

PLANIFICACIÓN

La planificación es una fase deliberada y sistemática del proceso de enfermería que implica la toma de decisiones y la solución de problemas. En la planificación, el profesional de enfermería se refiere a los datos de la valoración del paciente y a las declaraciones diagnósticas para obtener indicadores con el fin de formular los objetivos del paciente y diseñar las intervenciones de enfermería necesarias para evitar, reducir o eliminar los problemas de salud del paciente.

Una intervención de enfermería es «cualquier tratamiento, basado en el juicio clínico y el conocimiento, que un profesional de enfermería realiza para potenciar los resultados del paciente/cliente». El producto final de la fase de planificación es un plan asistencial del paciente.

Aunque la planificación es responsabilidad del profesional de enfermería, la ayuda del paciente y de las personas de apoyo es esencial para que el plan sea eficaz. Los profesionales de enfermería no planifican para el paciente sino que le animan a participar activamente hasta donde sea posible. En el marco domiciliario, las personas de apoyo y cuidadores del paciente son los únicos que ponen en marcha el plan asistencial; por ello, su eficacia depende en gran medida de ellos.

Tipos de planificación

La planificación comienza con el primer contacto con el paciente y continúa hasta que termina su relación con el profesional de enfermería, habitualmente cuando el paciente es dado de alta de la institución de salud.

Planificación inicial

El profesional de enfermería que realiza la valoración del ingreso suele llevar a cabo el plan asistencial inicial completo. Este profesional tiene la ventaja de que observa el lenguaje corporal del paciente y, además, puede obtener alguna información intuitiva de la que no puede disponerse en una base de datos escrita. La planificación debe iniciarse lo antes posible tras la valoración inicial.

Planificación en curso

La planificación en curso la hacen todos los profesionales de enfermería que trabajan con el paciente. A medida que los profesionales de enfermería obtienen información nueva y evalúan las respuestas del paciente a la asistencia, pueden individualizar más el plan inicial de asistencia. La planificación en curso también tiene lugar al comienzo de un turno y a que el profesional de enfermería planifica la asistencia para ese día.

Planificación para el alta

La planificación para el alta, el proceso de anticipación y planificación de las necesidades que surgirán después del alta, es una parte crucial de la asistencia de salud completa y debe realizarse en el plan asistencial de todos los pacientes. Como la estancia media de los pacientes en hospitales de procesos agudos se ha acortado, a las personas se les da a menudo el alta cuando todavía precisan asistencia.

Desarrollo de los planes asistenciales de enfermería

El producto final de la fase de planificación del proceso de enfermería es un plan formal o informal de asistencia.

- **Un plan asistencial de enfermería informal** es una estrategia para la acción que existe en la mente del profesional de enfermería. Por ejemplo, el profesional de enfermería puede pensar: «La Sra. Andrea está muy cansada, tendré que reforzar su educación cuando esté descansada».
- **Un plan asistencial de enfermería formal** es una guía escrita o informatizada que organiza la información sobre la asistencia del paciente. El beneficio más obvio de un plan asistencial escrito formal es que proporciona una asistencia continua.
- **Un plan asistencial estandarizado** es un plan formal que especifica la asistencia de enfermería para grupos de pacientes con necesidades comunes (p. ej., todos los pacientes con infarto de miocardio).
- **Un plan asistencial individualizado** se ajusta para cubrir las necesidades únicas de un paciente específico, necesidades que no resuelve un plan estandarizado.

Un plan completo de asistencia integra funciones de enfermería dependientes e independientes en un sistema integral significativo y proporciona un recurso central de información sobre el paciente.

El proceso de planificación

El establecimiento de prioridades es el proceso de elaboración de una secuencia preferente para abordar los diagnósticos e intervenciones de enfermería. El profesional de enfermería y el paciente comienzan la planificación decidiendo qué diagnósticos de enfermería exigen primero atención, cuáles segundo y así sucesivamente.

Los problemas que amenazan la vida, como un deterioro de la función respiratoria o cardíaca, se consideran de prioridad alta. A los problemas que amenazan la salud, como las enfermedades agudas y la menor capacidad de afrontamiento, se les asigna una prioridad media porque pueden dar lugar a un desarrollo tardío o causar cambios físicos o emocionales destructivos. Un problema con prioridad baja es aquel que surge de necesidades de desarrollo normales o que requiere solo un mínimo apoyo de enfermería.

