



Cinco pasos para elaborar un Proceso de Enfermería



Cleotilde García Reza • Vicenta Gómez Martínez
María Juana Toxqui Tlachino • Regina Celia Gollner Zeitoune
Gloria Solano Solano • María Elizabeth Medina Castro



UAEM

Universidad Autónoma
del Estado de México

**Cinco pasos
para elaborar un
Proceso de Enfermería**

Un caso de
Personas con Hipertensión Arterial

Personas con Hipertensión Arterial

Cinco pasos para elaborar un Proceso de Enfermería

Un caso de
Personas con Hipertensión Arterial

Autores

Cleotilde García Reza
Vicenta Gómez Martínez
María Juana Gloria Toxqui Tlachino
Regina Celia Gollner Zeitoune
Gloria Solano Solano
María Elizabeth Medina Castro

Toluca, México, Septiembre de 2014

Cinco pasos
para elaborar un
Proceso de Evaluación

Un curso de
Parsons con Hibertación Análisis

Autoras

Cleotilde García Reza
Vicenta Gómez Martínez
María Juana Gloria Toxqui Tlachino
Regina Celia Gollner Zeitoune
Gloria Solano Solano
María Elizabeth Medina Castro

Derechos Reservados © 2014, Primera Edición.

Planeación y Servicio Editorial. S.A.
Norte 1-j No. 4523 Col Guadalupe Victoria México, D.F. 07790
Tels/Fax: 5567-3028, 5719-1109
E-mail Pysesal@prodigy.net.mx

ISBN: 978-607-96020-9-3

Impreso por Pysesal. 07-14

Prohibida la reproducción total de esta obra,
sin la autorización del Autor.

Autoras

Cleotilde García Reza

Doctora en Enfermería, Maestra en Enfermería, Licenciada en Enfermería, con Perfil PROMEP. Docente de la Facultad de Enfermería y Obstetricia (UAEMéx.). Ha sido Presidenta de la Academia de Salud Pública, Secretaria de la Academia de Enfermería UAEMéx. Docente de Enfermería Recertificada por el Consejo Mexicano de Certificación en Enfermería A.C. (COMCE A.C.) Trabajó como enfermera asistencial y supervisora de Enfermería del Hospital Materno Infantil de ISSEMYM por 20 años, es Miembro de la Red Internacional de Enfermería Comunitaria.

Vicenta Gómez Martínez

Licenciada en Enfermería, Enf. Especialista en Salud Pública, Maestra en Administración de Sistemas de Salud. Perfil PROMEP. Docente de la Facultad de Enfermería y Obstetricia (UAEMéx.). Docente de Enfermería Recertificada por el Consejo Mexicano de Certificación en Enfermería A.C. (COMCE A.C.) Fue Directora de la FEyO-UAEMéx., Presidenta de la Asociación de Escuelas y Facultades de Enfermería A.C., es Evaluadora Externa en el COMCE A.C.

María Juana Gloria Toxqui Tlachino

Maestra ASS, Directora de la Facultad de Enfermería y Obstetricia de la Universidad Autónoma del Estado de México. Docente de la Facultad. Ha sido Presidenta de la Academia de Salud Pública. Docente de Enfermería Recertificada por el Consejo Mexicano de Certificación en Enfermería A.C. (COMCE A.C.) Trabajo como enfermera asistencial y supervisora del Primer nivel de atención SS a más de 28 años

Regina Celia Gollner Zeitoun

Doutora Professora em Enfermagem pela Universidade Federal do Rio de Janeiro UFRJ. Pesquisadora nas áreas: enfermagem e a saúde do trabalhador; saúde da comunidade e seus diferentes grupos humanos (criança, adolescente, idoso, trabalhador, mulher). Pesquisadora e Membro da diretoria do Núcleo de Pesquisa Enfermagem e Saúde do Trabalhador. Pesquisador do Núcleo de Pesquisa de Enfermagem e Saúde Coletiva/DESP/EEAN/UFRJ.

Gloria Solano Solano

Doctora en Enfermería, Maestra en Enfermería, Licenciada en Enfermería, con Perfil PROMEP. Docente Doctora en Enfermería, profesora investigadora de tiempo completo de la Universidad Autónoma del Estado de Hidalgo, Evaluador del Consejo Mexicano de Certificación en Enfermería A.C. (COMCE A.C.) Trabajó como enfermera asistencial y supervisora de Enfermería de Hospital durante 20 años.

María Elizabeth Medina Castro

Doctora en Enfermería, líder del Cuerpo Académico: Estilos de vida, investigador de tiempo completo de la Facultad de Enfermería de la Universidad Michoacana de San Nicolás de Hidalgo, con Perfil PROMEP.

Colaboradoras

Micaela Olivos Rubio

Maestra en Ecología, con estudios de doctorado en Ciencias de la Educación, Docente de tiempo completo de la Facultad de Enfermería y Obstetricia de la Universidad Autónoma del Estado de México. Integrante del Cuerpo Académico, "Ejercicio en Enfermería" y con producción científica en la línea comunitaria.

Matiana Morales Del Pilar

Licenciada en Enfermería, Maestra en Seguridad e Higiene Ocupacional, Docente de la Facultad de Enfermería y Obstetricia (FEyO) de la Universidad Autónoma del Estado de México (UAEMéx.), Es Docente de Enfermería Recertificada por el Consejo Mexicano de Certificación en Enfermería AC. (COMCE. AC.), Perfil Promep.

Josefina Valenzuela Gandarilla

Profesora e Investigadora de la Facultad de Enfermería de la universidad Michoacana de San Nicolás de Hidalgo. Doctora en Educación por la Universidad de Durango. Perteneció al Cuerpo Académico "Estilo de Vida Saludable". Perfil Promep.

Isabel Álvares Solorza

Licenciada en Enfermería, Maestra en ciencias de la salud por la Universidad Autónoma del Estado de México. Es docente de enfermería certificado por el Consejo Mexicano de Certificación en Enfermería A.C. Perteneció al Cuerpo académico "Cuidado y salud ambiental". Perfil Promep.

Contenido

Autores	v
Colaboradoras	vi
Presentación	ix
El cuidado dentro del proceso de Enfermería	xi
<i>Cleotilde García Reza</i>	
<i>Capítulo 1 Proceso de Enfermería</i>	1
<i>Cleotilde García Reza</i>	
Proceso de Enfermería	3
Ventajas del Proceso de Enfermería	4
El objetivo del aprendizaje	6
<i>Capítulo 2 Etapa de valoración</i>	7
<i>Gloria Solano Solano / Vizcaino Gómez Martínez</i>	
Valoración de Enfermería	9
Fuentes de datos	17
Tipos de datos	18
Métodos para la recolección y llenado del formato de valoración	18
Evaluación del aprendizaje e identificación de competencias	20
Características para la correcta anotación de registros de datos	21
Evaluación del aprendizaje e identificación de competencias	24
Fuentes de información	25
<i>Capítulo 3 Etapa de diagnóstico</i>	27
<i>María Juana Gloria Tinajero Tlachino / Isabel Álvarez Solerza</i>	
Tipos de diagnósticos	31
Diagnósticos predominante de Enfermería	32
Estructura del diagnóstico de Enfermería	34

Evaluación del aprendizaje e identificación de competencias	38
Fuentes de información	38

Capítulo 4 Etapa de planificación de los cuidados de Enfermería..... 39

<i>Micaela Olivos Rubio / Josefina Valenzuela Gandarilla</i>	
Selección de prioridades	42
Objetivos	43
Clasificación de Resultados de Enfermería NOC	43
Evaluación	47
Intervenciones de Enfermería	49
Componentes de la planeación de Enfermería	53
Intervenciones y actividades de Enfermería NIC	54
Formatos narrativos para la documentación de Enfermería	55
Formatos estructurados para la documentación de Enfermería	56
Formatos electrónicos para la documentación de Enfermería	56
Evaluación del aprendizaje e identificación de competencias	58
Fuentes de información	59

Capítulo 5 Etapa de ejecución..... 61

<i>Clemente García Reza / Regina Celia Gollner Zetoune</i>	
Etapa de ejecución en el marco de los sistemas de enfermería de Orem	66
Evaluación del aprendizaje e identificación de competencias	67
Fuentes de información	68

Capítulo 6 Etapa de evaluación..... 69

<i>Vicenta Gómez Martínez / Mariana Morales del Pilar</i>	
Evaluación del aprendizaje e identificación de competencias	81
Fuentes de información	81
Teoría del déficit del autocuidado	
Dorothea Orem	83
Fuentes de información	84
Anexo	85
I. Requisitos de autocuidado universales	86

Presentación

La enfermería como ciencia del cuidado de la salud, posee un cuerpo de saberes propio, génesis de los conocimientos de las ciencias sociales, naturales, humanísticas y del comportamiento para atender al individuo sano o enfermo en sus diferentes etapas de vida, mediante la aplicación del proceso de enfermería, inmerso en un marco científico de cuidar un acto de vida, dirigido a mantener y permitir la continuidad en la formación de recursos competentes para realizar investigación científica en apoyo al posgrado.

La formación del talento humano y del capital intelectual en el campo de la enfermería adquiere el compromiso de incorporar al estudiante de una Institución de Educación Superior, donde una vez cursado y aprobado el plan de estudios correspondiente, se reúnen los requisitos para la obtención del título; condición necesaria para ejercer la profesión al interior de un vasto número de establecimientos del primero, segundo y tercer nivel de atención a la salud del sector público, social y privado del Sistema Nacional de Salud.

Dentro de los contenidos curriculares del plan de estudios para formación de enfermeras de nivel licenciatura, se incluyen asignaturas o unidades de aprendizaje de la disciplina de enfermería conocidos como prácticas clínicas, donde los estudiantes integran los saberes previos y desarrollan una serie de habilidades, destrezas y actitudes que en su conjunto evidencian el desarrollo de la competencia para el cuidado a la salud.

Este libro da la más cordial bienvenida a los estudiantes de enfermería y se propone acompañar su trayecto escolar en las unidades de aprendizaje de carácter práctico, sabedores que en ellas encontrarán una vasta oportunidad para recrear sus habilidades de pensamiento crítico clínico y comprender más a fondo el trabajo cotidiano de prestación u otorgamiento de cuidados a la salud que realizan enfermeras y enfermeros en los diferentes ámbitos de trabajo.

El presente documento ha sido construido para acompañar las unidades de aprendizaje clínicas implícitas, en el currículum escolar. En esta etapa de formación inicial de enfermeras y enfermeros es necesario contar con instrumentos para clarificar y, en su caso, mejorar el cuidado del paciente que los estudiantes de enfermería proporcionan.

El uso del formato de valoración del paciente en el ámbito institucional a partir de la teoría de Dorothea Orem, es un referente teórico que permite una relación entre el usuario y la enfermera. Orem reconoce que la teoría es un referente que remarca y contextualiza el uso del Proceso de Enfermería como instrumento que pauta el otorgamiento de cuidados profesionales de enfermería fundados en el uso del método científico y en el pensamiento crítico.

El contenido de este documento muestra cómo elaborar el proceso de enfermería durante el ejercicio de la formación profesional que realizan los integrantes del gremio al interior de los distintos escenarios de trabajo, para contribuir en la construcción de

un nuevo paradigma social de enfermería y apuntar en el proceso de transformación del trabajo cotidiano.

Este documento proporciona además, información sobre los objetivos del proceso de enfermería, así como aquellos productos o resultados que se pretende alcanzar al finalizar cada unidad de contenido, bien sea de carácter práctico o bien teórico. Se incluyen las cinco etapas del Proceso de Enfermería; así mismo, es importante señalar que la valoración de enfermería se apoya en el diseño de un instrumento cuyo referente es la teoría de Dorothea Orem.

En el desarrollo de la práctica de enfermería es importante tener en cuenta tres componentes o elementos básicos; el primero de ellos el contexto, la práctica; el segundo y no menos importante, es a quién se le otorgan los cuidados; por último, el tercero hace referencia al sujeto o persona que presta los cuidados.

Los escenarios donde se realiza el aprendizaje de carácter práctico constituyen un aspecto fundamental para el desarrollo de la competencia del cuidado a la salud a cargo del profesional de enfermería, ya sea que sean instituciones del sector salud de primero, segundo y tercer nivel de atención, centros de salud, escuelas y centros de trabajo, o empresas son el contexto donde enfermeras y estudiantes de enfermería participan en la atención del proceso salud-enfermedad de los individuos, familias, grupos y comunidades.

Dado lo anterior, lo más importante del proceso de enfermería en el ejercicio de la profesión, es proporcionar un sistema de cuidado dentro del cual se puedan cubrir las necesidades de atención de la salud en el individuo, la familia y la comunidad y para mostrar la identidad y la autonomía profesional.

Para tener más claro el aprendizaje y aplicar del proceso de enfermería en el cuidado que se brinde a todo usuario, es necesario conocer el tema. En este libro encontrará contenidos de aprendizaje para una mejor comprensión.

El cuidado dentro del proceso de Enfermería

Cleotilde García Reza

La enfermería no es ajena a los momentos histórico-sociales y culturales por los cuales ha transitado la ciencia del cuidado, en el sentido filosófico el método está ligado al dominio específico de la disciplina de enfermería, en la actualidad es el proceso de enfermería, que comparte fines particulares y autonomía de dirigir el cuidado. El propósito principal es construir una estructura teórica para identificar necesidades reales y potenciales del paciente, familia y comunidad, establecer planes de cuidados individuales, familiares o comunitarios, actuar para cubrir y resolver los problemas, prevenir o cuidar los procesos salud-vida.

La enfermería, tiene como objetivo disciplinar el cuidado de los seres humanos los que, como tales son dinámicos, cambiantes y únicos, por lo tanto no están sujetos necesariamente a un proceso ordenado por etapas, pero sí, a través de procesos sistematizados como lo es el proceso de enfermería, permite en primer término comprender, interpretar y explicar un fenómeno que existe, están allí, e influyen en las interacciones del cuidado, para apoyar intervenciones favorables a la vida del ser humano.

Por eso, el cuidado desde la perspectiva de la relación terapéutica es la acción que desempeña en dar y recibir, tanto de parte de quien cuida como del que recibe el cuidado. El cuidado con dos referentes semánticos: primero, el esfuerzo y solicitud, el ejercicio de cuidar conlleva, por un lado, esfuerzo, dedicación, trabajo y, por otro lado, se puede definir como una entrega, una solicitud de respuesta a necesidades del otro (Marriner, 2011). Es decir, cuando asentamos en la práctica el cuidado estamos en la interrelación con el sujeto que recibe el cuidado y con quien lo proporciona; segundo, la palabra cuidado significa desvelo, solicitud, diligencia, celo, atención, buen trato, lo que se traduce en esta definición: la palabra cuidar está relacionada interiormente con una actitud de la persona cuidadora, esforzarse solícitamente por algo o por alguien; la acción de cuidar, desde sus orígenes es especial a la carga emocional, y espiritual.

La visión filosófica de enfermería se sustenta por las teorizantes: Nightingale, Wiedenbach, Henderson y Watson; estas teóricas con aportes epistémicos, dejan claro que la enfermera está en constante relación con el paciente y su entorno. En los contextos asume su papel de madre que alimenta y cuida de alguien; así mismo, consideran los cuidados de enfermería como el arte de cuidar, donde el paciente tiene que satisfacer sus propias necesidades, de no ser así, llega el desequilibrio físico y hasta la muerte, estos aportes filosóficos proporcionan herramientas suficientes en la resolución de problemas, basado en el Proceso de Enfermería (Marriner, 2011).

Por otra parte, Florence Nightingale, teorizada la matriarca de enfermería y reconocida por todos, realizó aportes considerables a la disciplina de la enfermería, con su visión del entorno, cómo influye éste en la salud del individuo; define el entorno: las condiciones e influencias externas que afectan la vida y el desarrollo de un organismo, pueden prevenir, detener o favorecer la enfermedad, los accidentes o la muerte, este concepto evidencia la visión de Florence Nightingale para su época; sin embargo, también se adapta a los tiempos de este tercer milenio, es notable esta visión del entorno saludable, que se puede traducir en una manera de cuidar, elementos esenciales de mayor importancia: el aire puro, agua potable, eliminación o disposición de aguas residuales, higiene y luz; el buen manejo del entorno por parte de la enfermera, así como también la continuidad de los cuidados. Los paradigmas en cuanto a la salud cambiaron totalmente, para ese entonces, pero, se reconoce que después de 150 años esos conceptos siguen vigentes, es decir, el cuidado del entorno afecta positivamente en la salud y recuperación del enfermo, es indudable; el cuidado no se resume únicamente a la persona (Marriner, 2011), también el cuidado depende del ambiente donde realice ese cuidado y el logro de los objetivos. Por su parte, Wiedenbach, 1970, cuya teoría se centra en el arte de la enfermería y las necesidades del paciente, dicha teoría guía las intervenciones del profesional de enfermería. Esta teórica postuló satisfacer la necesidad de ayuda del paciente, se puede evidenciar que distingue la enfermería como una profesión de ayuda, en su descripción del cuidado lo relaciona con su teoría para identificar la necesidad de ayuda de los pacientes, indaga las causas de incomodidad o incapacidad del enfermo, valora las capacidades de auto-cuidado de la persona, elementos básicos para la enfermera cuidadora. Desde esta perspectiva la formación de la enfermera del (pregrado hasta el posgrado) debe proporcionar el cuidado con el proceso de enfermería, como un eje integrador que permea en todo el currículo. El proceso de enfermería es la estrategia para trabajar en las unidades de aprendizaje con un enfoque basado en evidencias derivado del Proceso de Enfermería (Marriner, 2011).

¹ Marriner, Toney Ann y Raile Alligood Martha (2011). Modelos y teorías en enfermería, 7ª. ed. Madrid, España, Elsevier.

² Wiedenbach, Ernestine. La sabiduría de la enfermera en la teoría de enfermería. *American Journal of Nursing*, de 70 años: 1970; (5): 1057-1062.

Capítulo 1

Proceso de Enfermería



Cleotilde García Reza



PROCESO DE ENFERMERÍA

El Proceso de Enfermería es un método para brindar cuidados humanistas centrados en el logro de resultados esperados apoyándose en un modelo científico. Este es un método sistemático y organizado para administrar cuidados individualizados, de acuerdo con el enfoque básico de que cada persona o grupo, responde de forma distinta ante una alteración real o potencial de la salud. Originalmente fue una forma adaptada de tratar los problemas y está clasificado como una teoría deductiva en sí misma.

El uso del Proceso de Enfermería permite crear un plan de cuidados centrado en las respuestas humanas, ya que trata a la persona como un todo; el paciente es un individuo único, que necesita cuidado de enfermería enfocados específicamente a él y no sólo a su enfermedad. El proceso de enfermería es la aplicación del método científico en la práctica asistencial de la disciplina, de modo que le da a la profesión la categoría de ciencia, además de ofrecer, desde una perspectiva enfermera, cuidados sistematizados, lógicos y racionales, (Alfaro, 2009).

El Proceso de Enfermería enfatiza el objeto y sujeto de estudio de la profesión, para aproximarnos al hacer y ser de la enfermera con el método fundamental de los futuros profesionales, haciendo énfasis en el cuidado del ser humano desde el punto de vista holístico y humanístico. El profesional de enfermería sustenta su hacer en un cuerpo de conocimientos, se desenvuelve de manera autónoma y tiene una forma individual de interpretar los fenómenos de su competencia –el cuidado de la salud-vida de los seres humanos– de una forma inherente y lógica. Además, se guía desde la visión de las respuestas humanas hacia los problemas reales o potenciales de la salud.

En la literatura de la disciplina existen diversas connotaciones del Proceso de Enfermería, para Alfaro (1995) es la aplicación del método científico en la práctica asistencial de enfermería, el cual permite a las enfermeras prestar cuidados de forma racional, lógica y sistemática.

Para Iyer (1997), es un sistema para la práctica que proporciona el mecanismo para el profesional de enfermería, utiliza sus experiencias, conocimientos y habilidades para diagnosticar y tratar las respuestas humanas del cliente a los problemas reales o potenciales de la salud.

A su vez, Yura y Walsh (1998), referidos por Iyer (1997), señalan el Proceso de Enfermería como una serie de acciones señaladas, pensadas para cumplir el objetivo de la enfermería; es decir, mantener el bienestar óptimo del cliente, y si éste cambia, pro-

porcionar la cantidad y calidad de asistencia que la situación amerite para volver al estado de bienestar.

Por lo tanto, el método de enfermería se basa en el análisis de la situación o estado de salud de un paciente, familia o comunidad; ayuda a emitir un juicio, planear intervenciones con sus actividades y evaluarlas con la finalidad de generar condiciones adecuadas y eficientes para mejorar la salud.

Para obtener un máximo de conocimientos es importante describir el concepto de cuidado.

Cuidar, resulta de una construcción propia de cada situación, se origina con la identificación de los problemas de salud y las necesidades reales o potenciales de las personas que demandan cuidado.

El cuidado también ayuda a ejercer la libertad del sujeto vulnerable para su reencuentro, porque dejarse cuidar es un acto de confianza. Collière, 2009 afirma: "Cuidar es ayudar a vivir, no se trata de un rol, no es una definición, ni es una regla de pensamiento que enseñe a las (os) enfermeras (os) cómo cuidar, sino el testimonio de que los cuidados de enfermería se basan en las leyes que presiden la salud, con las que se confunden, ya que son, en realidad, de la misma naturaleza, están orientadas a los sanos y enfermos".

En la figura 1 se presenta el proceso de cuidado de enfermería y está compuesto de cinco etapas:

El método sistemático y organizado de administrar cuidados de enfermería individualizados es conocido como proceso de enfermería (PE). El sistema de planificación en la ejecución de los cuidados de enfermería está compuesto de cinco etapas: valoración, diagnóstico, planificación, ejecución y evaluación figura 2 (Aifaro, 1995:06; Iyer, 1997:11).

Ventajas del proceso de enfermería

- La calidad del cuidado que se ofrece a los usuarios
- El incremento de la acreditación del profesional
- La administración de los servicios que se ofrecen
- Investigación en enfermería
- La docencia
- La participación en utilidades por servicios prestados en empresas promotoras de la salud



FUENTE: Aifaro, 2003.

Figura 1. Etapas del proceso de enfermería

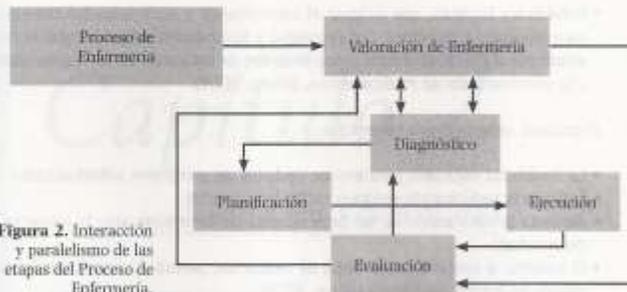


Figura 2. Interacción y paralelismo de las etapas del Proceso de Enfermería.

- El respaldo a un ejercicio independiente y autónomo
- Brindar una atención de calidad
- Lograr la identidad profesional

Además, el Proceso de Enfermería tiene seis propiedades: **resuelto**, porque va dirigido a un objetivo; **sistemático**, por utilizar un enfoque organizado para lograr su propósito; **dinámico**, porque implica un cambio continuo centrado en las respuestas humanas; **interactivo**, por centrarse en las respuestas cambiantes del paciente, identificadas durante la relación enfermera(o)-paciente; **flexible**, por ser adaptable a la práctica de enfermería en cualquier situación o área de especialización que se ocupe de individuos o comunidades; posee una base teórica sustentada en una amplia variedad de conocimientos científicos y humanos aplicables a cualquier modelo teórico de enfermería. Sus requisitos previos se fundan en el hecho de que los conocimientos y habilidades que poseen los profesionales de enfermería constituyen los medios para obtener datos, determinar su importancia, desarrollar las actuaciones que favorecen la atención de enfermería individualizada, evaluar la eficacia del plan de cuidados, así como el iniciar cambios que aseguren que el cliente recibe una atención de calidad (Andrade, 2005).

Para aplicar el proceso de enfermería es necesario poseer habilidades que impliquen pericia profesional de enfermería y habilidades que contribuyan a mejorar la atención del cuidado de la salud del cliente y son:

- Habilidades cognitivas o intelectuales, tales como el análisis del problema, resolución de problemas, pensamiento crítico y realización de juicios referentes a las respuestas humanas del cliente. Entre éstas se incluyen identificar y diferenciar los problemas de salud actuales y potenciales a través de la observación y la toma de decisiones, a resumir el conocimiento de enfermería previamente adquirido.
- Habilidades interpersonales, que incluyen la comunicación terapéutica, la escucha activa, el compartir conocimiento e información, el desarrollo de confianza o la creación de lazos de buena comunicación con el cliente, así como la obtención ética de información necesaria y relevante del cliente, la cual será luego empleada en la formulación de problemas de salud y su análisis.

