

**UNIVERSIDAD DEL SURESTE, CAMPUS FRONTERA  
COMALAPA.**



# Administración estratégica de los servicios de enfermería

Presenta: L.E. Edgar Javier Morales Ramírez



“ La única manera de hacer una gran labor, es amando lo que haces”



# LA PLANEACION DE LOS SERVICIOS DE ENFERMERIA.

“Planear es el proceso para decidir las acciones que deben realizarse en el futuro, generalmente el proceso de planeación consiste en considerar las diferentes alternativas en el curso de las acciones y decidir cual de ellas es la mejor”

**Robert N. Anthony**

# Importancia de la planeación.

Dentro de los cuidados de enfermería también llevamos acabo esta etapa la cual es la tercera etapa dentro de nuestro proceso de atención de enfermería. En la cual su gran importancia es la de establecer un sistema racional para la toma de decisiones, “evitando las corazonadas o empirismo” y asi poder ofrecer cuidados de calidad y calidez a nuestros usuarios.



# PLANES

- “Los Planes son el resultado del proceso de planeación y pueden definirse como diseños o esquemas detallados de lo que habrá de hacerse en el futuro, y las especificaciones necesarias para realizarlos.  
”

# La planeación en el proceso de enfermería.

- La planificación consiste en la elaboración de estrategias diseñadas para reforzar las respuestas del paciente, identificadas en el diagnóstico de enfermería. Esta fase comienza después de la formulación del diagnóstico y concluye con la documentación real del plan de cuidados.
- Durante la fase de planificación, se elaboran los objetivos y las intervenciones de enfermería. Los objetivos indican lo que será capaz de hacer la persona cuidada como objetivo de las acciones de enfermería. Las intervenciones de enfermería describen la forma en que el profesional puede ayudar al paciente a conseguir los objetivos o resultados esperados.

- Durante la fase de planificación, se elaboran los objetivos y las intervenciones de enfermería. Los objetivos indican lo que será capaz de hacer la persona cuidada como objetivo de las acciones de enfermería. Las intervenciones de enfermería describen la forma en que el profesional puede ayudar al paciente a conseguir los objetivos o resultados esperados.

# Objetivos del plan de cuidados

1. Promover la comunicación entre los cuidadores.
2. Dirigir los cuidados y la documentación.
3. Crear un registro que posteriormente pueda ser usado para la evaluación, investigación y propósitos legales.
4. Proporcionar documentación sobre las necesidades en cuidado de la salud para determinar su coste exacto.
5. Esperar obtener un resultado positivo después de brindar cuidados de enfermería. Por ejemplo, Proporcionar oxigenación adecuada en un paciente con patrón respiratorio ineficaz.



# Principales componentes del plan de cuidados

**El componente de planificación del Proceso de Enfermería consta de cuatro etapas:**

1. Establecimiento de prioridades.
2. Elaboración de objetivos.
3. Desarrollo de intervenciones de enfermería.
4. Asegurarse de que el plan está adecuadamente anotado (documentación del plan).<sup>2</sup> Para cada uno de los pasos de la planeación usted debe responder las siguientes preguntas:

1. Objetivos (resultados deseados): ¿qué resultados espera conseguir y cuándo espera lograrlos?
2. Problemas reales y potenciales: ¿cuáles son los diagnósticos y problemas reales y potenciales que deben abordarse para asegurar un plan de cuidados seguro y eficiente?
3. Intervenciones específicas: ¿qué va a hacer para prevenir o manejar los principales problemas y lograr los resultados deseados?
4. Documentación o registro: ¿dónde puede averiguar cómo está respondiendo la persona al plan de cuidados?

