



EVALUACION

CAPITULO

4

EVALUACION

La evaluación es el último capítulo y el paso final del PAE. Existen dos partes en la evaluación: evaluación del logro del objetivo y revaloración del plan de atención.

$$\text{Evaluación} = \text{Evaluación del logro del objetivo} + \text{Revaloración del plan de atención}$$

EVALUACION DEL LOGRO DEL OBJETIVO

El propósito de la evaluación es decidir si el objetivo del plan de atención se logró. El objetivo se evalúa en el momento o en la fecha que se especificó en el plan. Mientras la enfermera da atención al paciente, reúne continuamente nueva información acerca del mismo. Algunos datos se usarán para evaluar el logro del objetivo. Para esto, la enfermera regresa al enunciado del objetivo en el plan original. ¿Cuál fue la conducta específica del

paciente, establecida en el objetivo? ¿Fue capaz de realizarla en el tiempo establecido? Las respuestas a estas dos preguntas son la base para la evaluación del logro del objetivo.

Lo único que se evalúa es la capacidad del paciente para realizar la conducta señalada dentro del objetivo establecido, en el plan de atención. Las acciones de enfermería no se evalúan en este punto y no deben ser parte de la evaluación. La eficacia de las acciones de enfermería, órdenes y planes de enseñanza se examinarán en la revaloración del plan. La enfermera podría haber dado el baño de cama más rápido del mundo, pero no es importante para evaluar el logro de un objetivo. Si el objetivo que se perseguía era mantener al paciente tranquilo y dormido por varias horas, la enfermera evaluará su conducta. ¿Durmio el paciente varias horas? Es importante la destreza con la cual la enfermera realiza algunos procedimientos, ya que afectarán el logro del objetivo. Sin embargo, al escribir un enunciado de evaluación, se espera valorar la conducta del paciente. El resultado de la atención de enfermería en la forma de modificar la conducta del paciente es el punto principal de la evaluación.

Existen dos partes en el enunciado de una evaluación: la conclusión de qué tan bien se logró el objetivo y los datos de la conducta del paciente que apoyan dicha conclusión. La enfermera tiene tres alternativas cuando decide acerca de un objetivo: (1) logrado, (2) logrado en forma parcial, o (3) no logrado.

Enunciado de evaluación	=	Objetivo logrado Objetivo logrado en forma parcial Objetivo no logrado	+	Conducta del paciente como prueba
----------------------------	---	--	---	--------------------------------------

Si el paciente es capaz de realizar la conducta en el tiempo establecido a la fecha del enunciado del objetivo, éste se logró. Si el paciente puede demostrar la conducta, pero no tan bien como la enfermera la especificó en el enunciado, el objetivo se logró en forma parcial. Si el paciente es incapaz de realizar la conducta o está renuente, el objetivo no se logró. Por ejemplo:

Enunciado del objetivo: El paciente caminará y regresará a lo largo del corredor, para el día 7 de Febrero.

Objetivo logrado: el paciente caminó la distancia del corredor y regresó.

Objetivo logrado en forma parcial: el paciente caminó la distancia del corredor, pero estaba muy cansado para regresar.

Objetivo no logrado: el paciente se rehusó a caminar.

Objetivo no logrado: el paciente no es capaz de soportar su propio peso.

Enunciado del objetivo: 7 de Febrero: la úlcera de decúbito sanará en un mes.

Evaluación del objetivo: (realizada el día 7 de Marzo o antes).

Objetivo logrado: úlcera de decúbito curada.

Objetivo logrado en forma parcial: úlcera de decúbito aún presente, pero reducida a la mitad del tamaño inicial y seca.

Objetivo no logrado: úlcera de decúbito abierta y drenando.

Enunciado del objetivo: Después de terminar el capítulo 4, el estudiante dirá que este libro de enfermería es el más interesante que ha leído.

Evaluación del objetivo (realizada cuando el estudiante termine el capítulo 4).

