





Manual del Proceso
de Cuidado
en Enfermería



Rosa Ma. Guadalupe Andrade Cepeda
María del Rosario Chávez Alonso



Facultad de Enfermería
Universidad Autónoma de San Luis Potosí

San Luis Potosí, S.L.P., México, 2004

Manual del Proceso de Cuidado en Enfermería

Rosa Ma. Guadalupe Andrade Cepeda

María del Rosario Chávez Alonso



Manual del Proceso de Cuidado en Enfermería

Rosa Ma. Guadalupe Andrade Cepeda
María del Rosario Chávez Alonso



Facultad de Enfermería
Universidad Autónoma de San Luis Potosí

San Luis Potosí, S.L.P., México, 2004

Diseño y formación:

Carlos Felipe Lobato M. y Gerardo de Jesús Rivera Müller

Corrección de Estilo:

José de Jesús Rivera Espinosa

Derechos Reservados by

☐ Rosa Ma. Guadalupe Andrade Cepeda

☐ María del Rosario Chávez Alonso

☐ Universidad Autónoma de San Luis Potosí

ISBN-970-705-022-5

0811-00410-A 0256

Índice

Agradecimientos	7
Introducción	9
Método Científico	11
Valoración	23
Diagnóstico	53
Planeación	73
Ejecución	89
Evaluación	101
Bibliografía	113
Apéndice 1	
<i>Historia de enfermería por patrones funcionales</i>	113
Apéndice 2	
<i>Historia de enfermería organizada por patrones funcionales para pacientes hospitalizados</i>	125

Apéndice 3	
Valoración de la familia	131
Apéndice 4	
Guía de valoración rápida	135
Apéndice 5	
Guía de valoración rápida para pacientes de los servicios de medicina o terapia intensiva	137
Apéndice 6	
Valoración con preguntas sencillas para complementar la valoración rápida o de urgencias	139
Apéndice 7	
Patrones de respuesta humana (Taxonomía II)	141
Apéndice 8	
Lista de diagnósticos de la NANDA 2003-2004	147
Apéndice 9	
Patrones funcionales de salud, valoración y diagnóstico enfermeros	153
Apéndice 10	
Diagnóstico e intervenciones de enfermería	159
Apéndice 11	
Planeación de alta	165

Agradecimientos

A la familia por ceder su tiempo y por el respaldo.

A las maestras Victoria Morán Aguilar y Alba Lily Mendoza Robles, por haber dedicado parte de su valioso tiempo para revisar y realimentar este trabajo, por su dedicación y ayuda desinteresada.

Introducción

A mediados del siglo XX se generaron cambios significativos para la enfermería en la formación y en el desarrollo de la actividad profesional, para dar respuesta a la transición en salud y la evolución del perfil demográfico, dichos cambios se tornaron en retos para configurar su conocimiento a través de la aplicación del método científico, y de esta manera precisar la naturaleza de los cuidados que se brindan al usuario como paso fundamental para determinar el área de competencia.

Como en cualquier profesión, la enfermería siempre utilizó un método que fundamentara su actuar, así como para evaluar los resultados obtenidos; en general éste se hacía de manera rutinaria e intuitiva y sin analizar su profundidad. Es por esto que surge la necesidad de aplicar una metodología para la práctica profesional de enfermería que solidifique el cuerpo de conocimientos que la enfermería requiere como profesión.

Esta metodología la constituye el Proceso de Cuidados de Enfermería, en la enseñanza de la enfermería conduce al estudiante a basar su actuar en el método científico, además es un instrumento ideal para: organizar y dirigir las experiencias de la práctica clínica, contribuye a tener un lenguaje propio y de esta manera hacer visible la participación de enfermería.

Convencidas de la utilidad de esta metodología para la enseñanza y la práctica profesional, además por el compromiso que se tiene como docente de mantenerse actualizado y para responder al nuevo Plan Curricular de la Licenciatura en Enfermería se realiza este manual que refleja las experiencias de la enseñanza del Proceso de Cuidados de Enfermería.

Se desarrolla fundamentalmente presentando una amplia visión de cada una de las etapas del Proceso de Cuidados, se hace una descripción de los Patrones Funcionales de Salud propuestos por Gordon, de las Respuestas Humanas, como un marco de referencia o estructura que oriente la obtención y organización de datos de la valoración, de la cual se ejemplifica cada aspecto relevante.

Para facilitar la comprensión de cada una de las etapas, se presentan instrumentos elaborados para docencia y que mostraron utilidad en la enseñanza clínica con estudiantes y con el personal de enfermería del Hospital General de Zona No. 2 del IMSS.

Se hace énfasis en los registros de enfermería y se incluyen varias posibilidades para ello. Además se presenta una descripción de: diagnósticos de enfermería según la taxonomía II, patrones funcionales de salud, etiquetas de intervención propuestas por el NIC, con la finalidad de facilitar su comprensión y fomentar el uso.

En suma se pretende que este manual sirva de fuente de consulta para el docente y alumno y además contribuya a consolidar el Proceso de Cuidados de Enfermería como el método para la práctica profesional.

Método Científico

Cada disciplina configura su conocimiento a través de la aplicación del método científico en su propio campo, para desarrollar un método específico como instrumento para garantizar una práctica profesional y de calidad, de esta manera se tiene una estructura teórica que organiza el conocimiento acumulado y guiar la acción profesional.



Antes de usar el proceso de cuidado de enfermería (PCE), los profesionales fueron formados con el método de resolución de problemas, se trataba de un proceso general que guió y sirvió a las enfermeras clínicas por muchos años. A mediados del siglo XX las enfermeras se dieron cuenta de la necesidad de contar con un marco metodológico de referencia que les diera dirección específica, y además permitiera definir y aclarar su campo dentro de las ciencias de

la salud, a este marco de referencia se le llamó PCE, se hace una breve descripción para el conocimiento de su desarrollo histórico.

Lydia Hall	1955	Define la enfermería como un proceso.
D. Johnson	1959	Primeras que lo utilizaron para referirse a una serie de fases que describen el proceso de enfermería; consideraron un proceso de tres etapas: Valoración, planeación y ejecución.
L. J. Orlando	1961	
E. Windenbach	1963	

Lois Knowles	1966	Presentó un modelo que contenía las actividades que constituyen los profesionales de enfermería que son: descubrir, investigar, decidir, actuar, discriminar.
Yura y Walch Little y Carnevali	1967	Propusieron el proceso en cuatro etapas: Valoración, planificación, ejecución y evaluación.
American Nurses Association (ANA)	1973	Referenció las cinco fases del proceso de enfermería: valoración, diagnóstico, planificación, intervención y evaluación.
Doris Bloch Sor. C.Roy	1974 1975	Consideraron que la segunda fase del proceso era el diagnóstico de enfermería. De esta manera el proceso de enfermería sería de 5 etapas.
The National Council of State Boards of Nursing	1982	Definió y describió las cinco etapas del proceso de enfermería en términos propios de enfermería: valoración, diagnóstico, planificación, ejecución y evaluación como el método universal de la práctica de la enfermería.

El diagnóstico de enfermería (DdE) tiene una historia relativamente reciente, comenzó en el momento en que las primeras enfermeras intentaron dar un nombre a los problemas objeto de sus cuidados. Gordon considera "al DdE como la vía para desarrollar un lenguaje propio de la profesión, que se pueda incorporar como una clasificación internacional y de esta manera evidenciar las actividades propias de enfermería en los sistemas de salud para que se valore la importancia de los cuidados que proporciona y puedan ser reconocidos y recompensados". Derbez (1999).

El diagnóstico de enfermería es la etapa del proceso que más se ha desarrollado para hacerlo más consistente, del cual se sintetizan algunos hechos sobresalientes:

Vera Fry	1953	Primera en sugerir la posibilidad de formular un diagnóstico enfermero.
Lesnick y Anderson	1955	Señalaron que el área de la que enfermería es responsable es susceptible a ser llamada diagnóstico de enfermería.

Myra Levine	1965	Propone el término "Tropicognosis" queriendo significar conocimiento de la relación para englobar tanto la observación como la formulación de decisiones cognoscitivas.
Kristine Gebbie Mary Ann Lavin	1973	Primera conferencia nacional para la clasificación de los diagnósticos de enfermería; se estableció el Grupo Nacional para la Clasificación de Diagnósticos enfermeros.
Segunda Conferencia de clasificación de los diagnósticos de enfermería	1975	Se hicieron progresos en los diagnósticos identificados en la primera conferencia, se aceptaron 37 más y se sugirieron 19 para desarrollar, fueron ordenados o enumerados alfabéticamente, se establecieron los diagnósticos según patrones funcionales de salud de Gordon.
Tercera Conferencia	1978	Participación de 14 teóricas de enfermería presidido por Sor Callista Roy para que colaboraran en el desarrollo en la estructura taxonómica de un sistema de clasificación de los diagnósticos de enfermería, útil y manejable.
Cuarta Conferencia	1980	A la teóricas se unieron 3 especialistas clínicas para integrar el punto de vista de la práctica con el de la teoría en el marco conceptual.
Quinta Conferencia	1982	Se convirtió en la Asociación Norteamericana del Diagnóstico Enfermero, en esta conferencia Sor Callista Roy propuso como resultado de una investigación los nueve patrones del hombre unitario (inicialmente se le llamó patrones de interacción) como marco conceptual del sistema de clasificación.
Sexta y Séptima Conferencia	1984 1986	<u>En 1986</u> se sustituyó la denominación de patrones del hombre unitario por la más comprensible de patrones de respuesta humana.

Enfermeras asistenciales manifestaron seguir usando los patrones funcionales de Gordon en lugar de los de respuesta humana, por adaptarse mejor a las necesidades del área clínica. Se propuso que se constituyera formalmente en Asociación Internacional. Carpenito recomienda que se use el término "problema interdependiente" cuando estos requieran prescripción médica.

Octava Conferencia	1988	Resultó la taxonomía I, la ANA reconoció a la NANDA como la organización responsable del desarrollo, aprobación y revisión de los DdE.
Novena Conferencia	1990	Se construye la definición oficial del DdE.
Primera Conferencia Europea de DdE afiliado a la NANDA	1993	Desarrollaron un conjunto multilingüe de diagnósticos susceptibles de ser incluidos en la Clasificación Internacional de la Práctica Enfermera, al incorporar aspectos culturales y valores comunes.
España	1996	Primer Simposium de la Asociación Española de Nomenclatura y Taxonomía de DdE.
En Monterrey N. L., México	1999	Se conforma el Grupo Mexicano para el Diagnóstico Enfermero con la participación de Escuelas y Facultades de diez universidades de la República Mexicana.
Décima cuarta Conferencia bianual de abril	2000	Se aprueba la taxonomía II.

Actualmente se efectúan conferencias cada dos años, para el proceso de clasificación y validación de diagnósticos.

A más de 25 años el PCE ha sido el modelo predominante que fundamenta la atención que brinda la enfermería profesional, útil para enlazar el conocimiento científico, la investigación, al quehacer profesional. Por lo tanto es un método para interconectar las bases de la ciencia con las acciones del profesional.

Con dicho proceso de Cuidados de Enfermería se incorpora una nueva dimensión a la actividad de cuidar, Marriner (1983) afirma que el proceso es la aplicación de la solución científica de problemas a los cuidados de enfermería. Phaneuf (1999) lo refiere como un instrumento que ayuda a la enfermera a trabajar de manera sistemática y actuar como verdaderas profesionales.

Alfaro (1999) lo considera como un método, organizado para administrar el cuidado de enfermería. Iyer (1997) lo define como el método mediante el cual se aplica un marco teórico a la práctica de enfermería, además añade que es un enfoque deliberado de resolución de problemas que requiere capacidades cognoscitivas, técnicas, interpersonales y que va dirigido a satisfacer las necesidades del sistema cliente/ familia.

Definición

Con estos aportes, el proceso de cuidados de enfermería se define:

Método sistemático y organizado con base en la solución de problemas, para administrar cuidados de enfermería derivados de la identificación de respuestas reales y potenciales del individuo, familia y comunidad.

Características

- **Sistema abierto y flexible**, ya que satisface las necesidades particulares del individuo, familia o comunidad.
- **Proceso cíclico y dinámico**, debido a que sus etapas están interrelacionadas entre sí.
- **Centrado en el usuario**, es un método individualizado.
- **Favorece la creatividad** de la enfermera y del usuario.
- **Tiene una finalidad** concreta y programada.
- **Interactivo**, por lo que supone una colaboración continua entre enfermera y persona cuidada. Este contacto se establece en un clima de relación de ayuda para asegurar los cuidados personalizados adecuados.
- **Tiene una base teórica**, el proceso ha sido concebido a partir de numerosos conocimientos que incluyen ciencias y humanidades y se puede aplicar a cualquier modelo teórico de enfermería.
- **Universalmente aplicable**, se usa como estructura básica, para prestar cuidados en cualquier situación de salud, y cualquier etapa del ciclo vital.

Finalidad

- **Proporciona un marco de referencia metodológico para la planificación de los cuidados de enfermería.**
- **Personaliza los cuidados** para que de este modo responda a las necesidades de las personas.
- **Maximiza los recursos de la persona cuidada** y establece las intervenciones apropiadas con el fin de ayudar a conservar un estado óptimo de bienestar desde el punto de vista físico y psicológico.
- **Descubre los recursos personales del enfermo**, como su fortaleza, motivación, capacidades intelectuales, grado de instrucción, hábitos de vida, también permite conocer los recursos externos, es decir, su red de apoyo, la eficacia de esta red, su disponibilidad y voluntad de ayudar así como los recursos económicos de la persona y los recursos comunitarios.
- **Coordina el trabajo del equipo**, un plan de cuidados bien organizados permite saber qué hay que hacer, cuándo hay que hacerlo y quién debe hacerlo.
- **Asegura la continuidad de los cuidados** a pesar de los diferentes turnos de trabajo, los cambios de equipo y las sustituciones.

Propósitos

1. Estimula:

- La creatividad y las innovaciones.
- El desarrollo de la capacidad de observación.
- El crecimiento profesional.
- El desarrollo de habilidades en relaciones interpersonales.
- La participación activa del paciente.

2. Individualiza la atención.

3. Aumenta la satisfacción en el trabajo.

4. Evita la rutinización..

Utilidad

- **Impide omisiones y repeticiones** al quedar registrado, de tal modo que cada enfermera puede estudiar los planes y ver cuáles intervenciones se realizaron.
- **Favorece la individualización**; cada persona responde de forma diferente ante los estímulos del medio o ante las situaciones de salud.

- **Permite una buena comunicación** por estar basada en la relación enfermera-paciente, ya que a través de esta interacción la enfermera interviene tratando los problemas, debido a esto, produce un aumento en la satisfacción tanto de la enfermera como del paciente.

Jiménez y Gutiérrez (1997) proponen otras utilidades del Proceso de Cuidados de Enfermería como lo son:

- **La certificación.** Es a través del conocimiento del PCE que se está certificando actualmente a los profesionales de enfermería en México; esto es sumamente importante ya que con frecuencia se reemplaza al profesional por otro trabajador de menor preparación por razones económicas y en nuestro medio las personas no saben cómo diferenciar unas de las otras. El PCE puede ser el vehículo a través del registro, de las diferentes etapas, el profesional puede mostrar sus competencias al tomar decisiones y actuar para el cuidado de personas, familias o del grupo de la comunidad que necesitan de acciones de salud.
- **La administración.** El PCE también favorece la administración del cuidado, que puede entenderse de dos maneras:
 - La administración del cuidado directo.
 - La administración del servicio para el cuidado.

El PCE es útil para administrar el cuidado, ya que es una fuente inagotable de información y así poder conocer la evolución del estado del paciente, reconocer la complejidad de su cuidado, además contribuye a determinar, recursos humanos y materiales, tiempo, espacio, comunicaciones, estrategias, etc., con la finalidad de garantizar el servicio concreto que el usuario requiere.

- **La investigación.** Los modelos y teorías de enfermería ofrecen múltiples posibilidades para la investigación, la enseñanza y puesta en práctica del PCE; debe contar como marco de referencia, un modelo reconocido, de esta manera constituye un poderoso método de investigación.
- **La docencia.** Las instituciones que forman profesionales de enfermería están comprometidas a utilizar en el campo de práctica la metodología que más caracteriza a los profesionales que egresan de ellas.

- **Participación en empresas promotoras de salud y en el ejercicio independiente.** Los cambios que se dan en la forma de prestación de servicios de salud en el país, hacen evidente la necesidad de que los profesionales de enfermería definan concretamente los servicios que pueden ofrecer; representa la manera más clara de precisarlos y demandar una remuneración adecuada a la calidad del servicio.

Hernández Conesa y Esteban Albert (1999) señalan que el uso del PCE favorece para determinar las **funciones** para las **instituciones** y destacan las siguientes:

1. **Simbólica:** Trata de generar respuestas a las deficiencias percibidas por la organización, su uso es garantía de que se poseen los instrumentos pertinentes para la toma de decisiones en el cuidado.
2. **Propagandística:** Debe de servir para la identidad de la profesión para acreditar su servicio y obtener reconocimiento y por ende mejora la imagen de la profesión.
3. **Racionalidad:** Es un instrumento para analizar e interpretar las propias prácticas y su historia desde una perspectiva científica.
4. **Política:** En la medida en que se crea un marco organizativo para la toma de decisiones sobre el cuidado.

Para el profesional de enfermería

Al profesional de enfermería el PCE permite:

1. Satisfacer ciertas necesidades personales inmediatas, como reducir incertidumbre y la ansiedad.
2. Lograr sentimientos de control, seguridad, confianza en las decisiones y acciones a realizar.
3. Ayudar a la formación continua del profesional, dada la necesidad de reordenar y aprender nuevos conocimientos que pueden ser requeridos ante nuevos casos.

En suma, la aplicación del Proceso de Cuidados de Enfermería tiene repercusiones sobre la profesión, el cliente y sobre la enfermera, ya que define el campo del ejercicio profesional y produce un aumento de la satisfacción laboral y profesional, además el usuario es beneficiado porque se garantiza la calidad de los cuidados de enfermería.

Requisitos indispensables para aplicar el PCE

El uso efectivo del Proceso de Cuidados de Enfermería, requiere de habilidades cognitivas, motoras, e interpersonales, para llevar a cabo los procedimientos técnicos e intelectuales, para resolver los problemas y tomar decisiones, establecer buenas relaciones interpersonales con los pacientes, los familiares y los compañeros de trabajo. Alfaro (1999), Iyer (1997).

- **Conocimientos.**- El aplicar el PCE exige que posea una base de conocimientos amplia y sólida, de varias disciplinas, tanto ciencias básicas como de la conducta, de manera que permita hacer una valoración del estado de salud integral del individuo, la familia o la comunidad, dichos conocimientos coadyuvarán en la resolución de problemas, toma de decisiones y en la selección de intervenciones.
- **Habilidades.**- Se requiere de habilidades motoras para el empleo de equipo y la ejecución de las técnicas requeridas en las intervenciones, también es importante contar con habilidades cognitivas, ya que el PCE, le exige a la enfermera la utilización de inferencias, hacer análisis, resolver problemas y utilizar el pensamiento crítico.
- **Comunicación.**- Es necesario poseer habilidades para la comunicación verbal, no verbal, para facilitar el intercambio de información entre el profesional de enfermería, el cliente y otras personas, para optimizar el éxito de los resultados. Por esto es de suma importancia que la enfermera sea capaz de comunicarse con todo el equipo multidisciplinario de manera verbal para establecer la interacción y de forma escrita, ya que a través de lo que registre se harán evidentes los cuidados que se brinden.
- **El razonamiento crítico.**- El razonamiento crítico es un habilidad compleja que forma parte en la vida diaria y también de la práctica de enfermería profesional, ya que utiliza la habilidad de razonamiento crítico en todas las etapas del Proceso de Enfermería, llegando a conclusiones y justificándolas bajo los parámetros de la ciencia de enfermería. Iyer (1997).

Consiste en la puesta en duda de suposiciones, la determinación de conclusiones y la identificación de justificaciones que las apoyen. Se necesita poseer una capacidad de razonamiento crítico como individuo y profesional, debe ser capaz de tomar deci-

siones personales informadas y también todas las que sean necesarias para prestar una atención de enfermería segura, competente y calificada.

En la práctica de enfermería, utilizará un proceso de razonamiento similar para tomar decisiones profesionales, se le exigirá que reúna datos, que defina con precisión problemas reales y potenciales, que realice la mejor elección entre varias alternativas, que ejecute con seguridad un plan de cuidados y que evalúe la eficacia de las actuaciones de enfermería.

Características del pensamiento crítico (Kozier, 1999, pág. 201).

- a) **Razonable y racional**, se basa en la razón y la lógica y no en prejuicios o intereses personales.
- b) **Reflexivo**, puesto que se debe de tomar tiempo para recoger información y meditar el tema de un modo disciplinado sopesando los hechos y las pruebas.
- c) **Es un pensamiento autónomo**, no acepta pasivamente las creencias de otro, sino analiza que decide que autoridades son más creíbles, nunca acepta o rechaza creencia que no entiende.
- d) **Asume el pensamiento creativo**, crea ideas originales mediante el establecimiento de relaciones o conexiones entre pensamiento y conceptos, lleva consigo la capacidad, para trasladar un concepto a un encuadre nuevo o aplicarlo de un modo distinto.
- e) **Es equitativo**, se trata de eliminar el sesgo y la parcialidad del pensamiento propio y de los demás, se cuestionan suposiciones, se examinan las razones que motivan elecciones y decisiones.
- f) **Se centra en decidir qué crear o hacer**, sirve para evaluar argumentos y conclusiones, relacionar ideas nuevas o vías de actuación alternativas, emitir afirmaciones fidedignas, extraer conclusiones acertadas y resolver problemas. Se emplean normas establecidas para revisar opiniones propias y de otros.

Dimensiones con los que se realiza el razonamiento crítico

El profesional de enfermería utiliza los conceptos descritos al tiempo que aplica el Proceso de Enfermería, esto resulta especialmente importante a medida que la aten-

ción es cada vez más compleja, su base de conocimientos se amplía y el profesional de enfermería busca la forma de ejercer de forma más autónoma.

Lógica.- El uso de enfoques lógicos, organizados y consistentes para el razonamiento crítico es fundamental para su éxito y para conseguir resultados positivos, debe determinar cuál es el asunto o el problema en cada situación, debe decidir que información necesita para hacer un juicio sobre la situación y la forma en que puede obtenerla.

La creatividad.- Cuando los recursos materiales son limitados, se necesita contribuir con estrategias innovadoras, creativas para la solución de problemas del usuario y de esta manera mejorar la forma en que se practica la enfermería, para ello se tendrá que utilizar la imaginación y la inventiva.

La iniciativa.- En algunos casos se necesita de esta estrategia para abordar los problemas o situaciones de forma enérgica, la iniciativa supone que se modelen conductas positivas, que sirva como recurso para los usuarios, las familias y los demás profesionales.

Otros requisitos también considerados como importantes son:

- **Convicción del profesional:** Para utilizar el PCE como herramienta en la práctica profesional se requiere de estar convencido de su utilidad, además de tener motivación profesional, y reflexionar sobre lo que piensa, siente y cree de la enfermería.
- **Observar sistemáticamente:** Implica la utilización de todos los sentidos, ya que no es ver, por lo tanto se requiere de que la observación sea estructurada a través de: formularios o guías que identifican los tipos específicos de datos que necesitan recogerse.
- **Habilidad en los procesos cognitivos:** Para hacer inferencias, asociaciones y confirmar las impresiones. Un signo es un hecho que se percibe a través del uso de los sentidos y una inferencia es el juicio o interpretación de esos signos.

Estructura del proceso de cuidados de enfermería

El PCE está estructurado por cinco etapas bien definidas, que a continuación se describen.



VALORACIÓN

Proceso sistemático, organizado, de búsqueda de información realizada a partir de diversas fuentes e identificar los diagnósticos de enfermería.

DIAGNÓSTICO

Juicio clínico respecto a las respuestas del individuo, familia o comunidad de problemas de salud o procesos vitales, proporciona una base para la selección de las intervenciones de enfermería, con el fin de alcanzar los resultados que son responsabilidad de la enfermera.

PLANEACIÓN

Elaboración de estrategias diseñadas para reforzar las respuestas del paciente sano o para evitar, reducir o corregir las respuestas del individuo enfermo identificadas en el diagnóstico enfermero.

EJECUCIÓN

Puesta en práctica del plan de cuidados, se enfoca en el inicio de aquellas intervenciones de enfermería que ayudan al usuario a conseguir los objetivos deseados.

EVALUACIÓN

Juicio comparativo sistemático sobre el estado de la persona, emitido en el momento de finalizar el plazo fijado en los objetivos.

Valoración

La valoración es la primera etapa del PCE, punto de partida, es la base de todas las etapas siguientes, banco de datos imprescindible para tomar decisiones, es un proceso continuo que se realiza durante todas las etapas.

Definición

Proceso sistemático, organizado, de búsqueda de información realizada a partir de diversas fuentes, con el fin de descubrir el grado de satisfacción de las necesidades de la persona, familia o comunidad, e identificar los diagnósticos de enfermería, conocer sus recursos disponibles y planificar las intervenciones.

Objetivo

Obtener datos con exactitud sobre el estado de salud del paciente, los cuales deberán ser confirmados, organizados antes de identificar los diagnósticos de enfermería.

Requisitos esenciales

- **Conocimientos:** Para efectuar una recolección completa y exacta de los datos, exige poseer conocimientos de ciencias básicas, humanas, del comportamiento y las propias de la disciplina, a fin de analizar los datos para poder establecer los diagnósticos de enfermería, y determinar las intervenciones.

- **Capacidades técnicas, habilidad** en la utilización de técnicas tales como la toma de signos vitales, somatometría, entre otros, así como para el manejo de equipo, **destreza** para realizar técnicas específicas para la exploración.
- **Capacidades interpersonales:** Son esenciales ya que se trata de un proceso interactivo entre la enfermera, el paciente y la familia, las capacidades de comunicación verbal y no verbales deben estar bien desarrolladas para que faciliten las relaciones positivas.

Tipos de valoración

1. **Valoración inicial o básica:** Se realiza durante la entrevista inicial con el paciente para reunir información sobre todos los aspectos del estado de salud. Esta información también es llamada **datos de referencia**, es indispensable ya que es el punto de partida, por lo tanto debe de ser una valoración sistemática, planificada y completa, sobre los aspectos del estado de salud del paciente recolectados a través de una guía estructurada, para este efecto se diseñó una **historia de enfermería**, (apéndice 1), con el marco referencial de patrones funcionales; conformado primeramente por el interrogatorio y posteriormente la exploración física. Este instrumento por ser completo se considera extenso, por la profundidad con que se valora un patrón, puesto que cada paciente es diferente, de tal modo que refleja al individuo de una manera holística, la implementación de esta historia de enfermería, se hace aproximadamente en dos horas, ideal para que el alumno lo utilice con usuarios ambulatorios en consultorios de enfermería, para adquirir experiencia y habilidad. Para pacientes hospitalizados se diseñó otro formato de valoración (Apéndice 2), en el cual se combina el interrogatorio y la exploración física.

En el trabajo de enfermería comunitario también es indispensable ver a la familia como la unidad de análisis, para este fin se estructuró una valoración familiar (Apéndice 3) con el marco de referencia antes citado, de esta manera no se particulariza en sus integrantes, que cuando se les detectan problemas reales o de riesgo entonces se verán de manera individual.

2. **Valoración continuada o focalizada:** Se realiza para reunir información detallada sobre un solo aspecto o problema. Por lo cual se formulan las siguientes preguntas:

- ¿Qué evidencias se disponen para decir que existe un problema? Comparándolas con los datos de referencia del paciente.

- ¿ Qué factores están contribuyendo al problema?
- ¿ Qué siente la persona sobre el manejo o prevención del problema?

Este tipo de valoración se puede realizar con preguntas cortas y las más relevantes de cada patrón.

3. Valoración de urgencia o rápida: Se valoran los patrones identificando los disfuncionales que ponen en peligro la vida del paciente. Actividad – ejercicio, cognitivo – perceptual. Para realizarla, se diseñó una guía para que el alumno valore los aspectos fundamentales de los patrones: actividad, ejercicio, cognitivo, perceptual, y nutricional metabólico. Se realiza en cinco minutos y es ideal para la entrega y recepción de turno, o bien se puede implementar en el lapso de la toma de los signos vitales (Apéndices 4 y 5); posteriormente se puede valorar el resto de los patrones con preguntas cortas y concisas (Apéndice 6) para recabar la información que conlleve a una valoración completa.

Valoración como proceso

La valoración significa un ciclo consciente, reflexivo durante el cual es importante registrar y comunicar los datos obtenidos, consta de tres etapas:

- a) Organización de datos.
- b) Obtención de la información.
- c) Interpretación, validación.

Se considera que primero hay que tener claro cómo se van a organizar los datos, por lo tanto hay que seleccionar el marco de referencia para su obtención.

A) organización de datos

MARCO DE REFERENCIA O ESTRUCTURA PARA VALORAR

Hay varios modelos o esquemas para organizar los datos obtenidos de la valoración de una manera sistemática, éstos pueden variar de acuerdo a la normatividad de la institución, o al estado de salud del paciente, o bien contar con un marco de referencia basado en las teorías o modelos de enfermería, como: 8 requisitos universales de autocuidado de Orem; las 14 necesidades de Henderson; los cuatro modos de adaptación del modelo de Roy, con la jerarquía de necesidades pro-

puesta por A. Maslow, o bien en los modelos empíricos o experimentales: 11 patrones funcionales de Gordon, el método taxonómico NANDA de patrones de respuesta humana, entre otros.

Al elegir un marco de referencia o estructura que oriente la recogida de datos, se debe tener cuidado de no interrumpir la lógica del proceso entre la valoración y el DdE, y no reducir el proceso a nivel biologicista, sino que incluya

las otras esferas del ser humano: la social, y la psicológica, cabe preguntarse ¿cuál sería el más adecuado, útil que condujera a identificar los problemas que tratan las enfermeras? Tomando en cuenta el preservar, mantener y fomentar la integridad de la persona, así como atender a sus respuestas dentro de la dinámica salud - enfermedad, constituye el campo de acción específico de la enfermería. En este sentido actualmente se presentan las siguientes corrientes.



1. **PATRONES FUNCIONALES DE SALUD PROPUESTO POR GORDON.** inicialmente fue este el marco de clasificación de los diagnósticos de enfermería de la *North American Nursing Diagnosis Association (NANDA)* en 1975. Elaboró un esquema con 11 patrones, Gordon emplea la palabra patrón para referirse a una secuencia de comportamientos.

2. **PATRONES DE RESPUESTA HUMANA.** En 1982 los propuso Sor Callista Roy a la NANDA como resultado de investigaciones, (inicialmente se le llamó patrones de interacción) que representan las manifestaciones de las interacciones de la persona y su entorno. En 1986 se sustituyó la denominación de patrones del hombre unitario por la más comprensible de **patrones de respuesta humana**, los cuales fueron clasificados en nueve categorías, no poseen características de prioridad o importancia, representan las manifestaciones de las interacciones de la persona y su entorno.

En 1998 se modifican de acuerdo a la estructura de la taxonomía II para la organización de los diagnósticos enfermeros aprobados por la NANDA en el año 2000, y los nueve patrones se cambian por 13 dominios.

La Facultad de Enfermería de la UASLP igual que otras instituciones formadoras de recursos humanos de enfermería en la república mexicana, utilizan como estructura para la

valoración y el diagnóstico los patrones funcionales, porque son más comprensibles y facilitan la organización de los datos. A continuación se dará una breve descripción de dichos patrones funcionales y de los patrones de respuesta humana.

PATRONES FUNCIONALES DE SALUD: Gordon (1996), propuso áreas estructurales para la valoración de enfermería, con el ánimo de definir un lenguaje común, para que las enfermeras, independientemente de sus áreas de práctica y modelos conceptuales, pudieran valorar y diagnosticar fundamentados en:

- La teoría de las necesidades humanas de Maslow, que junto a las aportaciones de otros psicólogos humanistas en el terreno de la terapia centrada en el cliente (Rogers 1974), han inspirado el trabajo de enfermeras teóricas permitiendo que se fuera diferenciando la actividad enfermera, del tradicional modelo biomédico y definiendo nuevos espacios de acción para las enfermeras.
- El esquema conceptual, definido por Gordon, representa un marco construido a partir de planteamientos humanistas, pero además supone un desarrollo operativo adaptado a las exigencias actuales de la práctica de enfermería.
- Como concepción filosófica proporciona un punto de referencia funcional que favorece la actuación profesional e implica la comprensión de la naturaleza humana desde fundamentos estructurales, incluye por lo tanto una visión integral de los procesos vitales que afectan a la salud.
- Todo los seres humanos tienen en común algunos patrones funcionales que contribuyen a mejorar:
 - La salud.
 - La calidad de vida.
 - Logro de potenciales humanos.
- El término patrón está definido como una **configuración de comportamientos** que ocurren de forma secuencial en el transcurso del tiempo.
- Las áreas de los patrones de salud **proporcionan un formato de valoración estándar** para una base de datos con independencia de la *edad, el nivel de cuidados o el problema médico*.
- Los patrones están **interrelacionados**, son interactivos, ningún patrón puede ser entendido de **forma aislada**.