# Establecimiento de prioridades

- Determinar prioridades es una habilidad esencial del pensamiento crítico que requiere que sea capaz de decidir: - Qué problemas necesitan atención inmediata y cuáles pueden esperar. - Qué problemas son su responsabilidad y cuáles debe referir a otro profesional. - Qué problemas tratará usando los planes estandarizados (por ejemplo, vías críticas, planes de cuidados estandarizados). - Qué problemas no están cubiertos por los protocolos o planes estándar pero deben tratarse para asegurar una estancia hospitalaria segura y que el alta se produzca a su debido tiempo. Para poder determinar las prioridades, necesita estar muy familiarizado con los principios fundamentales que se exponen a continuación...

-

- 1.1 Elija un método para fijar prioridades y utilícelo de manera sistemática. El modelo de Virginia Henderson no proporciona criterios específicos para la determinación de prioridades. Si bien las necesidades básicas están numeradas y algunas de ellas se clasifican de vitales, la propia autora al especificar que todas son igualmente esenciales para mantener la integralidad, descalifica cualquier intento de utilizarlas como sistema jerárquico. Pero se sugiere de igual forma seguir los siguientes criterios:
  - - Problemas de colaboración o diagnósticos de enfermería que amenacen la vida de la persona. - Problemas que para la persona/familia sean prioritarios ya que, en caso contrario, pueden impedir centrar la atención en problemas que, aunque sean más urgentes o importantes, no son percibidos como tales.
  - Problemas que contribuyen o coadyuvan a la aparición o permanencia de otros problemas, dado que la resolución de aquellos eliminará o reducirá estos. - Problemas que, por tener una misma causa, puedan abordarse conjuntamente, optimizando la utilización de los recursos y aumentando la eficiencia del trabajo enfermero.
  - Problemas que tienen una solución sencilla puesto que su resolución sirve de acicate para abordar otros problemas más complejos o de más larga resolución.

1.3 Su capacidad para determinar con éxito las prioridades está influida por su comprensión de:

- La percepción de las prioridades del paciente. Si éste no está de acuerdo con sus prioridades, es poco probable que el plan tenga éxito.
  - La imagen general de los problemas con los que se enfrenta. Por ejemplo, si cuida a una persona que tiene problemas para respirar, normalmente corregirá este problema en primer lugar. Sin embargo, si al contemplar la imagen general se da cuenta de que la persona tiene problemas para respirar debido a un ataque de ansiedad, puede concluir que en este momento el problema más importante es resolver la ansiedad.
  - El estado general de salud de la persona y los objetivos deseados para el alta. Como ya se ha dicho antes, la enseñanza puede ser una alta prioridad para alguien que se espera que sea dado de alta a su casa, pero puede ser menos prioritario para alguien que se espera que sea dado de alta a otro centro de cuidados.
  - La duración esperada de la estancia. Céntrese en lo que debe hacerse más que en lo que le gustaría hacer, especialmente en las estancias cortas. - Si hay planes de cuidado que sean aplicables. Por ejemplo, vías críticas, guías, protocolos, procedimientos o planes estandarizados que determinen prioridades diarias para la situación concreta del enfermo.

# Pasos sugeridos para el establecimiento de prioridades.

- Paso 1. Pregunte: “¿Qué problemas necesitan atención inmediata y qué pasaría si esperara hasta más tarde para atenderlos?”. Emprenda inmediatamente las acciones apropiadas para iniciar el tratamiento según esté indicado (por ejemplo, notificarlo a la supervisora e iniciar las acciones para reducir el problema).
- 
- Paso 2. Identifique los problemas que tienen soluciones sencillas e inicie las acciones apropiadas para solucionarlos (por ejemplo, corregir la posición de una persona para ayudarlo a mejorar la respiración).
- 
- Paso 3. Desarrolle una lista inicial de problemas, identificando problemas reales o potenciales y sus causas, si las conoce.