Objetivo logrado: el estudiante expresó que este libro fue el más interesante que ha leído y obtuvo "A" en el curso.

Objetivo logrado en forma parcial: el estudiante dijo que este libro fue tan interesante como otros libros al respecto y obtuvo "C" en su curso.

Objetivo no logrado: el estudiante perdió el libro y pidió su baja de la clase.

Si el problema del paciente se resolvió, la enfermera indicará en el plan que el objetivo se logró. Este se documenta de acuerdo a las necesidades de cada institución, pero debe incluir la forma de la enfermera que completa la evaluación. Sin embargo, el problema del paciente puede o no resolverse cuando se alcanza el objetivo. Si el problema aún existe, aunque el objetivo se haya logrado, la enfermera debe empezar a revalorar. Si el objetivo se alcanzó en forma parcial o no se logró, la revaloración debe efectuarse siempre.

Volvamos al ejemplo de la Sra. González y observemos la hoja de trabajo del plan de atención de enfermería que incluyen las evaluaciones de los objetivos.

REVALORACION DEL PLAN DE ATENCION

Revalorar

El proceso de cambiar o eliminar diagnósticos de enfermería previos, objetivos y acciones con base a nuevos datos del paciente.

HOJA DE PLAN DE TRABAJO DEL PLAN DE ENFERMERIA

Paciente: Sra. González

Objetivos	Evaluación
<p>1. Realizar lo siguiente antes de su egreso hospitalario, como prueba de que comprendió las necesidades de autocuidado relacionadas con la diabetes</p> <p>a. A corto plazo: Planear un menú de 3 días para la familia, que contenga los requerimientos en la dieta de un paciente diabético. A largo plazo: Después del egreso hospitalario, prevenir hiperglucemia grave (4 + en glucosurias o 2%)</p> <p>b. Enlistar signos y síntomas de hiper e hipoglucemia</p> <p>Explicar acciones a realizar en estas complicaciones</p> <p>c. Realizar en forma correcta la prueba en orina para diabetes</p> <p>d. Realizar atención correcta al pie diabético</p> <p>e. Ausencia de infecciones en la piel durante la hospitalización y después del egreso; demostrar atención a la piel diabética</p> <p>f. Demostrar habilidad en la autoadministración de hipoglucemiantes orales</p>	<p>a. A corto plazo: Objetivo logrado el 13 de Nov. La dietista reportó que la paciente es capaz de planear un menú de 3 días con los requerimientos en la dieta de un paciente diabético. A largo plazo: Objetivo no evaluado. Enviarla con la enfermera de salud pública para visitas de seguimiento</p> <p>b. Objetivo logrado en forma parcial al 15 de Nov. La paciente conoce los signos y síntomas de la hipoglucemia pero está confusa con respecto a los de hiperglucemia</p> <p>Objetivo logrado. La paciente informó de acciones adecuadas en hiper e hipoglucemia, 12 de Nov.</p> <p>c. Objetivo logrado. Prueba realizada en forma adecuada cuatro veces al día durante 2 días, 13-14 de Nov.</p> <p>d. Objetivo logrado. Se realizó en forma adecuada durante 2 días</p> <p>e. Objetivo logrado en forma parcial. No hubo infecciones durante la hospitalización. Se envió a la paciente con la enfermera en salud pública para visitas de control. Demostró cuidado apropiado de la piel</p> <p>f. Objetivo logrado. Competente en la autoadministración de Diabinese 0.250 g cada 24 horas durante 3 días, 15 de Nov.</p>

HOJA DE PLAN DE TRABAJO DEL PLAN DE ENFERMERIA (Cont.)