Características

- INTEGRAL:** Contempla la integralidad del ser humano en sus patrones biopsicosociales.
- GLOBALIZADOR:** Concibe a la persona desde una perspectiva total.
- PERSONAL:** Se orienta hacia los patrones funcionales como unidades de estudio e identifica patrones disfuncionales.
- OPERATIVO:** Determina, clasifica y organiza los datos, que orienten la información requerida para poder trabajar con la estructura de categorías diagnósticas de enfermería.

Enfoque funcional

- **Salud** definida dentro del contexto de los patrones, es el nivel óptimo de funcionamiento que permite a los individuos, familia o comunidades desarrollar su potencial al completo.
- Los órganos y sistemas están en un nivel más bajo de complejidad que los patrones funcionales de salud, los cuales representan el funcionamiento humano integral.
- **Patrón de salud** es una manifestación del todo, cada patrón es una expresión biopsicosocial-espiritual.

Ventajas de los patrones funcionales:

- **No deben ser continuamente aprendidos**, su aplicación se extiende al igual que el conocimiento clínico, se acumula dentro del ámbito enfermero.
- **Conduce directamente al diagnóstico enfermero.**
- **Consigue una aproximación holística** a la valoración funcional humana, en cualquier:
 - Marco conceptual.
 - Grupo de edad.
 - En todos los puntos del proceso **salud – enfermedad.**
- **Guiar la recogida de información** de la vida del cliente, familia o comunidad y su experiencia de los sucesos y problemas relacionados con la salud y su manejo.

DESCRIPCIÓN DE LOS PATRONES FUNCIONALES Y VALORACIÓN

PATRÓN	DESCRIPCIÓN	ASPECTOS A VALORAR
PERCEPCIÓN DE SALUD-MANEJO DE SALUD	<p>La percepción del estado de salud del individuo y su relevancia para las actividades actuales y planes de futuro.</p> <p>También están incluidos la prevención de riesgos para la salud y comportamiento general de salud, como la adherencia a actividades de promoción de salud física y mental, prescripciones médicas o enfermeras y seguimiento de cuidados.</p>	<ul style="list-style-type: none"> a) Percepción del estado de salud actual en general. b) Principal dolencia que percibe como causa de la enfermedad presente. c) Aspecto físico. d) Conocimientos necesarios para el mantenimiento de la salud y las consecuencias de estilos de vida poco saludable (tabaco, alcohol, alimentación, ejercicio). e) Antecedentes de otras enfermedades o lesiones repetidos o intervenciones quirúrgicas. f) Exposición a enfermedades transmisibles. g) Alergias (alimentarias o medicamentosas) h) Uso de medicamentos y motivo de prescripción. i) Conductas para cuidar la salud, prácticas y controles de salud habitual (Autoexamen de mamas, revisiones dentales, revisiones oculares, citología, etc.). j) Acciones realizadas cuando se percibió la enfermedad; resultados del seguimiento de tratamiento prescrito, determinando el motivo de rechazo, si lo hubiere, los sentimientos y las experiencias previas al tratamiento y al equipo que lo atiende, la existencia de conflicto entre los valores / creencias, nivel de comprensión de los motivos del tratamiento y sus consecuencias en caso de cumplimiento.
NUTRICIONAL METABÓLICO	<p>Los patrones del individuo en consumo de alimentos y líquidos: Horas habituales de comida, tipo y cantidad de alimentos y líquidos consumidos, preferencia de alimentos concretos y el uso de suplementos de nutrientes o vitaminas.</p> <p>Describe la alimentación del lactante.</p>	<ul style="list-style-type: none"> a) Número de comidas principales al día. b) Ingesta típica diaria de alimentos; suplementos. c) Ingesta típica diaria de líquidos. d) Gustos o preferencias de alimentos. e) Si existen restricciones de alimento causa. f) Cambios de peso. g) Apetito. h) Malestar asociado; alimentos i) Capacidad percibida para la cicatrización. j) Disponibilidad de recursos para alimentarse.

PATRÓN	DESCRIPCIÓN	ASPECTOS A VALORAR
	<p>Incluye referencias de cualquier lesión en la piel y la capacidad general de cicatrización, también incluye estado de piel, uñas, membrana mucosa, dientes y temperatura corporal, talla y peso.</p>	<p>k) Problemas dentales; adancia parcial, total, uso de prótesis. l) Coloración anormal de la piel, turgencia, lesiones.</p>
ELIMINACIÓN	<p>Regulandad percibida por el individuo de la función excretora, el uso de rutinas o laxantes para la eliminación intestinal, y cualquier cambio o alteración en el patrón horario, forma de excreción, calidad o cantidad. También se incluye cualquier ayuda empleado para controlar la excreción.</p>	<p>a) Descripción del patrón eliminación intestinal: frecuencia, características, malestar, control. b) Descripción del patrón eliminación urinaria: frecuencia características, malestar, control c) Sudoración / alar.</p>
ACTIVIDAD- EJERCICIO	<p>Las actividades de la vida diaria que requieren gasto de energía, como la higiene, cocinando, compras, comida, trabajo y el mantenimiento del hogar. También están incluidos el tipo, cantidad y calidad del ejercicio, incluido los deportes, lo cual describe el patrón típico del individuo. Están incluidos los factores que interfieren con el patrón deseado o esperado por el individuo (como déficit neuromuscular y compensaciones, disnea, angina, o restricciones o esfuerzos musculares y si procede, clasificación cardiopulmonar). También están incluidos los patrones de ocio y describe actividades de recreo.</p>	<p>a) Percepción del nivel de energía b) Tipo y regularidad del patrón ejercicio c) Tiempo de ocio/ actividades de juego d) Nivel de autocuidado, alimentación, baño, uso del WC, movilidad en la cama, capacidad para vestirse, para realizar el arreglo personal, movilidad general, para cocinar, para el mantenimiento del hogar realizar compras. e) Marcha, postura, coordinación</p>
SUEÑO-DESCANSO	<p>Patrones de sueño y los periodos de descanso relax durante las 24 horas del día. Incluye percepción del individuo de calidad y cantidad de sueño y descanso y percepción de niveles de energía, se incluye ayudas para dormir como medicación, rutinas para dormir.</p>	<p>a) Disposición percibida para las actividades diarias. b) Patrón habitual de sueño /descanso c) Prácticas habituales para dormir. d) Problema de sueño: conciliar, despertar temprano. e) Sueño interrumpido, invertido.</p>

PATRÓN	DESCRIPCIÓN	ASPECTOS A VALORAR
COGNITIVO PERCEPTUAL	La adecuación de los formas sensoriales, como visión, audición, gusto, tacto, olfato, y la compensación o prótesis utilizadas para las alteraciones, percepción de dolor y cómo se trata éste, incluye capacidades cognitivas como el lenguaje, la memoria y la toma de decisiones.	<ul style="list-style-type: none"> a) Ayuda para la audición. b) Visión: uso de lentes, última revisión. c) Diferenciación de olores, sabores. d) Problemas en la memoria. e) Formas de aprendizaje: dificultades. f) Percepción de malestar o dolor. g) Deterioro en la capacidad de realizar juicios, toma de decisiones. h) Nivel de conciencia, orientación. i) Lenguaje hablado.
AUTOPERCEPCIÓN-AUTOCONCEPTO	Las actitudes del individuo sobre sí mismo, la percepción de las capacidades (cognitivas, afectivas o físicas), la imagen corporal, identidad, sentido general de valía y patrón general emocional, patrón de postura corporal y movimiento, contacto ocular, voz y patrón de conversación.	<ul style="list-style-type: none"> a) Autodescripción - autoevaluación. b) Cambios en el cuerpo o en la habilidad física y evaluación de la autocompetencia. c) Frecuencia de enfados, temor, ansiedad, depresión; qué le ayuda. d) Nervioso/ relajado.
ROL RELACIONES	La percepción del individuo de los principales roles y responsabilidades en la actual situación de vida. Se incluye la satisfacción o alteración en la familia, trabajo, o relaciones sociales y las responsabilidades relacionadas con estos roles.	<ul style="list-style-type: none"> a) Vive solo/ con familia, estructura familiar. b) Problemas familiares (nuclear, extendida). c) Patrón de resolución de los problemas familiares. d) Necesidades de dependencia familiar. e) Dificultades para la comunicación verbal (tartamudez, falta de claridad, incapacidad para hablar, barrera idiomática). f) Comunicación no verbal: congruencia. g) Miembro de grupo social: sentimiento de soledad. h) Percepción de relaciones laborales / escolares. i) Percepción del barrio (aislado / sentimientos de integración). j) Asertivo/ pasivo. k) Barrera en las relaciones sociales (aislamiento, falta de motivación, depresión, trastornos en el pensamiento, enfermedad crónica).

PATRÓN	DESCRIPCIÓN	ASPECTOS A VALORAR
SEXUALIDAD REPRODUCCIÓN	Describe el patrón de reproducción, incluye la satisfacción percibida por el individuo a las alteraciones de su sexualidad. También se incluye el estado reproductivo de la mujer, pre o posmenopausia y cualquier problema percibido.	<ul style="list-style-type: none"> a) Autoconcepto sexual (Identidad de rol, percepción realista y aceptación de la imagen corporal, congruencia entre la identidad sexual y el rol sexual real, expectativas realistas y congruentes con el yo sexual ideal). b) Cambios percibidos/ problemas en la sexualidad, relaciones sexuales. c) Uso de anticonceptivos, problemas. d) Comienzo de la menstruación y patrón. e) Partos, embarazos.
ADAPTACIÓN TOLERANCIA AL ESTRÉS	Incluye la reserva individual o la capacidad para resistirse a las amenazas para la propia integridad, formas de manejar el estrés, sistemas de apoyo familiares o de otro tipo y capacidad percibida para controlar y manejar las situaciones.	<ul style="list-style-type: none"> a) Manejo de la tensión/ estrés, ingesta de drogas, alcohol, etc. b) Personas importantes durante el estrés, disponibilidad. c) Cambios en la vida en los dos últimos años. d) Estrategias de resolución de problemas, efecto.
VALORES CREENCIAS	Describe patrones de valores, objetivos o creencias (incluidas las espirituales) que guían las elecciones o decisiones. Incluye lo percibido como importante en la vida, calidad de vida y cualquier percepción de conflictos en los valores, las creencias o las expectativas que estén relacionadas con la salud.	<ul style="list-style-type: none"> a) Impacto de su enfermedad sobre sus prácticas o creencias espirituales (puede asistir a los servicios religiosos, puede mantener la dieta o esquema religioso). b) Consecución de objetivos, en la vida. c) Importancia que da a la religión. d) Prácticas religiosas deseadas durante la estancia hospitalaria.

Patrones de respuesta humana

Los patrones de respuesta humana son un método que permite a la enfermera valorar al paciente, ya que refleja la totalidad de la persona en su relación con el ambiente. Este esquema centra a la persona como unidad. Kozier (1999) pág. 108).

Las respuestas humanas son todas aquellas reacciones de los individuos o grupos ante asuntos relacionados con la salud, que incumben a la enfermera, Iyer (1997) refiere que

la enfermera se centra en dos tipos de respuestas 1). **Respuestas de restablecimiento de la salud;** son las reacciones del individuo y grupos ante problemas reales de salud y las necesidades de autocuidado, y 2). **Respuestas de apoyo a la salud,** corresponden a la preocupación que tienen los individuos por posibles problemas de salud, como el control y la información en poblaciones o comunidades de riesgo en donde surgen necesidades educativas, desarrollo de técnicas, actitudes orientadas hacia la salud.

Características

- Las respuestas humanas son de naturaleza dinámica, y cambian conforme progresa el paciente, la familia o ambos, entre la salud y la enfermedad.
- En enfermedades agudas o crónicas habitualmente se presentan una o más respuestas humanas.
- Difieren y varían en su naturaleza debido a la individualidad de cada persona.
- La respuesta al problema de salud, real o posible, será un reflejo de la interacción del individuo con el ambiente.

La NANDA en la décima cuarta conferencia bianual de abril de 2000 aprobó la nueva estructura taxonómica, que a continuación se describe.

PATRÓN DE RESPUESTA HUMANA

PATRÓN (DOMINIO)	DESCRIPCIÓN	ASPECTOS A VALORAR
1. PROMOCIÓN DE LA SALUD	Toma de conciencia del bienestar o normalidad de las funciones y estrategias usadas para mantener el control y fomentar el bienestar y la normalidad del funcionamiento.	Patrones actuales de salud, antecedentes de salud, medicación actual, seguro de gastos médicos, examen de salud, prescripciones, disponibilidad de medicamentos, seguimiento de los regímenes sanitarios pasados, actuales, sistemas de apoyo disponibles.
2. NUTRICIÓN	Actividades de ingerir, asimilar y usar los nutrientes a fin de mantener y reparar los tejidos y producir energía.	Hábitos alimentarios, número de comidas. Dieta especial, preferencia/intolerancia, alergias alimenticias, cambio de apetito, vómito, estado de la boca/garganta, peso, talla. Erupciones, Petequias, abrasiones, contusiones, incisiones quirúrgicas.

PATRÓN (DOMINIO)	DESCRIPCIÓN	ASPECTOS A VALORAR
3. ELIMINACIÓN	Secreción y excreción de los productos corporales de desecho.	Hábito intestinal, habitual, estreñimiento, diarrea, incontinencia, peristaltismo, hábito urinario, incontinencia, retención, olor, color de orina. Diaforesis, cianosis, estertores.
4. ACTIVIDAD/REPOSO	Producción, conservación, gasto o equilibrio de los recursos energéticos.	Actividades sociales y de ocio. Conservación del entorno: tamaño y organización del hogar, servicios, necesidades de seguridad, responsabilidad en el hogar. Autocuidado: descripción de sí mismo, efectos de la enfermedad/cirugía sobre el concepto de uno mismo. <i>Intercambio cardíaco</i> : FC, ritmo, TA, <i>Intercambio Periférico</i> : pulso, temperatura de la piel, color, llenado capilar, edema. <i>Oxigenación</i> : FR., ritmo, profundidad, uso de músculos accesorios, disnea, ortopnea, tos, ruidos respiratorios.
5. PERCEPCIÓN/COGNICIÓN	Sistema del procesamiento de la información humana incluyendo la atención, orientación, sensación, percepción, cognición y comunicación.	<i>Intercambio cerebral</i> : Nivel de conciencia, pupilas, apertura de ojos, respuesta verbal, respuesta motora, antecedentes de un entorno limitado, deterioro visual, uso de gafas, deterioro auditivo, audífonos, postura, movimiento corporal, gusto, tacto, alfata reflejos. Leer, escribir, comprender el idioma, deterioro del habla.
6. AUTOPERCEPCIÓN	Conciencia del propio ser.	Concepto de uno mismo: descripción de lo que el cliente hace de sí mismo, efectos de la enfermedad/cirugía sobre el concepto de sí mismo. Expresa desesperanza/percibe una pérdida del control.
7. ROL/RELACIONES	Conexiones y asociaciones negativas y positivas entre personas o grupo de las personas y los medios por los que se demuestran tales conexiones.	Estado civil, edad, salud de personas allegadas, Num. de hijos, sexo, edad y papel que desempeñan en la casa, ayudas económicas, trabajo, satisfacción, preocupaciones laborales, gasto energético, físico, mental, relaciones sexuales, dificultades físicas/ efecto de la enfermedad sobre la sexualidad. Socialización: calidad de las relaciones con otras personas, descripción del paciente, descripción de las personas allegadas, comentarios del personal, expresiones de soledad.

PATRÓN (DOMINIO)	DESCRIPCIÓN	ASPECTOS A VALORAR
8. SEXUALIDAD	Identidad sexual, función sexual y reproducción.	Función sexual, patrones de sexualidad.
9. AFRONTAMIENTO/ TOLERANCIA AL ESTRÉS	Forma de hacer frente a los acontecimientos /procesos vitales.	Afrontamiento: métodos habituales para la resolución de problemas, método para el control de estrés, afecto, manifestaciones físicas, sistemas de apoyo disponible.
10. PRINCIPIOS VITALES	Principios que subyacen en la conducta, pensamiento y conductas sobre los actos, costumbres o instituciones contempladas como verdaderos o poseedores de un valor intrínseco.	Juicio: capacidad para tomar decisiones, perspectiva del cliente, perspectiva de terceras personas. <ul style="list-style-type: none"> ▪ Preferencia religiosa. ▪ Práctica religiosa. ▪ Cuestiones espirituales. ▪ Orientación cultural. ▪ Práctica cultural.
11. SEGURIDAD/ PROTECCIÓN	Ausencia de peligro, lesión física o trastorno del sistema inmunitario, preservación de las pérdidas y preservación de la protección y seguridad.	Herida quirúrgica, lesiones: en piel o mucosas, manejo de secreciones bronquiales, valorar pacientes con aparato de yeso, valoración del entorno, respuesta al uso de látex, Ganglios linfáticos, temperatura corporal, recientes acontecimientos vitales estresantes, temor, ansiedad, aflicción, manifestaciones físicas.
12. CONFORT	Sensación de bienestar o comodidad física, mental o social.	Dolor, náuseas, interacción social.
13. CRECIMIENTO Y DESARROLLO	Aumento de las dimensiones físicas, sistemas corporales y logro de las tareas de desarrollo acordes con la edad.	Peso, talla, valorar desarrollo de acuerdo a la edad.

B) Obtención de la información

La recolección de datos se inicia cuando alguien entra en contacto con el sistema de cuidados de salud, la información obtenida en este contacto inicial proporciona la base para determinar el estado actual de salud.

FUENTE DE DATOS

- a). **Primaria:** es el individuo mismo.
- b). **Secundaria:** familia, personas cercanas a su entorno próximo, equipo de salud, expediente (historia clínica, exámenes de laboratorio, órdenes médicas, registros de enfermería) historia de enfermería.

TIPOS DE DATOS

1. **Objetivos:** Aquellos que se pueden observar, medir; por lo tanto delatan una información exenta de parcialidades concretas, ejem., signos vitales, fluidos, exámenes de laboratorio, peso, talla, coloración.
2. **Subjetivos:** Los que reflejan hechos y situaciones expresadas por el propio paciente, comprenden las percepciones, sentimientos e ideas de la persona sobre sí misma y sobre su situación de salud. Para obtener estos datos la enfermera debe de poner en marcha todas sus capacidades para realizar el proceso de interacción, estos datos hasta su contrastación es parcial y ambigua. Ejemplo

1. DOLOR "Me duele la cabeza".
2. MALESTAR "Siento cansancio al caminar".
3. OPRESIÓN "Me oprime el pecho, tengo la sensación de que tengo algo pesado en el pecho".
4. PERCEPCIONES "Todos me rechazan al verme, apesto y por eso no vienen a verme, me veo bastante mal".

3. **Históricos o antecedentes:** Situaciones o hechos que sucedieron con anterioridad. Ejem: intervenciones quirúrgicas, inmunizaciones.

MÉTODOS DE RECOLECCIÓN DE DATOS

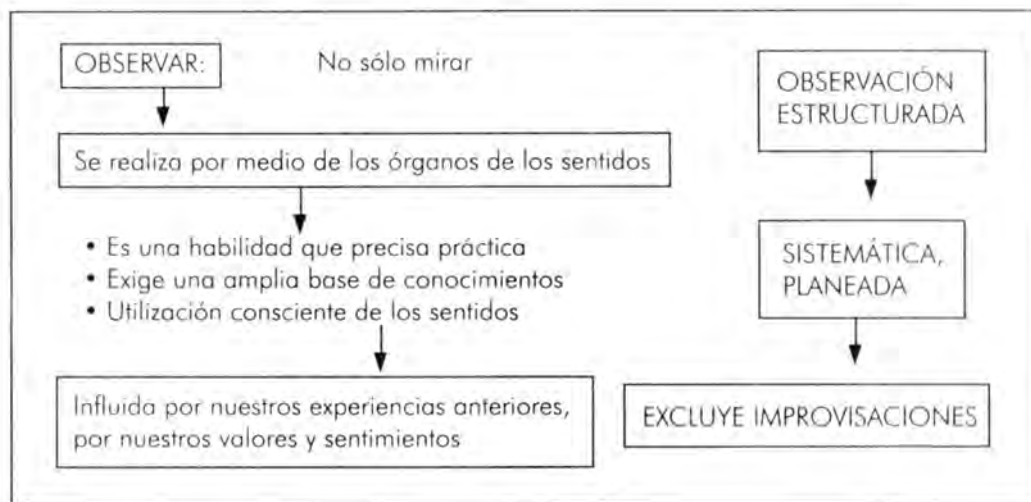
1. Observación estructurada.
2. Entrevista personalizada.
3. Exploración física.

1. Observación estructurada

El proceso de observación es complejo, se basa, en primer lugar, en la estimulación de los receptores de los órganos de los sentidos. Estos estímulos son inmediatamente anali-

zados e interpretados en el cerebro. El conjunto de estos fenómenos constituye la percepción. Esta percepción está influida por nuestras experiencias anteriores, por nuestros valores y sentimientos; pero debe ser objetiva en función de los datos empíricos.

Puede definirse como: **La capacidad intelectual de captar, a través de los sentidos, los detalles del mundo exterior.**



a) Cómo observar:

Emplee sus sentidos. ¿ve, oye o huele algo anormal?

1. Fijese en el aspecto general. ¿Parece bien vestida, sana, bien nutrida?
2. Observe el lenguaje corporal. ¿Parece confortable, nerviosa, aprensiva, triste?
3. Patrones de interacción. Esté atenta a las respuestas (a veces las diferencias culturales crean barreras de comunicación).

b) Qué se puede observar:

- Coloración de piel y mucosas.
- Conformación física.
- Integridad cutánea, dental.
- Edema.
- Equimosis.
- Olores.
- Frecuencia respiratoria.
- Estertores.
- Llanto.
- Tos.

- Fascies.
- Diaforesis.
- Silencio.
- Postura.

c) Factores que influyen en la observación:

Durante la observación la enfermera debe desconfiar de ciertos factores que pueden falsear las conclusiones: algunos están relacionados con el observador y otros inherentes a las situaciones observadas y el entorno.

Factores relacionados con la enfermera:

- Falta de atención.
- Preocupaciones personales.
- Hábitos de observación estereotipada (considerar del mismo modo a todas las personas que sufren una enfermedad).
- Los valores y las creencias, sus prejuicios respecto a determinadas personas, religiones, razas u orientaciones sexuales.
- Experiencias personales, tenderá a juzgar la situación a partir de sus propios estándares y no a partir de los de la persona.

d) Factores relacionados con la situación y el entorno:

- Repetición de estímulos, puede aumentar la sensibilidad respecto a ciertos estímulos y atraer nuestra atención (un niño que llora varias veces).
- Persistencia de determinadas impresiones (personas que se quejan).
- Factores medio-ambientales (ruido, calor, falta de intimidad, iluminación).

e) Elementos que debe evitar:

- Contactos rutinarios y superficiales.
- Falta de concentración y continuidad.

2. Entrevista personalizada

Es una forma especial de interacción verbal que se desarrolla con privacidad entre la enfermera y la persona que recurre a los cuidados de salud. En ella obtenemos el mayor número de datos. Requiere de capacidades de comunicación e interacción, Alfaro (1999). Refiere que la entrevista es la clave para establecer una interrelación enfermera-paciente positiva a través de formular preguntas, observar y escuchar, esenciales para una relación de confianza, y para conocer los hechos.

Existen dos tipos de entrevista:

1. **Formal, o estructurada:** Consiste en una comunicación con un propósito específico, diseñada para una finalidad terapéutica, en la cual la enfermera realiza la historia del paciente.
2. **Informal:** Es la conversación entre enfermera y paciente en el curso de los cuidados.

Propósitos:

1. Obtener información específica para identificar los problemas de las personas (tanto problemas de enfermería, como problemas clínicos) necesaria para el diagnóstico enfermero y planificación de los cuidados.
2. Facilitar la relación enfermera / paciente, y crear un clima agradable y de confianza.
3. Permitir al paciente informarse y motivar para que participe en el proceso, e identificar sus problemas y en el planteamiento de sus objetivos.
4. Ayudar a la enfermera a determinar qué otras áreas requieren un análisis específico a lo largo de la valoración.
5. Ayudar en los problemas inmediatos que producen ansiedad.

Partes de la entrevista:

La entrevista consta de las siguientes etapas: Preparación, iniciación o introducción, cuerpo o núcleo y cierre o conclusión.

1. Preparación (antes de iniciar la entrevista).
 - Organícese, si sabe lo que se quiere se obtendrán resultados positivos, no confíe en su memoria, tener un plan escrito o impreso para guiar las preguntas.
 - Planificar tiempo suficiente.
 - Asegurar privacidad para centrar la atención.
2. Inicio (cuándo empieza la entrevista).

Durante esta fase la enfermera establece el primer contacto con el paciente y se centra en la creación de un ambiente favorable en donde se desarrolla una relación interpersonal positiva.

La enfermera deberá:

- **Presentarse** y decir cuales son sus funciones.
- **Trasmitir** respeto hacia la persona entrevistada.
- **Llamarlo** por su apellido, o profesión, verificar nombre y preguntarle como le gusta que le llamen.
- **Explicar** el propósito de la entrevista.
- **Calcular el tiempo** necesario.
- **Buscar factores** que pudieran inhibir la comunicación (dolor, falta de privacidad).
- **Garantizar** la confidencialidad de los datos.

3. Cuerpo (durante la entrevista).

La enfermera centra el diálogo en las áreas específicas diseñadas para obtener los datos necesarios, normalmente se empieza con la queja principal del paciente (motivo de consulta), se amplían otras áreas como historial médico, información sobre la familia, y datos sobre cuestiones culturales y religiosas (existen formatos estructurados). En esta fase la enfermera comienza a utilizar la escucha activa.

Alfaro (1999) sugiere que durante esta fase es importante, dedicar a la persona toda la atención.

- Mantener el buen contacto ocular.
- No manifestar actitudes de prisa.
- Detectar claves del comportamiento no verbal.
- Guardar las preguntas personales o delicadas hasta conocer a la persona.

4. Cierre (al terminar la entrevista).

Es la fase final de la entrevista y el momento en el que la enfermera agradece a la persona el haberle proporcionado la información, no deben de introducirse nuevos temas, sin embargo, es posible que el paciente desee comentar otro tema, si se dispone de tiempo se hace o bien se sugiere la posibilidad de una segunda entrevista.

- Si es posible se resumen los puntos más importantes. Pida a la persona que le resuma sus preocupaciones. Ejem. " *hemos hablado de muchas cosas, para ase-*

gurarme que entendí bien, dígame las cosas más importantes que le preocupan, esto permite que el paciente verifique o niegue las percepciones de la enfermera.

- Ofrézcase usted misma como recurso, de tal manera que cuando aparezcan nuevas necesidades le mantenga informada.
- La entrevista se concluye cuando se han logrado los fines o bien por cansancio del paciente.

Técnicas para entrevistar:

1. Cómo escuchar.

- **Sea un oyente empático.**
- **Emplee expresiones suplementarias**, que hagan saber a la persona que está usted escuchando. Ejemplo "ya veo"; "y"; "que pasó entonces".

ESCUCHA EMPÁTICA

- Elimine las ideas de cómo ve la situación de la otra persona.
- Escuche cuidadosamente sus sentimientos y sensaciones y trate de identificar cómo percibe la persona su situación.
- Reflexione lo que le han dicho; luego reformule los sentimientos.
- Despréndase de esos sentimientos y recupere su propio marco de referencia. Alfaro (1999).

- **Preste atención tanto** a los sentimientos como a las palabras.
- **Hágale notar a la persona cuándo el lenguaje corporal** envía un mensaje contradictorio con lo que dice verbalmente.
- **Deje que la persona acabe las frases**, no le apesure.
- **Permita pausas** en la conversación, los silencios dan oportunidad y posibilidad de poner en orden las ideas.
- **Evite el impulso de interrumpir**, si la entrevista se está desviando, deje que la persona acabe la frase y condúzcala otra vez al tema.

2. Cómo formular preguntas:

- **No haga preguntas dirigidas** que puedan llevar a la persona a una respuesta específica. Ej. *Usted no bebe alcohol ¿verdad?* Conduce a un **no** como respuesta.

- **Use formulaciones exploratorias**, empiezan con la palabra : *diga, explique, y elabore*, esto para dirigir al paciente a **decir más** sobre cuestiones específicas.
Ej. *digame algo más sobre sus hábitos de higiene.*
- **Use frases que le ayuden a ver las cosas desde la perspectiva de la otra persona.**
Ej. *desde su punto de vista ¿cuáles son los principales problemas?* o *¿ Cuáles son los problemas, tal como usted los ve?*
- **Parafrasee:** consiste en repetir el mensaje de forma resumida para confirmarlo, se utiliza para hacer consciente al paciente de sus propios mensajes.
Ej. *Usted me está diciendo que este dolor se lo causa el aire que le dio ayer.*
- **Clarifique.** Reformule las propias palabras de la persona, esto clarifica el significado y ayuda a la persona a explayarse sobre lo que ha dicho.
Ej. *Cuando dijo que casi no comía, ¿a que se refería?. Cuando dice que no puede hacer nada, ¿que significa?.*
- **Formule preguntas abiertas**, que requieren más de una palabra como respuesta.
Permite a la persona expresarse con más libertad, hablar de sus miedos, de sus problemas o de su dolor, son menos directas y pueden adoptar diversas formas:
 - **Preguntas narrativas:** "cuénteme cómo le va" "hábleme de"
 - **Preguntas evaluativas:** "¿qué piensa de?"
 - **Preguntas descriptivas:** "Describame su dolor"
 - **Pregunta explicativa:** "Explíqueme como es su dolor".
- **Evite preguntas cerradas** las que requieren un monosílabo como respuesta, son útiles para recoger informaciones precisas, también están indicadas en situaciones de emotividad considerable (ansiedad, miedo, agresividad).

Hay que evitar demasiadas preguntas cerradas ya que la recogida de datos se convierte en una encuesta, y esta no conduce a nada porque no permite expresarse.

PREGUNTA ABIERTA	PREGUNTA CERRADA
Ventaja	
<ul style="list-style-type: none"> • Aportan más información. • Dan posibilidad de expresarse. • Son menos amenazadoras. • Demuestran un verdadero interés. 	<ul style="list-style-type: none"> • Útil para datos específicos. • Útil para persona confusa. • Ayudan a clarificar. • Ahorran tiempo.
Desventaja	
<ul style="list-style-type: none"> • Evade la respuesta. • Requiere una respuesta más larga. • Dan oportunidad a divagar y desviarse. 	<ul style="list-style-type: none"> • Puede resultar amenazador. • Limita la cantidad de información. • No animan a expresar preocupaciones, desde su punto de vista. • No estimula diálogo activo.

EJEMPLO DE PREGUNTAS
Cerrada "¿Se siente feliz por esto?"
Abierta "¿Hábleme de que siente por esto?"
Cerrada "¿Se lleva bien con su marido?"
Abierta "¿Quiere hablar de la relación con su marido?"
Cerrada "¿Esto hace que sienta molestias en el estómago?"
Abierta "¿Desea describirlo?"

Actitudes que hay que evitar durante la entrevista:

- No poner atención, no escuchar.
- Realizar juicios de valor "no debería fumar", "está mal que no siga el régimen".
- Ofrecer consejos personales "Si yo fuera Usted"
- Afirmaciones injustificadas y automáticas "No se preocupe, pronto se recuperará".
- Respuestas defensivas "Seguro que la comida del hospital es mejor que la de su casa. No entiendo de que se queja".

Consideraciones sobre el desarrollo

Potter (1992) considera que la enfermera debe tener en cuenta la edad del usuario al iniciar una historia de enfermería, y destaca las siguientes consideraciones:

NIÑOS

- Obtener toda la información de los padres o de la persona que lo cuida.
- Ofrecer apoyo y confianza y no haga juicios, ya que los padres piensan a menudo que están siendo examinados por el entrevistador.
- Dirigirse al niño por su nombre y a los padres por su apellido (Ejem. Sra. Martínez).

