

Desarrollo y validación de un instrumento para la evaluación inicial de enfermería

DESENVOLVIMENTO E VALIDAÇÃO DE UM INSTRUMENTO PARA A AVALIAÇÃO INICIAL DE ENFERMAGEM

DEVELOPMENT AND VALIDATION OF AN INSTRUMENT FOR INITIAL NURSING ASSESSMENT

Cayetano Fernández-Sola¹, José Granero-Molina², Judith Mollinedo-Mallea³,
María Hilda Peredo de Gonzales⁴, Gabriel Aguilera-Manrique⁵, Mara Luna Ponce⁶

RESUMEN

Este estudio, desarrollado de abril a julio de 2008, objetiva desarrollar y validar un instrumento para orientar la evaluación de enfermería en parámetros asistenciales y docentes en Santa Cruz, Bolivia. Participaron doce enfermeras bolivianas y se utilizaron el análisis de documentos y técnicas de consenso para definir las categorías y criterios a ser incluidas en el instrumento. Estas categorías son: la evaluación física y los 11 Patrones Funcionales de Salud de Gordon. El instrumento se caracteriza por ser breve, de sencilla comprensión y por centrarse en el enfermero. No incluye elementos de evaluación física avanzada, pero sí criterios de estilos de vida y autonomía del paciente. El desarrollo de estos instrumentos contribuye a la calidad de los registros, favorece el juicio clínico y la aplicación del proceso a la enfermería, refuerza el papel del enfermero, favoreciendo la sistematización de su práctica.

DESCRIPTORES

Procesos de enfermería
Evaluación en enfermería
Registros de enfermería

RESUMO

Este estudo, realizado entre abril e julho de 2008, teve como objetivo desenvolver e validar um instrumento para orientar a avaliação de enfermagem em parâmetros assistenciais e docentes, em Santa Cruz, na Bolívia. Participaram do estudo doze enfermeiras bolivianas, e utilizaram-se a análise de documentos e técnicas de consenso para definir as categorias e critérios a incluir no instrumento. As categorias definidas foram a avaliação física e os onze Padrões Funcionais da Saúde de Gordon. O instrumento caracteriza-se por ser breve, de fácil compreensão e por centrar-se no enfermeiro. Não foram incluídos elementos de avaliação física avançada, mas sim critérios de estilos de vida e autonomia do paciente. O desenvolvimento do instrumento contribuiu para a qualidade dos registros, favorecendo o juízo clínico e a aplicação do processo à enfermagem, reforçando o papel do enfermeiro e contribuindo para a sistematização da sua prática.

DESCRIPTORIOS

Processos de enfermagem
Avaliação em enfermagem
Registros de enfermagem

ABSTRACT

The objective of this study, conducted in Bolivia from April to July of 2008, is the design and validation of an initial nursing assessment instrument to be used in clinical and educational environments in Santa Cruz (Bolivia). Twelve Bolivian nurses participated; both document analysis as well as consensus techniques were used to determine the categories and criteria to be assessed. Categories included in the nursing assessment instrument are a physical assessment and the eleven Gordon's Functional Health Patterns. The nursing assessment instrument stands out as being concise, easy to complete and utilizing a nursing approach. It does not include items for advanced nursing assessment. However, it incorporates items regarding lifestyle and the patient's autonomy. The nursing assessment instrument contributes to improving the quality of clinical records, supports the nursing diagnosis and implementation of the nursing process, promotes the nurse's role and helps to standardize practice.

DESCRIPTORS

Nursing process
Nursing assessment
Nursing records

¹Enfermero. Licenciado en Humanidades. Doctor. Profesor Colaborador del Departamento de Enfermería y Fisioterapia de la Universidad de Almería. Almería, España. cfernan@ual.es ²Enfermero. Licenciado en Humanidades. Doctor. Profesor del Departamento de Enfermería y Fisioterapia de la Universidad de Almería. Almería, España. jgranero@ual.es ³Licenciada en Enfermería. Profesora de la Facultad de Ciencias de la Salud Humana de la Universidad Autónoma Gabriel René Moreno. Santa Cruz de la Sierra, Bolivia. mollinedojudith@gmail.com ⁴Licenciada en Enfermería. Profesora Titular de la Facultad de Ciencias de la Salud Humana de la Universidad Autónoma Gabriel René Moreno. Santa Cruz de la Sierra, Bolivia. maria_hilda_peredo@hotmail.com ⁵Enfermero. Doctor. Profesor Titular del Departamento de Enfermería y Fisioterapia de la Universidad de Almería. Almería, España. gaguiler@ual.es ⁶Licenciada en Enfermería. Profesora Titular de la Facultad de Ciencias de la Salud Humana de la Universidad Autónoma Gabriel René Moreno. Santa Cruz de la Sierra, Bolivia. maraluna72@hotmail.com

INTRODUÇÃO

El Proceso de Atención de Enfermería (PAE) es un término empleado para referirse al método científico aplicado a la práctica de la enfermería y ha sido definido como un método sistematizado de brindar cuidados humanistas centrados en el logro de objetivos de forma eficiente que consta de cinco fases que son: valoración, diagnóstico, planificación, ejecución y evaluación⁽¹⁾.