- Paso 4. Estudie la lista de problemas y decida cuáles van a ser tratados principalmente por enfermeras, qué problemas son abordados por planes estándar y cuáles requieren una planificación multidisciplinaria. Compruebe si dispone de órdenes médicas o guías de la institución para manejar los problemas médicos; si no es así, notifíquese al médico. Es su responsabilidad derivar a tiempo a otros profesionales aquellos problemas que no son de su competencia.
- Paso 5. Decida qué problemas deben ser abordados en el plan de cuidados, es decir, aquellos problemas únicos del usuario que deben ser controlados o resueltos para progresar en el logro de los objetivos mayores de cuidado. Los registros deben transmitir la concienciación y responsabilización de las enfermeras de todas las prioridades de cuidado. Algunos problemas pueden no necesitar ser anotados en el plan de cuidados porque ya se tratan en otras partes de los registros (por ejemplo, un catéter Foley normalmente se trata en los manuales de política y procedimientos).
- Paso 6. Determine cómo se manejará cada problema (por ejemplo, ¿Hay órdenes médicas? ¿Se seguirán los protocolos? ¿Desarrollará la enfermera un plan individualizado de cuidados?). Las políticas varían de un centro a otro; usted debe identificar dónde anotar un problema y cómo manejarlo de acuerdo con la política de cada centro en particular.

# Aplicación de los estándares enfermeros

Hay guías y estándares enfermeros que debe aplicar para desarrollar el plan de cuidados. Estos estándares están determinados por lo siguiente: - La legislación vigente. Las leyes estatales marcan el alcance de la práctica enfermera. - La American Nurses Association (ANA) y la Canadian Nurses Association (CNA). - Las organizaciones profesionales especializadas, como la Emergency Nurses Association o la Critical Care Nurses Association, que desarrollan estándares para la práctica especializada.

- - La Joint Commission of Accreditation of Healthcare Organizations (JCAHO). Esta poderosa agencia ha desarrollado detallados estándares que deben seguirse para lograr la acreditación.
- 
- - La Agency for Healthcare Research and Quality (AHRQ). Esta organización desarrolla y actualiza las guías clínicas para ayudar a los proveedores de cuidados de la salud a prevenir, diagnosticar y tratar ciertas situaciones clínicas comunes.
- - Su centro de trabajo. Normalmente cada centro desarrolla su propio conjunto de estándares (estándares de cuidados, guías, políticas, procedimientos, vías críticas, planes de cuidados estándar, etc.), que reflejan cómo deberían brindarse los cuidados enfermeros en una situación específica.

# Elaboración de objetivos o resultados esperados o metas con el cuidado

La provisión de cuidados enfermeros efectivos requiere que nos centremos en los resultados del paciente, que se formulan como objetivos centrados en la persona cuidada. Los objetivos sirven a tres propósitos principales:

- 1. Son la vara de medir del plan de cuidados: usted mide el éxito del plan de cuidados determinando si se han conseguido los resultados deseados.
- 2. Dirigen las intervenciones: usted necesita saber qué pretende conseguir antes de poder decidir cómo lograrlo.
- 3. Son factores de motivación: tener un marco temporal específico para hacer las cosas pone a todos en marcha.



- También se pueden llamar a los objetivos metas u objetivos de la conducta. Independientemente de su denominación, su propósito es el mismo: definir la forma en que el profesional de enfermería y el paciente saben que la respuesta humana identificada en la exposición diagnóstica ha sido prevenida, modificada o corregida. Por tanto, los objetivos sirven también de anteproyecto para la evaluación del proceso, ya que objetivos adecuados hacen posible determinar la eficacia de las intervenciones de enfermería.

1. Los objetivos identifican los beneficios que espera ver en el paciente después de brindar los cuidados enfermeros. - Los objetivos a corto plazo describen los beneficios tempranos que se esperan de las intervenciones enfermeras (por ejemplo, mañana será capaz de andar hasta el baño sin ayuda).

- Los objetivos a largo plazo describen los beneficios que se espera ver en cierto momento después de haber puesto en marcha el plan (10 días después de la cirugía, será capaz de andar independientemente hasta el final del pasillo tres veces al día).

