



TESÁI HA TEKO
PORAVE
MOTENONDEHA
MINISTERIO DE
SALUD PÚBLICA
Y BIENESTAR SOCIAL

INEPEO

TETÁ REKUÁI
GOBIERNO NACIONAL
Jajapo ñande raperá ko ágá gu ve
Construyendo el futuro hoy

MINISTERIO DE SALUD PÚBLICA Y BIENESTAR SOCIAL
INSTITUTO NACIONAL DE EDUCACIÓN PERMANENTE EN ENFERMERÍA Y OBSTERICIA



TEXTO DE CONSULTA
PROCESO DE ATENCIÓN DE
ENFERMERÍA HOSPITALARIA
VERSIÓN III

ASUNCIÓN - PARAGUAY
2018

Ministerio de Salud Pública y Bienestar Social

Lic. Gladys Z. Benítez

Directora General

Instituto Nacional de Educación Permanente

en Enfermería y Obstetricia

Lic. Estela Rivas Flores

Directora de Educación Permanente

Instituto Nacional de Educación Permanente

en Enfermería y Obstetricia

Equipo Técnico del INEPEO

Lic. Gladys Z. Benítez

Lic. Estela Rivas

Lic. Miriam Escobar

Lic. Elba Leiva

Lic. Rosa María Pérez

Lic. Silvia González

Lic. Gloria Morales

Lic. Hildelita Zárata

PRESENTACIÓN

El presente texto de consulta sobre el Proceso de Atención en Enfermería (PAE), como las versiones anteriores, tiene como objetivo ofrecer una herramienta útil para el profesional de Enfermería, por su enfoque metodológico y validez para la práctica asistencial. El esfuerzo realizado por el Equipo Técnico, se centra en dar respuesta a estos dos aspectos y el desarrollo del manual busca conjugar criterios de calidad metodológica con aplicabilidad clínica y asegurar la calidad de los cuidados al sujeto de atención: individuo, familia o comunidad; basado en el modelo de Virginia Henderson.

Además, proporciona la base para el control operativo y el medio para sistematizar la investigación en el área de Enfermería. Asegura la atención individualizada, continua y de calidad, ofrece ventajas para el profesional que presta la atención y para quien la recibe permitiendo evaluar el impacto de la Intervención de Enfermería y asignar los cuidados en forma racional.

En resumen, el uso del Proceso de Cuidado Enfermero da como resultado un plan que describe las necesidades de atención y los Cuidados de Enfermería para el usuario, familia y comunidad.

PARTE I
MARCO
REFERENCIAL

CONCEPTOS GENERALES

❖ **Salud:** Es la situación armónica de equilibrio dinámico e inestable (pues se suceden situaciones placenteras y displacenteras en las distintas áreas, que van cambiando aún en un mismo día) de las esferas física, mental, espiritual y social del ser humano.

«La salud es un estado de completo bienestar físico, mental y social, y no solamente la ausencia de afecciones o enfermedades.» La cita procede del Preámbulo de la Constitución de la Organización Mundial de la Salud (OMS), que fue adoptada por la Conferencia Sanitaria Internacional, celebrada en Nueva York del 19 de junio al 22 de julio de 1946, firmada el 22 de julio de 1946 por los representantes de 61 Estados (Official Records of the World Health Organization, N° 2, p. 100) y entró en vigor el 7 de abril de 1948, cuya definición no ha sido modificada desde entonces.

❖ **Enfermedad:** Es un proceso que se desarrolla en un ser vivo, caracterizado por una alteración de su estado normal de salud (OMS).

❖ **Usuario:** Hace mención a la persona que utiliza algún tipo de objeto o que es destinataria de un servicio, ya sea privado o público.

❖ **Cuidado:** El cuidado es la esencia de Enfermería y por lo tanto su elemento central y distintivo de la disciplina (Boykin, 1994; Fawcett, 1984; Newman y Cols, 1991; Melcis, 1997; Watson, 1988; Villalobos, 1998; Laninger, 1998).

El cuidado se caracteriza por la relación de ayuda a la persona, familia y grupos comunitarios, con el fin de promover la salud, prevenir las enfermedades, intervenir en la rehabilitación y aliviar el dolor.

❖ **Enfermería:** Es diagnosticar y tratar las reacciones de los seres humanos hacia los problemas existentes y latentes (ASOCIACION AMERICANA DEL PROFESIONAL DE ENFERMERIA- ANA).

❖ **Proceso de Enfermería:** Es un método sistemático y racional de planificación y de prestación individualizada de los cuidados de Enfermería. Su finalidad es reconocer l

TEXTO DE CONSULTA PARA EL PROCESO DE ATENCION DE ENFERMERIA HOSPITALARIA

respuesta humana al proceso de salud-enfermedad de la persona y los problemas o las necesidades reales o potenciales del mismo; organizar planes para satisfacer las necesidades detectadas y llevar a cabo determinadas intervenciones de Enfermería para cubrirlas. El proceso de Enfermería es cíclico; es decir, sus elementos integrantes siguen un orden lógico, pero en cualquier momento puede intervenir más de uno de ellos.

Rosalinda Alfaro, considera que el Proceso Enfermero es un método sistematizado de brindar cuidados humanistas centrados en el logro de objetivos (resultados esperados) de forma eficiente. Es humanista porque se basa en la idea de que, mientras planificamos y brindamos los cuidados, debemos considerar los intereses, ideales y deseos únicos del consumidor de los cuidados de salud (la persona, la familia o la comunidad).

Para Murray y Atkinson el Proceso de Atención de Enfermería consiste en pensar como enfermera. Es el cimiento, la capacidad constante esencial que ha caracterizado a la Enfermería desde el principio de la profesión. Con los años dicho proceso ha cambiado y evolucionado y por consiguiente, adquirido mayor claridad y comprensión.

Para Hernández Conesa se debe entender por Proceso de Enfermería que permite, tras el análisis de un caso usuario concreto, crear unas condiciones adecuadas y eficientes con la finalidad de obtener el estado deseado.

El proceso de Enfermería es la aplicación del método científico en la práctica de la disciplina, de modo que se pueda ofrecer, desde una perspectiva Enfermera, unos cuidados sistematizados, lógicos y racionales. El proceso de Enfermería le da a la Enfermería la categoría de ciencia.

Los objetivos del Proceso de Enfermería

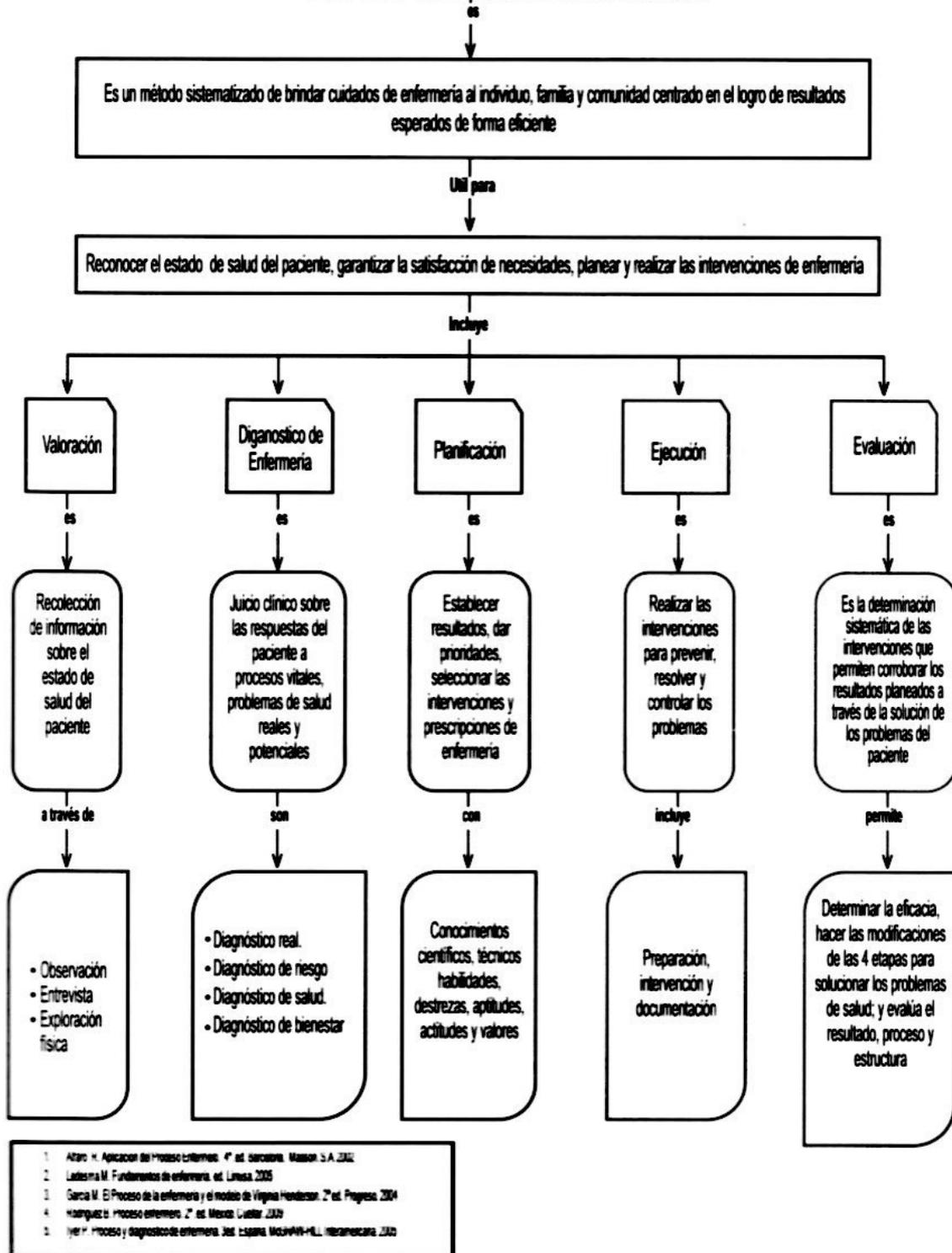
- Establecer una base de datos del usuario.
- Identificar las necesidades de cuidado.
- Determinar las prioridades de los cuidados, los objetivos y los resultados esperados.
- Establecer un plan de cuidado y poner en práctica las actuaciones de Enfermería.
- Determinar la eficacia de los cuidados.

Propiedades del PAE

- 1. Intencionado:** Porque va dirigido a un objetivo, es decir, utiliza el proceso para ofrecer una atención de calidad centrada en el usuario.
- 2. Sistemático:** Enfoque organizado de cinco etapas, en las que se llevan a cabo una serie de acciones deliberadas para extremar la eficiencia y obtener resultados beneficiosos.
- 3. Dinámico:** Sometido a continuos cambios. Las respuestas del usuario son cambiantes durante su evolución.
- 4. Humanístico:** Considera los intereses, valores y deseos específicos del usuario. Debemos considerar la mente, el cuerpo y espíritu.
- 5. Centrado en los objetivos (resultados):** Diseñado para centrar la atención en sí; la persona que demanda los cuidados de salud obtiene los mejores resultados de la manera más eficiente.
- 6. Interactivo:** Se establecen relaciones recíprocas entre el Enfermera y el usuario, la familia ; otros profesionales de la salud.
- 7. Flexible:** Se puede adaptar a cualquier área de especialización que trate con individuos grupos o comunidad.
- 8. Tiene una base teórica:** Se ha ideado a partir de una amplia base de conocimientos incluyendo ciencias y humanidades. Se puede aplicar a Modelos de Enfermería.

El proceso de Enfermería se compone de cinco fases: la valoración, el diagnóstico, la planificación, la ejecución y la evaluación. Aunque las teóricas de la Enfermería pueda emplear términos diferentes para describir estas fases, las actuaciones de la Enfermera que sigue el proceso son similares.

PROCESO ATENCIÓN DE ENFERMERÍA



Virginia Henderson

Nació en Kansas City, Missouri en 1897 y falleció en 1996 a los 98 años de edad, su interés por la Enfermería se desarrolló durante la Primera Guerra Mundial. Se graduó como Enfermera en 1921. Ocupó el cargo de supervisora Pedagógica en la Clínica Strong Memorial Hospital Rochester Nueva York; destacándose como autora e investigadora.



MODELO CONCEPTUAL DE VIRGINIA HENDERSON

- Expone de manera clara, el rol autónomo de la Enfermera y la especificidad de servicio. Los conceptos de persona y salud coinciden con el pensamiento humanístico que impregna actualmente las corrientes de Enfermería.
- El lenguaje utilizado es sencillo y fácilmente comprensible.
- Es flexible y abierto, permitiendo la incorporación de nuevos conceptos.
- Basado en las 14 necesidades básicas del individuo, considera al usuario como individuo que necesita ayuda para conseguir independencia. Su filosofía se basa en experiencia de rehabilitación y es una continua acción deliberada de Enfermería.
- Se adapta muy bien a la realidad sanitaria de nuestro país, ya que al lado de la función propia de la Enfermera (autónoma), contempla la interdependencia de esta con respecto a otras profesiones (de colaboración), considerando que el ejercicio profesional de la Enfermería, como un servicio único y separado del resto de los profesionales de la salud no tiene ningún sentido.

(Vallejo.et.al.,2010)

TEXTO DE CONSULTA PARA EL PROCESO DE ATENCION DE ENFERMERIA HOSPITALARIA

Virginia Henderson da una visión clara del propósito de los cuidados de Enfermería y los define como una organización conceptual de los cuidados de Enfermería, basados en el conocimiento y la satisfacción de las necesidades de la persona.

Meta paradigma del Modelo de Henderson

- **Entorno:** Son factores externos que tienen un efecto positivo o negativo sobre la persona y son de naturaleza dinámica. Estos factores pueden ser sociales, culturales, ambientales que afectan e influyen en la satisfacción de las necesidades básicas de la persona en el desarrollo de su potencial. Para Henderson el entorno está en una permanente interacción con la persona.

- **Persona:** Un todo complejo con componentes biológicos, psicológicos, sociales, culturales y espirituales; que presentan 14 necesidades básicas o requisitos que debe satisfacer para mantener su integridad (física y psicológica) y promover su desarrollo y crecimiento.

- **Salud:** La capacidad del individuo para funcionar con independencia en relación con las 14 necesidades básicas. Es una cualidad de la vida básica para el funcionamiento humano. Requiere de fuerza, voluntad y conocimiento.

- **Cuidados:** El proceso de cuidado está dirigido a suplir el déficit de la autonomía del sujeto para poder actuar de modo independiente en la satisfacción de las necesidades, para lo cual la Enfermera establece una relación con el usuario en tres niveles:
 - **Rol de suplencia o sustituta:** Hacer por el individuo lo que el haría si tuviera Fuerza, Voluntad y Conocimiento.
 - **Rol de Ayuda:** La Enfermera realiza ciertas actividades junto con el usuario para lograr la satisfacción de las necesidades.
 - **Rol de Acompañamiento:** La Enfermera permanece a lado del usuario desempeñando tareas de asesoramiento y reforzando así el potencial de independencia del sujeto y por consecuencia su capacidad autónoma.

