

Enfermería Basada en la Evidencia: plan de cuidados para pacientes con VIH/SIDA (parte 1)

Evidence-Based Nursing: care plan for patients with HIV / AIDS (part 1)

Ana Belem López-Morales,¹ Antonio Barrera-Cruz,¹ Claudia Alarcón-Morales,² Rebeca Martínez-Ravelo²

¹Instituto Mexicano del Seguro Social, Coordinación de Unidades Médicas de Alta Especialidad, Coordinación Técnica de Excelencia Clínica; ²Instituto Mexicano del Seguro Social, Hospital de Infectología Centro Médico Nacional La Raza. Ciudad de México, México

Palabras clave:

Planes y programas de salud
Práctica clínica basada en la evidencia
Enfermería basada en la evidencia
Sero diagnóstico del SIDA

Keywords:

Health programs and plans
Evidence-based practice
Evidence-based nursing
AIDS serodiagnosis

Correspondencia:

Ana Belem López-Morales
Correo electrónico:
ana.lopezm@imss.gob.mx
Fecha de recepción:
13/05/2016
Fecha de dictamen:
13/06/2016
Fecha de aceptación:
29/07/2016

Resumen

Introducción: la infección por el virus de inmunodeficiencia humana (VIH) sigue siendo un importante problema de salud pública a nivel mundial. La fase más avanzada de la infección es el síndrome de inmunodeficiencia adquirida (SIDA). El tratamiento con fármacos antirretrovirales pueden controlar el virus y ayudar a prevenir su transmisión, de modo que las personas con VIH o con alto riesgo de contraerlo pueden disfrutar de una vida saludable y productiva. En ese sentido, el personal de enfermería debe proporcionar atención integral con una visión holística a las personas a las personas afectadas por el VIH/SIDA, sus familiares y amigos.

Desarrollo: la elaboración del plan de cuidados basado en la evidencia, incluye la conformación de grupos nominales de expertos, selección del problema a abordar, priorización de etiquetas diagnósticas, búsqueda de información sistematizada, análisis crítico de la evidencia científica, uso de taxonomía enfermera y modelo de priorización de razonamiento en red, así como la adopción y adaptación de recomendaciones de Guías de Práctica Clínica (GPC) nacionales e internacionales y validación interna por pares del documento final.

Conclusiones: el cuidado de enfermería debe basarse en un plan que apoye al personal de enfermería en la toma de decisiones, mediante una metodología ordenada y eficiente, que conduzca a la solución del problema de salud del paciente.

Abstract

Abstract

Introduction: Infection with human immunodeficiency virus (HIV) remains a major public health problem worldwide. The most advanced stage of infection is acquired immunodeficiency syndrome (AIDS). Treatment with antiretroviral drugs can control the virus and help prevent transmission, so that people with HIV or at high risk of contracting it can enjoy a healthy and productive life. In that sense, the nursing staff should provide comprehensive care with a holistic view to people affected by HIV/AIDS, their families and friends.

Development: The preparation of care plan included the creation of nominal groups of experts, meetings, selection of the problem to be addressed, prioritization of diagnostic labels, search of systematic information, critical analysis of scientific evidence, use of nursing taxonomy and prioritization model of reasoning network, adopting and adapting national and international recommendations of Clinical Practice Guidelines (CPG) and internal validation by peers to the final document.

Conclusions: The care provided by the nurse should be based on a care plan that supports nursing staff in decision-making through an organized and efficient methodology, leading to the solution of the patient's health problem.

