecanismo cognitivo responde a través de los canales cognitivo-emotivos: percepción, proceso de información, aprendizaje, juicio y emoción. Los procesos de percepción e información incluyen actividades de atención selectiva, codificación y memoria; la actividad aprendizaje incluyen imitación, refuerzo e introspección; el proceso de juicio implica actividades de solución de problemas y de toma de decisiones, y a través de las emociones las personas utilizan defensas para buscar aliviar la ansiedad y hacer una valoración afectiva y del apego.

Modos de adaptación: no es posible observar directamente los procesos de los subsistemas regulador y cognitivo; los comportamientos que resultan de estos pueden observarse en cuatro categorías, o modos adaptativos desarrollados por Roy, para que sirvan de marco de referencia en la valoración de la persona o del grupo. Estos modos de adaptación son:

Modo físico- fisiológico; se relaciona con la forma en que los seres humanos, como individuos, interactúan con el ambiente como seres físicos. El comportamiento de este modo es la manifestación de las actividades fisiológicas de todas las células, tejidos, órganos y sistemas que componen el cuerpo humano. El modo fisiológico tiene nueve componentes: cinco son necesidades básicas: oxigenación-circulación, nutrición, eliminación, actividad-descanso y protección y cuatro son procesos complejos que están involucrados en el modo fisiológico: los sentidos, los líquidos y electrolitos, la función endocrina y la función neurológica.

Modo de autoconcepto-identidad grupal: se define como la integridad psíquica y espiritual, la necesidad de las persona de saber quién es uno, de modo que se pueda ser o existir con un sentido de unidad. El autoconcepto se ha definido “como un conjunto de creencias y sentimientos que una persona tiene acerca de sí misma en un momento dado. Éstos son adquiridos a través de la interacción social”.

Modo de función de rol: se enfoca en los roles que el individuo ocupa en la sociedad. Un rol es la unidad de funcionamiento en el grupo y se define como conjunto de funciones de una persona, posición que ocupa dentro de un grupo, papel que realiza o desempeña en los diferentes ámbitos de su vida diaria.

Se identifican tres tipos de roles que puede desempeñar una persona. *El 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. *El rol secundario* se relaciona con las tareas que una persona debe cumplir en un

momento determinado de su vida. *El terciario* es un rol temporal elegido por la persona y que asume con el fin de desempeñar una tarea menor.

Modo de 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.

Respuestas adaptativas: son aquellas que promueven la integridad del sistema humano, en términos de metas de adaptación: supervivencia, crecimiento, reproducción y dominio.

Respuestas inefectivas: son aquellas que no promueven la integridad, ni contribuyen a las metas de adaptación y de integración de la persona con el mundo. Estas respuestas, en la situación inmediata o durante un largo periodo de tiempo, amenazan la supervivencia, el crecimiento o la reproducción del ser humano, o la transformación del ambiente de la misma persona.

EL PROCESO DE ENFERMERÍA SEGÚN EL MODELO DE ADAPTACIÓN^{20 21}

Surge como uno de los temas que se deben considerar cuando se analizan las teorías de enfermería; es visto como la organización de las interacciones de enfermería-sujeto de cuidado, alrededor de un propósito. Los modelos y teorías de enfermería sirven de enfoque al proceso; Es así como Roy, en su modelo de Adaptación, dirige el proceso de enfermería estableciendo la valoración en dos etapas y poniendo énfasis en la detección de estímulos y las formas de respuestas acordes con la concepción del ser humano como sistema adaptativo.

Roy, define el proceso de enfermería como un método de solución de problemas para recolectar datos, identificar las capacidades y necesidades del sistema adaptativo humano, seleccionando e implementando formas para dar cuidado de enfermería y evaluar los resultados de la atención brindada.

Seis etapas constituyen el proceso de enfermería en el modelo de Adaptación de Roy, a saber:

²⁰ Gallego M, Leal M, Ramos X. Elementos teóricos del cuidado de enfermería en Uci. Repertorio de Medicina y Cirugía. 2009; 18(2):76-81.

²¹ Roy Callista Sister. The Roy Adaptation Model. Third Edition, Person Upper Saddle River. New Jersey.2009.

Primera etapa; *valoración de los comportamientos del sistema adaptativo humano:* incluyen la recolección de datos en relación con el comportamiento de la persona y el nivel actual de adaptación. En esta valoración, Roy ve al ser humano como un sistema holístico que se adapta. Las entradas del sistema están formadas por los estímulos, tanto internos como externos, que provienen del ambiente, los cuales activan los procesos de enfrentamiento que actúan para mantener la adaptación en relación con los cuatro modos adaptativos. Para ello se utilizarán la observación minuciosa, la historia clínica, la entrevista y el examen físico.

Segunda etapa; *valoración de los estímulos:* las habilidades utilizadas para apreciar los estímulos son las mismas que se emplearon para evaluar los comportamientos, en esta etapa se analizan los factores más importantes que están produciendo reacciones positivas o negativas en la persona. Los estímulos pueden ser internos o externos, e incluyen todas las condiciones, circunstancias e influencias que rodean o afectan el desarrollo y comportamiento del sistema adaptativo humano.

Los estímulos se evalúan de acuerdo con los comportamientos que se han identificado en el primer nivel de valoración. En ésta se deben dar prioridad a los estímulos que producen respuestas inefectivas o alteración en el sistema adaptativo.

Tercera etapa; *incluye la identificación de los problemas adaptativos o inefectivos:* es la determinación de los comportamientos adaptativos e inefectivos de la persona y los factores influyentes para determinar el diagnóstico que provee indicaciones específicas para las intervenciones de enfermería, porque éstas se relacionan directamente con los estímulos.

El diagnóstico de enfermería es, ante todo, un proceso de pensamiento crítico o juicio realizado por la enfermera, en relación con el nivel de adaptación de la persona.

Roy, al considerar la meta de enfermería descrita en su modelo como la forma de ampliar los procesos positivos de la vida y de promover la adaptación, identifica un conjunto de indicadores de adaptación positivos, asociados con cada uno de los cuatro modos.

Además, en esta etapa se determinan los problemas de adaptación, definidos como las respuestas inefectivas que amenazan la supervivencia; en ella, Roy determina una tipología de problemas comunes.

Una vez identificados los problemas, se determinan los prioritarios según el orden de importancia en:

- Problemas que amenazan la vida y la integridad de la persona, la familia o el grupo.
- Problemas que amenacen cambiar destructivamente a la persona, familia o grupo.
- Problemas que afecten el desarrollo normal y el crecimiento de las persona, familia o grupo.