Fijación de objetivos/resultados deseados del paciente

Tras establecer las prioridades, el profesional de enfermería y el paciente fijan los objetivos para cada diagnóstico de enfermería. En un plan asistencial, los objetivos y resultados deseados describen, en términos de respuestas observables del paciente, lo que el profesional de enfermería espera conseguir poniendo en práctica las intervenciones de enfermería.

Por ejemplo:

Objetivo (amplio): *Mejora del estado nutricional.*

Resultado deseado (específico): *Ganar 2,5 kg para el 25 de abril.*

Cuando los objetivos se establecen de manera amplia, como en este ejemplo, el plan asistencial debe incluir los objetivos y los resultados deseados. A veces se combinan en una sola declaración unida por las palabras «manifestado por», como sigue:

- Mejora del estado nutricional manifestada por aumento del peso de 2,5 kg el 25 de abril.

Objetivos a corto y largo plazo

- Un objetivo a corto plazo sería «el paciente elevará el brazo derecho hasta la altura del hombro el viernes».
- En el mismo contexto, un objetivo /resultado a largo plazo sería «el paciente recuperará el uso completo en 6 semanas».

En el marco de la asistencia de pacientes con procesos agudos, gran parte del tiempo del profesional de enfermería se dedica a las necesidades inmediatas del paciente, de manera que la mayoría de los objetivos es a corto plazo. Pero los pacientes en este marco también precisan objetivos/resultados a largo plazo que guíen la planificación de su alta a instituciones de estancias largas o a una asistencia domiciliaria, en especial en el ambiente de la asistencia gestionada.

Verbos útiles para la redacción de resultados mensurables

El uso de verbos activos y no pasivos provee una estrategia más clara para determinar el avance del paciente. A continuación se muestran ejemplos de verbos que pueden medirse y observarse:

Listar, registrar, nombrar, indicar, Describir, explicar, identificar, Demostrar, utilizar, programar Diferenciar, comparar, relacionar, Diseñar, preparar, formular, calcular, Seleccionar, elegir, comparar Incrementar/disminuir, permanecer de pie, caminar, participar.

Por ejemplo:

- El paciente indicará tres elementos que entiende acerca de su diagnóstico.

- El paciente caminará hasta el final del pasillo de ida y vuelta tres veces al día.

A continuación se muestran algunos ejemplos de verbos con acción pasiva. Observe que las acciones descritas por los verbos no pueden cuantificarse: Comprender, sentir, aprender, saber, aceptar

Por ejemplo:

- El paciente comprenderá su plan de tratamiento. ¿Cómo medirá la enfermera el avance y sabrá que el paciente entiende?

Resultados deseados de los diagnósticos de enfermería

Diagnóstico de enfermería	Respuestas saludables opuestas (objetivos)	Resultados deseados: el paciente
Deterioro de la movilidad física: incapacidad para soportar el peso sobre la pierna izquierda relacionada con inflamación de la articulación de la rodilla.	<ul style="list-style-type: none"> • Mejora de la movilidad • Capacidad para apoyar el peso sobre la pierna izquierda 	<ul style="list-style-type: none"> • Camina con muletas al final de la semana. • Se sujeta sin ayuda al final del mes.
Limpieza ineficaz de las vías respiratorias relacionada con escaso esfuerzo para la tos, secundario a dolor en incisión y miedo a dañarse los tejidos.	<ul style="list-style-type: none"> • Limpieza eficaz de las vías respiratorias 	<ul style="list-style-type: none"> • Tiene los pulmones limpios a la auscultación durante todo el período postoperatorio. • No tiene palidez ni cianosis cutánea a las 12 horas de la operación. • En las 24 horas siguientes a la intervención quirúrgica muestra un buen esfuerzo para la tos.

Clasificación de los resultados de enfermería

En todas las fases del proceso de enfermería es necesario un lenguaje estandarizado o común si se van a incluir todos los datos de enfermería en bases de datos computarizadas que se analicen y utilicen en la práctica de la enfermería.

La clasificación de los resultados de enfermería (NOC, del inglés Nursing Outcomes Classification), describe los resultados del paciente que responden a las intervenciones de enfermería. «Un resultado del paciente sensible hacia la enfermería es un estado, conducta o percepción de un individuo, familia o comunidad que se mide a lo largo de un continuo en respuesta a una(s) intervención(es) de enfermería».