Postulados del Modelo de Virginia Henderson:

- **Necesidad fundamental:** Debe considerarse como condiciones o requisitos esenciales para que la persona pueda alcanzar la salud, el bienestar, el crecimiento y la plenitud. Las necesidades se definen como una exigencia vital, esencial del ser humano para mantenerse vivo o asegurar su bienestar y desarrollo, conservar su equilibrio físico, psicológico, social y espiritual.

Independencia/Dependencia según Virginia Henderson

Independencia: Capacidad de la persona en la consecución de un nivel aceptable de satisfacción de las necesidades fundamentales a través de las acciones o comportamientos adecuados que realiza el mismo o que otros hacen en su lugar, según su fase de crecimiento, desarrollo y según las normas y criterios de salud establecidos.

Dependencia: Una o varias necesidades básicas del ser humano no están satisfechas, debido a acciones inadecuadas e insuficientes, que realiza la persona. Incapacidad de la persona para realizar actividades por si misma o adoptar comportamientos adecuados que le permitan en función de su estado lograr un nivel aceptable de satisfacción de las necesidades fundamentales, ya sea por una incapacidad física, psicológica o por falta de suplencia.

Fuentes de Dificultad: Son obstáculos o limitaciones personales o del entorno que impiden a la persona satisfacer sus propias necesidades, son la causa de la dependencia del individuo, es decir cualquier impedimento mayor para la satisfacción de las necesidades fundamentales, las agrupa en tres posibilidades:

Falta de Fuerza: No es solamente la capacidad física o habilidades mecánicas de las personas, sino también la capacidad del individuo para llevar a término las acciones pertinentes a la situación, lo cual estará determinado por el estado emocional, estado de las funciones psíquicas, capacidad intelectual, otros.

Falta de conocimiento: La ausencia o un grado mínimo de conocimiento son causas de dependencia y fuentes de dificultad. Para Henderson todos los seres humanos deben tener conocimientos generales sobre el funcionamiento de su organismo tanto físico como mental, de su entorno y de las demás personas para poder identificar sus fuentes de dificultad y buscar la solución a través de los medios de suplencia necesarios.

Falta de Voluntad: Incapacidad o limitación de la persona para comprometerse en una situación adecuada a la situación y en la ejecución y el mantenimiento de las acciones oportunas para satisfacer las catorce necesidades.

TEXTO DE CONSULTA PARA EL PROCESO DE ATENCION DE ENFERMERIA HOSPITALARIA

• Intervenciones de Enfermería:

En el Modelo de Virginia Henderson las intervenciones de Enfermería se planifican para una suplencia o ayuda total o parcial.

Para ella el principal rol de Enfermería es el de suplencia que consiste en asistir a la persona que no puede satisfacer por si misma sus necesidades y ayudarla a recuperar su independencia y autonomía frente a sus necesidades.

Los medios de suplencia son intervenciones de Enfermería encaminadas a suplir las manifestaciones de dependencia del individuo, que se realizan de acuerdo a los objetivos del plan y pueden reforzar, aumentar, sustituir, añadir o completar la fuerza, voluntad o conocimiento que le falta al usuario.

Valores del Modelo de Virginia Henderson:

- 1.- La Enfermera tiene una función propia, aunque comparta actividades con otros profesionales.
- 2.- Cuando la Enfermera asume el papel del médico, delega su función propia en personal no cualificado.
- 3.- La sociedad espera un servicio de la Enfermera, que ningún otro profesional puede darle.

Las 14 Necesidades del Modelo de Virginia Henderson

1. Respirar normalmente.
2. Comer y beber adecuadamente.
3. Eliminar por todas las vías corporales.
4. Moverse y mantener posturas adecuadas.
5. Dormir y descansar.
6. Usar ropas adecuadas, vestirse y desvestirse.
7. Mantener la temperatura corporal dentro de los límites normales.
8. Mantener la higiene corporal y la integridad de la piel.
9. Evitar los peligros ambientales y lesionar a otras personas.
10. Comunicarse con los demás expresando emociones.
11. Vivir de acuerdo con sus propias creencias y valores.
12. Ocuparse en algo para realizarse.
13. Participar en actividades recreativas.

14. Aprender, descubrir y satisfacer la curiosidad.

(M.PHANEUF, 1993).

En cada necesidad se ha de recoger información referente a:

1.- Necesidad de respirar normalmente:

Respirar es una necesidad del ser vivo que consiste en captar el oxígeno indispensable para la vida celular y eliminar el gas carbónico producido por la combustión celular. Las vías respiratorias permeables y el alveolo pulmonar permiten satisfacer esta necesidad. (Cuidados de Enfermería: Necesidades de la persona).

- Frecuencia respiratoria y cardíaca: cifras y características.
(La sobrecarga de líquido puede alterar el patrón respiratorio).
- Tensión arterial: cifras, regulación y control.
(La hipotensión puede disminuir la perfusión renal, en caso de hipertensión buscar síntomas asociados: cefaleas, mareos, epistaxis).
- Coloración de piel, mucosas y lechos ungueales.
(Presencia de palidez que puede ser significativa de anemia).
- Presencia y capacidad para toser y expulsar secreciones, así como las características de ambas.
- Circunstancias que influyen en su respiración: tabaquismo, disnea, fatiga.
- Recursos que utiliza para mejorar esta.
- Manifestaciones de dependencia y causa de dificultad.

2.- Necesidad de comer y beber adecuadamente:

Beber y comer es la necesidad de todo organismo de ingerir y absorber alimentos de buena calidad en cantidad suficiente para asegurar su crecimiento, el mantenimiento de sus tejidos y la energía indispensable para su buen funcionamiento (Cuidados de Enfermería: Necesidad de la persona).

- Talla y peso, así como oscilaciones de este. (Un incremento puede indicar retención de líquido).
- Costumbres alimentarias: desayuno, comida, merienda y cena.
- Dieta y grado de cumplimiento de esta (Control estricto de sodio y proteínas).
- Ingesta de líquido/día. (Control estricto, necesario para el balance hídrico).

(M.PHANEUF, 1993).

TEXTO DE CONSULTA PARA EL PROCESO DE ATENCION DE ENFERMERIA HOSPITALARIA

- Circunstancias que influyen en su alimentación/hidratación: estado de dientes y mucosa bucal, nauseas, vómitos, anorexia.
- Recursos que utiliza para realizar esta.
- Manifestaciones de dependencia y causa de dificultad.

3.- Necesidad de eliminar por todas las vías corporales:

Eliminar es la necesidad que tiene el organismo de deshacerse de las sustancias perjudiciales e inútiles que resultan del metabolismo. La excreción de los desechos se producen principalmente por la orina, las heces y también por la transpiración y la espiración pulmonar. Igualmente, la menstruación es una eliminación de sustancias inútiles en la mujer no embarazada.

Patrón de eliminación miccional y fecal: cantidad, frecuencia, descripción del producto: color, olor, consistencia (control exhaustivo de diuresis).

- Dificultades para el acto de la eliminación.
- Menstruación.
- Circunstancias que influyen en su eliminación: dolor, estreñimiento, diarrea.
- Recursos que utiliza para mejorar esta.
- Manifestaciones de dependencia y causa de dificultad.

4.- Necesidad de moverse y mantener posturas adecuadas:

- Moverse y mantener una buena postura es una necesidad para todo ser vivo, estar en movimiento y movilizar todas las partes del cuerpo, con movimientos coordinados y mantenerlas bien alineadas permite la eficacia de las diferentes funciones del organismo.
- Actividad física que realiza: tipo, frecuencia, duración.
- Equilibrio.
- Dificultad para realizar algunos movimientos.
- Circunstancias que influyen en su actividad habitual: hormigueo, dolor, fatiga, problemas podológicos, restricciones a la movilidad.
- Recursos que utiliza para mejorar esta.
- Manifestaciones de dependencia y causa de dificultad.

5.- Necesidad de dormir y descansar:

Es una necesidad para todo ser humano, que debe llevarse a cabo en las mejores condiciones y en cantidad suficiente a fin de conseguir un buen rendimiento del organismo.

Hábitos de sueño: horas, horario, número de despertares / levantamientos nocturnos.

- Sensación subjetiva de descanso al levantarse.
- Circunstancias que influyen en su descanso: problemas, insomnio, somnolencia diurna.
- Recursos que utiliza para mejorar este.
- Manifestaciones de dependencia y causa de dificultad.

6.- Necesidad de usar ropas adecuadas, vestirse y desvestirse:

Es una necesidad del individuo. Este debe llevar ropa adecuada según las circunstancias para proteger su cuerpo del rigor del clima y permitir la libertad de sus movimientos.

Aspecto que presenta en cuanto a adecuación, comodidad, limpieza de ropas, calzado y complementos.

- Facilidad/dificultad para el vestido y arreglo.
- Circunstancias que influyen en su forma de vestir.
- Recursos que utiliza para mantener un aspecto cuidado.
- Manifestaciones de dependencia y causa de dificultad.

7.- Necesidad de mantener la temperatura corporal dentro de los límites normales:

Es una necesidad para el organismo. Este debe conservar una temperatura más o menos constante.

Temperatura:(La fiebre puede producir pérdida de líquido y deshidratación).

- Experimenta sensación de calor/frío de acuerdo con los cambios de la temperatura ambiente.
- Tiene sensación de uniformidad de la temperatura corporal.
- Condiciones ambientales de su hogar.
- Circunstancias que influyen en su temperatura corporal.
- Recursos que utiliza para adaptarse a los cambios de temperatura.
- Manifestaciones de dependencia y causa de dificultad.

- Necesidad de mantener la higiene corporal y la integridad de la piel:

Limpiar, asear y proteger sus tegumentos es una necesidad que tiene el individuo para conseguir un cuerpo aseado, tener una apariencia cuidada y mantener la piel sana, con la finalidad que esta actué como protección contra cualquier penetración en el organismo de polvo, microbios, otros

- Hábitos higiénicos: frecuencia, modalidad, útiles de preferencia.
- Estado de la piel, uñas, cabello y boca. (uñas y cabellos quebradizos, uñas de Terry: con una franja oscura detrás del borde anterior de esta y el resto blando).
- Interés por el mantenimiento de una piel y una higiene adecuada. (Integridad, turgencia, presencia de edemas).
- Si ha habido cambios en su piel: manchas, heridas, prurito (en caso de reposo prolongado en cama control de úlceras por presión).
- Circunstancias que influyen en el estado de su piel y en su higiene habitual.
- Recursos que utiliza para realizar la higiene y mantener su piel en buen estado.
- Manifestaciones de dependencia y causa de dificultad.

- Necesidad de evitar los peligros ambientales y lesionar a otras personas:

Es una necesidad de todo ser humano. Debe protegerse de toda agresión interna o externa, para mantener así su integridad física y psicológica.

- Medidas de salud que lleva a cabo: vacunaciones, chequeos, autoexploraciones, controles.
- Signos de: disminución de la alerta, disminución de la consciencia, desorientación, disminución de la memoria, errores de percepción, depresión, ansiedad, delirios o coma.
- Si ha habido cambios recientes en su vida: pérdidas, cambios de residencia, enfermedades asociadas, complicaciones.
- Circunstancias que influyen en su protección: botiquín, riesgos ambientales, déficits de movilidad y/o sensoriales, dolor, uso de cierta medicación.
- Recursos que utiliza para auto controlarse y manejar situaciones de riesgo.
- Manifestaciones de dependencia y causa de dificultad.

(ALPHANEUF, 1993)

10.- Necesidad de comunicarse con los demás expresando emociones:

Es una obligación que tiene el ser humano, de intercambio con sus semejantes. Comunicarse es un proceso dinámico verbal y no verbal que permite a las personas volverse accesibles unas a las otras, llegar a la puesta en común de sentimientos, opiniones, experiencias e información.

Si expresa sus deseos y opiniones.

- Déficits sensoriales.
- Núcleo de convivencia.
- Capacidad para expresar y vivir su sexualidad.
- Circunstancias que influyen en su comunicación: estatus cultural, pertenencia a grupo social, presencia / ausencia de grupo de apoyo, soledad, dificultades para pedir ayuda.
- Recursos que utiliza para mantener esta.
- Manifestaciones de dependencia y causa de dificultad.

11.- Necesidad de vivir de acuerdo con sus propias creencias y valores:

Actuar según sus creencias y sus valores es una necesidad para todo individuo; hacer gestos, actos conformes a su noción personal del bien, del mal, de la justicia y la persecución de una ideología.

- Percepción actual de su situación de salud y bienestar.
- Facilidad /dificultad para vivir según sus creencias y valores.
- Importancia de la religiosidad / espiritualidad en su vida.
- Actitud ante la muerte.
- Circunstancias que influyen en su filosofía de vida: prohibiciones, rol en función de su sexo, prácticas religiosas o alternativas comunitarias.
- Recursos que utiliza para mantener esta.
- Manifestaciones de dependencia y causa de dificultad.

(M.PHANEUF, 1993).

12.- Necesidad de ocupación para autorealizarse:

Ocuparse para realizarse es una necesidad para todo individuo; este debe llevar a cabo actividades que le permitan satisfacer sus necesidades o de ser útil a los demás. Las acciones que el individuo lleva a cabo le permiten desarrollar su sentido creador y utilizar su potencial al máximo.

La gratificación que el individuo recibe una vez realizadas sus acciones, puede permitirle llegar a una total plenitud.

- Actividad/trabajo.
- Repercusión de su actual situación de salud en las diferentes áreas de su vida y en las de su núcleo familiar.
- Participación en decisiones que le afectan.
- Circunstancias que influyen en su realización personal: autoconcepto / autoimagen, actitud familiar, el cansancio del cuidador habitual si es que lo hubiera.
- Recursos que utiliza para mantener esta.
- Manifestaciones de dependencia y causa de dificultad.

13.- Necesidad de participar en actividades recreativas:

Recrearse es una necesidad para el ser humano; divertirse es una ocupación agradable con el objetivo de obtener un descanso físico y psicológico.

- Hábitos culturales y de ocio.
- Dedicación.
- Circunstancias que influyen en su entretenimiento: recursos comunitarios a su alcance y el uso que hace de ellos.
- Recursos que utiliza para mantener esta.
- Manifestaciones de dependencia y causa de dificultad.

14.- Necesidad de Aprendizaje:

Aprender es una necesidad para el ser humano de adquirir conocimientos, actitudes y habilidades para la modificación de sus comportamientos o la adquisición de nuevos comportamientos con el objetivo de mantener o de recobrar la salud.

Interés por su entorno socio sanitario.

- Comportamientos indicativos de interés por aprender y resolver problemas:
- Preguntas, participación, resolución de problemas, proposición de alternativas.