Paciente: Sra. González

Objetivos	Evaluación
g. Explicar en forma correcta cómo afrontar una enfermedad de corto plazo y el manejo de su diabetes	g. Objetivo no logrado. La paciente dice no enfermarse con frecuencia por lo que no cree que la diabetes la afectará, 15 de Nov.
h. Obtener etiqueta de alerta médica	h. Objetivo logrado. Se obtuvo etiqueta de alerta médica por medio del hospital, 13 de Nov.
2. Que el temor a las complicaciones diabéticas estén basadas en datos precisos de acuerdo a la evolución y complicaciones de la diabetes mellitus del adulto, para el 10 de Nov.	2. Objetivo logrado. La paciente discutió complicaciones diabéticas reales y su prevención
3. Expresar comentarios con relación a la diabetes e indicar un autoconcepto positivo, para el 12 de Nov.	3. Objetivo no logrado. La paciente siente enfado por la enfermedad que se le diagnosticó. Siente que si hubiera controlado mejor su peso en el pasado, la podría haber prevenido

La revaloración sigue a la evaluación de objetivos. Los datos de la revaloración pueden provenir de varias fuentes. La enfermera reúne la mayor parte de los nuevos datos mientras brinda atención al paciente. Esta nueva información se usará como prueba para evaluar el logro del objetivo y puede indicar la necesidad de revisión del plan de atención existente.

Suele haber varios resultados al revalorarse los planes de atención.

1. Las prioridades pueden cambiar y los problemas ya identificados en el diagnóstico de enfermería tendrán que colocarse en orden diferente.
2. Los nuevos datos pueden indicar que hay un nuevo problema y la enfermera entonces redactará otro diagnóstico con sus objetivos y establecerá acciones específicas.
3. La enfermera puede decidir que el objetivo se logró y el problema que se había establecido en el diagnóstico, ha desaparecido. Documentará entonces esta evaluación y el plan de atención concluiría para este problema. Por ejemplo:



Fig. 4-1. Objetivo logrado – ¡felicidades!

Diagnóstico de enfermería: Propensa a alteraciones de la piel debido a la inmovilidad.

Objetivo a largo plazo: La paciente conservará la integridad de su piel durante el periodo de inmovilización.

Evaluación: (Realizada sólo después de que la paciente inicia la movilización otra vez, por ejemplo: mejoría de su estado, cambio de órdenes médicas). **Objetivo logrado:** la integridad de la piel se mantuvo mientras permaneció en cama. 13 de Nov. L. Pérez, R.N.

Revaloración: Ya no existe el problema relacionado con la inmovilidad. La paciente ahora camina. 13 de Nov.: se elimina el plan de atención relacionado con este problema. L. Pérez, R.N.

4. La enfermera puede decidir que el objetivo se logró, pero el problema aún existe. Cambiará entonces el objetivo y/o las acciones y continuará trabajando con la paciente hasta aliviar o disminuir el problema. En este caso se usan los objetivos progresivos a corto plazo para alcanzar un objetivo a largo plazo. La revaloración requiere elaborar el siguiente objetivo progresivo con las acciones correspondientes para suplir el objetivo que apenas se alcanzó. La re-

valoración terminaría solamente si el objetivo a largo plazo se alcanza y el problema que se identificó en el diagnóstico se elimina por completo.

5. La enfermera puede decidir que el objetivo no se logró o sólo se alcanzó en forma parcial. Hay varias razones que explicarían el por qué no se logró y la revaloración es necesaria para identificar y confiar en corregir el plan.
 - a. El diagnóstico del cual se deriva el objetivo puede ser inadecuado y requiere de corrección.
 - b. El diagnóstico puede ser el adecuado, pero el objetivo irreal para las capacidades del paciente. La enfermera revisará entonces el objetivo y las acciones, según sea necesario.
 - c. Si el diagnóstico y el objetivo fueron apropiados, las acciones de enfermería pueden no ser adecuadas para alcanzar dicho objetivo. La revaloración comprende la elección de las acciones más efectivas que modifiquen el plan de atención.
 - d. Pueden ser apropiados el diagnóstico, el objetivo y las acciones de enfermería, pero las circunstancias del hospital cambiaron o el estado del paciente se modificó, o se indicaron nuevas órdenes médicas en oposición con el plan de atención de enfermería. Todos estos cambios requieren la revaloración completa del plan para adecuarlo al estado general del paciente.