Ejemplos de un resultado estandarizado del paciente (NOC)

Dominio 1: salud funcional						
Clase C: movilidad						
Resultado: movilidad [0208]						
Definición: capacidad para moverse de forma resuelta en ambiente propio, independientemente, con o sin dispositivo de ayuda						
Puntuación Global Del Resultado	Gravemente comprometido	Sustancialmente Comprometido	Moderadamente comprometido	Levemente comprometido	No comprometido	
	1	2	3	4	5	
Indicadores:	1	2	3	4	5	NA
020801 Mantenimiento del equilibrio	1	2	3	4	5	NA
020809 Coordinación	1	2	3	4	5	NA
020810 Marcha	1	2	3	4	5	NA
020803 Movimiento muscular	1	2	3	4	5	NA
020804 Movimiento articular	1	2	3	4	5	NA
020802 Mantenimiento de la posición corporal	1	2	3	4	5	NA
020805 Realización del traslado	1	2	3	4	5	NA
020811 Correr	1	2	3	4	5	NA
020812 Saltar	1	2	3	4	5	NA
020813 Caminar a gatas	1	2	3	4	5	NA
020806 Ambulación	1	2	3	4	5	NA
020814 Se mueve con facilidad	1	2	3	4	5	NA

Relación entre los objetivos/resultados deseados y los diagnósticos de enfermería

Los objetivos y resultados derivan de los diagnósticos de enfermería del paciente, sobre todo de la etiqueta diagnóstica. La etiqueta diagnóstica contiene la respuesta morbosa; establece qué debería cambiar.

- Por ejemplo, si el diagnóstico de enfermería es Riesgo de déficit de volumen de líquidos relacionado con diarrea o ingestión inadecuada secundaria a náuseas, la expresión del objetivo esencial sería: El paciente restablecerá el equilibrio hídrico, manifestado por una diuresis y pérdidas fecales equilibradas con la ingestión de líquidos, una turgencia cutánea normal y mucosas húmedas.

En este ejemplo, un objetivo general (equilibrio hídrico) se establece como el opuesto al problema (Riesgo de déficit de volumen de líquidos) y después se sigue de una lista de resultados observables. Si se consiguen, los resultados probarán que el problema, el Déficit de volumen de líquidos se ha evitado.

Componentes de la declaración del objetivo/resultado deseado

La declaración del objetivo/resultado deseado debe tener los siguientes cuatro componentes:

1. **Sujeto.** El sujeto, un nombre, es el paciente, cualquier parte de él o algún atributo del paciente, como su pulso o diuresis. El sujeto se omite a menudo en los objetivos; se supone que el sujeto es el paciente a no ser que se indique otra cosa.

2. Verbo. El verbo especifica las acciones que debe realizar el paciente, por ejemplo, lo que el paciente va a hacer, aprender o experimentar. Deben usarse verbos que denoten conductas directamente observables, como administrar, mostrar o caminar.

3. Condiciones o modificadores. Las condiciones o modificadores pueden añadirse al verbo para explicar las circunstancias en las cuales se muestra la conducta. Explican qué, dónde, cuándo o cómo.

4. Criterio de realización deseada. El criterio indica el estándar con el que se evalúa la realización o el nivel en el cual el paciente realizará la conducta especificada. Estos criterios pueden especificar el tiempo o la velocidad, la precisión, la distancia y la calidad.

Componentes de los objetivos/resultados deseados

Sujeto	Verbo	Condiciones/modificadores	Criterios de rendimiento deseado
Paciente	bebe	2.500 ml. de líquido	diario (tiempo)
Paciente	administra	dosis correcta de insulina	uso de técnica aséptica (estándar de calidad)
Paciente	recuerda	cinco síntomas de la diabetes	(precisión indicada por «cinco síntomas») antes del alta (tiempo)
Paciente	camina	la longitud del pasillo sin bastón	la fecha del alta (tiempo)
Paciente	identifica	alimentos ricos en sal de una lista	antes del alta (tiempo)
Paciente	declara	los objetivos de sus medicamentos	antes del alta (tiempo)

Propósito de los objetivos/resultados deseados

Aunque los objetivos y los resultados no coinciden necesariamente como concepto, algunas personas utilizan ambos términos de forma indistinta. En referencia a la NOC, los objetivos pueden cumplirse o no, mientras que el progreso hacia los resultados puede describirse a lo largo de un espectro continuo y en comparación con los estados anteriores (Moorhead et al., 2008). Los objetivos/resultados deseados sirven a los siguientes propósitos:

1. Proporcionan instrucciones para planificar las intervenciones de enfermería. Las ideas para las intervenciones llegan con más facilidad si los resultados deseados establecen clara y específicamente lo que el profesional de enfermería espera conseguir.