- Dividir la valoración en dos sesiones, si un niño pequeño está inquieto o no coopera, utilice juguetes, además de la presencia de los padres, se puede tener un efecto calmante.
- El entrevistar a los niños mayores permite observar las interacciones padres – hijo.
- Tratar como adultos e individualmente a los adolescentes, tienden a responder mejor.

ANCIANOS

- No estereotipar a los ancianos, la mayoría se pueden adaptar al cambio y aprender sobre su salud.
- Considerar que pueden influir las limitaciones sensoriales o físicas en la rapidez con que una enfermera pueda entrevistar y más tarde valorar, por lo tanto planificar más de un periodo para el examen.
- Identificar cuando el usuario no da cierto tipo de información sobre la salud ya que les produce estrés y puede ser que no comenten cambios o problemas que confirmen su temor a la enfermedad.

3. Exploración física

Es el tercer medio más importante de recolección de datos durante la valoración. El examen de enfermería se centra en:

1. Definir aún más la respuesta del paciente ante el proceso patológico, sobre todo aquellas respuestas susceptibles de ser tratadas con acciones de enfermería.
2. Establecer una base de datos para comparar la eficacia de las intervenciones de enfermería independientes e interdependientes.
3. Verificar datos subjetivos obtenidos durante la entrevista.

Durante la valoración física se utilizan **cuatro técnicas básicas**: inspección, palpación, percusión, auscultación y como complemento, las mediciones.

1. Inspección

Es el examen visual cuidadoso y global del paciente para determinar estados o respuestas, se centra en las características físicas o los comportamientos específicos. La inspección es el uso de la visión, audición, olfato. Puede ser instrumental cuando se utilizan dispositivos para efectuar inspección de las cavidades (lámpara, abatelenguas, otoscopio, rinoscopio)

- Es la técnica más simple pero es infrutilizada.
- El examinador debe hacer una inspección completa y sistemática de cada una de las partes del cuerpo.
- Para una inspección cuidadosa son esenciales una buena iluminación y exposición.
- Cada zona del cuerpo se inspecciona en cuanto:
 - Tamaño.
 - Forma.
 - Color.
 - Textura.
 - Aspecto.
 - Posición.
 - Situación anatómica.
 - Movimiento.
 - Simetría.

Consideraciones:

- Utilizar luz adicional para inspeccionar cavidades corporales.
- El olfato puede a veces detectar anomalías que no pueden ser reconocidas por otros medios.
- La experiencia es la mejor guía para hacer juicios sobre olores detectados.
- Pedir a un compañero que confirme la valoración si se está inseguro acerca del olor.
- Los hallazgos por el olfato deben conducir a una valoración más cuidadosa de la parte del cuerpo o sistema con otra técnica de valoración.

2. Palpación

Consiste en la utilización del tacto para determinar ciertas características de la estructura corporal por debajo de la piel, se valora:

- Tamaño.
- Forma.
- Textura.
- Temperatura.
- Humedad.
- Pulso.
- Vibraciones.
- Consistencia.
- Movilidad.

La palpación consiste en utilizar las manos para tocar partes del cuerpo y efectuar "mediciones sensitivas" de señales físicas específicas.

- La palpación se utiliza para examinar todas las partes accesibles del cuerpo, utilizando las distintas partes de la mano para detectar características de textura, forma, temperatura y movimiento.
- Las puntas de los dedos son las partes más sensibles de la mano y se utilizan para valorar textura, forma, tamaño, consistencia, así como para palpación del pulso.
- El dorso de la mano se utiliza para valorar temperatura.
- La palma de la mano es sensible a vibraciones.

Precauciones que hay que tener en cuenta:

- Asegúrese que el usuario esté relajado y en una postura cómoda para evitar la tensión muscular que pueda distorsionar hallazgos de la palpación.
- Todas las **zonas dolorosas conocidas, palparse al final.**
- Mantener las uñas cortas de las manos.
- Procurar tener las manos calientes antes de tocar al usuario.
- Tocar con suavidad.
- Aplicar presión táctil de forma lenta, suave y premeditada.

Técnicas de palpación

1. Palpación ligera: los dedos se aplican suavemente sobre la superficie de la piel; la piel se deprime de 0 a 1 cm.
2. Palpación profunda: utilizada para la situación de los órganos y masas; la piel se deprime de 2 a 3 cm.
3. Palpación bimanual: se utilizan ambas manos para hacer una palpación profunda. Una mano (la mano **sensible** está relajada y se coloca ligeramente sobre la piel del paciente) la mano **activa** aplica presión en la mano flexible.
4. Palpación digital: se utilizan los dedos (tacto vaginal, rectal) se realiza con guante, se lubrican los dedos índice y medio.

Características de palpación en las principales áreas del cuerpo.

ÁREA DEL CUERPO EXAMINADA	PALPACIÓN
PIEL	<ul style="list-style-type: none"> • Temperatura • Humedad • Textura • Turgencia y elasticidad • Dolor • Espesor
ORGANOS COMO HÍGADO E INTESTINO	<ul style="list-style-type: none"> • Tamaño • Forma • Dolor • Presencia o ausencia de masas
GLÁNDULA TIROIDES	<ul style="list-style-type: none"> • Edema • Simetría • Movilidad
VASOS SANGUÍNEOS (arterias,)	<ul style="list-style-type: none"> • Amplitud de pulso • Elasticidad • Frecuencia del pulso • Ritmo del pulso
MÚSCULOS	<ul style="list-style-type: none"> • Tamaño • Forma • Tono • Presencia de dolor
HUESOS	<ul style="list-style-type: none"> • Simetría • Forma (continuidad) • Presencia de dolor

3. Percusión

Es golpear la superficie corporal, con el fin de obtener sonidos y vibraciones que determinen la localización, tamaño y densidad de las estructuras.

Tipos de sonidos

SONIDO	TONO	CUALIDAD	ZONA ANATÓMICA
TIMPÁNICO	Alto	De tambor	Aire gástrico o el carrillo de la cara lleno de aire.
SORDO	Suave	Disminuido	Músculo, hueso.
MATE	Suave	Golpe	Hígado, bazo, corazón.
RESONANCIA	Alto	Hueco	Pulmón.

- El conocimiento de las densidades normales de los diversos órganos permite al examinador localizar un órgano o masa y determinar su tamaño al percibir sus límites.

Métodos de percusión

DIRECTO: El cuerpo se golpea con uno o dos dedos.

INDIRECTO: El dedo medio de la mano no dominante (plexímetro) se coloca firmemente contra la superficie del cuerpo, la punta del dedo dominante (plexor) golpea la base de la articulación distal del plexímetro.

- La percusión debe ser efectuada con un golpe rápido y agudo, con el antebrazo sin mover y la muñeca relajada.
- Aplicar la misma fuerza a cada una de las zonas del cuerpo para hacer una comparación exacta de los sonidos producidos por la percusión.

4. Auscultación

Consiste en escuchar los sonidos producidos por los órganos del cuerpo: corazón, pulmones, intestino, arterias.

Todos los sonidos tienen cinco características que deben ser valoradas:

- **Frecuencia:** cantidad de sonidos en un minuto.
- **Intensidad:** medida de la frecuencia del sonido, la escala es de agudo a grave.
- **Cualidad:** característica de los sonidos descrita en términos de soplo, chasquido y gorgoteo.
- **Duración:** cantidad de tiempo que permanece un sonido como sonido continuo, que oscila entre corto, medio y largo.

Precauciones

- Exponer el área del cuerpo a percutir.
- Debe haber silencio.
- Procurar privacidad.

Mediciones

Técnica que tiene como objetivo dar un valor numérico. Los datos que reporta son útiles para encontrar o reconocer una magnitud para compararla con otra que se ha tomado como referencia.

Signos vitales

Se miden para determinar el estado de salud de un cliente (datos basales), y como parte de la exploración física completa.

Se toman antes de iniciar la valoración de los sistemas corporales, ya que los cambios de postura o los movimientos pueden interferir con la exactitud de las medidas.

Medidas antropométricas

Dar un valor numérico a una parte del cuerpo, peso, talla, perímetro cefálico, torácico, abdominal.

Cada una de las cuatro técnicas pueden realizarse de forma independiente, sin embargo el método más eficaz de exploración física es el enfoque global que incluye una combinación de dichas técnicas.

Orden de la exploración

CÉFALO-CAUDAL	SISTEMAS ORGÁNICOS	PATRONES FUNCIONALES	FUNCIONES ORGÁNICAS
<ul style="list-style-type: none"> ▪ Aspecto general ▪ Signos vitales, somatometría ▪ Cabeza ▪ Cara ▪ Ojos ▪ Oídos ▪ Nariz ▪ Boca, faringe ▪ Cuello ▪ Tórax ▪ Pulmones ▪ Corazón ▪ Abdomen ▪ Riñones ▪ Genitales ▪ Recto ▪ Extremidades 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Aspecto general ▪ Oídos, ojos, nariz, garganta ▪ Respiratorio ▪ Cardiovascular ▪ Gastrointestinal ▪ Neurológico ▪ Genitourinario ▪ Reproductor ▪ Tegumentario ▪ Músculo esquelética 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Percepción, mantenimiento de la salud ▪ Nutricional/metabólico ▪ Actividad/ ejercicio ▪ Eliminación ▪ Cognitivo perceptual ▪ Sexualidad/reproducción 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Aspecto general ▪ Peso, talla, piel, mucosa oral ▪ Constantes vitales: Pulso, T.A. FR, temperatura ▪ Micción, Defecación ▪ Sentidos corporales, estado mental ▪ Reproductivo

Validación

Validar los datos significa asegurarse que los que se recabaron son reales, la validación se realiza siempre que no exista seguridad sobre la información reunida, se debe hacer tanto de los datos objetivos como de los subjetivos.

Si no se está segura de la validez de la información, obtenga más datos en vez de seguir adelante ya que se puede basar en datos incorrectos y cometer errores.

Alfaro (1999) señala que el validar o verificar los datos es un paso esencial en el pensamiento crítico y ayuda a evitar:

- Omisión de información importante.
- Errores en la interpretación de situaciones.
- Precipitarse en las conclusiones o centrar la atención en una dirección equivocada.

Esta misma autora menciona las siguientes consideraciones que se deben de tomar en cuenta para validar:

1. Los datos que se miden con una escala exacta de medición se aceptan como verdaderos (peso, talla, exámenes de laboratorio).
2. Los datos observados por otra persona pueden no ser ciertos (cuando la información es crítica, debería verificarla, observar y entrevistar directamente al paciente).
3. Adquirir el hábito de validar los datos que son cuestionables, empleando las siguientes técnicas:
 - **Comprobar los datos:** Ej. tomar la presión en el brazo contralateral a al cabo de 10 min.
 - **Buscar factores** que puedan alterar la exactitud de los datos.
 - **Pedir a otra persona** preferentemente a un experto que recoja los datos (vuelva a tomar la presión arterial).
 - **Comprobar siempre la información** que sea anormal o inconsistente (pesar en diferente báscula, tomar la T.A. con otro baumanómetro).
 - **Comparar hallazgos con los datos subjetivos.** Para comprobar si lo que dice el paciente es congruente con lo que se observa.
 - **Clarificar las informaciones del paciente y la familia,** verificando sus inferencias.

La documentación forma parte de todas las fases del proceso y constituye un elemento importante porque:

1. Constituye un sistema de comunicación entre los profesionales del equipo de salud.
2. Contiene datos exactos y actuales del usuario.
3. Facilita la administración de unos cuidados de calidad; el registro exacto de los datos, constituye la pauta para comparar datos posteriores, permitiendo ratificar, aclarar o actualizar los diagnósticos y facilitar la administración de cuidados individualizados y coherentes.
4. Garantiza un mecanismo de evaluación de los cuidados individualizados de cada usuario. Permite una evaluación de los servicios de enfermería, incluida la calidad.
5. Crea un registro permanente de los cuidados administrados, es una prueba de carácter legal.
6. Permite la investigación en enfermería.

Iyer (1997) señala directrices para la correcta anotación de registros en la documentación:

1. Deben estar escritos de forma objetiva, sin prejuicios, juicios de valor u opiniones personales, también hay que anotar (**entre comillas**), la información subjetiva que aporta el paciente, los familiares y el equipo sanitario.
2. Las descripciones e interpretaciones de los datos objetivos se deben apoyar en pruebas y observaciones concretas.
3. Se deben evitar las generalizaciones y los términos vagos como, << bueno, justo normal, regular>>, etc.
4. Los hallazgos deben describirse de manera metódica, que incluyan las características que lo definen tales como, forma, tamaño, etc.
5. La anotación debe ser clara y concisa, evitar la información superflua y las frases largas.
6. Se escribirá de forma legible y con tinta indeleble. **Trazar una línea** sobre los errores. No se acepta la utilización de correctores, borradores o tachaduras para eliminar errores.
7. Las anotaciones serán correctas ortográfica y gramaticalmente. Se usarán solo las abreviaturas de uso común en el lugar de trabajo.

Diagnóstico

También es denominada diagnóstico enfermero o proceso diagnóstico, corresponde a la segunda fase del Proceso de Cuidados de Enfermería, en esta fase la enfermera analiza los datos obtenidos en la valoración.

Esta etapa del proceso de cuidado, el Diagnóstico de Enfermería (DdE) es la que más se ha desarrollado, Gordon considera que con los diagnósticos de enfermería, se contará con un lenguaje propio de la disciplina, porque sin él “la enfermera es invisible en los sistemas de cuidados de salud y su valor e importancia no se reconoce ni se recompensa”. Derbez (1999).

Definición

En marzo de 1990 en la novena conferencia de la NANDA (Asociación Norteamericana del Diagnóstico Enfermero) se aprobó una definición oficial del diagnóstico de enfermería.

Es un **juicio clínico** respecto a los **respuestas** del individuo, familia o comunidad, de problemas de salud o procesos vitales. El diagnóstico de enfermería **proporciona** una base para la **selección de las intervenciones de enfermería**, con el fin de **alcanzar los resultados** que son responsabilidad de la enfermera.

Análisis de los componentes del diagnóstico

Juicio Clínico: Es el acto del intelecto de emitir una apreciación, significa que no es

una observación sino una interpretación, análisis y una conclusión a partir de la valoración del estado de salud de una persona.

Respuestas: Son comportamientos observados o afirmaciones verbales de los individuos, familia o comunidad a problemas o situaciones de vida que se describen como centro del juicio. Incluyen la forma en que una persona, reaccionan ante una situación o significado personal que se le da a los acontecimientos. Estas respuestas pueden ser, fisiológicas, psicológicas, sociales o espirituales. (Biopsicosociales –espirituales).

Problemas de salud reales o potenciales: se refieren a las condiciones que son la base de las respuestas humanas que se observan, y están etiquetadas con conceptos diagnósticos.

Problema real: desviación existente de salud.

Problema potencial o estado de alto riesgo: Cuando están presentes una serie de factores de riesgo.

Proceso vital: indica patrones funcionales de salud. Acontecimientos o cambios que ocurren durante la vida de la persona (crecer, madurar, envejecer, tener hijos, cambios ambientales, pérdidas).

Ventajas del DdE:

Hace visible la actuación de la enfermera profesional, mediante la utilización de un lenguaje, adopta un vocabulario común aceptado y comprendido, además facilita la comunicación entre los miembros de los equipos de cuidados.

Centra los cuidados en los aspectos de enfermería. El DdE orienta a la enfermera hacia intervenciones autónomas o independientes.

Identifica los problemas de la persona, ya que se basa en los datos obtenidos de la valoración.

Proporciona la base para las intervenciones de enfermería debido a que:

Permite prever el resultado de las acciones, da al trabajo de la enfermera un carácter más científico, ya que sin una planeación precisa el trabajo de la enfermera es aleatorio y carece de rigor, el DdE es uno de los conceptos fundamentales del

proceso de cuidados, permite identificar el problema y establecer un plan de cuidados precisos. La planificación se convierte entonces en el producto de una verdadera estrategia de resolución a problemas de carácter científico. Formarier (1994), citado por Phaneuf (1999) señala que los cuidados de enfermería invitan a entrar en un proceso intelectual, ya que los conceptos, instrumentos de pensamiento nos permiten dar un sentido a los actos.

Acentúa la importancia de rol de la enfermera. Durante algún tiempo el trabajo de la enfermera se relegaba al rango de las tareas secundarias, se asociaba al trabajo meramente manual, con el advenimiento del proceso de cuidados y del DdE, son ya capaces de identificar con precisión los problemas del usuario en los que puede intervenir de manera autónoma, la naturaleza exacta del problema y las intervenciones, se convierten en una referencia legal valiosa.

Facilita la coordinación de trabajo con el equipo de cuidados, el DdE circunscribe el problema, permite fijar objetivos que orientan la elección de las actuaciones y asegura mayor coherencia.

Enfatiza la prevención: el DdE orienta al profesional hacia la prevención, el hecho de analizar factores de riesgo, refuerza el aspecto preventivo.

Contribuye a consolidar líneas de investigación dirigidas a:

- determinar la compatibilidad de una taxonomía con los modelos conceptuales.
- Validar en distintos ámbitos culturales las características definitorias y los factores relacionados de los DdE.
- Comparar la eficacia de las diversas intervenciones propuestas ante un mismo DdE.
- Realizar el análisis epidemiológico de los diagnósticos que presenta una población determinada.
- Identificar nuevas áreas de competencia en enfermería o completar las ya identificadas, mediante el desarrollo y validación de nuevos diagnósticos.

Además, la inclusión de DdE en la **Docencia** en los planes, permite:

- Organizar de manera lógica, coherente y ordenada los conocimientos de enfermería que deberían poseer los alumnos.
- Disponer de un lenguaje compartido, lo cual facilita la transmisión de ideas y conceptos relacionados con los cuidados.

En la **gestión**, ayuda a determinar tiempos requeridos por la carga de trabajo y contribuye a:

- Facilitar la organización y sistematización de los cuidados.
- Una mejor distribución de recursos humanos y materiales.
- Favorecer definición de puestos.
- Facilitar el establecimiento de criterios de evaluación de la calidad de los servicios.
- Identificar las necesidades de formación para grupos profesionales específicos.

Luis, M.T. (1998) amplía los beneficios del uso de los DdE, porque:

- **Constituye una base sólida** para la conceptualización y la puesta en práctica del rol independiente de la profesión.
- **Permiten establecer el costo** de los cuidados de enfermería.

La participación de la persona cuidada en el proceso diagnóstico permite:

- Respetar a la persona en lo que se refiere a su capacidad para participar en las decisiones que le conciernen.
- Motivarla para colaborar en su cuidado.
- Evita enjuiciar un problema partiendo de los propios valores de la enfermera y de sus percepciones.

Factores que influyen en el proceso diagnóstico:

- **Capacidad de valorar:** que no se tengan suficientes datos para conducir al diagnóstico y no se pueda establecer la relación causal.
- **Habilidades conceptuales:** se refiere a la memoria (almacenamiento de conocimientos que ha adquirido durante la formación y la experiencia), a la organización lógica de los datos y a los razonamientos inductivos y deductivos. Un razonamiento inductivo se lleva a cabo a partir de elementos específicos, propios de una persona y termina en una conclusión). El deductivo es a la inversa.
- **Apertura a la experiencia del otro.** Ser sensible a los sentimientos que experimenta la persona cuidada sin emitir un juicio apresurado o estereotipado sobre datos valorados.
- **La experiencia en el ámbito enfermero.** La experiencia de la enfermera influye considerablemente en el modo de enfocar el problema.

- **La experiencia del proceso diagnóstico.** Es tener cierto conocimiento de la taxonomía utilizada para establecer los diagnósticos y dominio del proceso de razonamiento diagnóstico, así como la utilización frecuente del DdE.
- **Modo de concebir el rol autónomo y el rol de colaboración:** La importancia que la enfermera le conceda a su rol autónomo y la manera de integrar el rol de colaboración influye en el valor que ella misma atribuye al DdE.
- **Habilidad de relación:** La capacidad de la enfermera para comunicarse con las personas, para crear un clima favorable y para recoger la información que necesita, y llegar al DdE, además influye en la validación del DdE con la persona.

La NANDA, en la definición y clasificación de los diagnósticos enfermeros, los diseña de una manera multiaxial, que mejora la flexibilidad de la nomenclatura y permite hacer con facilidad adiciones y modificaciones, está compuesta por 3 niveles: (dominio, clase y diagnósticos de enfermería): los 13 dominios que constituyen la dimensión de los **patrones de respuesta humana**, con 7 ejes que se representan en las etiquetas o códigos de los diagnósticos, 106 clases y 155 diagnósticos. En lo Además se suprimió la palabra "alteración" y se transforma a "deterioro", para los diagnósticos de salud o bienestar se modificó a "disposición para mejorar", además se incluyen 7 diagnósticos nuevos. NANDA (2001, p. 218).

En la Definición y Clasificación de los diagnósticos enfermeros 2003 – 2004 la taxonomía II se constituye por 13 dominios (patrones de respuesta humana), 46 clases (lo que incluye cada patrón) y 167 diagnósticos, en esta clasificación se incluyeron 14 diagnósticos de los cuales 12 son de bienestar. (Apéndice 7).

Componentes de un diagnóstico enfermero

1. **Etiqueta (enunciado del problema).** Proporciona un nombre al diagnóstico, es un término o frase concisa con que se representa un patrón de claves relacionadas, puede incluir modificadores.
2. **Definición.** Proporciona una descripción clara y precisa, delinea su significado y ayuda a diferenciarlo de diagnósticos similares.
3. **Características definitorias.** Grupo de claves (signos y síntomas y factores de riesgo), inferencias observables que se agrupan como manifestaciones en un diagnóstico enfermero. Aparecen en los diagnósticos reales de salud.

4. Factores relacionados. Son factores que parecen mostrar algún tipo de patrón de relación con el diagnóstico enfermero. Pueden describirse como antecedentes asociados, relacionados, contribuyentes o coadyuvantes al diagnóstico.

5. Factores de riesgo. Son factores ambientales y elementos fisiológicos, psicológicos, genéticos o químicos que incrementan la vulnerabilidad de un individuo, familia o comunidad ante un evento no saludable.

Ejem.

Etiqueta	Definición	Características definitorias	Factores relacionados
Deterioro de la movilidad en cama	Limitación del movimiento para cambiar de posición en la cama.	Deteriora para pasar de decúbito derecho a decúbito lateral izquierdo y viceversa	Dolor

Directrices para escribir las formulaciones diagnósticas

Hay tres componentes esenciales en un DdE y cumplen con el formato **PES** Gordon (1996) o **PRS** Alfaro (1997), estos son:

- | | |
|--|--------------------|
| 1. Problema de salud o Etiqueta. | Problema |
| 2. Factores Etiológicos o relacionados. | Relacionado con |
| 3. Signos y Síntomas o características definitorias. | Signos y Síntomas. |

1. PROBLEMA. Es el primer componente de un DdE. Es el problema, un estado o proceso relacionado con la salud, ahora con la taxonomía II (Apéndices 7, 9) que tiene un marco multiaxial, permite hacer adiciones y modificaciones, ya que tiene 7 ejes que son:

Eje 1. Concepto diagnóstico. Elemento principal o parte esencial y fundamental, la raíz de la formulación diagnóstica, el concepto diagnóstico puede constar de una o más palabras.

Ejem: intolerancia a la actividad; temor.

Eje 2. Tiempo. Duración de un periodo o intervalo. Los valores de este eje son agudo, crónico, intermitente y continuo.

- Agudo: menos de 6 meses.
- Crónico: más de 6 meses.
- Intermitente: cesa y empieza de nuevo a intervalos, periódico, cíclico.
- Continuo: sin interrumpirse.

Ejem. Dolor crónico; confusión aguda.

Eje 3. Unidad de cuidados. La población concreta para que se formule un diagnóstico determinado. Los valores son:

- Individuo: ser humano singular.
- Familiar: dos o más personas que mantienen relaciones continuas o sostenidas, perciben obligaciones recíprocas, otorgan significados comunes y comparten ciertas obligaciones hacia otros; relaciones por consanguinidad o elección.
- Grupo: individuos reunidos, clasificados o que actúan juntos.
- Comunidad: grupo de personas que viven en el mismo lugar bajo el mismo gobierno.

Ejem. Trastorno de la identidad personal; interrupción de los procesos familiares

Eje 4. Edad. Duración del tiempo o intervalo durante el cual ha existido un individuo.

- | | |
|-------------------|------------------|
| • Feto. | • Escolar. |
| • Neonato. | • Adolescente. |
| • Lactante menor. | • Adulto joven. |
| • Lactante mayor. | • Adulto maduro. |
| • Preescolar. | • Anciano. |

Ejem. Riesgo de conducta desorganizada del lactante; incapacidad del adulto para mantener su desarrollo.

Eje 5. Estado de salud. La posición o rango en el continuo de la salud.

- Bienestar: calidad o estado de estar sano, especialmente como resultado de un esfuerzo deliberado.
- Riesgo: vulnerabilidad, especialmente como resultado de la exposición a factores que incrementan la posibilidad de lesión o pérdida.
- Real: existente de hecho o en la realidad, existente en ese momento.

Ejem. Disposición para mejorar el bienestar familiar; riesgo de infección.

Eje 6. Descriptor o modificadores. Juicio que limita o especifica el significado de un diagnóstico enfermero, con los siguientes valores:

• Anticipado	Hecho de antemano previsto
• Aumentado:	Mayor en cantidad o grado
• Comprometido:	Vulnerable a una amenaza
• Deficiente:	Inadecuado en cantidad, calidad o grado: no suficiente
• Deplecionado:	Vacío total o parcialmente, exhausto
• Desequilibrado:	Desestabilizado, descompensado
• Desorganizado:	Que destruye la posición sistemática
• Desproporcionada	Incoherente con un estándar
• Deteriorado:	Empeorado, debilitada, lesionada, reducida
• Disfuncional:	De funcionamiento anormal, incompleto
• Disminuido:	Reducida, menor en número, cantidad o grado
• Disposición para mejora:	Aumentar en cantidad o calidad, lograr lo más deseado (para usar con los diagnósticos de salud)
• Efectivo	Que produce el efecto pretendido o deseado
• Equilibrio:	Estabilidad, compensación
• Excesivo:	Caracterizado por un número o cantidad mayor que lo necesario, deseable o útil
• Funcional:	De funcionamiento normal o completo
• Habilidad:	Capacidad para hacer o actuar
• Incapacidad:	Falta de habilidad para hacer o actuar
• Incapacitante	Que lo hace impracticable o incapaz; que incapacita
• Inefectivo	Que no produce el efecto deseado
• Interrumpido:	Que altera la continuidad o uniformidad
• Organizado:	Que forma una disposición sistemática
• Percibido	Que se toma conciencia a través de los sentidos, asignación de significado
• Retrasado:	Postpuesto, impedido, retardado
• Transformado:	Agitado o interrumpido, que interfiere

Diagnósticos enfermeros (NANDA 2001-2002)

Ejem. Retraso en la recuperación quirúrgica; exceso de volúmen de líquidos

Eje: 7. Topología. Partes o regiones corporales: todos los órganos, regiones o estructura anatómica. Los valores son:

- Auditivo
- Cardiopulmonar
- Cerebral
- Cutáneo
- Gastrointestinal
- Gustativo
- Renal
- Táctil
- Urinario
- Intestinal
- Intracraneal
- Membrana mucosa
- Neurovascular periférico
- Olfatorio
- Oral
- Vascular periférico
- Visual

Ejem. Deterioro de la eliminación urinaria; deterioro de la integridad cutánea.
Intolerancia moderada a la actividad del neonato.
Es importante recordar que del problema se construyen los objetivos.

FACTORES ETIOLÓGICOS o relacionados. Es el segundo componente, comprende el probable factor que ocasiona o mantiene un problema de salud del usuario. Estos factores pueden ser comportamientos, elementos del entorno o una interacción de ambos.

Los factores etiológicos o relacionados son la base de las intervenciones para resolver el problema.

Un problema puede tener varios factores que han contribuido para que exista.
Ejem.:

PROBLEMA	FACTORES RELACIONADOS
Baja autoestima	<p>Fisiopatológicos</p> <ul style="list-style-type: none"> • Pérdida de partes del cuerpo • Pérdida de una o varias funciones corporales • Desfiguraciones (traumatismo, cirugía, defectos congénitos) <p>De situación (personales, ambientales)</p> <ul style="list-style-type: none"> • Hospitalización • Pérdida del trabajo • Aumento o pérdida de peso • Embarazo • Problemas conyugales • Fracaso escolar <p>De maduración</p> <p>Edad escolar</p> <ul style="list-style-type: none"> • Pérdida del grupo de compañeros <p>Adolescente</p> <ul style="list-style-type: none"> • Pérdida de independencia y autonomía • Cambio de imagen corporal • Elección de carrera <p>Adultos</p> <ul style="list-style-type: none"> • Signos de envejecimiento • Premenopausia • Presiones laborales <p>Anciano</p> <ul style="list-style-type: none"> • Pérdidas (contemporáneos, esposo, hijos, de funciones, económicas, jubilación)
Incumplimiento de régimen terapéutico	<ul style="list-style-type: none"> • Negación de la enfermedad • Conflicto no resuelto con patrones culturales • Déficit de conocimientos • Bajos recursos económicos

Características definitorias (signos y síntomas)

Son los indicadores de la situación, elementos que son causa o contribuyen a la manifestación de un problema de salud.



Ejemplo:

Náuseas relacionadas con anestesia posquirúrgica.

Deterioro de la movilidad en cama relacionado con dolor.

Riesgo de caídas FR: prótesis en extremidades inferiores, dificultad en la marcha, alteración del estado mental, dificultades visuales.

Tipos de diagnósticos enfermeros.

Real.

Representa un estado que ha sido clínicamente validado mediante características definitorias principales identificables. Designa un problema real de salud del sujeto, indica claramente una respuesta que constituye un detrimento para la salud y cuáles son las necesidades de cambio de la persona.

Alfaro (1999) recomienda al enunciar un diagnóstico real de enfermería seguir el formato **PES**. Cuando se tiene destreza en el proceso diagnóstico seguir utilizando esta formulación es una redundancia, ya que las características definitorias del diagnóstico se encuentran registradas en la valoración de enfermería, por tanto, la formulación del diagnóstico será **problema + relacionado con (R/C) etiología**.

UNA CARACTERÍSTICA IMPORTANTE DE LA ETIOLOGÍA EN EL DIAGNÓSTICO REAL ES QUE LA CAUSA QUE SEÑALAMOS COMO ORIGEN DEL PROBLEMA HA DE SER TRATABLE POR ENFERMERÍA.

Alto riesgo

Es un juicio clínico de que un individuo, familia o comunidad son más vulnerables a desarrollar el problema que otros en situación igual o similar. Permite que antes que se produzca un problema se puedan tomar medidas para prevenir su aparición. La

detección de un diagnóstico de riesgo consta de dos partes: **problema y los factores de riesgo P + FR**. El conector relacionado con R/C **no se usa** dado que **no existe** evidencia de características definitorias.

Posible

Son enunciados que describen el problema sospechado para el cual se necesitan datos adicionales; los datos del paciente no muestran suficiente información que ayude a acotar el problema y lo único que se detecta son algunos signos y síntomas anormales.

Ej. Posible afrontamiento individual inefectivo, se continúan recogiendo datos para clarificar el problema. Se anota el posible problema y la causa que se sospecha si se conoce.

Eje. Posible alteración de los patrones de sexualidad, R/C, miedo a transmitir el virus del herpes.

Diagnósticos de salud o de bienestar:

En la definición de diagnóstico de la NANDA se utiliza el término **problemas de salud**, señala que no se puede limitar el DdE a problemas reales o potenciales (prevención, tratamientos), es demasiado restrictivo. Las enfermeras también tratan con usuarios que buscan aumentar su crecimiento personal en áreas como las relaciones familiares, manejo de salud y desarrollo personal.

Este tipo de DdE se ha definido como un juicio clínico respecto a una persona, familia o comunidad que presentan en el potencial de avance un nivel más elevado..

Para que una persona o un grupo tengan un diagnóstico de salud o bienestar deben estar presentes dos hechos:

1. Deseo de nivel mayor de bienestar.
2. Estado o función actuales eficaces.

La capacidad para hacer este tipo de diagnóstico de salud se fundamenta en reconocer a los clientes sanos que desean lograr un funcionamiento en un área específica. Analiza los aspectos positivos que ha conseguido el sujeto en el cuidado de su salud, en muchas ocasiones cuando se valoran los hábitos de vida de un sujeto, tiende a buscar los aspectos negativos que puedan influir en la salud, pero también es muy

importante conocer los hábitos saludables. La enfermera tiene que potenciar y desarrollar este tipo de diagnósticos dado que la concepción actual de salud se dirige cada vez más hacia el fomento de la salud y la prevención de la enfermedad.

Gordon señala que al parecer hay dos tipos diferentes de diagnósticos de salud o bienestar.