El Kárdex del plan de atención debe reflejar el plan actualizado de atención que se desarrolló a través del proceso de evaluación y revaloración. Los objetivos a corto plazo iniciados durante un turno de enfermería de 8 hs., deben evaluarse y revalorarse. Los objetivos progresivos a corto plazo, generales, pueden escribirse en el plan de atención antes de que la enfermera finalice su turno de 8 hs., así el siguiente turno empezará a trabajar con un plan de atención actualizado.

La evaluación y revaloración ayudan a la enfermera a desarrollar la habilidad de redactar planes reales y efectivos para afrontar los problemas del paciente. La evaluación de los objetivos realizados da a la enfermera la retroalimentación necesaria para determinar si el plan de atención fue efectivo en la eliminación, disminución o prevención de los problemas del paciente. Cuando el plan es satisfactorio, la enfermera agrega un repertorio de acciones de enfermería y objetivos que pueden utilizarse para problemas similares en situaciones futuras. Si el plan fracasa, la enfermera puede tratar de valorar lo correcto e incorrecto del plan antes de utilizar con otro paciente un plan similar.

La gráfica SOAP puede usarse para documentar el progreso de acuerdo con la realización del objetivo o documentar la evaluación y la revaloración. Las notas narrativas tradicionales de enfermería son otra forma que puede tomar esta documentación. El formato de gráfica SOAPIE(R) podría uti-



Fig. 4-2. La revaloración puede guiar a la revisión del plan de atención ya existente.

lizarse de manera más apropiada como una nota extractada del problema y su solución. La revaloración (R) del plan se emplea en el formato SOAPIER para incluir nuevos datos, diagnósticos, objetivos y acciones. El ejemplo siguiente ilustra las formas posibles de documentar un plan de atención con diagnóstico de “sobrepeso”.

Diagnóstico de enfermería: Sobrepeso de aproximadamente 30 kg para la estatura.

Objetivos de enfermería:

Largo plazo: peso de 60 kg, para el 30 de Septiembre. (Objetivo del paciente).

Corto plazo:

Peso 91 kg, para el 11 de Enero.

Pesar 90 kg, para el 21 de Enero.

Pesar 89 kg, para el 28 de Enero.

(1 kg por semana, disminución de peso promedio).

Evaluación:

Objetivo a corto plazo:

Objetivo logrado. Peso de 91 kg el 14 de Enero.

Objetivo logrado. Peso de 90 kg el 21 de Enero.

Objetivo logrado. Peso de 89 kg el 28 de Enero.

Objetivo logrado. Peso de 88 kg el 4 de Febrero.

Objetivo a largo plazo: objetivo alcanzado. Peso de 58 kg el 30 de Septiembre.

Revaloración: *Después del objetivo de corto plazo*, continuar con el plan. El paciente está perdiendo peso. Progresar a objetivo de peso de la semana siguiente. El problema de “sobrepeso” aún existe.

Revaloración: *Después del objetivo a largo plazo*, el paciente alcanzó el peso final.

El problema de “sobrepeso” ya no existe.

Nuevo diagnóstico: Propensión al aumento de peso en base a la historia de sobrepeso.

Nuevo objetivo: Mantener el peso actual por un año con una variación máxima de 1.5 kg.

Nuevo plan de enfermería:

1. Peso semanal 2 por mes, durante 6 meses, después cada mes durante 6 meses.
2. Añadir en forma gradual comida a la dieta hasta ingerir de 1200–1500 cal. por día.
3. Estimular al paciente del control diario de su peso en su casa con una dieta balanceada para mantener el peso deseado.
4. Proponer la continuación de un programa de ejercicios, como caminar 3 km por día.

Documentación: Objetivo a corto plazo. Formato SOAP.