Introducción

En el año 2012, a nivel mundial, se estimaron 35.3 (32.2 a 38.8) millones de personas viviendo con el virus de inmunodeficiencia humana (VIH), cifra que ha aumentado considerando que ahora más personas tienen acceso a la terapia antirretroviral y, por ende, sobreviven más tiempo. El número de nuevas infecciones por VIH se estiman en 2.3 millones (1.9 a 2.7), cifra inferior en 33% a la estimada en 2001, que era de 3.4 (3.1 a 3.7). En el mismo sentido, ha disminuido el número de muertes por SIDA con 1.6 (1.4 a 1.9) millones de muertes en 2012, cifra por debajo de los 2.3 (2.1 a 2.6) millones en 2005.¹

En el 2013, la prevalencia estimada de VIH en población de 15 a 49 años, fue de 0.23%. Se estiman 180 mil personas viviendo con este virus en todas las edades (140 a 230 mil) y una tasa de mortalidad de 4.2 por cada 100 mil habitantes (2012).²

Las acciones en respuesta al VIH y SIDA tienen más de 25 años, periodo en el cual se han logrado avances innegables en diferentes áreas de la prevención, atención, disminución del estigma y discriminación, como resultado de políticas públicas impulsadas por diversos actores estratégicos e instituciones públicas; así como de la movilización social y participación activa de las organizaciones de la sociedad civil y personas con VIH del país.²

La promoción de la salud y la prevención de enfermedades constituyen el eje fundamental de la salud pública, por ello, son componentes esenciales del modelo de atención a la salud en México. Un elemento sustantivo de la promoción de la salud es su carácter anticipatorio, el cual busca atender, no a la enfermedad directamente, sino a los determinantes sociales de la salud. Se trata de crear y fortalecer determinantes positivos y delimitar o eliminar los negativos.

Las personas afectadas por el VIH/SIDA, sus familiares y amigos necesitan cuidados continuos, información, educación y apoyo en todas las etapas de la enfermedad. En ese sentido, el personal de enfermería proporciona atención integral con una visión holística que considera a la persona como un ser único; en el Instituto Mexicano del Seguro Social se aplica un modelo que atiende las respuestas humanas y fisiopatológicas para lograr el bienestar de la persona y reintegrarla a su entorno sociocultural en las mejores condiciones posibles.³

Cabe resaltar que el profesional de enfermería cuenta con dos herramientas que le permiten proporcionar atención con calidad, calidez y en respeto a la dignidad de las

personas; estas herramientas son el lenguaje estandarizado y el proceso de enfermería, en el cual el diagnóstico es el eje central, porque los problemas que identifica son la base del plan de cuidados y los determinantes para definir las intervenciones más efectivas y el logro de resultados, de los cuales es responsable el profesional de enfermería.⁴

Por tanto, dicha responsabilidad implica estar capacitado para una actuación certera y continuada en estos pacientes, mediante un plan de cuidados de enfermería fundamentado en la evidencia científica que ayude a orientar los cuidados a seguir.

Desarrollo

La elaboración del plan de cuidados incluyó la conformación de grupos nominales de expertos, reuniones de trabajo, selección del problema a abordar, priorización de etiquetas diagnósticas con base en las principales causas de ingresos, egresos y motivos de consultas búsqueda de información sistematizada, definición de alcance y objetivos, adopción de taxonomías (NANDA, NOC y NIC), análisis crítico de la evidencia científica, adopción y adaptación de recomendaciones de guías nacionales e internacionales y fase de validación interna por pares del documento final.

El grupo de trabajo se conformó con profesionales de enfermería, que laboran en segundo y tercer nivel de atención, con experiencia en la atención integral del paciente con VIH/SIDA, así como en el desarrollo de planes de cuidados de enfermería y Guías de Práctica Clínica (GPC). En la selección se consideró la trayectoria profesional de los expertos, formación académica, conocimientos en la gestión del cuidado, capacitación específica de los aspectos teóricos y metodológicos sobre el proceso de atención de enfermería y la clasificación NANDA, NOC y NIC. Dada la importancia de integrar un grupo de trabajo multi e interdisciplinario, además de licenciadas en enfermería, se solicitó la colaboración de personal médico cuya opinión ayudó a estructurar el plan de atención y mejorar el cuidado integral del paciente.