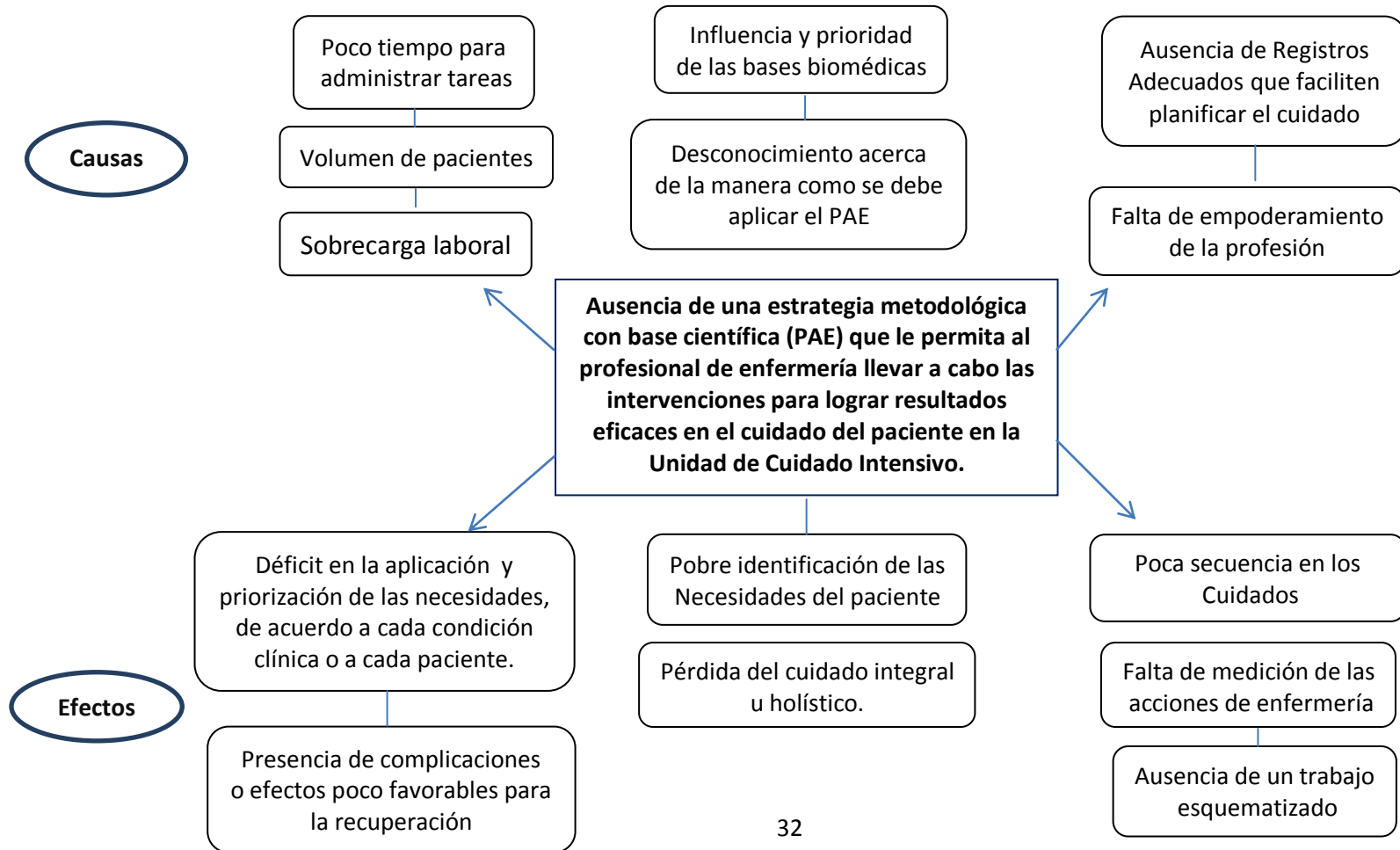
Cuarta etapa; *establecimiento de metas:* es la determinación clara de los resultados que se esperan alcanzar con el cuidado de enfermería; lo que se busca es mantener o promover comportamientos adaptativos y modificar los inefectivos. Las metas pueden formularse a corto plazo, como hora a hora o día a día; y a largo plazo, como semana a semana o más. En algunos casos, en la elaboración de las metas intervienen el paciente y la familia. En ellas se deben especificar: lo que se espera lograr, el comportamiento a fortalecer o modificar, y el tiempo en el cual se van a alcanzar. Por ejemplo, una meta para un paciente que requiere de insulina podría formularse así: el enfermo N.N. podrá aplicarse por sí mismo la dosis indicada después de un mes de entrenamiento.

Quinta etapa; *intervención:* incluye la selección y aplicación de actividades o estrategias de enfermería para promover la adaptación, modificando los estímulos o factores influyentes o fortaleciendo los procesos de enfrentamiento.

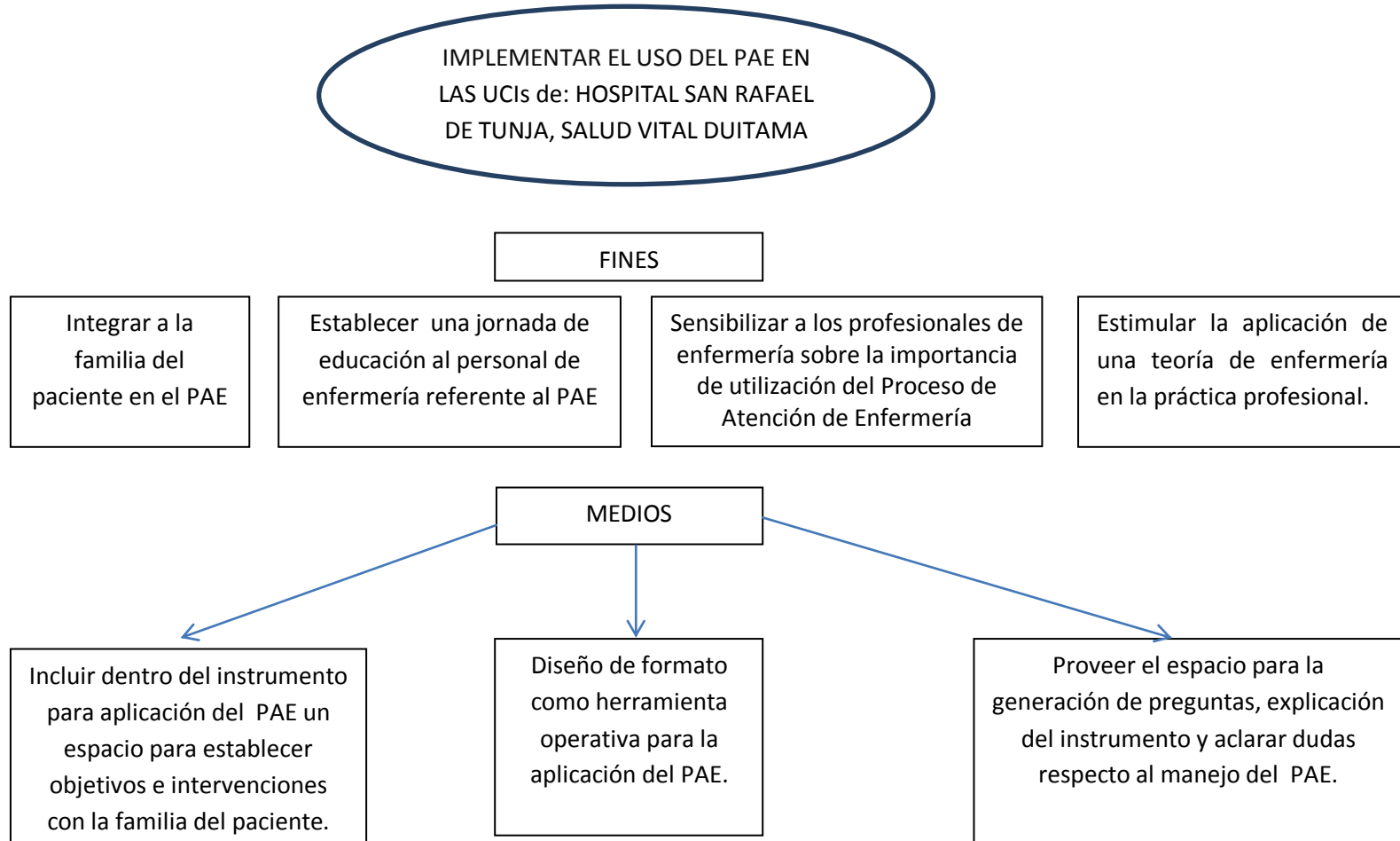
Sexta etapa; *evaluación:* incluye el juicio sobre la efectividad de las intervenciones en relación con el comportamiento del sistema humano; esta evaluación se lleva a cabo con la persona, tratando de valorar si se cumplieron las metas propuestas. Si éstas no se lograron, se debe indagar el porqué, según lo previsto; para ello se debe volver a la primera etapa y analizar detalladamente los comportamientos que continúan siendo inefectivos y los nuevos estímulos que están influyendo.

PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

ÁRBOL DE PROBLEMA



ÁRBOL DE OBJETIVOS



MATRIZ DE MARCO LÓGICO

Objetivos	Resumen descriptivo	Indicadores	Fuentes de verificación	Supuestos Hipótesis Factores externos
<p>OBJETIVO GLOBAL</p>	<p>Implementación del Proceso de Atención de Enfermería en las Unidades de Cuidado Intensivo Adulto de: Hospital San Rafael de Tunja y Salud Vital de Duitama.</p>	<p>$\frac{\text{N}^\circ \text{ de Enfermeros que aplican el instrumento PAE}}{\text{N}^\circ \text{ total de Enfermeros capacitados de las Unidades de Cuidado Intensivo de cada institución}} \times 100$</p>	<p>Historia clínica. Formatos diligenciados por cada enfermero de las Unidades de Cuidado Intensivo.</p>	<p>Se espera un alto compromiso de los Enfermeros de las Unidades de Cuidado Intensivo de las dos instituciones para la implementación del PAE.</p>

OBJETIVOS ESPECÍFICOS	Establecer un formato en cada historia clínica de los pacientes hospitalizados en las Unidades de Cuidado Intensivo Adulto, donde los Enfermeros planeen el cuidado diario del paciente en estado crítico.	<u>No de formatos elaborados por los Enfermeros de las Unidades de Cuidado Intensivo X 100</u> N° total de Enfermeros de las Unidades de Cuidado Intensivo	Formatos diligenciados.	En algunas instituciones los formatos no son registrados en la forma adecuada por los Enfermeros por falta de habilidad en su manejo y falta de tiempo.
	Integrar a la familia del paciente hospitalizado en la Unidad, en los cuidados básicos que contemplan las actividades incorporadas en el PAE.	<u>N° de familiares que participan en el cuidado del pte X 100%</u> N° total de pacientes hospitalizados en la Unidad	Firma del familiar que se integre a la educación y cuidado del paciente en el formato PAE.	Todos los familiares entrevistados participan activamente en el cuidado del paciente.

<p>OBJETIVOS ESPECÍFICOS</p>	<p>Realizar seguimiento y evaluación sobre la aplicación del PAE al 100% de los Enfermeros que laboran en cada Unidad de Cuidado Intensivo.</p>	<p>$\frac{\text{N}^\circ \text{ de Enfermeros que se les realizó seguimiento y evaluación durante la aplicación del PAE}}{\text{N}^\circ \text{ de Enfermeros que aplican el instrumento PAE}} \times 100$</p>	<p>Formatos diligenciados</p>	<p>Solo algunos Enfermeros de las Unidades de Cuidado Intensivo aplicaran el PAE de acuerdo al modelo establecido.</p>
<p>RESULTADOS</p>	<p>Se implementó dicho proyecto y fue acogido por el 90% de los Enfermeros mejorando la atención directa de los pacientes de las Unidades, se desarrolla teniendo en cuenta las prioridades para</p>	<p>$\frac{\text{N}^\circ \text{ de Enfermeros que acogieron y ejecutan el PAE.}}{\text{N}^\circ \text{ de Enfermeros a quienes fue dirigido el proyecto}} \times 100$</p>	<p>Historia clínica Formatos PAE diligenciados.</p>	<p>Al final del periodo de ejecución del proyecto el 90% de los Enfermeros optarán en aplicar el formato de implementación del PAE a cada uno de sus pacientes a</p>

	<p>el cuidado integral, se incluye a la familia como punto importante en la aceptación del tratamiento.</p>			<p>cargo durante sus horas laborales.</p> <p>Sin importar el tiempo de visitas los familiares en un 100% han participado en el cuidado básico de su paciente durante la estancia en las unidades.</p>
<p>ACTIVIDADES</p> <p>¿Cómo se lograrán los resultados?</p>	<p>-Motivar al personal de Enfermería sobre la importancia de la aplicación del PAE, de acuerdo a un modelo de Enfermería durante el cuidado holístico que se</p>	<p>Recursos</p> <p>Materiales, físicos, humanos</p>	<p>Presupuesto</p> <p>Materiales \$ 263.500</p> <p>Humanos \$ 36.300.000</p> <p>Físicos \$ 1.500.000</p>	

<p>ACTIVIDADES</p> <p>¿Cómo se lograrán los resultados?</p>	<p>brinda a los pacientes en las Unidades de Cuidado Intensivo.</p> <p>-Se aplicará un formato pre test en las Unidades de Cuidado Intensivo para determinar el conocimiento y aplicación del PAE durante la atención del paciente en la UCI y evidenciar las causas de la ausencia de aplicación del PAE.</p> <p>-Se realizará una prueba piloto a los</p>	<p><u>N° de Enfermeros que diligencian el formato prest X100</u> N° de Enfermeros de la Unidades de Cuidado Intensivos</p> <p><u>No. de Enfermeros que realizan la prueba piloto x 100</u> No. Enfermeros de las Unidades de Cuidado Intensivo</p>	<p>Formatos pre test diligenciados.</p> <p>Formatos PAE de la prueba piloto diligenciados.</p>	
---	---	--	--	--