En la literatura enfermera hay coincidencia sobre la utilidad del PAE para el avance de la profesión, la investigación y para facilitar la gestión⁽²⁻³⁾. Por ello los esfuerzos por normalizar la práctica de enfermería mediante instrumentos que recojan todas las fases del PAE se extienden desde los ámbitos de atención primaria y salas de hospitalización⁽⁴⁻⁵⁾, incluyendo departamentos tan dispares como los cuidados críticos⁽⁶⁾, la medicina nuclear⁽⁷⁾ o la cirugía ortopédica⁽⁸⁾.

La primera etapa del PAE es la valoración. En ella la enfermera reúne la información para formarse una clara imagen del estado de salud de la persona, constituyendo la base para el diagnóstico, las intervenciones y contra la cual se pueden comparar los acontecimientos posteriores en el curso del proceso asistencial⁽¹⁾.

Sin embargo, esa etapa de valoración inicial no siempre es llevada a cabo de manera sistemática bien por falta de tiempo⁽⁹⁻¹⁰⁾ e instrumentos suficientemente útiles, como guías para la valoración de pacientes^(4,9,11-12), bien por falta de concienciación de las enfermeras en la aplicación del PAE o por falta de implicación de las instituciones sanitarias^(2,13).

Otro aspecto problemático en la valoración es la ausencia de un enfoque que favorezca la aplicación del PAE^(9,14-15). En ese sentido algunos autores han señalado que disponer de un instrumento de valoración bien diseñado supone una ayuda para que la enfermera adquiera la habilidad de pensamiento crítico de reconocer lo que es relevante⁽¹⁾ integrando las respuestas psicosociales y fisiológicas de la persona cuidada⁽¹⁶⁾. Además, si se diseña siguiendo un modelo enfermero, se favorece el consenso en la terminología enfermera a emplear, contribuyendo a la definición y expansión del rol enfermero^(14,17).

Si bien en los países occidentales el PAE goza de una larga trayectoria no exenta de dificultad, en países como Bolivia su implantación es más limitada y sus enfermeras manifiestan la necesidad de adherirse a un lenguaje y una metodología de trabajo que les sitúe en consonancia con las tendencias internacionales de la enfermería, a la vez que logran avances a nivel local, como una mayor visualización y reconocimiento^(3,5,18).

En ese contexto, animadas por el deseo de potenciar el rol de la enfermera en el sistema de salud bo-

liviano, las enfermeras de este país demandan de la cooperación española un Programa de Cooperación Interuniversitaria e Investigación Científica (PCI) para la implementación del PAE. La finalidad del PCI es que las docentes de la Universidad Autónoma Gabriel René Moreno (UAGRM) y las enfermeras de los centros sanitarios asociados implanten el PAE y desarrollen Planes de Cuidados en la docencia y para guiar su práctica profesional, incorporar un registro enfermero a la historia clínica del paciente y reforzar el rol autónomo de las enfermeras bolivianas⁽⁵⁾. Sus primeras investigaciones apuntan a que las enfermeras bolivianas demandan instrumentos sencillos para la guía y registro de las distintas fases del Proceso de Enfermería⁽¹⁸⁾.

El objetivo de este estudio es diseñar y validar el contenido de un formulario para la valoración inicial de enfermería de aplicación en los ámbitos asistencial y docente de Santa Cruz de la Sierra, Bolivia.

METODO

Se diseñó un estudio mixto con una fase cualitativa interpretativa para el diseño del instrumento y una fase cuantitativa para la validación de contenido por jueces expertos.

Participaron en el estudio 12 enfermeras asistenciales. Todas son mujeres, con una edad media de 48 años y una dedicación profesional de 21 años de media. Los criterios para incluir a las participantes en el estudio fueron que se trate de enfermeras licenciadas en activo, con experiencia en la valoración y cuidado de pacientes a

nivel hospitalario o comunitario. Se utilizó un muestreo estratificado para que estuvieran representados los distintos centros participantes en el PCI: Concretamente se seleccionaron tres representantes de cada uno de cuatro centros asistenciales donde se pretende implantar el instrumento: Hospital Universitario Japonés, Hospital Hernández Vera de la Villa 1º de Mayo, Hospital Municipal San Juan de Dios y Centro de salud María Cecilia. Participaron también en las distintas fases del estudio los 6 miembros del equipo investigador, pues todos ellos pueden considerarse con conocimientos en la valoración y aplicación del PAE en la docencia y/o asistencia sanitaria.

Conforme a otros estudios sobre el diseño y validación de formularios de valoración inicial^(11,19), se siguió el procedimiento que puede verse esquematizado en la Figura 1, fundamentado en el modelo de Pasquali para la construcción y validación de instrumentos, que incluye procedimientos teóricos, empíricos y analíticos⁽²⁰⁾. La incipiente experiencia en estudios de validez de instrumentos para el proceso enfermero en nuestro medio, justifica la elección de la validación teórica de contenido⁽⁸⁾.