2. Sirven de criterio para evaluar el progreso del paciente. Aunque elaborados en el paso de planificación del proceso de enfermería, los resultados deseados sirven de criterio para juzgar la eficacia de las intervenciones de enfermería y el progreso del paciente en el paso de evaluación.

3. Capacitan al paciente y al profesional de enfermería para determinar cuándo se ha resuelto el problema.

4. Ayudan a motivar al paciente y al profesional de enfermería al proporcionarle una sensación de logro. A medida que se cumplen los objetivos, el paciente y el profesional de enfermería pueden ver que sus esfuerzos han merecido la pena. Esto proporciona motivación para continuar siguiendo el plan, en especial cuando es necesario realizar cambios difíciles del estilo de vida.

Selección de intervenciones y actividades de enfermería

Las intervenciones y actividades de enfermería son las acciones que un profesional de enfermería realiza para conseguir los objetivos del paciente. Las intervenciones específicas elegidas deben centrarse en la eliminación o reducción de la causa del diagnóstico de enfermería, que es la segunda cláusula de la declaración diagnóstica.

Cuando no es posible cambiar los factores causales, el profesional de enfermería elige intervenciones que traten los signos y síntomas o las características definidoras de la terminología de la NANDA International (2009).

- Ejemplos de esta situación serían Dolor relacionado con la incisión quirúrgica y Ansiedad relacionada con el desconocimiento de la causa.

Las intervenciones de los diagnósticos de enfermería de riesgo deben centrarse en medidas para reducir los factores de riesgo del paciente, que también se encuentran en la segunda cláusula.

Tipos de intervenciones de enfermería

Las intervenciones de enfermería se identifican y escriben durante la fase de planificación del proceso de enfermería; pero en realidad se realizan durante la fase de aplicación. Las intervenciones de enfermería comprenden la asistencia directa y la indirecta, así como los tratamientos iniciados por el profesional de enfermería, iniciadas por el médico y otros tratamientos iniciados por el proveedor. **La asistencia directa** es una intervención realizada por el profesional de enfermería a través de la interacción con el paciente. **La atención indirecta** es una intervención delegada por el profesional de enfermería en otra persona o realizada en otro lugar, pero en nombre del paciente, como una colaboración o tratamiento interdisciplinar del entorno asistencial.

Las intervenciones independientes son aquellas actividades que los profesionales de enfermería están autorizados a iniciar sobre la base de su conocimiento y habilidades. Comprenden la asistencia física, la evaluación continua, el apoyo y bienestar emocional, la educación, el asesoramiento, la gestión del ambiente y las remisiones a otros profesionales de la salud.

Las intervenciones dependientes son actividades realizadas bajo las órdenes o la supervisión de un médico u otro proveedor de cuidados de salud con autorización para escribir órdenes para los profesionales de enfermería. Las órdenes del médico dirigen habitualmente al profesional de enfermería para que administre medicamentos, tratamiento intravenoso, pruebas diagnósticas, tratamientos, dieta y actividad.

Las intervenciones conjuntas son acciones que el profesional de enfermería realiza en colaboración con otros miembros del equipo de salud, como los fisioterapeutas, los trabajadores sociales, los dietistas y los médicos. Las actividades de enfermería conjuntas reflejan las responsabilidades solapadas y relaciones de compañerismo entre el personal de salud.

Consideración de las consecuencias de cada intervención

Para cada objetivo de enfermería pueden identificarse varias intervenciones. La tarea del profesional de enfermería es elegir aquella que tiene más probabilidades de conseguir los resultados deseados del paciente. El profesional de enfermería comienza considerando los riesgos y beneficios de cada intervención. Una intervención puede tener más de una consecuencia.

Criterios para la elección de las intervenciones de enfermería

Tras considerar las consecuencias de las intervenciones de enfermería alternativas, el profesional de enfermería elige una o más que es probable que sean más eficaces. Aunque este basa su decisión en su conocimiento y experiencia, la información del paciente es importante.