<p>ACTIVIDADES</p> <p>¿Cómo se lograrán los resultados?</p>	<p>profesionales de Enfermería de las Unidades de Cuidado Intensivo Adulto, en donde se aplica un formato PAE que se maneja desde el pregrad</p> <p>-Se capacitará a los profesionales de Enfermería que laboran en cada una de las Unidades de Cuidado Intensivo de las dos instituciones acerca del Proceso de Atención de Enfermería.</p>	<p>$\frac{\text{No. de Enfermeros capacitados sobre el PAE}}{\text{No. Enfermeros de las Unidades de Cuidado Intensivo}} \times 100$</p>	<p>Formato de asistencia a la capacitación.</p>	<p>El 90% de los Enfermeros estarán capacitados sobre el PAE.</p>
---	--	---	---	---

METODOLOGÍA

Aplicando la metodología del Marco Lógico y teniendo en cuenta la matriz expuesta por dicha metodología, se realizarán las siguientes estrategias y actividades:

1. Indagación y evaluación: aplicación de un test o lista de chequeo a los profesionales de Enfermería con el fin de: determinar el conocimiento y aplicación del PAE durante la atención del paciente en la UCI; evidenciar las causas de la ausencia de aplicación del PAE.
2. Elaboración del formato que se utilizará para la aplicación del PAE en las Unidades de Cuidado Intensivo Adulto.
3. Aprobación del formato a través de una prueba piloto realizada a profesionales de Enfermería de las Unidades de Cuidado Intensivo Adulto.
4. Intervención de tipo educativo: una jornada educativa en cada institución con el fin de: reforzar aspectos teóricos acerca del PAE, presentación del formato y sensibilización a los profesionales de Enfermería sobre la importancia de utilización del PAE.
5. Aplicación del formato: se brinda acompañamiento por parte de las Enfermeras gestoras del proyecto, en cada una de las Unidades de Cuidado Intensivo. Se entrega folleto educativo con el propósito de facilitar la aplicación del formato y aclarar dudas.
6. Evaluación de la aplicación del formato: con el fin de analizar resultados e indicadores aplicados que nos indiquen la efectividad o no de la intervención.
7. Presentación de resultados en cada una de las instituciones hospitalarias intervenidas.

CRONOGRAMA/PLANEACIÓN

FECHA ACTIVIDAD	2011						2012					
	JUL.	AGOS.	SEP.	OCT.	NOV.	DIC.	ENE.	FEB.	MAR.	ABR	MAY	
Elaboración del árbol de problemas e identificación	5-8											
Asesoría clase FCI – presentación	9											
Elaboración de anteproyecto	19-30											
Presentación de anteproyecto a asesoras		5										
Asesoría y recomendaciones		12										
Realización de ajustes al proyecto		2-17										
Indagación y concertación con las entidades beneficiarias del proyecto acerca la viabilidad			23-30									
Asesoría de la docente y ajustes.				7-8	18-19	VAC	20					
Elaboración del formato para aplicación de PAE en UCI							1-11					
Aprobación del formato-prueba piloto.							11-18					
Asesoría de la docente y ajustes.							18					
Realización de jornada de educación a las Enfermeras de Unidades de Cuidado								9-17				

Intensivo adulto beneficiarias del proyecto: Salud Vital Duitama, Hospital San Rafael Tunja,											
Seguimiento y acompañamiento en la aplicación del formato en las Unidades de Cuidado Intensivo: Salud Vital Duitama, Hospital San Rafael de Tunja,								13-21			
Presentación del proyecto e implementación del formato en las Unidades de Cuidado Intensivo: Salud Vital Duitama y Hospital San Rafael Tunja.									4-12		
Evaluación del proyecto y análisis de resultados.											15-23
Presentación de resultados del proyecto a directivas de los Hospitales.											15
Presentación de resultados del proyecto de gestión Universidad de la sabana.											15-23

PRESUPUESTO

RECURSO		CANTIDAD	COSTO UNIDAD \$	COSTO TOTAL \$
HUMANOS	Enfermeras gestoras del proyecto (4)	100 Horas	30.000	30.000.000
	Coordinadora de Dpto. De enfermería	2 Horas	150.000	300.000
	Asesora del proyecto	30 Horas	200.000	6.000.000
SUBTOTAL				36.300.000
FISICOS	Salón de reunión(en cada uno de los Hospitales y en FCI)	30 Horas	30.000	900.000
	Video – Beam (en cada uno de los hospitales)	30 horas	20.000	600.000
SUBTOTAL				1.500.000
MATERIALES	Resma papel	2	12.000	24.000
	Tonner de impresora	1	30.000	30.000
	Marcadores	8	3000	24.000

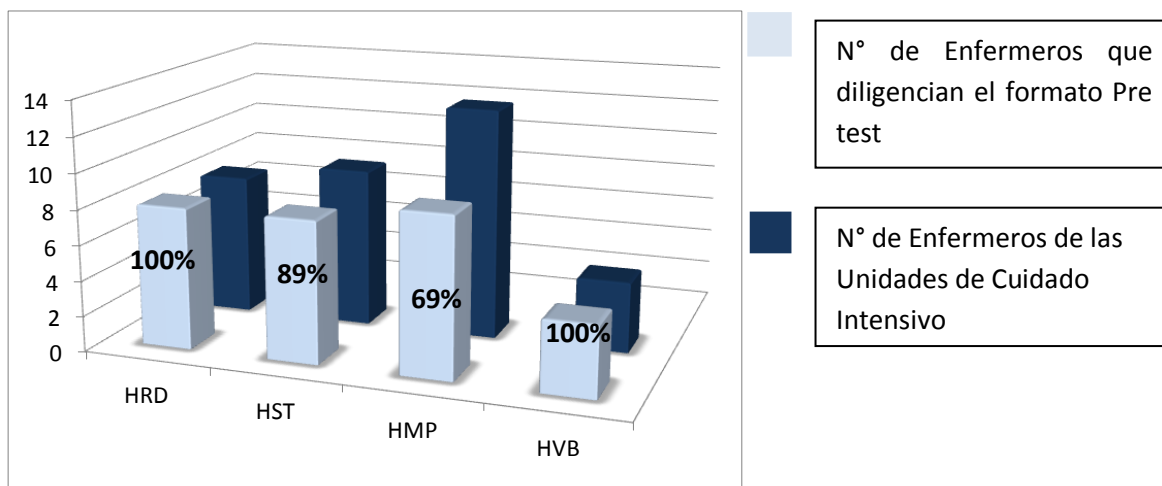
	Fotocopias	500	100	50.000
	Cd	8	4.000	32.000
	Carpetas	10	3.000	30.000
	Impresión	150 Hojas	150	22.500
	Internet	50 Horas	1.500	75.000
SUBTOTAL				263.500
IMPREVISTOS	Transporte	80	1.450	116.000
	Refrigerios	80	4000	320.000
SUBTOTAL				436.000
TOTAL				38.500.000

EJECUCIÓN DEL PROYECTO

1. INDAGACIÓN Y DIAGNÓSTICO: se aplica un pre test o lista de chequeo (ver anexo 1) a los profesionales de enfermería de cuatro unidades de cuidado Intensivo: Hospital Regional de Duitama, Hospital San Rafael Tunja, Hospital de la Victoria y Hospital Hernando Moncaleado Perdomo de Neiva, con el fin de:

- Determinar el conocimiento y aplicación del PAE durante la atención del paciente en la UCI.
- Evidenciar las causas de la ausencia de aplicación del PAE.