...las enfermeras bolivianas demandan instrumentos sencillos para la guía y registro de las distintas fases del Proceso de Enfermería

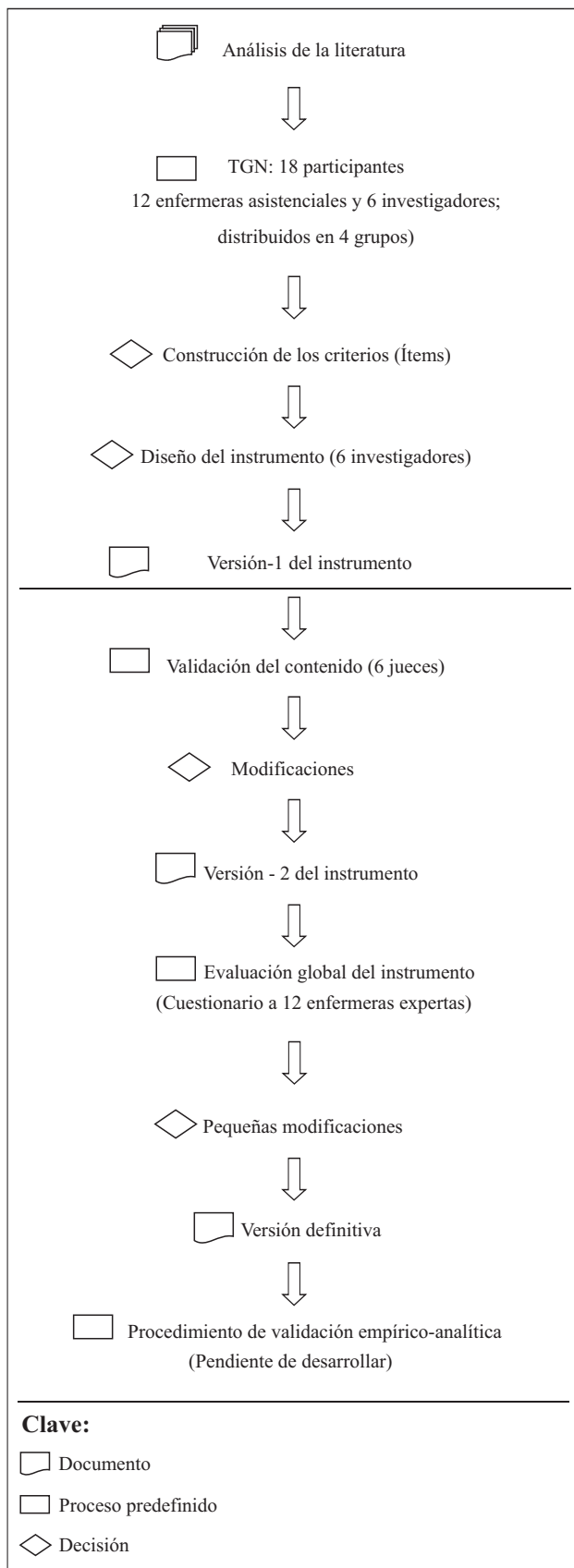


Figura 1 - Procedimiento seguido para en el diseño y validación del instrumento para la *Valoración inicial de enfermería*

Fase Cualitativa. Desarrollo del instrumento: La primera fase del modelo comprende un análisis de la literatura y de las experiencias clínicas de los participantes para la construcción de los ítems o criterios⁽²⁰⁾. Esta primera fase está enfocada a cuestiones de fundamentación teórica del constructo para el cual se va a elaborar un instrumento, implicando una definición operacional mediante la inclusión de ítems representativos⁽²¹⁾. En nuestro caso el instrumento fue diseñado por los investigadores en base a los constructos teóricos de los Patrones Funcionales de Salud de Gordon, así como la amplia bibliografía sobre valoración inicial de enfermería^(1,4,7-9,14-15,17,19). De ese modo se incluyen las 12 categorías siguientes: Valoración física, Percepción-mantenimiento de salud, Patrón Nutricional-metabólico, Eliminación, Actividad-ejercicio, Sueño-descanso, Patrón cognitivo-perceptivo, Autopercepción-autoconcepto, Rol-relaciones, Sexualidad-reproducción, Adaptación-tolerancia al estrés y Valores-creencias. Estos patrones son un concepto y, como tal, no se pueden medir si no es a través de los indicadores operacionales, que en nuestro caso son los criterios o ítems en la valoración de cada categoría.

Para la definición operacional, se distribuyeron las doce categorías en tres grupos de trabajo, cada uno coordinado por una investigadora boliviana, estando formado además por un investigador español y cuatro enfermeras asistenciales (tres de sendos hospitales y una de atención primaria). Para definir los criterios a incluir en la valoración de cada categoría se empleó la Técnica de Grupo Nominal (TGN), en la que los miembros del grupo de trabajo, de forma independiente, anotan las ideas que según su propia experiencia clínica corresponden a cada una de ellas. Después compararon y analizaron sus datos entre sí y consensuaron los criterios a valorar en cada patrón en base a la pertinencia conceptual de los criterios y su relación con los dominios o patrones. Con los criterios definidos por los tres grupos, el equipo investigador configuró la versión-1 del instrumento de *Valoración inicial de enfermería*.