Los siguientes criterios pueden ayudar al profesional de enfermería a elegir las mejores intervenciones de enfermería. El plan debe:

- Ser seguro y apropiado para la edad, salud y condición del paciente.
- Ser alcanzable con los recursos disponibles. Por ejemplo, un profesional de enfermería domiciliario podría desear incluir una intervención para un paciente anciano para «comprobar la glucemia a diario». Para que eso ocurra, el paciente debe tener una visión, conocimiento y memoria intactos con el fin de hacerlo de forma independiente, y contar con un familiar que pueda ayudarlo en la tarea o con acceso a visitas diarias asequibles de un profesional de enfermería de atención domiciliaria.
- Ser coherente con los valores, creencias y cultura del paciente.
- Ser congruente con otros tratamientos (p. ej., si al paciente no se le permite tomar alimentos, la estrategia de una merienda debe diferirse hasta que la salud lo permita).
- Basarse en el conocimiento y experiencia de enfermería o en la información procedente de ciencias relevantes (es decir, basadas en un fundamento).
- Ajustarse a los modelos de asistencia establecidos determinados por las leyes estatales, las asociaciones profesionales (American Nurses Association), las organizaciones de homologación (p.ej., la Joint Commission) y las normas de la institución.

Clasificación de las intervenciones de enfermería

Además de los esfuerzos de la NANDA por estandarizar el lenguaje para describir los problemas que requieren una asistencia de enfermería y crear una taxonomía de etiquetas estandarizadas del resultado obtenido en el paciente, los investigadores de enfermería también reconocen la necesidad de contar con un lenguaje estandarizado que describa las intervenciones que los profesionales de enfermería realizan.

La Clasificación de las intervenciones de enfermería (NIC, del inglés Nursing Interventions Classification), consta de tres niveles: nivel 1, dominios; nivel 2, clases, y nivel 3, intervenciones.

Todas las intervenciones de la NIC se han ligado a etiquetas diagnósticas de enfermería de la NANDA. El profesional de enfermería puede mirar el diagnóstico de enfermería del paciente para ver qué intervenciones de enfermería se aconsejan. Pero todos los diagnósticos de enfermería contienen sugerencias para diversas intervenciones, de manera que los profesionales de enfermería deben seleccionar las intervenciones apropiadas en función de su juicio y conocimiento del paciente.

(1400) Manejo del dolor

Definición: Alivio del dolor o disminución del dolor a un nivel de tolerancia que sea aceptable para el paciente.

Actividades:

- Realizar una valoración exhaustiva del dolor que incluya la localización, características, aparición/duración, frecuencia, calidad, intensidad o gravedad del dolor y factores desencadenantes.
- Observar signos no verbales de molestias, especialmente en pacientes que no pueden comunicarse eficazmente.
- Asegurarse de que el paciente reciba los cuidados analgésicos correspondientes.
- Utilizar estrategias de comunicación terapéuticas para reconocer la experiencia del dolor y mostrar la aceptación de la respuesta del paciente al dolor.
- Además de 35 Actividades más.

Resultados deseados/indicadores	INTERVENCIONES DE ENFERMERIA	FUNDAMENTO
<p>Estado respiratorio: intercambio gaseoso [0402], manifestado por:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Falta de palidez y cianosis (piel y mucosas) • Uso de técnica respiratoria/tos correcta tras instrucción • Tos productiva • Excursión torácica simétrica de al menos 4cm 	<ul style="list-style-type: none"> • Monitorizar el estado respiratorio/4 h; frecuencia, profundidad, esfuerzo, color de la piel, mucosas, cantidad y color de esputo. • Monitorizar resultados de gasometría, radiografías de tórax, pulsioximetría y volumen en espirómetro incentivador cuando esté disponible. • Vigilar nivel de consciencia. • Auscultar pulmones/4 h. Constantes vitales/4 h (TPR, PA, pulsioximetría, dolor). 	<ul style="list-style-type: none"> • Identificar el progreso hacia el objetivo o las desviaciones. La Limpieza ineficaz de las vías respiratorias conduce a una mala oxigenación, manifestada por palidez, cianosis, obnubilación y somnolencia. • La oxigenación inadecuada y el dolor aumentan la frecuencia del pulso. La frecuencia respiratoria puede disminuir con los analgésicos opiáceos. • La respiración superficial reduce más la oxigenación.
<p>En 48-72 horas</p> <ul style="list-style-type: none"> • Pulmones limpios a la auscultación • Respiraciones 12-22/min, pulso 100 latidos/min 	<ul style="list-style-type: none"> • Enseñar técnicas respiratorias y de tos. • Recordar su realización y ayudar/3 h. 	<ul style="list-style-type: none"> • Capacitar al paciente para toser y expulsar secreciones. Puede necesitar fomento y apoyo por la fatiga y el dolor.