- Habilidades técnicas, que incluyen el conocimiento y las habilidades necesarias para manipular y maniobrar con propiedad y seguridad el equipo apropiado necesitado por el cliente al realizar procedimientos de valoración de los signos vitales, y la administración de medicamentos, (Alfaro, 2009).

El proceso de enfermería favorece a:

- La flexibilidad necesaria para brindar cuidados de enfermería individualizados
- Estimula la participación de quien recibe los cuidados
- Aumenta la satisfacción de los profesionales de enfermería ante la consecución del resultado
- El sistema, al contar con una etapa de evaluación, permite su retroalimentación y mejora en función del tiempo (Alfaro, 2009)

Ahora es el momento de realizar una autoevaluación del aprendizaje e identificación de competencias.

El objetivo del aprendizaje:

Identificar las etapas del proceso de enfermería mediante la información y saberes hasta hoy alcanzados.

Evaluación:

Lea y realice las actividades que aparecen a continuación.

1. Escriba su concepto del proceso de enfermería.
2. Escriba la definición del proceso de enfermería según el autor de su preferencia.
3. Indique las etapas del proceso de enfermería.
4. Escriba las ventajas del proceso de enfermería.
5. ¿Existe relación e interdependencia en las etapas del proceso de enfermería?

Fuentes de información

1. Alfaro, LeFevre Rosalinda (1995). *Aplicación del proceso enfermero fomentar el Cuidado en Colaboración* 2ª ed., Madrid, España, Mosby.
2. Alfaro, LeFevre Rosalinda (2009). *Pensamiento crítico y juicio clínico en enfermería* 4ª ed., Madrid, España, Elsevier.
3. Andrade C. Rosa M.G. y María R. Chávez (2005) *Manual del proceso de cuidados en enfermería*, México, UASLP.
4. Collière, M Françoise. (2009). *Promover la vida. De las prácticas de las mujeres cuidadoras a los cuidados de enfermería* Madrid (Es), McGraw-Hill/Interamericana.
5. Iyer, Patricia, et al. (1997). *Proceso y diagnóstico de enfermería*, 2ª ed., México, McGraw Hill.
6. Kérouac, S. et al. (2003). *El pensamiento enfermero*, Barcelona, España, Masson y teorías en enfermería, 7ª ed. Madrid, España, Elsevier.
7. López A.L., Guerrero S. (2006) *Perspectiva internacional del uso de la teoría general de Orem*. Invest. educ. enferm. (24)2.
8. Marriner, Tamey Ann y Raile Allgood Martha (2011). *Modelos Modelos y teorías en enfermería*, 7ª ed. Madrid, España, Elsevier.
9. Wiedenbuch, Ernestine. (1970) *La subiduría de la enfermera en la teoría de enfermería*. American Journal of Nursing, de 70 años: (5), 1057-1062.

Capítulo 2

Etapa de valoración



*Gloria Solano Solano
Vicenta Gómez Martínez*



ETAPA DE VALORACIÓN

VALORACIÓN DE ENFERMERÍA

Del término de valoración de enfermería no hay una definición consensuada, podemos comprobar que la mayoría de las autoras suelen referirse a ella de forma generalizada como: un proceso planificado, sistemático, continuo y deliberado de recogida e interpretación de información para determinar la situación de salud que están viviendo las personas y su respuesta (Andrade, 2005; Alfaro, 2009).

La valoración de la enfermera es total e integradora por lo que debe seguir un enfoque holístico; es decir, aplicar un modelo de enfermería para valorar las respuestas humanas y la integración de elementos del modelo médico para la identificación de respuestas fisiopatológicas.

La valoración es el primer paso del proceso de enfermería, es una actividad organizada y sistemática, de acopio de datos sobre el estado de salud del usuario; es en este momento donde aplicará el formato de valoración bajo el referente del modelo de Dorothea Orem, (Ver anexo 1) para llenarlo, precisa de datos de diversas fuentes: éstas incluyen al paciente como fuente primaria, el expediente clínico, la familia o cualquier otra persona que dé atención al paciente. Fuente secundaria, los datos se obtienen del expediente, familia y/o amigos (Alfaro, 1995:19, Moran 2006).

En esta etapa es muy importante manejar modelos de enfermería para aplicar el proceso en un contexto determinado, este momento histórico es indispensable, de la misma forma, el cuidado de enfermería debe ser retomado a través de un modelo teórico para facilitar el uso de un lenguaje común o estandarizado para la práctica de enfermería, también implica aceptar un cambio de paradigma de enfermería, y crear un registro y para las enfermeras (Moran, 2006; Alfaro, 2009).

Si consideramos que las enfermeras valoramos para determinar las respuestas humanas a situaciones de salud, es obligatorio preguntar desde qué perspectiva, desde qué marco podemos llevar a cabo esta determinación? La respuesta desde un marco que guíe y oriente nuestros pasos, y no en otro sentido, si no desde un marco conceptual de un modelo de enfermería.

Hay diferentes modelos de enfermería, sin embargo, la reflexión es sencilla, como van a influir, de manera decisoria, la forma de realizar la valoración de la enfermera.

Por ello, el referente puede derivarse de la aplicación de alguna de las teorías de enfermería; como sugerencia, en este libro aplicaremos los requisitos de autocuidado de Orem. A continuación se plasma una Biografía.

Dorothea Orem nació en 1914 en Baltimore, Maryland y falleció el 22 de Junio del 2007, casi a los 94 años de edad. Empezó su carrera de enfermera con las hermanas de la Caridad en el Hospital de Washington D.C. y se recibió en el año 1930. Luego en la Catholic University of America recibió un BSNE (Bachelor of Science in Nursing Education). De 1939 a 1946 se le concedió un MSNE (Master of Science in Nursing Education). La experiencia profesional en el área asistencial la desarrolló en el servicio privado en las unidades de pediatría y adultos, fue además supervisora en Urgencias. Fue directora en la escuela de Enfermería y del departamento de Enfermería del Province Hospital Detroit.

Entre 1949 y 1957 trabajó en el Hospital and Institutional Services del Indiana State Board of Health, es aquí donde desarrolla su definición de la práctica de la enfermería. En 1957 trabajó como asesora de programas de estudio; trabajó en un proyecto para mejorar la formación práctica de las enfermeras de 1958-1960. En 1959 trabajó como profesora colaboradora de educación de la enfermería, como decana en funciones de la escuela de enfermería y como profesora asociada de educación enfermera. En 1970 empezó a dedicarse a su propia empresa consultora. Se jubiló en 1984 y siguió trabajando en el desarrollo de la teoría enfermera del déficit de autocuidado (Orem, 1992).

Sus experiencias laborales fueron:

- Enfermería quirúrgica
- Enfermera de servicio privado
- Unidades pediátricas y de adultos
- Supervisora del turno de noche
- Profesora de ciencias biológicas

Dorothea Orem la inspiraron varias teorías relacionadas con la enfermería como son: Nightingale, Peplau y Rogers. Su premisa es una teoría con una filosofía realista ya que describe la visión de los seres humanos como seres dinámicos, unitarios que viven en entornos con procesos de conversión y poseen libre voluntad, cuyas cualidades son esenciales de los seres humanos. Esta teoría trata la solución de una problemática de la ciencia de la enfermería, con la teoría del Autocuidado. Orem describe la Teoría General del Autocuidado que trata en tres subteorías:

Las teorías o modelos de enfermería están basadas en cuatro aspectos o elementos (Figura 3), fundamentales que constituyen el meta paradigma¹ enfermería, identificados como salud, persona, entorno y cuidado o rol profesional.

Los metaparadigmas son los conceptos que suponen la mayor perspectiva global de la disciplina y se identifican como los ejes centrales o nucleares por donde transita cada disciplina. Para el estudio que nos ocupa nos centramos en los elementos ne-

¹ Un paradigma es una corriente de pensamiento, manera de ver y comprender el mundo que influye en el desarrollo del saber y la habilidad en el seno de las disciplinas.

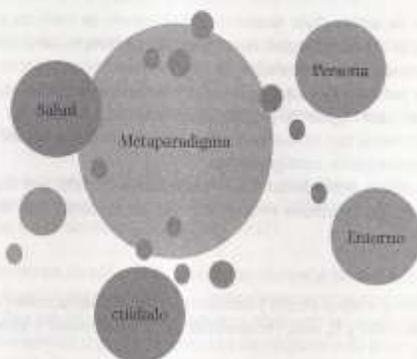


Figura 3. Metaparadigma de enfermería

cesarios para clasificar los conceptos centrales del paradigma filosófico de la teoría del autocuidado.

Dorothea Orem define los cuatro elementos del metaparadigma de enfermería de la siguiente manera:

Persona

Un ser individual, un organismo biológico, racional y pensante, afectado por el entorno, y capaz de ejecutar acciones predeterminadas que lo afecten a él, a otros y a su entorno, condiciones para llevar a cabo su autocuidado. Una persona tiene capacidad para conocerse, facultad para utilizar ideas, palabras y símbolos para pensar, comunicar y guiar sus esfuerzos, capacidad de reflexionar sobre su propia experiencia y hechos. Es un ser humano que cursa el desarrollo de la enfermedad, sea consciente o no de su estado. Joan Riehl-Sisca define el *rol del enfermo* como «la posición que asume una persona cuando se siente enferma».

Salud

Significa integridad física, estructural y funcional; ausencia de defectos que impliquen deterioro de la persona; desarrollo progresivo e integrado del ser humano como una unidad individual, acercándose a niveles de integración cada vez más altos.

Entorno

Son los factores físicos, químicos, biológicos y sociales, ya sean comunitarios o familiares que pueden influir o interactuar con la persona.

Para ello, es necesario aclarar los siguientes conceptos, abarcados en la teoría de Orem:

Necesidades de autocuidado terapéutico: El conjunto de medidas de cuidado que se requieren en ciertos momentos o durante un cierto tiempo, para cubrir las necesidades de autocuidado de la persona.

Actividad de autocuidado: Las acciones deliberadas e intencionadas que llevan a cabo las personas para regular su propio funcionamiento y desarrollo.

Agente: La persona que se compromete a realizar un curso de acción o que tiene el poder de comprometerse consigo mismo.

Agente de cuidado dependiente: Es el adolescente o adulto que asume la responsabilidad de cubrir las demandas terapéuticas de las personas que son importantes para él.

Enfermería

Es ayudar al individuo a llevar a cabo y mantener, por sí mismo, acciones de autocuidado para conservar la salud y la vida, recuperarse de la enfermedad y afrontar las consecuencias de ésta.

Orem define su modelo como una tesis general de enfermería y se construye de tres teorías relacionadas entre sí: *Teoría del autocuidado*, *Teoría del déficit de autocuidado* y *Teoría de los sistemas de enfermería*, (Orem, 1992; Mariner, 2011).

a) Teoría del autocuidado.

El autocuidado es una actividad aprendida por los individuos orientada hacia un objetivo. Es una conducta que existe en situaciones concretas de la vida, dirigida por las personas sobre sí mismas, hacia los demás o hacia el entorno, para regular los factores que afectan a su propio desarrollo y funcionamiento en beneficio de su vida, salud o bienestar. Para ello, define además tres requisitos de autocuidado, es decir son los objetivos o resultados que se quieren alcanzar con el autocuidado:

- I. Requisitos de autocuidado universal:** estos son habituales en todos los individuos, y contienen: la conservación del aire, agua, eliminación, actividad y descanso, soledad e interacción social, prevención de riesgos e interacción de la actividad humana.
 - II. Requisitos de autocuidado del desarrollo:** promover las condiciones necesarias para la vida y la maduración, prevenir la aparición de condiciones adversas o mitigar los efectos de dichas situaciones en los diferentes momentos del proceso evolutivo o del desarrollo del ser humano: niñez, adolescencia, edad adulta y vejez.
 - III. Requisitos de autocuidado de desviación de la salud:** surgen o están vinculados a los estados de salud.
- b) **Teoría del déficit de autocuidado:** describe y explica las causas que pueden provocar dicho déficit. Los individuos sometidos a limitaciones a causa de su salud o relacionen con ella, no pueden asumir el autocuidado o el cuidado dependiente.

c) **Teoría de los sistemas de enfermería:** Explica las formas en que las enfermeras pueden atender a los individuos, identificando tres tipos:

Sistemas de enfermería totalmente compensadores: La enfermera suplente al individuo para satisfacer los requisitos universales de autocuidado.

Sistemas de enfermería parcialmente compensadores: El personal de enfermería proporciona autocuidados.

Sistemas de enfermería de apoyo-educación: la enfermera actúa ayudando a los individuos para que sean capaces de realizar las actividades de autocuidado, pero que no podrían hacer sin esta ayuda (Orem, 1992).

La teoría de los sistemas de enfermería articula las teorías al señalar la manera en que la enfermería contribuye a superar el déficit. Con los sistemas de intervención el profesional de enfermería activa alguno de estos sistemas, y considera los componentes de poder que la persona, comunidad o grupo poseen. Los componentes de poder están constituidos por la capacidad para mantener la atención, para razonar, para tomar decisiones, para adquirir conocimiento y hacerlo operativo, para ordenar acciones de autocuidado tendientes a conseguir objetivos, para realizar e integrar intervenciones de autocuidado, para utilizar habilidades en las actividades de la vida diaria y el nivel de motivación (Orem, 1993; López, 2006).

Orem, 1993, destaca el desarrollo teórico e investigativo del modelo: la identificación de conceptos y la evidencia de la interrelación entre los mismos y la aplicación del modelo en diversas situaciones de la práctica de la enfermería. Considera como un reto llegar a establecer modelos específicos para poblaciones sujeto de la práctica profesional. Así, Orem ratifica su consideración de la enfermería como una "ciencia práctica".

El objetivo para Orem radica en: "Ayudar al individuo a llevar a cabo y mantener por sí mismo acciones de autocuidado para conservar la salud y la vida, recuperarse de la enfermedad y/o afrontar las consecuencias de dicha enfermedad". Además, afirma, la enfermera puede utilizar cinco métodos de ayuda:

1. Actuar en lugar de la persona, por ejemplo, en el caso del usuario inconsciente, a consecuencia de una emergencia hipertensiva.
2. Ayudar u orientar al usuario ayudado, por ejemplo en el de las recomendaciones a los usuarios con problemas de hipertensión arterial.
3. Apoyar física y psicológicamente al usuario, por ejemplo, aplicar el tratamiento médico prescrito.
4. Promover un entorno favorable al desarrollo personal, como las medidas de higiene, dietéticas y de ejercicio en usuarios con hipertensión arterial.
5. Enseñar a la persona que se ayuda, es decir, auxiliar a un usuario con hipertensión arterial en el tipo de ejercicio a realizar.

El concepto de autocuidado refuerza la participación activa de las personas en el cuidado de su salud, el sujeto de autocuidado es el responsable de las decisiones que determinan

su situación, concordando de lleno con la finalidad de la promoción de la salud. Este hecho hace necesaria la individualización de los cuidados y la implicación de los usuarios en el propio plan de cuidados.

El autocuidado es la responsabilidad que tiene un individuo para el fomento, conservación y cuidado de su propia salud y se define como "el conjunto de acciones intencionadas que realiza o realizaría la persona para controlar los factores internos o externos, que pueden comprometer su vida y desarrollo posterior".

En general, tenemos la capacidad para cuidarnos y este autocuidado lo aprendemos a lo largo de nuestra vida, especialmente mediante comunicaciones que ocurren en las relaciones interpersonales. Por esta razón, no es extraño reconocer en nosotros mismos prácticas de autocuidado aprendidas en el seno de la familia, la escuela y las amistades.

La teoría del déficit de autocuidado abarca a aquellos usuarios que requieren una ayuda total de la enfermera por su total incapacidad para realizar actividades de autocuidado.

También valora a aquellas actividades que pueden ser realizadas en conjunto enfermera-usuario, ejemplo: el baño y actitudes que el paciente puede y debe aprender a realizar siempre con ayuda.

En el constante hacer de las enfermeras se corrobora en la vigencia de las teorías y modelos definidas desde Nightingale, razón por la cual aplicamos el modelo de Dorothea Orem, en la exposición del plan de cuidados sugerido en este libro.

Por ello, en esta etapa se diseñó un formato de valoración, basado referente teórico del modelo de Orem, cuya primera parte integra los factores condicionantes básicos; las primeras 28 preguntas señalan las respuestas que relacionadas con el paciente de la 22 a la 29 son complementarias; posteriormente se valoran:

I. Los requisitos de autocuidado universales, son ocho (anexo 1)

1. Aporte suficiente de aire
2. Aporte suficiente de alimento
3. Aporte suficiente de agua
4. Proceso de eliminación y excretas
5. Mantenimiento de la actividad y reposo
6. Mantenimiento del equilibrio entre la soledad y la interacción.
7. Características que constituyen un peligro para la vida
8. La promoción del funcionamiento y desarrollo humano.

II. Requisitos de autocuidado del desarrollo

III. Desviación de la salud de los requisitos de autocuidado (figura 4)

La relevancia y complejidad de la valoración radica en la continuidad del trabajo, esa continuidad se estimula con el trabajo en equipo para alcanzar una práctica favorable para el acercamiento entre lo subjetivo y lo objetivo, entre la razón, la emoción y lo espiritual, con el fin de construir el conocimiento y generar las transformaciones necesarias en la formación centrada en la preparación científica y comprometida con la reflexión crítica para incorporar nuevos paradigmas que superen el modelo biológista, para una nueva construcción paradigmática que sustente las dimensiones del cuidado de enfermería.

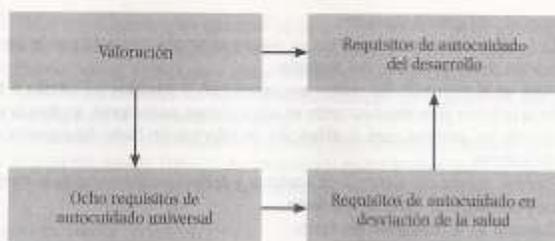


Figura 4. Requisitos de autocuidado para la valoración de enfermería.

Es importante continuar con la evaluación del aprendizaje e identificación de competencias.

Objetivo

Identificar los métodos de valoración, las características de la recolección de datos, sus fuentes y la documentación requerida.

Actividad inicial

De acuerdo con las actividades propias para la atención del paciente, en esta sección identificará elementos de la valoración, requisitos universales de autocuidado, requisitos de desarrollo y de desviación de la salud.

Actividad de aprendizaje

Realice un ejercicio de valoración donde aplique el formato de valoración anexo, sustentado en la teoría de Orem; el usuario puede ser un individuo o una familia.

Actividad de aplicación

Como producto del razonamiento crítico en la valoración de enfermería, mencione las limitaciones identificadas en el formato de valoración utilizado, puede anotar las sugerencias que crea convenientes.

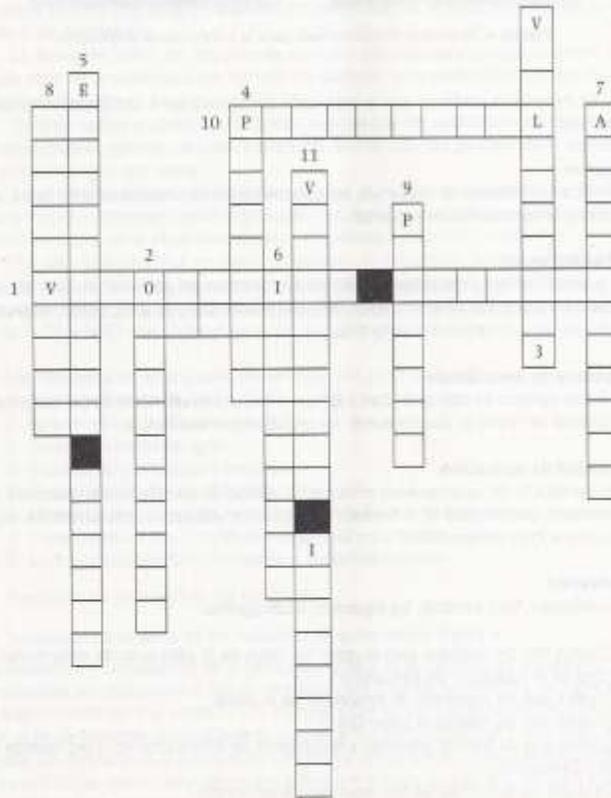
Evaluación

A continuación lea y conteste las siguientes interrogantes:

1. ¿Cuáles son los métodos para recoger los datos de la valoración de enfermería?
2. ¿Qué es la valoración de enfermería?
3. ¿Cuáles son los requisitos de desviación de la salud?
4. ¿Cuáles son los requisitos universales?
5. ¿Cuáles son las fuentes primarias y secundarias de información en la recolección de la información?
6. Describa en qué consisten los requisitos de desarrollo.

7. Resuelva el crucigrama siguiente:

1. Es la base del plan de cuidados ya que es el primer contacto con la persona, son los datos generales del paciente.
2. Inicia en el momento del primer encuentro con el paciente y continúa a través de la relación enfermera-paciente en valoraciones posteriores. Implica la utilización de los sentidos para la obtención de información tanto del paciente como del entorno.
3. Proceso planificado sistemático continuo y deliberado de recogida e interpretación de datos de salud del paciente.
4. Consiste en la utilización del tacto.



5. Técnica que aporta gran cantidad de datos. Antes de proceder a la exploración debe explicarse al paciente la técnica a realizar.
6. Examen visual, cuidadoso y global del paciente.
7. Consiste en escuchar los sonidos producidos por los órganos del cuerpo.
8. Método para la recolección de datos.
9. Fuente de datos que involucra: Paciente, historia clínica, familiares o amigos.
10. Implica dar golpes con uno o varios dedos sobre la superficie corporal.
11. Se realiza durante toda la atención, estado de un problema real o potencial.

Fuentes de datos

- Fuentes primarias: observación, exploración física, interrogatorio (directo o indirecto), estudios de laboratorio y gabinete.
- Fuentes secundarias: expediente clínico, referencias bibliográficas (artículos, revistas, guías de práctica clínica, etcétera, por citar algunas).

Entrevista

La entrevista es una conversación planificada con el paciente para conocer su historia sanitaria. Por otra parte, es un proceso diseñado para permitir que tanto la enfermera como el paciente den y reciban información; además exige capacidades de comunicación e interacción; va enfocada a la identificación de las respuestas humanas.

Objetivos de la entrevista

- Permite adquirir la información específica necesaria para el diagnóstico.
- Facilita la relación enfermera/paciente creando una oportunidad para el diálogo.
- Permite al paciente recibir información y participar en la identificación de problemas y establecer los objetivos.
- Ayuda a determinar áreas de investigación concretas durante los otros componentes del proceso de valoración.

Fases de la entrevista

- a) Introducción (orientación): fase en que la enfermera desarrolla una relación terapéutica, su actitud profesional es el factor más significativo, su enfoque debe transmitir respeto por el paciente.
- b) Cuerpo (trabajo): fase diseñada para reunir información relacionada con el estado de salud del paciente, esto deberá conducirse de forma metódica y lenta, aquí investiga la enfermera el estado actual y la historia de forma sistemática.
- c) Cierre (finalización): dar al paciente un indicio de que la entrevista está finalizando, este enfoque ofrece al paciente la oportunidad de formular algunas preguntas.

Tipos de valoraciones

- Global: se utiliza una cédula de valoración. Por ejemplo: los 11 patrones de salud funcionales (Marjory Gordon), los 9 patrones de respuesta humana (Callista Roy), o bien los requisitos universales.
- Focalizada: centrada en puntos o cuestiones concretas (dolor, sueño, estado respiratorio).

La obtención de información o recogida de datos es un proceso continuo que da inicio cuando el profesional de enfermería se encuentra por primera vez con el usuario o cliente y continúa hasta que éste es dado de alta.

La principal fuente de conocimiento es la persona o el grupo afectado, seguida de las personas allegadas, registros médicos y de enfermería, consultas verbales y escritas, así como estudios de diagnóstico y de laboratorio o compañeros de trabajo, por citar algunos. De este modo en términos generales éstas se clasifican en primarias y secundarias, según se ejemplifica a continuación.

- Primarias: el paciente, usuario, cliente.
- Secundarias: familia, cuidador u otra persona o documento.

Ejemplo:

Tipos de datos

Respecto al tipo de datos, Alfaro (2009), elabora una clasificación donde los tipifica como subjetivos, objetivos, históricos y actuales, según se observa a continuación.

- Subjetivos: lo que la persona dice que siente o percibe.
- Objetivos: son aquellos que se pueden observar o medir.
- Históricos: consisten en situaciones o acontecimientos que han tenido lugar en el pasado del usuario, pero que son decisivamente importantes para identificar las características de su salud y conocer sus experiencias respecto a la misma.
- Actuales: son acontecimientos que están suscitándose en el momento actual en el usuario.