Fase cuantitativa. Validez del instrumento: Los procedimientos empleados para la validación teórica en esta fase han consistido en la validación de contenido por jueces y la evaluación global, que supone un análisis semántico y de aplicabilidad del instrumento⁽²⁰⁻²¹⁾.

La validez del contenido es el grado en que un instrumento tiene un conjunto adecuado de elementos o criterios que representan el constructo que se está evaluando⁽¹⁹⁾, en este caso los criterios del instrumento para la valoración del paciente. Para verificar la validez del contenido, la versión-1 del instrumento fue sometida a jueces expertos, tomándose como criterio para su selección que tuvieran conocimiento de la valoración y el PAE en la docencia o la asistencia de enfermería. El número de jueces que se considera adecuado es entre un mínimo de tres y un máximo de diez⁽¹⁹⁾. En este estudio se eligieron a seis jueces que valoraron todos los criterios incluidos en cada categoría, manteniéndose en la versión-2 del instrumento

únicamente aquellos que alcanzaron un nivel de acuerdo superior al 80%.

Para la evaluación global, la versión segunda del instrumento fue remitida a todas las enfermeras asistenciales participantes (n=12), de manera que éstas conocieron los criterios definidos por todos los grupos. Las participantes respondieron a un cuestionario en el que valoraban en una escala del 1 al 10 su grado de desacuerdo-acuerdo con 5 enunciados sobre la pertinencia, sencillez y aplicabilidad del instrumento y la comprensibilidad, claridad y adecuación de sus elementos o criterios de valoración. Se les dijo que 1 significaba un total desacuerdo y 10 un total acuerdo con el enunciado. Se calcularon las medias (\bar{x}), desviación estándar (S) y coeficiente de variación ($CV = S/\bar{x} * 100$) para cada ítem del cuestionario. Se acepta satisfactorio el criterio de los evaluadores para cada aspecto preguntado, cuando el promedio sea igual o mayor a 7 y el coeficiente de variación sea menor al 15 %. Se obtuvo la validez general del instrumento con la sumatoria de las puntuaciones de las 5 preguntas⁽²²⁾. Además las enfermeras participantes pudieron aportar comentarios o sugerir modificaciones que fueron debatidas e incorporadas cuando alcanzaron un acuerdo del 100% de los jueces expertos, confeccionándose así la versión definitiva del instrumento.

Aspectos éticos

El estudio fue aprobado por la Comisión de Ética e Investigación de la Facultad de Ciencias de la Salud Humana de la UAGRM, con fecha 12 de marzo de 2008 y número de protocolo 37/08. Todas las participantes en el estudio lo hicieron de forma voluntaria y se les aseguró la confidencialidad y el anonimato. Se les informó que podrían abandonar la sesión de trabajo si lo deseaban y firmaron un consentimiento informado.

RESULTADOS

En el diseño del instrumento hubo un consenso en todos los grupos para incluir criterios que faciliten el enfoque enfermero y la aplicación del PAE, como estilos de vida, recursos de la personas o grado de autonomía. Se propuso el empleo de la casilla de verificación como método preferente de cumplimentación, así como un espacio para la fecha, nombre y firma de la enfermera que realiza la valoración. La versión primera del instrumento incluyó un total de 205 criterios repartidos en las 12 categorías, lo que supone un promedio de 17 criterios de valoración por categoría.

En la evaluación por jueces de la versión primera se eliminaron los criterios de valoración avanzada o especializada por considerar que eran más propios de una valoración médica. También se eliminaron criterios que los jueces consideraron de escasa prevalencia o relevancia. La segunda versión quedó configurada por 145 criterios de valoración, con un promedio de 12 por categoría. Consi-

deraron como apropiada para la práctica una extensión no superior al folio A4 a doble página, acordaron incluir en cada categoría un espacio en blanco bajo el título de *Otras consideraciones* para consignar aquellos datos no incluidos en el instrumento que pudieran ser relevantes para un caso dado.

El nivel medio de acuerdo entre los 6 jueces sobre los criterios incluidos en cada categoría puede verse en la Tabla 1, siendo elevado para las categorías más fisiológicas, como Valoración Física, Patrón de eliminación o Patrón nutricional-metabólico, mientras que las categorías más psicológicas y sociales, como los patrones de Rol-relaciones, Adaptación-tolerancia al estrés y Valores-creencias obtuvieron los menores índices de concordancia.

Tabla 1 - Nivel medio de acuerdo entre expertos sobre el contenido de cada categoría de la Valoración inicial

Categoría	Acuerdo entre expertos (%)
Valoración física	93%
Patrón de percepción-manejo de la salud	85%
Patrón nutricional-metabólico	92%
Patrón de eliminación	93%
Patrón de actividad-ejercicio	85%
Patrón cognitivo-perceptual	83%
Patrón de sueño-descanso	82%
Patrón de autopercepción-autoconcepto	82%
Patrón de rol-relaciones	81%
Patrón de sexualidad-reproducción	85%
Patrón de afrontamiento-tolerancia al estrés	81%
Patrón de valores-creencias	80%

Los resultados de la evaluación global del instrumento realizada por las 12 enfermeras asistenciales, puede verse en la Tabla 2.