Fase 1: Planeación

Se realizaron tres reuniones previas con el grupo de trabajo y líder de grupo durante el mes de febrero del 2016, para definir los puntos/temas y etiquetas diagnósticas a abordar, así como la selección de los documentos que servirían de fuente en la construcción del plan de cuidados de enfer-

mería en el formato institucional. En dichas reuniones, se realizó la capacitación para la evaluación de las GPC.

Las etiquetas diagnósticas a emplear, posterior al ejercicio de priorización fueron: Riesgo de infección; Protección ineficaz; Incumplimiento; Patrón respiratorio ineficaz; y Duelo

La selección de los resultados, se realizó por interrelación NANDA-NOC y Modelo de análisis de resultado del estado actual (AREA).^{5,6} Con respecto a la selección de los indicadores (unidades medibles derivadas de la respuesta humana) fueron seleccionados con base a las características definitorias del diagnóstico o factor relacionado. Asimismo, la selección de las intervenciones (tratamientos basados en el criterio y el conocimiento clínico que realiza un profesional) se realizó por interrelación NOC-NIC y NANDA-NIC.⁶

Fase 2: Búsqueda de la información

Para la adopción de recomendaciones se consultaron GPC sobre el tema, tanto en organismos recopiladores como elaboradores de GPC, nacionales e internacionales, publicadas o disponibles en línea y que estuvieran actualizadas (período 2013-2016). Los sitios consultados fueron: National Guideline Clearinghouse (NGC), National Institute for Clinical Excellence (NICE), Scottish Intercollegiate Guidelines Network (SIGN), NZGG (New Zealand Guidelines Group), GIN (Guidelines International Network) y Guíasalud.

Se realizó una búsqueda de Planes de Cuidados referentes al tema a nivel nacional e internacional.

Se llevó a cabo una búsqueda de revisiones sistemáticas, ensayos clínicos controlados y estudios observacionales analíticos, en la base de datos de la Colaboración Cochrane y Medline. Finalmente, se realizó una consulta general en Internet, en sitios específicos de Enfermería (CUIDEN, CUIDATGE, ENFERPRO, ENFERSALUD, BIREME). Las búsquedas se realizaron en el mes de febrero de 2016. El término de búsqueda fue de forma genérica “HIV” (Human Immunodeficiency Virus). A todos los integrantes del grupo de trabajo se les compartió la información por medio electrónico para su lectura.

Fase 3: Evaluación de Guías de Práctica Clínica

Mediante el instrumento AGREE II⁷ se realizó la evaluación de las GPC, que se adoptaron y adaptaron una vez que mostraron suficiente calidad metodológica y fueron

recomendables para dicho proceso.⁸

Con relación a las recomendaciones generales, se realizó adopción y adaptación de las GPC nacionales e internacionales con el propósito de que el personal de enfermería estandarice el proceso de atención de enfermería, que permita asegurar una gestión efectiva, orientar a una práctica de enfermería libre de riesgos, mejorar la calidad de los servicios de salud y cumplir con el compromiso organizacional de institucionalizar los planes de cuidados de enfermería.

Fase 4: Uso de taxonomías

Para el presente trabajo la utilización de las taxonomías NANDA, NOC y NIC facilitó a los profesionales de enfermería la planificación de los cuidados al utilizar un lenguaje estandarizado.

La taxonomía enfermera incluye tres clasificaciones:

- North American Nursing Diagnosis Association (NANDA, por sus siglas en inglés). La NANDA proporciona una clasificación diagnóstica. El diagnóstico de enfermería es un referente metodológico fundamental para la identificación del problema, y elegir las intervenciones de enfermería que permitan conseguir los resultados esperados.⁹
- Nursing Outcomes Classification (NOC, por sus siglas en inglés) Clasificación de resultados de enfermería. La taxonomía NOC se utiliza para conceptualizar, denominar, validar y clasificar los resultados que se obtienen de la intervención de enfermería. Los resultados representan el nivel más concreto de la clasificación y expresan los cambios modificados o sostenidos que se quieren alcanzar en las personas, familia o comunidad.¹⁰
- Nursing Interventions Classification (NIC, por sus siglas en inglés). La taxonomía NIC, es una clasificación global y estandarizada de las intervenciones y actividades que realiza el profesional de enfermería, para llevar a la persona, familia o comunidad al resultado esperado. Incluyen tanto cuidados directos como indirectos, así como tratamientos puestos en marcha por profesionales de enfermería, medicina y otros proveedores de cuidados.¹¹