TEXTO DE CONSULTA PARA EL PROCESO DE ATENCION DE ENFERMERIA HOSPITALARIA

- Recursos educativos de su entorno socio sanitario. (Sobre todo si se ha instaurado un tratamiento nuevo o complicado).
- Circunstancias que influyen en su aprendizaje: nivel de instrucción, limitaciones.
- Recursos que utiliza para conseguir este: grado de conocimiento de su actual estado de salud, fuente usual para su aprendizaje sanitario (Médico, Enfermera, amigos, libros).
- Manifestaciones de dependencia y causa de dificultad.

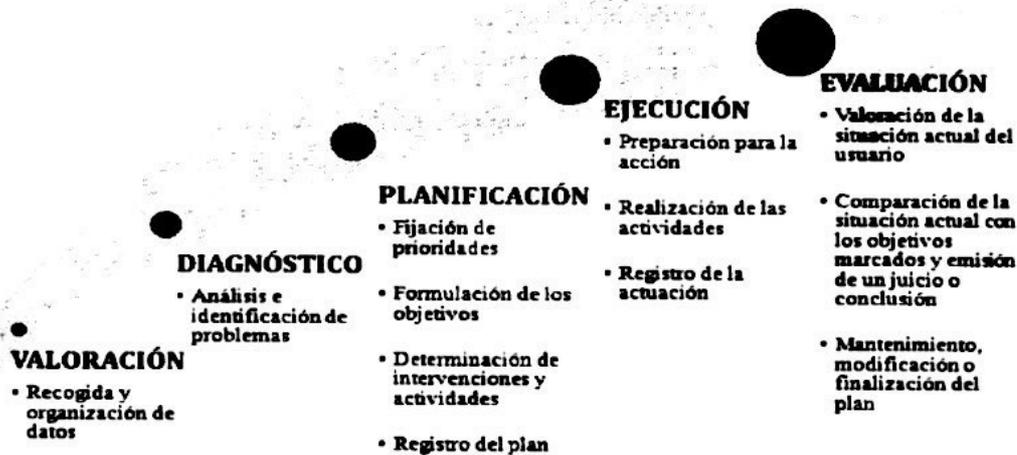
En conclusión, la valoración de Enfermería de salud en las que intervengamos es la piedra angular de nuestro trabajo, ya que nos proporciona una base sólida de información para formular Diagnósticos de Enfermería, proponer objetivos, llevar a cabo intervenciones de Enfermería encaminadas a su logro y evaluarlas; así mismo nos permite delimitar nuestra autonomía profesional, a la vez que cohabitar con otras disciplinas y estos hechos son los que van a contribuir al avance profesional de Enfermería.

Pero nunca debemos olvidar que la valoración por sí misma tiene un escasísimo valor, si no va encuadrada dentro de un modelo de Enfermería, modelo que se hace realidad mediante una metodología de trabajo y cuyo propósito sea proporcionar cuidados de Enfermería eficaces y eficientes a la población que atendemos. Henderson dijo que la función primordial de la Enfermera consistía en ayudar a usuarios a conseguir sus objetivos de salud, siendo para ello temporalmente: *"la conciencia para el inconsciente; el apego a la vida para el suicida, la pierna para el amputado; los ojos para quien acaba de perder la vista; un medio de locomoción para el recién nacido; el conocimiento y la confianza para la joven madre; la voz de los que están demasiado débiles para hablar o se niegan a hacerlo"*.

**PROCESO DE ATENCION DE
ENFERMERIA HOSPITALARIA CON EL
MODELO DE VIRGINIA HENDERSON**

PARTE III

ETAPAS DE PROCESO DE ATENCION DE ENFERMERIA



<https://www.pinterest.es/pin/184506915968528701/>

I. ETAPA DE VALORACIÓN

La **valoración** es el primer paso que debe realizar la Enfermera; puesto que todo el plan de cuidados del PAE se basa en los datos recogidos, es muy importante que la información obtenida del usuario, su familia, historia clínica, otros, sean validadas, completas y esté bien organizada. Comienza con el primer contacto con el usuario, hasta la resolución de su problema por recuperación, mejoría o muerte. Además, debe ser sistemática y continua para evitar la omisión de datos importantes y reflejar el estado de salud cambiante del usuario.

Es un proceso; un camino hacia un objetivo o fin determinado y formado por un conjunto de sub fases:

- **Es planificada**, es decir, que se realiza de una manera razonada y diseñada con anterioridad.
- **Es sistemática**, ya que posee un orden establecido y un método para su realización.
- **Es continua**, comienza con el primer contacto con el usuario y continúa durante todo el tiempo que se requiera.
- **Es deliberada**, precisa de una actitud reflexiva, consciente y con un objetivo por parte de quien la ejecuta.

Utilización de la valoración de Enfermería

La valoración se utiliza continuamente, y no sólo como una parte del proceso Enfermero. Cuando la Enfermera entra en contacto (apertura de la hoja clínica) por primera vez con un usuario debe conocer sus condiciones, características y realizar una apertura de su historia, para ello debe valorar. De forma programada debemos conocer el estado de salud de las personas a nuestro cargo, y por tanto debemos realizar valoraciones periódicas programadas. En los problemas interdisciplinarios y en general antes de realizar cualquier intervención, la Enfermera requiere utilizar la valoración.

Objetivo General de la Valoración

El objetivo general de la valoración de la Enfermera es el querer, el saber y el poder determinar, acertadamente en cada momento, la situación de salud que están viviendo las personas, así como la naturaleza de su respuesta a ésta.

Durante la fase de valoración se realizan actividades específicas utilizando la Enfermera profesional su criterio para determinar la información que necesita, comprender los problemas y tomar decisiones sobre el plan de cuidados.

Tipos de Valoración de Enfermería

Para que el proceso Enfermero sea correcto y adecuado al usuario, es importante que se obtenga la máxima información posible. Reuniendo una base de datos, con toda la información de la persona, incluyendo la anamnesis y la valoración física realizada por el profesional, la anamnesis y la exploración física realizada por el médico; pruebas diagnósticas y de laboratorio llevadas a cabo.

Se pueden identificar cuatro tipos de valoración:

a- Valoración inicial: Se inicia en el primer contacto de la Enfermera con el usuario. Su objetivo es establecer una base de datos completa, para ayudar a la identificación de problemas, referencias o futuras comparaciones.

b- Valoración focalizada: Se centra en el problema que se ha identificado o para identificar uno nuevo. Forma parte de un proceso continuo integrado en el proceso de Enfermería.

Su objetivo es determinar el estado de un problema identificado en la primera valoración.

Preguntas claves que deberían plantearse los Enfermeros para realizar una correcta valoración focalizada:

TEXTO DE CONSULTA PARA EL PROCESO DE ATENCION DE ENFERMERIA HOSPITALARIA

- ¿Cuál es el estado actual del problema? (hay signos, síntomas o factores de riesgo para su aparición).
 - Comparado con los datos de referencia (datos recogidos antes del tratamiento), ¿la información indica que el problema ha mejorado, ha empeorado o no ha variado?
 - ¿Qué factores contribuyen al problema y qué se ha hecho al respecto?
 - ¿Cuál es la perspectiva del usuario sobre el estado actual del problema y cómo está siendo tratado?
- c- **Valoración urgente:** Se realiza durante una crisis fisiológica o psicológica del usuario. Su objetivo es identificar problemas que amenazan la vida.
- d- **Valoración después de un tiempo:** Se lleva a cabo un tiempo después de la valoración inicial. Su objetivo es comparar el estado actual del usuario con los datos obtenidos en la valoración inicial.

Ejemplo de Valoración de Enfermería

Tipos	Momento de ejecución	Propósito	Ejemplo
Valoración inicial	Realizado en el plazo especificado después del ingreso en un centro de asistencia sanitaria.	Establecer una base de datos para identificar el problema, las referencias y las futuras comparaciones.	Valoración de Enfermería al ingreso.
Valoración focalizada	Proceso progresivo integrado durante Cuidados Enfermeros.	Determinar el estado de un problema específico identificado en la valoración anterior. Identificar problema nuevo o que pasaron desapercibidos.	Valoración a horario de la toma de líquidos y de la diuresis en UTI. Valoración de capacidad del usuario para cuidar de sí mismo mientras se le ayuda a bañarse.
Valoración urgente	Durante cualquier crisis fisiológica de la persona.	Identificar problemas que amenazan la vida.	Valoración rápida de las vías respiratorias de una persona; estado de la respiración y la circulación durante una parada cardíaca. Valoración de las tendencias al suicidio o de posibles actos de violencia.
Valoración después de un tiempo	Varios meses después del estado inicial.	Comparar la evolución del usuario con los datos basales obtenidos anteriormente.	Nueva valoración del estado funcional del usuario en su domicilio o fuera del hospital.

Fundamento de Enfermería 7ª edición Volumen I - Kozier 2004 Etapas

Las actividades específicas de la fase de Valoración son:

1. **Recogida de datos:** Consiste en reunir toda la información sobre el usuario.
2. **Validación de los datos:** Debemos asegurarnos de que la información sea lo más exacta posible.
3. **Organización de los datos:** Priorizar las necesidades de salud más urgente.
4. **Comunicación y registro de los datos:** Se debe registrar los hallazgos con relación al estado de salud del usuario.

1. Recolección de datos

Es un proceso de recopilación de la información sobre el estado de salud del usuario. Debe ser sistemático y continuo, con el fin de evitar omitir datos importantes y de reflejar el estado de salud cambiante del usuario.

Tipos de datos

Es posible encontrar diferentes clasificaciones dependiendo del tipo, del momento y de la estabilidad en el tiempo de los datos.

a) Dependiendo del tipo de datos:

- **Datos subjetivos o síntomas:** Sólo puede describirlo y comprobarlo la persona afectada. Incluyen las sensaciones, sentimientos, actitudes, creencias, valores y percepción que el usuario tiene de su estado de salud. Por ejemplo: el dolor, ansiedad, miedo, otros.
- **Datos objetivos o signos:** Se pueden medir por parámetros ya establecidos o identificados y están validados. Se obtienen por la observación o la exploración física. Por ejemplo: perímetro cefálico de los recién nacidos, la temperatura, la presión arterial, otros.

Los dos tipos de datos se complementan y clarifican mutuamente, proporcionando una perspectiva más amplia de la situación del usuario.

Se puede observar en los siguientes ejemplos:

- **Dato subjetivo:** “me siento débil cuando hago ejercicio”.
- **Dato subjetivo:** “me duele! Tengo una contracción”.
- **Dato objetivo:** piel pálida y sudorosa, TA 80/50 mmHg y FC 110 x’.
- **Dato objetivo:** tono basal del útero aumentado (identificado por palpación), estado alerta ; FC 120 x’.

Dado que los síntomas son subjetivos y por tanto más maleables, manipulables o cambiantes, se pueden utilizar los datos objetivos para validarlos. Los datos objetivos y subjetivos deben ser

TEXTO DE CONSULTA PARA EL PROCESO DE ATENCION DE ENFERMERIA HOSPITALARIA

coherentes entre sí, o la información recogida no deberá refutarse. Esto se puede observar en los siguientes ejemplos:

- **Dato subjetivo:** “no estoy tan triste hoy”.
- **Dato subjetivo:** “tengo la úlcera curada”.
- **Dato objetivo:** úlcera con secreción purulenta, enrojecida y aumento de la temperatura de la zona.
- **Dato objetivo:** el usuario lloró en la consulta.

b). Dependiendo del momento del dato:

- **Datos históricos:** Son hechos del pasado que pueden tener relación con la salud del usuario. Ejemplo: antecedentes médicos, quirúrgicos, obstétricos, otros.
- **Datos actuales:** Son hechos que suceden al usuario en ese momento.
Ejemplo: miedo, dolor, drogodependencias, ojo edematizado, otros.

c). Dependiendo de la estabilidad en el tiempo del dato:

- **Datos variables:** Es la información que puede presentar modificaciones.
Ejemplo: depresión en el año 2011.
- **Datos constantes:** Es la información que no presenta cambios.
Ejemplo: mastectomía en el año 2013.

Proceso de recogida de datos:

1. Recursos o fuentes con que cuenta la Enfermera para reunir los datos:

Tipos de Fuentes

Los datos que se recogen en el Proceso de Enfermería pueden proceder de fuentes directas o primarias e indirectas o secundarias.

- a- Fuente directa o primaria:** El usuario es la mejor fuente de datos. A no ser que sea muy joven, esté demasiado enfermo o confundido y sus capacidades de comunicación se encuentren mermadas.
- b- Fuente indirecta o secundaria:** Todas las fuentes que no sean el propio usuario se consideran secundarias: las personas de apoyo, otros profesionales sanitarios, historia clínica del usuario y la bibliografía.

Las personas de apoyo, ayudan a complementar la información recibida del usuario. Aunque siempre la información que es proporcionada por ellos, se considera subjetiva si no se basa en

datos que sean importantes en usuarios inconscientes, confundidos o muy jóvenes.

- Los otros profesionales sanitarios pueden tener datos previos o actuales de un determinado proceso con el usuario. Esos datos pueden ser claves en el Proceso Enfermero.
- La historia clínica del usuario debe tener anotaciones de todos los profesionales. Se debe leer antes de la entrevista, para evitar preguntas de las que ya tiene respuesta.
- La revisión de la bibliografía Enfermera como revistas, libros, artículos, nos pueden proporcionar información adicional.

2. Recolección de los datos:

La recogida completa de los datos se lleva a cabo en tres fases:

- **Antes de ver al usuario:** Leer la historia clínica del usuario, recabar datos tales como: nombre del usuario, edad y sexo.
- **Mientras esta con el usuario:** La entrevista y la observación a la persona mientras se realiza la valoración.
- **Después de ver al usuario:** Se debe revisar los datos y los recursos que se han utilizado.

La recogida de datos empieza cuando el usuario entra en contacto con el sistema de cuidados de salud y continúa durante todo el tiempo en que necesita esos cuidados.

Métodos de obtención de los datos

Los principales métodos utilizados para obtener datos son: la observación, la entrevista y la exploración física.

1. Observación:

La palabra observación viene del latín "*observatio*", y se define como una: actividad realizada por el ser humano, que detecta y asimila los rasgos de un elemento, utilizando los sentidos como instrumentos principales. La observación parte de un método científico, pues junto a la experimentación, permite realizar una verificación empírica de los fenómenos. La mayoría de las ciencias se valen de ambos recursos de manera complementaria.



TEXTO DE CONSULTA PARA EL PROCESO DE ATENCION DE ENFERMERIA HOSPITALARIA

La observación es una habilidad consciente y deliberada que se desarrolla a través de un esfuerzo y con un método organizado. Aunque los profesionales de Enfermería, observan sobre todo a través de la vista, la mayoría de los sentidos participan durante esta actividad. (Berman y Snyder, 2013).