Tabla 2 - Media (\bar{x}), Desviación estándar (S) y Coeficiente de variación (CV) para cada aspecto evaluado y del instrumento en general

Nº	Pregunta	\bar{x}	S	CV (%)
1	El instrumento es pertinente para el cuidado de enfermería	9.6	0.62	6.4
2	El instrumento es sencillo y fácil de aplicar en la práctica	8.9	1.2	13.4
3	Los criterios de valoración son comprensibles	9.7	0.64	6.6
4	Los elementos del instrumento están expresados con claridad	9.3	0.75	8.0
5	Los criterios son adecuados para la valoración inicial del paciente	9.1	0.8	8.7
Global		46.6	3.5	7.5

En esta fase se propusieron pequeñas modificaciones como incluir una opción para señalar en caso de que la valoración de un patrón no sea pertinente o no ofrezca datos de interés un espacio para resumir la información más relevante de valoración. Los criterios de valoración de cada categoría incluidos en la versión definitiva pueden verse en las Figuras 2 y 3.

Espacio para logotipo e identificación de la Institución

IDENTIFICACIÓN DEL PACIENTE

Apellidos:..... Nombre:.....
 Edad:..... Dirección:.....
 Teléfono:..... Nº HªC.....
 Servicio:..... Planta:..... Habitación:..... Cama.....
 Nº Identificación..... Afiliación:.....
 Motivo de ingreso..... Fecha de Ingreso:...../...../.....

VALORACIÓN INICIAL DE ENFERMERÍA

00. VALORACIÓN FÍSICA

Peso..... Talla..... IMC..... Pupilas..... Temperatura..... TA..... FC..... FR.....
 Tipo de respiración..... Tos: Seca. Productiva. Expectoración:..... Auscultación:.....
 Piel: Hidratada. Deshidratada Integra. Cianosis. Ictericia. Palidez coloración normal
 Edemas (localización)..... Varices (localización).....
 Heridas: (localización)..... Tipo..... Presencia de UPP (localización):.....
 Riesgo de UPP (escala.....):.....
 Tratamiento médico:.....

01. PATRÓN PERCEPCIÓN-MANEJO DE SALUD

Describe su estado de salud: excelente bueno normal malo. Da importancia a su salud. Acepta su estado de salud
 No participa en aspectos relacionados con la enfermedad. No sigue el plan terapéutico.
 Motivo: Desconocimiento. Incapacidad Olvido Falta de motivación. Necesidades económicas
 Necesita o desea más información sobre su salud: Medicación. Enfermedad. Signos de riesgo autocuidados
 Alcohol: consumo esporádico. A diario. Excesivo en fines de semana. intoxicación etílica en el último mes
 Tabaco: Exfumador. Fumador. > de 10 cigarrillos/día. < de 10 c/día. Desea dejar de fumar. Otras sustancias:.....
 Alergias. Alimentos..... Medicamentos..... Otras.....
 Otras consideraciones:.....
 NADA A DESTACAR

02. PATRÓN NUTRICIONAL METABÓLICO

Nutrición artificial: Sonda Nasogástrica Nutrición parenteral **Apetito:** Aumentado Normal Disminuido.
 Dificultad para: Tragar Masticar Beber. **Intolerancia a la ingesta:** Náuseas. Vómitos Regurgitaciones
 Problemas de dentición: Prótesis Faltan piezas Caries. **Problemas en la mucosa oral(describir):**.....
 Higiene bucal: Diaria. Después de comidas. Ocasional/nunca
 Sigue algún tipo de dieta: De adelgazamiento. Diabética. Colesterol. Hiposódica. Otra.....
 Enumere lo que come en un día: Desayuno..... Comida (almuerzo).....
 Cena..... Otras..... Suplementos:.....
 Consumo de líquidos diarios: Agua..... Refrescos..... Leche..... Mates (infusiones)..... Café..... Otros.....
 Expresa satisfacción con su peso Sí. No.
 Otras consideraciones:.....
 NADA A DESTACAR

03. PATRÓN ELIMINACIÓN

HÁBITO INTESTINAL: Frecuencia..... Consistencia: Líquida Formada Dura **Color**.....
 Dolor al defecar. Hemorroides Gases Presencia de sangre en heces. Ostomías (tipo).....
Autonomía para la defecación: No precisa ayuda. Ayuda parcial. Dependiente total Usa pañales
 Otras consideraciones:.....
 NADA A DESTACAR

HÁBITO URINARIO: Frecuencia..... Color y aspecto de la orina:..... Signos de retención de líquidos.
 Incontinencia (tipo)..... Sondas vesicales (tipo)..... Fecha último cambio:...../...../.....
Autonomía para la eliminación: No precisa ayuda. Ayuda parcial. Dependiente total Usa pañales
 Otras consideraciones:.....
 NADA A DESTACAR