Métodos para la recolección y llenado del formato de valoración

Dentro del proceso de cuidados, durante la etapa de valoración del usuario, es común que los profesionales de enfermería utilicen tres métodos principales en la recolección de datos ver figura 5:

- Entrevista clínica
- Observación
- Examen físico

Entrevista clínica

Es un interrogatorio formal que consiste en una comunicación, con un propósito específico, donde la enfermera y/o estudiante realiza la valoración del paciente o usuario; anteriormente a este método se le conocía como historia de enfermería (Alfaro, 1995:35; Alfaro, 2009). Para Iyer (1997:54) se trata de un proceso complejo que exige capacidades de comunicación e interacción refinadas.

Al ser un proceso deliberado está diseñado para permitir que tanto el profesional de enfermería como el usuario, den y reciban información; en este caso la enfermera debe poseer competencias para establecer una relación de confianza y saber formular preguntas; escuchar y observar son claves para establecer una relación empática y asertiva.

Collière (1993:244), citó que para conocer más de las personas que solicitan nuestros cuidados, es necesario "volver a aprender a ver y volver a aprender el lenguaje", coincidimos con esta frase ya que como enfermeras o enfermeros adquirimos un bagaje de conocimientos sobre los que debemos observar y comunicar los datos más que mediante tecnicismos, entonces es necesario entender comportamientos y lenguaje que las personas o usuarios utilizan en la vida diaria.

La entrevista puede ser formal o informal, consta de una introducción, cuerpo y cierre. En el proceso de valoración de enfermería, los objetivos de la entrevista son:

- a) Adquirir la información necesaria para deducir el diagnóstico y la planificación;
- b) Facilitar la relación con el usuario creando una oportunidad para el diálogo;
- c) Permitir al usuario recibir información y asumir una actitud participativa en la identificación de problemas y en el establecimiento de objetivos; y
- d) Ayudar a identificar áreas de oportunidad para la investigación concreta de todos los componentes del proceso de valoración sistemática y continua de enfermería.

De acuerdo con Gordon (2007), antes de interpretar los datos, éstos deben clarificarse si es necesario. En ocasiones los usuarios utilizan términos ambiguos que requieren mayor comprensión por parte del personal de enfermería, con la finalidad de evitar errores en el planteamiento diagnóstico (Figura 5).

Observación

En este método la enfermera debe utilizar los sentidos en su conjunto, no sólo la vista para la obtención de información, se trata de una habilidad práctica que se refina con razonamiento. De acuerdo con Andrade (2004:37), es la capacidad intelectual de captar, a través de los sentidos, los detalles del mundo exterior.

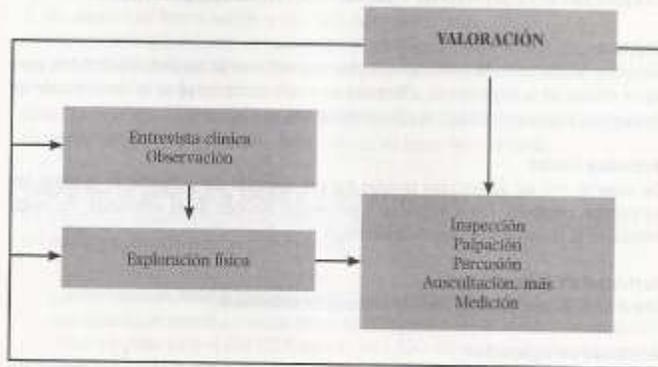


Figura 5. Métodos y técnicas de recolección de datos en la valoración de enfermería

Para observar emplee los sentidos, preste atención en lo que vea, escuche o huela del paciente o usuario. También analice en el aspecto general, el lenguaje y procesos de interacción; tenga presente ciertos factores tanto del observador y de la persona observada, porque se pueden falsear datos relacionados con la situación y el entorno, evite conductas rutinarias, superfluas y la repetición de estímulos, persistencia de determinadas impresiones y factores medioambientales, así como la falta de concentración y/o continuidad en el proceso de observación.

La observación en la comunicación no verbal es indispensable para complementar o validar lo que el usuario comunica verbalmente durante la entrevista, mediante estos comportamientos nosotros como personal de enfermería podemos darnos cuenta si estamos logrando el objetivo al crear un clima de confianza. Recordemos que los iniciadores de la observación no sólo somos las enfermeras y enfermeros, el paciente está atento al contacto visual, la proximidad, el movimiento de extremidades y postura corporal, así como el tono, volumen y ritmo de la conversación.

Exploración física

Es una actividad de suma importancia en la recolección de datos. El examen físico, como parte de la valoración, se propone definir mejor aún las respuestas humanas del usuario para identificar cuáles de éstas son susceptibles de atención en el campo autónomo de la enfermería, además de contar con una base de datos para contrastar la eficacia de las intervenciones y verificar los datos subjetivos extraídos mediante la entrevista, para ello, debe explicar al paciente en qué consiste el examen.

En la exploración física se utilizan cuatro técnicas específicas: inspección, palpación, percusión y auscultación (Alfaro, 1995:37); este proceso evita omitir las mediciones respectivas.

Evaluación del aprendizaje e identificación de competencias

Objetivo

Identificar la valoración de enfermería con los tres métodos de recolección de datos, para hacer énfasis en la importancia, diferencia y complementariedad en la identificación de respuestas humanas fisiológicas y fisiopatológicas en el usuario.

Actividad inicial

De acuerdo con las actividades propias para la atención del paciente, se analizan los conceptos, objetivos, características y elementos básicos de la entrevista, haciendo énfasis en la observación y exploración física.

Actividad de Aprendizaje

Lea el texto Alfaro, (2009), sobre el proceso de enfermería.

Actividad de aplicación

Lleve a la práctica los métodos de recolección de datos estableciendo la diferencia entre la valoración básica y focalizada.

Evaluación

A continuación lea y conteste las siguientes interrogantes:

1. ¿Qué es la valoración?
2. ¿Cuáles son los métodos de recolección de datos en la valoración de enfermería?
3. ¿Cuáles son los requisitos de la valoración?
4. Describa en qué consiste la exploración física.
5. ¿Qué es la entrevista clínica?
6. Mencione las técnicas de la exploración física.

Características para la correcta anotación de registro de datos.

Una vez realizada la validación de datos obtenidos de cada usuario de cuidados de enfermería, se lleva a cabo la actividad concerniente al registro o anotación en la hoja de enfermería. En este caso, es importante tener presente lo establecido en la Norma Oficial Mexicana NOM 004-SSA1-2012 del expediente clínico y en las directrices para la anotación correcta de registros en la documentación correspondiente.

A continuación le presentamos algunas precisiones a tomar en cuenta en esta etapa de la valoración de enfermería. Al realizar las anotaciones correspondientes, es importante que los datos estén especificados de forma objetiva, sin prejuicios, juicios de valor u opiniones personales.

1. Describa e interprete los datos objetivos para ello puede apoyarse en pruebas y observaciones concretas.
2. Evite las generalizaciones y términos confusos como, "normal", "regular".
3. Escriba los hallazgos de manera minuciosa, forma y tamaño.
4. Anote de forma clara y concisa.
5. Se anotará de forma legible y con tinta indeleble.
6. Los comentarios deberán ser correctos ortográfica y gramaticalmente, use sólo las abreviaturas más comunes.

Nota: En sus expresiones verbales y anotaciones escritas, evite usar los siguientes términos: gordo, delgado, amplio, bajo, exceso de peso, bajo de peso.

Valoración de enfermería según la teoría de Dorothea Orem.

A continuación presentamos un ejemplo del resumen de la valoración de un paciente, con el paradigma del referente teórico de Orem.

La Hipertensión Arterial Sistémica (HAS) es un problema de salud que afecta a más mil millones de personas, según datos de la Organización Mundial de la Salud (OMS) 2012 y calcula para el año 2025 más de un 1,500 millones de personas padecerán hipertensión. Esto significa que uno de cada tres adultos mayores de 25 años, presentará uno de los principales factores de riesgo de las enfermedades cardiovasculares.

Al año se producen 17,5 millones de muertes por enfermedades cardiovasculares, es evidente que causan tantas muertes como el VIH SIDA, la tuberculosis, la malaria y la diabetes, el 80% de los ataques cardíacos prematuros se pueden prevenir, con vigilar regularmente la tensión arterial, los niveles de glucemia y el colesterol.

La falta de adhesión al tratamiento de la HAS es un factor de riesgo que aumenta la morbilidad y la mortalidad por enfermedades cardiovasculares, ello representa un problema de índole económico y social para los sistemas de salud a escala nacional y mundial. Medir la adherencia al tratamiento representa un desafío para el profesional de enfermería, si persiste en la idea de mejorar el cuidado terapéutico, es indudable lograr dar un paso alentador para disminuir los eventos finales como son los infartos y los accidentes cardiovasculares, los cuales son las principales causas de muerte en América Latina. La carga de enfermedades crónicas está aumentando a causa de una población que está envejeciendo y los cambios del estilo de vida.

Los países tienen una capacidad limitada para responder a la carga de morbilidad crónica. Por otro lado, han emprendido un tema principal de enfermedades crónicas y la promoción de la salud, por ejemplo, Brasil, Chile, Argentina, Uruguay y países centroamericanos y del Caribe. Han logrado aumentar la conciencia y la movilización de la organización para responder de una manera integral. La adherencia al tratamiento, según la OMS, engloba cumplimiento de dosis, forma de administración, persistencia en la duración del tratamiento prescrito, así como las recomendaciones otorgadas por el médico o el equipo de salud, tanto de hábitos en el estilo de vida y tratamiento farmacológico, así como el grado de coincidencia entre las orientaciones sugeridas por el profesional de enfermería y el cumplimiento del paciente.

La adhesión al tratamiento a largo plazo en los países desarrollados alcanza sólo el 50 %, es incluso menor en los países en vías de desarrollo, es decir, uno de cada tres pacientes sigue las indicaciones médicas; la adherencia es mayor para la toma de medicamentos y menores para ejercicio y dieta.

En México, del total de los pacientes con HAS, sólo el 39% tiene diagnóstico médico confirmado y 61% lo ignora, es decir, no sabe que sufre esta grave enfermedad. A su vez, de los pacientes con un diagnóstico médico señalado, sólo 46.9% está con tratamiento médico, mientras que del 53.1%, a pesar de estar al tanto de su enfermedad, no toma tratamiento. De los pacientes con hipertensión con tratamiento farmacológico 23.9 % están controlados (Rosas, 2007; Taveira, 2007).

Con la creciente necesidad de medir la adherencia al tratamiento de la HAS, se han utilizado instrumentos fiables y válidos, como la escala fácil de administrar, el Test de Morinsky De Green, que se aplica para evaluar a los pacientes de baja adherencia y en riesgo de presión arterial no controlada. Una causa atribuible de gran peso, cada vez más reconocida, es el impacto socioeconómico, pues representa conflictos para el tratamiento de larga duración, ello incrementa la incidencia de Enfermedad Cardiovascular Isquémica (Taveira, 2007; Alayon, 2008).

La condición socioeconómica se caracteriza por bajos salarios, baja escolaridad, y el tipo de ocupación, circunstancias responsables de daños a la salud, de-

bido al desempleo, la miseria y la falta de información. En los escenarios de las personas con un nivel socioeconómico desfavorable es evidente el incremento del problema a la falta de adhesión cuando el paciente no se acuerda o bien ha olvidado tomar algún medicamento, unas veces por falta de tiempo y la relacionada con la dosis, el horario, los efectos colaterales, el costo elevado, la dieta específica y el ejercicio (Noguez, 2007; Alayon, 2008).

Es evidente la necesidad del profesional de enfermería de conocer el contexto económico y social en el cual actúa para mejorar la adhesión al tratamiento de HAS, como parte de su trabajo cotidiano, se destaca la orientación con educación para la salud, de forma sistematizada para una mayor adhesión al tratamiento de las personas con hipertensión, ciertamente una mejor adhesión torna al paciente más saludable.

I. Factores condicionantes básicos

Edad: 49 años	Sexo: femenino
Estado civil: Soltera	Escolaridad: nivel superior
Ocupación: Profesora	
Originario: Tenango del Valle, México	Fecha de ingreso: 05/09/2013
Diagnóstico Médico: Crisis hipertensiva	

II. Requisitos universales

1. Aporte suficiente de aire: campos pulmonares ventilados.
2. Aporte suficiente de agua: Venoclisis permeable con solución mixta de 500 ml. para 12 horas permeable.
3. Aporte suficiente de alimento: abdomen blando depresible, no acepta los alimentos, se niega a comer y refiere náuseas.
4. Provisión de cuidados asociados con los procesos de eliminación de desechos incluidos los excrementos: Área genital, de acuerdo a edad y sexo; sonda de Foley drenando orina con características normales, 28 ml por hora.
5. Mantenimiento del equilibrio entre la actividad y reposo: la paciente se encuentra consciente, soñolienta; con reflejos normales; en posición semi fowler, en reposo relativo.
6. Mantenimiento del equilibrio entre la soledad y la interacción social: vive con sus hijos; acude a un grupo de autoayuda desde hace un año, refiere ansiedad y temor a dejar solos a sus hijos si ella muere; esto se acentúa más cuando se eleva la presión arterial, la usuaria expresa miedo a estar hospitalizada.
7. Prevención de peligros para la vida, el funcionamiento y el bienestar humanos: se administra medicamento por venoclisis, no presenta ningún dato de infección, ni en la sonda de Foley, el equipo de infecciones nosocomiales está al pendiente de los signos de alarma.
8. La promoción del funcionamiento y desarrollo humano dentro de los grupos sociales: signos vitales T/A 170/100 mm de Hg; Temperatura corporal 36.5°C; FC: 93 pm; FR de 18 pm.

III. Requisitos del desarrollo

Se trata de un adulto en la cuarta década de la vida, tiene vida sexual activa y fertilidad satisfecha; en etapa productiva económicamente; menciona haber presentado enfermedades propias de la infancia, al parecer esto no tiene relación con su padecimiento actual.

IV. Requisitos de desviación de la salud

Inicia su padecimiento el día 10 de Julio, 2013, con presencia de cefálea intensa, náuseas, que le impiden realizar sus actividades cotidianas, motivo por el cual acude al médico, se realiza la valoración; se concluye que se trata de una crisis hipertensiva y se indica sea hospitalizada.

Al entrar al cubículo la usuaria refiere de manera reiterada miedo y ansiedad, por el peligro y el riesgo de perder la vida pues sus hijos aún la necesitan. Ella desconoce qué sucederá si la presión arterial no baja, además, pregunta qué es lo que tiene; la cefálea y las náuseas continúan con la misma intensidad, necesita urgentemente llamar a su trabajo para notificar que no podrá presentarse a laborar.

Es el momento de hacer una reflexión de este primer paso. Derivado del análisis de datos, se puede observar que la Teoría General de Orem se está aplicando, su evidencia es el esfuerzo investigativo para identificar los datos significativos. La valoración no sólo debe estar orientada a la determinación de la situación de salud, problemática o no, que está viviendo la persona, sino en su respuesta humana, el modo de responder y actuar.

Ante estas situaciones de salud que viven las personas, no debemos olvidar que la valoración por sí misma tiene un valor limitado, si no se fundamenta en un modelo de enfermería, con una metodología de trabajo, cuyo objetivo sea proporcionar cuidados ante situaciones de salud. Este paso es la piedra angular, ya que proporciona la base sólida de información para los siguientes pasos; formular diagnósticos de enfermería, proponer objetivos, intervenir y evaluar para de ese modo demarcar nuestra autonomía profesional. Estos hechos aportan al avance profesional de nuestra disciplina enfermera.

Evaluación del aprendizaje e identificación de competencias

Objetivo

Identifique las tareas de pensamiento crítico necesarias para resumir el cuadro clínico y/o evolución del usuario para la correcta anotación en el plan de cuidados y demás documentos concernientes.

Actividad inicial

De acuerdo con las actividades propias para la atención y cuidado del usuario, elabore una propuesta de registro de datos respecto a los requisitos de autocuidado, los sistemas básicos de enfermería y los métodos de ayuda establecidos en el modelo de Orem.

Actividad de aprendizaje

Realice la exploración física de un usuario, tomando como referente el instrumento de valoración previamente diseñado (Anexo 1).

Actividad de aplicación

Acorde con las actividades propias para la atención y cuidado del usuario, el alumno hará las anotaciones en los correspondientes, sin omitir que el referente básico a seguir es el modelo de Dorothea Orem.

Evaluación

A continuación lea y conteste las siguientes interrogantes:

1. Escriba el título completo de la (NOM) del expediente clínico.
2. Enuncie tres características de las notas de enfermería en los registros correspondientes.
3. Escriba cinco directrices para la anotación correcta de los registros de enfermería en la documentación de los datos de valoración.
4. Escriba los sistemas de enfermería establecidos en el modelo de Orem.
5. Cite el nombre de los cinco métodos de ayuda que incluye el modelo de Orem.
6. Practique su razonamiento crítico en enfermería y deduzca los diversos problemas o eventos de salud que enfrenta esta usuaria.
7. Elabore un listado de datos del paciente e identifique para cada uno de ellos, si se trata de algunas de las siguientes dimensiones, le invitamos a continuar con el llenado del cuadro:

Respuesta del paciente	Respuesta humana
HA 190/110 Fuma	Piel fría Nódulos Dolor precordial Temor

Fuentes de información

1. Alfaro, LeFevre Rosalinda (1995). *Aplicación del proceso enfermero fomentar el Cuidado en Colaboración* 2ª ed., Madrid, España, Mosby.
2. Alfaro, LeFevre Rosalinda (2009). *Pensamiento crítico y juicio clínico en enfermería* 4ª ed., Madrid, España, Elsevier.
3. Alayón AN, Mosquera-Y M; "Adherencia al tratamiento basado en comportamientos en pacientes diabéticos", Cartagena de Indias, Colombia. *Revista de Salud Pública* 2008; 10: 777-782.
4. Colliere, M.Francoise. (2009). *Promover la vida. De las prácticas de las mujeres colombianas a los cuidados de enfermería* Madedó (Es), 2 Edición, McGraw-Hill/Interamericana.
5. Gordon, Marjorie (2007). *Manual de Diagnóstico enfermero, Proceso y aplicación*. 11ª ed. España, Mosby/Deyma
6. Gutiérrez, de Beales Hilina y Jiménez, de Esquenazi Teresa (1997). *El proceso de enfermería Una metodología para la práctica*. Océano Editores LTDA, Santa Fe de Bogotá Colombia.
7. Iyer, Patricia, et al. (1997). *Proceso y diagnóstico de enfermería*. 2ª. ed., México, McGraw Hill.
8. Kéroaaac, S. et al. (2001). *El pensamiento enfermero*. Barcelona, España, Masson y teoría en enfermería. 7ª. ed. Madrid, España, Elsevier
9. López AL, Guerrero S. (2006) *Perspectiva internacional del uso de la teoría general de Orem*. Invest, educ. enferm. (24)2.
10. Murriner, Tomsey Ann y Ralle Alligood Martha (2011). *Modelos Modélos y teorías en enfermería*. 7ª. ed. Madrid, España, Elsevier.
11. Moran Aguilar Victoria, Memona Robles Alba Lily (2006). *Proceso de enfermería. Modelo sobre interacción terapéutica y uso de los lenguajes NANDA, NIC Y CRE*. Editorial Trillas. 2ª edición, México.

12. Noguez SX, Sorli RM L y Villar GJ. (2007) Instrumentos de medida de adherencia al tratamiento. *An. Med. Interna (Madrid)*;24(3): 138-141.
13. Organización Mundial de la Salud (OMS). *Care a Care con la enfermedad crónica*. 2012.
14. Oresz Dorothea E. Savannah,GA (1992). *Modelo de orem, conceptos de enfermería en la práctica*. Barcelona España. Ediciones científicas y técnicas, S.A.
15. Rosas PM, Larr EA, Pastelin G, et al. (2007) *Encuesta Nacional de Hipertensión Arterial, RENAHTA. Consolidación mexicana de los factores de riesgo cardiovasculares: cohorte nacional de seguimiento*. *Archivos de cardiología en México*.
16. Secretaría de Salud. *Norma Oficial Mexicana NOM-004-SSA1-2012, Del expediente clínico*. México, Diario Oficial de la Federación.
17. Taveira LF y Pierin AMG. (2007) "¿Puede el nivel socioeconómico influenciar las características de un grupo de hipertensos?" *Rev. Latino-Am. Enfermagem*. 15 (5): 929-935.



Capítulo 3

Etapa de diagnóstico



*María Juana Gloria Toxqui Tlachino
Isabel Álvarez Solorza*

Es el paso final del proceso de valoración y el segundo del Proceso de Enfermería, es un enunciado del problema real o potencial del paciente que requiere de la intervención de enfermería con el objeto de resolverlo o disminuirlo. Es importante que observe que un diagnóstico de enfermería no es sinónimo de un diagnóstico médico (Gordon, 2007; Alfaro, 2009).

Para la disciplina, el diagnóstico de enfermería representa la fase donde a través de operaciones intelectuales, el practicante de enfermería elabora las hipótesis sobre la problemática del usuario.

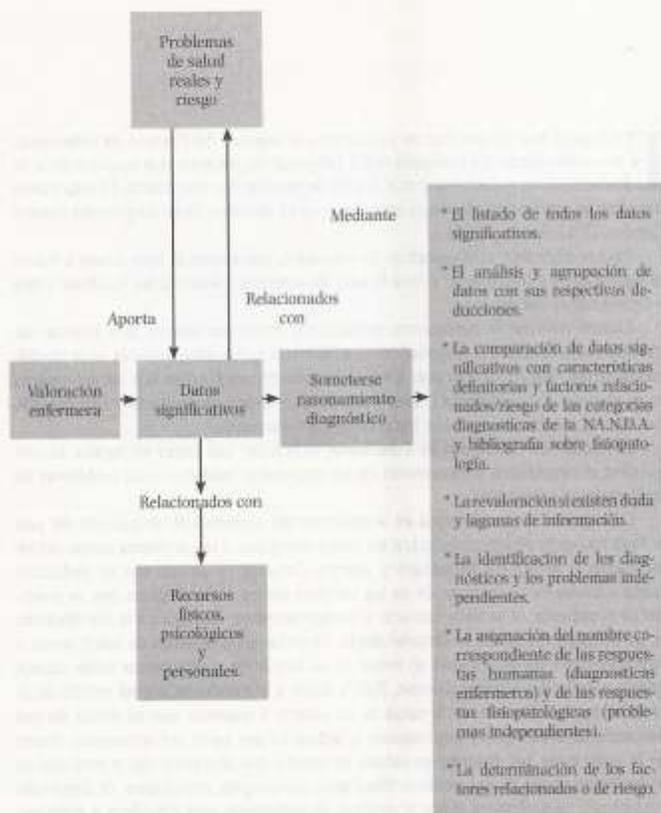
Existen variedad de definiciones emitidas por diferentes autoras, que intentan dar una respuesta concreta al diagnóstico de enfermería, todas ellas basadas en la identificación de las respuestas humanas a los problemas de salud, en las que las enfermeras en el ejercicio de su profesión, basan sus conocimientos, experiencia y responsabilidad legal están habilitadas para tratar independientemente.

La Asociación Americana de Enfermería, (A.N.A por sus siglas en inglés), lo define como el diagnóstico y tratamiento de las respuestas humanas a los problemas de salud reales o potenciales.

El Diagnóstico de enfermería es la expresión del problema de un paciente del cual se llega haciendo deducciones sobre los datos recogidos. Este problema puede ser recogido por la enfermera (Mundinger y Jauron). Consiste en un proceso de deducción clínica a través de la observación de los cambios físicos o psicológicos que se producen en el paciente; si se hace correcta e inteligentemente, conducirá a la identificación de las posibles causas de la sintomatología. Describe los problemas de salud reales o potenciales que las enfermeras en virtud de su formación y experiencia están capacitadas y autorizadas a tratar (Gordon, 2007). Alude a la manifestación del estado de alteración, potencial o real, de la salud de un usuario o usuarios, que se deriva de una valoración de enfermería y que requiere la actuación por parte del profesional. Puede ser la explicación que describe un estado de salud o una alteración real o potencial en los procesos vitales de una persona (fisiológico, psicológico, sociológico, de desarrollo y espiritual). La enfermera utiliza el proceso de enfermería para identificar y sintetizar los datos clínicos y para disponer intervenciones de enfermería que reduzcan, eliminen o prevengan (promoción de la salud) las alteraciones de la salud que pertenezcan al dominio legal y educativo de la enfermería (Carpenito, 2010).

En esta etapa el conocimiento y comprensión son un recurso indispensable para dar sentido a los datos e informaciones obtenidas de la valoración. El razonamiento diagnóstico se elabora de acuerdo a la Figura 6.