1. Es la descripción normativa del estado de salud, ejem. "Lactancia efectiva", en este aparentemente no es necesaria ninguna intervención.
2. Especificación de un potencial de desarrollo o de un deseo de desarrollo, lo que indica una petición o una necesidad de ayuda hacia un alto grado de bienestar.
Ejem. "Afrontamiento familiar potencial de desarrollo"; "deseo de crecimiento parental".

Ejem. La Sra. Castro es una madre de familia que hasta la fecha ha dado de cenar a sus hijos un bocadillo y una pieza de fruta simultáneamente. En la televisión se realiza una campaña de publicidad que estimula el consumo en la cena de los niños, unos panes dulces rellenos de chocolate. En la última visita de revisión al consultorio de enfermería, la enfermera detectó el hábito de alimentación saludable. **DIAGNÓSTICO:** Patrón alimentario saludable, y comenta los beneficios que este hábito produce en la salud, por lo tanto desalienta el consumo del pan con chocolate con el cual se cambiaría el hábito y en el futuro se produciría riesgo para la salud.

Una característica importante de los diagnósticos de enfermería de salud o bienestar, es que los factores relacionados son multicausales y, por tanto de difícil manejo, cada individuo tiene un comportamiento ante la salud completamente diferente, ya que depende de:

- valores individuales,
- mecanismos de respuesta aprendidos frente a eventos vitales,
- apoyo social,

Es por eso que algunos tienen los mismos factores relacionados y no es necesario su formulación escrita.

Se enuncian en una sola parte, ejemplo: **potencial para favorecer la paternidad.**

ENUNCIADOS DE VALORACIÓN DE FUNCIONAMIENTO POSITIVO
 AGRUPADO SEGÚN PATRONES FUNCIONALES DE SALUD

PATRÓN	FUNCIONAMIENTO POSITIVO
P. Percepción – Mantenimiento de salud	Percepción positiva de la salud, control eficaz de la salud
P. nutricional metabólico	Patrón nutricional metabólico eficaz
P. eliminación	Patrón eliminación eficaz
P. patrón actividad – ejercicio	Patrón actividad – ejercicio eficaz
P. sueño descanso	Patrón sueño – descanso eficaz
P. cognitivo – perceptivo	Patrón cognitivo – perceptivo positivo
P. autopercepción	Patrón autopercepción positivo
P. rol – relaciones	Patrón rol – relaciones positivo
P. sexualidad – reproducción	Patrón sexualidad – reproducción positivo
P. afrontamiento tolerancia al estrés	Patrón afrontamiento – tolerancia al estrés eficaz
P. valores – creencias	Patrón valores – creencias positivo

Ejem: El Sr. Pérez es un usuario diabético que acude a la revisión mensual al consultorio de enfermería, en el interrogatorio relata encontrarse muy bien, cumplir con la dieta, realizar caminata de una hora diaria, no ha presentado síntomas de descompensación, además se comprueba que tiene gran destreza en la técnica de la aplicación de insulina, las cifras de glucemia en sus registros de control muestran cifras compensadas.

A la exploración física: TA 124/76 mm de Hg; FR20 X' Temp. 36.5° FC. 76 X', muestra buena sensibilidad, pulsos periféricos normales y sin lesiones cutáneas aparentes, glucemia 116 mg/ dl. La enfermera diagnostica "adaptación eficaz a la diabetes".

Pareja joven que son padres por primera vez y en la valoración se encuentra funcionamiento positivo en el patrón rol relaciones; entonces el diagnóstico se escribirá: Conductas generadoras de salud relacionadas con conocimiento suficiente del nuevo rol parental.

Síndrome

Es un concepto más avanzado. En 1982 la NANDA aprobó el **Síndrome traumático de violación**; en 1988 y 1992 se incluyeron los **síndromes de desuso** y el de **estrés por traslado**. Describen una serie de problemas que se dan a la vez con al menos un factor etiológico común, generalmente especificado en el título.

Características:

- Describe una serie de diagnósticos enfermeros.
- La etiqueta da una idea de las causas.
- Tienen fases iniciales y a largo plazo.
- Tienen componentes físicos, emocionales y sociales.

Ejemplos:

Síndrome traumático de violación, incluye los siguientes DdE:

- Ansiedad.
- Temor.
- Duelo.
- Trastornos del sueño, descanso.
- Potencial de patrones de alteración de la sexualidad.
- Dolor.

DdE asociados al síndrome de desuso:

- Alto riesgo de estreñimiento.
- Alto riesgo de la función respiratoria.
- Alto riesgo de infección.
- Alto riesgo de trombosis.
- Alto riesgo de intolerancia a la actividad.
- Alto riesgo de deterioro de la integridad física.
- Alto riesgo de lesión.
- Deterioro de la movilidad física.
- Alto riesgo de alteración de los procesos del pensamiento.
- Alto riesgo de trastornos de la imagen corporal.
- Alto riesgo de impotencia.

Componentes del proceso diagnóstico

El proceso diagnóstico se refiere a la serie de operaciones cognitivas, para que mediante el procesamiento de datos sean obtenidos en la valoración. Este proceso comprende los siguientes pasos:

1. **Clasificación de los datos: (Análisis).** Según indicadores o categorías que se utilicen de acuerdo al marco de referencia, en este caso es con patrones funcionales, dicha clasificación comienza durante la recolección de datos.

Cuando se comienza a clasificar los datos es útil plantearse las siguientes preguntas:

- a) ¿Qué datos son importantes?
- b) ¿Qué datos pueden agruparse?
- c) ¿Se han reunido suficientes datos?

Ejemplo:

DATOS

Apendicetomía hace años (s).
 Náusea después de comer (s).
 Amplitud completa de movimiento (o).
 Colostomía (o).
 Se siente nerviosa (s).
 Enrojecimiento del sacro (o).
 Dolor torácico (s).
 No tiene ganas de salir con sus amigos (s).

CLASIFICACIÓN

Antecedente médico.
 P. Nutricional - metabólico.
 P. Actividad - ejercicio.
 P. Eliminación.
 P. Cognitivo perceptual.
 P. Actividad - ejercicio.
 P. Cognitivo perceptual.
 P. Auto percepción - autoconcepto.

2. Agrupación de la información

Es la segunda fase del proceso diagnóstico, consiste en reconocer datos que determinan la existencia de un problema, estos surgen de la comparación de los datos obtenidos con el patrón normal o habitual del individuo, también orienta a obtener datos complementarios.

Los indicios y deducciones desarrolladas a partir de la base de conocimientos científicos y la experiencia de enfermería, ayudan al profesional a interpretar los datos, y a buscar datos complementarios.

Es conveniente formularse las siguientes preguntas.

- ¿Qué datos están relacionados?
- ¿Se necesitan datos adicionales?
- ¿Qué deducciones se pueden hacer con esos datos?

Ejemplo.

DATOS

Temperatura 39°.
 Peso 95 kg, talla 160 cm.
 Sed.
 Orina concentrada.
 Enrojecimiento de incisión.
 Drenaje purulento.
 Mucosas orales secas.

DEDUCCIONES

Fiebre.
 Obesidad.
 Déficit potencial de volumen de líquidos.
 Déficit potencial de volumen de líquidos.
 Indicio de infección.
 Infección.
 Déficit potencial de volumen.

Iyer (1997) menciona que posteriormente se formen *racimos* (grupo de indicios) para buscar las características definitorias.

RACIMO 1	DEDUCCIÓN
Temperatura 39° Enrojecimiento de incisión Drenaje purulento	La incisión está infectada
RACIMO 2	DEDUCCIÓN
Sed Orina concentrada Mucosas orales secas	Falta de líquidos

Cuando ya hay suficientes datos, se pasa a la fase de

3. Elección de la etiqueta diagnóstica o nominación del grupo de datos

Esta dependerá del conocimiento que se tenga del listado diagnóstico y características definitorias de las etiquetas. Para facilitar esta fase y con fines de enseñanza se elaboró el listado de diagnósticos agrupado por patrones funcionales y que se valora en cada uno de ellos. (Apéndice 8).

GRUPO DE DATOS 1	DEDUCCIÓN	PATRÓN	ETIQUETA DIAGNÓSTICA	RELACIONADO CON
Temperatura 39° Enrojecimiento de incisión Drenaje purulento	La incisión está infectada	Nutricional-metabólico Percepción manejo de salud	Infección Retraso en la recuperación quirúrgica	Rechazo de material de sutura Falta de conocimientos sobre asepsia

GRUPO DE DATOS 2	DEDUCCIÓN	PATRÓN	ETIQUETA DIAGNÓSTICA	RELACIONADO CON
Sed Orina concentrada Mucosas orales secas	Falta de líquidos	Nutricional-metabólico	Déficit de volumen de líquidos	Hipertermia

Iyer también menciona que el proceso diagnóstico exige de habilidades de razonamiento crítico, ya que se analizan, clasifican y agrupan indicios significativos de los datos obtenidos en la valoración, además se interpretan y validan, todo este proceso da como resultado el diagnóstico de enfermería.

Problemas interdependientes

Se refiere a aquellos problemas o situaciones clínicas en cuyas prescripciones y tratamiento colaboran las enfermeras y otros profesionales de la salud normalmente médicos; de esta situación surge el problema clínico de enfermería.

Tanto Carpenito como Alfaro (1999) definen **un problema interdependiente como la identificación de complicaciones potenciales**: "es un problema real o potencial que puede aparecer como resultado de complicaciones de la enfermedad primaria, estudios diagnósticos o tratamientos médicos o quirúrgicos y que pueden prevenirse, resolverse o reducirse mediante actividades interdependientes o de colaboración de enfermería".

Sin embargo, dado que consideramos al ser humano desde una perspectiva holística, los problemas interdependientes abarcan aspectos biológicos, psicológicos, socioculturales y medio-ambientales en los que la enfermera colabora con profesionales como el trabajador social, el psicólogo, el sociólogo, etc.

La dimensión interdependiente de la enfermería contiene la misión de:

- Remarcar la relación de colaboración de la enfermera con otros profesionales.
- Compartir la responsabilidad del cuidado del paciente con otros profesionales.
- Necesaria e insustituible la terminología biomédica para la formulación del problema.

Los problemas interdependientes se organizan en torno a los sistemas torales, pueden ser problemas de salud real (actual) o potencial (de riesgo), que se centra en la respuesta fisiopatológica (a un traumatismo, enfermedad, estudios diagnósticos o tratamientos) y que los profesionales de enfermería identifican y tratan en colaboración con el médico.

El problema real o potencial de salud, cuya responsabilidad de tratamiento recae sobre otro profesional, puede ser detectado por la enfermera y resuelto mediante actividades propias de enfermería o de colaboración.

Saber diferenciar un diagnóstico de enfermería de un problema interdependiente es de gran importancia, dado que es necesario conocer qué problemas pueden ser tratados mediante actividades independientes de enfermería y cuáles requieren la colaboración de otros profesionales de la salud.

Los diagnósticos de enfermería designan situaciones de salud que se pueden tratar de forma independiente por la enfermera.

Alfaro menciona que para diferenciar un diagnóstico de enfermería de un problema interdependiente es conveniente hacer la siguiente pregunta: ¿se pueden administrar de forma independiente los cuidados necesarios para prevenirlo, resolverlo o reducirlo? Si la respuesta es **afirmativa** se trata de un diagnóstico de enfermería, si la respuesta es **negativa** nos encontramos ante un problema interdependiente y se tendrá que buscar la colaboración del profesional de salud adecuado. El factor que establece la diferencia es la etiología que origina el problema.

Tipos de problemas interdependientes

Reales: al identificar un problema presente que requiere tratamiento por un profesional de la salud, la actuación de enfermería se orienta a la aplicación del tratamiento prescrito y la búsqueda de signos y síntomas que indiquen agravamiento del problema. La manera de registrar este tipo de problema interdependiente será con la utilización de las siglas "PI" delante de la formulación del problema.

Ejem. Paciente que ingresa al servicio de urgencias por una contusión tras un accidente automovilístico, el Dx médico es conmoción cerebral, a las dos horas presenta vómito, agitación, pupilas con respuesta lenta a la luz. La enfermera detecta un "PI aumento de la presión intracraneana", requiere tratamiento médico, la intervención de la enfermera será la aplicación del tratamiento prescrito por el médico y la búsqueda de signos y síntomas que indiquen que se está agravando el problema. La situación del individuo no mejora y cae en coma profundo, por lo que se plantea mayor dependencia y origina DdE tales como: déficit de autocuidado, déficit en la autopercepción o diagnósticos de riesgo.

Potenciales: formulan una posible complicación que se puede producir en la evolución del estado de salud del individuo y que la enfermera no está autorizada legalmente para tratar. La actuación de la enfermera estará encaminada a la búsqueda de

signos y síntomas que identifiquen la aparición de un problema. La forma de registrar este tipo de problema será mediante las siglas "PC" (complicación potencial), seguida de dos puntos y anote las complicaciones posibles a presentarse.

Ejem. Un usuario diabético controlado habitualmente con hipoglucemiantes orales, hospitalizado para una cirugía, el médico prescribe insulina rápida, la enfermera detectará un problema interdependiente potencial "hipoglucemia" de manera que en la evolución del sujeto se buscarán signos de dicho proceso que lo identifiquen (diaforesis, taquicardia, desorientación), se registrará como PC: hipoglucemia, o también se puede escribir CP: hipoglucemia relacionada con administración de insulina rápida; otra forma de escribir este tipo de diagnósticos sería indicando signos y síntomas específicos que indiquen complicación PC: diaforesis, taquicardia, desorientación.

Consideraciones en la redacción de diagnósticos enfermeros

1. Se describe un patrón disfuncional o potencialmente disfuncional **utilizando etiquetas de categorías diagnósticas aceptadas**.
No describe o incluye una necesidad terapéutica, Dx. médico, tratamientos.
Ejemplo: necesidad de succión.
2. La relación existente entre la categoría diagnóstica que describe el problema y los factores etiológicos **se indican r/c evitar causado por o debido a**.
Ejemplo: déficit de autocuidado r/c intolerancia a la actividad.
3. Tanto el problema como la etiología se refieren **a grupos distintos de signos y síntomas**.
Ejemplo: alteración en la eliminación relacionada con estreñimiento.
4. La estructura del problema y los factores etiológicos **es concisa, clara e incluye calificaciones recomendadas, no indique DdE como si fuera dx médico**.
Ejemplo: temor relacionado con cirugía.
5. Se puede predecir que los factores etiológicos o factores de riesgo de un problema potencial **van a cambiar la intervención de enfermería; no usar diagnósticos médicos**.
Ejemplo: dolor crónico relacionado con artritis.

6. El problema y los factores etiológicos se escriben sin palabras ambiguas o cargadas de juicios de valor y términos legalmente recomendables. Ejemplo: patrón de sueño pobre; úlcera por presión relacionada con un giro inadecuado.
7. La primera parte del diagnóstico identifica la respuesta de la persona, y no una actividad de enfermería.

Ejemplo: necesita cambios posturales frecuentes; necesita oxigenación.

Planeación

Corresponde a la Planeación tercera etapa del Proceso de Cuidados, en ella se trata de establecer y llevar a cabo cuidados de enfermería, que conduzcan al usuario a prevenir, reducir o eliminar los problemas detectados, la enfermera trabaja con la persona para llegar a establecer un plan de cuidados dirigido a eliminar, reducir las reacciones indeseables o a favorecer el bienestar.

Definición. La planificación consiste en la elaboración de estrategias diseñadas para reforzar las respuestas del paciente sano o para evitar, reducir o corregir las respuestas del individuo enfermo identificadas en el diagnóstico enfermero.

Proceso de planeación. Este proceso incluye:

1. Establecimiento de un orden de prioridad entre los diagnósticos de enfermería.
2. Formulación de objetivos de cuidados o resultados esperados.
3. Elección de las intervenciones de enfermería.
4. Desarrollo de planes de cuidados.
5. Documentación y registro.

1. Establecimiento de prioridad

Cuando se ha emitido más de un diagnóstico de enfermería, se debe establecer un orden de prioridad entre ellos, se intenta precisar los problemas más urgentes. El orden de prioridad es un sistema de clasificación dirigido a orientar la acción.

Se trata de establecer las prioridades, de ser posible se deben de consensuar con el usuario a fin de fortalecer la relación terapéutica y evitar errores y pérdidas de tiempo.

Lefebvre (1995) señala que una persona puede tener varios problemas de cuidados de enfermería, en ocasiones entrelazados unos con otro, e inclusive genera otros problemas que provocan reacciones en cadena, por ello es esencial establecer un orden de importancia de los problemas que surgen cuando el equilibrio biológico, psicológico, social o espiritual se rompe.

Además menciona que el orden de prioridad se establece en función de la importancia que la enfermera le atribuye a los problemas a partir de sus conocimientos científicos; a ésta le llama **importancia objetiva** y en función de la importancia que la persona da a sus dificultades y a su bienestar le llama **importancia subjetiva**.

La importancia objetiva se otorga en función de:

- Valores profesionales.
- Conocimientos científicos.
- Observaciones.
- Experiencia.

La importancia subjetiva se otorga en función de:

- Los sentimientos de la persona.
- El autoconocimiento.
- Su percepción.
- Experiencia personal.

Lefebvre además menciona que para determinar el grado de gravedad de un problema de cuidados de enfermería se utilizan los criterios de prioridad basados en los **valores profesionales**. El orden de prioridad es un sistema de clasificación dirigido a orientar la acción, como sigue:

1. Protección a la vida.
2. Prevención y alivio al sufrimiento.
3. Prevención y corrección de las disfunciones.
4. Búsqueda de bienestar.

Para cada diagnóstico de enfermería se pregunta si se trata de una amenaza a la vida, de un sufrimiento, de una disfunción o de una búsqueda de bienestar, las respuestas de estas preguntas indican a la enfermera el lugar de cada diagnóstico en un proceso continuo de malestar/bienestar.

Cuando varios diagnósticos presentan un mismo nivel de gravedad se puede recurrir a la jerarquía de necesidades de Maslow, (necesidades fisiológicas, necesidades de protección y seguridad, necesidades de amor y pertenencia, necesidades de autoestima y necesidades de autorrealización).

Ejemplo: fatiga relacionada con hipertermia; insomnio relacionado con 5 evacuaciones durante la noche.

Se inicia con las preguntas: ¿en estos problemas hay alguno que constituya una amenaza a la vida inmediata o largo plazo? Si la respuesta es **No** continuar con la siguiente pregunta.

¿En estos problemas hay alguno que sea sufrimiento o un riesgo elevado de sufrimiento? **Sí** ... ejemplo: ansiedad.

¿Alguno que sea una disfunción o riesgo elevado de disfunción? **Sí** .. Fatiga e insomnio. Se trata de búsqueda de bienestar.

Las prioridades asignadas no permanecen inmutables, sino que van cambiando a medida que cambian las respuestas del paciente, los problemas y los tratamientos, también es necesario tomar en cuenta en medida de lo posible las preferencias del paciente, además de diversos factores como:

- Valores y creencias del paciente con relación a la salud.
- Prioridades del paciente: hacer participar al paciente en la asignación de prioridades y en la planificación de la asistencia.
- Recursos o disposición de la enfermera y el paciente: se refiere a recursos humanos, materiales y financieros, también los recursos del paciente como los económicos, de afrontamiento.
- Urgencia del problema de salud.
- Plan de tratamiento médico.

2. Formulación de objetivos

Una vez que se han priorizado los problemas, se deben de definir los objetivos de acuerdo a cada problema.

Los objetivos sirven para:

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

Lo que se pretende con los objetivos es establecer qué se quiere conseguir, cómo, cuándo y cuánto; existen dos tipos de objetivos:

- a) Objetivos de enfermería o **criterios de proceso**.
- b) Objetivos del paciente/usuario o **criterios de resultado**.

a). **Objetivos de enfermería.**

Estos dirigen las actuaciones de las enfermeras hacia tres grandes áreas para ayudar al paciente a:

- Encontrar sus puntos fuertes, esto es, sus recursos de adaptación adecuados para potenciarlos.
- Buscar nuevos sistemas y recursos de adaptación.
- Conocer su estilo de vida y ayudarlo a modificarlo, si no fuera competente para el cambio, bien por una disminución de los recursos propios o por una inadecuación de los mismos.

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

Los objetivos de enfermería en relación al tiempo se describen:

- a. **Corto plazo:** Son los resultados que pueden lograrse de modo favorable y rápido, en cuestión de horas o días. Estos son adecuados especialmente para establecer la atención inmediata en situaciones de urgencia cuando los pacientes son inestables y los resultados a largo plazo son inciertos.
- b. **Mediano plazo:** Para un tiempo intermedio, estos objetivos son también intermedios, de tal forma que, podamos utilizarlos para reconocer los logros del paciente y mantener la motivación.

c. **Largo plazo:** Son los resultados que requieren de un tiempo largo. Existen dos tipos:

- Uno, abarca un periodo prolongado y requiere de acciones continuas de enfermería, que median directamente entre el objetivo y su logro.
- Otro, se obtiene mejor a través de una secuencia de objetivos a corto plazo. Este segundo tipo no requiere de la acción directa de enfermería, dado que las acciones de enfermería acompañan a los objetivos a corto plazo.

b). Objetivos del paciente o criterios de resultado

Un objetivo es la evolución del paciente o una modificación de su comportamiento deseada, es una forma de proyección de la respuesta esperada, observa los comportamientos que manifiestan cambio biológico, afectivo, cognoscitivo, social, espiritual.

Objetivo: enunciado amplio acerca de los efectos de las intervenciones de enfermería.
Criterio de resultado u objetivos de resultado: son considerados como los criterios mensurables y más específicos que se utilizan para evaluar si se ha logrado el objetivo.

Ejemplo:

Objetivo - El estado nutricional mejorará.

Criterio de resultado - Aumentará 1.5 kg en 15 días.

Fines de los objetivos / criterio de resultado

1. Orientar en la planificación de las intervenciones de enfermería con las que se lograrán modificaciones deseadas en el paciente.
2. Proporcionar un plazo para las actividades planificadas.
3. Servir como criterio para evaluar los progresos del paciente.
4. Permitir al paciente y a la enfermera determinar cuándo se ha resuelto el problema y motivar a ambos e infundir un sentimiento de logro.

Características de los criterios de resultados:

- Los criterios de resultado derivan fundamentalmente del enunciado del diagnóstico de enfermería. Su logro demuestra que se ha prevenido o resuelto el problema.
- Son alcanzables.
- Se formulan en términos de respuestas del paciente, no de actividades de enfermería.

- Cada resultado previsto es el enunciado de una respuesta o conducta específica del paciente.
- Es específico y concreto para facilitar la medición.
- Es valorable o mensurable, es decir, puede ser visto, oído, sentido o medido por otra persona.
- El objetivo / resultado prevista es valorado por el paciente y la familia.
- Es compatible con las terapias de otros profesionales.

Para desarrollar criterios de resultado la enfermera se formulará las siguientes preguntas:

1. ¿Cuál es la parte del enunciado correspondiente al problema?
2. ¿Cuál es la respuesta opuesta o saludable?
3. ¿Cómo se comportará o qué aspecto tendrá el paciente si se consigue la respuesta saludable (de acuerdo a parámetros normales), qué podré ver, oír, palpar, oler, medir o en general observar con mis sentidos?
4. ¿Qué deberá hacer el paciente y cómo deberá hacerlo para demostrar que el problema se ha resuelto o que tiene capacidad para resolverlo?

Criterios de resultado para diagnósticos enfermeros

DIAGNÓSTICO DE ENFERMERÍA	RESPUESTA NO SALUDABLE	RESPUESTA SALUDABLE	CRITERIOS DE RESULTADO
Limpieza ineficaz de las vías aéreas R/C. secreciones viscosas y expansión torácica disminuida.	Limpieza ineficaz de las vías aéreas.	Limpieza eficaz de la vía aérea.	<ul style="list-style-type: none"> • Limpia la vía aérea MEDIANTE (COMO) • Emplea técnica correcta de toser • Las secreciones son fluidas. • expectora correctamente • muestra expansión simétrica del tórax • tiene tos productiva.

Kosier (1999)

Componente de los enunciados de objetivos/criterios de resultado

Quién	Sujeto	Paciente (se da por hecho)
Qué	Verbo	Acción que el paciente debe realizar (limpiará la vía aérea)
Cómo	Condición o puntualización	Explica circunstancias en las cuales debe producirse (con ayuda)
Cuándo	Criterio de resultado esperado	Indica el estándar por el que evalúa un rendimiento o nivel al cual el paciente llevará a cabo la conducta específica. <ul style="list-style-type: none"> • Baja 3 kilos en 2 meses (tiempo) • Se administra insulina siguiendo técnica aséptica (calidad)
	Otros criterios de resultado	Cita 5 signos de diabetes (precisión) Camina una cuadra al día (tiempo y distancia)

Objetivos representativos de los tres dominios:

DOMINIO AFECTIVO: Resultados esperados asociados con cambios de actitud, sentimientos, valores. Hacen hincapié en lo sentimental, una emoción.

DOMINIO COGNITIVO: Resultados esperados asociados con la adquisición de conocimientos o habilidades intelectuales, se fundamentan en la memoria o reproducción de algo adquirido mediante el aprendizaje, precisan actividad de carácter intelectual.

DOMINIO PSICOMOTOR: Resultados esperados asociados con el desarrollo de habilidades psicomotoras, se proponen el desarrollo muscular o motor, ciertas manipulaciones de materias u objetos, o actos que precisan coordinación neuromuscular.

Verbos mensurables

COGNITIVO

Enseñar
Discutir
Identificar
Describir
Hacer (una lista)
Explorar

AFECTIVO

Expresar
Compartir
Escuchar
Comunicar
Relatar

PSICOMOTOR

Demostrar
Practicar
Realizar
Caminar
Administrar
Dar

Verbos no mensurables (no utilizar)

Saber
Comprender
Apreciar

Pensar
Aceptar
Sentir

Directrices para redactar objetivos/criterios de resultado

1. Escribirlos en términos de la conducta del paciente, evite los enunciados permitir, facilitar, promover, seguidos de la palabra paciente, ya que señalan lo que la enfermera espera lograr, no lo que el paciente hará.
2. El enunciado del objetivo debe ser apropiado para el diagnóstico enfermero.
3. Asegúrese de que los resultados sean realistas para las capacidades y limitaciones, para el plazo asignado. Las limitaciones pueden ser de tipo económico, de equipo, de apoyo familiar, de estado físico o mental.
4. Verificar que el paciente considera los objetivos importantes y los valore.
5. Al formular los objetivos utilizar términos observables y mensurables.

Diagnóstico de enfermería	Objetivo de resultado (Criterio de resultado)
Alteración de la nutrición por defecto relacionado con pérdida de apetito, náuseas.	<ul style="list-style-type: none"> • Come el 85% de cada comida • Mantiene el peso actual • Verbaliza la importancia de una alimentación suficiente • Dice tener más apetito

Establecimiento de objetivos en problemas interdependientes. Alfaro (1999).

Las enfermeras comparten con el médico la responsabilidad de lograr resultados en los problemas interdependientes, en estos las enfermeras tienen sus propias responsabilidades:

- Detectar, informar y anotar los signos y síntomas de complicaciones potenciales que debe comunicar.
- Iniciar intervenciones prescritas para tratar el problema y prevenir complicaciones.

Se establecen **objetivos de enfermería**, estos se centran en lo que la enfermera controlará, informará, anotará y hará para promover la detección y tratamiento temprano; facilitan:

- Identificar las intervenciones que aseguran la detección, comunicación y tratamiento de las complicaciones potenciales.
- Evaluar si se controló al paciente para detectar complicaciones potenciales.

3. Elección de intervenciones de enfermería

Las intervenciones representan toda acción que realiza la enfermera, toda actividad o comportamiento que adopta o que trata de desarrollar en la persona, en el marco de sus funciones profesionales, buscando el mayor bienestar de la persona cuidada. Phaneuf (1999).

Desde el punto de vista funcional la enfermera planifica actuaciones para:

- Promoción de la salud.
- Prevenir la enfermedad.
- Restablecer la salud.
- Rehabilitar.
- Favorecer una muerte digna.

Características de las intervenciones

1. Coherentes con el plan.
2. Deben basarse en principios científicos de cuidados de enfermería.
3. Individualizadas, planificar para una persona en particular.
4. Formularse de manera concisa simple y concreta.
5. Armonizar con el diagnóstico de enfermería y el objetivo.
6. Deben responder a las preguntas ¿qué?, ¿cuándo?, ¿cómo?, ¿dónde? ¿quién?
7. Buscar la progresión hacia la autonomía o el mayor bienestar de la persona.
8. Ser creativas.
9. Favorecer la participación de la persona, la relación de ayuda y van acompañadas de un componente de enseñanza.
10. Proporcionan un medio seguro y terapéutico.
11. Comprenderán la utilización de los recursos apropiados.

Tipo de intervenciones

Intervenciones independientes o autónomas

Son las actividades que las enfermeras están autorizadas a emprender sobre la base de sus conocimientos y habilidades, McCloskey y Bulechek citado por Kozier (1999) las señala como tratamientos iniciados por la enfermera Mundinger, citado también por esta misma autora y menciona que prefiere el término de práctica de enfermería autónoma, ya que conocer por qué y cuándo y cómo proporcionar los cuidados y además hacerlo con habilidad, transforma la función en un tratamiento autónomo.

Por lo tanto las intervenciones independientes, son las indicadas por la enfermera, como respuesta a un diagnóstico de enfermería y comprenden:

- Cuidados físicos.
- Apoyo.
- Evaluación continua.
- Consuelo emocional.
- Docencia.
- Asesoramiento.
- Cuidado al entorno.
- Referencia a otros profesionales del equipo de salud.

Para facilitar a los alumnos la comprensión y utilización de etiquetas de intervención, o sea ponerle nombre a las actividades que realizan y que generalmente pasan inadvertidas porque no se registran, ejem.: la planificación del ingreso, el apoyo al familiar, el control de la infección, se diseñó una hoja en donde aparece el listado de diagnósticos de la NANDA y la clasificación de intervenciones de enfermería (CIE o NIC) estructurada por McKloskey, apéndice N. Gordon (1996) (Apéndice 10).

Las intervenciones se basan por una parte en la información recogida en la valoración; en los factores (etiológicos) relacionados en los diagnósticos de enfermería. La determinación de las intervenciones de enfermería son necesarias para resolver o disminuir el problema, por lo que se requiere de un método, cuyos pasos a seguir son:

- Definir el problema (diagnóstico).
- Identificar las acciones alternativas posibles.
- Seleccionar las alternativas factibles.

Las acciones habituales de la planificación de los cuidados de enfermería integrales, entorno a los diferentes tipos de diagnóstico enfermero y a los problemas interdependientes son:

El diagnóstico enfermero real:

- Reducir o eliminar factores relacionados.
- Promover mayor nivel de bienestar.
- Controlar el estado de salud.

Para el diagnóstico enfermero de alto riesgo:

- Reducir o eliminar los factores de riesgo.
- Prevenir que se produzca el problema.
- Controlar el inicio de problemas.

Para el diagnóstico enfermero posible

- Recoger datos adicionales que ayuden a confirmar o excluir un diagnóstico.

Para el diagnóstico enfermero de bienestar:

- Enseñar conductas que ayuden a conseguir mayor nivel de bienestar.

Para problemas interdependientes:

- Controlar los cambios de estado del paciente.
- Manejar los cambios de estado de salud.
- Iniciar las actuaciones prescritas por la enfermera y el médico.

Intervenciones dependientes (derivadas o acto médico delegado)

Son las que se realizan por orden del médico o bajo su supervisión o bien según procedimientos sistematizados, estas pueden ser: administración de medicamentos, instalación de terapias intravenosas, pruebas diagnósticas, dietas. En este tipo de intervenciones la mayoría de las veces están en relación con el problema médico de la persona. La enfermera es responsable de comprenderlas y llevarlas a cabo, no debe limitarse únicamente a una simple ejecución, ya que la enfermera conoce los efectos de los medicamentos, las precauciones que deben tomarse y las recomendaciones. Cabe señalar que desafortunadamente este tipo de intervenciones son las que más se realizan en la práctica y son las que aparecen registradas.

Intervenciones de colaboración o interdependientes

Son acciones que las enfermeras llevan a cabo en colaboración con otros miembros del equipo de asistencia sanitaria, como fisioterapeutas, dietistas, médicos, químicos. Son resultado de decisiones tomadas conjuntamente. Ejem. La enfermera sugiere las equivalencias de una dieta.

La Asociación Americana de Enfermeras (ANA), describe la colaboración como una "verdadera asociación en la cual el poder de cada parte es valorado por la otra, con

reconocimiento y aceptación de las esferas comunes e independientes de actividad y responsabilidad, salvaguarda mutua de los intereses legítimos de cada parte y una comunidad de objetivos que ambas partes reconocen”.