04. PATRÓN ACTIVIDAD - EJERCICIO

Actividad física habitual: Sedentario Paseos ocasionales Paseo diario (tiempo:.....) Pratica deporte (especificar:.....)
 Situación actual: Deambulante. Sillón. Cama **Dificultad para:** Moverse Levantarse Sentarse Caminar.
 Nivel funcional de movilidad: No precisa ayuda. Ayuda de dispositivos Ayuda de personas y dispositivo Dependiente total
 Ayuda para vestirse: Autónomo. Ayuda parcial. Dependiente total **Vestido no adecuado:** Sí. **Calzado no adecuados:** Sí.
 Ayuda para el baño e higiene: Autónomo. Ayuda parcial. Dependiente total **Higiene general:**.....
 Otras consideraciones:.....
 NADA A DESTACAR

Figura 2 - Anverso del formulario para la valoración inicial de enfermería

05. PATRÓN SUEÑO-DESCANSO

Nº de horas que suele dormir al día..... Interrupciones de sueño (nº Veces.....) Necesita Ayuda para dormir (Tipo).....
 Se levanta descansado. Somnoliento durante el día Tiene períodos de descanso relax. Es capaz de autorrelajarse
Otras consideraciones:.....
 NADA A DESTACAR

06. PATRÓN COGNITIVO-

Déficit de visión (especificar)..... Déficit de audición (especificar).....
Nivel de consciencia: Consciente Somnoliento Obnubilado Estuporoso Comatoso
Nivel de escolarización: Leer y escribir Estudios primarios Estudios secundarios Analfabeto
Nivel de orientación: Orientado Desorientado: Tiempo. Espacio Personas
Pérdida de memoria: No. Memoria reciente Total
Dolor: No Agudo Crónico. Intensidad (EVA 1-10)..... Localización.....
Comunicación: Dificultad de Comprensión Expresión Aprendizaje Idioma (.....) Lenguaje incoherente
Sensibilidad térmica: Al frío aumentada disminuida. Al calor aumentada disminuida.
Otras consideraciones:.....
 NADA A DESTACAR

07. PATRÓN AUTOPERCEPCIÓN AUTOCONCEPTO

Tiene sensación de aprensión, malestar o amenaza de origen inespecífico: No Ocasional Frecuente
Expresa sentimiento frecuente de: Temor Enfado desilusión o desgana Cambios bruscos de humor
 Desagrado con su imagen corporal No se siente útil
Otras consideraciones:.....
 NADA A DESTACAR

08. PATRÓN ROL RELACIONES

Vive: Solo Familia Otros..... **Nº Miembros de la familia**.....
Manifiesta o refiere: Carencia afectiva Problemas de integración Problemas familiares (tipo).....
Personas a su cargo: Niños pequeños. Ancianos. Discapacitados
Especificar el cuidador principal de la familia.....
Situación Laboral: Trabaja (.....) Jubilado Desempleado. Ama de casa Invalidez
 Estudiante Otros..... El trabajo influye en el estado de salud: Sí No
Condiciones del hogar No adecuados de: Habitabilidad Seguridad Salubridad
Otras consideraciones:.....
 NADA A DESTACAR

09. PATRÓN SEXUALIDAD-REPRODUCCIÓN

Edad menarquia:..... **Edad menopausia:**..... **Embarazos**..... **Abortos**.....
Problemas en la menstruación (especificar):.....
Métodos anticonceptivos: No utiliza. Utiliza (especificar)..... Insatisfacción con el método utilizado
Relaciones sexuales: De riesgo. Insatisfactorias (Especificar por qué).....
Disfunción reproductiva (especificar):.....
Otras consideraciones:.....
 NADA A DESTACAR

10. PATRÓN ADAPTACIÓN-TOLERANCIA AL ESTRÉS

Su Situación actual ha alterado sus: Ideas/Creencias. Relación familiar. Trabajo. Ocio
Cambios vitales en los dos últimos años: Pérdida de familiares. Enfermedad de familiar. Enfermedad propia. Cambios de trabajo
Adaptación a esos cambios: Adaptado. Cree que necesita ayuda
Otras consideraciones:.....
 NADA A DESTACAR

10. PATRÓN VALORES-CREENCIAS

Sus ideas o creencias influyen en: Su alimentación Los cuidados de salud. Otros.....
Es religioso: No. Sí (Especificar religión).....
Otras consideraciones:.....
 NADA A DESTACAR

OBSERVACIONES/DIAGNÓSTICO:..... **Datos obtenidos de:** Paciente Familia Hª Clínica Otras
.....
..... **Fecha**...../...../..... **Hora**.....
..... **Enfermero/a:**.....
..... **Firma:**
.....
.....

Figura 3 - Reverso del formulario de valoración inicial de enfermería

DISCUSIÓN

El instrumento que hemos diseñado responde a los criterios de brevedad, fácil cumplimentación y enfoque enfermero que las enfermeras bolivianas demandaban desde los ámbitos asistencial y docente⁽⁵⁻¹⁸⁾. Servirá para que estas enfermeras mejoren su documentación, empezando por el registro de la primera fase del PAE. La elección de los Patrones Funcionales de Salud proporciona un marco de valoración estándar con independencia de la edad, el nivel de cuidados o los problemas clínicos de la persona. Otra ventaja de su elección es que facilita la utilización de las taxonomías internacionales para los diagnósticos enfermeros, como la NANDA cuyos *Dominios* se corresponden con los Patrones Funcionales de Salud de Gordon.