Los pasos que la enfermera realiza:



FUENTE: adaptado de Afari, 2003.

Figura 6. Razonamiento diagnóstico

1. Identifique los problemas.
2. Analice los datos significativos o la deducción de ellos, es un planteamiento de alternativas, como hipótesis.
3. Sintética, confirme o elimine las alternativas posibles.

La NANDA, (2013), define al diagnóstico de enfermería como un juicio acerca de las experiencias/respuesta del individuo, familia, comunidad o problemas de salud, procesos vitales reales o potenciales. Esto significa que el diagnóstico de enfermería no es una observación sino una interpretación, una deducción y un juicio clínico.

En la actualidad se le concibe como una aproximación a la identificación de problemas y resolución de éstos en el cuidado del cliente, como una forma en la que se establece una relación de ayuda, caracterizada por el conocimiento, la razón y el cuidado.

La Enfermería como cualquier otra profesión necesita combinar ciertos factores para poder hacer diagnósticos. Partiendo de la intuición (juicio intuitivo) tendrá que combinar los conocimientos teóricos con una cierta habilidad para poder llegar a concretar los enunciados diagnósticos. Pero no sólo entran en juego estos factores, no depende de ellos en gran parte para la elaboración de un diagnóstico; también necesita conjugar una buena aptitud para reunir datos y un pensamiento crítico y reflexivo. Todos estos factores, con nuestra filosofía en el marco conceptual de la profesión con una experiencia cada vez mayor definirán la capacidad para la elaboración de diagnósticos de enfermería.

El planteamiento de estos diagnósticos requiere del conocimiento clínico para conocer los datos clave que lleven al enunciado diagnóstico, y por tanto a tomar decisiones sobre el Sistema de Enfermería (Orem, 1999) apropiado para el paciente. No será el mismo proceso de cuidado de una enfermera principiante a una calificada como experta (Benner, 1984), pues la pericia se desarrolla cuando la enfermera verifica, predice y comprueba sus juicios en un contexto de situaciones reales.

Tipos de diagnósticos

De acuerdo a lo dispuesto por la NANDA (2013), los diagnósticos de enfermería son: de riesgo, real y de promoción de la salud.

Diagnóstico de riesgo: describe respuestas humanas a estados de salud/procesos vitales que pueden desarrollarse en una persona, familia o comunidad vulnerables. Se sustenta en los factores de riesgo que contribuyen al aumento de vulnerabilidad.

Diagnósticos de promoción de la salud: es un juicio clínico sobre la motivación y el deseo de una persona, familia o comunidad para aumentar su bienestar y actualizar su potencial de salud, expresado por su disposición para mejorar conductas específicas de salud tales como la nutrición y el ejercicio. Los diagnósticos de promoción de la salud pueden usarse en cualquier situación de salud y no requieren un nivel específico de bienestar.

Diagnóstico real: Describen las experiencias/respuestas humanas a los estados de salud que existen en un individuo. Se apoya en características definitorias (manifestaciones, signos y síntomas) que se agrupan en patrones claves o inferencias relacionadas. Todos los diagnósticos se consideran reales si no se especifica otra cosa. Ahora revise el siguiente esquema para completar la información (figura 7).

El diagnóstico de enfermería se estructura a partir de tres componentes esenciales: *problema de salud, factores etiológicos o relacionados, características definitorias o serie de signos y síntomas*. Un diagnóstico tiene una serie de características que son indicadores de la situación de salud. Algunas están presentes en la mayoría de los clientes con el problema y son llamadas características definitorias.

Se puede evidenciar que los diagnósticos de enfermería son ideas generadas por enfermeras para describir o explicar observaciones clínicas, cuentan con bases teóricas precisas, así como conocimiento y habilidad por parte del profesional.

Se requiere seguir un proceso donde se recoja la información, se interprete, se agrupe, se analice y se ubique en una etiqueta –problema de salud– que representa la mayoría de los datos recogidos. A medida que se avanza en el conocimiento, se estructuran los conceptos y las categorías derivadas del conocimiento conceptual, como se ha demostrado cada dos años en las reuniones de la NANDA.

Los componentes de un diagnóstico de enfermería son cinco, aparecen en el cuerpo de la NANDA en la sección donde se presenta cada diagnóstico en orden alfabético –ediciones anteriores– o por dominios desde la edición 2010, estos componentes se citan a continuación.

1. Etiqueta diagnóstica
2. Definición
3. Características definitorias
4. Factores de riesgo
5. Factores relacionados

Diagnósticos predominantemente de enfermería

Son los problemas que las enfermeras tratan independientemente (conceptos abstractos del modelo de Orem);

- Diagnóstico de enfermería de déficit de bienestar.
- Diagnóstico de enfermería de déficit de comunicación.
- Diagnóstico de enfermería de déficit de higiene.
- Diagnóstico de enfermería de déficit de movilidad.
- Diagnóstico de enfermería de déficit de auto nutrición.
- Diagnóstico de enfermería de déficit de auto protección o seguridad.
- Diagnóstico de enfermería de déficit de auto establecimiento.
- Diagnóstico de enfermería de déficit de auto tratamiento.

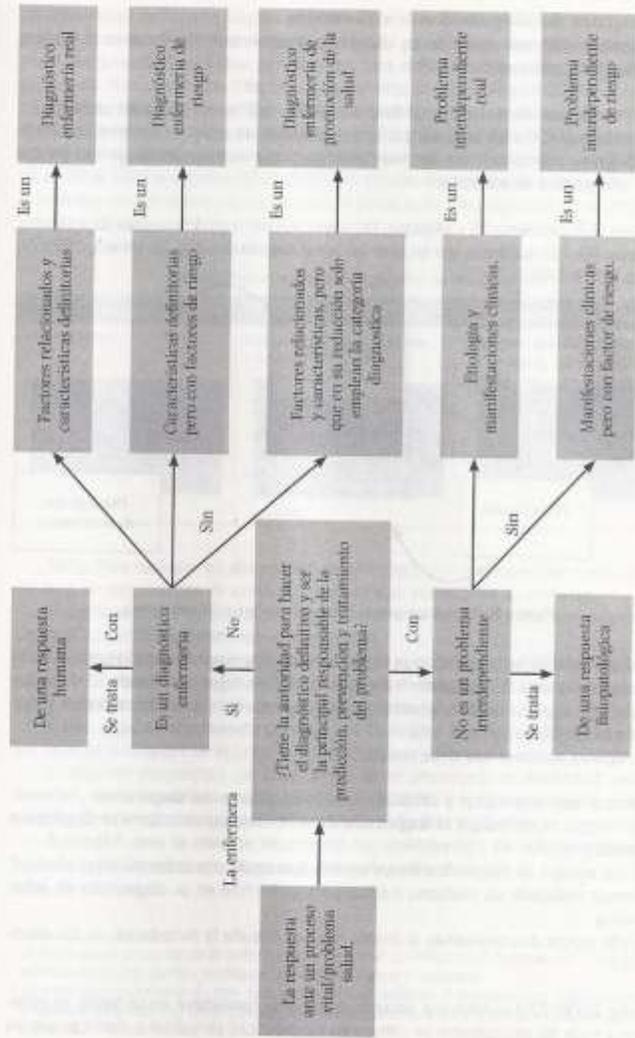


Figura 7. Diagnóstico de enfermería y problemas interdependiente

Estructura del diagnóstico de enfermería

Los componentes esenciales de los diagnósticos enfermería, con base en el formato PES, son los siguientes:

- **Problema de salud**, es el título o etiqueta, descripción breve del problema.
- **Etiología**, son los factores que en esa situación de salud favorecen el problema.
- **Signos y síntomas**, son las manifestaciones que con frecuencia se ven en ese diagnóstico en particular.

Formato PES: problema (P) + etiología, factores causales o contribuyentes (E) + signos/síntomas (S). Estos últimos son los que validan el diagnóstico (Fig. 8). (Alfaro, 1995:77; Alfaro, 2009: 176).

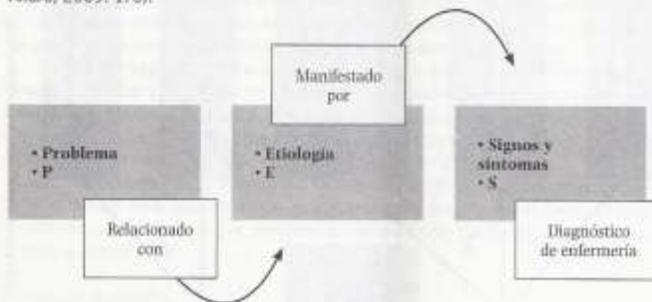


Figura 8. Estructura general de un diagnóstico de enfermería

Para enunciar un diagnóstico es importante hacer lo siguiente: unir la primera parte (P) con la segunda (E) utilizando "relacionado con" en lugar de "debido a" o "causado por". No significa necesariamente que hay una relación causa-efecto directa y después colocar (S).

Algunas acciones que debe realizar:

1. Nunca mencione signos y síntomas en la primera parte del diagnóstico.
2. De ningún modo indique el diagnóstico de enfermería como si fuera un diagnóstico médico.
3. Evite escribir un diagnóstico de enfermería que repita una orden médica.
4. Nunca reetiquete un problema médico para convertirlo en un diagnóstico de enfermería.
5. Evite indicar dos problemas al mismo tiempo, dificulta la formulación de los objetivos.

Gordon (1996:220) plantea una situación que puede convertirse en un hábito en enfermería y es la del uso rutinario de categorías diagnósticas sin validar o clarificar que las

características definitorias (signos y síntomas) se encuentren presentes en el paciente o grupo; por ejemplo "déficit de autocuidado" es una etiqueta diagnóstica que puede adaptarse a muchos pacientes, sin embargo, para individualizarla, cada paciente tendrá evidencias clínicas distintas y factores relacionados diversos (Moran, 2006).

Para la elaboración o estructuración de los diagnósticos de enfermería es importante apoyarse en la taxonomía NANDA, de preferencia la edición 2013; sin embargo, sin importar la edición que use, será su libro rector en torno al lenguaje de enfermería a utilizar para el registro de diagnósticos y notas de enfermería. La siguiente tabla 1, muestra las actividades a seguir para la elaboración del diagnóstico y el producto o evidencia.

Tabla 1. Estructura de un diagnóstico de enfermería

Etapa	Actividades	Respuesta humana
• Diagnóstico	<ul style="list-style-type: none"> • Identifique los problemas • Analice los datos significativos o la deducción de ellos, es un planteamiento de alternativas como hipótesis • Sintetice, confirme o elimine las alternativas posibles 	• Registro del Diagnóstico enfermería estructurado según tipo correspondiente

Nota: Para elaborar un diagnóstico de enfermería, es preferible usar como apoyo del libro de diagnósticos de la NANDA, así como la asesoría de su profesor.

A continuación le presentamos algunos ejemplos de diagnósticos de enfermería, según el caso clínico presentado anteriormente:

En primer lugar es necesario tener a la mano la taxonomía NANDA 2013, en la página 476, encontrará la etiqueta **dolor agudo**²; en este caso, la redacción del enunciado completo está escrito de la siguiente manera:

Dolor agudo relacionado con agente biológico manifestado o caracterizado por muecas y cambios de la presión arterial.

El segundo diagnóstico del caso clínico antes presentado es **ansiedad ante la muerte**³, ahora consulte la página 353 de la NANDA 2013 y ahí encontrará el resto de los datos, hecho que le conducirá a elaborar la redacción siguiente:

Ansiedad ante la muerte relacionada con **anticipación de sufrimiento manifestado** o caracterizado por **expresar tristeza profunda**.

² Se trata de un diagnóstico de enfermería de tipo real, se ubica en el dominio 12 "Confort", se estructura en tres partes, problema, etiología y signos y síntomas.

³ Diagnóstico enfermería de tipo real, pertenece al dominio 9 denominado "Afrontamiento/tolerancia al estrés", al igual que el anterior, se estructura en tres partes; es decir en el formato PES.

Un tercer diagnóstico de enfermería derivado del caso clínico que se presenta como ejemplo es **temor**⁴, ahora le sugiero consultar la página 381 de la edición de la NANDA 2013 y ahí encontrará el resto de los datos, a continuación aplique el pensamiento crítico para elaborar la redacción siguiente:

Temor relacionado con falta de familiaridad con las experiencias ambientales **manifestada** por expresar sentirse asustado y por el aumento de la presión arterial.

Un siguiente diagnóstico es **riesgo de infección**, este se encuentra en la página 417 de la NANDA 2013, pertenece al dominio 11, connotado como seguridad protección; al tratarse de un diagnóstico de riesgo su estructura consta solamente de dos partes, es decir, problema y factores de riesgo. Por lo tanto la redacción se construye de la siguiente manera:

Riesgo de infección. **Factores de riesgo:** procedimientos invasivos (**sonda de Foley vesical**).

Otro de los diagnósticos encontrado en el ejemplo anterior es **Náuseas**, éste se localiza en la página 478 de la NANDA 2013, pertenece al dominio 12, denominado "confort"; al tratarse de un diagnóstico real, su estructura consta de tres partes; es decir, problema, factores relacionados y características definitorias. Por lo tanto la redacción se construye de la siguiente manera:

Náuseas relacionadas con el dolor manifestado por expresar náuseas.

Otro de los diagnósticos encontrado en el ejemplo anterior es **Disposición para mejorar la eliminación urinaria**, este se localiza en la página 194 de la NANDA 2013, pertenece al dominio⁵, denominado "Eliminación e intercambio"; al tratarse de un diagnóstico promoción de la salud, su estructura consta de dos partes; es decir, problema y características definitorias. Por lo tanto la redacción se construye de la siguiente manera:

Disposición para mejorar la eliminación urinaria manifestada por diuresis dentro de los límites normales.

Otro de los diagnósticos encontrado en el ejemplo anterior es **desequilibrio nutricional: ingesta inferior a las necesidades**, éste se localiza en la página 175 de la NANDA 2013, pertenece al dominio 2, denominado "nutrición"; al tratarse de un diagnóstico real, su estructura consta de tres partes; es decir, problema, factores relacionados y características definitorias. Por lo tanto la redacción se construye de la siguiente manera:

Desequilibrio nutricional: ingesta inferior a las necesidades relacionadas con **factores psicológicos** manifestado por **falta de interés por los alimentos**.

En la tabla 2 podemos observar y diferenciar un diagnóstico de enfermería y un problema interdependiente.

Sin embargo, existen dificultades que podemos encontrar en la utilización del diagnóstico de enfermería, por eso es importante establecer la correcta diferenciación entre el diagnóstico de enfermería y el diagnóstico médico. Es conveniente dejar claro este aspecto antes de abordar la formulación. El diagnóstico médico fija su atención en la patología, tratamiento y curación de la enfermedad. El diagnóstico de enfermería fija su atención en las respuestas humanas del paciente o familiar a su enfermedad

⁴ Diagnóstico enfermería de tipo real, pertenece al dominio 9 denominado "Afrontamiento/tolerancia al estrés" y se estructura en tres partes, formato conocido como PIS.

o en los factores que pueden afectar al mantenimiento de su estado óptimo, ver tablas 2 y 3.

Tabla 2. Diferencias entre un diagnóstico enfermería y un problema Interdependiente.

	<i>Diagnóstico enfermería</i>	<i>Problema interdependiente</i>
Es un:	Juicio clínico	Juicio clínico
Centro de atención:	Respuestas humanas	Respuestas fisiopatológicas
Principal responsable:	Enfermera	Médico
Funciones de enfermería:	Independiente e Interdependientes.	Independientes e Interdependientes

Tabla 3. Ejemplos de un diagnóstico enfermería y un diagnóstico médico

<i>Diagnóstico médico</i>	<i>Diagnóstico enfermería</i>
1. Miastenia grave.	Deterioro de la comunicación relacionada con la fatiga de músculos faciales y respiratorios.
2. Gastroenteritis por ingesta de agente químico desconocido.	Déficit nutricional relacionado con las náuseas y vómitos, disfagia y úlceras bucales.
3. Colostomía por enfermedad de Crohn.	Disfunción sexual relacionada con el cambio de imagen y/o lesión de sistema nervioso.
4. Diabetes tipo I en pacientes de 60 años de edad.	Déficit de conocimiento relacionado con la reciente aparición de la enfermedad.

La formulación de diagnósticos de Enfermería requiere una práctica continua (Moran, 2006; Carpenito, 2010). Como en cualquier profesión estamos expuestos de cometer errores hasta que alcancemos de cierta habilidad, para intentar facilitar la elaboración de enunciados diagnósticos debemos evitar lo siguiente:

- Expresar el diagnóstico como una necesidad del paciente.
- Expresar el diagnóstico en términos de actividad de enfermería.
- Invertir el orden en las dos primeras partes del diagnóstico.
- Confundir los signos y síntomas con la primera parte del diagnóstico.
- Formular un diagnóstico como si fuera un tratamiento o prueba diagnóstica.
- Incluir más de un problema.
- Expresar el diagnóstico de enfermería como si fuera un diagnóstico médico.
- Emplear terminología médica.
- Emitir juicios de valor.
- Comprometerse legalmente.

Evaluación del aprendizaje e identificación de competencias

Objetivo

Identificar los elementos de los diagnósticos de enfermería.

Actividad inicial

De acuerdo con las actividades propias del paciente, el alumno debe realizar las siguientes reflexiones:

¿He agotado las fuentes de obtención de información y puedo distinguir una respuesta humana de una fisiopatológica?

¿He agotado mi juicio intuitivo para detectar o asociar factores que indicarian la presencia o riesgo de un problema?

Actividad de aplicación

Elaborar diagnósticos de enfermería reales, de riesgo y de promoción de la salud (dos de cada uno).

Evaluación

A continuación lea y conteste las siguientes interrogantes:

1. ¿Qué es el PES?
2. Define el diagnóstico de enfermería.
3. Elabora un mínimo de cinco diagnósticos, ejemplificándolos.

Fuentes de información

1. Aedo Carrebo V, Parada Santander T, Alcayaga Rojas C, Rubio Acuña M. Registro electrónico de enfermería en la valoración de las heridas. *Enferm. glob. [online]*. 2012;11(28): 386-395.
2. Andrade C, Bossa M.G. y María R. Chávez (2005) *Manual del proceso de cuidados en enfermería*, México, UASLP.
3. Alfaro, Lefebvre Rosalinda (1995). *Aplicación del proceso de enfermería fomentar el Cuidado en Colaboración* 5ª ed., Madrid, España. Mosby.
4. Alfaro, Lefebvre Rosalinda (2003). *Aplicación del proceso enfermero fomentar el Cuidado en Colaboración* 5ª ed., Madrid, España. Mosby.
5. Alfaro, Lefebvre Rosalinda (2009). *Pensamiento crítico y juicio clínico en enfermería* 4ª ed., Madrid, España. Elsevier.
6. Bulechek Gloria, Mc Closkey, D. Joanne, y Butcher Howard (2011). *Clasificación de intervenciones de enfermería*. (CIE), 5ª. Edición: España. Mosby.
7. Carpenito L. J. (2010) *Planes de cuidados y documentación en enfermería*. Madrid: 14ª. ed Interamericana- McGraw Hill.
8. Iyer, Patricia, et al. (1997). *Proceso y diagnóstico de enfermería*. 2ª. ed., México. McGraw Hill.
9. Gordon, Marjorie (2007). En: *Diagnóstico enfermero. Proceso y aplicación*. 11ª ed. Mosby/ Doyma, España.
10. Kéronac, S. et al. (2001). *El pensamiento enfermero*. Barcelona. (Es): Massm.
11. Marriner, Torrey Ann y Raile Allgood Martha (2011). *Modelos y teorías en enfermería*. 7ª. ed. Madrid, España. Elsevier.
12. Moorhead Sue, Johnson Marion, Maas Meridean L, y Swanson Elizabeth. (2010) *Clasificación de Resultados de Enfermería*. (NOC), 4ª. Ed., España. Elsevier Mosby.
13. Motan-Aguilar Victoria, Mendoza Robles Alba Lily (2006). *Proceso de enfermería. Modelo sobre interacción terapéutica y uso de los lenguajes NANDA, CIE Y CRE*. Editorial Trillas. 2ª edición. México.
14. NANDA-I Internacional (2013). *Diagnósticos en enfermería: Definiciones y Clasificación 2012-2014*. España, Elsevier.

Capítulo 4

Etapa de planificación de los
cuidados de Enfermería



Micaela Olivos Rubio
Josefina Valenzuela Gandarilla



Una vez concluida la valoración e identificados los diagnósticos de enfermería, los problemas interdependientes y complicaciones potenciales, se procede a la etapa de planeación de los cuidados o tratamiento de enfermería, observe la figura 9. En esta etapa, las enfermeras desean que los problemas identificados en el diagnóstico sean modificados mediante las intervenciones planeadas, para que la persona reciba el apoyo necesario de acuerdo al sistema de atención empleado según Drem, y pueda mantener por sí mismo las acciones de autocuidado.

Etapas del plan de cuidados

Según Griffith-Kenney y Christensen, el plan de cuidados "Es un instrumento para documentar y comunicar la situación del paciente/cliente, los resultados que se esperan, las estrategias, indicaciones e intervenciones y la evaluación de todo ello", cabe señalar que este concepto ha sido retomado por la Secretaría de Salud en el marco conceptual para la elaboración de planes de cuidados. Al respecto, la planeación se compone de cuatro partes o subetapas que son la selección de prioridades, el establecimiento de objetivos/

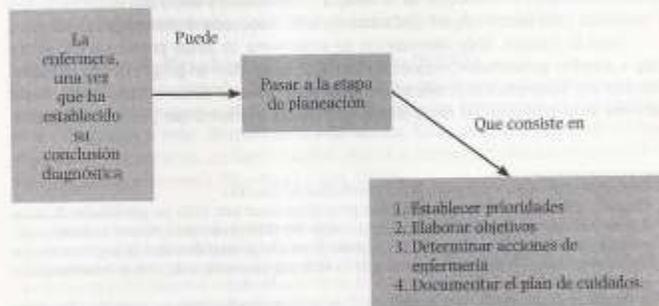


Figura 9. Etapas de Planeación

resultados, el diseño o determinación de intervenciones, así como la documentación (Andrade, 2005; Moran, 2006).

3.1 Selección de prioridades

Se establecen jerárquicamente los problemas identificados o diagnósticos de enfermería. Es decir, se seleccionan todos los problemas en orden de importancia y se establece una jerarquía según su prioridad de solución que guiará las intervenciones o cuidados de enfermería, se otorga la atención primero a aquellos que son urgentes⁵. Por tanto, se trata de ordenar los problemas o diagnósticos detectados.

Es un paso en la fase de planeación donde se priorizan los problemas que resolverán en forma inmediata y los mediatos que se incluyan en el plan de cuidados. Utilice un método⁶ para fijar prioridades –jerarquía de necesidades de Maslow–, asigne una prioridad a los problemas que contribuyen a otros problemas (Alfaro, 2003).

Se trata de establecer las necesidades prioritarias para el paciente; desde la concepción holístico-humanista, la insatisfacción de las necesidades básicas que provocan la enfermedad. El planteamiento de los objetivos del paciente con los resultados esperados, determina los criterios de resultado y proporcionan la guía común para el equipo de enfermería.

Un aspecto a considerar en la determinación de prioridades, es el orden de importancia que se adjudica a la respuesta humana del usuario; se trata del punto de reflexión enfermera para diferenciar qué problemática se debe atender primero, aún dentro de la misma prioridad⁷. Esto conduce a identificar que los problemas del usuario suelen tener importancia subjetiva cuando son importantes para el usuario que los padece en función de sus conocimientos, creencias y experiencia personal; en cambio, una necesidad tiene importancia objetiva, cuando es la enfermera quien califica la complejidad de la necesidad a atender.

Además existe un criterio de prioridad basado en los valores profesionales que ayuda a determinar el nivel de complejidad de una respuesta humana y propone un sistema de clasificación que ayuda a orientar la acción del profesional de enfermería en esta secuencia: 1º. Protección de la vida, 2º. Prevención y alivio del sufrimiento; 3º. Prevención y corrección de las disfunciones; y 4º. Búsqueda de bienestar.

Dado lo anterior, toda intervención de enfermería se dirige primero a dar prioridad a aquellos problemas o respuestas humanas que ponen en peligro la vida del usuario; una vez superada esa prioridad, se procede a prever o aliviar el sufrimiento, hasta atender en su conjunto, las necesidades de cuidado a la salud que presenta el usuario.

⁵ Importancia objetiva y subjetiva de los problemas del usuario.

⁶ Alfaro (2003: 126), dice que la capacidad para determinar con éxito las prioridades de atención de enfermería dependen de la percepción de las prioridades del usuario, la imagen general de los problemas con los que se enfrenta, el estado general de salud de la persona y los objetivos deseados, la duración esperada de la estancia y existencia de planes estandarizados aplicables en la institución.