Para conseguir una práctica interdependiente de naturaleza transdisciplinaria, las enfermeras deben ser competentes desde el punto de vista clínico, sentirse seguras de sus conocimientos y habilidades y asumir la responsabilidad de sus propias acciones.

4. Desarrollo de planes de cuidados

El plan de cuidados es una guía escrita que organiza la información sobre los cuidados que se proporcionan, la intervención de un paciente o de igual manera se puede hacer un plan de alta al egreso, sobre las actividades que contribuyan a la recuperación. (Apéndice)

Finalidad

1. Diferenciar las responsabilidades de la enfermera de la de otros miembros del equipo de enfermería o de salud
2. Orientar la atención de enfermería, mediante la determinación de acciones conducentes a prevenir, paliar o resolver problemas de salud detectados.
3. Proporcionar pautas para la evaluación de los cuidados, ya que sirven de registro de las actividades realizadas.

Objetivos de planes escritos

1. **Ofrecer directrices** para planes de cuidados individualizados, se organizan de acuerdo a necesidades particulares.
2. **Facilitar la continuidad** de los cuidados, el plan escrito es un medio para comunicar y organizar las acciones del personal de enfermería de diferentes turnos.
3. **Orientar sobre qué debe quedar documentado**, indica específicamente qué observaciones realizar, qué acciones y qué indicaciones dar a la familia.
4. **Orientar para designar al personal** que va atender al paciente.
5. **Base para estimar el pago de los servicios**, sobre todo para los cuidados domiciliarios del paciente. El que se presente un plan y en este se estime el monto del pago hará que se valore más lo que se realiza.

Tipos de planes

Individualizados. Estos se realizan para cada situación de un paciente en particular, se basa en la valoración detallada del paciente o grupo específico, los planes de cuidados individualizados pueden usarse como fuente de información para realizar planes de cuidados estandarizados y para la investigación clínica de enfermería.

Estandarizados. Se trata de protocolos de cuidados adecuados para los pacientes que presentan problemas habituales o previsibles asociados a un diagnóstico enfermero o a un problema de salud. Describen los cuidados de enfermería para un grupo de pacientes, no individualizados y se refieren a cuidados alcanzables. Una de sus ventajas es que son realizados por expertos, se apoyan en consultas bibliográficas y ofrecen garantía de calidad.

Sánchez A., Sanz C. (2001) mencionan que “los protocolos asistenciales se establecen para garantizar al enfermo el derecho a un trato homogéneo, sea cual sea el profesional que la atiende”, además señalan que dota a los profesionales de enfermería de instrumentos que definen los cuidados que se deben prestar, medir las actividades y los resultados obtenidos. Este sistema de protocolización contempla las actividades autónomas o delegadas que la enfermera realiza para: promoción de la salud, tratamiento, rehabilitación y readaptación del paciente hospitalizado, en todas las etapas del proceso de atención.

Los protocolos pueden ser de: intervención, que responden a la pregunta ¿qué se ha de hacer? Y los de procedimientos el ¿cómo se ha de hacer?

Informatizados. Estos se realizan mediante equipo informático; se pueden generar planes individualizados y estandarizados de acuerdo a los programas de cómputo, la enfermera elige el apropiado para el paciente de acuerdo a la situación, lo puede leer en la pantalla de la computadora o imprimir una copia.

Utilidad de los planes de cuidados

Tomas Vidal (1996) menciona la utilidad de los planes de cuidados:

- **En la actividad clínica,** obliga al planteamiento sobre la fundamentación científica de las intervenciones de enfermería.

- **Legal**, estos instrumentos son una norma de calidad en los que quedan explícitos los problemas que trata enfermería en una situación y su responsabilidad en cada uno de ellos, y la forma de evaluar los resultados.
- **Trabajo en equipo**, contribuye a la mejora de la comunicación y facilita que otros profesionales conozcan la aportación de enfermería al cuidado a la salud.
- **En la formación**, el uso de planes estandarizados contribuye a que los alumnos clarifiquen su rol profesional, y en la práctica clínica su elaboración y revisión periódica puede considerarse una actividad de formación continua.
- **Para la investigación**, informan aspectos de la persona susceptibles de investigar, que constituye una fuente valiosa para este fin.
- **De gestión**, son instrumentos de gestión, ya que para esto implica identificar las situaciones en las que intervienen las enfermeras, los problemas que tratan y las actividades que realizan, son útiles para la gestión en el cálculo de plantillas, presupuestos necesarios, así como en la asignación de pacientes, y de igual manera para diseñar programas de formación continua y de adaptación al personal de nuevo ingreso.

Formato para los planes de cuidados

Estos van a variar de acuerdo a la institución. Pero deben de contener ciertos elementos comunes que son:

- Diagnóstico de enfermería.
- Los objetivos de resultado.
- Intervenciones de enfermería.
- Evaluación.

Se organiza en columnas, para los estudiantes se les pide incluyan una columna más de fundamentación de las intervenciones, para que la alumna se apropie de éstas, hay que orientarla para que el formato lo realicen frente al paciente, o sea en el ámbito de práctica; que no lo haga en su casa porque de este modo no quedo plasmado lo real que debe orientar el cuidado que proporcionará, sino que queda plasmado el ideal y que cuando lo entrega el paciente en ocasiones ya fue dado de alta.

5. Documentación o registro

Consiste en registrar organizados los diagnósticos de enfermería, resultados esperados, intervenciones las cuales deben registrar: fecha, verbo de acción (explicar al

paciente, colocar vendaje, enseñar) área de contenido, el dónde y el qué (colocar vendaje en los miembros inferiores), tiempo, o con que frecuencia debe producirse la acción, finalmente la firma.

Lo anterior se puede resumir en los elementos de la anotación eficaz:

- Asignación temporal.
- Permanencia (finta).
- Firma.
- Exactitud.
- Propiedad.
- Completa.
- Abreviatura.
- Símbolos y terminología comúnmente aceptados.
- Brevidad.
- Legalidad.
- Secuencia.

Ejecución

Es la cuarta fase del proceso de cuidados de enfermería, en esta se pone en marcha el plan de cuidados. Inicia una vez que ha finalizado la de planificación, hay ocasiones en que se procede a actuar de forma inmediata (cuando se detecta un problema que requiere atención urgente).

Para poner en práctica el plan, hay que tomar en cuenta que las intervenciones han de ser éticas y seguras.

La ejecución comienza después de haberse desarrollado el plan de cuidados y está enfocada en el inicio de aquellas intervenciones de enfermería que ayudan al usuario a conseguir los objetivos deseados.

El profesional de enfermería ejecuta planes de cuidados en diversos ambientes de atención sanitaria como hospitales, domicilios, centros de enfermos crónicos, escuelas, etc. Kozier (1999) señala que para ejecutar el plan de cuidados satisfactoriamente se requiere de:

Habilidades cognitivas, para la solución de problemas. Toma de decisiones, para el razonamiento crítico y el pensamiento creativo, el uso de estas habilidades es crucial para proporcionar un cuidado de enfermería seguro.

Habilidades interpersonales entendidas estas como los recursos que las personas utilizan para comunicarse directamente con otras, incluyen actividades verbales y no verbales, son necesarios para todas las intervenciones de enfermería.

Habilidades técnicas. Son habilidades "manuales" o psicomotoras, para la manipulación de equipo, de material, para colocar un vendaje, para movilizar un paciente, para este tipo de habilidades se requiere: conocimientos y destreza manual.

Para Iyer (1997) la ejecución tiene tres etapas: 1) Preparación, 2) Intervención y 3) Documentación .

1. Preparación

Consiste en:

- a) Revisar las intervenciones de enfermería para asegurarse de que son compatibles con el plan de cuidados establecido.

Al preparar la ejecución, la enfermera debe revisar el plan y asegurarse que lo planificado es oportuno, especialmente en lo que a las órdenes de enfermería se refiere. Como se ha comentado, las actividades de enfermería pueden insertarse en diferentes esferas o niveles de decisión: la independiente, la interdependiente y la dependiente. Además se determinará si las intervenciones son suficientes para el usuario y si son compatibles con las intervenciones de otros profesionales.

- b) Analizar los conocimientos y habilidades necesarias.

Después de revisar las intervenciones en el plan de cuidados se debe identificar el nivel de conocimientos y tipos de habilidades exigidas para la ejecución. Después de revisar las órdenes del plan de cuidados, la enfermera deberá determinar el grado de dificultad de las acciones que incorpora, y que requiere para su realización, puesto que el equipo de enfermería puede estar integrado por personas de diferentes categorías, y la enfermera responsable del plan debe determinar quién es la persona más idónea para realizar las actividades necesarias con relación a su complejidad.

- c) Reconocer las complicaciones potenciales.

Se necesita conocer las complicaciones más habituales asociadas a las actividades especificadas en las intervenciones de enfermería del usuario. Esto permitirá poner en marcha enfoques preventivos que reduzcan riesgos.

d) Proporcionar los recursos necesarios.

Hay que tener en cuenta los recursos necesarios, para prever el tiempo que requiere una intervención en la organización del trabajo y para garantizar que todos los usuarios puedan recibir una atención de calidad, además hay que tener presente el uso adecuado de los recursos.

e) Proporcionar un entorno adecuado y seguro.

Para que el usuario se sienta cómodo y seguro, se debe crear un ambiente terapéutico, en el que tanto el usuario como el profesional de enfermería puedan trabajar en la resolución de los factores que están contribuyendo a la presencia de la enfermedad.

2. Intervención de enfermería

Su abordaje puede incluir el inicio de acciones independientes e interdependientes. Las intervenciones necesarias para cubrir las necesidades físicas y emocionales del usuario, las cuales son numerosas y variadas, dependientes de los problemas individuales específicos.

La ejecución de las acciones de enfermería se ajusta a:

a) Refuerzo de las cualidades. Se debe contemplar al usuario como ser completo, con sus problemas y las relaciones con los demás; algunas de sus cualidades pueden ser:

- Nivel de educación.
- Motivación para aprender a cambiar de conducta.
- Familia unida que lo apoya.
- Capacidad para afrontar el estrés.
- Libre de adicciones: a la comida, tabaco, alcohol o a las drogas.
- Recursos financieros suficientes.

b) Ayuda en las actividades de la vida diaria. Durante la realización de estas actividades, se tiene la oportunidad de llevar a cabo otros aspectos del proceso de cuidados como lo son:

- Valorar nuevos problemas.
- Recoger datos sobre problemas existentes.
- Valorar las habilidades.
- Comentar los hallazgos con el usuario y planificar cómo seguir adelante.
- Evaluar la eficacia de las intervenciones.

c) Supervisión del trabajo de otros profesionales de enfermería. Como coordinador del equipo, el profesional de enfermería es legalmente responsable de la prestación de los cuidados.

d) Comunicación con otros miembros del equipo de salud.

El profesional de enfermería profesional es responsable de coordinar la atención del paciente, para asegurar la continuidad y un enfoque organizado que resuelva los problemas del usuario. Se debe comunicar con los demás durante la planificación de altas, durante el cambio de turno o en conversaciones informales ante los profesionales de enfermería y otros miembros del equipo con los que se comparten datos, impresiones, planes, estrategias y objetivos.

e) Educación. El proceso de enseñanza - aprendizaje para el usuario incluye: adquisición de nuevos conocimientos, actitudes y habilidades y cambios de conducta, por lo que se debe:

- Valorar las necesidades de aprendizaje.
- Determinar la facilidad para aprender.
- Desarrollar objetivos que sean realistas.
- Determinar las estrategias que sean necesarias para ayudar a la familia a conseguir los objetivos deseados.

f) Prestación de cuidados para conseguir los objetivos del cliente.

La fase de ejecución se fundamenta en las etapas de valoración, diagnóstico y planificación del proceso de enfermería. El proceso de valoración utilizado durante la fase de ejecución es continuo y necesita de la capacidad del profesional de enfermería, para recoger y procesar los datos antes, durante y después del inicio de las intervenciones de enfermería.

g) Patrones de respuesta humana.

Las intervenciones van dirigidas a la identificación de patrones habituales, la detección de factores relacionados, el desarrollo de enfoques preventivos o correctores para aliviar el factor relacionado y la prestación de educación al cliente.

Alfaro (1999) sugiere que se “Realicen siempre las intervenciones de enfermería con precaución y que se observe con atención la respuesta. Si no obtiene la respuesta deseada, empiece a formularse preguntas para averiguar lo que va mal antes de continuar. Cuando averigüe lo que va mal, haga los cambios necesarios y anótelos en el plan de cuidados según sea necesario”.

Razonamiento crítico y ejecución

El razonamiento crítico es una parte integrante de la ejecución. El profesional de enfermería que utiliza este tipo de razonamiento para ejecutar los cuidados está constantemente anticipando problemas, revisando el enfoque de los cuidados, según las respuestas del usuario y resolviendo problemas para superar obstáculos.

Aplicando el modelo de razonamiento crítico, se pueden plantear las siguientes preguntas:

1. ¿Cuál es el problema?
2. ¿Qué información necesito y cómo la puedo obtener?
3. ¿Qué significan los datos?
4. Basándome en los hechos, ¿Qué debo hacer?
5. ¿Hay otras preguntas que debería hacer?
6. ¿Es ésta la mejor forma de tratar el problema?

El uso del razonamiento crítico le permite determinar si las intervenciones planificadas son todavía adecuadas o si es necesario modificar el plan de cuidados.

3. Documentación

La ejecución de intervenciones de enfermería debe ir seguida de una documentación completa y exacta de los acontecimientos que tiene lugar en esta etapa del proceso de enfermería.

Aunque la documentación se realiza en todas las fases anteriores del proceso, adquiere un valor fundamental en la ejecución, “lo no escrito no forma parte de la realidad”. Por esa razón, las actividades de las enfermeras deben registrarse en los formatos definidos institucionalmente; actualmente el IMSS ha diseñado un formato como un plan piloto, con las etapas del proceso, y de esta manera hace evidente su utilización, además es un registro legal de los cuidados administrados al paciente.

La enfermera debe documentar sus intervenciones, realizar el informe de las acciones que ha llevado a cabo e indicar la reacción de la persona describiendo su estado y refiriendo sus palabras. Además debe añadir sus notas de observación a la historia clínica y llenar diferentes formularios.

Generalmente los registros proporcionan la única prueba documental de que se han llevado a cabo los tratamientos médicos y enfermeros, las anotaciones incompletas o confusas dificultan la continuidad de los cuidados. Los registros cumplen, además, diferentes finalidades:

- Facilitar la comunicación con el equipo.
- Disponer de base de datos para la investigación y la evaluación.
- Crean un documento legal.
- Se ha convertido en una obligación profesional y ofrece a enfermería la ocasión de mostrar sus responsabilidades.
- Permite evaluar el trabajo de enfermería.
- Facilita la continuidad de los cuidados.
- Asegura una protección legal tanto para el cliente como para la enfermería. En caso de una queja, la persona puede demostrar con la historia clínica las medidas que se han tomado y las que se han descuidado. Por su parte, la enfermera puede defenderse con la ayuda de las notas que ha redactado.

Desarrollar formas eficientes, exactas para registrar es un reto continuo tanto para las enfermeras como para las instituciones de salud; las cuales buscan métodos de registro que ahorren tiempo y ayuden a las enfermeras a mantener unas anotaciones reales y relevantes, que sirvan para los objetivos antes mencionados.

Anotaciones

- Escriba sus notas tan pronto como sea posible después de proporcionar los cuidados de enfermería. No se fie de su memoria.
- Registre inmediatamente las acciones importantes.
- Siga las políticas y procedimientos para las anotaciones.
- Anote siempre las variaciones de acuerdo a los parámetros normales (anormalidades de la respiración, circulación, estado mental).
- Firme y además escriba también su nombre o sus iniciales, de manera que los demás reconozcan inmediatamente su firma.
- Refiera los hechos; evite la emisión de juicios.

El principal documento escrito es la ficha de observación de la enfermera, en donde ella consigna lo que ha observado y lo que ha hecho. Actualmente, la mayor parte de los centros hospitalarios utilizan instrumentos abiertos en los que la enfermera debe anotar todas sus observaciones. Hay que precisar que, cualquiera que sea el sistema que se adopte, las observaciones de enfermería deben reflejar siempre fielmente las intervenciones del cliente, su estado y sus reacciones físicas y psicológicas a la enfermedad y al tratamiento.

Iyer (1997) menciona que las ventajas de las formulaciones cerradas para las observaciones corrientes (de rutina):

- Son fáciles y rápidas de llenar; ahorran tiempo y energías.
- Proporcionan una documentación completa y eficaz.
- Facilitan la continuidad de los cuidados.
- Disminuyen la duplicación de los cuidados.
- Proporcionan una visión rápida de los cuidados del cliente.
- Indican cuidados que de otra forma no serían mencionados en ninguna parte.

5. Lampe añade:

- Favorecen una mejor calidad de los cuidados.
- Ofrecen una protección desde el punto de vista legal.
- Son el reflejo del proceso de cuidados.
- Favorecen la evaluación y aseguran la calidad de los cuidados.

Tipo de registros

La enfermera utiliza diferentes registros tales como: registro gráfico de signos vitales, registro de medicamentos, hojas para balance de líquidos.

También realiza notas de enfermería que representan la evolución del paciente durante el turno, para hacerlo existen varios formatos:

1. **Notas narrativas:** es una descripción de la información, y su anotación cronológica de eventos del cuidado del paciente, respuesta a los tratamientos.
2. **Registros orientados a problemas SOVP o SOAP.** En este sistema la información está enfocada a los problemas del usuario (diagnósticos de enfermería) el formato para las notas en este sistema es específico y estructurado, también conocido como Formato SOVP:

Es el acrónimo de los datos:

Subjetivos.

Objetivos.

Valoración **A** (assessment).

Planificación.

Este formato se creó a partir del modelo médico, también se le pueden agregar otras letras como SOVPEE en donde se añaden **E**jecución y **E**valuación. Lefebvre (1995), Kosier(1999), Iyer (1997). En este formato la valoración incluye la interpretación de los datos objetivos y subjetivos, por parte del profesional de enfermería.

3. Registro orientado a problemas, PIE, tiene origen en el proceso de enfermería, fue desarrollado en 1984 en Carolina del Norte. Jiménez (1997):

- Problema.
- Intervención.
- Evaluación del cuidado.

En ocasiones se encuentran las siglas **SOAPIER**, son variaciones comunes del formato SOAP. En estos la enfermera expone sucintamente la situación de la persona, las medidas que ésta toma para mejorar, los cuidados administrados y el resultado de las intervenciones. Construye frases-síntesis y las organiza en párrafos siguiendo un orden. Cuando se leen las notas organizadas de esta manera, se advierte el desarrollo de los acontecimientos que han tenido lugar durante la jornada laboral. Lefebvre (1995)

4. formato DAR, o DIR para registro con un área de interés.

- Datos objetivos y subjetivos.
- Acciones a realizar (Intervenciones específicas).
- Respuesta del paciente a las intervenciones.

5. Modelo FOCUS según Iyer o gráfica FOCUS como la denomina Lefebvre, es un método para organizar la información según las notas del profesional de enfermería; incluye tres componentes, organizado en columnas:

Fecha/hora	Focus (enfoque)	Nota de evolución
	Puede ser el diagnóstico de enfermería, signos o síntomas, preocupaciones o conductas del paciente, acontecimientos significativos.	Escritas en orden según las siglas DIR D atos objetivos-subjetivos I ntervención R esultados obtenidos

Informes verbales

Además de la documentación escrita concerniente al estado del cliente y a los cuidados que se le administran, enfermería o el estudiante deben también, al finalizar el turno de trabajo, proporcionar información verbal a los miembros del equipo de cuidados que la relevan. Por otro lado, el estudiante que deja el servicio, a veces antes de finalizar el turno, también debe informar a la enfermera responsable. Todas estas informaciones tienen como finalidad hacer una síntesis del estado del cliente en el momento de la salida del personal de enfermería. Dicha información indica los cuidados que se le ha proporcionado y el tratamiento en curso. A veces también explican que no se han podido realizar algunas intervenciones debido al estado del cliente o a que se encontraba en otros servicios como radiología u otros.

Problemas legales y éticos y el proceso de enfermería

Los problemas legales y éticos saturan el proceso de cuidados de enfermería; las intervenciones de enfermería están guiadas por principios legales y éticos en el desarrollo de las etapas del proceso. Hay principios legales que definen nuestras responsabilidades en la prestación de cuidados, mientras que los principios éticos afectan a la forma de realizar estos cuidados.

Todo individuo tiene derechos y obligaciones

Este principio dispone que toda persona del entorno de la atención sanitaria tiene derechos que hay que proteger y obligaciones que cumplir. En la planificación y prestación de los cuidados de enfermería se tienen en cuenta los derechos del cliente. Pero también usted tiene derechos y responsabilidades como profesional.

Derechos del paciente:

- **Derecho a una atención considerada y respetuosa.** Absténgase de utilizar formas de tratamiento despreciativas como: "Gordito", "abuelita", etc. Las investigaciones han demostrado que los clientes hospitalizados consideran equivalente la calidad de los cuidados con la frecuencia con que son llamados por su nombre.
- **Derecho a estar de acuerdo o rechazar un tratamiento hasta el punto permitido por la ley y a estar informado de las consecuencias.** Se espera que se le proporcione al cliente la suficiente información sobre los tratamientos y

las opciones alternativas, de forma que pueda tomar una decisión informada. Un cliente mentalmente competente tiene derecho a rechazar un tratamiento, aun cuando los profesionales de la atención no estén de acuerdo con la decisión.

- **Derecho a esperar que todas las comunicaciones y registros relacionados con la atención, se consideren confidenciales.** El equipo de enfermería tiene prohibido compartir información sobre el cliente con cualquier persona ajena a los profesionales de la atención directamente responsables de asistencia. El principio de la confidencialidad se aplica a los miembros de la familia que buscan información detallada. Es mejor pedir primero el permiso del cliente antes de proporcionar información a familiares y amigos.

Responsabilidades del paciente

- **Compartir información:** Los clientes tienen la responsabilidad de proporcionar la información adecuada sobre su estado de salud y los problemas médicos y enfermeros, la cual deberá documentarse meticulosamente si se sospecha que el cliente está ocultando información importante.
- **Seguir instrucciones:** Cuando usted encuentra a un cliente que no sigue instrucciones, documéntelo meticulosamente. Describa la conducta del cliente e indique que avisó al cliente del riesgo de no seguir sus instrucciones.

Derechos de los profesionales de enfermería

- **A un ambiente seguro:** Usted tiene derecho a un ambiente laboral seguro, derecho a disponer de medios para protegerse de contagios, radiaciones.
- **Condiciones de trabajo idóneos:** Jornadas laborales en la que se respeten su horario y descansos.
- **A no sufrir acoso sexual:** El acoso sexual tiene el efecto de interferir de forma importante con su rendimiento laboral o de crear un ambiente de intimidación, hostil u ofensivo.

Responsabilidades de los profesionales de enfermería

- **Práctica segura:** No ponga en peligro la seguridad de los clientes confiados a su cuidado. Como parte del mantenimiento de sus habilidades clínicas, se espera que usted adquiera y mantenga conocimientos actualizados de la práctica de enfermería.

- **Responsabilidad de no abandonar a los clientes:** Usted tiene la responsabilidad de prestar cuidados cuando no haya otro profesional disponible que se encargue de la seguridad del cliente, o cuando el personal sea escaso.

Razonamiento crítico y aspectos legales del proceso de enfermería

Valoración

El proceso de valoración puede causar daños al usuario si no se obtiene información importante o si no se comunica a la persona adecuada.

Diagnóstico

En la fase diagnóstica del Proceso de Enfermería se puede incurrir en varios tipos de errores:

1. Basar el diagnóstico en una recolección de datos incorrecta o incompleta.
2. Una interpretación incorrecta de los datos de valoración por haber llegado a conclusiones prematuras o haber permitido que prejuicios personales afectasen a la interpretación.
3. Formular diagnósticos de enfermería sin el suficiente conocimiento o experiencia clínica.

Cualquiera de estos tipos de errores diagnósticos puede provocar lesiones en el usuario. Con el fin de evitarlos, utilice su capacidad de razonamiento crítico y no tenga miedo de hacer preguntas.

Planeación

En esta fase, se supone que debe usted utilizar su capacidad de razonamiento crítico para crear un plan que sea adecuado para resolver el diagnóstico de enfermería del cliente. Su plan debe abordar los problemas importantes del usuario e incluir actuaciones que tengan posibilidades de ser efectivas.

Ejecución

Esta fase está llena de oportunidades de prestar una atención segura y efectiva. Es también la fase en la que los errores del tratamiento pueden provocar graves lesiones en el usuario. El fracaso en la protección del paciente frente a las lesiones puede llevar a demandas. La aplicación del Proceso de Enfermería exige de usted razonamiento crítico a través de sus preguntas y suposiciones al tiempo que presta cuidados, y estar alerta ante señales que exijan mayor investigación.

Evaluación

Una de las fases de mayor dificultad del Proceso de Enfermería es la evaluación de la información para realizar juicios sobre el progreso. Cuando se evalúan todos los datos de que dispone sobre el paciente, se está haciendo juicio clínico. Estos juicios le llevarán a continuar o alterar el plan de cuidados. Cuando se evalúe la información que tiene importancia para el estado del usuario, utilice los recursos de que disponga. Si se llega a dudar, actúe siguiendo lo que le preocupa, aún a riesgo de creer que hace el ridículo. Puede salvar la vida de un usuario planteando preguntas a la persona correcta o comunicando lo que le preocupa.

Evaluación

Phaneuf (1999) define esta fase como un juicio comparativo sistemático sobre el estado de la persona, emitido en el momento de finalizar el plazo fijado en los objetivos. Al medir el proceso realizado, la enfermera debe darse cuenta de los resultados obtenidos y de la eficacia de las acciones.

Una vez ejecutado el plan de cuidados, la etapa siguiente es la de Evaluación; por tanto, es la etapa final del proceso de enfermería. Evaluar es comparar una situación con los resultados esperados, por consiguiente, la evaluación es un juicio relativo a la forma en que los problemas se están resolviendo, basado en una situación presente.

La evaluación a de ser planificada y sistemática, lo que supone una actividad intelectual que requiere orden para dar continuidad al ciclo dinámico en el que se desarrolla la atención de enfermería. La evaluación es el instrumento que poseen las enfermeras para medir la calidad de los cuidados que realizan, y de esta forma determinar si los planes han sido eficaces, si necesitan introducir cambios o, por el contrario, se dan por finalizados.

Propósito de la evaluación

En relación con el proceso de enfermería, la evaluación tiene como propósito fundamental determinar el progreso de las personas o grupos para mejorar, aliviar o recuperar su situación de salud. Su repercusión es directamente proporcional a la satisfacción de las personas que han entrado en el sistema de cuidados de salud: los pacientes y las enfermeras por lo tanto la finalidad de la evaluación es:

- Verificar la consecución de los objetivos.
- Tratar de averiguar lo que podría mejorarse.
- Rectificar el curso de la acción.
- Asegurar unos cuidados de calidad.

Evaluación de resultados: Fernández Ferrín (1993) considera como el punto de partida de este tipo de evaluación en el producto final. Dado que los objetivos de la atención de enfermería, consisten en eliminar los problemas, detener su progresión, restablecer la capacidad del patrón funcional y eliminar el dolor y el sufrimiento; el éxito de la calidad de la atención de enfermería debe medirse en estos términos si se alcanzan los objetivos, además de los de prevención. Para ofrecer unos cuidados de calidad hay que evaluarlos, tratar de ver donde están las fallas y buscar los medios para arreglarlas.

La evaluación de resultados se refiere, por tanto, a la comparación entre el resultado real de la situación del paciente después de las intervenciones de enfermería y el resultado esperado planteado en términos de objetivos. La evaluación de resultados la realiza la enfermera, conjuntamente con el paciente, para verificar primordialmente la eficacia de sus acciones.

El proceso de la evaluación

¿Qué evaluar?

Aunque el objetivo siga siendo el primer elemento que hay que evaluar, no es el único. Enfermería debe realizar la evaluación de los otros componentes del plan de cuidados: a veces ocurre que la evaluación de la situación no responde a las expectativas de la enfermera; los objetivos no se han cumplido y la evaluación de los resultados no explica las razones de este estancamiento. Asimismo, el estado de la persona puede haberse modificado hasta el punto de que todo el proceso que se ha puesto en marcha ya no es eficaz.

Además, siempre es importante evaluar la satisfacción de la persona cuidada, Virginia Henderson, señala "La observación continua y la interpretación de las reacciones del enfermo, comparadas con la manera como el enfermo considera la ayuda que necesita y la actuación que de ella se deriva, son la garantía de la eficacia de los cuidados".

Los elementos de la evaluación:

- La consecución del objetivo o los resultados obtenidos.
- El conjunto del proceso seguido.
- La satisfacción de la persona.

¿Cómo evaluar?

La enfermera procede a la evaluación observando el comportamiento de la persona, ve si tiene buen apetito, si duerme bien, charla con ella y consulta la historia clínica.

Las fuentes de la evaluación:

- La observación del comportamiento.
- La entrevista con la persona.
- La consulta de la historia clínica.

¿Cuándo evaluar?

Ya se ha mencionado que los enunciados de los objetivos incluyen un plazo para las evaluaciones, este plazo no siempre significa que se haya alcanzado el objetivo en este momento; puede significar que este momento se considera adecuado para emitir un juicio sobre la situación.

Secuencia para realizar la evaluación de resultados

1. Obtener datos que se reúnen mediante la observación y la entrevista directamente con el paciente.
2. Comparar; una vez obtenidos los datos, se establece la comparación entre el resultado esperado -objetivo y el resultado real - situación del problema del paciente.
3. Elaborar un juicio o una conclusión con el fin de finalizar el plan o de iniciar el proceso de retroalimentación, si los resultados - esperados y reales - no coinciden.

1. Obtención de datos

Los datos se obtienen por:

- Entrevista del paciente: La entrevista puede realizarse mientras se administran los cuidados, para obtener información sobre las preocupaciones, el estado físico o emocional y los conocimientos que el paciente tiene sobre su situación.

- Observación directa: Implica una cuidadosa y amplia valoración de las señales relativas al aspecto y comparación del paciente.
- Exploración física: Implica la utilización de las técnicas de inspección, palpación, percusión y auscultación para obtener datos relativos al estado del paciente.
- Repaso de los documentos: La revisión de los registros médicos del paciente resulta útil a la hora de obtener la información sobre el estado de salud del paciente.

2. Comparación de los datos con los resultados

Después de obtener los datos, la enfermera compara el estado de salud actual del paciente con los resultados definidos en el plan de atención. Ejemplo: Dx. de Enfermería: Deterioro de la integridad cutánea relacionado con una prolongada inmovilidad. Resultado: Durante toda la hospitalización, no hay signos de úlceras cutáneas en las prominencias óseas. Y para evaluar este resultado, la enfermera examinará detalladamente la piel del paciente, prestando particular atención al sacro, codos, caderas y talones.

3. Juicios sobre el progreso

Después de obtener los datos sobre el estado de salud del paciente y comparar los datos con los resultados, la enfermera emite un juicio sobre el logro del resultado por parte del paciente. Existen dos posibles respuestas:

Se ha logrado el resultado

- Se ha resuelto el diagnóstico de enfermería. En caso de lograrse el resultado, el Dx. de enfermería identifica una respuesta humana que se ha resuelto y que ya no es actual. Una vez resuelto el Dx. de enfermería, se revisa el plan de atención. Se tacha el Dx. de enfermería, los resultados y las intervenciones, o haciendo una señal en otra columna con la fecha de resolución.

No se ha logrado el resultado

- El patrón de salud continúa disfuncional o bien la respuesta humana no es apropiada. Cuando no se logran los resultados, lo primero que hace la enfermera es revisar la respuesta humana para determinar si describe con exactitud el estado del paciente. El proceso se realiza comparando las características que lo definen,

asociadas al diagnóstico, con los síntomas del paciente. Si el diagnóstico no es pertinente para los problemas del paciente, se utilizan las técnicas de valoración para reunir más datos. Esto puede conducir a la revisión de la respuesta humana, del resultado y de las intervenciones.

Fernandez Ferrín (1993) menciona varios tipos de resultados posibles, para lo cual se toma en cuenta los objetivos que en este caso serían los indicadores de respuestas esperadas y pueden ser:

- **Resultados positivos:** cuando se ha logrado el objetivo.
- **Resultados negativos:** los resultados no coinciden, la persona no ha logrado el objetivo, se recomienda iniciar el proceso de retroalimentación.
- **Resultados anticipados:** son resultados positivos o negativos que se han producido antes de realizar las actividades planificadas.
- **Resultados inesperados:** son resultados negativos que surgen como consecuencia de que ha aparecido un nuevo problema o complicación potencial.