Resultados



Análisis

Hospital Regional de Duitama: de los 8 profesionales que trabajan en la UCI, 7 diligencian el formato pre test. La Enfermera que no fue encuestada es quien se encuentra realizando el proyecto.

Hospital San Rafael de Tunja: de los 9 profesionales seleccionados que trabajan en la UCI, 8 diligencian el formato pre test. Una Enfermera no es encuestada por no disponibilidad de tiempo de la misma.

Hospital Moncaleado Perdomo: de los 13 profesionales que trabajan en la UCI, 9 diligencian el formato pre test. Se excluyen 3 Enfermeros por no disponibilidad de tiempo ya que trabajan en otras instituciones, 1 Enfermera está incapacitada.

Hospital de la Victoria Bogotá: Se seleccionan solo 4 profesionales para aplicación de pre test por no disponibilidad de tiempo de los demás Enfermeros del Hospital.

Resultado pre test

ITEM	PORCENTAJE
Conocen significado PAE	80%
Enuncian componentes del PAE correctos	33%
Reconocen importancia del PAE	99.9%
Consideran factible la aplicación del PAE en UCI	99%
Aplicación del PAE en el cuidado	21%
Aplicación teoría de Enfermería en el cuidado	17%
Disponibilidad de tiempo para la aplicación	65%
Existe formato para aplicar PAE	0%
Incluyen a la familia durante el cuidado	50%

2. ELABORACIÓN DEL FORMATO: se utilizará para la aplicación del PAE en las Unidades de Cuidado Intensivo Adulto (Ver anexo 2).

3. APROBACIÓN DEL FORMATO: a través de una prueba piloto realizada a profesionales de Enfermería de las Unidades de Cuidado Intensivo Adulto, en donde aplican un formato PAE que se maneja desde el pregrado (Ver anexo 3).

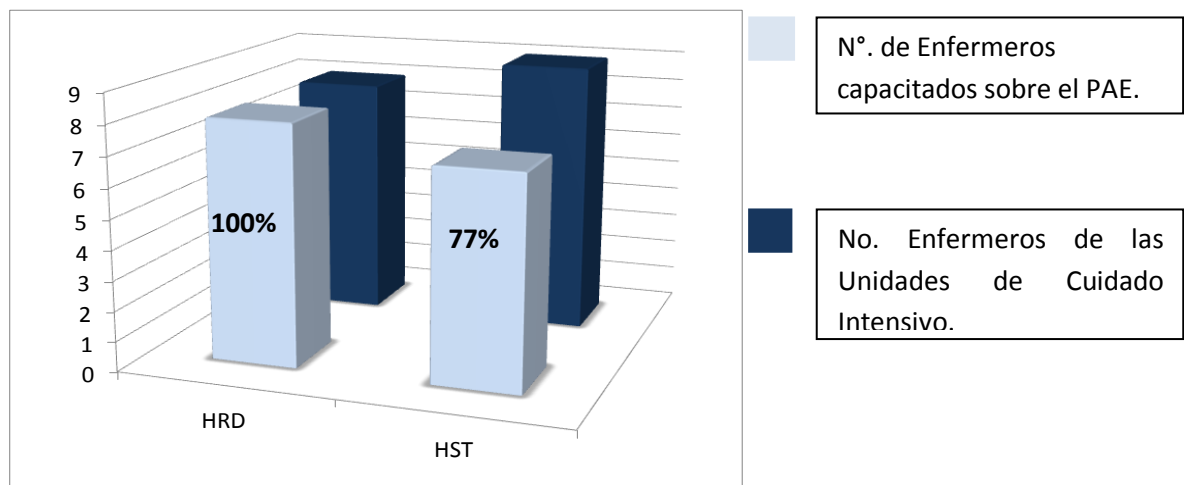
Se escogieron 4 Enfermeros para realizar la prueba piloto. Se aplicó el formato a un 1 paciente por cada Enfermero durante cada turno.

Análisis

Se evidencia dificultad en el momento de diligenciar el formato PAE ya que los profesionales de Enfermería no recuerdan los pasos. Identifican los problemas del paciente pero no el problema principal del cual resultaría el diagnóstico de Enfermería. El plan y las intervenciones no son coherentes con el diagnóstico principal.

4. INTERVENCIÓN DE TIPO EDUCATIVO: Jornada educativa en cada institución con el fin de: reforzar aspectos teóricos acerca del PAE, presentación del formato PAE, sensibilización a los profesionales de Enfermería sobre la importancia de utilización del PAE.

Resultados



Análisis

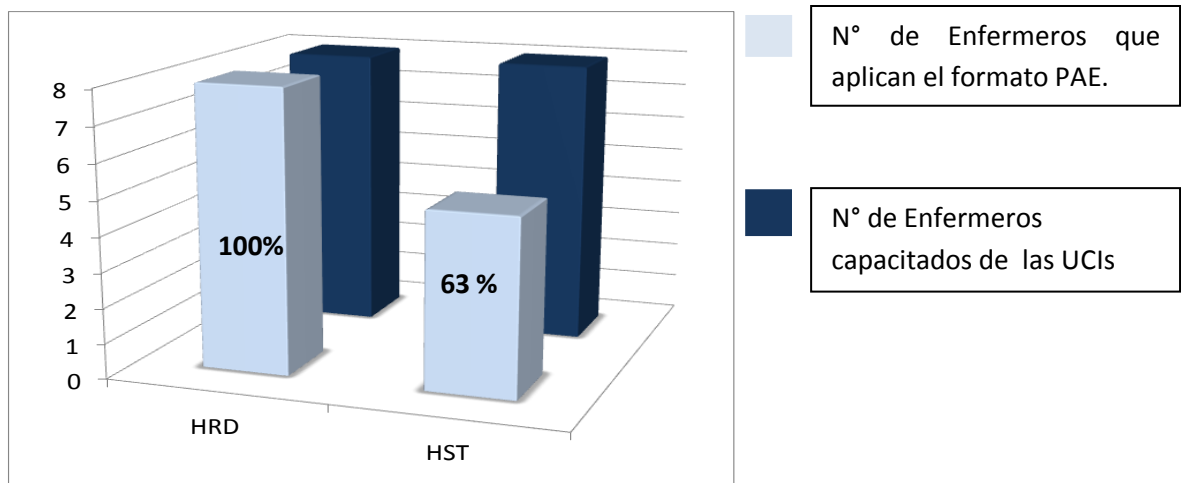
Se excluyen al Hospital de la Victoria Bogotá y Hospital Hernando Moncaleado Perdomo, ya que los Enfermeros de la UCI de estas dos instituciones tienen turnos rotatorios y trabajan en otras instituciones, por lo que manifiestan no tener tiempo para recibir la capacitación y aplicar el formato.