⁷ Se refiere que aún dentro del mismo nivel de necesidades fisiológicas, consideradas como prioridad uno, existen necesidades que tienen una prioridad más urgente en comparación con otras. Ejemplo falta de oxígeno y dolor agudo.

En la teoría de Orem podemos observar que el sistema totalmente compensador, está dirigido para aquellos pacientes que tienen problemáticas de salud de alto nivel de prioridad, donde el personal de enfermería requiere suplir requisitos universales. Jerarquizar los problemas paso indispensable para una planeación eficiente.

Objetivos

Una vez que se han priorizado los problemas, se procede a definir los objetivos utilizados para:

- Dirigir los cuidados.
- Identificar los resultados esperados
- Medir la eficacia de las actuaciones

Lo que se pretende con estos objetivos⁸ es establecer: qué se quiere conseguir, cómo, cuándo, cuánto y dónde.

Normas generales para la descripción de objetivos:

- Escribir los objetivos en términos observables y medibles.
- Describir los objetivos en forma de resultados o logros a alcanzar, no como acciones de enfermería.
- Elaborar objetivos breves.
- Hacer específicos los objetivos.
- Cada objetivo se deriva de un diagnóstico de enfermería.
- Señalar un tiempo específico para realizar cada objetivo.

Los objetivos de enfermería no suelen escribirse en el plan de cuidados, a excepción de que sea para los alumnos, en cualquier caso, deben responder a preguntas sobre: capacidades, limitaciones y recursos del individuo que se pueden fomentar, disminuir/aumentar o dirigir con los cuidados que se prioriza.

Al describir los objetivos, entendemos que estamos prefijando los resultados esperados, esto es, los cambios que se esperan en su situación, después de haber recibido los cuidados de enfermería como tratamiento de los problemas detectados y responsabilidad de la enfermera. Los contenidos se describen como verbos.

Clasificación de Resultados de Enfermería (NOC)

Es un lenguaje estandarizado o terminología de los resultados enfermeros para ser utilizados por enfermeras y otros profesionales sanitarios interesados en los cambios en el estado del paciente, después de la intervención. Estos conceptos permiten evaluar el estado de un paciente, cuidador familiar, familia o comunidad antes y después de la intervención de enfermería (Moorhead y cols. 2010).

⁸ Un objetivo describe lo que la enfermera espera que logre el cliente o usuario, evidencia que se demostrará con la realización de los cuidados y la práctica del autocuidado realizado por la persona. Un referente para contrastar la consecución del objetivo/resultado del usuario es el contar con referentes o indicadores, es decir, datos específicos y medibles que indican el logro del objetivo/resultado. Un ejemplo más claro de este tema aparece en Clasificación de Resultados de Enfermería, cuyas siglas en inglés son NOC, en fecha actual se dispone de la 4ª edición 2010.

La estructura de la Taxonomía NOC se compone de siete dominios, 31 clases y 385 resultados que incluyen una serie de indicadores expresados en escala tipo Likert de cinco puntos⁹, donde el número cinco es el nivel más deseable. Dicha estructura en su conjunto guía y conduce el razonamiento clínico del profesional de enfermería. A continuación, se muestra un ejemplo con la tabla 4:

Tabla 4. Plan de cuidados

PLAN DE CUIDADOS DE ENFERMERÍA: ANSIEDAD ANTE LA MUERTE 00146			
DOMINIO: IX AFRONTAMIENTO/ TOLERANCIA AL ESTRÉS		CLASE: 2 RESPUESTAS DE AFRONTAMIENTO	
DIAGNÓSTICO DE ENFERMERÍA: REAL			
ETIQUETA (PROBLEMA) (P): ANSIEDAD (NANDA 2013: 251)			
FACTORES RELACIONADOS (CAUSAS)(E):			
<ul style="list-style-type: none"> • Estado de salud • Estrés 			
CARACTERÍSTICAS DEFINITORIAS (Signos y síntomas)			
<ul style="list-style-type: none"> • Temor • Temblor de manos • Voz temblorosa • Aumento del pulso • Náuseas 			
RESULTADO (NOC)	INDICADOR	ESCALA DE MEDICIÓN	PUNTUACIÓN DIANA
<ul style="list-style-type: none"> • 12111 Nivel de ansiedad (NOC 2013: 685) 	*121103 Manos Húmedas	S (Sustancial) 2 L (LEVE) 4	Inicial a: 9
Definición: Gravedad de la tensión o inquietud manifestada surgida de fuente no identificable.	*121117 Ansiedad Verbalizada	M (Moderado) 3 L (LEVE) 4	Final: 16
	*121105 Inquietud	S (Sustancial) 2 L (LEVE) 4	
Dominio (III): salud psicosocial Clase: Bienestar psicosocial (M) Escala: Grave (1) Hasta ninguno (5) (NOC 2009: 533)	*121120 Aumento de la velocidad de pulso	S (Sustancial) 2 L (LEVE) 4	

⁹ Las dimensiones de la escala tipo Likert son variadas, un ejemplo puede ser 1 = gravemente comprometido, 2 = sustancialmente comprometido, 3 = moderadamente comprometido, 4 = ligeramente comprometido, y 5 = no comprometido.

Se entiende que un resultado –del paciente– susceptible a las intervenciones de enfermería es aquel “estado, conducta o percepción de un individuo, familia o comunidad, medida a lo largo de un continuo en respuesta a intervenciones de enfermería”, cada resultado tiene asociado un grupo de indicadores que permiten determinar el estado del paciente en relación al resultado seleccionado. Para medirlo se precisa de la identificación de la puntuación diana de los indicadores al inicio del cuidado y la puntuación de salida (NOC, 2013).

Taxonomía de la NOC

La sexta edición de la NOC se publicó en el año 2013 y en ella aparece un lista de 385 resultados con su respectiva definición, los indicadores y la escala de medición. En esta edición se han adicionado 58 nuevos resultados a los presentados en la tercera edición tabla 5.

A manera de ejemplo le invitamos a reflexionar en relación a cuáles serían los resultados/objetivos que usted elegiría para los diagnósticos del caso clínico utilizado de ejemplo en esta sección, los cuales anotan a continuación.

- Ansiedad
- Dolor agudo
- Temor
- Riesgo de infección
- Desequilibrio nutricional: ingesta inferior a las necesidades

Resultados de la NOC/objetivos

A partir de los diagnósticos de enfermería que ya se tienen, se procede a planear los resultados que se desean alcanzar, para ello necesita el apoyo de la NOC; en virtud de que los resultados ya están descritos en este libro, lo que tiene que hacer es localizarlos, le mostramos unos ejemplos y las páginas donde puede interaccionar con esta información, consulte de preferencia la cuarta edición, publicada en el 2013, en ausencia de ésta use ediciones anteriores. Lo más importante es que practique el razonamiento clínico en enfermería.

Ahora le presentamos los diagnósticos de enfermería y la propuesta de resultado sugerido. Su tarea siguiente es navegar en la NOC para familiarizarse con la taxonomía y desarrollar su razonamiento clínico, será una experiencia maravillosa.

- Dolor agudo; el resultado recomendado es “control de dolor” (NOC:2013; 476)
- Ansiedad; el resultado recomendado es “autocontrol de la ansiedad” (NOC: 2010; 179)
- Temor; el resultado recomendado es “autocontrol del miedo” (NOC:2013; 353)
- Riesgo de infección; el resultado recomendado es “control del riesgo” (NOC:2013; 417)

Desequilibrio nutricional: consumo inferior a las necesidades, el resultado recomendado es “estado nutricional: ingestión alimentaria y de líquidos” (NOC: 2013; 175)

De nuevo realizaremos una evaluación del aprendizaje e identificación de competencias.

Tabla 5. Estructura de la Clasificación de Resultados de Enfermería

Claves	Dominio I Salud Jaramental	Dominio II Salud Fisiológico	Dominio III Salud psicosocial	Dominio IV Comportamiento y conductas de salud	Dominio V Salud social y comunitaria	Dominio VI Salud familiar	Dominio VII Salud comunitaria
	Mantenimiento de la energía Crecimiento y desarrollo Movilidad Autocuidado	Cardiopulmonar Eliminación Líquidos y electrolitos Respuesta inmune Regulación metabólica Neurocognitiva Digestión y nutrición Respuesta terapéutica Integridad tisular Función sensitiva	Bienestar psicológico Adaptación psicosocial Autocontrol social	Conducta de salud Creencias en salud Conocimiento sobre salud Control del riesgo y seguridad	Salud y calidad de vida de vida Sintomatología Satisfacción con los cuidados	Ejecución del cuidado familiar Estado de salud de los miembros de la familia Bienestar familiar Ser padre	Bienestar comunitario Protección de la comunidad.
Resultados	65	89	37	107	40	37	10

Objetivo

Identificar los resultados de enfermería, indicadores y la puntuación diana de inicio de los objetivos del plan de cuidados, tomando como referencia la taxonomía NOC.

Actividad inicial

Identifique los elementos generales de los objetivos o resultados de la NOC.

Actividad de aprendizaje

Lea el texto de la NOC sobre la clasificación de resultados.

Actividad de aplicación

Elabore cinco objetivos/resultados con sus respectivos indicadores, de un usuario en el marco del plan de cuidados, es muy importante usar el apoyo de la taxonomía NOC.

Evaluación

A continuación lea y conteste las siguientes interrogantes:

1. Anote las etapas de plan de cuidados.
2. Con sus palabras escriba ¿Qué entiende por resultado de enfermería en el marco del plan de cuidados?
3. ¿Cuál es la estructura de la Taxonomía NOC?
4. ¿Qué beneficios le brinda a la profesión y a la enfermería el uso de la Taxonomía NOC?
5. ¿Qué importancia tiene la puntuación diana de inicio, en los indicadores seleccionados para cada uno de los resultados sugeridos, en la atención de los diagnósticos de enfermería, identificados en un usuario o paciente?
6. Complete la tabla 6:

Tabla 6. Instrucciones: Lea cada una de las etiquetas diagnósticas, el resultado esperado, y con base en la estructura taxonómica de la NOC (segunda parte) escriba la puntuación diana del caso clínico que se está revisando.

DIAGNÓSTICO DE ENFERMERÍA	RESULTADO ESPERADO	INDICADORES	PUNTUACIÓN DIANA
1. Intolerancia a la actividad			
2. Manejo inefectivo del régimen terapéutico			
3. Protección infecciosa			
4. Riesgo de caídas			
5. Riesgo de deterioro de la integridad cutánea			
6. Riesgo de disfunción neurovascular periférica			

continúa

Tabla 6. Instrucciones: Lea cada una de las etiquetas diagnósticas, el resultado esperado, y con base en la estructura taxonómica de la NCG (segunda parte) escriba la puntuación diana del caso clínico que se está revisando. *Continúa*

DIAGNÓSTICO DE ENFERMERÍA	RESULTADO ESPERADO	INDICADORES	PUNTUACIÓN DIANA
7. Riesgo de infección			
8. Riesgo de intolerancia a la actividad			
9. Riesgo de síndrome de desuso			
10. Trastorno de percepción sensorial			
11. Déficit de volumen de líquidos			
12. Retención urinaria			
13. Riesgo de aspiración			
14. Deterioro de la mucosa oral			
15. Deterioro de la respiración espontánea			
16. Conflicto de decisiones			
17. Confusión aguda			
18. Conocimientos deficientes			
19. Déficit de Autocuidado: baño/higiene			
20. Desequilibrio nutricional por exceso			
21. Deterioro de la comunicación verbal			
22. Deterioro de la deambulación			
23. Deterioro de la integridad cutánea			
24. Deterioro de la movilidad en la cama			
25. Deterioro de la movilidad física			
26. Deterioro de la mucosa oral			
27. Deterioro del patrón del sueño			
28. Dolor agudo			
29. Fatiga			
30. Hipertermia			

Intervenciones de enfermería

En este apartado va a descubrir que las intervenciones de las enfermeras son aquellas actividades específicas para ayudar al paciente a lograr los resultados esperados; las actividades están encaminadas a disminuir y/o eliminar los factores que contribuyen al problema (Moran, 2006).

Las forma de intervención de enfermería, su efectividad y eficiencia frente a las demandas de autocuidado y los déficits de autocuidado de la persona depende del énfasis del trabajo investigativo al relacionar la agencia de autocuidado; factores condicionantes básicos y agente de cuidado al dependiente. El interés de las enfermeras por comprender y potenciar las capacidades de los individuos, es posible en su trabajo con diferentes grupos de edad, revelando la visión metaparadigmática de persona formulada por Orem.

Las intervenciones de enfermería son actividades 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; y 5) promover una sensación óptima de bienestar físico, psicológico y espiritual (Alfaro, 2003: 142).

Las acciones especificadas en el plan de cuidados corresponden a las tareas concretas que la enfermera y/o familia realizan para hacer realidad los objetivos o resultados. Estas acciones se consideran instrucciones u órdenes enfermeras que ha de llevar a la práctica todo el personal con responsabilidad en el cuidado del paciente. Las actividades propuestas se registran en el impreso correspondiente y deben especificar: qué, cuándo, cómo, dónde y quién ha de hacerlo, para ello, el modelo establece dos tipos de prescripciones: enfermera y médica.

1. Prescripciones enfermeras: Son aquellas en que la enfermera puede prescribir independientemente para que el personal de enfermería ejecute la prescripción. Éstas tratan y controlan los diagnósticos de enfermería.
2. Prescripciones médicas: Son actuaciones prescritas por el médico, representan tratamientos de problemas interdisciplinarios que la enfermera inicia y termina.

Tipos de intervenciones de enfermería

1. Independientes: Son aquellas actividades de la enfermería dirigidas hacia las respuestas humanas que está legalmente autorizada a atender, gracias a su formación y experiencia práctica no requieren la orden previa de un médico.
2. Interdependientes: son aquellas actividades que la enfermera lleva a cabo junto a otros miembros del equipo de salud. Estas actuaciones pueden implicar la colaboración de asistentes sociales, expertos en nutrición, fisioterapeutas médicos, por citar algunos.

Cabe señalar que el desarrollo de la práctica enfermera, no se resume a la realización de actividades o acciones, es mucho más que el cumplimiento de tareas. La determinación de intervenciones requiere un proceso intelectual considerable en la selección de

las que mejor contribuyan al apoyo del paciente/usuario, de acuerdo con el sistema de enfermería. Este proceso de planeación de intervenciones parece indicar intuición, ya que se trata de "elegir una acción pensada, reflexionada, que responda a las necesidades particulares de la persona" (Kérouac, 2001).

Acciones de enfermería en un plan de cuidados:

- Realizar valoraciones de enfermería para identificar nuevos problemas/diagnósticos de enfermería.
- Realizar la educación para la salud del paciente para capacitarle en conocimientos, actitudes y habilidades.
- Aconsejar acerca de las decisiones de sus propios cuidados.
- Realización de acciones terapéuticas específicas de enfermería.
- Ayudar a los pacientes a realizar las actividades por sí mismos.

Clasificación de intervenciones de enfermería NIC

Es una de las taxonomías elaboradas por el equipo NIC fundado en 1987. Se trata de una clasificación normalizada completa de intervenciones que realizan los profesionales de enfermería.

La utilidad de la NIC reside en la "documentación clínica, la comunicación de cuidados en distintas situaciones, la integración de datos entre sistemas y situaciones, la investigación eficaz, la cuantificación de la productividad, la evaluación de la competencia, la retribución y el rediseño de programas" Bulechek y cols.; 2011:3.

En el marco de la taxonomía NIC, una intervención de enfermería se define como cualquier tratamiento, basado en el criterio y el conocimiento clínico que realiza un profesional de la enfermería para mejorar los resultados del paciente.

La estructura de la NIC, se compone de tres niveles, que son dominios, clases e intervenciones, es aquí donde los profesionales de enfermería pueden recrear su razonamiento clínico y desarrollar niveles de experiencia y competencias en su campo de trabajo, contribuyendo al desarrollo de competencias clínicas en los distintos servicios, niveles de atención médica y por especialidad.

Las Intervenciones de Enfermería constituyen una guía en la normalización de la práctica de cuidado, necesaria para conformar un lenguaje de la disciplina en torno a la problemática de los pacientes y sus tratamientos por parte del personal de enfermería. Al constituirse como una guía, permiten la incorporación de actividades a las Intervenciones establecidas en NIC, de tal forma que enfermeras pueden incorporar actividades creadas en sus instituciones de salud, siempre que tengan una relación con los factores relacionados o factores de riesgo planteados en los diagnósticos enfermeros.

La taxonomía NIC, como estructura normalizada se compone de siete campos, 30 clases, 542 intervenciones y más de doce mil actividades. La edición 2011 incorpora 28 nuevas intervenciones que no están incluidas en las 514 intervenciones de la 4ª. Edición, (ver tabla 7).

Tabla 7. Estructura de la NIC: Campos, clases y número de intervenciones

Campos	Clases	No. de Intervenciones
1. Fisiológico básico Cuidados que apoyan el funcionamiento físico	A Control de la actividad y el ejercicio <i>Intervenciones para organizar o ayudar en la actividad física y la conservación y el gasto de energía.</i>	10
	B Control de la eliminación <i>Intervenciones para establecer y mantener las pautas regulares de eliminación intestinal y urinaria y controlar las complicaciones resultantes de pautas alteradas.</i>	24
	C Control de la inmovilidad <i>Intervenciones para controlar el movimiento corporal restringido y las secuelas.</i>	10
	D Apoyo nutricional <i>Intervenciones para modificar o mantener el estado nutricional.</i>	17
	E Fomento de la comodidad física <i>Intervenciones para fomentar la comodidad utilizando técnicas físicas.</i>	14
	F Facilitación de los autocuidados <i>Intervenciones para proporcionar o ayudar en las actividades rutinarias de la vida cotidiana.</i>	27
2. Fisiológico complejo Cuidados que apoyan la regulación homeostática	G Control de electrolitos y ácido base <i>Intervenciones para lograr el equilibrio electrolítico/ácido-base y prevenir complicaciones.</i>	26
	H Control de fármacos <i>Intervenciones para facilitar los efectos deseados de los agentes farmacológicos.</i>	32
	I Control neurológico <i>Intervenciones para optimizar la función neurológica.</i>	13
	J Cuidados perioperatorios <i>Intervenciones para proporcionar cuidados antes, durante e inmediatamente después de la cirugía.</i>	14
	K Control respiratorio <i>Intervenciones para fomentar la permeabilidad de las vías aéreas y el intercambio gaseoso.</i>	20
	L Control de la piel/heridas <i>Intervenciones para mantener o restablecer la integridad de los tejidos.</i>	18
	M Termoregulación <i>Intervenciones para mantener la temperatura corporal dentro de unos límites normales.</i>	7
	N Control de la perfusión tisular <i>Intervenciones para optimizar la circulación sanguínea y de líquidos hacia los tejidos.</i>	50

continúa

Tabla 7. Estructura de la NIC: Campos, clases y número de intervenciones. Continuación

Campos	Clases	No. de Intervenciones
3. Conductual Cuidados que apoyan el funcionamiento psicosocial y facilitan los cambios de estilos de vida	O Terapia conductual <i>Intervenciones para reforzar o fomentar conductas deseables o alterar conductas indeseables.</i>	36
	P Terapia cognitiva <i>Intervenciones para reforzar o fomentar el funcionamiento deseable o alterar el funcionamiento cognitivo indeseable.</i>	10
	Q Potenciación de la comunicación <i>Intervenciones para facilitar la expresión y recepción de mensajes verbales y no verbales.</i>	11
	R Ayuda para hacer frente a situaciones difíciles <i>Intervenciones para ayudar a otros a crear sus propias resistencias, para adaptarse a un cambio de función o conseguir un nivel más alto de funcionamiento.</i>	36
	S Educación de los pacientes <i>Intervenciones para facilitar el aprendizaje.</i>	40
	T Fomento de la comodidad psicológica <i>Intervenciones para fomentar la comodidad utilizando técnicas psicológicas.</i>	10
4. Seguridad Cuidados que apoyan la protección contra peligros	U Control en casos de crisis <i>Intervenciones para proporcionar una ayuda inmediata a corto plazo en casos de crisis psicológicas o fisiológicas.</i>	14
	V Control de riesgos <i>Intervenciones para iniciar actividades de reducción de riesgos y continuar el control de riesgos.</i>	44
5. Familia Cuidados que apoyan la unidad familiar	W Cuidados de un nuevo bebé <i>Intervenciones para ayudar a la preparación del parto y controlar los cambios psicológicos y fisiológicos antes, durante e inmediatamente después del parto.</i>	40
	Z Cuidados de crianza de un nuevo bebé <i>Intervenciones para ayudar en la crianza de los niños.</i>	37
	X Cuidados de la vida <i>Intervenciones para facilitar el funcionamiento de la unidad familiar y fomentar la salud y el bienestar de los miembros de la familia a lo largo de toda la vida.</i>	12

continúa

Tabla 7. Estructura de la NIC; Campos, clases y número de intervenciones. *Continuación*

<i>Campos</i>	<i>Clases</i>	<i>No. de intervenciones</i>
Cuidados que apoyan el uso eficaz del sistema de prestación de asistencia sanitaria	Y Mediación del sistema sanitario <i>Intervenciones para facilitar el encuentro entre el paciente/familia y el sistema de asistencia sanitaria.</i>	14
	a Gestión del sistema sanitario <i>Intervenciones para proporcionar y potenciar los servicios de apoyo para el suministro de los cuidados.</i>	22
	b Control de la información <i>Intervenciones para facilitar la comunicación sobre la asistencia sanitaria.</i>	15
Cuidados que apoyan la salud de la comunidad	c Fomento de la salud de la comunidad <i>Intervenciones que fomentan la salud de toda la comunidad.</i>	8
	d Control de riesgos de la comunidad <i>Intervenciones que ayudan a detectar o prevenir riesgos sanitarios en el conjunto de la comunidad.</i>	10

Para continuar con la elaboración del proceso de enfermería, enseguida se presentan las intervenciones de la NIC, derivadas de los diagnósticos de enfermería; ahora, busque a partir de la página 777 de la 4ª edición, *Intervenciones de CIE relacionadas con los diagnósticos de enfermería*. Esta sección se retiró en la 5ª edición, por consiguiente, debe guiarse por su razonamiento clínico para elegir la intervención que corresponde al diagnóstico de enfermería y el resultado que seleccionó de la NOC.

En primer lugar, debe examinar el diagnóstico de enfermería, previamente jerarquizado para que, a partir de ello, elija las intervenciones, éstas pueden ser sugeridas para la resolución del problema, y aquí tenemos las intervenciones opcionales tabla 8.

Tabla 8. Etapa de planeación

<i>Etapas</i>	<i>Componentes</i>	<i>Respuesta humana</i>
• Planeación	<ul style="list-style-type: none"> • Seleccione las prioridades • Establezca objetivos/resultados esperados (NOC) • Diseñe o determine intervenciones (NIC) e interdependientes • Documente 	<ul style="list-style-type: none"> • Registro del plan de cuidados de enfermería (plance) con NNN. • Registro de intervenciones interdependientes • Registro del plan según protocolo institucional.

Componentes de la planeación de enfermería

Una vez que ha conseguido elegir las intervenciones, pase a la página 110 de la 4ª edición –página 93 en la 5ª edición–, ahí encontrará la sección de intervenciones, éstas aparecen por orden alfabético.

Las actividades de enfermería aparecen en cada una de las intervenciones; todas en su conjunto aparecen en la tercera parte de la NIC denominada Clasificación, en el caso de la 5ª edición, se encuentra de la página 92 a la 793; le sugerimos seguir repasando las lecciones para adquirir habilidad en el manejo del proceso de enfermería, para continuar con el aprendizaje le mostramos un ejemplo Tabla 9.

Tabla 9. Intervención de enfermería

INTERVENCIÓN: (5880) TÉCNICA DE RELAJACIÓN (NIC 2009;736)
DEFINICIÓN: DISMINUCIÓN DE LA ANSIEDAD DEL PACIENTE QUE EXPERIMENTA ANGUSTIA AGUDA
ACTIVIDADES:
<ul style="list-style-type: none"> • Mantener la calma de una manera deliberada. • Hablar con el paciente. • Favorecer una respiración lenta, profunda intencionadamente. • Acariciar la frente si procede. • Reducir o eliminar los estímulos que crean miedo o ansiedad. • Permanecer con el paciente.

Enseguida le invitamos a que revise los siguientes ejemplos extraídos de la 5ª edición de la NIC publicada en el año 2009:

Intervenciones y actividades de enfermería NIC

Administración de la medicación oral (pág. 112)

Actividades de enfermería:

- Determinar la ubicación, características, calidad y gravedad del dolor antes de medicar al paciente.
- Comprobar las órdenes médicas en cuanto al medicamento, dosis y frecuencia del analgésico prescrito.
- Registrar la respuesta al analgésico y cualquier efecto adverso.
- Evaluar la eficacia del analgésico a intervalos regulares después de cada administración, pero especialmente después de las dosis iniciales.
- Monitorización de los signos vitales (pág. 624).