Un instrumento puede considerarse válido⁽²²⁾ cuando el promedio de las puntuaciones otorgadas por los jueces es igual o mayor al 80% de la máxima puntuación posible y el coeficiente de variación es menor al 10%. Los valores obtenidos en nuestro estudio (46.6 puntos sobre 50 y 7.5% de CV) le confieren validez para su uso por las enfermeras en la práctica clínica, como guía y documento de registro de la valoración inicial de enfermería y por las docentes en la enseñanza de la valoración de enfermería como primera etapa del PAE.

La utilidad y finalidad de unos buenos registros clínicos han sido ampliamente descritos en la literatura: sirven de base para la planificación de la atención, proporcionan información sobre la evolución, satisface los requisitos legales, favorecen la continuidad de cuidados, proporcionan información para la gestión clínica, de recursos, para la evaluación de servicios, las auditorías de desempeño, para las políticas de calidad y la investigación^(2-3,12). Además, la mejora en la evaluación de los pacientes y en la documentación concomitante puede influir en la calidad general de la atención a los pacientes^(3,9).

Pero, como han advertido algunos autores^(2,16), para que los intentos de implementación o modificación de sistemas de registro sean exitosos es importante asegurar la participación del personal de enfermería en su diseño y desarrollo. Así mismo es importante la formación de las enfermeras, por lo que las experiencias de implantación del PAE van a menudo acompañadas de talleres de formación sobre el mismo^(4-5,11,13). Esta formación adicional no garantiza el éxito por sí sola pero sin ella asumimos que los cambios se harán de manera individual y descoordinada⁽¹⁶⁾. En nuestro caso, a la vez que diseñamos un formulario para la valoración inicial con la participación de enfermeras docentes y asistenciales, se programaron actividades formativas sobre el PAE en las que se incluyeron talleres de entrevista clínica para la valoración, de suma importancia para que las enfermeras incorporen en su atención una valoración inicial estructurada^(5,16).

El intento de lograr un enfoque enfermero es una preocupación creciente en la orientación de la valoración de

enfermería^(4,9,11). La inclusión de la valoración física entre las competencias de las enfermeras es un proceso con cierta trayectoria en los países occidentales. Sin embargo, frecuentemente se equipara la valoración de enfermería con la valoración física, enseñándose a las enfermeras una valoración desde modelos médicos, donde aprenden procedimientos que son competencia de los médicos y que las enfermeras raramente llegarán a utilizar^(9,14-15). Por ello la inclusión de la valoración física como complemento de una evaluación psicológica y social es recomendada para garantizar una atención integral en lugar de fragmentada^(12,16-17). En esa línea, el instrumento de valoración inicial que hemos diseñado incluye criterios referidos a estilos de vida, nivel de autonomía y dependencia para las actividades de la vida diaria y una valoración física escueta.

La brevedad del instrumento fue identificado por las enfermeras participantes como un requisito para que su implementación tuviera éxito. Así mismo manifiestan la necesidad de que sea fácilmente cumplimentable, utilizando casillas de verificación y espacios abiertos reducidos para incluir breves aclaraciones en texto. Esto concuerda con otros estudios y formularios publicados⁽⁷⁾ y puede animar a quienes argumentan que no aplican el PAE y cumplimentan los registros por falta de tiempo o instrumentos sencillos⁽⁹⁻¹¹⁾.

Limitaciones

Entre las limitaciones de este estudio destaca el contexto local del mismo y el reducido tamaño de la muestra, por lo que nuestros resultados no son generalizables y sólo sirven para el contexto donde se ha desarrollado la investigación-acción. Otra limitación es que el instrumento se ha sometido a validación teórica por jueces expertos pero no a validación empírico-analítica.

CONCLUSION

El diseño de una herramienta de valoración inicial con la participación de las enfermeras implicadas constituye una base necesaria para la implantación del Proceso de Atención de Enfermería y para mejorar la calidad de los registros clínicos del paciente al incorporar en ellos las actuaciones enfermeras. El enfoque enfermero del instrumento contribuye al desarrollo del rol propio de la enfermera y a su incorporación a la corriente internacional en la enfermería que potencia la estandarización de la práctica, y el desarrollo de un lenguaje propio y universal para expresar los fenómenos de la enfermería.

El instrumento de valoración diseñado ha sido aprobado por las comisiones de historia clínica de los centros participantes y se ha incorporado en la historia clínica de los pacientes como base de los registros enfermeros. También se está utilizando, desde la aprobación del nuevo plan de estudios para el Grado en Enfermería de la Universidad Autónoma Gabriel René Moreno, como herramienta para la docencia de asignaturas como Fundamentos de Enfermería o Enfermería Médico-quirúrgica.