2. El sujeto del objetivo debería ser el paciente o una parte del mismo.

3. Normalmente se desarrollan objetivos para los problemas. Aunque habitualmente no marca objetivos para las intervenciones, debería ser capaz de explicar el beneficio que espera ver en el paciente después de realizar una intervención. Por ejemplo, después de aspirar un tubo de traqueotomía, los ruidos pulmonares deberían ser más limpios.

4. Determinar los objetivos requiere que, sencillamente, invierta el problema. Por ejemplo, si la persona tiene tal problema, el resultado deseado es que la persona no tenga ese problema (o por lo menos que se reduzca). Los objetivos describen cómo serán las cosas cuando el problema esté corregido o controlado.

5. Para desarrollar un objetivo muy específico, formule un objetivo más amplio y luego añada los datos (indicadores) que demostrarán que el objetivo se ha logrado. Esto ayuda a controlar los progresos del paciente.

6. A veces los indicadores de los problemas del paciente ya han sido desarrollados en los planes de cuidados estándar. Determine cuidadosamente si tales indicadores son apropiados para el caso específico de su paciente. Los planes de cuidados estándar son guías que generalmente, pero no siempre, se aplican a la situación individual del usuario.

7. Cerciórese de que los objetivos y los indicadores son medibles. Considere los siguientes cinco componentes para formular objetivos muy específicos que puedan usarse para identificar las intervenciones y controlar los progresos. - Sujeto: ¿quién se espera que alcance el resultado (por ejemplo, el paciente o uno de sus progenitores)? - Verbo: ¿qué acción debe hacer la persona para demostrar el logro del objetivo? - Condición: ¿en qué circunstancias tiene la persona que llevar a cabo la acción? - Criterios de ejecución: ¿en qué grado va a realizar la acción? - Momento para lograrlo: ¿cuándo se espera que esa persona sea capaz de hacerlo?

8. Use verbos mensurables: verbos que describan exactamente lo que usted espera ver u oír cuando se haya alcanzado el objetivo.

9. Considere los resultados cognitivos, psicomotores y afectivos, tal como se describen en la siguiente lista:

- Dominio afectivo: objetivos asociados con el cambio de actitudes, sentimientos o valores (por ejemplo, decidir que es necesario cambiar los hábitos alimentarios).

- Dominio cognitivo: objetivos relacionados con la adquisición de conocimientos o habilidades intelectuales (por ejemplo, aprender los signos y síntomas de shock diabético). - Dominio psicomotor: objetivos que tratan de habilidades psicomotoras (por ejemplo, dominar la deambulaci3n con muletas).

# Intervenciones enfermera

- Las intervenciones enfermeras son acciones llevadas a cabo por las enfermeras para:
  - 1. Controlar el estado de salud.
  - 2. Reducir los riesgos.
  - 3. Resolver, prevenir o manejar un problema.
  4. Facilitar la independencia o ayudar con las actividades de la vida diaria.
  5. Promover una sensación óptima de bienestar físico, psicológico y espiritual.

Las categorías enfermeras pueden clasificarse en dos categorías (McCloskey & Bulechek, 2000; ANA, 1995):

- - **Intervenciones de cuidados directos.** Acciones realizadas mediante interacción directa con los pacientes. Los ejemplos incluyen ayudar a la persona a levantarse de la cama o hacer educación diabetológica.
- - **Intervenciones de cuidados indirectos.** Acciones realizadas lejos del cliente, pero en beneficio de éste o de un grupo de pacientes. Estas acciones se dirigen al manejo del entorno de cuidados de la salud y la promoción de la colaboración multidisciplinar. Los ejemplos incluyen trasladar y controlar los resultados de los estudios de laboratorio, trasladar el enfermo de una habitación a otra, y contactar con la trabajadora social. Considerar tanto las intervenciones directas como las indirectas ayuda a justificar el tiempo de las enfermeras. Si se fija únicamente en lo que la enfermera hace al paciente, pasa por alto una gran cantidad de tiempo que se dedica a otras actividades enfermeras cruciales. La determinación de intervenciones específicas requiere de responder a cuatro preguntas claves:

- 1. ¿Qué puede hacerse para prevenir o minimizar el riesgo o las causas de este problema?
- 2. ¿Qué puede hacerse para minimizar el problema?
- 3. ¿Cómo puedo adaptar las intervenciones para lograr los objetivos esperados en esta persona en concreto?
- 4. ¿Qué probabilidades hay de que aparezcan respuestas adversas a las intervenciones y qué podemos hacer para reducir el riesgo y aumentar la probabilidad de respuestas beneficiosas?

# Asegurarse de que el plan se registra correctamente

- Las formas y métodos para registrar el plan de cuidados debería hacerse para responder a las necesidades de las enfermeras y de los pacientes de cada institución. Cuando cambie de centro de trabajo, familiarícese con las políticas y estándares de cada institución para registrar el plan de cuidados: usted es responsable de que el plan de cumple los estándares específicos de cada centro.



# Responsabilidades en los planes de cuidados computarizados y estándar

Los planes de cuidado computarizado y estándar dan información abreviada, asumiendo que usted tiene los conocimientos para “rellenar las lagunas” y aplicar la información a la situación concreta de cada paciente. Por ejemplo, en la vía crítica puede poner “levantarse de la cama dos veces al día”. Si la persona a la que cuida requiere un caminador para poder hacerlo, y ésta es una característica de su situación individual, usted es responsable de anotarlo en el lugar adecuado de los registros. Las políticas sobre dónde anotarlo pueden variar, pero lo importante es que se escriba en un lugar donde es probable que las enfermeras busquen las órdenes sobre la deambulación del usuario. Recuerde que no se trata de que los planes de cuidado piensen por usted. Lo que se pretende es que se usen como guías para los cuidados. Como enfermera usted es responsable de:

- Detectar cambios en el estado de salud del paciente que puedan contraindicar seguir con el plan.
- Use su buen juicio para determinar qué partes del plan son aplicables y cuáles no.
- Reconocer qué problemas no están cubiertos por el plan y buscar otras vías para abordarlos.

- - Añada los requerimientos específicos de ese paciente (por ejemplo, el caminador) en el lugar apropiado. Los planes computarizados y estándar pueden basarse en diagnósticos médicos o en diagnósticos enfermeros. Si la persona tiene más de un problema importante, usted puede decidir usar más de un plan aplicable, o seleccionar el plan más relevante y modificarlo. Lo importante es recordar que este tipo de planes están desarrollados para problemas específicos, no para las personas, y usted debe asegurarse de que adapta cualquier plan estándar a la situación específica de la persona. Si no está segura de si deberían registrarse ciertas necesidades específicas del paciente, consulte con una enfermera más preparada. Recuerde que es responsabilidad suya asegurarse de que cualquier problema, diagnóstico o factores de riesgo que es probable que impidan el progreso para el logro de los objetivos, se reflejen en algún sitio del plan de cuidados. Esto puede requerir adaptar un plan estándar, añadir un plan estándar al registro o desarrollar un plan de cuidados individualizado.

# Planes multidisciplinarios

- Los planes multidisciplinarios, en los que todas las disciplinas (medicina, dietética, etc.) trabajan con el mismo plan, son habituales hoy día. Los enfoques multidisciplinarios reúnen “lo mejor de cada mundo”. Sin embargo, recuerde, que como enfermera, usted es la única que está con el enfermo 24 horas al día. Usted está en la mejor posición para ser realista sobre cómo funcionará el plan en su conjunto, día a día y hora a hora. Su trabajo es centrarse en las respuestas humanas, en cómo es probable que la persona responda como un todo al plan de cuidados, y actuar como abogada del enfermo.

- BIBLIOGRAFIA:

<http://aprendeenlinea.udea.edu.co/lms/moodle/mod/page/view.php?id=61952>