Actividades de enfermería:

- Controlar la presión sanguínea.
- Observar las causas posibles de los cambios en los signos vitales.
- Comprobar periódicamente la precisión de los instrumentos utilizados para la recolección de datos del paciente.

Terapia de relajación simple (pág. 757)

Actividades de enfermería:

- Explicar el fundamento de la relajación y sus beneficios, límites y tipos de relajación disponibles (terapia musical, meditación y relajación muscular progresiva).
- Ofrecer una descripción detallada de la intervención de relajación elegida.
- Evaluar y registrar la respuesta a la terapia de relajación.
- Control de la ansiedad.

Disminución de la ansiedad (pág. 308)**Actividades de enfermería:**

- Escuchar con atención.
- Controlar los estímulos, si procede, de las necesidades del paciente.
- Ayudar al paciente a realizar una descripción realista del suceso que se avecina.

Apoyo emocional (pág. 136)**Actividades de enfermería:**

- Ayudar al paciente a reconocer sentimientos tales como la ansiedad, ira o tristeza.
- Permanecer con el paciente y proporcionar sentimientos de seguridad durante los períodos de más ansiedad.
- Si es preciso, remitir a servicios de asesoramiento (pág. 155).
- Control del riesgo (pág. 451).

Cuidados del catéter urinario (pág. 262)**Actividades de enfermería:**

- Mantener un sistema de drenaje urinario cerrado.
- Cambiar el catéter urinario a intervalos regulares.
- Limpiar el catéter urinario por fuera de meato.
- Anotar las características del líquido drenado.
- Extraer el catéter lo antes posible.
- Estimular la ingestión alimentaria y de líquidos.
- Explicar el propósito de la dieta.
- Remitir al paciente con una dietista.

Documentación y registros de enfermería

El registro ordenado de los diagnósticos, resultados esperados e intervenciones de enfermería, se obtiene mediante la documentación. El registro de enfermería es el soporte donde se muestra la información sobre la actividad de enfermería, referente a una persona de cuidado. Su principal finalidad está enfocada a prestar cuidados de máxima calidad; en docencia, investigación, y gestión estadística que contribuya al desarrollo y mejora de los cuidados. El proceso de enfermería documenta y comunica la situación del paciente, los resultados que se esperan, las estrategias, indicaciones, intervenciones y la evaluación.

Existen diferentes tipos de formatos para el registro de la información:

- Formatos Narrativos
- Formatos estructurados
- Formatos electrónicos

Formatos narrativos para la documentación de enfermería

La documentación narrativa es el método tradicional de registros de los cuidados de enfermería, es el más conocido por las enfermeras, se trata de constituir un formato similar

a una historia, para documentar la información específica del cuidado del paciente que ocurre en el turno. En ella se registra estado del paciente, intervenciones, tratamiento y las respuestas del paciente al tratamiento. (Andrade, Alfaro, 2009).

Formatos estructurados para la documentación de enfermería

a) Kardex

Es un método conciso ampliamente utilizado para la organización y registro de datos sobre un paciente, la información es accesible a todos los miembros del equipo de salud. El sistema consta de una serie de fichas que se guardan en un archivo portátil; a menudo, los datos del Kardex se escriben con lápiz de forma que puedan cambiarse y mantenerse actualizados.

b) Gráficas

Cuando las constantes vitales de determinado paciente varían, han de registrarse de forma exacta a menudo, las notas narrativas son demasiado largas; en su lugar, se usa la hoja gráfica que constituye un medio rápido para reflejar el estado del paciente. Los parámetros temporales de la gráfica pueden variar desde minutos a meses. Las hojas gráficas indican la temperatura corporal, la frecuencia del pulso, frecuencia respiratoria, las lecturas de presión arterial el peso y otras gráficas utilizadas. También son las que muestran los medicamentos especiales, presión venosa central, movimientos intestinales, mucosa y acetona en orina, etcétera.

c) Hoja de balance hídrico

La enfermera anota el volumen de los ingresos y egresos de líquidos en una hoja de cada turno. Deben medirse anotarse todas las vías de ingesta de líquidos, todas las vías de pérdidas y excreción de líquidos.

d) Anotaciones de enfermería

Son registros que realiza la enfermera de hechos esenciales que ocurren al paciente influyendo disposiciones elaboradas por la enfermera y agravando las respuestas del paciente; avalan la calidad, continuidad de los cuidados, mejoran la comunicación, evitan errores y duplicaciones.

Formatos electrónicos para la documentación de enfermería

En las últimas décadas la informática se ha vuelto una herramienta imprescindible en la actividad diaria de las distintas profesiones. En este contexto surgen los registros electrónicos, como un instrumento de apoyo a la calidad y seguridad del cuidado de enfermería. Históricamente, la actividad desarrollada durante el cuidado de enfermería se registraba en forma manual, sin embargo, este sistema de registro produce insatisfacción en los usuarios del sistema, debido a que no puede clasificar todas las fases del proceso de atención, posee dificultades en el registro de diagnósticos, llegando a la conclusión que es necesario cambiar el modelo de registro a un sistema informatizado.

Los sistemas de información computerizados recolectan, almacenan, procesan, exponen y comunican oportunamente la información obtenida de la práctica, educación, administración e investigación. Estos se vierten en un formato digital, almacenados en forma segura y accesible para múltiples usuarios calificados. Contiene información actual, retrospectiva y prospectiva y su objetivo principal es la integración de un cuidado de salud de calidad como apoyo permanente. El sistema de información clínica utiliza un tipo de comunicación (interface) que facilita la entrada automática de datos, previa validación de éstos por parte del equipo de enfermería o del equipo médico. El registro de todo aquello que la enfermera realiza, ya sea en forma convencional o mediante el uso de registros electrónicos, podrá transformar el conocimiento común sobre los cuidados al usuario, en conocimiento científico y contribuir con esto al desarrollo de la profesión y disciplina. Se necesita, entonces, un sistema de registro coordinado que integre el proceso de enfermería desde el ingreso del usuario que presenta alguna alteración de la integridad de la piel, hasta su alta. Esto además permitirá realizar investigaciones clínicas y, en docencia, proporcionará una base para administrar de una mejor manera los recursos humanos y materiales, y será un excelente sistema de comunicación entre profesionales del equipo (Aedo, Careño, 2012).

La finalidad de los planes de cuidados se dirige a fomentar cuidados de calidad, mediante:

1. Los cuidados individualizados.
2. La continuidad de los cuidados.
3. La comunicación, y la evaluación.

Para la actualización de los planes de cuidados es importante tener en cuenta que todos sus elementos son dinámicos, por lo que se precisa de una actualización diaria. Los diagnósticos, resultados esperados y las actuaciones, en el momento que ya no tengan validez, deben ser eliminados.

Los planes de cuidados un documento legal y el protocolo institucional donde se muestra la evidencia del registro del razonamiento clínico realizado por el profesional de enfermería en respuesta al razonamiento diagnóstico. Así mismo como parte de su contenido se precisan los siguientes elementos.

1. Diagnósticos de enfermería/problemas interdependientes.
2. Objetivos/resultados esperados del cliente para el alta a largo plazo, es decir los criterios de resultado.
3. Intervenciones: Órdenes de enfermería y actividades.
4. Evaluación: donde se incluye el informe y evolución del estado de salud del cliente.

Benner (1984), señala que el desarrollo de la práctica de enfermería es progresivo, por tanto es de esperar que la enfermera de la categoría principiante tenga una planeación más rígida conforme a lo aprendido sobre normas y reglas del cuidado, en tanto que los ubicados en la categoría experto han adquirido una mayor experiencia, han comprobado la eficacia de estrategias, por lo que la planeación de cuidados es más flexible y acertada en la solución de problemas y toma de decisiones.

Por último, la documentación de la atención de enfermería al interior de las instituciones de salud. Actualmente y a partir del 2008, en el país se promueve la implantación del Proceso de Enfermería mediante un documento normativo de carácter nacional bajo el liderazgo de la Secretaría de Salud, 2011, apoyado por las Instituciones de salud, señala además que "seguir el Proceso de Enfermería es trabajar a favor de la calidad y la seguridad de los usuarios y de los profesionales".

En el documento fueron establecidos los lineamientos metodológicos que permiten la elaboración de Planes de Cuidados de Enfermería (PLACE) con criterios unificados y homogéneos, encaminados a promover la estandarización de los cuidados de Enfermería y de esta forma mejorar la calidad de la atención del paciente.

El propósito del PLACE es la elección de criterios y metodología para unificar la práctica de enfermería en las instituciones de salud para conformar un servicio profesional de mayor capacidad que integre las mejores prácticas documentadas con las experiencias de enfermeras en su desempeño clínico.

Dado lo anterior, parafraseando a la Comisión Permanente de Enfermería, las enfermeras de México, cuentan ahora con un instrumento de referencia para el desarrollo de planes de cuidados de enfermería que les permitirá encauzar sus propuestas a las necesidades particulares de sus instituciones, generando intervenciones de enfermería cada vez más seguras, y de mayor calidad para los pacientes, quienes son el objeto de cuidado.

Evaluación del aprendizaje e identificación de competencias

Objetivos

Identificar las intervenciones y las actividades de enfermería para dar respuesta a los diagnósticos de enfermería y/o problemas interdependientes.

Actividad Inicial

Identificar los conceptos generales de las intervenciones de enfermería.

Actividad de aprendizaje

Lea el texto sobre la NIC. Comprenda su estructura y analice algunos ejemplos de intervenciones de enfermería.

Actividad de aplicación

Elaborar un proceso de enfermería.

Evaluación

A continuación lea y conteste las siguientes interrogantes:

1. Mencione cinco resultados de enfermería referidos en la NOC.
2. Enuncie el nombre de cinco intervenciones de enfermería referidas en el NIC.
3. Enuncie las actividades para cada una de las intervenciones de enfermería que anotó en el numeral anterior.

4. Escriba el nombre de las partes que componen un plan de cuidados de enfermería.
5. La clasificación de intervenciones de enfermería ¿a qué tipo de intervenciones enfermeras hace referencia?
6. Escriba la estructura de la NIC.
7. Escriba con sus propias palabras que es una intervención de enfermería y cuál es la diferencia entre ésta y una actividades de enfermería.
8. ¿Qué es PLACE? ¿A partir de qué año se inicia su implementación en las instituciones sanitarias asistenciales que componen el Sistema Nacional de Salud?

Fuentes de información

1. Aedo Carreño V, Parada Santander T, Alcayaga Rojas C, Rubio Acuña M. (2012). Registro electrónico de enfermería en la valoración de las heridas. *Enferm. glob*;13(28): 386-395.
2. Andrade C, Rosa M.G. y María R, Chávez (2005) *Manual del proceso de cuidados en enfermería*. México, UASLP.
3. Alfaro, LeFebvre Rosalinda (2003). *Aplicación del proceso enfermero fomenta el cuidado en colaboración* 3ª ed., Madrid, España, Mosby.
4. Alfaro, LeFebvre Rosalinda (2009). *Pensamiento crítico y juicio clínico en enfermería* 4ª ed., Madrid, España, Elsevier.
5. Benner Patricia. (1984). From Novice to Expert: Excellence and Power. In *Clinical Nursing Practice*. Don Mills, Ont: Addison-Wesley.
6. Bulechek Gloria, Mc, Clokey, D, Joanne, y Butcher Howard (2011). *Clasificación de intervenciones de enfermería*. (CIE), 5ª. Edición: España, Mosby.
7. Carpenito L. J. (2010) *Planes de cuidados y documentación en enfermería*. Madrid: 2010 Interamericana- McGraw Hill.
8. Iyer, Patricia, et al. (1997). *Proceso y diagnóstico de enfermería*. 2ª. ed., México, McGraw Hill.
9. Gutiérrez, de Beales Edilma y Jiménez, de Biquenasi Teresa (1997). *El proceso de enfermería Una metodología para la práctica*. Orion Editores LTDA. Susa Fe de Bogotá Colombia.
10. Kérouac, S. et al. (2001). *El pensamiento enfermero*. Barcelona, (Es): Masson.
11. Marriner, Tomey Ann y Baile Alligood Martha (2011). *Modelos y teorías en enfermería*. 7ª. ed. Madrid, España, Elsevier.
12. Moorhead Sue, Johnson Marion, Maas Meridean L. y Swanson Elizabeth. (2010) *Clasificación de Resultados de Enfermería*. (NOC), 4ª. Ed., España, Elsevier Mosby.
13. Morán, y A.L. Mendoza (2006) *Proceso de enfermería*. México, Trillas.
14. Morán y A.L. Mendoza (1993) *Modelos de enfermería*. México, Trillas.
15. NANDA-Internacional (2014). *Diagnósticos en enfermería: Definiciones y Clasificación 2012-2014*. España, Elsevier.
16. Secretaría de Salud, SEDENA, SEMAR, IMSS, ISSSTE, DMF, PEMEX. (2011). *Lineamiento general para la elaboración de Planes de cuidados de Enfermería*.

Capítulo 5

Etapa de ejecución



Cleotilde García Reza
Regina Celia Gollner Zeitoune



En esta etapa del proceso de enfermería se pone en práctica el plan de cuidados elaborado. La ejecución implica las siguientes actividades enfermeras:

1. Continuar con la recolección y valoración de datos.
2. Realizar las actividades de enfermería.
3. Anotar los cuidados de enfermería.
4. Existen diferentes formas de hacer anotaciones, como son las dirigidas hacia los problemas.
5. Dar los informes verbales de enfermería.
6. Mantener el plan de cuidados actualizado.

La enfermera asume la responsabilidad en la ejecución del plan; sin embargo, en este proceso incluye al paciente y a la familia, así como a otros miembros del equipo. En esta fase se realizarán todas las intervenciones enfermeras dirigidas a la resolución de problemas –diagnósticos enfermería y problemas interdependientes– y las necesidades asistenciales de cada paciente, de esta forma se articulan una serie de actuaciones para obtener los resultados u objetivos previstos en el paciente (Moran, 2006; Carpenito, 2010).

Tras llevar a cabo las intervenciones, el profesional completa la fase de ejecución registrando las intervenciones y las respuestas del paciente en las notas de evolución de enfermería. Estas forman parte de la historia permanente sobre el paciente. Los cuidados de enfermería no deben registrarse por adelantado, ya que es posible que el profesional de enfermería determine al volver a valorar al paciente que la intervención no debe o no puede ejecutarse, (Figuras 9 a 10).

Las intervenciones de enfermería se comunican verbalmente además por escrito. Cuando la salud de un paciente está cambiando rápidamente, el profesional a cargo de éste puede requerir que se le mantenga al día mediante informes verbales. Los profesionales de enfermería también comunican el estado de los pacientes en los cambios de turno o al transferir al paciente a otra unidad o centro en persona, mediante grabación o por escrito.

De las actividades que se llevan a cabo en esta fase, se menciona la continuidad de la recolección y valoración de datos. Por un lado, se debe profundizar en la valoración de datos que quedaron sin comprender, y por otro, la propia ejecución de la interven-



Figura 9. Secuencia de la planificación y ejecución de los cuidados.

ción es fuente de nuevos datos que deberán ser revisados y tomados en cuenta como confirmación diagnóstica o nuevos problemas.

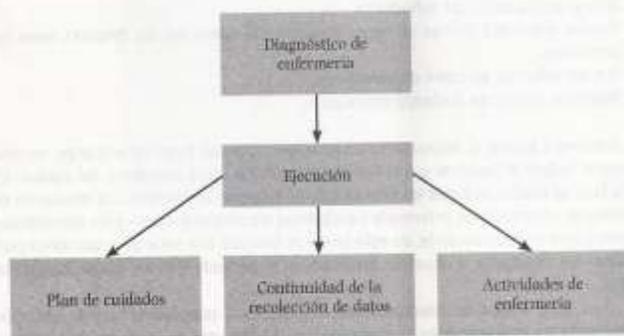


Figura 10. Secuencia de la etapa de ejecución.

Objetivo

La ejecución del plan de cuidados sugiere los pasos para fijar prioridades al inicio del trabajo diario y respuestas a cómo y cuándo es apropiado delegar los cuidados a otros (figuras 9, 10, 11). Destaca la importancia de controlar las respuestas a las intervenciones valorando una y otra vez mientras lleva a cabo el plan, y proporciona guías para hacer anotaciones efectivas (Alfaro 2003:163; Moran, 2006; Carpenito, 2010).

Alfaro en la tabla 3, destaca que esta etapa del proceso de enfermería incluye:

1. Prepararse para dar y recibir el informe.
2. Establecer prioridades diarias.

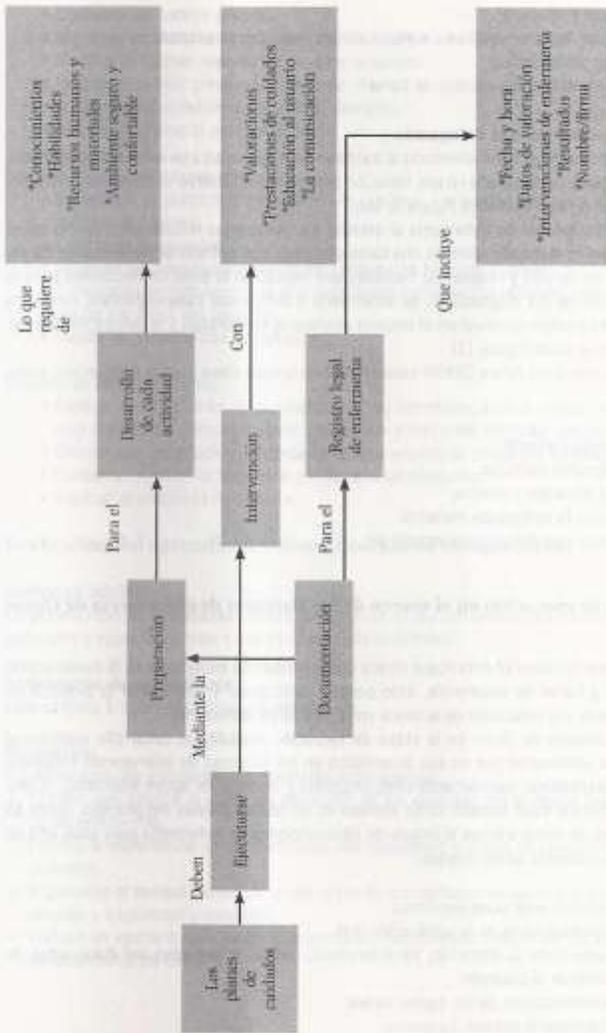


Figura 11. Etapa de ejecución.

3. Valorar y revalorar.
4. Realizar las intervenciones e introducir los cambios necesarios.
5. Hacer anotaciones.
6. Dar el informe del cambio de turno.

Puntos clave para la delegación

La palabra delegar hace referencia al traspaso de la autoridad a un individuo competente de una tarea determinada en una situación determinada mientras se mantiene la responsabilidad de los resultados (figura 9, 10).

El profesional de enfermería al atender los fenómenos relacionados con la salud de los seres humanos enfrenta una tarea compleja que entraña la identificación de experiencias de vida y respuestas humanas que involucran la toma de decisiones para la resolución de los diagnósticos de enfermería o problemas independientes, condición donde es posible observar en el entorno asistencial el liderazgo y la delegación del cuidado de la salud (figura 11).

En este caso Alfaro (2009) establece cinco puntos clave para la delegación, éstos son:

1. La tarea correcta.
2. La persona correcta.
3. En la situación correcta.
4. Realizar la delegación correcta.
5. Delegar con pleno conocimiento de:

Etapas de ejecución en el marco de los sistemas de enfermería de Orem.

El modelo de Orem en esta etapa ofrece una contribución importante en la construcción del ser y hacer de enfermería, esto permite direccionar y estructurar la práctica de enfermería y la aplicación de la teoría en la ciencia de enfermería.

El modelo de Orem en la etapa de ejecución posibilita el desarrollo profesional para las enfermeras por su uso sistemático en los sistemas de intervención totalmente compensatorio, parcialmente compensatorio y sistema de apoyo educativo. Al respecto, para el caso tomado como ejemplo en las etapas previas del proceso, ahora se presenta de manera breve el listado de intervenciones de enfermería para cada uno de los tres sistemas antes citados.

Sistema totalmente compensatorio:

- Administración de la medicación oral.
- Determinar la ubicación, características, calidad y gravedad del dolor antes de medicar al paciente.
- Monitorización de los signos vitales.
- Controlar la presión sanguínea.

- Cuidados del catéter urinario.
- Mantener un sistema de drenaje urinario cerrado.
- Cambiar el catéter urinario a intervalos regulares.
- Limpiar el catéter urinario por fuera de meato.
- Anotar las características del líquido drenado.
- Extraer el catéter lo antes posible.

Sistema parcialmente compensatorio

- Determinar la ubicación, características, calidad y gravedad del dolor antes de medicar al paciente.
- Control de la ansiedad.
- Observar las causas posibles de los cambios en los signos vitales.
- Comprobar periódicamente la precisión de los instrumentos utilizados para el acopio de los datos del paciente.
- Remitir al paciente con un nutriólogo.

Sistema de apoyo educativo

- Explicar el fundamento de la relajación y sus beneficios, límites y tipos de relajación disponibles (terapia musical, meditación y relajación muscular progresiva).
- Ofrecer una descripción detallada de la intervención de relajación elegida.
- Evaluar y registrar la respuesta a la terapia de relajación.
- Explicar el propósito de la dieta.

Evaluación del aprendizaje e identificación de competencias

Actividad inicial

De acuerdo con las actividades propias del paciente, el alumno identificará los conceptos generales y específicos sobre qué es el proceso enfermero.

Actividades de aprendizaje

Leer el texto 1 sobre el proceso de enfermería.

Evaluación

A continuación lea y conteste las siguientes interrogantes:

1. Escriba qué implica la etapa de ejecución de los cuidados en el marco del proceso de enfermería.
2. Escriba la importancia de los elementos que componen la etapa de ejecución de los cuidados.
3. Argumente el porqué dentro de la ejecución de los cuidados es necesario seguir valorando y establecer prioridades.
4. Elabore un ejercicio para mostrar la ejecución de cuidados a partir de los sistemas de enfermería de Orem.

Fuentes de información

1. Andrade C, Rosa M.G. y María B, Chávez (2005) *Manual del proceso de cuidados en enfermería*. México, UASLP.
2. Albaró, LeFebvre Rosalinda (2003). *Aplicación del proceso enfermero fomentar el cuidado en colaboración* 4ª ed., Madrid, España. Mosby.
3. Albaró, LeFebvre Rosalinda (2009). *Pensamiento crítico y juicio clínico en enfermería* 4ª ed., Madrid, España. Elsevier.
4. Bulechek Gloria, Mc, Closkey, D. Janne, y Butcher Howard (2011). *Clasificación de intervenciones de enfermería*. (CIE). 5ª. Edición; España. Mosby.
5. Carpenito L. J. (2010) *Planes de cuidados y documentación en enfermería*. Madrid: 2010 Interamericana- McGraw Hill.
6. Iyer, Patricia, et al. (1997). *Proceso diagnóstico de enfermería*. 2ª. ed., México, McGraw Hill.
7. Kérouac, S. et al. (2001). *El pensamiento enfermero*. Barcelona, España. Masson.
8. Moorhead Sue, Johnson Marion, Maas Meridean L, y Swanson Elisabeth. (2010) *Clasificación de Resultados de Enfermería*. (NOC). 4ª. Ed., España, Elsevier Mosby.
9. Morán, y A.J. Mendoza (1993) *Modelos de enfermería*. México. Trillas.
10. NANDA-Internacional (2013). *Diagnósticos de enfermería: Definiciones y Clasificación 2012-2014*. España, Elsevier.

Capítulo 6

Etapa de evaluación



*Vicenta Gómez Martínez
Matiana Morales del Pilar*



La evaluación es la quinta y última fase del proceso de enfermería. En este contexto, la evaluación es una actividad planificada, continua y dotada de objetivos, está determinada por los pacientes y los profesionales de enfermería (Alfaro, 2009; Carpenito, 2010).

La evaluación es un proceso continuo de juzgar o estimar durante o inmediatamente después de ejecutar una intervención, que permite al profesional de enfermería modificar sobre la marcha una intervención.

Se realiza a intervalos específicos, manifestando el alcance de los progresos del paciente en relación con la consecución de los objetivos y permite al profesional de enfermería corregir cualquier falta y modificar el plan de cuidados según sea necesario, hasta el alta de los cuidados de enfermería.

La evaluación se establecerá con respecto a la puntuación obtenida en la evaluación en relación con la Puntuación Diana. Se podrá interpretar considerando los rangos establecidos. Es importante señalar el motivo por el cual se alcanzaron o no los resultados esperados y establecer sugerencias.