Tabla Uso de los sentidos para recoger datos del paciente

Vista	<ul style="list-style-type: none">• Características físicas de la persona (expresión facial, mirada, postura, comportamiento, otros).• Signos y síntomas de enfermedad (signos de dolor, color y lesiones en la piel otros).
Olfato	Datos sobre higiene del usuario o algunos fenómenos con posible origen patológico (orina, quemadura, mal aliento, otros).
Tacto	Por palpación de distintas zonas del cuerpo: <ul style="list-style-type: none">• Temperatura y humedad de la piel.• Fuerza muscular.• Frecuencia y ritmo del pulso.• Lesiones palpables.
Oído	Palabras del usuario (entonación de voz, suspiros, quejas, otros). Reconocer emociones.

Durante la observación se han de tener en cuenta varios aspectos: lo primero, es fijarse en los datos que proporciona el usuario o su entorno a través de todos nuestros sentidos, para posteriormente, seleccionar, organizar e interpretar los datos. Este método es más complejo de lo que parece, no es una actividad innata, por lo que se necesita de un entrenamiento/aprendizaje previo de los profesionales. Cuando una Enfermera observa a un usuario, familia o comunidad no solamente lo hace del estado físico, sino también del estado emocional y psicológico. (Gerrish, K *et al.*, 2006).

En conclusión, la observación sistemática a través de los sentidos (vista, oído, olfato y tacto) ayudará a realizar una hipótesis sobre el estado del usuario y orientarnos hacia el plan de cuidados más adecuado.

2- Entrevista

La entrevista es un proceso de comunicación dirigido hacia objetivos concretos. Es una manera de interacción verbal y no verbal entre Enfermera y usuario, que permite al profesional recoger la máxima información específica del entrevistado.



Se ha de crear un ambiente de confianza y respeto para establecer una relación positiva

con el usuario. La actitud y la conducta de la Enfermera durante la entrevista han de ser organizada, eficaz y centrada en el usuario. En el Proceso de Enfermería, la entrevista es un método muy valioso para recoger información del usuario, la familia o la comunidad con la finalidad de identificar problemas, y posteriormente poder establecer un Diagnóstico Enfermero.

La entrevista puede ser dirigida o no dirigida. Durante una entrevista para obtener información, suele ser más adecuado utilizar una combinación de ambas.

- **Entrevista dirigida:** Está estructurada y es específica. La Enfermera marca el objetivo de la entrevista y la controla. El contenido de las respuestas del usuario es limitado. En este tipo de entrevista es complicado plantear cuestiones o comentar preocupaciones. Se utiliza este tipo de entrevista cuando el tiempo es limitado, por ejemplo, en situaciones de urgencia o cuando quiere centrar la entrevista en un aspecto concreto del usuario.

- **Entrevista no dirigida:** El usuario es el que decide el objetivo, el ritmo y el tiempo. El usuario puede expresar abiertamente sus emociones y preocupaciones.

En cuanto a la **planificación de la entrevista**, antes de comenzar la entrevista al usuario la Enfermera debe leer y conocer algunos datos, como por ejemplo; cómo se llama, qué edad tiene, información sobre la enfermedad actual, otros. Todos los datos que se pueden tener a través de la historia clínica, otros profesionales, son ideales para establecer una entrevista personalizada con una base previa de conocimientos sobre el usuario. Todo ello proporciona en el usuario confianza y seguridad en el profesional.

TEXTO DE CONSULTA PARA EL PROCESO DE ATENCION DE ENFERMERIA HOSPITALARIA

Además, antes de iniciar la entrevista es importante conocer el formulario de recogida de datos de la institución, para identificar qué datos debe recoger y qué datos puede recoger según su criterio en función del usuario específico. En el caso de no poseer un formulario estandarizado, la Enfermera debe preparar una guía para la entrevista.

Factores que intervienen en la entrevista:

- Factores ambientales:

Es necesario considerar durante la entrevista la comodidad del usuario. El lugar donde se realice la entrevista debe estar bien ventilado e iluminado, con una temperatura adecuada, sin ruidos, ni distracciones innecesarias. Es importante que el usuario se sienta seguro y en intimidad, por lo que hay que controlar que sea un lugar donde nadie pueda escuchar ni ver al usuario. Hay que elegir el mejor momento para realizar la entrevista.

El usuario debe estar cómodo, sin dolor y que las interrupciones por otras personas sean mínimas. Por ejemplo: se intentará evitar en el horario de visita de familiares. Se debe controlar la distancia entre la Enfermera y el usuario; ni muy lejos ni muy cerca. Dependiendo del usuario va a necesitar más o menos distancia para sentirse cómodo.

El profesional debe evitar estar en una posición o postura más alta que el usuario, ya que éste se puede sentir intimidado, por ejemplo, el usuario tumbado en la cama y el profesional de pie al lado. De hecho el estar de pie puede ser percibido como superioridad, desinterés o precipitación. No estableciendo un ambiente de confianza, el usuario puede dar una información limitada.

- Técnicas de la entrevista:

Se utiliza la escucha activa, la paráfrasis, la clarificación, la reconducción y las preguntas abiertas y cerradas.

Escucha activa: "Es el esfuerzo físico y mental de querer escuchar con atención la totalidad del mensaje que se emite, tratando de interpretar el significado correcto del mismo, a través de la comunicación verbal y no verbal que realiza el emisor e indicándole a través de la retroalimentación lo que creemos que estamos entendiendo" (Carlos J. Van-der Hofstad Román 2005).

Paráfrasis: Consiste en recapitular con otras palabras o expresar resumida y organizadamente el contenido principal del mensaje del usuario. No es conveniente emplear las mismas palabras

La entrevista está formada de tres partes:

Inicio	<p>Se inicia con el saludo y la presentación del profesional. Esta etapa es muy importante, porque establece los cimientos de una adecuada relación terapéutica; transmitiendo cercanía e interés. A continuación, informamos del propósito y naturaleza de la entrevista que vamos a desarrollar y los objetivos que se pretenden cumplir. Contando siempre con el permiso del usuario.</p> <p>Los objetivos principales de esta etapa son: establecer un ambiente de confianza, que el usuario se muestre cómodo con nuestra presencia y comenzar a orientar al mismo.</p>
Cuerpo	<p>Esta etapa corresponde al desarrollo de las preguntas y respuestas. Se deben tener en cuenta todos los factores anteriores de: ambiente, comunicación y técnica de la entrevista.</p> <p>En esta fase, el usuario comunica lo que siente, percibe y piensa. Es necesario intentar seguir un orden en la entrevista, registrando todos los datos que proporcione el usuario, sin juicios de valor y utilizando el entrecomillado para las expresiones literales del usuario. Lo ideal para registrar la información sería hacerlo sobre un formato estandarizado, que asegure la recogida completa y correcta de los datos y evitando perder durante mucho tiempo el contacto visual con el usuario.</p>
Cierre	<p>Se inicia con una indicación del entrevistador respecto a que se acerca el final, seguido por un resumen de los temas o datos tratados. Para culminar la entrevista se debe:</p> <ul style="list-style-type: none">▪ Dar la oportunidad al usuario de aclarar mal entendidos con respecto a algunos datos.▪ Brindar la posibilidad de explicar alguna información que no se hubiera comentado durante el cuerpo de la entrevista.▪ Conocer si tiene alguna duda.▪ Animar a participar activamente en su proceso de salud.▪ Plantear las primeras pautas de la planificación.▪ Fomentar una buena relación y confianza entre el usuario y la Enfermera.▪ Despedirse agradeciendo su colaboración. Concluyendo siempre de una manera positiva y dejando la puerta abierta para futuras entrevistas. <p>Si el cierre se hace de manera adecuada, y el usuario tiene la percepción de que la Enfermera va a estar a su lado, ayudándole en su proceso; éste se sentirá más tranquilo y muy receptivo para participar en sus cuidados de una manera activa.</p>

Pautas para la práctica de una entrevista

- Escuchar atentamente, usando todos los sentidos, hablando lenta y claramente.
- Usar un lenguaje que el comprenda y aclarar los puntos que no entienda.
- Planear preguntas que sigan una secuencia lógica.
- Plantear sólo una pregunta a la vez.
- Reconocer el derecho del usuario a ver las cosas de forma que le parecen y no de la forma que le parecen al profesional.
- No imponer nuestros valores.
- Evitar usar ejemplos personales, como decir "Si yo fuera usted..."
- Transmitir de forma no verbal respeto, preocupación, interés y aceptación.
- Ser consciente del lenguaje corporal propio y del usuario.
- Ser consciente de la inflexión, el tono y la afectación de la voz propia y del usuario.
- Sentarse y hablar con él (estar al mismo nivel).
- Usar y aceptar el silencio para ayudar al usuario a buscar más ideas y organizarlas.
- Usar el contacto visual y mostrar calma, simpatía y que se disponen de tiempo.

TEXTO DE CONSULTA PARA EL PROCESO DE ATENCION DE ENFERMERIA HOSPITALAR

Ventajas y desventajas de las preguntas abiertas según A. Berman y S. Snyder

Preguntas Abiertas	
Ventajas	Desventajas
<ul style="list-style-type: none">• Dejar hablar al entrevistado.• El entrevistador es capaz de escuchar y observar.• Revelan que los pensamientos del entrevistado son importantes.• Pueden revelar la falta de información del entrevistado, el entendimiento inadecuado de las palabras, una base de referencia, los prejuicios o los estereotipos.• Pueden proporcionar información al entrevistador que éste no ha pedido.• Pueden revelar la afectividad del entrevistado respecto a un aspecto.• Pueden atraer el interés y la confianza por la libertad que proporcionan.	<ul style="list-style-type: none">• Llevan más tiempo.• Pueden darse sólo respuestas cortas.• Pueden omitirse información valiosa.• A menudo obtienen más información de la necesaria.• Las respuestas son difíciles de registrar y hacerlo exige habilidad.• El entrevistador necesita habilidad para controlar una entrevista con preguntas abiertas.• Las respuestas exigen perspicacia y sensibilidad por parte del entrevistador.

Ventajas y desventajas de las preguntas cerradas según A. Berman y S. Snyder

Preguntas Cerradas

Ventajas

- Las preguntas y respuestas pueden controlarse de forma eficaz.
- Requieren menos esfuerzo por el entrevistado.
- Pueden ser menos amenazantes, ya que no exigen explicaciones ni justificaciones.
- La información puede obtenerse en menos tiempo.
- Las respuestas son fáciles de registrar.
- Las respuestas son fáciles de usar y pueden manejarlas entrevistadores poco habilidosos.

Desventajas

- Pueden proporcionar escasa información y exigen preguntas de seguimiento.
- Pueden no revelar lo que el entrevistador siente.
- No permiten al entrevistado dar información posiblemente valiosa.
- Pueden inhibir la comunicación y transmitir falta de interés por parte del entrevistador.
- El entrevistador puede dominar la entrevista con preguntas.

b. Exploración Física



Es un método de recogida de datos que utiliza sentidos (vista, oído, olfato y tacto) para detectar problemas de salud. Cada profesional puede aplicar un sistema diferente; generalmente se utiliza el método céfalo-caudal (desde la cabeza a los pies), o en sistemas corporales (aparato respiratorio, cardíaco, otros.).

La exploración física debe incluir:

a- Inspección: Es el método de exploración física, que se efectúa por medio de la vista. Es el primer paso en un examen físico y se basa en la observación total o parcial del cuerpo del usuario.

b- Auscultación: Es un procedimiento clínico de exploración física que consiste en escuchar de manera directa o por medio de instrumentos como el estetoscopio, el área del abdomen, para valorar los sonidos normales o patológicos producidos en los órganos (contracción cardíaca, soplos cardíacos, peristaltismo intestinal, sonidos pulmonares, otros). Los ruidos más comúnmente encontrados a nivel patológico son: *roncus*, *crepitus* (o crepitantes), *sibilancias* y *estertores*.

c- Palpación: Palpar consiste en tocar algo con las manos para conocerlo mediante el sentido del tacto. Este acto proporciona información sobre forma, tamaño, temperatura, consistencia, superficie, humedad, sensibilidad y movilidad.

Es el proceso de examinar el cuerpo utilizando el sentido del tacto. Es la técnica diagnóstica que utiliza el tacto de las partes externas del cuerpo o bien de la parte accesible de las cavidades.

d- Percusión: Es un método que consiste en dar golpecitos suaves en partes del cuerpo con los dedos, las manos o con pequeños instrumentos como parte de una exploración física. Se hace para determinar: La presencia o ausencia de líquido en áreas del cuerpo.

e- Olfacción: Es un método que consiste en identificar olores característicos que existen en el cuerpo humano en situaciones diferentes de salud, de enfermedad y de higiene; Ejemplo: Ejen halitosis por mala higiene bucal; olor a pescado de la secreción vaginal infectada por *Gardnerella*, otros.

2. Validación/verificación de los datos

La información obtenida durante la fase de valoración debe ser completa, objetiva y precisa porque los diagnósticos e intervenciones de Enfermería se basan en esta información. La validación supone comprobar o verificar datos para confirmar que son precisos y objetivos” (Berman y Snyder, 2013).

Implica las siguientes tareas:

a- Garantizar que la información sea completa y evitar cometer errores en la identificación de los problemas.

- Obtener información adicional del usuario, evitando omitir información pertinente.
- Comprobar la congruencia de los datos objetivos y subjetivos.

b- Evitar conclusiones precipitadas o centrarse en una dirección equivocada.

Diferenciar entre un dato y una inferencia. El dato es objetivo o subjetivo que se observa (ver, oír, percibir, oler o medir) directamente por el profesional, inferencias son las interpretaciones o conclusiones del profesional de Enfermería, basadas en los datos.

Por tanto, la validación es un paso esencial en el pensamiento crítico. Se debe asegurar la información obtenida, garantizando que los datos que se obtienen son completos y objetivos.

Estos datos constituirán la base de todo el Proceso Enfermero.

Técnicas para la validación de datos:

- **Dobles comprobaciones:** Consiste en repetir nuevamente la toma, bien con otro instrumento o bien realizándolo otra persona.
- **Técnicas de reformulación:** Ayudan a asegurarse de que el usuario quiere decir lo que realmente dice, evitando las interpretaciones erróneas. Para ello se pregunta por el dato en concreto de diferente manera.

3. Organización de los datos

Cuando ya se tienen todos los datos del usuario validados, el siguiente paso es agruparlos. Este proceso es definido por Alfaro como: “agrupar los datos en grupos de información que ayuden a identificar patrones de salud o enfermedad”. Los modelos teóricos de Enfermería proponen diferentes formas para poder organizar los datos previamente recogidos y validados. Es conveniente utilizar modelos de valoración, ya que la aplicación de un esquema o patrón de organización de datos facilitará el posterior análisis de los mismos.