Para la priorización de los diagnósticos, resultados e intervenciones se utilizó el Modelo de Análisis del Resultado del Estado Actual (AREA),^{5,6} el cual es un método

de priorización de razonamiento en red que procura una estructura para el razonamiento clínico, con énfasis en la detección de patrones y el reconocimiento de las relaciones que se establecen entre un número elevado de diagnósticos, mismo que sirvió como marco de análisis y reflexión en la toma de decisiones al momento de la selección de los diagnósticos, resultados e intervenciones.⁵

Para la selección de los resultados esperados, se utilizó la interrelación NANDA-NOC y para las intervenciones de enfermería la interrelación NOC-NIC, lo cual determinó la relación entre el problema y los aspectos que se esperan resolver con las intervenciones.⁶

Fase 5: Desarrollo del plan de cuidados de enfermería

En tres días de trabajo, los grupos de expertos redactaron y consensuaron las etiquetas diagnósticas, los resultados esperados y la identificación de intervenciones basadas en la mejor evidencia disponible, así como en la clasificación de intervenciones de enfermería.

Para la gradación de la fuerza de las recomendaciones se respetaron las escalas y sistemas de clasificación de la evidencia de las fuentes originales. En el caso de recomendaciones basadas en estudios originales, se calificaron con el sistema de clasificación de NICE⁸ (cuadro I). En aquellos aspectos con ausencia de evidencia concluyente, o temas clínicos de especial relevancia, se identificaron como punto de buena práctica y recibieron la consideración de práctica recomendada u opinión basada en la experiencia clínica mediante consenso.

Fase 6: Validación

La versión preliminar del documento se sometió a un proceso de validación interna por pares, el grupo validador estuvo conformado por personal de enfermería con experiencia en la atención de pacientes con VIH/SIDA tanto de nivel directivo como operativo, procediéndose a la inclusión de las modificaciones y sugerencias emitidas por el grupo validador y previa discusión con el grupo

Cuadro I. Niveles de evidencia para estudios de terapia por NICE

Nivel de Evidencia	Interpretación
1++	Metaanálisis de gran calidad, RS de EC con asignación aleatoria o EC con asignación aleatoria con muy bajo riesgo de sesgos
1+	Metaanálisis de gran calidad, RS de EC con asignación aleatoria o EC con asignación aleatoria con bajo riesgo de sesgos
1-	Metaanálisis de gran calidad, RS de EC con asignación aleatoria o EC con asignación aleatoria con alto riesgo de sesgos*
2++	RS de alta calidad de estudios de cohortes o de casos-contróles, con muy bajo riesgo de confusión, sesgos o azar y una alta probabilidad de que la relación sea causal
2+	Estudios de cohortes o de casos-contróles bien realizados, con bajo riesgo de confusión, sesgos o azar y una moderada probabilidad de que la relación sea causal
2-	Estudios de cohortes o de casos y controles con alto riesgo de sesgo*
3	Estudios no analíticos, como informe de casos y series de casos
4	Opinión de expertos

*Los estudios con un nivel de evidencia con signos “-” no deberían utilizarse como base para elaborar una recomendación. Adaptado de Scottish Intercollegiate Guidelines Network

Grados de recomendación para estudios de terapia (NICE)