El éxito de la fase de evaluación depende de la eficacia de los pasos que la preceden. Los datos de la valoración deben ser exactos y completos, de forma que el profesional de enfermería pueda formular diagnósticos de enfermería y resultados esperados apropiados.

La fase de evaluación del proceso enfermería necesita dar respuesta a las preguntas:

- ¿Están bien las intervenciones planificadas para satisfacer las respuestas humanas del paciente?
- ¿Se lograron los resultados esperados?
- ¿Eran las mejores intervenciones que podía hacer?

Responder estas preguntas significa enunciar la eficiencia de la enfermera con una evaluación crítica con respecto a los cuidados ofrecidos al usuario, esto es, una evaluación cuidadosa y deliberada que será clave para la excelencia en la provisión de los cuidados de salud.

Alfaro Lefevre, 2009, afirma que es necesario aumentar al máximo el valor de la satisfacción por parte del usuario, no basta con dar buenos cuidados si no existe una evaluación para conocer los deseos del paciente con respecto a su plan de cuidados.

Este aspecto, señala como fin principal de nuestra práctica ofrecer los mejores cuidados posibles. Esta autora propone analizar cuánto pueden mejorar los cuidados si trabajamos para lograr objetivos como: calidad de vida, estado funcional, satisfacción, medidas para el seguimiento terapéutico; impacto de las intervenciones educativas como: estado funcional, náuseas, dolor, autocuidados y seguridad.

Por todo ello, es útil considerar la evaluación no como la última fase del proceso de enfermería sino como una constante que garantice la calidad del cuidado y que fomente el pensamiento crítico.

Los dos criterios de enfermería para la evaluación son: la eficacia y la efectividad de las actuaciones y tiene dos puntos:

- Acopio de datos sobre el estado de salud/problema/diagnóstico que se quiere evaluar.
- Comparación con los resultados esperados y juicio sobre la evolución del paciente hacia la consecución de los resultados esperados.

Para completar el cuidado es necesaria la evaluación como proceso y requiere de la valoración de los distintos aspectos del estado de salud del paciente. Las distintas áreas sobre las que se evalúan los resultados esperados (criterios de resultado), son según Iyer, 2009:

Aspecto general y funcionamiento del cuerpo:

- Observación directa.
- Examen físico.

Señales y síntomas específicos:

- Observación directa.
- Entrevista con el paciente.

Conocimientos:

- Entrevista con el paciente.
- Cuestionarios (test).

Capacidad psicomotora (habilidades):

- Observación directa durante el desarrollo de la actividad.

Estado emocional:

- Observación directa, mediante lenguaje corporal y expresión verbal de emociones.
- Información proporcionada por el resto del personal.

Situación espiritual:

- Entrevista con el paciente.
- Información proporcionada por el resto del personal.

Las valoraciones de la fase de evaluación de los cuidados de enfermería deben ser interpretadas con el fin de establecer conclusiones útiles para plantear correcciones en las

áreas de estudio. Veamos las tres posibles conclusiones (resultados esperados) a las que podremos llegar:

1. El paciente ha alcanzado el resultado esperado.
2. El paciente está en proceso de lograr el resultado esperado; esto puede conducir a plantear otras actividades.
3. El paciente no ha alcanzado el resultado esperado y no parece que lo vaya a conseguir. En este caso, se recomienda realizar una nueva revisión del problema, de los resultados esperados, de las actividades llevadas a cabo.

En resumen, la evaluación del proceso de cuidados se propone:

- Medir los cambios del paciente.
- En relación con los objetivos marcados, situación donde el profesional de enfermería realiza bastas tareas de razonamiento clínico para determinar los resultados producidos con la intervención de enfermería y dar cuenta de cómo se establecen correcciones en la situación de salud o foco de atención.

La evaluación se lleva a cabo sobre las etapas del plan, en la intervención enfermera y el producto final en este sentido al registrar la evaluación se deben evitar los términos ambiguos como «igual», «poco apetito»; es de mayor utilidad indicar lo que dijo, hizo y sintió el paciente. La documentación necesaria se encontrará en la historia clínica, como un ejemplo, se obtuvo la siguiente evaluación:

Diagnóstico real de ansiedad: Inicialmente se intentaba lograr una puntuación diana de 16 para alcanzar los objetivos establecidos; sin embargo, se logró una puntuación final de 15 puntos, ya que la ansiedad verbalizada en el paciente no fue referida como se pretendía para de esta manera apoyar aún más este plan.

Diagnóstico real de náuseas: Inicialmente se planeó lograr una puntuación diana de 15 puntos para poder alcanzar los objetivos en este plan de cuidados, al controlar la ansiedad generalizada, sin embargo, se logró una puntuación final de 10 puntos; las náuseas están presentes, el factor causal solo disminuyó.

Diagnóstico real de temor: Al inicio la puntuación diana fue 14 puntos, sin embargo, con los indicadores y los objetivos, se llegó a una disminución de 9 puntos, no fue posible por la preocupación de su enfermedad, lo cual limitó el puntaje.

Una característica a tener en cuenta en la evaluación es que ésta es continua, así podemos detectar cómo va evolucionando el paciente y realizar ajustes o introducir modificaciones para que la atención resulte más efectiva, figura 12.

En este nivel de actuación la enfermera, como parte del Proceso de Enfermería, compara la situación de salud del paciente con los resultados definidos en el plan de atención. Orem evalúa al paciente según el autocuidado. Para esta autora los objetivos se habrían conseguido si se hubiera mejorado aunque sea una milésima de autocuidado.



Figura 12. La Evaluación del Proceso de cuidado de salud.

Además de evaluar la consecución de objetivos para el paciente, los profesionales de enfermería también participan en la evaluación y en la modificación de la calidad global de los cuidados suministrados a grupos de pacientes. Este proceso forma una parte esencial de la responsabilidad profesional frente a terceros.

Consejos para la documentación

Anotar los hallazgos de la valoración, conductas actuales/pasadas, incluyendo a los miembros de la familia que están implicados directamente y los sistemas de apoyo disponibles.

- Describir las respuestas emocionales ante la situación/estresantes.
- Documentar el plan de cuidados/intervenciones y anotar quién está implicado en la planificación.
- Registrar las respuestas individuales al plan de tratamiento.
- Esquematizar las necesidades actuales/referencias y otras recomendaciones/Acciones para el seguimiento.

Ahora para reforzar la comprensión de tema:

Es importante continuar, por ello un nuevo ejemplo. Animo, observe la tabla 10

Plan de Cuidados de enfermería.

DIAGNÓSTICO DE ENFERMERÍA: NAUSEAS (00134)			
DOMINIO: 13 CONFORT	CLASE: 1 CONFORT FÍSICO		
DIAGNÓSTICO DE ENFERMERÍA: REAL			
ETIQUETA (PROBLEMA) (P):			
NAUSEAS			
NANDA 2012-2014: 476)			
FACTORES RELACIONADOS (CAUSAS) (E):			
<ul style="list-style-type: none"> • Ansiedad. • Tener • Factores psicológicos. 			
CARACTERÍSTICAS DEFINITORIAS (Signos y síntomas) (S):			
<ul style="list-style-type: none"> • Informes de náuseas. • Sensación nauseosa. 			
RESULTADO (NOC)	INDICADOR	ESCALA DE MEDICIÓN	PUNTAJE DIARIO
(1618) control de náuseas y vómitos (NOC 2010: 334) DEFINICIÓN: Acciones personales para controlar síntomas de náuseas, esfuerzos para vomitar y vómito de salud (IV) DOMINIO: Conocimiento y conducta de salud (IV) CLASE: Conducta de salud (NOC 2010: 334) ESCALA: Nunca demostrado (1) hasta siempre demostrado (5) (NOC 2010: 334)	161801 Reconoce el inicio de náuseas	FD (Frecuentemente demostrado)	Mantener a: 11
	161802 Describe factores causales	4 SD (Siempre demostrado) 5	Aumentar a: 15
	161812 Informa de náuseas, esfuerzos para vomitar	AD (A veces demostrado) 3 SD (Siempre demostrado) 5 FD (Frecuentemente demostrado) 5	

continúa

Plan de Cuidados de enfermería. (Continuación)

INTERVENCIÓN: (I.45) MANEJO DE LAS NAUSEAS (NIC: 4099-5.46)

DEFINICIÓN: PREVENCIÓN Y ALIVIO DE LAS NAUSEAS

ACTIVIDADES:

- Realizar una valoración completa de las náuseas, incluyendo frecuencia y duración;
- Identificar factores.
- Asegurar la administración de antieméticos.
- Controlar los factores ambientales.
- Reducir o eliminar los factores personales que desencadenan o aumentan las náuseas.
- Enseñar el uso de técnicas no farmacológicas.

DIAGNÓSTICO DE ENFERMERÍA: TIPOB (009148)

DOMINIO: 9 CLASE: 2 RESPUESTA DE AFRONTAMIENTO

AFRONTAMIENTO/
TOLERANCIA AL ESTRÉS

DIAGNÓSTICO DE ENFERMERÍA NANDA: REAL

ETIQUETA (PROBLEMA) (P):

Terror 00148

(NANDA, 2009-2011: 274)

FACTORES RELACIONADOS (CAUSAS) (E):

- Separación del sistema de soporte de una situación potencialmente estresante (Procedimientos hospitalarios)

CARACTERÍSTICAS DEFINITORIAS (Signos y síntomas)

- Separación del sistema de soporte en una situación potencialmente estresante (Procedimientos hospitalarios)
- Aumento del pulso.
- Sequedad bucal.
- Náuseas.

RESULTADO (NOC)	INDICADOR	ESCALA DE MEDICIÓN	PUNTAJACIÓN DIANA
<p>• (1704) Creencias sobre la salud de salud (IV) (NOC 2009: 368)</p> <p>DEFINICIÓN: Convicción personal que un problema de salud amenazador es grave y tiene posibles consecuencias negativas para el estilo de vida.</p> <p>DOMINIO: Conocimiento y conducta de salud (IV)</p> <p>CLASE: Creencias sobre salud (R)</p> <p>ESCALA: Muy débil (1) hasta muy intenso (5) (NOC 2009: 368)</p>	<p>170404 Preocupación sobre enfermedad</p> <p>170405 Preocupación sobre posibles complicaciones</p> <p>170412 Impacto percibido sobre el estado funcional</p> <p>170414 Percepción de amenaza de muerte</p>	<p>I (Intenso) 4 D (Débil) 2</p> <p>I (Intenso) 4 M (Moderado) 3</p> <p>M (Moderado) 3 D (Débil) 2</p> <p>M (Moderado) 3 D (Débil) 2</p>	<p>Mantener a: 14</p> <p>Disminuir a: 9</p>

INTERVENCIÓN: (9249) ESCUCHA ACTIVA (McCluskey, 2009: 371)

DEFINICIÓN: GRAN ATENCIÓN Y DETERMINACIÓN DE LA IMPORTANCIA DE LOS MENSAJES VERBALES Y NO VERBALES DEL PACIENTE

ACTIVIDADES:

- Mostrar interés por el paciente.
- Hacer preguntas o utilizar frases que animen a expresar pensamientos, sentimientos y preocupaciones.
- Mostrar empatía y sensibilidad a las emociones.
- Utilizar la comunicación no verbal para facilitar la comunicación.
- Escribir atento al tono, tiempo, volumen, entonación e inflexión de la voz.
- Recurrir a una serie de intervenciones para descubrir el significado del comportamiento.
- Utilizar el silencio/escucha para animar a expresar sentimientos, pensamientos y preocupaciones

continúa

Plan de Cuidados de enfermería. (Continuación)

INTERVENCIÓN: PROPORCIONAR CONSEJO Y COMUNICACIÓN A TRAVÉS DE UN CONTACTO TÁCTIL INTENCIONADO

DEFINICIÓN:

- Evaluar la propia comodidad personal utilizando el contacto con pacientes.
- Evaluar la preparación del paciente cuando se le ofrece contacto.
- Evaluar el contexto del entorno antes de ofrecer contacto.
- Tomar la mano del paciente para dar apoyo emocional.
- Evaluar el efecto cuando se utiliza el contacto.

ACTIVIDADES:

- Evaluar la propia comodidad personal utilizando el contacto con pacientes.
- Evaluar la preparación del paciente cuando se le ofrece contacto.
- Evaluar el contexto del entorno antes de ofrecer contacto.
- Tomar la mano del paciente para dar apoyo emocional.
- Evaluar el efecto cuando se utiliza el contacto.

Plan de Cuidados en el contexto de los sistemas de enfermería de Orem.

DIAGNÓSTICO DE ENFERMERÍA	OBJETIVO/RESULTADO (NOC)	SISTEMA DE INTERVENCIÓN (NIC)	EVALUACIÓN
1. Dolor agudo, relacionado con agente biológico, manifestando por mucosas y cambios en la presión arterial.	<ul style="list-style-type: none"> • Control del dolor (página 441 de la NOC) • Puntuación dolor Inicial: 14 • Final: 9 	<p>Totallymente compensatorio</p> <ul style="list-style-type: none"> • Administración de la medicación oral. • Monitorización de los signos vitales. • Controlar la presión sanguínea. <p>Parcialmente compensatorio</p> <ul style="list-style-type: none"> • Determinar la ubicación, características, calidad y gravedad del dolor antes de medicar al paciente. <p>Sistema educativo</p> <ul style="list-style-type: none"> • Explicar el fundamento de la relajación y sus beneficios, límites y tipos de relajación disponibles (terapia musical, meditación y relajación muscular progresiva). McCloskey, 2009. 	<p>El dolor disminuye, no desaparece por completo, se espera que durante el turno se controle.</p> <p>Colorro de resultado: Control del dolor. Indicadores: Escala que pueden ser utilizadas:</p>

Nota:

También es importante continuar con la maduración del razonamiento clínico, a continuación se muestra un ejemplo de plan de cuidados con

este nivel de conciencia una excelente oportunidad para evaluar

<p>2. Ansiedad ante la muerte, relacionado con incertidumbre sobre el pronóstico, manifestado por informes de preocupación sobre el impacto de la propia muerte sobre las personas significativas.</p>	<p>• Control de la ansiedad (página 423 de la NOC) Puntuación diaria Inicial: 14 Final: 9</p>	<p>Totalmente compensatorio • Control de la ansiedad (página 423 de la NOC)</p> <p>Parcialmente compensatorio • Ofrecer una descripción detallada de la intervención de relajación elegida. • Evaluar y registrar la respuesta a la terapia de relajación (McCloskey, 2009; 736).</p> <p>Sistema educativo • Explicar el fundamento de la relajación y sus beneficios, límites y tipos de relajación disponibles (terapia musical, meditación y relajación muscular progresiva).</p>	<p>La paciente continúa con ira y miedo.</p>
<p>3. Temor relacionado con la falta de familiaridad con las experiencias ambientales manifestado por informes de sentirse asustado y por el aumento de la presión arterial.</p>	<p>• Autocontrol del miedo (página 447 de la NOC) • Puntuación diaria Inicial: 14 Final: 9</p>	<p>Totalmente compensatorio • Controlar la presión sanguínea. • Observar las causas posibles de los cambios en los signos vitales. • Comprobar periódicamente la precisión de los instrumentos utilizados para la recogida de los datos del paciente (McCloskey, 2009; 736).</p> <p>Parcialmente compensatorio • Ayudar al paciente a reconocer sentimientos tales como la ansiedad, ira o tristeza. • Permanecer con el paciente y proporcionar sentimientos de seguridad durante los períodos de más ansiedad.</p> <p>Sistema educativo Instruir sobre técnicas de relajación (McCloskey, 2009; 736).</p>	<p>La paciente continúa con temor y miedo.</p>

continúa

Plan de Cuidados de enfermería. (Continuación)

DIAGNÓSTICO DE ENFERMERÍA	OBJETIVO/RESULTADO (NOC)	SISTEMA DE INTERVENCIÓN	EVALUACIÓN
<p>4. Riesgo de infección relacionado con agentes invasivos, (caracterizado por sonda Foley).</p>	<p>• Control del riesgo Moorhead, 2009; 337) Puntuación diurna Inicial: 14 Final: 9</p>	<p>Totalmente compensatorio</p> <ul style="list-style-type: none"> • Cuidados del catéter urinario (McCloskey, 2009; 262) <p>Parcialmente compensatorio</p> <ul style="list-style-type: none"> • Mantener un sistema de drenaje urinario cerrado • Cambiar el catéter urinario a intervalos regulares • Limpiar el catéter urinario por fuera de meso • Anotar las características del líquido drenado • Extraer el catéter lo antes posible. <p>Sistema educativo</p> <ul style="list-style-type: none"> • Enseñar al paciente los ejercicios vesicales para la extracción del catéter. 	<p>No hay signos de infección con respecto a la sonda se efectuó cambio y se tomó cultivo.</p>
<p>5. Desequilibrio nutricional ingesta inferior a las necesidades relacionado con ansiedad, manifestado por (caracterizado por) falta de interés por los alimentos (NANDA, 2013; 175)</p>	<p>• Estimular la ingesta alimentaria y de líquidos Puntuación diurna Inicial: 14 Final: 9</p>	<p>Totalmente compensatorio</p> <ul style="list-style-type: none"> • No hay actitudes <p>Parcialmente compensatorio</p> <ul style="list-style-type: none"> • Estimular la ingestión alimentaria y de líquidos. <p>Sistema educativo</p> <ul style="list-style-type: none"> • Explicar el propósito de la dieta. • Remitir al paciente a una dietista. 	<p>La usuaria come un poco más que el día anterior.</p>

Evaluación del aprendizaje e identificación de competencias

Objetivo

Reafirmar los conocimientos sobre cómo ejecutar las actividades.

Actividad inicial

Identificará los conceptos generales y específicos para la evaluación del proceso de enfermería.

Actividad de aprendizaje

Leer el texto sobre el proceso enfermero.

Actividad de aplicación

Aplicar la guía de valoración y anotar los comentarios que apoyen a mejorar el formato.

Fuentes de información

1. Andrade C, Rosa M.G, y María B. Chávez (2005) *Manual del proceso de cuidados en enfermería*. México, IANSP.
2. Alliero, LeFebvre Rosalinda (2003). *Aplicación del proceso enfermero fomentar el Cuidado en Colaboración* 5ª ed., Madrid, España, Mosby.
3. Bulechek Gloria, Mc. Closkey, D. Journe, y Butcher Howard (2011). *Clasificación de intervenciones de enfermería*. (CIE), 3ª. Edición; España, Mosby.
4. Carpenito L. J. (2010) *Planes de cuidados y documentación en enfermería*. Madrid; 2010 Interamericana- McGraw Hill.
5. Iyer, Patricia, et al. (1997). *Proceso diagnóstico de enfermería*, 2ª. ed., México, McGraw Hill.
6. Kéronoc, S, et al. (2001). *El pensamiento enfermero*. Barcelona, España, Masson.
7. Moorhead Sue, Johnson Marion, Mias Meridean I, y Swanson Elizabeth. (2010) *Clasificación de Resultados de Enfermería*. (NOC), 4ª. Ed., España, Elsevier Mosby.
8. NANDA-I Internacional (2013). *Diagnósticos en enfermería: Definiciones y Clasificación 2012-2014*. España, Elsevier.

... [Faint text] ...

... [Faint text] ...

... [Faint text] ...

Plan de cuidados de acuerdo con el modelo de Dorothea E Orem.

Teoría del déficit del autocuidado Dorothea Orem

Diagnósticos de la NANDA

Dolor agudo, relacionado con agente biológico, caracterizado por muecas y cambios en la presión arterial (NANDA, 2013:476).

Ansiedad ante la muerte, relacionado por incertidumbre sobre el pronóstico, caracterizado por informes de preocupación sobre el impacto de la propia muerte sobre las personas significativas (NANDA, 2013:351).

Temor, relacionado por falta de familiaridad con las experiencias ambientales, caracterizado por informes de sentirse asustado y por el aumento de la presión arterial (NANDA, 2013:381).

Riesgo de infección, relacionado con agentes invasivos, caracterizado por la sonda de foley (NANDA, 2013:417).

Desequilibrio nutricional: Ingesta inferior a las necesidades relacionadas con ansiedad, caracterizado por falta de interés por los alimentos. (NANDA, 2013:175).

Planeación/objetivos

- Control del dolor (página 441 de la NOC).
- Control de la ansiedad (página 423 de la NOC).
- Control del miedo (página 447 de la NOC).
- Control del riesgo (página 451 de la NOC).
- Estimular la ingestión alimentaria y de líquidos.

SISTEMAS DE INTERVENCIÓN

Totalmente compensatorio

- Administración de la medicación oral.
- Determinar la ubicación, características, calidad y gravedad del dolor antes de medicar al paciente.
- Monitorización de los signos vitales.
- Controlar la presión sanguínea.
- Cuidados del catéter urinario.
- Mantener un sistema de drenaje urinario cerrado.
- Cambiar el catéter urinario a intervalos regulares.

- Limpiar el catéter urinario por fuera de meato.
- Anotar las características del líquido drenado.
- Extraer el catéter lo antes posible.
- Control de la ansiedad (página 423 de la NOC).
- Observar las causas posibles de los cambios en los signos vitales.
- Comprobar periódicamente la precisión de los instrumentos utilizados para la recolección de datos del paciente.
- Remitir al paciente con un dietista.

Parcialmente compensatorio

- Determinar la ubicación, características, calidad y gravedad del dolor antes de medicar al paciente.
- Control de la ansiedad (página 423 de la NOC).
- Observar las causas posibles de los cambios en los signos vitales.
- Comprobar periódicamente la precisión de los instrumentos utilizados para la recolección de los datos del paciente.
- Remitir al paciente con un dietista.

Sistema educativo

- Explicar el fundamento de la relajación y sus beneficios, límites y tipos de relajación disponibles (terapia musical, meditación y relajación muscular progresiva).
- Ofrecer una descripción detallada de la intervención de relajación elegida.
- Evaluar y registrar la respuesta a la terapia de relajación.
- Explicar el propósito de la dieta.

Evaluación

El dolor disminuye, no desaparece por completo, se espera que durante el turno se controle.

Continúa con miedo y ansiedad.

No hay signos de infección, con respecto a la sonda se efectuó cambio y se tomó cultivo.

Continúa sin apetito, la comida no le gusta.

Fuentes de información

1. Andrade C. Rosa M.G. y María R. Chávez (2005) *Manual del proceso de cuidados en enfermería*. México, UASLP.
2. Alfaro, LeFebvre Rosalinda (2003). *Aplicación del proceso enfermero fomentar el Cuidado en Colaboración* 5ª. ed., Madrid, España, Mosby.
3. Carpenito L. J. (2010) *Planes de cuidados y documentación en enfermería*. Madrid: 2010 Interamericana- McGraw Hill.
4. Iyer, Patricia, et al. (1997). *Proceso y diagnóstico de enfermería*. 2ª. ed., México, McGraw Hill.
5. Kérouac, S. et al. (2001). *El pensamiento enfermero*. Barcelona, España, Masson
6. Mc Closkey, Joanne, Bulechek, Gloria. (2011). *Clasificación de Intervenciones de Enfermería (CIE) Nursing Interventions Classification (NIC)*. Madrid: Ediciones Harcourt/Mosby. 5ª. Edición. Editorial. Mosby, España.
7. Johnson, M. Y Maus, M. (2010) *Clasificación de Resultados de Enfermería (CRE)* 2ª. edición. Harcourt/Mosby 2010.
8. NANDA-I Internacional (2013). *Diagnósticos en enfermería: Definiciones y Clasificación 2012-2014*. España, Elsevier.
9. Mocan Aguilar Victoria, Mendoza Robles Alba Lily (2006). *Proceso de enfermería. Modelo sobre interacción terapéutica y uso de los lenguajes NANDA, CIE Y CRE*. Editorial Trillas. 2ª edición. México.
- Morán, y A.L. Mendoza (2006) *Proceso de enfermería*. México, Trillas.
- Morán, y A.L. Mendoza (1993) *Modelos de enfermería*. México, Trillas.

Anexo

Anexo 1.