TEXTO DE CONSULTA PARA EL PROCESO DE ATENCION DE ENFERMERIA HOSPITALARIA

Instrumentos de Valoración

En la mayoría de los hospitales y los centros de salud disponen de instrumentos de valoración estandarizados, normalmente informatizados. Según Alfaro-Lefevre hay tres factores principales que influyen en cómo son diseñados estos instrumentos y en el tipo de información que se requiere:

1-Las necesidades y problemas más comunes en esa unidad específica. Por ejemplo, el instrumento de valoración debería ser diferente entre un adulto y un niño, entre una unidad de agudos y otra de larga estancia, otros.

2-Estándares de cuidados para la valoración, como los definen las agencias o asociaciones profesionales como por ejemplo, la Joint Commission for Accreditation of Healthcare Organizations. En general, el instrumento debe constituir un sistema de valoración global y fiable que esté estandarizado y sea reproducible.

3-Recoger un conjunto de datos mínimos de manera estandarizada.

Necesidades Humanas fundamentales de Virginia Henderson

Virginia Henderson define a la persona como un todo complejo compuesto por 14 Necesidades. Si se utiliza este modelo de valoración, se agruparían los datos del usuario en cada necesidad básica.

Necesidades Fundamentales	
1. Respiración	Respirar normalmente.
2. Ingestión de sólidos y líquidos	Comer y beber adecuadamente.
3. Eliminación	Eliminar por todas las vías corporales.
4. Movimiento	Moverse y mantener posturas adecuadas.
5. Descanso-sueño	Dormir y descansar.
6. Vestimenta	Escoger ropa adecuada.
7. Temperatura corporal	Mantener la temperatura corporal dentro de límites normales, adecuando la ropa y modificando el ambiente.
8. Limpieza corporal y protección cutánea	Mantener la higiene corporal y la integridad de la piel.
9. Seguridad de la piel	Evitar los peligros ambientales y lesionar a otras personas.

TEXTO DE CONSULTA PARA EL PROCESO DE ATENCION DE ENFERMERIA HOSPITALARIA

11. Comunicación	Comunicarse con los demás expresando emociones, necesidades, temores u opiniones.
12. Creencias y valores	Rendir culto según las propias creencias.
13. Autorealización	Trabajar de tal forma que la labor tenga un sentido de realización personal.
14. Actividad recreativa	Jugar y participar en actividades recreativas.
15. Aprendizaje	Aprender, descubrir o satisfacer la curiosidad que conduce a un desarrollo normal y a utilizar los medios sanitarios existentes.

Para aplicar el modelo de V. Henderson, los datos se deben organizar según cada una de las necesidades en los siguientes apartados:

- **Manifestaciones de independencia:** Conductas que promueven y mantienen la integridad o totalidad de la persona.
- **Manifestaciones de dependencia:** Conductas inapropiadas debidas a la falta de fuerza, conocimiento o voluntad.

Ejemplo: Aplicación del modelo de V. Henderson según M.T. Luis et al.

Varón de 35 años, ingresado desde hace 5 días en la unidad de traumatología, tras operarse por rotura de la tibia y el peroné debido a un accidente de tráfico su movilidad es limitada y necesita las muletas para andar; se queja de que le es imposible dormir por las noches, por el malestar y no encuentra una postura cómoda con los vendajes y sujeciones. Sin embargo comenta que durante el día suele descansar y relajarse.

Necesidad 4: Movimiento	<ul style="list-style-type: none">• Manifestación de dependencia: movilidad limitada, necesita muletas.• Manifestación de independencia: no se observan.• Datos a considerar: operación hace 5 días.
Necesidad 5: Descanso y sueño	<ul style="list-style-type: none">• Manifestaciones de dependencia: hace 2 días no duerme por las noches.• Manifestaciones de independencia: de día suele descansar y relajarse.• Datos a considerar: no se observan.

4. Comunicación y registro de los datos

La última etapa de la valoración es el informe y anotación de los datos obtenidos del usuario. Se debe registrar la información de manera objetiva, sin interpretarla el profesional, ya que

hay conceptos que son susceptibles de tener diferentes interpretaciones.

Objetivos del registro:

- Constituir un sistema de comunicación entre los profesionales del equipo sanitario.
- Facilitar la calidad de los cuidados al poder compararse con unas normas de calidad.
- Permitir una evaluación para la gestión de los servicios enfermeros, incluida la gestión de la calidad.
- Servir como prueba legal.
- Permitir la investigación en Enfermería.

Correcta anotación de registros en la documentación:

- Deben estar escritos de forma objetiva, sin prejuicios ni juicios de valor u opiniones personales.
- Anotar, entre comillas, la información subjetiva que aporta tanto el usuario como la familia y servicios sanitarios.
- Los datos objetivos deben fundamentarse en pruebas y observaciones concretas.
- Los hallazgos encontrados en la exploración física deben describirse de manera meticulosa, Ejemplo: forma, tamaño, color, otros.
- Anotaciones claras y concisas. Usar sólo las abreviaturas que estén consensuadas y que no puedan conducir a error.
- En caso que el registro no sea informatizado, la letra debe ser legible.

Pensamiento crítico en la valoración

Una vez finalizada la fase de recogida de datos. La Enfermera debe emitir un juicio profesional sobre la eficacia en el funcionamiento del área valorada (patrón, necesidad, otros.). La emisión de este juicio clínico es fundamental y va a diferenciar una recogida de datos de una valoración profesional.

Para ello es necesario interpretar los datos recogidos, analizarlos y expresar la idoneidad en su funcionamiento.

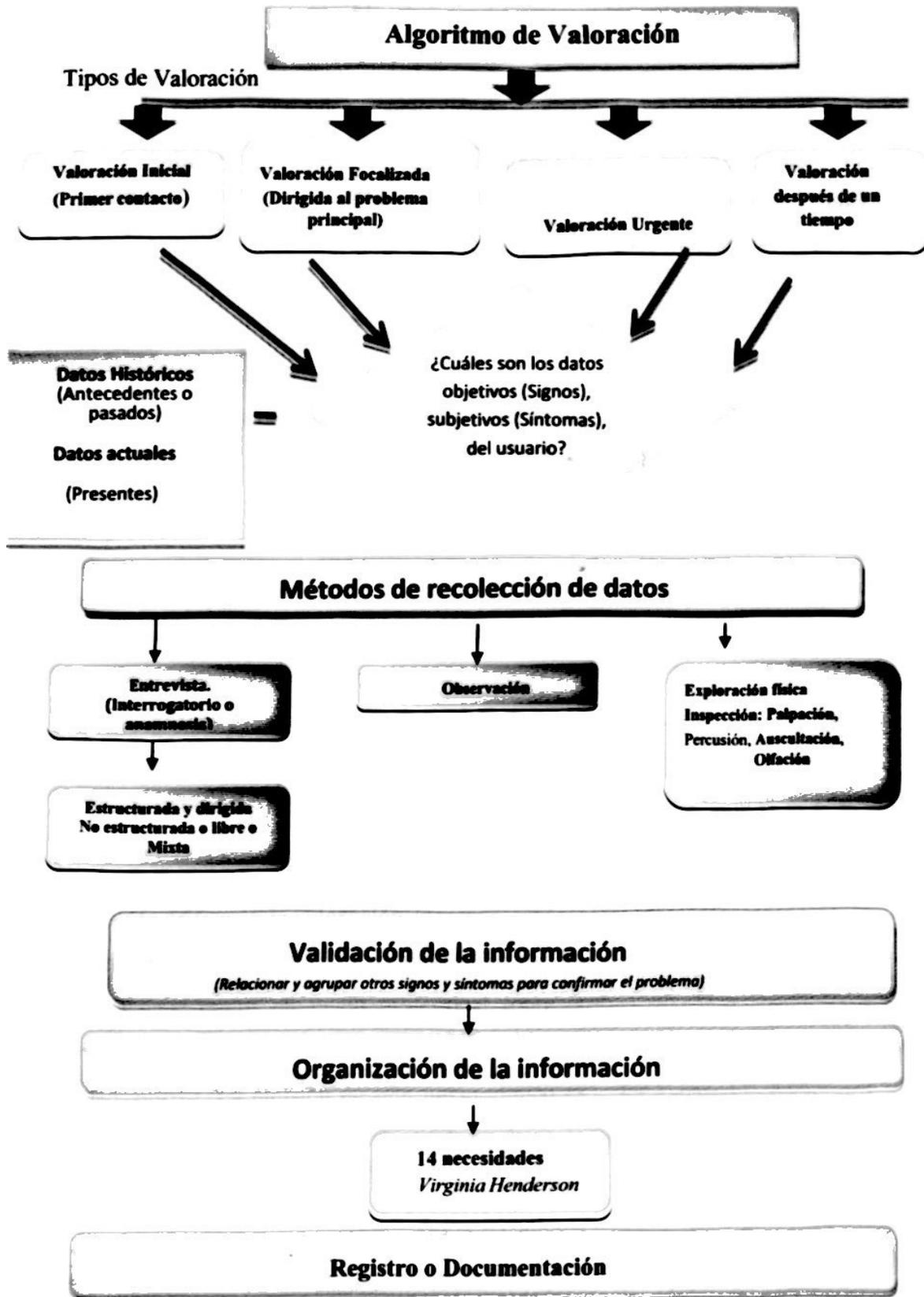
La existencia de una valoración



Enfermera alterada o ineficaz es síntoma claro de la necesidad de intervención de la Enfermera en su mejora a través de los diagnósticos de Enfermería. Sin embargo, la existencia de una valoración eficaz no quiere decir que en algunos casos la Enfermera no deba actuar de forma planificada mediante los diagnósticos de salud o de riesgo

Según A. Berman y S. Snyder, "Las actividades del pensamiento crítico durante la fase de valoración son":

- Hacer observaciones fidedignas.
- Distinguir los datos relevantes de los irrelevantes.
- Distinguir los datos importantes de los que no lo son.
- Validar los datos.
- Organizar los datos.
- Categorizar los datos en función de una estructura.
- Reconocer las suposiciones.
- Identificar omisiones en los datos.





II. ETAPA DE DIAGNÓSTICO DE ENFERMERIA:

El profesional necesita un sistema de clasificación o taxonomía para describir y desarrollar con fundamento científico los Cuidados de Enfermería.

Los requisitos que debe cumplir para adquirir estatus profesional son:

- Una educación universitaria
- Un cuerpo único de conocimiento
- Una asociación profesional
- Una orientación a los servicios y a los demás
- Autonomía y autorregulación

(J. Carpenito 5ta. Edición).

El sistema de clasificación para Enfermería define el cuerpo de componentes de los cuales estas se responden.

La relación entre responsabilidad y autonomía se puede expresar con el siguiente cuadro.

Diagnóstico de Enfermería	Indicaciones más Claras de los conocimientos de Enfermería →	Mayor Responsabilidad →	Mayor Autonomía
---------------------------	--	-------------------------	-----------------

Para Virginia Henderson un diagnóstico de Enfermería es un problema de dependencia que tiene una causa que las Enfermeras pueden tratar para conseguir aunque sea una milésima de independencia. Una Enfermera puede diagnosticar o emitir un dictamen sobre las necesidades expresadas que tienen las personas a las que atiende.

El diagnóstico comprende varias acciones:

a) **Análisis de datos:** Después de ser clasificados en manifestaciones de independencia, de dependencia y en fuentes de dificultades, los datos son comparados entre ellos.

TEXTO DE CONSULTA PARA EL PROCESO DE ATENCION DE ENFERMERIA HOSPITALARIA

Las manifestaciones de dependencia y de las fuentes de dificultades son retenidas porque requieren intervenciones por parte del profesional de Enfermería “aquí y ahora”. Hay que separar lo que se puede resolver con la función autónoma y lo que no se puede resolver.

b) A partir de estas manifestaciones de dependencia se propone la hipótesis diagnóstica.

c) Validación: Para ello se recurre a la definición del diagnóstico para cerciorarse de que se adapta al problema.

d) Valorar como incide el problema en las 14 necesidades fundamentales, aparte valorar que porcentaje de las manifestaciones de ese diagnóstico se adapta al problema, con lo que conseguirá obtener el problema fundamental del usuario.

Las funciones de Enfermería tienen tres dimensiones:

Según el nivel de decisión que corresponde al profesional, surgirán problemas o necesidades en la persona que competirán a un campo u otro de actuación:

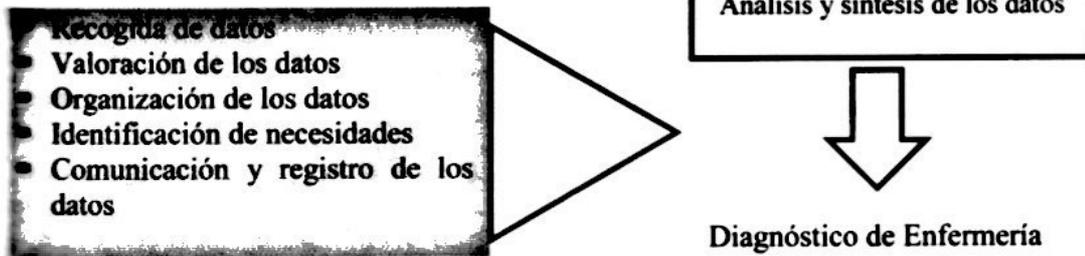
1- La dimensión dependiente: La práctica de Enfermería incluye aquellos problemas que son responsabilidad directa del médico que es quien designa las intervenciones que deben realizar las Enfermeras, **ejemplo:** administrar el tratamiento médico prescrito.

2- La dimensión interdependiente: Se refiere a aquellos problemas o situaciones cuya prescripción y tratamiento colaboran las Enfermeras y otros profesionales de la Salud. Estos problemas se describirán como problemas colaborativo o interdependiente y son complicaciones fisiológicas que las Enfermeras controlan para detectar su inicio o su evolución y colaboran con los otros profesionales para un tratamiento médico prescripto.

3- Dimensión independiente: Es toda aquella acción que es reconocida legalmente como responsabilidad de Enfermería y que no requiere la supervisión o dirección de otros profesionales. Son los Diagnósticos de Enfermería. (D.E.)

El diagrama confirma que una valoración exacta y completa es esencial para que el diagnóstico sea correcto.