Hospital Regional de Duitama: se realiza la capacitación a la totalidad de Enfermeros de la UCI. La jornada educativa se hace de manera personalizada.

Hospital San Rafael de Tunja: Jornada grupal 1; jornada educativa personalizada 4; total capacitados 7; no capacitados 2 Enfermeros por disponibilidad de tiempo.

5. APLICACIÓN DEL FORMATO: se brinda acompañamiento por parte de las Enfermeras gestoras del proyecto, en cada una de las Unidades de Cuidado Intensivo. Se entrega folleto educativo con el propósito de facilitar la aplicación del formato PAE y aclarar dudas (ver anexo 4).

Resultados



Análisis

Hospital Regional de Duitama: se aplica el formato diariamente: en el turno de la mañana se diligencia el formato, en los demás turnos se hacen modificaciones. Todos los Enfermeros han tenido la oportunidad de aplicarlo ya que los turnos son rotatorios. La aplicación es de carácter obligatorio.

Hospital San Rafael de Tunja: aplican el formato diariamente 5 profesionales de los 8 capacitados. Los tres Enfermeros que no lo aplican son por falta de tiempo y de habilidad en la formulación de diagnósticos. Sugieren la elaboración de un formato sistematizado para más rápido diligenciamiento y aplicación, además, que sea proyecto pionero para implementación en las diferentes áreas del hospital.

6. EVALUACIÓN DE LA APLICACIÓN DEL FORMATO: evaluación del formato de aplicación del Proceso de Atención de Enfermería, a través de un post test aplicado a los profesionales de Enfermería que utilizaron el formato PAE: 4 de Hospital Regional de Tunja y 8 de Salud Vital Duitama.

Resultado pre test

ITEM	PORCENTAJE
Considera formato claro y fácil de diligenciar.	100%
Considera formato reúne aspectos esenciales para planificar y evaluar el cuidado	100%
Considera pertinente su aplicación en UCI.	100%
Considera viable el uso continuo en UCI.	100%
No omite ningún aspecto del formato.	100%
Aporta algún aspecto al formato.	0%
Dificultades al diligenciar el formato: falta de tiempo	25%
Dificultades al diligenciar el formato: diagnósticos	25%
Se resalta todo aspecto del instrumento durante la aplicación.	100%
Cree que basar el cuidado en una teoría, le da identidad a la profesión.	100%

Análisis

Hospital San Rafael de Tunja

En general los profesionales de Enfermería consideran que el formato de aplicación del Plan de Atención de Enfermería es: completo, claro, fácil de diligenciar y creen pertinente y viable su aplicación en la Unidad de Cuidado Intensivo Adulto.

Todos consideran que basar el cuidado en una teoría de Enfermería le da identidad a la profesión.

La mayor barrera para diligenciar el formato es la falta de tiempo relacionado con la sobrecarga laboral, por lo que se sugiere sistematizar el formato con una amplia base de datos, que les garantice un análisis acertado en menor tiempo.

Hospital Regional de Duitama

Los profesionales de Enfermería diligencian el formato diariamente en el turno de la mañana, los demás turnos realizan modificaciones, y es utilizado para entregar el estado del paciente en el cambio de jornada laboral. Cada profesional de Enfermería ha aplicado en promedio 10 formatos a 4 pacientes de la unidad.

Consideran que el formato permite llevar una secuencia en el cuidado, al identificar los problemas reales, las respectivas metas y actividades de acuerdo al diagnóstico. La aplicación del modelo es útil en la medida que permite detectar la causa más importante por la que el paciente requiere manejo en UCI y asimismo priorizar el cuidado. Con la identificación acertada de los estímulos se logra determinar el correcto diagnóstico de Enfermería.

Se generó la necesidad de exponer la teoría de Callista Roy y la forma como se debe aplicar el formato PAE, dentro de la educación continuada en la institución, ya que se generó interés desde la parte gerencial para que este formato pueda ser aplicado por las demás profesiones que laboran en la Unidad de Cuidado Intensivo (Terapia Respiratoria, Terapia Física y Medicina).

La principal dificultad a la hora de aplicar el formato está en la formulación de diagnósticos de Enfermería, en especial el RELACIONADO CON, por lo que se hace necesario la utilización de los diagnósticos de Enfermería de la NANDA, que está al alcance de todos los profesionales ya que el libro quedo guardado en el sistema.

CONCLUSIONES

- Los Enfermeros consideran el PAE como una herramienta propia de la profesión que agrupa de forma organizada y sistemática el cuidado.
- Se genera conciencia y sensibilización acerca de la importancia de planear el cuidado con base en una teoría de Enfermería que justifique las acciones que se realizan en torno al paciente.
- A pesar de la falta de tiempo para diligenciar el formato , existe disposición por parte de los profesionales para realizar el ejercicio estructurado, en cuanto más se aplique más agilidad se obtiene y resultaría ser un proceso mental de manera inmediata en la valoración del paciente, lo que facilitaría plasmarlo en el formato.
- El Plan de Atención de Enfermería cumple con los objetivos de las instituciones, especialmente con el que relaciona brindar un cuidado con calidad.
- El formato es utilizado para la entrega de turno, lo que genera continuidad y facilita exponer las metas propuestas para el cuidado.
- Para la familia es gratificante identificar que se lleva a cabo un plan para brindar cuidado al paciente. Refieren que su inclusión en los cuidados, es una manera de participar en la recuperación y además logran entender un poco más el estado real en el que se encuentra el paciente.

RECOMENDACIONES

- Se considera un proyecto pionero para ser implementado en diferentes áreas del hospital, tales como: Urgencias, Medicina Interna, Pediatría, entre otros.
- El impacto generado con la aplicación de formato es positivo, la coordinación médica de UCI salud Vital de Duitama sugiere la utilización de este formato en otras profesiones (Terapia y Medicina).
- Como estrategia de mejora surge la necesidad de implementar el formato en el sistema para agilizar su aplicación. Esto garantiza que el porcentaje de aplicación sea mayor y se aprovechen otras herramientas del sistema.
- Teniendo en cuenta que una de los principales problemas a la hora de diligenciar el formato es la formulación de diagnósticos, se hace necesario incorporar los diagnósticos NANDA en el sistema.