FORMATO DE VALORACIÓN PARA LA PRÁCTICA PROFESIONAL

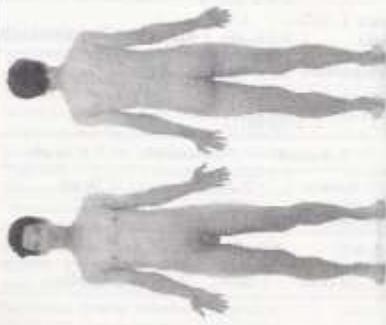
MODELO DE DOROTHEA OREM

FACTORES CONDICIONANTES BÁSICOS

1. Nombre del Paciente	2. Edad	3. Sexo		
4. Estado civil	5. Religión	6. Escolaridad	Fecha	
7. Ocupación	8. Forma de Ingreso	9. Hora de ingreso		
10. Sistema de Cuidado; Diagnóstico Médico:	11. Pesar:	12. Talla		
13. Tratamiento Médico				
14. Estado de Desarrollo: 1. Lactante <input type="checkbox"/> 2. Preescolar <input type="checkbox"/> 3. Escolar <input type="checkbox"/> 4. Adolescente <input type="checkbox"/> 5. Adulto <input type="checkbox"/> 6. Adulto plenitud <input type="checkbox"/>				
15. Sistema de Familia: 1. Nuclear <input type="checkbox"/> 2. Extensa <input type="checkbox"/> 3. un solo Cónyuge <input type="checkbox"/> 4. Hombre <input type="checkbox"/> 5. Mujer <input type="checkbox"/>				
16. Ambiente: Mascotas: 1. Si <input type="checkbox"/> 2. No <input type="checkbox"/> Tipo				
17. Proceso basura: 1. Quema <input type="checkbox"/> 2. Deposito carro <input type="checkbox"/> 3. Deposito suelo <input type="checkbox"/>				
18. Animales Domésticos: 1. Si <input type="checkbox"/> 2. No <input type="checkbox"/> Tipo				
19. Recursos disponibles: 1. Vivienda: A. Propia <input type="checkbox"/> B. Rentada <input type="checkbox"/> C. Prestada <input type="checkbox"/>				
20. Tipo Construcción: A. Paredes 1. Cemento <input type="checkbox"/> 2. Adobe <input type="checkbox"/> 3. Concreto <input type="checkbox"/> B. Pisos: 1. Cemento <input type="checkbox"/> 2. Tierra <input type="checkbox"/> 3. Alfombra <input type="checkbox"/> 4. Loseta <input type="checkbox"/> 5. Drenaje <input type="checkbox"/>				
21. Servicios Públicos A. Luz Eléctrica: 1. Si <input type="checkbox"/> 2. No <input type="checkbox"/> B. Teléfono: 1. Si <input type="checkbox"/> 2. No <input type="checkbox"/> C. Población: 1. Rural <input type="checkbox"/> 2. Urbana <input type="checkbox"/>				
22. Talla	23. Peso	24. Temperatura	Oral <input type="checkbox"/> Axilar <input type="checkbox"/> Rectal <input type="checkbox"/>	
25. Pulso	1. Regular <input type="checkbox"/> 2. Irregular <input type="checkbox"/>			
26. Respiración	1. Regular <input type="checkbox"/> 2. Irregular <input type="checkbox"/>			
27. T/A	1. B. Izquierdo <input type="checkbox"/>	1. Sentado	2. Acostado	3. De pie
T/A,	2. B. Derecho <input type="checkbox"/>	1. Sentado	2. Acostado	3. De pie
28. ALERGIAS: 1. Fármacos				
2. Alimento				
3. Otros				
29. Medicamento Prescrito				
1. Si <input type="checkbox"/> 2. No <input type="checkbox"/>				
I. Medicamento	Dosis	Hora	Nombre del médico	

I. REQUISITOS DE AUTOCUIDADO UNIVERSALES

SEÑALE EL ÁREA AFECTADA AL INGRESO USUARIO:



Series of horizontal lines for marking affected areas on the diagrams above.

<p>1. Aporte suficiente de aire.</p> <p>A. Respiración</p> <p>1. Normal <input type="checkbox"/> 2. Disnea <input type="checkbox"/></p> <p>3. Taquipnea <input type="checkbox"/> 4. Apnea <input type="checkbox"/></p> <p>5. Disnea nocturna <input type="checkbox"/></p> <p>6. Alceco nasal <input type="checkbox"/></p> <p>7. Retención xafalde <input type="checkbox"/></p> <p>8. Quejido espiratorio <input type="checkbox"/></p>	<p>2. Aporte suficiente Alimento</p> <p>1. Alimentación de mayor consumo</p> <p>2. Número de comidas:</p> <p>1. Desayuno hora _____</p> <p>2. Comida hora _____</p> <p>3. Cena hora _____</p>	<p>3. 1. Sistema: piel</p> <p>1. Caliente <input type="checkbox"/> 2. Seca <input type="checkbox"/></p> <p>3. Púa <input type="checkbox"/> 4. Humeda <input type="checkbox"/></p> <p>5. Turgencia:</p> <p>1. Flexible <input type="checkbox"/> 2. Firme <input type="checkbox"/></p> <p>3. Pegaj <input type="checkbox"/> 4. Hidratada <input type="checkbox"/></p> <p>5. Color:</p> <p>1. Rosado o normal <input type="checkbox"/></p> <p>2. Pálido <input type="checkbox"/> 3. Cianó <input type="checkbox"/></p>	<p>2. Aspecto de la orfita</p> <p>3. Color</p> <p>4. Abdomen blando <input type="checkbox"/></p> <p>5. Sensible <input type="checkbox"/></p> <p>6. Palpación de masas</p> <p>3. Jrenal</p> <p>1. Cálculos <input type="checkbox"/></p> <p>2. Infección <input type="checkbox"/></p>
--	--	--	--

<p>9. Expectación <input type="checkbox"/></p> <p>10. Tús 1. SI <input type="checkbox"/> 2. No <input type="checkbox"/></p> <p>11. Oxlajeas <input type="checkbox"/></p> <p>12. Ventilador</p> <p>1. SI <input type="checkbox"/> 2. No <input type="checkbox"/></p> <p>13. Ventilación asistida <input type="checkbox"/></p> <p>1. SI <input type="checkbox"/> 2. No <input type="checkbox"/></p> <p>14. Enferm. respiratoria</p> <p>1. SI <input type="checkbox"/> 2. No <input type="checkbox"/></p> <p>B. Cardiovascular</p> <p>1. Angina <input type="checkbox"/> 2. Arritmias <input type="checkbox"/></p> <p>3. Soplos <input type="checkbox"/> 4. Icteria <input type="checkbox"/></p> <p>5. Palpitaciones <input type="checkbox"/></p> <p>6. Dolor torácico <input type="checkbox"/></p> <p>7. IAM <input type="checkbox"/> 8. AVC <input type="checkbox"/></p> <p>9. Anaritmia <input type="checkbox"/></p> <p>10. Hipertensión <input type="checkbox"/></p> <p>11. Hipotensión <input type="checkbox"/></p> <p>12. Marcapaso <input type="checkbox"/></p> <p>13. Pulso: 1. Fuerte <input type="checkbox"/></p> <p>2. Debil <input type="checkbox"/> 3. Regular <input type="checkbox"/></p> <p>C. Cerebral</p> <p>1. Nivel de conciencia</p> <p>A. Consciente <input type="checkbox"/> C. Estupor <input type="checkbox"/></p> <p>B. Somnolento <input type="checkbox"/> D. Coma <input type="checkbox"/> Inconsciente <input type="checkbox"/></p> <p>2. Orientación A. Persona <input type="checkbox"/></p> <p>B. Tiempo <input type="checkbox"/> C. Espacio <input type="checkbox"/></p> <p>5.1. Musculo esquelético</p>	<p>4. Sigue una dieta especial:</p> <p>1. SI <input type="checkbox"/> 2. No <input type="checkbox"/></p> <p>4. Apetito</p> <p>1. Bueno <input type="checkbox"/> 2. Regular <input type="checkbox"/></p> <p>3. Malo <input type="checkbox"/></p> <p>5. Capacidad para comer:</p> <p>A. Independiente <input type="checkbox"/></p> <p>B. Dependiente <input type="checkbox"/></p> <p>7. Nasasens</p> <p>1. SI <input type="checkbox"/> 2. No <input type="checkbox"/></p> <p>8. Vómito 1. SI <input type="checkbox"/> 2. No <input type="checkbox"/></p> <p>9. Dolor abdominal <input type="checkbox"/></p> <p>10. Bultimia <input type="checkbox"/></p> <p>11. Anorexia <input type="checkbox"/></p> <p>12. Estado dental:</p> <p>A. Prótesis:</p> <p>1. Superior <input type="checkbox"/> 2. Inferior <input type="checkbox"/></p> <p>3. Parcial <input type="checkbox"/></p> <p>B. Malformaciones bucales:</p> <p>1. SI <input type="checkbox"/> 2. No <input type="checkbox"/></p> <p>(Quilice)</p> <p>3. Aporte suficiente de agua</p> <p>1.3. Ingesta de líquidos:</p> <p>A. Agua <input type="checkbox"/> 2. Refresco <input type="checkbox"/></p> <p>3. Té <input type="checkbox"/> 4. Café <input type="checkbox"/></p>	<p>4. Ictérico 1. + <input type="checkbox"/> 2. ++ <input type="checkbox"/></p> <p>3. +++ <input type="checkbox"/> Otros <input type="checkbox"/></p> <p>6. Edema A. + <input type="checkbox"/> B. ++ <input type="checkbox"/></p> <p>C. +++ <input type="checkbox"/></p> <p>1. Miembros inf. <input type="checkbox"/></p> <p>B. Miemb. Superior <input type="checkbox"/></p> <p>C. Pálpebral</p> <p>Otro _____</p> <p>7. Heridas</p> <p>8. Problem. cutáneos:</p> <p>1. SI <input type="checkbox"/> 2. No <input type="checkbox"/></p> <p>9. Lesiones: 1. SI <input type="checkbox"/> 2. No <input type="checkbox"/></p> <p>10. Decúbitos 1. SI <input type="checkbox"/> 2. No <input type="checkbox"/></p> <p>11. Hermitismus</p> <p>1. SI <input type="checkbox"/> 2. No <input type="checkbox"/></p> <p>11. Erupciones</p> <p>1. SI <input type="checkbox"/> 2. No <input type="checkbox"/></p> <p>1.2. Erujecimiento</p> <p>1. SI <input type="checkbox"/> 2. No <input type="checkbox"/></p> <p>4. Proceso de eliminación y excretas</p> <p>1. Eliminación intestinal:</p> <p>1. Hora habitual _____</p> <p>2. Frecuencia diaria _____</p> <p>3. Incontinencia _____</p> <p>4. Color _____</p>	<p>5. Retención <input type="checkbox"/></p> <p>4. Disuria <input type="checkbox"/></p> <p>5. Poliuria <input type="checkbox"/></p> <p>6. Anuria <input type="checkbox"/></p> <p>7. Disneururias <input type="checkbox"/></p> <p>8. Tipocintinuria <input type="checkbox"/></p> <p>A. Diurna _____</p> <p>B. Nocturna _____</p> <p>C. Estuerna _____</p> <p>Observaciones _____</p> <p>5. Mantenimiento de Actividad y reposo</p> <p>1. Sueño habitual:</p> <p>A. Hora de acostarse _____</p> <p>B. Horas de sueño _____</p> <p>C. Siesta SI <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/></p> <p>D. Dificultad para dormir</p> <p>1. SI <input type="checkbox"/> 2. No <input type="checkbox"/></p> <p>2. Tiene dificultad para:</p> <p>A. Bañarse SI <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/></p> <p>B. Vestirse SI <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/></p> <p>Desambular SI <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/></p> <p>D. Necesita ayuda para trasladarse SI <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/></p> <p>3. Equilibrio:</p> <p>1. Estable <input type="checkbox"/></p> <p>2. Inestable <input type="checkbox"/></p>
---	---	---	--

continúa

I. REQUISITOS DE AUTO-CUIDADO UNIVERSALES, Continuación

<p>1. Calambres <input type="checkbox"/> 2. Artritis <input type="checkbox"/></p> <p>3. Rigidez <input type="checkbox"/> 4. Inflamación <input type="checkbox"/></p> <p>5. No presenta <input type="checkbox"/></p> <p>6. Función motora</p> <p>A. Brazo derecho <input type="checkbox"/></p> <p>1. Normal <input type="checkbox"/> 2. Amputado <input type="checkbox"/></p> <p>3. Espástico <input type="checkbox"/> 4. Flácido <input type="checkbox"/></p> <p>5. Debilidad <input type="checkbox"/> 6. Parálisis <input type="checkbox"/></p> <p>B. Brazo izquierdo:</p> <p>1. Normal <input type="checkbox"/> 2. Amputado <input type="checkbox"/></p> <p>3. Espástico <input type="checkbox"/> 4. Flácido <input type="checkbox"/></p> <p>5. Debilidad <input type="checkbox"/> 6. Parálisis <input type="checkbox"/></p> <p>C. Pierna derecha:</p> <p>1. Normal <input type="checkbox"/> 2. Amputado <input type="checkbox"/></p> <p>3. Espástico <input type="checkbox"/> 4. Flácido <input type="checkbox"/></p> <p>5. Debilidad <input type="checkbox"/> 6. Parálisis <input type="checkbox"/></p> <p>D. Pierna izquierda:</p> <p>Normal <input type="checkbox"/> 2. Amputado <input type="checkbox"/></p> <p>3. Espástico <input type="checkbox"/> 4. Flácido <input type="checkbox"/></p> <p>5. Debilidad <input type="checkbox"/> 6. Parálisis <input type="checkbox"/></p> <p>6. Mantenimiento del equilibrio entre la soledad y la interacción social</p> <p>1. Soltero <input type="checkbox"/> 2. Casado <input type="checkbox"/></p> <p>2. Vive con:</p> <p>A. Parella <input type="checkbox"/> B. Amigos <input type="checkbox"/></p> <p>C. Solo <input type="checkbox"/> D. Hijos <input type="checkbox"/></p>	<p>14. Cantidad</p> <p>1. 5000 <input type="checkbox"/></p> <p>2. 1000-1500 <input type="checkbox"/> 3. 2-3 Mill <input type="checkbox"/></p> <p>15. Dificultad de plantear</p> <p>16. Cambios ponderales en los seis últimos meses:</p> <p>1. Sin cambios <input type="checkbox"/></p> <p>2. Pérdida de kg</p> <p>3. Aumento de</p> <p>10. Número micciones vivas:</p> <p>1. 0 <input type="checkbox"/> 7-10 <input type="checkbox"/></p> <p>2. 1-3 <input type="checkbox"/></p> <p>11. Gastos:</p> <p>1. 0 <input type="checkbox"/> 4-7-10 <input type="checkbox"/></p> <p>2. 1-3 <input type="checkbox"/></p> <p>12. Pueros:</p> <p>1. 0 <input type="checkbox"/> 4-7-10 <input type="checkbox"/></p> <p>2. 1-3 <input type="checkbox"/></p> <p>13. Abortos <input type="checkbox"/> 2. 1-3 <input type="checkbox"/></p> <p>14. Cistreas 0-1 <input type="checkbox"/> 2. 1-3 <input type="checkbox"/></p> <p>15. Edad menopausia</p> <p>1. 40-44 <input type="checkbox"/> 2. 45-49 <input type="checkbox"/></p> <p>3. 50-55 <input type="checkbox"/></p> <p>16. Enfermedades de transmisión sexual:</p> <p>1. SI <input type="checkbox"/> 2. No <input type="checkbox"/></p>	<p>5. Olor</p> <p>6. Barrocamiento</p> <p>1. SI <input type="checkbox"/> 2. No <input type="checkbox"/></p> <p>7. Diarrea <input type="checkbox"/></p> <p>1. SI <input type="checkbox"/> 2. No <input type="checkbox"/></p> <p>8. Ostronias <input type="checkbox"/> 9. Flatulencia <input type="checkbox"/></p> <p>10. Hemorroides</p> <p>Otros (cuál?)</p> <p>2. Elimina urinaria</p> <p>Heces habituales:</p> <p>1. Precuencia habitual personal</p> <p>7. Hábitos alteran la seguridad</p> <p>1. Drogas 1. SI <input type="checkbox"/> 2. No <input type="checkbox"/></p> <p>2. Alcohol 1. SI <input type="checkbox"/> 2. No <input type="checkbox"/></p> <p>3. Tabaco 1. SI <input type="checkbox"/> 2. No <input type="checkbox"/></p> <p>4. Cafa</p> <p>1. SI <input type="checkbox"/> 2. No <input type="checkbox"/></p> <p>5. Bebidas con cola</p> <p>1. SI <input type="checkbox"/> 2. No <input type="checkbox"/></p> <p>8. Enfermedades bacterianas</p> <p>1. SI <input type="checkbox"/> 2. No <input type="checkbox"/></p> <p>9. Hipertensión <input type="checkbox"/></p> <p>10. Diabetes mellitus <input type="checkbox"/></p> <p>11. Cardiopatías <input type="checkbox"/></p> <p>12. Cáncer <input type="checkbox"/></p> <p>13. Enfermedad reciente <input type="checkbox"/></p> <p>16. Enferm. expuestas <input type="checkbox"/></p>	<p>4. Se cansa fácilmente <input type="checkbox"/></p> <p>5. Programa de ejercicio</p> <p>SI <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/></p> <p>1. Actividad:</p> <p>1. Hogar <input type="checkbox"/> 2. Trabajo <input type="checkbox"/></p> <p>3. Tiempo libre <input type="checkbox"/></p> <p>4. Recreación</p> <p>SI <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/></p> <p>3. Papanicola <input type="checkbox"/></p> <p>4. Colposcopia <input type="checkbox"/></p> <p>5. Hipertensión <input type="checkbox"/></p> <p>6. Aplicación fluor <input type="checkbox"/></p> <p>7. Colesterol <input type="checkbox"/></p> <p>8. Control glucosa <input type="checkbox"/></p> <p>Otros (cuáles?)</p> <p>II REQUISITOS DE AUTO-CUIDADO DEL DESARROLLO</p> <p>1. Recien nacido <input type="checkbox"/></p> <p>2. Lactante menor <input type="checkbox"/></p> <p>3. Lactante mayor <input type="checkbox"/></p> <p>4. Preescolar <input type="checkbox"/></p> <p>5. Escolar <input type="checkbox"/></p> <p>6. Adolescencia <input type="checkbox"/></p> <p>7. Adulto joven <input type="checkbox"/></p> <p>8. Adulto <input type="checkbox"/></p> <p>9. Adulto mayor <input type="checkbox"/></p> <p>10. Edad fértil <input type="checkbox"/></p>
--	---	--	---

<p>3. Estado de ánimo:</p> <p>1. Alegre <input type="checkbox"/> 2. Triste <input type="checkbox"/></p> <p>3. Deprimido <input type="checkbox"/></p> <p>4. Su salud es:</p> <p>1. Buena <input type="checkbox"/> 2. Mala <input type="checkbox"/></p> <p>5. Por castigo Dios</p> <p>1. SI <input type="checkbox"/> 2. No <input type="checkbox"/></p> <p>6. Edad de la menarquia</p> <p>1. 9-11 <input type="checkbox"/> 2. 12-14 <input type="checkbox"/></p> <p>3. 15-17 <input type="checkbox"/></p> <p>7. Dias por ciclo <input type="checkbox"/> 2. 4-6 <input type="checkbox"/></p> <p>3. 7-10 <input type="checkbox"/></p> <p>8. Dismenorreas: 1. SI <input type="checkbox"/></p> <p>1. SI <input type="checkbox"/> 2. No <input type="checkbox"/></p> <p>9. Polimenorrea <input type="checkbox"/></p> <p>1. SI <input type="checkbox"/> 2. No <input type="checkbox"/></p>	<p>1. Gonoreo <input type="checkbox"/></p> <p>2. Herpes genital <input type="checkbox"/></p> <p>3. VPH <input type="checkbox"/> 4. Sífilis <input type="checkbox"/></p> <p>5. VIH <input type="checkbox"/> 6. SIDA <input type="checkbox"/></p> <p>7. Chlamidias <input type="checkbox"/></p> <p>8. Tricomonas <input type="checkbox"/></p> <p>17. Infertil <input type="checkbox"/></p> <p>18. Circuncisión <input type="checkbox"/></p> <p>19. Problema próxima <input type="checkbox"/></p> <p>7. Características que constituyen un peligro para su salud</p> <p>1. Entorno físico <input type="checkbox"/></p> <p>2. Vecindario <input type="checkbox"/></p> <p>3. Animales <input type="checkbox"/></p> <p>4. En el lugar de trabajo hay peligro</p> <p>1. SI <input type="checkbox"/> 2. No <input type="checkbox"/></p> <p>¿Cuáles?</p> <p>4. Ha sufrido algún accidente:</p> <p>1. SI <input type="checkbox"/> 2. No <input type="checkbox"/></p> <p>¿Cuáles? _____</p> <p>6. Seguro contra accidentes en el trabajo:</p> <p>1. SI <input type="checkbox"/> 2. No <input type="checkbox"/></p>	<p>8. La promoción del funcionamiento y desarrollo humano</p> <p>1. Hábitos de salud</p> <p>2. Seguridad social:</p> <p>1. ISSSTE <input type="checkbox"/> 2. SSEMYM <input type="checkbox"/></p> <p>3. IMSS <input type="checkbox"/> 4. Particular <input type="checkbox"/></p> <p>5. Seguro popular <input type="checkbox"/></p> <p>6. R. Nicolás Juárez <input type="checkbox"/></p> <p>7. Hospital general <input type="checkbox"/></p> <p>8. Otros _____</p> <p>3. Recurso sanitario utilizado en los últimos 3 meses a medio <input type="checkbox"/></p> <p>B. Dental <input type="checkbox"/> C. Visión <input type="checkbox"/></p> <p>D. Audición <input type="checkbox"/></p> <p>E. Inmuntización <input type="checkbox"/></p> <p>F. Psicología <input type="checkbox"/></p> <p>G. Otros _____</p> <p>4. Prácticas salud</p> <p>1. SI <input type="checkbox"/> 2. No <input type="checkbox"/></p> <p>A. Manejo de estrés</p> <p>B. Ansiedad <input type="checkbox"/> Meditación <input type="checkbox"/></p> <p>2. Téc. relajación <input type="checkbox"/></p> <p>5. Prácticas de prevención</p> <p>1. Examen mama <input type="checkbox"/></p> <p>1. SI <input type="checkbox"/> 2. No <input type="checkbox"/></p> <p>Examen testicular <input type="checkbox"/></p>	<p>III DESVIACIÓN DE LA SALUD DE LOS REQUISITOS DE AUTOCUIDADO</p> <p>1. Podocimiento actual</p> <p>2. Conoce su podocimiento</p> <p>1. SI <input type="checkbox"/> 2. No <input type="checkbox"/></p> <p>3. Causas de enfermedad <input type="checkbox"/></p> <p>4. Accidentes <input type="checkbox"/></p> <p>5. Lesiones <input type="checkbox"/> 6. Cirugías <input type="checkbox"/></p> <p>¿Cuál? _____</p> <p>7. Enfermedad</p> <p>1. SI <input type="checkbox"/> 2. No <input type="checkbox"/></p> <p>8. Infirm. infanci</p> <p>1. SI <input type="checkbox"/> 2. No <input type="checkbox"/></p> <p>9. Enferm. crónico degenerativas</p> <p>1. SI <input type="checkbox"/> 2. No <input type="checkbox"/></p> <p>10. Enfermedades hereditarias</p> <p>1. SI <input type="checkbox"/> 2. No <input type="checkbox"/></p>
--	---	---	--

LIST OF THE MEMBERS OF THE BOARD OF DIRECTORS

Name	Address	City	State
Mr. J. H.
Mr. W. B.
Mr. C. D.
Mr. E. F.
Mr. G. H.
Mr. I. J.
Mr. K. L.
Mr. M. N.
Mr. O. P.
Mr. Q. R.
Mr. S. T.
Mr. U. V.
Mr. W. X.
Mr. Y. Z.

THE BOARD OF DIRECTORS

Este libro está dirigido a docentes, estudiantes y profesionales de enfermería interesados en fortalecer sus competencias sobre el proceso de enfermería. La aparición de esta obra evidencia los pasos de cada etapa del proceso de enfermería científicos, apoya la competencia del proceso, enseñanza aprendizaje, donde las autoras introducen los elementos teóricos para enfatizar el paradigma de interés de este grupo de académicos, con ello consolidan los argumentos de quienes lo llevan a su práctica, al abordar la esencia de la enfermería, así como su relación con los procesos desarrollados en el ejercicio de la práctica profesional; de esta manera las bases epistemológicas permiten sensibilizar el empoderamiento y autonomía de la práctica de enfermería que guía en forma sistematizada, planeada, organizada, su ser y hacer cotidiano.

El cuidado enfatiza su papel relevante en su herencia filosófica de responsabilidad y comportamiento ético para el cuidado de la vida humana, sustento que le da significado a su práctica en interacción con el entorno donde vive la experiencia de salud o enfermedad.

Las autoras exponen su experiencia de más de 10 años de enseñanza y la aplicación del proceso de enfermería en personas que viven con una enfermedad, pero también en personas sanas, con déficit de autocuidado.

Cinco pasos para elaborar un Proceso de Enfermería



ISBN: 978-607-86020-9-3



9 786079 860209