Grados de Recomendación	Interpretación
A	Al menos un metaanálisis, o un EC con asignación aleatoria categorizados como 1++, que sea directamente aplicable a la población blanco; o una RS o un EC con asignación aleatoria o un volumen de evidencia con estudios categorizados como 1+, que sea directamente aplicable a la población diana y demuestre consistencia de los resultados.
B	Un volumen de evidencia que incluya estudios calificados de 2++, que sean directamente aplicables a la población blanco y que demuestren globalmente consistencia de los resultados, o evidencia que pueda extrapolarse de estudios calificados como 1++ o 1+
C	Un volumen de evidencia que incluya estudios calificados de 2+, que sean directamente aplicables a la población objeto y que demuestren globalmente consistencia de los resultados, o extrapolación de estudios calificados como 2++
D	Evidencia nivel 3 o 4, o extrapolación de estudios calificados como 2+, o consenso formal

de trabajo. El documento final, incluye un conjunto de recomendaciones explícitas graduadas en función de la calidad de la evidencia científica que las apoya.

Conclusiones

El propósito central en el cuidado de las personas que viven con VIH es proporcionar atención integral a través de un conjunto diverso de profesionales con igual valor

de las aportaciones y con diferencias en el tipo de información e intervención a realizar, tomando en cuenta los aspectos físicos, psicológicos, sociales y éticos.

Por tanto, el plan de cuidados es una herramienta de apoyo para la toma de decisiones del personal profesional de la salud al ofrecer resultados con calidad y eficiencia, los cuales repercutan en el bienestar físico, psicológico y mental de las personas que viven con VIH/SIDA.

Referencias

1. ONUSIDA. Informe mundial: Informe de ONUSIDA sobre la epidemia mundial de sida, 2013.
2. SSA/CENSIDA. Informe Nacional de Avances en la respuesta al VIH y el SIDA. México, abril 2014
3. Centro Nacional para la Prevención y Control del VIH/SIDA. Guía de enfermería para la atención de las personas con VIH. Segunda Edición, 2009.
4. Gómez-Gómez JJ, Mayorga-Calderón ME, Pérez-Moreno JO, Rojas-Sánchez LS, Orozco-Vargas LC, Camargo-Figuera FA. Prevalencia de diagnósticos de enfermería en personas con VIH/SIDA. *Enfermería Global*. 2013;12(32):1-10.
5. Bellido-Vallejo JC. Sobre el Modelo AREA y el proceso enfermero. *Inquietudes*. 2006;(35):21-9. Disponible en: <http://www.ics-aragon.com/cursos/iacs/102/lectura-recomendada-3-1.pdf>
6. Morán-Aguilar V, Mendoza-Robles AL. Proceso de enfermería: modelo sobre interacción terapéutica y uso de los lenguajes NANDA, NIC y NOC. 3a. ed. México: Trillas; 2012.
7. Consorcio AGREE. Instrumento AGREE II. Instrumento para la evaluación de guías de práctica clínica. 2009. Disponible en: http://www.guiasalud.es/contenidos/documentos/Guias_Practica_Clinica/Spanish-AGREE-II.pdf
8. National Institute for Clinical Excellence (NICE). Guidelines Development Methods. Guideline Development Methods-Chapter 7: Reviewing and grading the evidence. London: NICE update March 2005. The guidelines manual, 2009.
9. Heather-Herdman T, Kamitsuru Sh. NANDA International. Diagnósticos Enfermeros. Definiciones y clasificación. 2015-2017. Ed Elsevier. España, 2012.
10. Moorhead S, Johnson M, Maas M, Swanson E. Clasificación de Resultados de Enfermería (NOC) Medición de Resultados en Salud. Ed Elsevier. España, 2014.
11. Bulechek-Gloria M, Butcher-Howard K, Dochterman-Joanne M, Wagner-Cheryl M. Clasificación de Intervenciones de Enfermería (NIC). 6ª edición. Ed Elsevier. España, 2013.

Cómo citar este artículo:

López-Morales AB, Barrera-Cruz A, Alarcón-Morales C, Martínez-Ravelo R. Enfermería Basada en la Evidencia: plan de cuidados para pacientes con VIH/SIDA (parte 1). *Rev Enferm Inst Mex Seguro Soc*. 2016;24(3):229-33.