ANEXO 1

UNIVERSIDAD DE LA SABANA ESPECIALIZACIÓN EN CUIDADO CRÍTICO ADULTO QUINTA PROMOCIÓN PRE TEST PLAN DE ATENCIÓN DE ENFERMERÍA

A CONTINUACIÓN ENCONTRARÁ UNA SERIE DE PREGUNTAS RELACIONADAS CON EL CONOCIMIENTO Y APLICACIÓN DEL PLAN DE ATENCIÓN DE ENFERMERÍA DURANTE LA ATENCIÓN DEL PACIENTE EN LA UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS ADULTOS

1. ¿QUE SIGNIFICA PARA USTED EL PAE?

2. ¿CREE USTED QUE ES IMPORTANTANTE LA APLICACIÓN DEL PAE DURANTE LA ATENCIÓN DEL PACIENTE EN LA UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS? ¿POR QUÉ?

3. ¿ CUALES SON LOS PASOS QUE CONFORMAN EN PAE

4. ¿APLICA EN SU UNIDAD DE CUIDADO INTENSIVO EL PAE?

SI _____ NO _____

5. ¿CONOCE LA TEORIA DE CALLISTA ROY?

SI _____ NO _____

6. ¿DISPONE DE TIEMPO DENTRO DE LAS HORAS DE TURNO PARA LA ELABORACIÓN Y APLICACIÓN DEL PAE?

SI _____ NO _____

7. ¿EXISTE UN FORMATO EN SU UNIDAD PARA LA APLICACIÓN DEL PAE?

SI _____ NO _____

8. ¿CREE USTED QUE ES IMPORTANTE INCLUIR A LA FAMILIA EN EL CUIDADO DEL PACIENTE DURANTE LA ESTANCIA EN LA UCI?

SI _____ NO _____

9. ¿INCLUYE USTED A LA FAMILIA DURANTE EL CUIDADO ASISTENCIAL DE SU PACIENTE EN LA UCI?

SI _____ NO _____

10. LE GUSTARIA APLICAR EL PAE EN SU UNIDAD

SI _____ NO _____

11. ¿CREE QUE EL PAE LE TRAERIA BENEFICIOS A SU PROFESION Y AL CUIDADO DE SU PACIENTE?

SI _____ NO _____

JUSTIFIQUE SU RESPUESTA

Gracias

ANEXO 2

HOSPITAL REGIONAL DE DUITAMA
UNIDAD DE CUIDADO INTENSIVO ADULTO
INSTRUMENTO APLICACIÓN DEL PAE
MODELO CALLISTA ROY

NOMBRE:	EDAD:	UCI No:	FECHA:
DIAGNÓSTICO PRINCIPAL:			

IDENTIFICACIÓN DE PROBLEMAS	VALORACIÓN DE ESTÍMULOS	DX DE ENFERMERÍA	META	INTERVENCIONES	EVALUACIÓN
<u>R/ Inefectivas</u>	<i>Focal</i>				
<u>R/ Adaptativas</u>	<i>Residual</i> <i>Contextual</i>				
INTERVENCIÓN FAMILIAR:					

ANEXO 3

INSTRUMENTO PAE PRUEBA PILOTO

NOMBRE:	EDAD:	UCI No:
FECHA:		
DIAGNÓSTICO PRINCIPAL:		

VALORACIÓN	IDENTIFICACIÓN DE PROBLEMAS	DX DE ENFERMERÍA	PLANEACIÓN	EJECUCIÓN	EVALUCIÓN

ANEXO 4

FOLLETO EDUCATIVO

APLICACIÓN DE MODELO DE CALLISTA ROY EN SU MODO FÍSICO FISIOLÓGICO

Se relaciona con la forma en que los seres humanos, como individuos, interactúan con el ambiente como seres físicos. El comportamiento de este modo es la manifestación de las actividades fisiológicas de todas las células, tejidos, órganos y sistemas que componen el cuerpo humano. El modo fisiológico tiene nueve componentes: cinco son necesidades básicas:

oxigenación-circulación,
nutrición,
eliminación,
actividad-descanso
protección.

cuatro son procesos complejos que están involucrados en el modo fisiológico:

los sentidos,
los líquidos y electrolitos,
la función endocrina
la función neurológica

PLAN DE ATENCIÓN DE ENFERMERIA
(P.A.E)

MODELO DE ADAPTACION SOR CALLISTA
ROY

CAROL PINZÓN JAIMES

ERIKA JULIET GARCÍA REYES

MILE ROJAS ROJAS

VIVIAN JOHANNA TACUMÁ BAUTISTA

Las unidades de cuidado intensivo son instancias en las que la atención del paciente requiere intervenciones de alta complejidad, además de la organización y estructuración de las mismas, con el ánimo de saber el por qué se hace las cosas y específicamente en relación con el cuidado que brinda el profesional de enfermería a dichos pacientes.

PROCESO DE ATENCIÓN DE ENFERMERIA

Es un sistema de planificación y una herramienta indispensable en la ejecución de los cuidados de enfermería, compuesto de cinco pasos: valoración, diagnóstico, planificación, ejecución y evaluación. Como todo método, el PAE configura un número de pasos sucesivos que se relacionan entre sí.

MODELO DE ADAPTACIÓN DE CALLISTA ROY

Para Roy, el modelo de Adaptación es una forma de articular un cuerpo de conocimientos científicos de enfermería, que pueden utilizarse para guiar la práctica de la profesión, dados a través de una perspectiva conceptual sobre fenómenos interrelacionados, los cuales ayudan a conocer y entender de un modo más amplio el cuidado.

CONCEPTOS PRINCIPALES DEL MODELO DE ADAPTACIÓN

Sistema adaptativo humano según Roy, una persona es "un sistema adaptativo con procesos internos (cognitivo y regulador), que actúan para mantener la adaptación en sus cuatro modos: fisiológico, de autoconcepto, de función de rol y de interdependencia".

El sistema adaptativo humano está compuesto por:

Entradas: que corresponden a todos los estímulos internos y externos que afectan al sistema, en el Modelo son los estímulos focales, contextuales y residuales.

Salidas: son las respuestas y comportamientos (objetivos y subjetivos) observables en el sistema a través de los modos de adaptación (fisiológico, autoconcepto, interdependencia y función de rol). Este comportamiento toma la forma de respuestas adaptativas o respuestas inefectivas.

Respuestas adaptativas: son aquellas que promueven la integridad del sistema humano, en términos de metas de adaptación: supervivencia, crecimiento, reproducción y dominio.

Respuestas inefectivas: son aquellas que no promueven la integridad, ni contribuyen a las metas de adaptación y de integración de las personas con el mundo. Estas respuestas, en la situación inmediata o durante un largo periodo de tiempo, amenazan la supervivencia, el crecimiento o la reproducción del ser humano, o la transformación del ambiente de la misma persona.