Razonamiento crítico y evaluación

Está claro que la evaluación no puede tener lugar sin el razonamiento crítico. El proceso de realización de juicios se basa en la capacidad de analizar de forma crítica la información presentada. Cuando usted ordena los datos y determina qué otros hechos necesita para evaluar el progreso del cliente, utiliza el razonamiento crítico y la habilidad analítica.

Evaluación y la calidad de los cuidados

La garantía de calidad supone el control sistemático de la calidad y tomar las medidas necesarias para mejorar la asistencia. La mejoría de la calidad, que se desarrolla a partir de la garantía de calidad, se centra más en la mejora del sistema en el que se presta la asistencia. Por ejemplo: el control de la garantía de calidad puede evaluar cómo sigue el profesional de enfermería la política de poner la fecha en el sistema de tubos intravenosos.

Los esfuerzos para mejorar la calidad se pueden centrar en el sistema de almacenar material y líquidos intravenosos en la unidad de enfermería para asegurarse de que el material está fácilmente accesible cuando es necesario. En resumen, la garantía de calidad se centra en su rendimiento, mientras que la mejoría de calidad se centra en el rendimiento del sistema.

La garantía de calidad y el proceso de mejoría de la misma utilizan los mismos pasos que el Proceso de Enfermería.

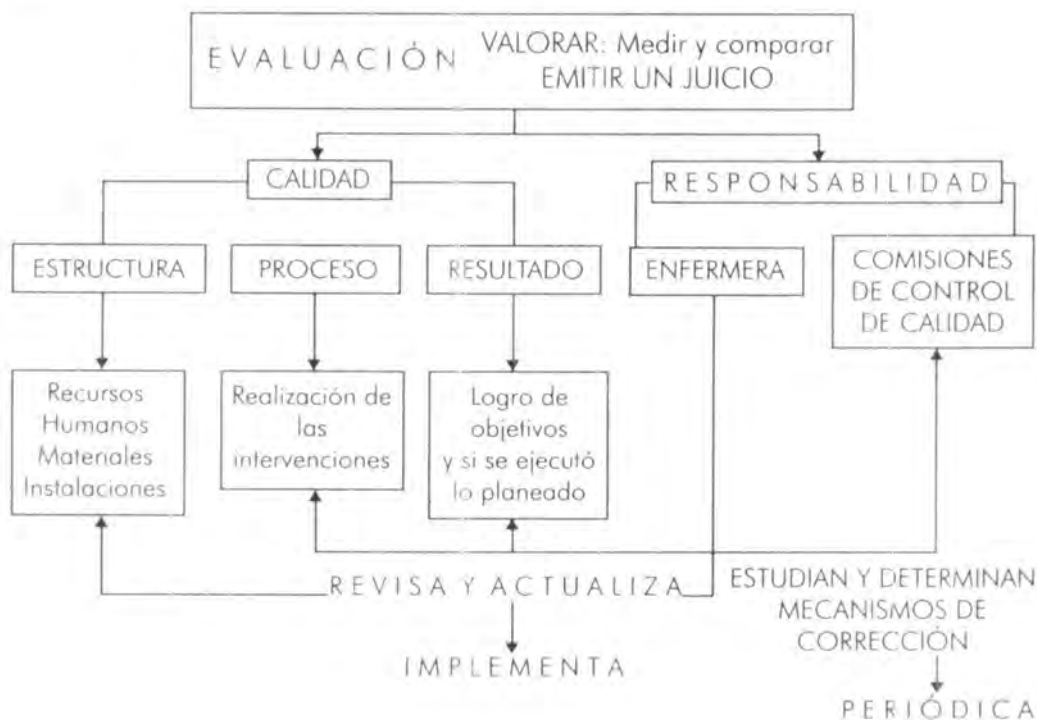
Valoración: ¿Cuál es el proceso que necesita ser mejorado? ¿Qué información se debe reunir para comprender este proceso? ¿Quién la debe reunir y cuándo?

Diagnóstico: Basándose en los datos de la valoración, ¿cuál es el problema que está impidiendo unos cuidados de calidad? ¿Qué está provocando la elevación de los costes, el descontento de los clientes y los profesionales, los retrasos o las pérdidas?

Planificación: ¿Qué cambios sugiere el equipo para mejorar el proceso? ¿Cómo se realizan estos cambios? ¿Quién es necesario que participe en el proceso de cambio? ¿Cómo sabremos que los cambios han tenido éxito?

Ejecución: En esta fase, se ejecutan los cambios después de una meticulosa preparación, planificación y comunicación.

Evaluación: Esta fase, en el Proceso de Enfermería, consiste en determinar la eficacia del cambio. Se reúnen más datos y se comparan con los de valoración para determinar si se ha producido mejoría.



Actualmente con la necesidad que tiene enfermería de unificar y estandarizar un lenguaje propio de la disciplina, en esta fase se ha trabajado en el proyecto de lowa: la Clasificación de Resultados de Enfermería (CRE) o *Nursing Outcomes Classification* (NOC).

Este se desarrolló por la necesidad de obtener información sobre los resultados de los pacientes que dependen de los cuidados enfermeros, sin estos datos, las organizaciones tienen escasa información en qué basar las decisiones sobre la dotación de personal, la relación de costo-efectividad que apoye cambios estructurales o sistemas en el proceso de administración de cuidados de enfermería.

Jonson, M., et. al. (2000) definen un resultado como “un estado de conducta o percepción variable de un paciente o cuidador familiar sensible a intervenciones de enfermería y conceptualizado a niveles medios de abstracción”.

El uso de resultados estandarizados permitirá la comparación de estos con los pacientes entre los diferentes ámbitos y aumentará el conocimiento de los efectos de los cambios estructurales y de los procesos sobre los resultados de los pacientes y la calidad asistencial.

Los resultados del paciente sirven como criterio para juzgar el éxito de una intervención de enfermería.

Describen el estado, conductas, respuestas y sentimientos de un paciente derivados de los cuidados proporcionados.

Incluye resultados individuales, familiares y comunitarios influidos por intervenciones de enfermería independientes y de colaboración, dado que los resultados describen el estado del paciente, otras disciplinas pueden considerarlos útiles para la evaluación de sus intervenciones.

El NOC incluye 260 resultados agrupados en 7 campos o dominios, 29 clases:

DOMINIO	CLASES
I. Salud Funcional	A. Mantenimiento de la energía B. Crecimiento y desarrollo C. Movilidad D. Autocuidado

DOMINIO	CLASES
II. Salud fisiológica	E. Cardiopulmonar F. Eliminación G. Líquidos y electrolitos H. Respuesta inmune I. Regulación metabólica J. Neurocognitiva K. Nutrición a. Respuesta terapéutica L. Integridad tisular y Función sensitiva
III. Salud Psicosocial	M. Bienestar psicológico N. Adaptación psicosocial O. Autocontrol P. Interacción social
IV. Conocimiento y conducta en salud	Q. Conducta en salud R. Creencias sobre la salud S. Conocimiento sobre la salud T. Control del riesgo y seguridad
V. Salud percibida	U. Salud y calidad de vida V. Sintomatología. Salud familiar W. Estado del cuidador familiar Z. Estado de salud de los miembros de la familia X. Bienestar familiar
VII. Salud comunitaria	b- Bienestar comunitario c- Protección de la salud comunitaria.

Cada resultado tiene una etiqueta, una definición, una lista de indicadores para evaluar el estado del paciente en relación al resultado, medido este con una

escala tipo Likert de 5 puntos Jonson, M Bulechek, G., McCloskey, J., Mass, M (2002). Ejemplo:

- | | |
|---------------------------------|---------------|
| 1. Extremadamente comprometida. | 1. Mala. |
| 2. Muy comprometida. | 2. Adecuada. |
| 3. Moderadamente comprometida. | 3. Media. |
| 4. Levemente comprometida. | 4. Buena. |
| 5. No comprometida. | 5. Excelente. |

Bibliografía

Alfaro-Lefevre R. (1999). *Aplicación del Proceso de Enfermería. Guía práctica*. (4ª ed.). Springer: Barcelona.

Fernández Ferrín C. (1993). *El proceso de atención de enfermería*. Barcelona: Masson/Salvat.

Gordon M. (1996). *Diagnóstico Enfermero. Proceso y Aplicación*. (3ª ed.). Barcelona: Mosby/ Doyma.

Derbez G. (1999). Sin un lenguaje la enfermera es invisible en el sistema de salud. *Rev. Enfermería Siglo XXI*.;1(2): 5-7.

Diagnósticos Enfermeros de la NANDA (1999) Definiciones y Clasificaciones 1999 –2000. Madrid: Harcourt.

Iyer P., Taptich Bernochi- Losey. (1997). *Proceso de Enfermería y Diagnóstico de Enfermería*. (3ª ed.). España: Interamericana - McGraw-Hill.

Jiménez T. , Gutiérrez E. (1997). *El proceso de Enfermería*. Colombia: Orión.

Jonson, M., Bulechek, G., Mc Closkey, J., Mass, M., Moorhead, S. (2002). *Diagnósticos Enfermeros, resultados e intervenciones: Interrelaciones NANDA, NOC, NIC*. Madrid: Harcourt Mosby.

Jonson, M., Mass, M., Moorhead, S. (2000). *Clasificación de Resultados de Enfermería*. (2ª ed.). Madrid: Harcourt Mosby.

- Kozier B. (1999). *Técnicas en Enfermería Clínica* (4ª ed.) (Vol. I): Madrid: Mc Graw-Hill Interamericana.
- Lefebvre M., Dupuis A., (1995). *Juicio Clínico en Cuidados de Enfermería*. Barcelona: Masson.
- Luis M.T. (1998). *Diagnóstico Enfermero*. (3ª ed.). Madrid: Harcourt.
- McCloskey C., Bulechek, M. G. (2001). *Clasificación de Intervenciones de Enfermería (CIE)* (3ª ed.). Madrid: Harcourt.
- NANDA. *Diagnósticos Enfermeros. Definiciones y clasificaciones 2001-2002* (2001). Madrid: Harcourt.
- NANDA. *Diagnósticos Enfermeros. Definiciones y clasificaciones 2003-2004*. (2003). Madrid: Harcourt.
- Phaneuf M. (1999). *La planificación de los cuidados enfermeros*. México: Mc Graw-Hill Interamericana.
- Potter P. (1992). *Valoración Física*. Madrid: Interamericana - Mc Graw-Hill.
- Sánchez Linares A., Sanz Penon C. (2001). Protocolizar las actividades de enfermería. *Rev. ROL Enf.*;24(1):67-74
- Tomás Vidal T. (1996). *Planificación de cuidados de enfermería*. Madrid: OLALLA.

Apéndice 1

HISTORIA DE ENFERMERÍA POR PATRONES FUNCIONALES Entrevista

Nombre _____
Prefiere lo llamen _____ Fecha _____
Información otorgada por _____
Edad _____ Estado civil _____ Domicilio actual (calle, Núm, Colonia,) _____
C.P. _____ Teléfono _____
Escolaridad _____

Complete la información. Incluya las palabras del paciente, marque con una X según la respuesta del paciente.
Y escriba NA si no es aplicable.

- Cómo ha sido su estado general de salud? _____
- Últimamente ¿qué enfermedades ha padecido? _____
- ¿Qué medida ha tomado respecto a la salud para mantenerse sano?

Ejercicio	Sí <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>
Alimentación balanceada	Sí <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>
Remedios caseros	Sí <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>
Otros		
Consumo de alcohol	Sí <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>
Consumo de tabaco	Sí <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>
Consumo de drogas	Sí <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>

En caso de ser afirmativo especifique frecuencia y cantidad.

• Medicamentos que toma actualmente

Medicamento	Dosis/frecuencia	Última dosis
_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____

• Ha estado hospitalizado? Sí No

Ha sido sometido a:

intervención quirúrgica Sí No fecha _____

Radioterapia Sí No

Quimioterapia Sí No

Transfusiones Sí No

Describe estas experiencias _____

• ALERGIAS:

Fármacos Sí No

Medios de contrastes Sí No

Alimentos Sí No

Ninguna conocida Sí No

Transfusiones Sí No

Otros:

Agente específico

Describir la reacción (si se conoce)

_____	_____
_____	_____
_____	_____

NUTRICIONAL Y METABÓLICO

• Describa su comida típica al desayuno, almuerzo y comida, incluya horario (tipo, cantidad)

• Describa los líquidos que toma diariamente (tipo, cantidad) _____

• ¿Ha perdido o ganado peso (cuánto)? _____

• ¿Cómo ha sido su apetito? Cambios Sí _____ No
causas: _____

- ¿Qué alimentos prefiere? _____
- ¿Qué alimentos no apetece? _____
- ¿Algún malestar asociado a los alimentos? _____

Náuseas Sí No

Pirosis Sí No

Eructos Sí No

Dispepsia Sí No

Anorexia Sí No

Vómito Sí No

Distensión Sí No

otros

- ¿Cicatrizan fácilmente las heridas? Sí No
- Se edematiza (hincha) de las extremidades inf. Sí No Especifique _____

ELIMINACIÓN

Urinaria

- Problemas para orinar. Sí No Alteración específica _____
- Olor _____ Color _____
- Frecuencia _____ Cantidad _____ (aproximada)
- Se levanta en las noches a orinar. Sí No
- En los hombres: Las características del chorro _____
- Se queda con ganas de seguir orinando. Sí No

Intestinal:

- Patrón de defecación diaria _____ Alteración específica _____
- Ha presentado dificultad en la eliminación intestinal Sí No
alteración específica _____
- ¿Toma algo para ayudarse en la eliminación intestinal? Sí No Que toma _____
- Sudoración Excesiva Sí No

ACTIVIDAD Y EJERCICIO

- ¿Tiene suficientes energías para realizar las actividades que desea y debe cumplir? Sí No
- ¿Qué tipo de ejercicio practica y con qué frecuencia? _____

- ¿Qué actividades puede cumplir sin fatigarse? _____

- ¿Qué actividades le fatigan? _____

- Medidas de higiene utilizadas: Baño _____ Cambio de ropa _____

- Enfermedades respiratorias _____ Frecuencia _____

- Tos Sí No Expectoración Sí No Especificar características _____

- Palpitaciones Sí No

- ¿Cómo se siente después de subir 8 o 10 escalones? _____

Capacidades en las actividades de la vida diaria		
	Calificación funcional de niveles	
Baño		Nivel 0: Completo autocuidado
Vestido		Nivel I: Necesita el uso de un equipo o dispositivo
Arreglo personal		Nivel II: Requiere ayuda o supervisión de otra persona
Eliminación		Nivel III: Requiere ayuda de otra persona (y equipo o dispositivo)
Alimentación		Nivel IV: Es dependiente y no colabora
Traslados		

PATRÓN DE DESCANSO / SUEÑO

- ¿Cuántas horas acostumbra dormir diariamente? _____

- ¿Amanece descansado y listo para las actividades del día? _____

- Prácticas o rutinas especiales para dormir _____

- Condiciones ambientales que le favorecen al sueño: _____

- Cambios de comportamiento asociados a la falta de sueño _____

- Horario acostumbrado para dormir _____

- ¿Se despierta de noche? Sí No Razones _____

- ¿Con cuántas almohadas se duerme? _____

COGNITIVO PERCEPTUAL

- Orientación: Persona _____ Tiempo _____ Espacio _____
- ¿Tiene facilidad para aprender cosas nuevas? Sí No
- ¿Tiene alguna incomodidad? _____
- Habla: Congruente Sí No
- Habla: fluida Sí No
- Usa anteojos Sí No
- Prótesis ocular Sí No
- Convulsiones Sí No
- Temblores Sí No
- Tics Sí No
- Ayuda para la audición Sí No

AUTOPERCEPCIÓN – AUTOCONCEPTO

- ¿Cómo se describe a sí mismo? _____
- _____
- _____
- ¿Cómo se siente estando enfermo? _____
- ¿A quien acude cuando tiene problemas? _____
- ¿En qué consiste su trabajo? _____
- ¿Cómo considera su imagen corporal? _____
- ¿Cuáles son sus responsabilidades en el hogar? _____
- _____
- ¿Tiene alguna discapacidad? (uso de prótesis) _____
- Postura corporal libremente escogida Sí No
- Camina constantemente cuando está hablando Sí No
- Se frota las manos al explicar situaciones que se le indican Sí No
- Mantiene contacto acular cuando se le habla Sí No

ROL RELACIONES

- Vive solo(a) o con la familia _____
- Genograma: con edad, sexo, ocupación, estado de salud

• Describa la relación con su familia: Padres _____

Hermanos _____

• ¿Existe algún problema familiar difícil de manejar? Sí No especificar _____

• ¿Cuándo hay problemas familiares cómo los resuelve? _____

• ¿Es usted el que sostiene la familia? Sí No

• ¿Cómo están afrontando ellos esta situación de su ausencia o enfermedad? _____

• ¿Tiene dificultades en sus relaciones con otros diferentes a su familia? _____

• ¿Está contento con su trabajo (si estudia, está contento con su estudio)? Sí No

• Mencione el nombre de cinco personas que recuerde _____

• ¿A qué grupos pertenece (clubes, equipos, acción comunal, iglesia) _____

• ¿Continúa relacionándose con sus amigos? _____

REPRODUCTIVO SEXUAL

• Menarquia _____ Ciclo Menstrual _____ FUM _____ Inicio de vida

sexual _____ Utiliza algún método anticonceptivo: Sí No

de que tipo _____

• Tiene problemas con el método anticonceptivo? :Sí No especifique _____

• Embarazos _____ Partos _____ Cesáreas _____ Abortos _____ FUP _____

• Problemas con la menstruación Sí No Especifique _____

• ¿Se han presentado cambios o problemas en sus relaciones sexuales? Sí No

Disfunción eréctil Sí No Eyacuación precoz Sí No

• ¿Practica el sexo seguro? Sí No

• ¿Las relaciones sexuales son satisfactorias? Sí No

TOLERANCIA Y ENFRENTAMIENTO AL ESTRÉS

• ¿Ha tenido situaciones difíciles últimamente?, descríbalas _____

- ¿Cómo ha enfrentado esta situación? _____

- ¿Cree que de ese modo puede solucionarlo? Sí No Especifique _____
- ¿Se siente preocupado o temeroso a veces? Sí No Especifique _____
- ¿Qué hace cuando no puede soportar esos asuntos que le preocupan?

¿Toma drogas? Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	¿Habla con alguien? Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>
¿Alcohol? Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	¿Se queda callado? Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>
¿Se va a otra parte? Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	¿Se pone de mal genio? Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>
¿Fuma? Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	¿Le da hambre? Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>
- ¿cómo se siente cuando está estresado? _____

CREENCIAS Y VALORES

- Religión que practica _____
- *¿Qué es importante para usted en la vida? _____

- ¿Qué otras cosas son importantes? _____

- ¿Hay aspectos de sus creencias sobre la vida o su religión que le ayuden a enfrentar su situación actual? _____

EXAMEN FÍSICO

EXAMEN FÍSICO CEFALOCAUDAL ASOCIADO CON LOS PATRONES FUNCIONALES

Peso _____ kg Talla _____ cm

Signos vitales: T.A. _____ F.C. _____ F.R. _____ Temp. _____ °C

* Material de apoyo de la materia Fundamentos 1 Agosto 2000. Elaborada por: MAAE, Rosa Ma. Gpe. Andrade Cepeda.

PATRÓN COGNITIVO PERCEPTUAL

Visión

	Agudeza Visual	Pupila Tamaño	Reacción	Movimiento ocular	conjuntiva	Córnea
O. D.						
O. I.						

Audición

	Agudeza Auditiva	Pabellón Auricular	Conducto Auditivo
O. D.			
O. I.			

Olfato

Normal Sí No Alteraciones. Especifique _____

ACTIVIDAD EJERCICIO

Movilidad en general:

	NORMAL	REFLEJOS	ESPÁSTICO	FLÁCIDO	PARESIA	PLEJIA
Brazo D.						
Brazo I.						
Brazo D.						
Brazo I.						

Otros especifique _____

Habilidad para deambulaci3n:

Independiente Sí No Requiere ayuda Sí No
 Marcha Estable Sí No

CIRCULACIÓN

Tórax anterior:

Mamas: simétricas Sí No Masas: Sí No Alteración especifique _____

Ruidos cardíacos: Normal Sí No

F. Aórtico _____

F. Pulmonar _____

F. Tricúspide _____

F. Mitral _____

Pulsos:

	CAROTIDEO	BRAQUIAL	RADIAL	POPITILEO	PEDIO
Derecho					
Izquierdo					

F = fuerte D = débil A = ausente

Frecuencia _____ Regular Irregular Fuerte Débil

Llenado capilar _____ seg.

Tensión arterial: Sentado _____ Acostado _____

Ingurgitación yugular Sí No Disnea Sí No Especificar _____

Edema Sí No Várices Sí No Otros especifique _____

Tipo de respiración

Eupnea
 Bradipnea
 Polipnea
 Taquipnea
 Otra _____

Fosas nasales

Normales
 Hiperémicas
 Secreciones
 Color _____
 Dolor _____
 Edema
 Pólipos
 Desviación del _____
 Tabique

Senos paranasales

Sensibilidad

Tórax

Normal
 Tonel
 En quilla
 En embudo
 Uso de múscu-
 los accesorios

Pared torácica

- Temperatura
- Normal
- Alteración
- Piel íntegra
- Lesiones
- Dolor _____

-
- Depresiones
 - Tumoración
 - Inflamación

Expansión

- Simétrica
- Asimétrica
- Disminuida

Frémito vocal (táctil)

- Presente
- Simétrico
- bilateral
- Disminuido
- Ausente
- Incrementado
- Especificar _____

-
- colocar
 - D (derecho)
 - I (izquierdo)

Percusión torácica

- Resonancia
- Simétrica
- Asimétrica
- Matidez

Auscultación

- Murmulla
- vesicular
- Broncovesicular
- Bronquial

Ruidos adventicios

- Crepitantes
- (estertores
broncopulmonares)
- Roncus
- (gorgoteo)
- Roche
- Sibilantes

PATRON NUTRICIONAL METABÓLICO

Labios

- Simétricos
- Lesiones
- Mucosa bucal
- Rosa brillante
- Hidratada
- Lesiones
- Aftas
- Halitosis

Dientes

- Completos
- Adoncia total
- Adoncia parcial
- Caries

Encías

- Rosadas
- Enrojecidas
- Inflamadas
- Hemorragia
- Sensibles

Lengua

- Central móvil
- Ulcerada
- Saburral
- Otro

Amígdalas

- Normal
- Hiperémicas
- Hipertróficas

Abdomen

- Color uniforme
- Piel tensa
- brillante
- Erupciones
- Cicatrices
- Estrías
- Ombigo
- Simétrica
- Hernia
- Liso
- Redondeado
- (globoso)
- En botea
- Distensión
- Peristaltismo visible
- Pulsación aórtica visible

Ruidos peristálticos

- Presentes
- Ausentes
- Disminuidos
- o hipoactivos
- Hiperactivos
- Abdomen
- depresible
- Hipersensible
- Masas
- superficiales
- Tenso
- Dolor

PIEL	Coloración					
	Normal	<input type="checkbox"/>	Turgencia Normal	<input type="checkbox"/>	Telangiectasias	<input type="checkbox"/>
	Ictérica	<input type="checkbox"/>	S. lienzos húmedo	<input type="checkbox"/>	Petequias	<input type="checkbox"/>
	Pálida	<input type="checkbox"/>	Edema	<input type="checkbox"/>	Equimosis	<input type="checkbox"/>
	Cianótica	<input type="checkbox"/>	_____		Léntigo senil	<input type="checkbox"/>
	Marmórea	<input type="checkbox"/>	_____		Uñas	
	Eritema	<input type="checkbox"/>	Lesiones		Lisa	<input type="checkbox"/>
	Otro _____		_____		Convexa	<input type="checkbox"/>
	Textura		_____		Dedos en palillo	<input type="checkbox"/>
	Áspera	<input type="checkbox"/>	Húmeda	<input type="checkbox"/>	de tambor	<input type="checkbox"/>
Suave	<input type="checkbox"/>	Temperatura	<input type="checkbox"/>	otro _____		
		Normal uniforme	<input type="checkbox"/>	_____		

PATRÓN REPRODUCTIVO SEXUAL**Genitales externos**

Características: Normal _____ Alteraciones _____ Especifique _____

Distribución del vello púbico _____ Secreción vaginal/peneana _____

Descenso de testículos _____

Hernia _____

FECHA _____ HORA _____ NOMBRE _____

Apéndice 2

HISTORIA DE ENFERMERÍA ORGANIZADA POR PATRONES FUNCIONALES PARA PACIENTES HOSPITALIZADOS

Complete la información. Incluya las palabras del paciente. Indique **NA** si no es aplicable.

Nombre _____
Servicio _____ cama _____ edad _____ Estado civil _____
Domicilio actual(calle,No.,Colonia,) _____
C.P. _____ Teléfono _____ Escolaridad _____ fecha _____
Médico tratante _____ Dx- médico _____
Motivo de ingreso (palabras del paciente) _____

PERCEPCIÓN / MANTENIMIENTO DE LA SALUD

Conoce y comprende su diagnóstico médico Sí No especificar _____

• Ha estado hospitalizado? Sí No

Ha sido sometido a:

intervención quirúrgica Sí No fecha _____

Radioterapia Sí No

Quimioterapia Sí No

Transfusiones Sí No

Describe estas experiencias _____

• Medicamentos que toma actualmente

Medicamento	Dosis/frecuencia	Última dosis
_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____

Consumo de alcohol Sí No

Consumo de tabaco Sí No

Consumo de drogas Sí No

En caso de ser afirmativo especifique frecuencia y cantidad _____

• ALERGIAS:

Fármacos Sí No

Alimentos Sí No

Transfusiones Sí No

Otros:

Medios de contrastes Sí No

Ninguna conocida Sí No

Agente específico

Describir la reacción (si se conoce)

_____	_____
_____	_____
_____	_____

NUTRICIONAL Y METABÓLICO

Peso _____ Talla _____

Dieta: Ayuno _____ Normal _____ Líquida _____ Blanda _____ Terapéutica _____

Vía: oral _____ SNG _____ Gastrostomía _____ Yeyunostomía _____

NTP _____

• ¿Qué alimentos prefiere? _____

• ¿Qué alimentos no apetece? _____

• ¿Algún malestar asociado a los alimentos? _____

Náuseas Sí No

Ercutos Sí No

Anorexia Sí No

Distensión Sí No

Pirosis Sí No

Dispepsia Sí No

Vómito Sí No

Mucosa bucal		Abdomen		Ruidos peristálticos		Abdomen	
Rosa brillante	<input type="checkbox"/>	Liso	<input type="checkbox"/>	Presentes	<input type="checkbox"/>	Depresible	<input type="checkbox"/>
Hidratada	<input type="checkbox"/>	Redondeada	<input type="checkbox"/>	Ausentes	<input type="checkbox"/>	Hipersensible	<input type="checkbox"/>
Lesiones	<input type="checkbox"/>	(globoso)	<input type="checkbox"/>	Disminuidos	<input type="checkbox"/>	Dolar	<input type="checkbox"/>
Aftas	<input type="checkbox"/>	En batea	<input type="checkbox"/>	o hipoactivos	<input type="checkbox"/>		
Halitosis	<input type="checkbox"/>	Distensión	<input type="checkbox"/>	hiperactivos	<input type="checkbox"/>		

Piel

Coloración: Normal Pálida Ictérica Cianótica Otra _____
 Turgencia normal Poca turgencia Signo de lienzo húmedo _____
 Lesiones Sí No Especificar localización y tipo _____

Fluidoterapia parenteral:

- Venoclisis: Localización _____ catéter No (color) _____ fecha _____ Estado de la piel _____
- Líquidos _____ Gotas X' _____ ML/ hora _____
- Bomba de infusión Normogotero Microgotero
- Transfusión
- Balance de líquidos de 24 hs. _____

ELIMINACIÓN**Urinaria**

- Problemas para orinar Sí No Alteración específica _____
- Olor _____ Color _____
- Frecuencia _____ Cantidad _____ (aproximada)
- Se levanta en las noches a orinar Sí No
- En los hombres: Las características del chorro _____
- Se queda con ganas de seguir orinando. Sí No
- Sonda foley: Calibre _____ Fecha de inserción _____ Intermitente _____
- Características de la orina _____
- Volumen urinario _____ Globo vesical _____

Intestinal:

- Patrón de defecación diaria _____ Alteración específica _____
- Ha presentado dificultad en la eliminación intestinal Sí No alteración específica _____

- Toma algo para ayudarse en la eliminación intestinal: Sí No Qué toma _____
 Colostomía: Sí No localización _____ características _____
 Esfínter anal con control normal: Sí No Incontinencia: Sí No
 Describir características de las heces _____
 Drenajes _____ Especifique características _____
- Sudoración Excesiva: Sí No

ACTIVIDAD EJERCICIO

- ¿Tiene energías para realizar las actividades? _____
- ¿Qué actividades le fatigan? _____
- Medidas de higiene utilizadas: Baño _____ Cambio de ropa _____

Capacidades en las actividades de la vida diaria

Calificación funcional
de niveles

Baño		Nivel 0: Completo autocuidado
Vestido		Nivel I: Necesita el uso de un equipo o dispositivo
Arreglo personal		Nivel II: Requiere ayuda o supervisión de otra persona
Eliminación		Nivel III: Requiere ayuda de otra persona (y equipo o dispositivo)
Alimentación		Nivel IV: Es dependiente y no colabora
Traslados		

- Movilidad normal de los miembros: Sí No
- Debilidad hemiplejía hemiparesia contracturas dolor
- Otros _____

- Tos: Sí No Expectorcación: Sí No Especificar características _____

Posición _____

Tipo de respiración _____

- Frecuencia _____
- Eupnea
- Bradipnea
- Polipnea
- Taquipnea
- Otra _____

Ruidos adventicios

- Crepitantes
(estertores broncopulmonares)
- Roncus (gorgoteo)
- Roce
- Sibilantes

Oxigenoterapia:

Litros x' _____

Mascarilla _____ Cánula de traqueostomía _____

Sonda endotraqueal _____ Nebulizador _____

PulsoFrecuencia Regular Irregular Fuerte Débil

Llenado capilar _____ Seg. Alteraciones: Especifique _____

Tensión arterial: Sentado _____ Acostado _____

Ingurgitación yugular Sí No Disnea Sí No Especificar _____Edema Sí No Várices Sí No Otros especifique _____**PATRON DE DESCANSO / SUEÑO**

• ¿Ha dormido durante su hospitalización? _____ ¿Amanece descansado? _____

• Prácticas o rutinas especiales para dormir _____

• Condiciones ambientales que le favorecen al sueño _____

• Con cuántas almohadas se duerme _____

COGNITIVO PERCEPTUAL• Orientación: Persona tiempo espacio confusión mental sedación • Alerta letárgico coma

• ¿Tiene alguna incomodidad? _____

• Dolor Sí No

• Usa anteojos _____ Prótesis ocular _____

• Lentes de contacto _____ Ayuda para la audición _____

• Habla: Congruente _____ Fluida _____ Anormalidades _____ Especifique _____

• Convulsiones _____ Temblores _____ Tics _____

AUTOPERCEPCIÓN – AUTOCONCEPTO

• ¿Cómo se siente estando enfermo? _____

• ¿Como se describe a usted mismo? _____

• Postura corporal _____ Movimientos _____ Contacto ocular _____

ROL RELACIONES

• ¿Vive solo(a) o con la familia? _____

• ¿ Le gustaría que su familia u otro allegado lo cuiden? Sí No ¿Quién? _____

• ¿Cómo es la relación con su familia? _____

- ¿Es usted el que sostiene la familia? Sí No
- ¿Cómo están afrontando ellos esta situación de su ausencia o enfermedad? _____
- ¿Qué piensa su familia de su enfermedad y tratamiento? _____
- ¿Cómo ha afectado la enfermedad la relación con su familia (roles)? _____
- ¿Continúa relacionándose con sus amigos? _____

REPRODUCTIVO SEXUAL

- Menarquia _____ Ciclo Menstrual _____ FUM _____ Inicio de vida sexual _____
- Utiliza algún método anticonceptivo: Sí No ¿Tiene problemas con los métodos anticonceptivos? Sí No Embarazos _____ Partos _____ Cesáreas _____ Abortos _____
- FUP _____ Problemas con la menstruación: Sí No Especifique _____
- ¿Ha cambiado su pareja (en relación con la vida sexual) por razón de su problema de salud? _____
- ¿Atribuye estos cambios a su estado de salud? Sí No especificar _____
- ¿Cree que el cambio mostrado por el estado de salud (de usted o de la pareja) sea transitorio? _____