Valoración

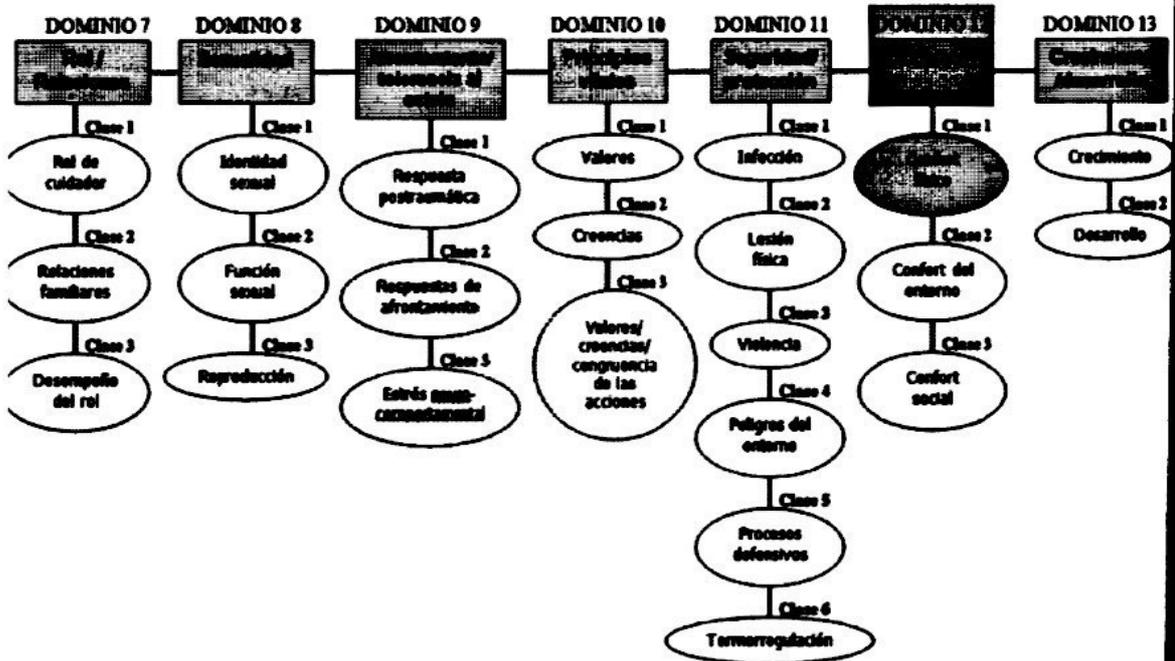
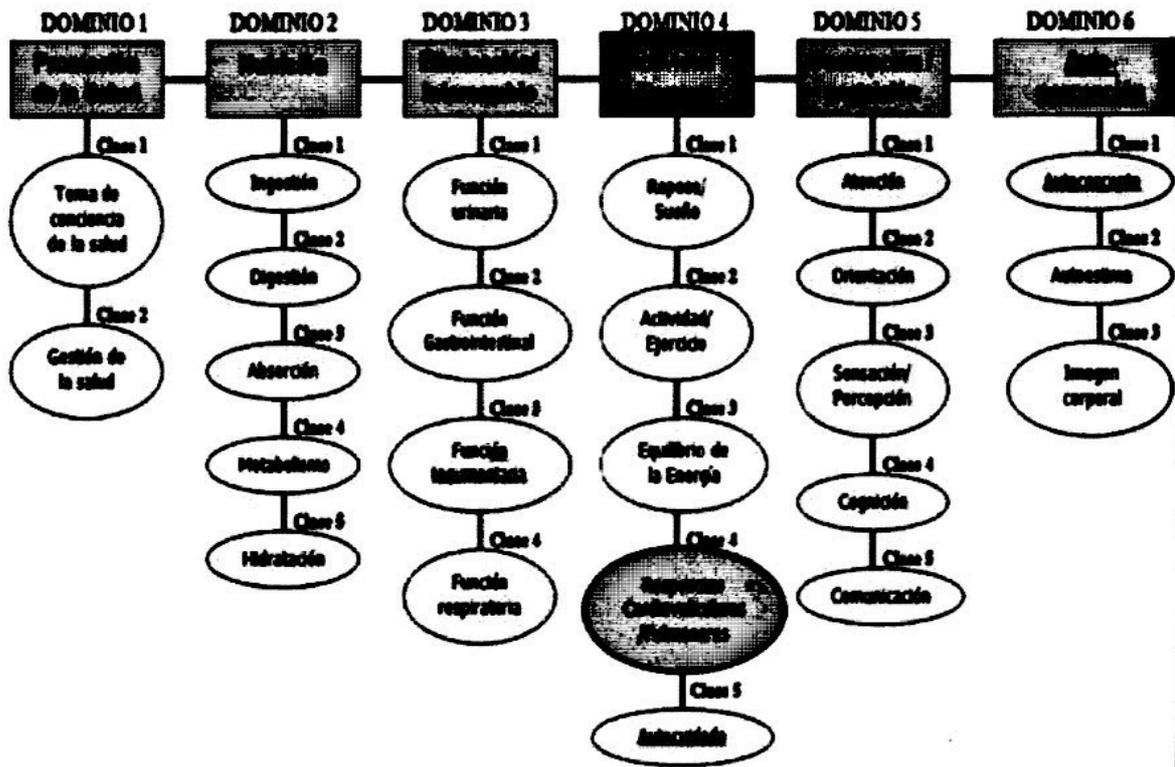


Fundamentos de los Diagnósticos Enfermeros

Los cuidados de salud son proporcionados por diferentes profesionales de la salud, incluyendo Enfermeras, Médicos, Fisioterapeutas por nombrar algunos. Cada disciplina de salud aporta su cuerpo de conocimiento único al cuidado del usuario.

Cada profesión dentro del ámbito de la salud tiene una manera de describir **que** sabe de su profesión y **cómo** actuar. Una profesión puede tener un lenguaje común para describir y codificar sus conocimientos; los Médicos tratan enfermedades y usan la taxonomía de clasificación internacional CIE-10 para presentar y codificar los problemas médicos que tratan. Los Psicólogos, Psiquiatras tratan enfermedades mentales y usan el manual de diagnóstico de enfermedades Mentales DSM-V. Las Enfermeras tratan las respuestas humanas de los problemas de salud y/o procesos vitales y usan la taxonomía de NANDA Internacional de Diagnóstico Enfermeros y el Proceso Diagnostico Enfermero.

La NANDA Internacional 2015-2017 contiene 235 diagnósticos agrupados en 13 dominios y 47 clases. Un dominio es una **"esfera de conocimiento"**; Ejemplo: de dominios en la taxonomía NANDA Internacional son: Nutrición, eliminación/intercambio, actividad/reposo otros. Los dominios están divididos en clases (grupos que comparten atributos comunes).



TE
Eje
Obj
Etic
Defi
de s
meta
Car:
Bene
a- II
Para
estam
de qu
Enfer
común
En es
discip
De
Va
relacic
Co
Re
determ
Ide
median

Ejemplo: Dominio 2 (Nutrición).

Objetivo: Necesidad de Alimentación.

Etiqueta: 00107- Patrón de Alimentación ineficaz del lactante (1992-2006- NDE 21)

Definición: deterioro de la capacidad del niño para succionar o coordinar la respuesta de succión/deglución, que da lugar a una nutrición oral inadecuada para las necesidades metabólicas.

Características definitorias:

- Incapacidad para coordinar la succión la deglución y la respiración.
- Incapacidad para iniciar la succión eficaz.
- Incapacidad para mantener la succión eficaz.

Beneficios específicos de la utilización de la taxonomía diagnóstica de la NANDA:

a- Investigación:

Para poder investigar sobre los problemas de Salud que los profesionales de Enfermería estamos capacitados para tratar, es necesario que estén bien definidos y universalizados, a fin de que los resultados de las investigaciones, puedan ser comprendidos y aplicados por otros Enfermeros. Es evidente que esto no es posible llevarlo a cabo sin disponer de un lenguaje común previo que reúne los criterios y facilite la comunicación e intercambio de datos.

En este momento los Diagnósticos Enfermeros pueden contribuir a la consolidación de la disciplina en Enfermería mediante líneas de investigación dirigidas a:

- Determinar la compatibilidad de una taxonomía con cada uno de los modelos conceptuales.
- Validar en distintos ámbitos culturales las características definitorias y los factores relacionados de los Diagnósticos de Enfermería aceptados.
- Comparar la eficacia de las diversas intervenciones propuestas ante un mismo Diagnóstico.
- 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.

b- Docencia:

La inclusión de los Diagnósticos de Enfermería en el **currículum básico** debe iniciarse y continuarse de forma coherente y prolongarse de forma **progresiva** a lo largo de todo el currículum y esto permite:

- Organizar de manera lógica, coherente y ordenada los conocimientos de Enfermería que deberían poseer los estudiantes.
- Disponer de un lenguaje compartido con otros profesionales, con los Enfermeros docentes y con los propios estudiantes, lo cual facilita enormemente la transmisión de ideas y conceptos relacionados con los cuidados.

c- Asistencial:

El uso de los Diagnósticos en la práctica asistencial favorece la organización y profesionalización de las actividades de Enfermería, al permitir:

- Identificar las respuestas de las personas ante distintas situaciones de salud.
- Centrar los cuidados brindados en las respuestas humanas identificadas a través de una valoración propia.
- Aumentar la efectividad de los cuidados al prescribir actuaciones de Enfermería específicas orientadas a la resolución o control de los problemas identificados.
- Organizar, definir y desarrollar la dimensión propia del ejercicio profesional.
- Delimitar la responsabilidad profesional, lo que como beneficio secundario crea la necesidad de planificar y registrar las actividades realizadas.
- Diferenciar la aportación Enfermera a los Cuidados de Salud de las hechas por otros profesionales.
- Unificar los criterios de actuación ante los problemas o situaciones que están dentro de nuestra área de competencia.
- Mejorar y facilitar la comunicación intra e interdisciplinaria.

d- Gestión:

Algunas de las ventajas de la utilización de los Diagnósticos de Enfermería en este ámbito son:

- Ayudar a determinar los tiempos requeridos para la planificación de los cuidados y por tanto, las cargas de trabajo de cada unidad o centro, al facilitar la organización y sistematización de las actividades de cuidados.
- Permitir, como consecuencia, una mejor distribución de los recursos humanos y materiales.

TEXTO DE CONSULTA PARA EL PROCESO DE ATENCION DE ENFERMERIA HOSPITALARIA

- Favorecer la definición de los puestos de trabajo, ya que ésta podría incluir la habilidad para identificar y tratar los Diagnósticos de Enfermería que se dan con mayor frecuencia.
- Posibilitar la determinación de los costos reales de los servicios de Enfermería y consecuentemente, los costos reales de los cuidados brindados al usuario.
- Facilitar el establecimiento de criterios de evaluación de la calidad de los servicios de Enfermería brindados en un centro o institución.
- Identificar las necesidades de formación para grupos profesionales específicos.

El 28 de junio 2017 se publica la **NANDA 2018-2020 en inglés**; contiene un total de **244 Diagnósticos** (frente a los 235 que teníamos en la edición 2015-2017). Se han **añadido 17 diagnósticos**, se han **retirado 8** y se han revisado una cantidad importante de Etiquetas Diagnósticas.

Tipos de Diagnósticos:

A-Diagnóstico Enfermero focalizado en el problema (Real):

Es un juicio clínico en relación con una respuesta humana no deseada de una persona, familia, grupo o comunidad, a una afección de salud/proceso vital.

El término "**Real**" no forma parte del enunciado en un Diagnostico de Enfermería Real. Consta de tres partes, formato **PES**:

Formulación Diagnostica

P: Problema: Se corresponde a la etiqueta de la NANDA

Ejemplo: Deterioro de la integridad cutánea

E: Etiología: Donde se reflejan las causas que favorecen la aparición del problema de salud.

Estas pueden agruparse en 4 categorías:

- **Fisiopatológico:** (Biológicos o sicológicos) perdida de partes del cuerpo perdida de una o varias funciones del cuerpo, sistema inmunitario comprometido.
Ejemplo: paladar hendido, pérdida o amputación de un miembro, cáncer, tumores, accidente cerebro vascular otros.
- **En relación al tratamiento:** Reconstrucción, anestesia, medicamentos, estudios de diagnóstico, cirugías, otros.

TEXTO DE CONSULTA PARA EL PROCESO DE ATENCION DE ENFERMERIA HOSPITALARIA

- **De situación:** (Personales y ambientales): Hospitalización, pérdida del trabajo, o capacidad para trabajar, muerte de un allegado, separación, divorcio, desempleo, problemas económicos, problemas conyugales, padres adoptivos, influencia cultural y religiosa.

- **De maduración:** Relacionado a la edad:

Escolar: Pérdidas de personas allegadas, fracaso para alcanzar objetivos de su nivel de grado, pérdida de grupo de compañeros.

Adolescencia: Pérdida de independencia y autonomía, ruptura de relaciones con los compañeros, ruptura de la imagen corporal, interrupción del aprendizaje, elección de carrera otros.

Mediana edad: Signos de envejecimiento, pre- menopausia, presiones laborales.

Anciano: pérdida del empleo, pérdida de las funciones, problemas económicos, jubilación, muerte del cónyuge, otros.

S: Sintomatología: Constituido por los signos y síntomas que aparecen como consecuencia del problema.

Ejemplo: Temperatura elevada o disminuida, dolor, llanto, tos, disnea, coloración de la piel, descripción de las heridas (escara de II grado), otros.

Directrices a tener en cuenta para la elaboración de un Diagnóstico:

Para formular el Diagnóstico de Enfermería se une la primera parte (P) con la segunda parte (E) mediante el nexo r/c (relacionado con) y esta se une a la tercera parte (S) mediante un nexo m/p (manifestado por)

Ejemplos de formulación Diagnóstica con el formato PES

Formato	Descripción
P: Problema:	Patrón respiratorio ineficaz (Etiqueta de la NANDA)
E: Etiología:	Afección pulmonar (NAC)
S: Signos y síntomas:	tos, con expectoración amarillenta, mas disnea de esfuerzo.

Dx. de Enfermería:

Patrón Respiratorio ineficaz r/c Afección Pulmonar (NAC) m/p Tos con

P

E

Expectoración amarillenta, más disnea de esfuerzo

S

Observación: Existe una excepción a la hora de formular el Diagnóstico Real cuando las etiquetas de la NANDA, se corresponde con una sintomatología se deben formular con el formato PE

Ejemplo:

Formato	Descripción
P: Problema:	Hipertermia (Etiqueta de la NANDA)
E: Etiología:	Afección Urinaria (IVU)

Dx. De Enfermería

Hipertermia r/c Afección Urinaria (IVU)

P

E

B- Diagnóstico Enfermero de Riesgo (Potencial):

Es un juicio clínico en relación a la vulnerabilidad de una persona, familia, grupo o comunidad para desarrollar una respuesta humana no deseada a una afección de salud/proceso vital. El enunciado de estos diagnósticos consta de dos partes: PE

Formato	Descripción
P: Problema de salud	(Etiqueta)
E: Etiología	(Factor predisponente)

Etiqueta diagnóstica, es una descripción concisa de la alteración del estado de salud, que siempre va precedida por el término "**Riesgo de**":

Para formular el Diagnóstico de Enfermería se une la primera parte (P) con la segunda parte (E) mediante el nexo r/c (relacionado con).

Etiología, recoge las situaciones que provocan un aumento en la vulnerabilidad a padecer un problema. En el caso de los Diagnósticos de Riesgo, se denominan "Factores de Riesgo".

Componentes, formato PE: (P) Problema + Etiología/factores contribuyentes.