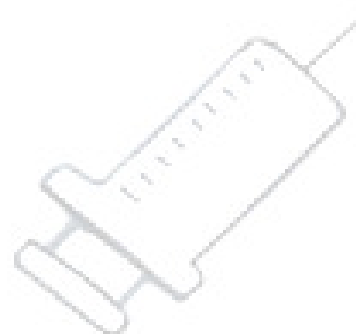
Estímulo: es todo aquello que provoca una respuesta; es el punto de interacción de los sistemas adaptativo humano con el ambiente. Los estímulos son innumeros en el sistema adaptativo humano, y Roy, basándose en el trabajo de Helson, los describió en:

Focales: los que afectan de forma inmediata y directa a la persona, desencadenando una respuesta o un comportamiento, cuyo

respuesta puede ser adaptativa o inefectiva según si se promueve o no la adaptación. Por ejemplo, en una herida infectada por puñalada, el puñal es el estímulo focal que provoca dicha situación.

Contextuales: son todos los demás estímulos presentes en la situación, que contribuyen al efecto del estímulo focal. Por ejemplo, en la herida infectada cuyo estímulo fue la puñalada pueden contribuir como estímulos contextuales la nutrición, edad, y otras enfermedades que padezca la persona.

Residuales: corresponden a todos los 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 ser válidos. Por ejemplo, la experiencia anterior sobre cicatrización de la herida.



ANEXO 5

IMPLEMENTACIÓN DEL PROCESO DE ATENCIÓN DE ENFERMERÍA EN LAS UNIDADES DE CUIDADO INTENSIVO DE: HOSPITAL SAN RAFAEL TUNJA, SALUD VITAL DUITAMA.

EVALUACIÓN DEL FORMATO DE APLICACIÓN DEL PROCESO DE ATENCIÓN DE ENFERMERÍA

NOMBRE DE LA INSTITUCIÓN _____
FECHA _____

PREGUNTAS:

1. ¿Considera que el formato utilizado es claro y fácil de diligenciar?

SI ____ NO ____

2. ¿Considera que el formato reúne todos los aspectos esenciales para planificar y evaluar el cuidado que se le brinda al paciente?

SI ____ NO ____

3. ¿Considera pertinente la aplicación del instrumento en la unidad de cuidados intensivos?

SI ____ NO ____

4. ¿Considera viable el uso continuo del formato en la unidad?

SI ____ NO ____

5. ¿Qué aspecto cree que se debe omitir o aportar en el contenido del formato?

6. ¿Qué dificultades encontró al diligenciar el formato?

7. ¿Qué aspectos del formato resaltaría durante la aplicación?

8. Observaciones y sugerencias

MUCHAS GRACIAS

BIBLIOGRAFÍA

1. Rojas J.G, Pastor Durango P. Aplicación del proceso de atención de enfermería en cuidados intensivos. Revista Investigación y Educación en Enfermería. 2010. vol. 28(3):323-335.
2. Iyer P, Taptich B, Bernocchi B. Proceso y diagnóstico de enfermería. 3ª edición. México: McGraw Hill Interamericana. 1997. p.6, 7, 9, 11, 16, 17,22.
3. Rivera Álvarez L, Triana A. Cuidado humanizado de enfermería: visibilizando la teoría y la investigación en la práctica, en la clínica del country. Octubre 2007.
4. Rojas J.G. Factores relacionados con la aplicación del proceso de atención de enfermería y las taxonomías en 12 unidades de cuidado intensivo de Medellín 2007 [trabajo de grado]. Universidad de Antioquia; 2009.
5. Alfaro-Lefevre R. Aplicación del Proceso Enfermero. Fomentar el Cuidado en Colaboración. 5ª edición. Barcelona: Masson. 2003. p. 4, 5, 11, 22, 23, 25, 26,29.
6. Hospitalsanrafaeltunja.gov. Nuestra Institución. [actualizado; citado 16 agosto 2011]. disponible en: www.hospitalsanrafaeltunja.gov.co.
7. Hospital San Rafael de Tunja. Código de ética. Resolución No.353 de Noviembre de 2008. Tunja, Boyacá. 2008.
8. Fanny Cisneros G. Enfermera Especialista. PROCESO DE ATENCIÓN DE ENFERMERIA PAE) UNIVERSIDAD DEL CAUCA, FACULTAD CIENCIAS DE LA SALUD, PROGRAMA DE ENFERMERIA AREA DE FUNDAMENTOS; Disponible en: <http://artemisa.unicauca.edu.co/~pivalencia/archivos/ProcesoDeAtencionDeEnfermeria-PAE.pdf>.
9. CUIDADOS ENFERMEROS. Moca, Espaillat, Dominican Republic. EL CUIDADO UN POCO DE HISTORIA. (Actualizado, martes 25 julio 2006). Disponible en: <http://cuidadosenfermeros.blogspot.com/2006/07/el-cuidado-un-poco-de-historia.html>.
10. Wikipedia la enciclopedia libre. ENFERMERIA; (monografía en Internet) Disponible en <http://es.wikipedia.org/wiki/Enfermer%C3%ADa>.

11. Revista Salud Uninorte, *versión impresa* ISSN 0120-5552. Salud. ARTÍCULO ORIGINAL. Caracterización del riesgo familiar total de las familias con adulto mayor ubicadas en la Comuna Seis del municipio de Ibagué [serie en Internet]. [citado julio./dic. 2008]; Disponible en: http://www.scielo.unal.edu.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0120-55522008000200010&lng=es&nrm=.
12. Gallego M, Leal M, Ramos X. Elementos teóricos del cuidado de enfermería en Uci. *Repertorio de Medicina y Cirugía*. 2009; 18(2):76-81.
13. Roy Callista Sister. *The Roy Adaptation Model*. Third Edition, Person Upper Saddle River. New Jersey. 2009.
14. SANDRA LUÉVANO FORD. AVENTURAS DEL PENSAMIENTO. El arte del CUIDADO DE ENFERMERÍA: de Florencia Nightingale a Jean Watson. ENERO-MARZO 2008. Disponible en: http://www.uach.mx/extension_y_difusion/synthesis/2008/10/21/enfermeria.pdf.
15. Claudia Ariza Olarte, Enfermera Cardióloga; LA EXCELENCIA DEL CUIDADO. UN RETO PARA ENFERMERÍA. Disponible en: <http://www.encolombia.com/medicina/enfermeria/Enfermeria8105-Editorial.htm>.
16. Rosita Daza de Caballero, Luz Stella Medina. SIGNIFICADO DEL CUIDADO DE ENFERMERIA DESDE LA PERSPECTIVA DE LOS PROFESIONALES DE UNA INSTITUCIÓN HOSPITALARIA DE TERCER NIVEL EN SANTAFE DE BOGOTÁ, COLOMBIA. 1er. Semestre 2006. Disponible en http://rua.ua.es/dspace/bitstream/10045/968/1/culturacuidados_19_08.pdf.
17. MARTÍNEZ, Navarro F. *Salud Pública*. Mc Graw Hill Interamericana. México. 1998. *Herramientas de Valoración Familiar*. Universidad de la Sabana. Disponible en: http://sabanet.unisabana.edu.co/crear/paginas/herramientas_de_valoracion_familiar/paginas/familia.htm.