TOLERANCIA Y ENFRENTAMIENTO AL ESTRÉS

- (Si es pertinente) ¿Cree que su situación de salud le va a ocasionar dificultades?, cambios. _____
- ¿Cómo ha enfrentado esta situación? _____
- ¿Se siente preocupado o temeroso a veces? _____
- ¿Cómo hace cuando no puede soportar esos asuntos que le preocupan? ¿Toma drogas, alcohol? ¿Se va a otra parte? ¿Se queda callado? ¿Habla con alguien? ¿Se pone de mal genio? _____

CREENCIAS Y VALORES

- Religión que practica _____
- ¿Hay aspectos de sus creencias sobre la vida o su religión que le ayuden a enfrentar su situación actual? _____

NOMBRE _____ FECHA _____

Apéndice 3

VALORACIÓN DE LA FAMILIA CON EL MARCO REFERENCIAL DE PATRONES FUNCIONALES DE GORDON

Familia _____ Dirección _____ Colonia _____
 Teléfono _____ Servicios _____ No. de integrantes _____
 Médicos _____

Escolaridad de los integrantes de la familia _____ _____ _____ _____ _____ _____ _____	Ocupación de los integrantes de la familia _____ _____ _____ _____ _____ _____ _____	Tipo de familia: Nuclear _____ Ampliado _____ Desintegrada _____ Integrada _____
--	--	--

PATRÓN PERCEPCIÓN DE SALUD – MANEJO DE LA SALUD

¿Cómo considera la salud familiar? _____ _____ _____ _____ ¿Qué realizan para mantener la salud familiar? _____ _____ _____	¿El año pasado enfermó algún integrante de la familia? Sí _____ No _____ Quién y de qué enfermó? _____ _____ _____ Ha tenido ausentismo laboral o escolar como causa de enfermedad? Sí _____ No _____	Algún miembro de la familia consume alcohol Sí _____ No _____ Cigarrillos Sí _____ No _____ Drogas Sí _____ No _____ Esquema de inmunizaciones completo. Niños Sí _____ No _____ Adulto: ¿qué inmunizaciones ha recibido? _____ _____
---	---	---

Utiliza remedios caseros. Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> ¿Cuáles? _____ _____ _____ _____ Automedicación Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	Quién _____ _____ De que enfermó _____ _____ _____	Papanicolau Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Autoexamen de mama Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>
---	--	---

NUTRICIONAL METABÓLICO

No. de comidas que realizan _____ De los siguientes alimentos, con que frecuencia los comé en la semana: Leche _____ Derivados de la leche (queso, yogurt) _____ Carne _____ Cereales _____ Verduras _____ Fruta _____ Qué utiliza para freír _____ Quién cocina _____ _____ _____	Toma agua: Embotellada Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Entubada (de la llave) Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Que tratamiento le da al agua: Hervida Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Clorada Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Con que frecuencia consume refrescos _____ Con que frecuencia consume jugos naturales _____ Con que frecuencia consume café _____ _____ _____	Algún integrante de la familia tiene problemas: Dentales Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Quién _____ En la piel Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Quién _____ De cicatrización Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Quién _____ _____ _____ _____
---	--	--

ELIMINACIÓN

Tiene drenaje Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Tiene letrina Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> W.C. Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Algún integrante de la familia utiliza laxantes Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> _____ Algún integrante con problemas frecuentes de: Diarrea Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Problemas para orinar Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Cuáles _____ _____ _____	En donde recolecta la basura: Cestas Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Balsas Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Que tratamiento le da Quemarla Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Ponerla en contenedor Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Colocarla en el camión recolector Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Observaciones _____ _____ _____ _____	Observar condiciones de aseo de la vivienda _____ _____ _____ Presencia de animales en la vivienda: Moscas Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Perros Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Gatos Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Aves Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Otros _____ _____ _____
---	--	--

ACTIVIDAD EJERCICIO

Frecuencia de actividades de recreación Vacaciones _____ Cine _____ Ejercicio _____ De Compras _____ Observar aseo personal _____ _____	Actividades que realiza en los tiempos libres _____ _____ _____ _____	En que trabajan los integrantes de la familia: Esposo _____ Esposa _____ Hijos _____
--	--	---

SUEÑO DESCANSO

No. de recámaras _____ No. de camas _____ No. de integrantes por recámara _____ _____	Algún integrante de la familia tiene problemas en el sueño Si _____ No _____ Quién _____ _____	La vivienda tiene adecuado: Ventilación Si _____ No _____ Iluminación Si _____ No _____
--	--	---

COGNITIVO PERCEPTUAL

Algún integrante de la familia tiene problemas: Auditivos Sí _____ No _____ Visuales Sí _____ No _____ Comunicación Sí _____ No _____ _____	Quién toma las decisiones familiares _____ _____ _____	Observar tipo de lenguaje que utiliza la familia: Amplio _____ restringido _____ Coprolálico _____ No verbal _____ _____
---	--	--

PERCEPCIÓN AUTOCONCEPTO

Como considera su familia Apgar familiar _____ MEDICIÓN: CASI SIEMPRE 2 puntos ALGUNAS VECES 1 punto CASI NUNCA 0 puntos 00-03 puntos DISFUNCIONAL SEVERA 04-06 puntos DISFUNCIONAL MODERADA 07-10 puntos FAMILIA FUNCIONAL	ADAPTABILIDAD: La familia apoya a un integrante cuando tiene problemas o pasa alguna situación crítica _____ PARTICIPACIÓN: La familia tiene interés en comunicarse para discutir los problemas _____ RESOLUCIÓN: Le satisface la cantidad de tiempo que la familia pasa junto _____ _____ _____	CRECIMIENTO: Su familia respeta las decisiones de sus integrantes _____ AFECTO: La familia expresa afecto o preocupación ante sentimientos de bienestar o malestar _____ _____ _____
---	---	---

ROL RELACIONES

<p>Edad de los integrantes: Padre ___ Madre ___ Hijo 1 ___ hijo 2 ___ hijo 3 ___ hijo 4 ___ Otros _____ _____ _____ _____ _____</p> <p>Cómo se integran con la comuni- dad _____ _____ _____</p>	<p>Ha habido algún problema con: Integrantes de la familia Si _____ No _____ Con otros familiares Si ___ No ___ Problemas de rebeldía de los hijos Si _____ No _____ Con el cónyuge Sí ___ No _____ Cual es la relación con los vecinos _____ _____ _____</p>	<p>Cómo considera las relaciones en- tre los miembros de la familia ___ _____ _____ _____</p> <p>Los hermanos se apoyan Sí ___ No __ , en que situaciones _____ _____ _____</p> <p>Interacción con los amigos _____ _____ _____</p>
--	---	---

SEXUALIDAD REPRODUCCIÓN

<p>Utilizan planificación familiar Sí ___ No ___ Qué método _____ _____ _____</p>	<p>Se habla de temas de sexualidad con los hijos Sí ___ No ___ porque _____ _____ _____</p>	<p>Problemas de sexualidad con la pareja Sí ___ No ___ De qué tipo _____ _____ _____</p>
---	---	--

ADAPTACIÓN/TOLERANCIA AL ESTRES

<p>Se han producido cambios impor- tantes en la familia en los últimos años Sí _____ No _____ Cuales _____ _____ _____ _____</p>	<p>Cuando existe un problema que cau- se estrés cómo se maneja _____ _____ _____ _____</p>	<p>Algún miembro de la familia con- sume para disminuir el estrés Alcohol _____ tabaco _____ medicinas _____ otros _____ _____ _____ _____</p>
--	--	--

VALORES CREENCIAS

<p>Qué religión profesa _____ _____ _____ _____ _____ _____</p>	<p>Cuáles son los valores que usted identifica en su familia _____ _____ _____ _____ _____</p>	<p>Qué tan importante es la religión en su familia _____ _____ _____ _____ _____</p>
---	--	--

Apéndice 4

GUIA DE VALORACIÓN RÁPIDA

	Nombre
	Cama
	Dx. Med.
Signos/vitales	T. A. F. C. Tem. F. R.
Cognitivo - Perceptual	Estado de conciencia Estado mental Dolor
Actividad - Ejercicio	Posición Coloración Estertores Tos Disnea Oxigenoterapia Movilidad
Nutricional - Metabólico	Mucosa oral Herida, lesión

	<p>Drenajes</p> <p>Piel (escaras, coloración, hematomas; petequias, edema)</p> <p>Náusea, tolerancia a los alimentos.</p> <p>Líquidos parenterales (solución, inicio, terminación, goteo, fecha del equipo, fecha de inserción del catéter, presencia de flebitis, extravasación)</p>
Eliminación	<p>Dificultad para evacuar</p> <p>Última evacuación</p> <p>Molestias para orinar</p> <p>Características de la orina</p> <p>C/sonda foley (características de la orina, fijación de la sonda, fecha de instalación de la sonda)</p>

Apéndice 5

GUÍA DE VALORACIÓN RÁPIDA PARA PACIENTE DE LOS SERVICIOS DE MEDICINA O TERAPIA INTENSIVA

PATRÓN		ASPECTOS A VALORAR
Actividad/ejercicio	OBSERVAR	Coloración, postura, expresión facial, aleteo nasal, cianosis peribucal, tipo de respiración.
Cognitivo/perceptual Reposo/ sueño.	CONCIENCIA (cuando se acluda al paciente y se le pregunta cómo se encuentra esta mañana o bien cómo pasó la noche). Preguntar presencia de dolor.	A.- alerta. V.- responde a estímulo verbal. D.- responde a dolor. I.- Inconsciente. P.- Pupilas, tamaño, respuesta a la luz.
Cognitivo/perceptual		análisis del síntoma.
Actividad/ejercicio Nutricional/ Metabólico	RESPIRATORIO CARDIACO (pulso, T.A.) TEMPERATURA	Intubado escuchar ambos hemitórax, ventilados y ruidos adventicios, si tiene ventilador es importante conocer FiO ₂ , VC, presión, modo de ventilación. <ul style="list-style-type: none"> • Ritmo, frecuencia, si está monitorizado, identificar ritmo, frecuencia. • Llenado capilar. al tocar piel para tomar pulso, verificar con termómetro a en la hoja de registro.
Nutricional/ metabólico Eliminación	GASTROINTESTINAL	En posoperados y pacientes inconscientes, ver en hoja de registro tipo de dieta. Características de heridas quirúrgica y drenajes (sonda en T, S.N.G; Gastrostomía, Colostomía, penrose) preguntar si la ha tolerado, preguntar si ha evacuado. Pacientes de ortopedia: preguntar si ha comido, si ha evacuado.

PATRÓN		ASPECTOS A VALORAR
Eliminación	URINARIO	<p>Si tiene sonda foley (cistocclisis)</p> <ul style="list-style-type: none"> • Observar características de la orina recolectada en la bolsa, verificar si está bien sujeta y fecha de instalación, que no esté acodada, buscar presencia o ausencia de globo vesical. • Si no tiene sonda preguntar cuántas veces ha orinado y molestias.
Nutricional metabólico Actividad/ejercicio	EXTREMIDADES	<p>SUPERIORES</p> <ul style="list-style-type: none"> • Edema <ol style="list-style-type: none"> 1. Líquidos parenterales, tipo de solución, inicio, terminación, gotas X', fecha de equipo, punzocat, calibre, fecha de venopunción. 2. identificar signos de flebitis o infiltración. • fuerza (pedirle que le salude), Tono. • Observar equimosis, lesiones. <p>INFERIORES</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Edema, pulso pedial, llenado capilar, cianosis. 2. si tiene aparato de yeso <ul style="list-style-type: none"> ▪ sensibilidad, temperatura, llenado capilar, movilidad 3. fuerza (pedirle que le empuje la mano) 4. características de herida quirúrgica y drenaje 5. Observar talones en búsqueda de datos de úlceras de presión. Y al cambio de posición o de ropa de cama observar prominencias óseas.

Apéndice 6

VALORACIÓN CON PREGUNTAS SENCILLAS PARA COMPLEMENTAR LA VALORACIÓN RÁPIDA O DE URGENCIAS

PERCEPCIÓN-MANTENIMIENTO DE LA SALUD

- a) En general ¿cómo podría considerar su salud?
- b) ¿Qué hace rutinariamente para mantener su salud?

COGNITIVO PERCEPTUAL

- a) ¿Cómo describiría su vista? ¿Cómo describiría su audición?
- b) ¿Ha notado algún cambio en su audición, vista, olfato, a partir de su enfermedad?
- c) ¿Cómo describiría actualmente su respuesta al dolor?

AUTOPERCEPCIÓN AUTOCONCEPTO

- a) ¿Actualmente cómo se describiría a usted mismo?
- b) ¿Qué es lo que más le satisface en su vida?
- c) ¿Se siente bien con Ud. mismo y con las decisiones que ha tomado?

ROL RELACIONES

- a) ¿Desde que está enfermo quien lo apoya o ayuda?
- b) ¿Con su enfermedad ha modificado sus roles en la familia?
- c) Describa sus relaciones con hijos, esposa(o), etc.

SEXUAL REPRODUCTIVO

- a) ¿Se siente satisfecho con su sexualidad?
- b) ¿Ha modificado su sexualidad con la enfermedad?
- c) ¿Actualmente tiene dudas de cómo conducir su vida sexual?

ADAPTACIÓN TOLERANCIA AL ESTRÉS

- a) ¿Cómo maneja el estrés en su vida?
- b) ¿Su enfermedad le ha producido estrés?
- c) ¿Cómo se siente cuando está estresado?

VALORES CREENCIAS

- a) ¿Qué tan importante es su salud?
- b) ¿cuáles son los valores que habitualmente guían su vida?

Apéndice 7

PATRONES DE RESPUESTA HUMANA (TAXONOMÍA II)

DOMINIO	CLASE	DIAGNÓSTICOS
<p>1. PROMOCIÓN DE LA SALUD</p> <p>Toma de conciencia del bienestar o normalidad de las funciones y estrategias usadas para mantener el control y fomentar el bienestar y la normalidad del funcionamiento.</p>	<p>1. TOMA DE CONCIENCIA DE LA SALUD</p> <p>2. MANEJO DE LA SALUD</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Manejo efectivo del régimen terapéutico. • Manejo inefectivo del régimen terapéutico. • Manejo inefectivo del régimen terapéutico familiar. • Manejo inefectivo del régimen terapéutico de la comunidad. • Conducta generadora de salud (especificar). • Mantenimiento inefectivo de la salud. • Deterioro del mantenimiento del hogar. • Disposición para mejorar el manejo del régimen terapéutico. • Disposición de mejora de la nutrición.
<p>2. NUTRICIÓN</p> <p>Actividades de ingerir, asimilar y usar los nutrientes a fin de mantener y reparar los tejidos y producir energía.</p>	<p>1. INGESTIÓN</p> <p>2. DIGESTIÓN</p> <p>3. ABSORCIÓN</p> <p>4. METABOLISMO</p> <p>5. HIDRATACIÓN</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Patrón de alimentación ineficaz del lactante. • Deterioro de la deglución. • Desequilibrio nutricional por defecto. • Desequilibrio nutricional por exceso. • Riesgo de desequilibrio nutricional por exceso. • Volumen de líquidos deficiente. • Riesgo de déficit de volumen deficiente. • Exceso de volumen de líquidos. • Riesgo de desequilibrio de volumen de líquidos. • Disposición para mejorar la nutrición. • Disposición para mejorar el volumen de líquidos. • Disposición para mejorar el equilibrio de volumen de líquidos.

DOMINIO	CLASE	DIAGNÓSTICOS
<p>3. ELIMINACIÓN Secreción y excreción de los productos corporales de desecho.</p>	<p>1. SISTEMA URINARIO 2. SISTEMA GASTROINTESTINAL 3. SISTEMA INTEGUMENTARIO 4. SISTEMA PULMONAR</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Deterioro de la eliminación urinaria. • Disposición para mejorar la eliminación urinaria. • Retención urinaria. • Incontinencia urinaria total. • Incontinencia urinaria funcional. • Incontinencia urinaria refleja. • Incontinencia urinaria de urgencia. • Incontinencia urinaria de esfuerzo. • Riesgo de incontinencia urinaria de urgencia. • Disposición para mejorar la eliminación urinaria. • Incontinencia fecal. • Diarrea. • Estreñimiento. • Riesgo de estreñimiento. • Estreñimiento subjetivo. • Deterioro del intercambio gaseoso.
<p>4. ACTIVIDAD/REPOSO Producción, conservación, gasto o equilibrio de los recursos energéticos.</p>	<p>1. REPOSO SUEÑO 2. ACTIVIDAD EJERCICIO 3. EQUILIBRIO DE LA ENERGÍA 4. RESPUESTA CARDIOVASCULAR/RESPIRATORIA</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Deterioro del patrón del sueño. • Deprivación del sueño. • Disposición para mejorar el sueño. • Riesgo de síndrome de desusa. • Deterioro de la movilidad física. • Deterioro de la movilidad en cama. • Deterioro de la movilidad en silla de ruedas. • Deterioro de la habilidad para la traslación. • Deterioro de la deambulación. • Déficit de actividades recreativas. • Déficit del autocuidado. • Vestido/acicalamiento. • Déficit del autocuidado: baño/higiene. • Déficit del autocuidado: alimentación. • Déficit del autocuidado: uso del WC. • Retraso en la recuperación quirúrgica. • Perturbación del campo de la energía. • Fatiga. • Disminución del gasto cardíaco. • Deterioro de la respiración espontánea. • Patrón respiratorio melicó. • Intolerancia a la actividad. • Riesgo de intolerancia a la actividad. • Respuesta disfuncional al destete del ventilador. • Perfusión tisular inefectiva (especificar el tipo: renal, cerebral, cardiovascular, gastrointestinal, periférica).

DOMINIO	CLASE	DIAGNÓSTICOS
<p>5. PERCEPCIÓN-COGNICIÓN</p> <p>Sistema del procesamiento de la información humana incluyendo la atención, orientación, sensación, percepción, cognición y comunicación.</p>	<p>1. ATENCIÓN 2. ORIENTACIÓN 3. SENSACIÓN/ PERCEPCIÓN 4. COGNICIÓN 5. COMUNICACIÓN</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Desatención unilateral. • Síndrome de deterioro en la interpretación del entorno. • Trastorno de la percepción sensorial (especificar: visual, auditiva, cinestésica, gustativa, táctil, olfatoria). • Conocimientos deficientes (especificar). • Disposición para mejorar los conocimientos (especificar). • Confusión aguda. • Confusión crónica. • Deterioro de la memoria. • Trastorno de los procesos de pensamiento. • Deterioro de la comunicación verbal. • Disposición para mejorar la comunicación. • Vagabundeo.
<p>6. AUTOPERCEPCIÓN</p> <p>Conciencia del propio ser.</p>	<p>1. AUTOCONCEPTO 2. AUTOESTIMA 3. IMAGEN CORPORAL</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Trastorno de la identidad personal. • Impotencia. • Riesgo de impotencia. • Desesperanza. • Riesgo de soledad. • Baja autoestima crónica. • Baja autoestima situacional. • Riesgo de baja autoestima situacional. • Trastorno de la imagen corporal. • Disposición para mejorar el autoconcepto.
<p>7. ROL/RELACIONES</p> <p>Conexiones y asociaciones negativas y positivas entre personas o grupo de las personas y los medios por los que se demuestran tales conexiones.</p>	<p>1. ROLES DE CUIDADOS 2. RELACIONES FAMILIARES 3. DESEMPEÑO DEL ROL</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Cansancio en el desempeño del rol de cuidador. • Riesgo de cansancio en el desempeño del rol de cuidador. • Deterioro parental. • Riesgo de deterioro parental. • Conflicto del rol parental. • Disposición para mejorar el rol parental. • Interrupción de los procesos familiares. • Procesos familiares disfuncionales: alcoholismo. • Disposición para mejorar los procesos familiares. • Riesgo de deterioro de la vinculación entre los padres y el lactante/niño. • Lactancia materna efectiva. • Lactancia materna inefectiva. • Interrupción de la lactancia materna. • Desempeño inefectivo del rol. • Deterioro de la interacción social.

DOMINIO	CLASE	DIAGNÓSTICOS
<p>8. SEXUALIDAD Identidad sexual, función sexual y reproducción.</p>	<p>1. IDENTIDAD SEXUAL 2. FUNCIÓN SEXUAL 3. REPRODUCCIÓN</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Disfunción sexual • Patrones sexuales inefectivos
<p>9. AFONTAMIENTO/ TOLERANCIA AL ESTRÉS Forma de hacer frente a los acontecimientos/procesos vitales.</p>	<p>1. RESPUESTA/ POSTRAUMÁTICA 2. RESPUESTAS DE AFRONTAMIENTO 3. ESTRÉS NEUROCOMPORTA- MENTAL</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Síndrome de estrés de traslado. • Riesgo de síndrome de estrés de traslado. • Síndrome traumático de la violación. • Síndrome traumático de la violación: reacción silente. • Síndrome traumático de la violación: reacción compuesta. • Síndrome posttraumático. • Riesgo de síndrome posttraumático. • Temor. • Ansiedad. • Ansiedad ante la muerte. • Aflicción crónica. • Negación inefectiva. • Duelo anticipado. • Duelo disfuncional. • Deterioro de la adaptación. • Afrontamiento familiar incapacitante. • Afrontamiento familiar comprometido. • Afrontamiento defensivo. • Afrontamiento inefectivo. • Afrontamiento inefectivo de la comunidad. • Disposición para mejorar el afrontamiento. • Disposición para mejorar el afrontamiento familiar. • Disposición para mejorar el afrontamiento de la comunidad. • Disreflexia autónoma. • Riesgo de disreflexia autónoma. • Conducta desorganizada del lactante. • Riesgo de conducta desorganizada del lactante. • Disposición para mejorar la cond. del lactante. • Disminución de la capacidad adaptativa intracraneal.
<p>10. PRINCIPIOS VITALES Principios que subyacen en la conducta, pensamiento y conductas sobre los actos, costumbres o instituciones contempladas como verdaderas o poseedores de un valor intrínseco.</p>	<p>1. VALORES 2. CREENCIAS 3. CONGRUENCIA DE LAS ACCIONES CON LOS VALORES/CREENCIAS</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Disposición para mejorar el bienestar espiritual. • Sufrimiento espiritual. • Riesgo de sufrimiento espiritual. • Conflicto de decisiones (especificar). • Incumplimiento del tratamiento (especificar).

DOMINIO	CLASE	DIAGNÓSTICOS
<p>11. SEGURIDAD/ PROTECCIÓN</p> <p>Ausencia de peligro, lesión física o trastorno del sistema inmunitario, preservación de las pérdidas y preservación de la protección y seguridad.</p>	<p>1. INFECCIÓN 2. LESIÓN FÍSICA 3. VIOLENCIA 4. PELIGROS AMBIENTALES 5. PROCESOS DEFENSIVOS 6. TERMORREGULACIÓN</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Riesgo de infección. • Deterioro de la mucosa oral. • Riesgo de lesión. • Riesgo de lesión perioperatoria. • Riesgo de caídas. • Riesgo de traumatismo. • Deterioro de la integridad cutánea. • Riesgo de deterioro de la integridad cutánea. • Deterioro de la integridad tisular. • Deterioro de la dentición. • Riesgo de asfixia. • Riesgo de aspiración. • Riesgo de muerte súbita del lactante. • Limpieza inefectiva de las vías aéreas. • Riesgo de disfunción neurovascular periférica. • Protección inefectiva. • Riesgo de automutilación. • Automutilación. • Riesgo de violencia dirigida a otros. • Riesgo de violencia autodirigida. • Riesgo de suicidio. • Riesgo de intoxicación. • Respuesta alérgica al látex. • Riesgo de respuesta alérgica al látex. • Riesgo de desequilibrio de la temperatura corporal. • Termorregulación inefectiva. • Hipotermia. • Hipertermia.
<p>12. CONFORT</p> <p>Sensación de bienestar o comodidad física, mental o social.</p>	<p>1. CONFORT FÍSICO 2. CONFORT AMBIENTAL 3. CONFORT SOCIAL</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Dolor agudo. • Dolor crónico. • Náuseas. • Aislamiento social.
<p>13. CRECIMIENTO Y DESARROLLO</p> <p>Aumento de las dimensiones físicas, sistemas corporales y logro de las tareas de desarrollo acordes con la edad.</p>	<p>1. CRECIMIENTO 2. DESARROLLO</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Riesgo de crecimiento desproporcionado. • Incapacidad del adulto para mantener su desarrollo. • Retraso de crecimiento y desarrollo.

NANDA. Diagnósticos Enfermeros 2003-2004

Apéndice 8

LISTA DE DIAGNÓSTICOS DE LA NANDA 2003 - 2004 ORGANIZADO DE ACUERDO A LOS PATRONES FUNCIONALES DE GORDON

PATRÓN PERCEPCIÓN DE SALUD-MANEJO DE SALUD

1. Mantenimiento inefectivo de la salud.
2. Deterioro del mantenimiento del hogar.
3. Conductas generadoras de salud (especificar).
4. Riesgo de infección.
5. Riesgo de lesión.
6. Riesgo de traumatismo.
7. Riesgo de intoxicación.
8. Riesgo de asfixia.
9. Protección inefectiva.
10. Manejo inefectivo del régimen terapéutico.
11. Manejo inefectivo del régimen terapéutico familiar.
12. Manejo inefectivo del régimen terapéutico de la comunidad.
13. Perturbación del campo de energía.
14. Disposición para mejorar el manejo del régimen terapéutico.

PATRÓN NUTRICIONAL-METABÓLICO

1. Desequilibrio nutricional por exceso (u obesidad exógena).
2. Desequilibrio nutricional por defecto (o déficit nutricional; especificar).

3. Riesgo de desequilibrio nutricional por exceso.
4. Patrón de alimentación inelicaz del lactante.
5. Riesgo de aspiración.
6. Deterioro de la deglución.
7. Deterioro de la mucosa oral.
8. Deterioro de la dentición.
9. Riesgo de desequilibrio de volumen de líquidos.
10. Déficit de volumen de líquidos.
11. Riesgo de déficit de volumen de líquidos.
12. Exceso de volumen de líquidos.
13. Deterioro de la integridad cutánea.
14. Riesgo de deterioro de la integridad cutánea.
15. Deterioro de la integridad tisular.
16. Riesgo de desequilibrio de la temperatura corporal.
17. Termorregulación ineficaz.
18. Hipertermia.
19. Hipotermia.
20. Riesgo de respuesta alérgica al látex.
21. Respuesta alérgica al látex.
22. Disposición para mejorar la nutrición.
23. Disposición para mejorar el equilibrio del volumen de líquidos.

PATRÓN DE ELIMINACIÓN

1. Estreñimiento.
2. Estreñimiento subjetivo.
3. Riesgo de estreñimiento.
4. Diarrea.
5. Incontinencia fecal.
6. Deterioro de la eliminación urinaria.
7. Incontinencia urinaria de esfuerzo.
8. Incontinencia urinaria refleja.
9. Incontinencia urinaria de urgencia.
10. Incontinencia urinaria funcional.
11. Incontinencia urinaria total.
12. Riesgo de incontinencia de urgencia.
13. Retención urinaria.
14. Disposición para mejorar la eliminación urinaria.

PATRÓN ACTIVIDAD - EJERCICIO

1. Riesgo de intolerancia a la actividad.
2. Intolerancia a la actividad (especificar nivel).
3. Fatiga.
4. Deterioro de la movilidad física.
5. Riesgo de síndrome de desuso.
6. Déficit total de autocuidado (especificar nivel).
7. Déficit de autocuidado: baño/higiene (especificar nivel).
8. Déficit de autocuidado: vestido/acicalamiento (especificar nivel).
9. Déficit de autocuidado: alimentación (especificar nivel).
10. Déficit de autocuidado: uso del WC (especificar nivel).
11. Deterioro en el mantenimiento del hogar (leve, moderada, severa, alto riesgo, crónica).
12. Retraso en el crecimiento y desarrollo.
13. Riesgo de retraso en el desarrollo.
14. Riesgo de crecimiento desproporcionado.
15. Incapacidad del adulto para mantener su desarrollo.
16. Déficit de actividades recreativas.
17. Respuesta disfuncional al destete del ventilador.
18. Deterioro de la respiración espontánea.
19. Limpieza ineficaz de las vías aéreas.
20. Patrón respiratorio ineficaz.
21. Deterioro del intercambio gaseoso.
22. Disminución del gasto cardíaco.
23. Perfusión tisular inefectiva (especificar).
24. Riesgo de disfunción neurovascular periférica.
25. Deterioro de la movilidad en cama.
26. Deterioro de la habilidad para la traslación.
27. Deterioro de la deambulaci3n.
28. Deterioro de la movilidad en silla de ruedas.
29. Riesgo de lesi3n perioperatoria.
30. Retraso en la recuperaci3n quir3rgica.
31. Riesgo de caídas.
32. Riesgo de muerte súbita del lactante.

PATRÓN SUEÑO-DESCANSO

1. Deterioro del patrón del sueño.
2. Deprivación de sueño.
3. Disposición para mejorar el sueño.

PATRÓN COGNITIVO-PERCEPTUAL

1. Dolor agudo.
2. Dolor crónico.
3. Náusea.
4. Trastorno de la percepción sensorial (especificar: visual, auditiva, cinestésica, gustativa, táctil, olfatoria).
5. Síndrome de deterioro de la interpretación del entorno.
6. Desatención unilateral.
7. Conocimientos deficientes (especificar).
8. Trastorno de los procesos de pensamiento.
9. Deterioro de la memoria.
10. Alto riesgo de alteración cognitiva.
11. Confusión aguda.
12. Confusión crónica.
13. Disminución de la capacidad adaptativa intracraneal.
14. Disreflexia autónoma.
15. Riesgo de disreflexia autónoma.
16. Riesgo de conducta desorganizada del lactante.
17. Conducta desorganizada del lactante.
18. Disposición para mejorar la organización de la conducta del lactante.
19. Disposición para mejorar los conocimientos (especificar).
20. Vagabundeo.

PATRÓN AUTOPERCEPCIÓN-AUTOCONCEPTO

1. Temor.
2. Ansiedad.
3. Ansiedad ante la muerte.
4. Desesperanza.
5. Impotencia (grave, baja, moderada).
6. Riesgo de impotencia.
7. Baja autoestima crónica.

8. Baja autoestima situacional.
9. Riesgo de baja autoestima situacional.
10. Trastorno de la imagen corporal.
11. Trastorno de la identidad personal.
12. Disposición para mejorar el autoconcepto.

PATRÓN ROL-RELACIONES

1. Duelo anticipado.
2. Duelo disfuncional.
3. Desempeño inefectivo del rol.
4. Aislamiento social.
5. Riesgo de soledad.
6. Deterioro de la interacción social.
7. Síndrome de estrés del traslado.
8. Riesgo de síndrome de estrés de traslado.
9. Interrupción de los procesos familiares.
10. Procesos familiares disfuncionales: alcoholismo.
11. Deterioro parental.
12. Conflicto del rol parental.
13. Riesgo de deterioro parental.
14. Riesgo de deterioro de la vinculación entre los padres y el lactante/niño.
15. Lactancia materna efectiva.
16. Lactancia materna inefectiva.
17. Interrupción de la lactancia materna.
18. Cansancio en el desempeño del rol de cuidador.
19. Riesgo de cansancio en el desempeño del rol de cuidador.
20. Deterioro de la comunicación verbal.
21. Disposición para mejorar el rol parental.
22. Disposición para mejorar los procesos familiares.
23. Disposición para mejorar la comunicación.

PATRÓN SEXUALIDAD-REPRODUCCIÓN

1. Disfunción sexual (especificar tipo).
2. Patrones de sexuales inefectivos.
3. Síndrome traumático de la violación.
4. Síndrome traumático de la violación: reacción compuesta.
5. Síndrome traumático de la violación: reacción silente.

PATRÓN ADAPTACIÓN-TOLERANCIA AL ESTRÉS

1. Afrontamiento inefectivo (individual).
2. Afrontamiento defensivo.
3. Aflicción crónica.
4. Riesgo de suicidio.
5. Deterioro de la adaptación.
6. Negación ineficaz.
7. Síndrome postraumático.
8. Riesgo de síndrome postraumático.
9. Afrontamiento familiar comprometido.
10. Afrontamiento familiar incapacitante.
11. Disposición para mejorar el afrontamiento familiar.
12. Afrontamiento inefectivo de la comunidad.
13. Disposición para mejorar el afrontamiento de la comunidad.
14. Automutilación.
15. Riesgo de violencia autodirigida.
16. Disposición para mejorar el afrontamiento.