REFERENCIAS

1. Alfaro-LeFevre R. Applying nursing process: a step-by-step guide. 4th ed. Philadelphia: Lippincott-Raven; 1998.
2. Urquhart C, Currell R, Grant MJ, Hardiker NR. Nursing record systems: effects on nursing practice and healthcare outcomes. *Cochrane Database Syst Rev* [Internet]. 2009 [cited 2009 Sept 20];(1):CD002099.
3. Nascimento KCD, Backes DS, Koerich MS, Erdmann AL. Systematization of nursing care: viewing care as interactive, complementary and multi-professional. *Rev Esc Enferm USP* [Internet]. 2008 [cited 2011 May 22];42(4):643-8. Available from: http://www.scielo.br/pdf/reeusp/v42n4/en_v42n4a04.pdf
4. Arlandis M, Sellán MC, Cuevas C, Ajejas J, Gimena M, Olea J, et al. Aplicabilidad del modelo de autocuidado de D. Orem: elaboración de un registro de valoración inicial integrado para atención primaria y atención especializada. *Nursing*. 2008;26(2):54-61.
5. Fernández-Sola C, Granero-Molina J, Aguilera-Manrique G, Peredo-de-Gonzalez MH, Castro-Sánchez AM, Pérez-Galdeano A. Strategies to develop the nursing process and nursing care plans in the health system of Bolivia. *Int Nurs Rev*. 2011;58(3):392-9.
6. Carvalho EC, Martins FTM, Dalri MCB, Canini SRMS, Laus AM, Bachion MM, et al. Relations between nursing data collection diagnoses and prescriptions for adult patients at an intensive care unit. *Rev Latino Am Enferm*. 2008;16(4):700-6.
7. Fernández-Sola C, Granero-Molina J, Aguilera-Manrique G. Care map for patients under nuclear medicine procedures. *Invest Educ Enferm*. 2009;27 Suppl 1:118-30.
8. Almeida MA, Seganfredo DH, Unicoovski MR. Nursing outcome indicator validation for patients with orthopedic problems. *Rev Esc Enferm USP* [Internet]. 2010 [cited 2011 May 22];44(4):1059-64. Available from: http://www.scielo.br/pdf/reeusp/v44n4/en_29.pdf
9. Meurier CE. The quality of assessment of patients with chest pain: the development of a questionnaire to audit the nursing assessment record of patients with chest pain. *J Adv Nurs* 1998;27(1):140-6.
10. Oliveira P, Rapone R. Tempo despendido no sistema de assistência de enfermagem após implementação de sistema padronizado de linguagem. *Rev Esc Enferm USP*. 2008;42(1):152-9.
11. Harris R, Wilson-Barnett J, Griffiths P, Evans A. Patient assessment: validation of a nursing instrument. *Int J Nurs Stud*. 1998;35(6):303-13.
12. Pokorski S, Moraes MA, Chiarelli R, Constanzi AP, Rabelo ER. Nursing process: from literature to practice. What are we actually doing? *Rev Latino Am Enferm*. 2009;17(3):302-7.
13. Fernández A, Kurcgant P. O processo de implementação do diagnóstico de enfermagem no Hospital Universitário da Universidade de São Paulo. *Rev Esc Enferm USP*. 2006;40(1):111-6.
14. Lesa R, Dixon A. Physical assessment: implications for nurse educator and nursing practice. *Int Nurs Rev*. 2007;54(2):166-72.
15. Secrest JA, Norwood BR, DuMont PM. Physical assessment skills: a descriptive study of what is taught and what is practiced. *J Prof Nurs*. 2005;21(2):114-8.
16. Cerullo JASB, Cruz DALM. Clinical reasoning and critical thinking. *Rev Latino Am Enferm*. 2010;18(1):124-9.
17. Wheeldon A. Exploring nursing roles: using physical assessment in the respiratory unit. *Br J Nurs*. 2005;14(10):571-4.
18. Granero-Molina J, Fernández-Sola C, Aguilera-Manrique G, Peredo-de-Gonzales MH, Mollinedo-Mallea J, Hernández-Padilla JM. Analysis of conditions for introducing nursing procedures in Santa Cruz (Bolivia). *Enferm Clin*. 2010;20(5):280-5.
19. Mendez RDR, Rodrigues RCM, Cornélio ME, Gallani MCB, Godin G. Development of an instrument to measure psychosocial determinants of physical activity behavior among coronary heart disease patients. *Rev Esc Enferm USP* [Internet]. 2010 [cited 2011 May 22];44(3):584-96. Available from: http://www.scielo.br/pdf/reeusp/v44n3/en_06.pdf
20. Pasquali L. Princípios de elaboração de escalas psicológicas. *Rev Psiq Clin* [Internet]. 1998 [citado 2011 abr. 12];25(5). Disponível em: <http://www.hcnet.usp.br/ipq/revista/vol25/n5/conc255a.htm>
21. Braga CF, Cruz DALM. Powerlessness assessment tool for adult patients. *Rev Esc Enferm USP* [Internet]. 2009 [cited 2011 May 18];43(n.spe):1063-70. Available from: http://www.scielo.br/pdf/reeusp/v43nspe/en_a10v43ns.pdf
22. Pineda E, De Alvarado E, de Canales F. Metodología de la investigación. 2ª ed. Washington: OMS; 1994.

Agradecimientos

A las enfermeras participantes, a las docentes y autoridades académicas de la UAGRM y a la Agencia Española de Cooperación Internacional que financió este estudio mediante los PCI A/6907/06 y A/8374/07.