S. “Me siento verdaderamente bien. Bajé otra talla. Esta semana soy 14”.

O. Peso 77 kg el 29 de Abril. TA 110/70, P 83, R 16.

A. El objetivo para el 29 de Abril se logró. El paciente continúa la disminución de peso con dieta de reducción de 900 cal. El paciente aún tiene sobrepeso de aproximadamente 4 kg del peso ideal para su estatura.

P. Peso de 76 kg para el 6 de Mayo es el nuevo objetivo. Continúa con dieta de reducción, programa de ejercicios y examen semanal.

Documentación: Objetivo a largo plazo. Formato SOAPIER.

S. “No lo puedo creer. Me siento muy bien. Voy a comprar ropa talla 10 al salir de aquí”.

O. Peso de 58 kg el 30 de Septiembre. TA 112/74, P 82, R 18, Hb 12.4.

- A. Objetivo a largo plazo: logrado. El paciente logró el peso ideal. Se eliminó totalmente el sobrepeso. Problema resuelto el 30 de Septiembre.
- P. Discontinuar la dieta de reducción de 900 cal. Añadir de manera gradual a la comida la ingestión de 1200–1500 cal.
- I. Este paciente se mantuvo con un programa de ejercicios hace 9 meses (camina 3 km por día), dieta de reducción de 900 cal., y examen semanal para vigilancia de la disminución del peso y su estado de salud. Examen de HB cada mes, sus signos vitales se mantuvieron normales en los controles semanales.
- E. Objetivo logrado. El paciente no tiene sobrepeso. Su peso es normal para su estatura. 30 de Septiembre.
- R. El paciente está propenso a aumentar de peso de manera rápida al terminar el programa de reducción. Continuar la vigilancia cada 2 semanas durante 6 meses. Animar al ejercicio y la vigilancia del peso diario con dieta de 1200–1500 cal. Regresar a 900 cal., si existe aumento de 1.5 kg o más, hasta perder peso.

La siguiente hoja de trabajo de plan de atención es el de la Sra. González y muestra la revaloración. La figura 4–3 incluye la forma abreviada del plan, que debe redactarse por el equipo de enfermería.

REVALORACION

Hoja de trabajo del plan de atención

Paciente: Sra. González

Nuevos objetivos	Nuevas acciones
1. Describir signos/síntomas de hiperglucemia para el 30 de Nov.	1. a. Enviarla con la enfermera en salud pública b. Sugerir tarjeta tamaño cartera con signos/síntomas de hiperglucemia/hipoglucemia
2. La Sra. González usará continuamente la etiqueta médica de alerta	2. Se envió a la paciente a la enfermera en salud pública para evaluación (etiqueta de alerta médica ordenada y deberá entregarse en 2 semanas)

REVALORACION

Hoja de trabajo del plan de atención (cont.)

Paciente: Sra. González

Nuevos objetivos	Nuevas acciones
3. Expresiones que indiquen resolución de enojo y culpabilidad en relación al diagnóstico de diabetes para el 30 de Dic.	3. a. Se envió a la paciente a la enfermera en salud pública b. Alentar a expresar sentimientos por haber sido diagnosticada diabética c. Compartir sentimientos en otra persona, a la cual recientemente se le diagnosticó diabetes; en relación con la aflicción normal "Pérdida de la salud"