Ejemplo:

P: Problema: Riesgo de infección. (Etiqueta de la NANDA)

E: Etiología: Catéter vesical en permanecía

Dx. de Enfermería

Riesgo de infección r/c Catéter vesical en permanecía

P

E

C- Diagnostico Enfermero de Promoción de la Salud:

Es un juicio clínico en relación con la motivación y el deseo de aumentar el bienestar y actualizar el potencial humano. Estas respuestas se expresan por una disposición para mejorar los comportamientos específicos de salud y pueden ser utilizados en cualquier estado de salud. Las respuestas de promoción de la salud se pueden dar en una persona, familia, grupo o comunidad.

La NANDA los define como "*Un juicio clínico respecto a una persona, familia o comunidad en transición desde un nivel específico de bienestar a un nivel más elevado*".

El enunciado de estos diagnósticos consta de una única parte (P) que corresponde a la etiqueta de la NANDA

Ejemplo:

P: Disposición para mejorar su propia salud (Etiqueta de la NANDA)

P: Disposición para mejorar conducta organizada del lactante (Etiqueta de la NANDA)

P: Disposición para mejorar el sueño (Etiqueta de la NANDA).

D- Diagnostico Enfermero De Síndrome:

Es un juicio clínico en relación con un conjunto de Diagnósticos Enfermeros específicos que aparecen de manera conjunta y que se tratan de forma más correcta conjuntamente a través de intervenciones similares. Este tipo de diagnósticos alerta de la presencia de que está ante una situación compleja, que requiere la realización de valoraciones e intervenciones de enfermería expertas.

El enunciado de estos Diagnósticos consta de una única parte:

P	Problema de Salud (Etiqueta)
----------	-------------------------------------

Etiqueta diagnóstica, describe el problema y suele contener en ella los factores etiológicos o contribuyentes.

Ejemplo:

- Síndrome traumático de la violación.
- Síndrome del dolor crónico
- Síndrome del anciano frágil

"La única función de la Enfermera consiste en ayudar al individuo, enfermo o sano, a realizar sus actividades contribuyendo a su salud, a su recuperación (o a la muerte tranquila), que el llevaría a cabo sin ayuda si tuviera la fuerza, la voluntad o el conocimiento necesario, y en hacerlo de manera que se le ayude a ganar independencia lo más rápidamente posible.

Este aspecto de su trabajo, esta parte de su función es la que ella inicia y controla; la domina por completo. Adicionalmente, ayuda al usuario a poner en práctica el plan terapéutico, tal y como lo ha indicado el médico. Además, es un miembro del equipo médico, ayuda a los otros miembros, como ellos a su vez, le ayudan a ella, a planificar y llevar a cabo la totalidad del programa, ya sea para la mejora de la salud, la recuperación de la enfermedad o en apoyo en la muerte". Virginia Henderson.



III. ETAPA DE PLANIFICACIÓN:

Una vez terminada la valoración e identificación de los problemas y recursos específicos se puede iniciar la etapa de planificación. Durante esta etapa se desarrolla el Plan de Cuidados individualizado, dirigido al logro del objetivo, diseñado para prevenir, resolver o controlar problemas y ayudar a la persona a lograr un óptimo nivel de



funcionamiento. La planificación es un proceso dinámico y continuo. (Lefevre, 1996)

Según Henderson, la fase de planificación supone hacer que el plan responda a las necesidades del individuo, actualizarlo como convenga a partir de los cambios, utilizarlo como un historial y asegurarse de que se adapta al plan prescrito por el médico. En su opinión un buen plan implica fijar prioridades.

En ésta etapa se determina cómo se proporcionará el Cuidado de Enfermería en forma organizada, individualizada y dirigida a objetivos específicos.

Objetivos del plan de cuidados

1. Promover la comunicación entre los cuidadores.
2. Dirigir los cuidados y la documentación.
3. Crear un registro que posteriormente pueda ser usado para la evaluación, investigación y propósitos legales.
4. Proporcionar documentación sobre las necesidades en el cuidado de la salud para determinar su coste exacto.

Tipos de planificación:

La planificación de los cuidados comienza con el primer contacto con el usuario, continúa durante su estancia y finaliza la relación Enfermera- usuario habitualmente cuando el centro de atención sanitaria da el alta al usuario.



- **Planificación Inicial:** Por lo general la Enfermera realiza la valoración al ingreso la que desarrolla el plan inicial y general de Cuidados. Esta Enfermera tiene la ventaja de poder observar el lenguaje corporal del usuario, así como obtener algunas informaciones intuitivas además de las que

se dispone gracias a los datos escritos. La planificación debe iniciarse lo antes posible después de la valoración inicial.

- **Planificación Continua:** La realizan todas las Enfermeras que trabajan con el usuario. A medida que obtienen nueva información y evalúan las respuestas del usuario a los cuidados, pueden individualizar más el plan inicial de cuidados. También se lleva a cabo al iniciarse el turno, cuando la Enfermera planifica los Cuidados que deben prestarse ese día.
- **Planificación al Alta:** Dado que la estancia media del usuario en los hospitales para casos agudos se ha acortado, a veces se da el alta a personas que siguen necesitando cuidados. La planificación al alta, es decir, el proceso de prever y planificar las necesidades de la persona al salir del hospital, se está convirtiendo en una parte crucial de la atención integral a la salud. También deben evaluarse al alta, los recursos de la persona, su familia y la comunidad.

El Proceso de Planificación incluye los planes estandarizados e individualizados:

- El plan de **cuidados estandarizados** es el plan de cuidados que se orienta hacia un grupo de usuarios con necesidades comunes.
- En plan de **cuidados individualizados** es aquél orientado hacia las características concretas del usuario y hacia las respuestas al plan. (Lefevre, 1996).

Principales componentes del Plan de Cuidados

1. Establecer prioridades.
2. Elaborar objetivos.
3. Desarrollar intervenciones de Enfermería.
4. Documentar el plan.

Para cada uno de los pasos el profesional debe responder las siguientes preguntas:

Componentes	Preguntas
Objetivos (resultados deseados):	¿Qué resultados espera conseguir y cuándo espera lograrlos?
Problemas reales y potenciales:	¿Cuáles son los diagnósticos y problemas reales y potenciales que deben abordarse para asegurar un plan de cuidados seguro y eficiente?
Intervenciones específicas:	¿Qué va a hacer para prevenir o manejar los principales problemas y lograr los resultados deseados?
Documentación o registro:	¿Qué va a hacer para prevenir o manejar los principales problemas y lograr los resultados deseados?

1. Establecer prioridades:

Es el proceso dirigido a establecer una secuencia para abordar los diagnósticos y las intervenciones de Enfermería. El profesional de Enfermería y el usuario comienzan la planificación decidiendo que Diagnóstico de Enfermería requiere atención en primer lugar y cuál de los diagnósticos requiere atención en segundo lugar y así sucesivamente.

Los diagnósticos se pueden agrupar en tres categorías:

- **Alta Prioridad:** Son los problemas de riesgo vital, como la parada respiratoria.
- **Mediana Prioridad:** Incluyen los problemas que amenazan la salud, como una enfermedad aguda o una capacidad de afrontamiento reducida, porque pueden tener como consecuencia un retraso del desarrollo o causar alteraciones físicas o emocionales destructivas.
- **Baja Prioridad:** Es aquel que surge de necesidades del desarrollo normales o que solo requiere un soporte mínimo de Enfermería.

Para el establecimiento de prioridades los profesionales de Enfermería, utilizan la jerarquía de necesidades de Maslow.

2. Establecer los objetivos.

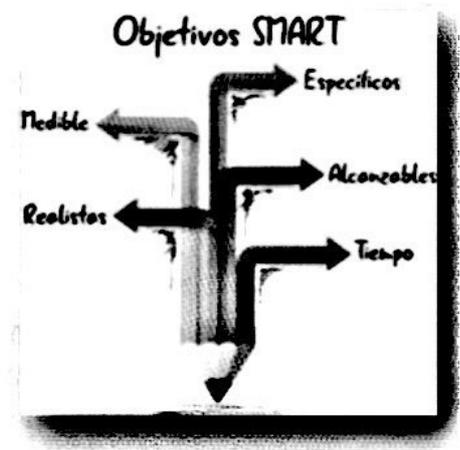
Los resultados esperados tienen como fin, medir los efectos de las intervenciones de cuidados, utilizándolos con todo tipo de población, para poder medir el estado del usuario con varios acontecimientos de la salud relacionados con diferentes periodos de usuario.

Los objetivos o resultados esperados tienen tres propósitos principales:

- a- **Son los instrumentos de medición:** Se debe medir el éxito del plan determinando si se han conseguido el objetivo que había fijado previamente.
- b- **Dirigen las intervenciones:** ¿Cómo sabrá lo que tiene que hacer si no sabe lo que quiere conseguir?
- c- **Son Factores de motivación:** con frecuencia las cosas que no se miden no se hacen.

Objetivos a corto, mediano y largo plazo.

- **Los objetivos a corto plazo:** Son los que se pueden conseguir de forma bastante rápida, con frecuencia en horas o días.
- **Los objetivos a mediano plazo:** Son los que pueden conseguir a lo largo de unos días o una semana más o menos.
- **Los objetivos a largo plazo:** Son aquellos que van a lograrse en un plazo de tiempo más largo con frecuencia semanas o meses.



Normas para la descripción de objetivos:

- Escribir los objetivos en términos que sean observables y puedan medirse.
- Describir los objetivos en forma de resultados o logros a alcanzar, y no como acciones de Enfermería. Es decir deben tener criterios/indicadores que permitan evaluarlos.
- Tienen que estar ajustados al usuario, a la Enfermera y al lugar de trabajo.
- Elaborar objetivos cortos.
- Hacer específicos los objetivos.
- Cada objetivo deriva de solo un Diagnóstico de Enfermería.
- Señalar un tiempo específico para realizar cada objetivo.
- Debe estar redactado en tiempo infinitivo. (Taxonomía Blum).

Ejemplos:

- Reducir el riesgo de infección durante la permanencia del catéter venoso central.
- Disminuir la dificultad respiratoria en 24hs.
- Lograr una lactancia materna eficaz en 72hs.
- Disminuir riesgo de infección durante su estancia en el hospital.

(lefevre, 1996).

1. Intervenciones de Enfermería.

Las Intervenciones son actividades de Enfermería que están relacionadas con un Diagnóstico Enfermero específico y que una Enfermera realiza para conseguir los objetivos del usuario. Las estrategias concretas que se eligen deben centrarse en eliminar o reducir la etiología (causa) del Diagnóstico Enfermero, que es la segunda parte de su enunciado.

Una identificación correcta de la etiología durante la fase de diagnóstico proporciona el marco para elegir intervenciones de Enfermería eficaces.



Determinación de las Intervenciones de Enfermería se realizan para:

- a. Controlar el estado de salud.
- b. Prevenir, resolver o controlar el problema.
- c. Ayudar a realizar las actividades de la vida diaria (bañarse, otros).
- d. Promover la máxima salud e independencia. (Lefevre, 1996).

Las Intervenciones de Enfermería pueden ser independientes, derivadas o interdependientes

- **Las Intervenciones Independientes** Son las que las enfermeras están autorizadas a emprender sobre la base de sus conocimientos y habilidades.
- **Las Intervenciones Derivadas** Son las que se realizan por orden médica, bajo su supervisión o según procedimientos sistematizados.
- **Las Intervenciones Interdependientes** Son acciones que la Enfermera lleva a cabo en colaboración con otros miembros del equipo de asistencia sanitaria (Iyer (1989)).

Las Intervenciones deben estar clasificadas por áreas de dependencia: Conocimiento, Fuerza (física y psíquica) y Voluntad. Es competencia de cada profesional concretarlas en actuaciones específicas. En determinados casos se han incluido aquellas actividades que, desde nuestro punto de vista, consideramos casi obligadas (Obra., 2000).

Tipos de Planes de Cuidados

A- Plan Observacional:

El plan observacional de Enfermería consiste en la observación, de los cambios fisiopatológicos de los usuarios.

Ejemplo: Observar el sitio de punción de un catéter periférico o central, en busca de signos de inflamación o infección.

B- Plan de Terapéutico:

Consiste en las actividades o procedimientos que la Enfermera realiza, ya sean las autónomas o las dependientes del equipo de salud.

Ejemplo: Administrar un medicamento o controlar de los signos vitales.

C- Plan Educativo:

Consiste en la educación, que se realiza al usuario y/o familiar con relación a los cuidados, a su patología, nutrición, otros. Además este debe ser demostrativo.

Ejemplo: Educar al usuario sobre la importancia del lavado de manos.

Selección de las actividades

Dentro de las actividades de Enfermería hay que planificar, tras la identificación del diagnóstico y la formulación del objetivo se distinguen dos grandes grupos los que guardan relación con la Etiqueta Diagnostica y las que guardan relación con la causa.

1. Actividades derivadas de la Etiqueta Diagnostica

• **Para un Diagnóstico Focalizado en Problema (Real):**

Las actuaciones van dirigidas a reducir o eliminar los factores concurrentes, promover un mayor nivel de bienestar, monitorizar la situación.

Ejemplo: "Deterioro de la integridad cutánea r/c inmovilidad m/p ulcera sacra infectada de 2cm.de diámetro". Una parte de la actuación de Enfermería se dirige a cura local de ulcera y a la prevención de infecciones.

• **Para un Diagnóstico de Enfermería de Riesgo (Potencial):**

Las Intervenciones tratan de reducir o eliminar los factores de riesgo, prevenir la presentación del problema, monitorizar su inicio.

Ejemplo: "Riesgo de deterioro de la integridad cutánea r/c inmovilidad temporal post acto Quirúrgico". Se programan actividades de control del estado de piel en las zonas susceptibles

TEXTO DE CONSULTA PARA EL PROCESO DE ATENCION DE ENFERMERIA HOSPITALARIA

de aparición de lesiones con el fin de detectar pronto las primeras manifestaciones si es que llegaran a producirse.

- **Para un Diagnostico Enfermero de Promoción de la Salud**

Debido a que este tipo de situaciones no hay causa de manifestación que se deban identificar, los Cuidados de Enfermería se basaran únicamente en la Etiqueta Diagnostica.

Ejemplo: “Disposición para mejorar la movilidad física”. Las Actividades de la Enfermera se centraran en añadir, aumentar; reforzar o completar los conocimientos o habilidades necesarias para aumentar la capacidad de movimiento.

- **Diagnostico en los que solo es posible incidir en la etiqueta**

En los diagnósticos reales o riesgo que en la causa no puede ser modificada ni eliminada pero sin embargo el problema si es posible controlar mediante actividades independientes estas se centraran en la reducción, control o eliminación de las manifestaciones.

Ejemplo: “Duelo r/c la enfermedad terminal del cónyuge m/p negación significado de la perdida, trastornos alimenticios y del sueño”.es evidente que no se puede actuar sobre la causa (no es posible evitar la pérdida inminente).Pero si se puede ayudar a la persona a progresar en las etapas del proceso del duelo hasta llegar a la aceptación de la perdida.