PATRÓN VALORES-CREENCIAS

1. Sufrimiento espiritual.
2. Riesgo de sufrimiento espiritual.
3. Disposición para mejorar el bienestar espiritual.
4. Conflicto de decisiones (especificar).
5. Incumplimiento del tratamiento.
6. Disposición para mejorar el sufrimiento espiritual.

Apéndice 9

PATRONES FUNCIONALES DE SALUD, VALORACIÓN Y DIAGNOSTICOS ENFERMEROS

PATRÓN	ASPECTOS DE VALORACIÓN	DIAGNÓSTICOS
1. PERCEPCIÓN DE SALUD-MANEJO DE SALUD	<ul style="list-style-type: none"> • Percepción del estado de salud actual en general. • Principal dolencia causa percibida de la enfermedad presente. • Aspecto físico. • Conocimientos necesarios para el mantenimiento de la salud y las consecuencias de estilos de vida poco saludable (Tabaco, alcohol, alimentación, ejercicio). • Antecedentes de otras enfermedades o lesiones repetidas o intervenciones quirúrgicas. • Exposición a enfermedades transmisibles. • Alergias (alimentarias o medicamentosas). • Uso de medicamentos y motivo de prescripción. • Conductas para cuidar la salud, prácticas y controles de salud habitual (Autoexamen de mamas, revisiones dentales, revisiones oculares, citología, etc.). 	<ol style="list-style-type: none"> 1. Mantenimiento inefectivo de la salud. 2. Deterioro del mantenimiento del hogar. 3. Conductas generadoras de salud (especificar). 4. Riesgo de infección. 5. Riesgo de lesión. 6. Riesgo de traumatismo. 7. Riesgo de intoxicación. 8. Riesgo de asfixia. 9. Protección inefectiva. 10. Manejo inefectivo del régimen terapéutico. 11. Manejo inefectivo del régimen terapéutico familiar. 12. Manejo inefectivo del régimen terapéutico de la comunidad. 13. Perturbación del campo de energía. 14. Disposición para mejorar el manejo del régimen terapéutico.

PATRÓN	ASPECTOS DE VALORACIÓN	DIAGNOSTICOS
	<ul style="list-style-type: none"> • Acciones realizadas cuando se percibió la enfermedad; resultados • Seguimiento de tratamiento prescrito, determinando el motivo de rechazo, si lo hubiere, los sentimientos y las experiencias previas al tratamiento y al equipo que lo atiende, la existencia de conflicto entre los valores/creencias, nivel de comprensión de los motivos del tratamiento y sus consecuencias en caso de cumplimiento. 	
<p>2: NUTRICIONAL-METABÓLICO</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Número de comidas principales al día. • Ingesta típica diaria de alimentos; suplementos. • Ingesta típica diaria de líquidos. • Gustos o preferencias alimentarias. • Si existen restricciones de alimento, causa. • Cambios de peso. • Apetito. • Malestar asociado; alimentos, comidas. • Capacidad percibida para la cicatrización. • Problemas percibidos. • Disponibilidad de recursos para alimentarse. • Problemas dentales percibidos; dentadura postiza. • Color de la piel, turgencia, lesiones. • Peso / talla. • Peso / edad. 	<ol style="list-style-type: none"> 1. Desequilibrio nutricional por exceso (u obesidad exógena). 2. Desequilibrio nutricional por defecto (o déficit nutricional) (especificar). 3. Riesgo de desequilibrio nutricional por exceso. 4. Patrón de alimentación ineficaz del lactante. 5. Riesgo de aspiración. 6. Deterioro de la deglución. 7. Deterioro de la mucosa oral. 8. Deterioro de la dentición. 9. Riesgo de desequilibrio de volumen de líquidos. 10. Déficit de volumen de líquidos. 11. Riesgo de déficit de volumen de líquidos. 24. Exceso de volumen de líquidos. 25. Deterioro de la integridad cutánea. 26. Riesgo de deterioro de la integridad cutánea. 27. Deterioro de la integridad tisular. 28. Riesgo de desequilibrio de la temperatura corporal. 29. Termorregulación ineficaz. 30. Hipertermia. 31. Hipotermia. 32. Riesgo de respuesta alérgica al látex. 33. Respuesta alérgica al látex. 34. Disposición para mejorar la nutrición. 35. Disposición para mejorar el equilibrio del volumen de líquidos.

PATRÓN	ASPECTOS DE VALORACIÓN	DIAGNÓSTICOS
3. ELIMINACIÓN	<ul style="list-style-type: none"> • Descripción del patrón eliminación intestinal: frecuencia, características, malestar, control. • Descripción del patrón eliminación urinario: frecuencia, características, malestar, control. • Cambios recientes en el patrón • Sudoración / olor. 	<ol style="list-style-type: none"> 1. Estreñimiento subjetivo. 2. Riesgo de estreñimiento. 3. Diarrea. 4. Incontinencia fecal. 5. Deterioro de la eliminación urinaria. 6. Incontinencia urinaria de esfuerzo. 7. Incontinencia urinaria refleja. 8. Incontinencia urinaria de urgencia. 9. Incontinencia urinaria funcional. 10. Incontinencia urinaria Total. 11. Riesgo de incontinencia de urgencia. 12. Retención urinaria. 13. Disposición para mejorar la eliminación urinaria.
4. ACTIVIDAD-EJERCICIO	<ul style="list-style-type: none"> • Nivel de energía percibido. • Tipo y regularidad del patrón ejercicio.. • Tiempo de ocio/actividades de juego. • Nivel de autocuidado, alimentación, baño, uso del WC, movilidad en la cama, vestido, arreglo personal, movilidad general, cocinando, mantenimiento del hogar, compra, marcha, postura, coordinación. 	<ol style="list-style-type: none"> 1. Riesgo de intolerancia a la actividad. 2. Intolerancia a la actividad (especificar nivel). 3. Fatiga. 4. Deterioro de la movilidad física. 5. Riesgo de síndrome de desuso. 6. Déficit total de autocuidado (especificar nivel). 7. Déficit de autocuidado: baño/higiene (especificar nivel). 8. Déficit de autocuidado: vestido/acicalamiento (especificar nivel). 9. Déficit de autocuidado: alimentación (especificar nivel). 10. Déficit de autocuidado: uso del WC (especificar nivel). 11. Deterioro en el mantenimiento del hogar (leve, moderado, severa, alto riesgo, crónica). 12. Retraso en el crecimiento y desarrollo. 13. Riesgo de retraso en el desarrollo. 14. Riesgo de crecimiento desproporcionado. 15. Incapacidad del adulto para mantener su desarrollo. 16. Déficit de actividades recreativas. 17. Respuesta disfuncional al destete del ventilador. 18. Deterioro de la respiración espontánea. 19. Limpieza ineficaz de las vías aéreas. 20. Patrón respiratorio ineficaz. 21. Deterioro del intercambio gaseoso. 22. Disminución del gasto cardíaco.

PATRÓN	ASPECTOS DE VALORACIÓN	DIAGNÓSTICOS
		23. Perfusión tisular inefectiva (especificar). 24. Riesgo de distorción neurovascular periférica. 25. Deterioro de la movilidad en cama. 26. Deterioro de la habilidad para la traslación. 27. Deterioro de la deambulación. 28. Deterioro de la movilidad en silla de ruedas. 29. Riesgo de lesión perioperatoria. 30. Retraso en la recuperación quirúrgica. 31. Riesgo de caídas. 32. Riesgo de muerte súbita del lactante.
5. SUEÑO DESCANSO	<ul style="list-style-type: none"> • Disposición percibida para las actividades diarias. • Patrón habitual de sueño/descanso. • Prácticas habituales para dormir. • Problema de sueño: conciliar, despertar temprano, interrumpido, invertido. 	1. Deterioro del patrón del sueño. 2. Deprivación de sueño. 3. Disposición para mejorar el sueño.
6. COGNITIVO- PERCEPTUAL	<ul style="list-style-type: none"> • Audición: ayudas. • Visión: lentes, última revisión. • Diferenciación de olores, sabores. • Memoria: atención. • Formas de aprendizaje: dificultades. • Malestar o dolor percibido. • Intuición, juicio, toma de decisiones. • Nivel de conciencia, orientación. • Lenguaje hablado. 	1. Dolor agudo. 2. Dolor crónico. 3. Náusea. 4. Trastorno de la percepción sensorial (especificar: visual, auditiva, cinestésica, gustativa, táctil, olfatoria). 5. Síndrome de deterioro de la interpretación del entorno. 6. Desatención unilateral. 7. Conocimientos deficientes (especificar). 8. Trastorno de los procesos de pensamiento. 9. Deterioro de la memoria. 10. Alto riesgo de alteración cognitiva. 11. Confusión aguda. 12. Confusión crónica. 13. Disminución de la capacidad adaptativa intracraneal. 14. Disreflexia autónoma. 15. Riesgo de disreflexia autónoma. 16. Riesgo de conducta desorganizada del lactante. 17. Conducta desorganizada del lactante. 18. Disposición para mejorar la organización de la conducta del lactante. 19. Disposición para mejorar los conocimientos (especificar). 20. Vagabundeo.

PATRÓN	ASPECTOS DE VALORACIÓN	DIAGNÓSTICOS
7. AUTOPERCEPCIÓN-AUTOCONCEPTO	<ul style="list-style-type: none"> • Autodescripción-autoevaluación. • Cambios en el cuerpo o en la habilidad física y evaluación de la autocompetencia. • Frecuencia de enfados, temor, ansiedad, depresión; qué le ayuda. • Nervioso/relajado. 	<ol style="list-style-type: none"> 1. Temor. 2. Ansiedad. 3. Ansiedad ante la muerte. 4. Desesperanza. 5. Impotencia (grave, baja, moderada). 6. Riesgo de impotencia. 7. Baja autoestima crónica. 8. Baja autoestima situacional. 9. Riesgo de baja autoestima situacional. 10. Trastorno de la imagen corporal. 11. Trastorno de la identidad personal. 12. Disposición para mejorar el autoconcepto.
8. ROL RELACIONES	<ul style="list-style-type: none"> • Vive solo/con familia, estructura familiar. • Problemas familiares (nuclear, extendida). • Patrón de resolución de los problemas familiares. • Necesidades de dependencia familiares, manejo. • Dificultades para la comunicación verbal (tartamudez, falta de claridad, incapacidad para hablar, barrera idiomática). • Comunicación no verbal, congruencia. • Miembro de grupo social: frecuencia de soledad. • Relaciones laborales / escolares percibidas. • Percepción del barrio (aislado/ sentimientos de integración). • Asertivo/pasivo. • Barrera en las relaciones sociales (aislamiento, falta de motivación, depresión, trastornos en el pensamiento, enfermedad crónica). 	<ol style="list-style-type: none"> 1. Duelo anticipado. 2. Duelo disfuncional. 3. Desempeño inefectivo del rol. 4. Aislamiento social. 5. Riesgo de soledad. 6. Deterioro de la interacción social. 7. Síndrome de estrés del traslado. 8. Riesgo de síndrome de estrés de traslado. 9. Interrupción de los procesos familiares. 10. Procesos familiares disfuncionales: alcoholismo. 11. Deterioro parental. 12. Conflicto del rol parental. 13. Riesgo de deterioro parental. 14. Riesgo de deterioro de la vinculación entre los padres y el lactante/niño. 15. Lactancia materna efectiva. 16. Lactancia materna inefectiva. 17. Interrupción de la lactancia materna. 18. Cansancio en el desempeño del rol de cuidador. 19. Riesgo de cansancio en el desempeño del rol de cuidador. 20. Deterioro de la comunicación verbal. 21. Disposición para mejorar el rol parental. 22. Disposición para mejorar los procesos familiares. 23. Disposición para mejorar la comunicación.

PATRÓN	ASPECTOS DE VALORACIÓN	DIAGNÓSTICOS
<p>9. SEXUALIDAD/REPRODUCCIÓN</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Autoconcepto sexual (Identidad de rol, percepción realista y aceptación de la imagen corporal, congruencia entre la identidad sexual y el rol sexual real, expectativas realistas y congruentes con el yo sexual ideal). • Cambios percibidos/ problemas en la sexualidad, relaciones sexuales. • Uso de anticonceptivos; problemas • Comienzo de la menstruación y patrón. • Partos, embarazos. 	<ol style="list-style-type: none"> 1. Disfunción sexual (especificar tipo) 2. Patrones sexuales inefectivos 3. Síndrome traumático de la violación 4. Síndrome traumático de la violación: reacción compuesta. 5. Síndrome traumático de la violación: reacción silente.
<p>10. ADAPTACIÓN-TOLERANCIA AL ESTRÉS</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Manejo de la tensión/ estrés; ingesta de drogas, alcohol, etc. • Personas importante, durante el estrés, disponibilidad. • Cambios en la vida en los dos últimos años. • Estrategias de resolución de problemas; efecto. 	<ol style="list-style-type: none"> 1. Afrontamiento inefectivo (individual) 2. Afrontamiento defensivo 3. Aflicción crónica 4. Riesgo de suicidio 5. Deterioro de la adaptación 6. Negación ineficaz 7. Síndrome postraumático 8. Riesgo de síndrome postraumático 9. Afrontamiento familiar comprometido 10. Afrontamiento familiar incapacitante 11. Disposición para mejorar el afrontamiento familiar. 12. Afrontamiento inefectivo de la comunidad 13. Disposición para mejorar el afrontamiento de la comunidad 14. Automutilación 15. Riesgo de violencia autodirigida 16. Disposición para mejorar el afrontamiento
<p>11. VALORES-CREENCIAS</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Impacto de su enfermedad sobre sus prácticas o creencias espirituales (puede asistir a los servicios religiosos, puede mantener la dieta o esquema religioso) • Consecución de objetivos; objetivos en la vida. • Importancia recibida en la religión. • Prácticas religiosas deseadas durante la estancia hospitalaria. 	<ol style="list-style-type: none"> 1. Sufrimiento espiritual 2. Riesgo de sufrimiento espiritual 3. Disposición para mejorar el bienestar espiritual. 4. Conflicto de decisiones (especificar) 5. Incumplimiento del tratamiento 6. Disposición para mejorar el sufrimiento espiritual.

Apéndice 10

DIAGNÓSTICO E INTERVENCIONES DE ENFERMERÍA ORGANIZADO POR PATRONES FUNCIONALES DE SALUD

1. PATRÓN PERCEPCIÓN DE SALUD-MANEJO DE SALUD

DIAGNÓSTICO DE ENFERMERÍA	INTERVENCIONES
<ol style="list-style-type: none"> 1. Mantenimiento inefectivo de la salud. 2. Deterioro del mantenimiento del hogar. 3. Conductas generadoras de salud (especificar). 4. Riesgo de infección. 5. Riesgo de lesión. 6. Riesgo de traumatismo. 7. Riesgo de intoxicación. 8. Riesgo de asfixia. 9. Protección inefectiva. 10. Manejo inefectivo del régimen terapéutico. 11. Manejo inefectivo del régimen terapéutico familiar. 12. Manejo inefectivo del régimen terapéutico de la comunidad. 13. Perturbación del campo de energía. 14. Disposición para mejorar el manejo del régimen terapéutico. 	<ul style="list-style-type: none"> • Administración de inmunización / vacuna. • Ayuda para dejar de fumar. • Cuidados de emergencia. • Cuidados de la herida. • Cuidado de la herida: drenaje cerrado. • Irrigación de la herida. • Enseñanza medicación prescrita. • Manejo de la medicación. • Preparación quirúrgica. • Enseñanza preoperatoria. • Enseñanza procedimiento/tratamiento. • Mejora de la disposición al aprendizaje. • Identificación de riesgos. • Mejora de la seguridad. • Manejo del entorno seguridad. • Vigilancia: seguridad. • Prevención de caídas. • Control de la infección. • Protección contra la infección. • Precauciones de aspiración. • Promoción de la salud oral. • Orientación del sistema de salud. • Enseñanza: cuidados del lactante. • Educación de los padres: crianza del hijo. • Educación de los padres: crianza del adolescente.

2. PATRÓN NUTRICIONAL-METABÓLICO

<ol style="list-style-type: none"> 1. Desequilibrio nutricional por exceso (u obesidad exógena) 2. Desequilibrio nutricional por defecto (o déficit nutricional) (especificar). <ol style="list-style-type: none"> 1. Riesgo de desequilibrio nutricional por exceso. 2. Patrón de alimentación ineficaz del lactante. 3. Riesgo de aspiración. 4. Deterioro de la deglución. 5. Deterioro de la mucosa oral. 6. Deterioro de la dentición. 7. Riesgo de desequilibrio de volumen de líquidos. 8. Déficit de volumen de líquidos. 9. Riesgo de déficit de volumen de líquidos. 10. Exceso de volumen de líquidos. 11. Deterioro de la integridad cutánea. 12. Riesgo de deterioro de la integridad cutánea. 13. Deterioro de la integridad tisular. 14. Riesgo de desequilibrio de la temperatura corporal. 15. Termorregulación ineficaz. 16. Hipertermia. 17. Hipotermia. 18. Riesgo de respuesta alérgica al látex. 19. Respuesta alérgica al látex. 20. Disposición para mejorar la nutrición. 20. Disposición para mejorar el equilibrio de volumen de líquidos. 	<ul style="list-style-type: none"> • Administración de antipirético. • Aplicación calor/frío. • Regulación de la temperatura. • Tratamiento de exposición al calor. • Tratamiento de la hipotermia. • Administración de nutrición parenteral. • Alimentación. • Alimentación enteral. • Consejo nutricional. • Manejo de la lactancia. • Manejo del amamantamiento no nutritivo. • Supresión de la lactancia. • Ayuda en la ganancia de peso. • Ayuda en la reducción de peso. • Cuidados de la sonda gastrointestinal. • Instaurar dieta. • Enseñanza dieta prescrito. • Monitorización nutricional. • Terapia de deglución. • Cuidados de la piel: tratamientos tópicos. • Mantenimiento de la salud oral. • Cuidados de la úlcera por presión. • Prevención de la úlcera por presión. • Vigilancia de la piel. • Inserción intravenosa. • Terapia intravenosa.
---	---

3: PATRÓN ELIMINACIÓN

<ol style="list-style-type: none"> 1. Estreñimiento. 2. Estreñimiento subjetivo. 3. Riesgo de estreñimiento. 4. Diarrea. 5. Incontinencia fecal. 6. Deterioro de la eliminación urinaria. 7. Incontinencia urinaria de esfuerzo. 8. Incontinencia urinaria refleja. 9. Incontinencia urinaria de urgencia. 10. Incontinencia urinaria funcional. 11. Incontinencia urinaria total. 12. Riesgo de incontinencia de urgencia. 13. Retención urinaria. 14. Disposición para mejorar la eliminación urinaria. 	<ul style="list-style-type: none"> • Ayuda en el autocuidado: uso del WC. • Manejo de la eliminación urinaria. • Cuidados de la incontinencia urinaria. • Cuidados de la retención urinaria. • Cuidados de la sonda urinaria. • Instalación de sonda urinaria. • Sondaje urinario intermitente. • Entrenamiento intestinal. • Irrigación intestinal. • Manejo del estreñimiento, impactación. • Reducción de flatulencia. • Cuidados de la incontinencia intestinal. • Cuidados de la ostomía. • Cuidados perineales. • Hemodiálisis. • Diálisis peritoneal.
---	--

4. PATRÓN ACTIVIDAD EJERCICIO

- | | |
|---|--|
| <ol style="list-style-type: none"> 1. Riesgo de intolerancia a la actividad. 2. Intolerancia a la actividad (especificar nivel). 3. Fatiga. 4. Deterioro de la movilidad física. 5. Riesgo de síndrome de desuso. 6. Déficit total de autocuidado (especificar nivel). 7. Déficit de autocuidado: baño/higiene (especificar nivel). 8. Déficit de autocuidado: vestido/acicalamiento (especificar nivel). 9. Déficit de autocuidado: alimentación (especificar nivel). 10. Déficit de autocuidado: uso del wc (especificar nivel). 11. Deterioro en el mantenimiento del hogar (leve, moderada, severa, alto riesgo, crónica). 12. Retraso en el crecimiento y desarrollo. 13. Riesgo de retraso en el desarrollo. 14. Riesgo de crecimiento desproporcionado. 15. Incapacidad del adulto para mantener su desarrollo. 16. Déficit de actividades recreativas. 17. Respuesta disfuncional al destete del ventilador. 18. Deterioro de la respiración espontánea. 19. Limpieza ineficaz de las vías aéreas. 20. Patrón respiratorio ineficaz. 21. Deterioro del intercambio gaseoso. 22. Disminución del gasto cardíaco. 23. Perfusión tisular inefectiva (especificar). 24. Riesgo de disfunción neurovascular periférica. 25. Deterioro de la movilidad en cama. 26. Deterioro de la habilidad para la traslación. 27. Deterioro de la deambulaci3n. 28. Deterioro de la movilidad en silla de ruedas. 29. Riesgo de lesi3n perioperatoria. 30. Retraso en la recuperaci3n quir3rgica. 31. Riesgo de caídas. 32. Riesgo de muerte s3bita del lactante. | <ul style="list-style-type: none"> • Ayuda en la ventilaci3n. • Aspirado de la vía aérea. • Cuidados del tubo taráxico. • Destete de la ventilaci3n mecánica. • Fisioterapia respiratoria. • Monitorizaci3n respiratoria. • Inserci3n y estabilizaci3n de la vía aérea. • Manejo de la vía aérea artificial. • Oxigenoterapia. • Vigilancia de la ventilaci3n mecánica. • Mejora de la tos. • Manejo de la acidosis. • Manejo de alcalosis respiratoria. • Cuidados cardíacos. • Cuidados cardíacos agudos. • Cuidados circulatorios. • Manejo de la arritmia. • Manejo de la presi3n. • Monitorizaci3n de signos vitales. • Monitorizaci3n hemodinámica invasiva. • Regulaci3n hemodinámica. • Manejo de muestras. • Manejo del c3digo de emergencia. • Precauciones cardíacas. • Precauciones circulatorias. • Precauciones de presencia de hemorragia. • Control de la hemorragia. • Reducci3n de hemorragia (especificar). • Manejo de la hipovolemia. • Manejo del shock (especificar tipo). • Prevenci3n del shock. • Prevenci3n de embolismo. • Cuidados del embolismo periférico. • Cuidados del embolismo pulmonar. • Cuidados de la amputaci3n. • Ayuda del autocuidado, alimentaci3n. • Ayuda del autocuidado: ba3o/higiene. • Ba3o. • Cuidado a las u3as. • Ayuda del autocuidado: Vestido/acicalamiento. • Cuidado de los pies. • Cuidado de la escayola, férula. • Cuidados de la tracci3n. • Ense3anza: actividad/ejercicio. • Inmovilizaci3n. |
|---|--|

	<ul style="list-style-type: none"> • Movilización. • Restricción física. • Movilización en silla de ruedas. • Promoción de la mecánica corporal. • Terapia de ejercicio, deambulación. • Terapia de ejercicio, movilidad articular. • Cuidados perioperatorios. • Cuidados de la incisión.
--	--

5. PATRÓN SUEÑO DESCANSO

<ol style="list-style-type: none"> 1. Deterioro del patrón del sueño. 2. Deprivación del sueño. 3. Disposición para mejorar el sueño. 	<ul style="list-style-type: none"> • Cuidados del descanso en cama. • Manejo del entorno, bienestar. • Masaje simple. • Mejora del sueño. • Promoción del bienestar físico.
--	--

6. PATRÓN COGNITIVO PERCEPTUAL

<ol style="list-style-type: none"> 1. Dolor agudo. 2. Dolor crónico. 3. Náusea. 4. Trastorno de la percepción sensorial (especificar: visual, auditiva, cinestésica, gustativa, táctil, olfatoria). 5. Síndrome de deterioro de la interpretación del entorno. 6. Desatención unilateral. 7. Conocimientos deficientes (especificar). 8. Trastorno de los procesos de pensamiento. 9. Deterioro de la memoria. 10. Alto riesgo de alteración cognitiva. 11. Confusión aguda. 12. Confusión crónica. 13. Disminución de la capacidad adaptativa intracranial. 14. Disreflexia autónoma. 15. Riesgo de disreflexia autónoma. 16. Riesgo de conducta desorganizada del lactante. 17. Conducta desorganizada del lactante. 18. Disposición para mejorar la organización de la conducta del lactante. 19. Disposición para mejorar los conocimientos (especificar). 20. Vagabundeo. 	<ul style="list-style-type: none"> • Administración de analgesia. • Administración de analgesia epidural. • Ayuda en la analgesia controlada por el paciente. • Manejo del dolor. • Cuidados del oído. • Cuidado de los ojos. • Entrenamiento de memoria. • Estimulación cognitiva. • Reestructuración cognitiva. • Manejo de las alucinaciones. • Manejo del comportamiento. • Manejo de la confusión. • Manejo del delirio. • Manejo de la disreflexia. • Manejo del edema cerebral. • Mejora del comportamiento. • Monitorización neurológica. • Orientación de la realidad. • Terapia de recuerdos. • Prevención de la convulsión. • Manejo de la convulsión. • Estimulación cutánea. • Implicación familiar.
--	--

7. PATRÓN AUTO-PERCEPCIÓN/AUTOCONCEPTO

<ol style="list-style-type: none"> 1. Temor. 2. Ansiedad. 3. Ansiedad ante la muerte. 4. Desesperanza. 5. Impotencia (grave, baja, moderada). 6. Riesgo de impotencia. 7. Baja autoestima crónica. 8. Baja autoestima situacional. 9. Riesgo de baja autoestima situacional. 10. Trastorno de la imagen corporal. 11. Trastorno de la identidad personal. 12. Disposición para mejorar el autoconcepto. 	<ul style="list-style-type: none"> • Facilitación de la autorresponsabilidad. • Mejora de la autoestima. • Mejora de la conciencia de sí misma. • Realce de la imagen corporal. • Manejo del entorno, violencia. • Reducción de la ansiedad. • Terapia de tranquilización. • Biblioterapia. • Terapia de actividad. • Preparación del nacimiento.
---	---

8. PATRÓN ROL RELACIONES

<ol style="list-style-type: none"> 1. Duelo anticipado. 2. Duelo disfuncional. 3. Desempeño inefectivo del rol. 4. Aislamiento social. 5. Riesgo de soledad. 6. Deterioro de la interacción social. 7. Síndrome de estrés del traslado. 8. Riesgo de síndrome de estrés de traslado. 9. Interrupción de los procesos familiares. 10. Procesos familiares disfuncionales: alcoholismo. 11. Deterioro parental. 12. Conflicto del rol parental. 13. Riesgo de deterioro parental. 14. Riesgo de deterioro de la vinculación entre los padres y el lactante /niño. 15. Lactancia materna efectiva. 16. Lactancia materna inefectiva. 17. Interrupción de la lactancia materna. 18. Consancia en el desempeño del rol de cuidador. 19. Riesgo de consancia en el desempeño del rol de cuidador. 20. Deterioro de la comunicación verbal. 21. Disposición para mejorar el rol parental. 22. Disposición para mejorar los procesos familiares. 23. Disposición para mejorar la comunicación. 	<ul style="list-style-type: none"> • Cuidado al ingreso. • Planificación al alta. • Cuidados de la muerte. • Cuidados postmortem. • Escucha activa. • Facilitación del proceso del duelo. • Facilitación de las visitas. • Mejora de la comunicación. • Mejora del rol. • Mejora de la socialización. • Apoyo al cuidador. • Mediación con la institución de salud. • Terapia familiar. • Terapia grupal. • Promoción de la integridad familiar: embarazo. • Promoción de la integridad familiar.
---	---

9. PATRÓN SEXUALIDAD/REPRODUCCIÓN

<ol style="list-style-type: none"> 1. Distinción sexual (especificar tipo). 2. Patrones sexuales inefectivos. 3. Síndrome traumático de la violación. 4. Síndrome traumático de la violación: reacción compuesta. 5. Síndrome traumático de la violación: reacción silente. 	<ul style="list-style-type: none"> • Consejo sexual. • Enseñanza sexo seguro. • Tratamiento del trauma de violación. • Cuidado de la cesárea. • Cuidados posparto. • Cuidado al final del embarazo. • Cuidados prenatales. • Educación de los padres: embarazo. • Planificación familiar. • Planificación familiar: infertilidad, embarazo no planificado. • Monitorización fetal. • Cuidados al recién nacido. • Monitorización del recién nacido.
--	--

10. PATRÓN ADAPTACIÓN/TOLERANCIA AL ESTRÉS

<ol style="list-style-type: none"> 1. Afrontamiento inefectivo (individual). 2. Afrontamiento defensivo. 3. Aflicción crónica. 4. Riesgo de suicidio. 5. Deterioro de la adaptación. 6. Negación ineficaz. 7. Síndrome postraumático. 8. Riesgo de síndrome postraumático. 9. Afrontamiento familiar comprometido. 10. Afrontamiento familiar incapacitante. 11. Disposición para mejorar el afrontamiento familiar. 12. Afrontamiento inefectivo de la comunidad. 13. Disposición para mejorar el afrontamiento de la comunidad. 14. Automutilación. 15. Riesgo de violencia autodirigida. 16. Disposición para mejorar el afrontamiento. 	<ul style="list-style-type: none"> • Apoyo emocional. • Promoción de la integridad familiar. • Mantenimiento de los procesos familiares. • Apoyo familiar. • Intervención en crisis. • Ayuda del control de la ira. • Mejora de los sistemas de apoyo. • Prevención al suicidio.
--	--

11. PATRÓN VALORES/CREENCIAS

<ol style="list-style-type: none"> 1. Sufrimiento espiritual. 2. Riesgo de sufrimiento espiritual. 3. Disposición para mejorar el bienestar espiritual. 4. Conflicto de decisiones (especificar). 5. Incumplimiento del tratamiento. 6. Disposición para mejorar el sufrimiento espiritual. 	<ul style="list-style-type: none"> • Apoyo espiritual. • Clarificación de valores. • Apoyo en la toma de decisiones.
---	---

Adaptado y organizado por: Rosa Ma. Guadalupe Andrade Cepeda. Marzo 2000
 Extractado del Apéndice N. GORDON M. *Diagnóstico Enfermero*. 1996. Mosby/Doyma

Apéndice 11

PLANEACIÓN DEL ALTA

Nombre		Edad	Dx. médico
Servicio	Fam.Resp.		Tel.
Dom.		Fecha	Cita
Diagnósticos de enfermería durante la hospitalización			

Problemas no resueltos			Recomendaciones al paciente/familia
PERCEPCIÓN DE SALUD			Anotar reacciones adversas
MANEJO DE SALUD			Signos o síntomas _____
Medicación			_____
Fármaco	dosis	hora	_____

<p>ACTIVIDAD EJERCICIO</p> <p><input type="checkbox"/> Patrón ineficaz</p> <p><input type="checkbox"/> Aclaración ineficaz</p> <p><input type="checkbox"/> Intolerancia a la actividad</p> <p>Deterioro de la movilidad física _____</p>	<p>Oxigenoterapia Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/></p> <p>Reposo absoluto <input type="checkbox"/> Encamado <input type="checkbox"/></p> <p>Reposo relativo <input type="checkbox"/></p> <p>Observaciones _____</p> <p>_____</p> <p>_____</p>
<p>NUTRICIÓN</p> <p>Tipo de dieta _____</p> <p>Peso _____</p> <p>Deterioro de la integridad de la piel _____</p> <p>Espalda _____</p> <p>Maléolo izq. _____</p> <p>Maléolo der. _____</p> <p>Occipucio _____</p> <p>Omóplato izq. _____</p> <p>Omóplato der. _____</p> <p>Sacrocoxígea _____</p> <p>Talón izq. _____</p> <p>Talón der. _____</p>	<p>Tolerancia a la dieta _____</p> <p>Vigilar presencia de problemas con la alimentación _____</p> <p>_____</p> <p>Cambios de posición _____ hs.</p> <p>Curación _____</p> <p>Evolución de la herida o úlcera _____</p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p>_____</p>
<p>ELIMINACIÓN</p> <p>Incontinencia</p> <p>urinaria <input type="checkbox"/> fecal <input type="checkbox"/></p>	<p>Anotar características de la orina _____</p> <p>Cambio de sonda (fecha) _____</p>

Nombre y firma
del familiar responsable del paciente

Nombre y firma
de la enfermera

*Por acuerdo del señor Rector
de la Universidad Autónoma de San Luis Potosí,
Lic. Mario García Valdez,
el libro Manual del Proceso de Cuidado en Enfermería
de Rosa Ma. Guadalupe Andrade Cepeda y
María del Rosario Chávez Alonso
se terminó de imprimir el 11 de junio de 2004
en los Talleres Gráficos de la
Editorial Universitaria Potosina.
Se imprimieron 1000 ejemplares.*