BIBLIOGRAFIA

- Brunner, L. S., and Suddarth, D. S. (1975). *Textbook of Medical-Surgical Nursing*, Third Edition. J. B. Lippincott Co., Inc., Philadelphia.
- Campbell, C. (1978). *Nursing Diagnosis and Intervention in Nursing Practice*. John Wiley and Sons, Inc., New York.
- Dugas, B. W. (1977). *Introduction to Patient Care*, Third Edition. W. B. Saunders Co., Philadelphia.
- Little, D. E., and Carnevali, D. L. (1976). *Nursing Care Planning*, Second Edition. L. B. Lippincott Co., Philadelphia.
- Mager, R. F. (1962). *Preparing Instructional Objectives*. Fearon Pub., Inc., Palo Alto, CA.
- Managing Diabetics Properly* (1977). Intermed Communications Inc., Horshan, PA.
- Marriner, A. (1975). *The Nursing Process*. C. V. Mosby Co., St. Louis, MO.
- Rehman, J. E. (1976). *Writing Patient Care Plans: A Reference Guide For Nurses*, Professional Lecture Series, Inc., San Diego, CA.
- Wolff, L., Weitzel, W. H., and Fuerst, E. V. (1979). *Fundamentals of Nursing*, Sixth Edition. J. B. Lippincott Co., Inc., Philadelphia.
- Yura, H., and Walsh, M. (1978). *The Nursing Process: Assessing Planning, Implementation, Evaluation*, Third Edition. Appleton-Century-Crofts, New York.

PLAN DE ATENCIÓN ABREVIADO

		Paciente: Sra. González	
Diagnóstico de enfermedades	Objetivos	Fecha y Firma	Acción planeada
Ingreso: 6 de Noviembre Egreso: 16 de Noviembre			
9/XI. Información inadecuada sobre la DM	A su egreso entender su autocuidado en relación a la diabetes La paciente debe demostrar a corto plazo: a. Planear un menú para 3 días		1. Valorar conocimiento y capacidad para aprender 2. Enseñar plan para incorporar todos los objetivos específicos
Propensa a hiperglucemia en relación a patrones de alimentación familiares y personales	A largo plazo: Prevenir 4+ /2% de glucosa urinaria después de su egreso b. Información de signos/síntomas y tratamientos para hiperglucemia	12 de Noviembre (Firma)	a. Corto plazo: 14/XI. Objetivo logrado. Planeó menú de 3 días Largo plazo (no evaluado) (Firma)
Propensa a infección de piel/diabetes y sobrepeso	c. Prueba urinaria diabética d. Atención al pie diabético e. Atención a la piel diabética; ausencia de infecciones en la piel f. Autoadministración de medicamentos	11 de Noviembre (Firma) 11 de Noviembre (Firma) 10 de Noviembre (Firma)	b. 16/XI. Objetivo logrado en forma parcial. Pac. confusa acerca de sig. de hipogluc. (Firma) c., 15/XI. Objetivo logrado. De- d., mostró: Examen de orina e. diabética, atención al pie diabético y en la piel no hay infección (Firma)
		11 de Noviembre (Firma)	f. 16/XI. Objetivo logrado. Ad- min. sus propios med. en forma correcta por 3 días (Firma)

g. Información para enfrentarse a la enfermedad en corto plazo	13 de Noviembre (Firma)	familia para expresar sentimientos/intereses	g. 16/XI. Objetivo no logrado. La paciente piensa que el objetivo no es aplicable (Firma)
h. Obtener etiqueta de alerta médica	13 de Noviembre (Firma)	3. Ofrecer grupos de apoyo comunitarios 1. Valorar reacción al dx	h. 13/XI. Objetivo logrado. Obtuvo etiqueta de alerta médica (Firma)
Temor a posibles complicaciones de diabetes		2. Discutir posibl. reacción de aflicción 3. Discutir reacciones de la familia 4. Limitaciones reales. Enfocar habilidades	12/XI. Objetivo logrado. La paciente discutió complicaciones reales y su prevención (Firma)
Imagen corporal alterada/diabetes			12/XI. Objetivo no logrado. La paciente expresó enojo y culpabilidad en relación al diagnóstico (Firma)
Ordenes de enfermería/tratamiento		Medicamentos	
Orina diabética cuatro veces al día. 6-11-4 horas Atención a la piel diabética diaria a.m. Atención al pie diabético diario 9 p.m.			Diabinese 250 mg diarios 7 a.m.

Fig. 4-3. Plan de atención abreviado para la Sra. González, con sus evaluaciones.