2. Actividades derivadas de la Causa

El Tratamiento Enfermero será capaz en la medida en que logre eliminar, controlar o reducir la causa identificada como responsable o coadyuvante, aunque eso no siempre es posible. Hay ocasiones en que la causa no puede ser eliminada ni reducida, pero es posible modificar sus efectos sobre la persona.

Ejemplo: “Deterioro de la integridad cutánea r/c inmovilidad, incontinencia urinaria y deshidratación” se programan actividades para modificar los efectos de la inmovilidad y de la incontinencia (agentes causales que no podemos eliminar ni reducir) por ejemplo cambios posturales frecuentes, protección de la zonas susceptibles de lesiones, mantenimiento de la ropa de cama limpia, seca y sin arrugas, uso de dispositivos colectores o empapadores, otros. No obstante sobre el tercer factor identificado, la deshidratación si se puede actuar directamente

TEXTO DE CONSULTA PARA EL PROCESO DE ATENCION DE ENFERMERIA HOSPITALARIA

(rehidratando a la persona) y para ello se programara un aumento de los líquidos ingeridos en 24hs. hasta alcanzar el nivel adecuado.

En otras ocasiones se detecta la existencia de un problema pero se desconoce su origen (“.....r/c causa desconocida”) en cuyo caso las actividades se dirigirán a la identificación de estas.

Los modos de Intervención o suplencia son claves para las actividades de Diagnóstico de Enfermería. (Rodrigo, 2014).

Estos pueden ser:

1. Realizar una actividad por él: sustituir, reemplazar.
2. Ayudarlo a realizar la actividad: completar.
3. Enseñarlo a realizar la actividad: aumentar.
4. Supervisar la actividad: reforzar.

Desde el punto de vista funcional el profesional de Enfermería planifica actuaciones en las diferentes áreas de la salud, la enfermedad y el desarrollo humano.

- Promoción de la salud.
- Prevención de las enfermedades.
- Restablecimiento de la salud.
- Acompañamiento en los estados agónicos.

Acciones en un Plan de Cuidados:

- Realizar Valoraciones de Enfermería para identificar nuevos problemas (D.E).
- Realizar la educación al usuario, para capacitarle en conocimientos, actitudes y habilidades.
- Aconsejar acerca de las decisiones de sus propios cuidados.
- Consultar y remitir a otros profesionales.
- Realizar acciones terapéuticas específicas de Enfermería.
- Ayudar a los usuarios a realizar las actividades por sí mismos.
- Determinar las actividades de Enfermería para los problemas interdependientes.
- El plan debe estar redactado en infinitivo.

A la hora de enunciar las Intervenciones/Actividades en el Plan de Cuidados, hay que contar con:

TEXTO DE CONSULTA PARA EL PROCESO DE ATENCION DE ENFERMERIA HOSPITALARIA

- **Sujeto:** quien va a realizar las actividades (la Enfermera, el usuario, la familia etc.)
- **Verbo:** infinitivo
- **Tiempo:** momento en el que se deben realizar las actividades.
- **Modo:** como hacer las actividades.
- **Medida:** hasta cuándo debe mantenerse la actividad (Christensen., 1986.)

Dependiendo de los Diagnósticos las Actividades irán encaminadas a:

- **Diagnósticos Reales:** reducción, control o eliminación de las manifestaciones.
- **Diagnóstico de Riesgo:** detección temprana de indicadores que nos puedan hacer pensar que el Diagnóstico ha pasado a ser real.
- **Diagnóstico de Salud:** logro de un grado de salud y bienestar adecuado.

IV. ETAPA DE EJECUCIÓN

Esta fase supone la puesta en marcha del Plan de Cuidados de Enfermería para conseguir los objetivos concretos que se han propuesto. Se ejecutan las Intervenciones de Enfermería

concretas para modificar los factores que contribuyen al problema de la persona. Esta fase está orientada hacia la acción directa, en la que la Enfermera es responsable de la puesta en práctica del Plan de Cuidados. Consiste; en realizar, delegar y registrar. La Enfermera realiza o delega las órdenes de Enfermería que fueron desarrolladas en la fase de Planificación y después concluye con la



fase de Ejecución registrando las Actividades de Enfermería y las respuestas del usuario.

Las Intervenciones o Actividades de Enfermería son las acciones que un profesional de enfermería realiza para conseguir los objetivos del usuario. Las intervenciones específicas elegidas deben centrarse en la eliminación o reducción de la causa del diagnóstico de enfermería.

TEXTO DE CONSULTA PARA EL PROCESO DE ATENCIÓN DE ENFERMERÍA HOSPITALARIA

Esta etapa no sólo consiste en aplicar los Cuidados de Enfermería correspondientes a las intervenciones, sino que conlleva continuar con la recogida de información y Valoración de los datos, determinar la necesidad de otros Cuidados de Enfermería, transmitir el estado de salud del usuario al equipo multidisciplinario y actualizar el Plan de Cuidados.

En general, la Ejecución se ajusta a una de las siguientes categorías:

- Refuerzo de las cualidades.
- Ayuda en las actividades de la vida diaria (AVD).
- Supervisión del trabajo de otros miembros del equipo de Enfermería.
- Comunicación interdisciplinaria.
- Educación.
- Prestación de cuidados para conseguir los objetivos del usuario.

La ejecución se lleva a cabo en tres etapas:

1- La preparación: Para comenzar las Intervenciones de Enfermería. Se necesita el uso del razonamiento crítico.

- Revisión de las Intervenciones de Enfermería para asegurarse que son compatibles con el Plan de Cuidados establecido.
- Análisis del conocimiento de Enfermería y de las habilidades necesarias.
- Reconocimiento de las complicaciones potenciales asociadas a Actividades de Enfermería concretas.
- Proporcionar los recursos necesarios.
- Preparación de un entorno seguro que conduzca a los tipos de actividades necesarias
- La Intervención de Enfermería está enfocada para cubrir la mayor parte de las necesidades físicas o emocionales del usuario.

2-Intervención: Una vez que se ha preparado para realizar las actividades, se sigue el plan trazado, sus acciones obtendrán los resultados esperados.

La realización de las Actividades de Enfermería incluye lo siguiente:

- Llevar a cabo una actividad para alguien (usuario).
- Ayudar a las personas a desarrollar una actividad por sí misma.
- Supervisar a la persona.
- Enseñar a las personas sobre sus cuidados de salud.

- Asesorar a la personas en las elecciones de la utilización de los recursos de salud adecuados.
- Control para detectar potenciales complicaciones /problemas.

3-La documentación: Tiene lugar el registro completo y exacto de los acontecimientos que tienen lugar en esta etapa. El registro de las acciones constituye una función importante de la Enfermera. La calidad y la relevancia de lo registrado determinan el valor de la información directa acerca de la aproximación a los objetivos propuestos y de las reacciones individuales del usuario, y proporcionará la orientación necesaria para continuar trabajando en el problema. (Lefevre, 1996).

Habilidades de Ejecución

Para ejecutar un Plan de Cuidados satisfactoriamente las Enfermeras requieren buenas habilidades cognitivas, interpersonales y técnicas. Las habilidades difieren unas de otras; sin embargo, en la práctica las Enfermeras las utilizan en diversas combinaciones.

• **Las habilidades cognitivas o habilidades intelectuales;** incluyen la solución de problemas, la toma de decisiones, el razonamiento crítico y el pensamiento creativo. Resultan cruciales para un Cuidado de Enfermería seguro e inteligente.

• **Las habilidades interpersonales;** son todas las actividades que las personas utilizan al comunicarse directamente con otras. Incluyen actividades verbales y no verbales. La eficacia de una acción Enfermera suele depender, en gran medida, de la capacidad de la Enfermera para comunicarse con los demás y con el propio usuario. Las habilidades interpersonales son necesarias para todas las actividades de Enfermería: cuidar, acomodar, consultar, aconsejar, apoyar, otros.

• **Las habilidades técnicas son habilidades “manuales”,** como por ejemplo la manipulación de equipamiento, administración de inyecciones, vendajes, movilizaciones, otros. Estas tareas se denominan procedimientos o habilidades psicomotores.

Este término incluye el componente interpersonal, por ejemplo la necesidad de comunicarse con el usuario. Las habilidades técnicas requieren conocimientos y, frecuentemente, destreza manual.

(Christensen., 1986.)

5. ETAPA DE EVALUACIÓN

Cuando los resultados son los que se esperaban entonces se juzga que son apropiadas las etapas de Diagnóstico, Planeamiento y Ejecución del Plan.

Estos resultados son los que se propusieron como resultados esperados en la etapa de planificación. Su formulación en forma de conductas objetivamente observables hace posible ese juicio ya que son indicadores del progreso. Si los resultados están dentro de la dirección deseada, se considera que los diagnósticos existentes, los juicios clínicos, las órdenes de Enfermería y los métodos de intervención permanecerán sin ser modificados. En caso de que no se logren los resultados será necesario iniciar nuevamente la recolección de datos adicionales, formular diagnósticos, hacer planes e intervenciones nuevas. Cuando se hace evaluación concurrente como parte del Proceso de Enfermería se pueden evitar resultados no deseados.

Se recomienda que la evaluación de los resultados considere los siguientes pasos:

1. Hacer una lista de todos los resultados que se propusieron en el plan con las fechas límites.
2. Valorar al usuario para ver si demuestra cambios en su apariencia, en su estado físico, en lo que hace, dice según se ha propuesto en el plan al proponer las metas o resultados esperados.
3. Establecer la comparación entre lo que se planeó y lo que se alcanzó en el plazo establecido y condiciones prefijadas.
4. Discutir con el usuario sus percepciones e ideas respecto a los cambios alcanzados o los que no se lograron.
5. Examinar más detenidamente las metas y su logro:
 - a. Si se lograron fácilmente es quizá porque el profesional de Enfermería propuso metas a largo plazo que pudieran haberse programado para lograrlas en menos tiempo.
 - b. En ese mismo tiempo probablemente el usuario podrá haber alcanzado la meta. Discutir estos aspectos con el usuario y su familia. No hay que olvidar que a la familia le cuesta el tiempo de atención de salud y que los costos generalmente son altos.
6. Si las metas se logran parcialmente o no se logran, debe reunirse datos para examinar los errores.

Deben responderse las siguientes preguntas:

- a. ¿Se lograrán las metas a corto plazo?

TEXTO DE CONSULTA PARA EL PROCESO DE ATENCION DE ENFERMERIA HOSPITALARIA

- b. ¿Son reales estas metas para el usuario?
- c. ¿Qué es lo que es importante para él?
- d. ¿Cree el usuario que estas metas son importantes?
- e. ¿Puede él indicar que es lo que cree que esta retardando el logro de las metas?
- f. ¿Puede la Enfermera identificar otros obstáculos que están retardando el logro de metas?
- g. ¿Se ha aplicado fielmente el Plan de Cuidados, o se han omitido partes?

7. Registrar los hallazgos y respuestas a estas preguntas si le tiene. Escribir una nota evaluativa en la columna de evaluación del plan o en el lugar acordado por la institución. En la nota evaluativa debe decidirse:

- a. ¿Qué logró completamente?
- b. ¿Qué logró parcialmente?
- c. ¿Qué no logró?
- d. ¿Las razones que usted crea que puedan justificar no haberlas logrado o el porqué de los logros parciales? (Mi Ja Kim, 1990.)

Los objetivos del registro son:

- Ayudar a identificar cambios en la situación actual del usuario.
- Comunicar los cuidados al equipo multidisciplinar para que todos dispongan de la información.
- Documento legal, que puede ser utilizado para evaluar el tipo de cuidado administrado.
- Proporcionar información para la evaluación, investigación y mejora de los cuidados.

Para proceder a la evaluación, previamente la Enfermera tiene que comprobar que los resultados deseados se han llevado a cabo y por lo tanto tiene que:

- Valorar el estado de salud actual del usuario, obtener información para identificar una posible respuesta del mismo a los cuidados brindados y por lo tanto, a la aproximación de los objetivos marcados: el objetivo se cumplió, la respuesta del usuario coincide con la respuesta esperada.

En los casos en que los objetivos se han cumplido en parte o no se han cumplido hay que plantearse las siguientes preguntas:

TEXTO DE CONSULTA PARA EL PROCESO DE ATENCION DE ENFERMERIA HOSPITALARIA

- ¿Los objetivos y las intervenciones eran realistas y apropiadas para este usuario?
- ¿Se realizaron las actividades tal y como estaban planteadas?
- ¿Los problemas nuevos o las reacciones adversas, se detectaron precozmente y se hicieron los cambios adecuados?

En el caso de que la respuesta a estas preguntas sea afirmativa, es necesario seguir planteándose cuestiones como:

- Los diagnósticos identificados, ¿reflejan una situación del usuario que la Enfermera pudiera tratar?
- Los datos a partir de los cuales se formuló el Diagnóstico, ¿eran suficientes?

Durante el proceso del Plan de Cuidados y dado que es un proceso dinámico, podemos mantener en el tiempo el mismo Plan de Cuidados o ir modificándolo:

- Si optamos por mantener el Plan de Cuidados inicial, será porque los objetivos se han alcanzado por completo o se han alcanzado parcialmente, pero al analizar el proceso se comprueba que el Diagnóstico y las Intervenciones siguen siendo adecuadas para la situación que en ese momento presenta el usuario, aunque a la par se compruebe que se requerirá un plazo más largo para conseguir los objetivos marcados en un primer momento.
- Si optamos por modificar el Plan de Cuidados inicial, será porque se compruebe que los objetivos no se han logrado y cuando se revise el proceso globalmente concluya que:
 - El plan inicial no era el adecuado.
 - Se han producido cambios en la situación del usuario.
 - Factores externos han influido en el objetivo propuesto.

Componentes del Proceso de Evaluación

El proceso de Evaluación tiene seis componentes:

1. Identificar la evolución esperada, que la Enfermera utilizará para determinar la consecución de los resultados (esto se realiza en la fase de Planificación).
2. Obtener datos relacionados con la evolución esperada.
3. Comparar los datos con la evolución esperada y juzgar si se han conseguido los resultados.
4. Relacionar las acciones de Enfermería con la evolución del usuario.
5. Obtener conclusiones sobre el estado del problema.
6. Revisar y modificar el Plan de Cuidados del usuario.

TEXTO DE CONSULTA PARA EL PROCESO DE ATENCION DE ENFERMERIA HOSPITALARIA

El Plan de Cuidados se daría por finalizado cuando los objetivos marcados se hayan conseguido totalmente, las causas que provocan el problema hayan desaparecido o se hayan controlado y a la vez que el usuario pueda demostrar que ha conseguido, la capacidad necesaria para tener estable su situación en salud.

Tipos de Evaluaciones:

- **Evaluación continua:** Se realiza durante o inmediatamente después de ejecutar una orden de Enfermería, y permite a la Enfermera realizar modificaciones puntuales en una intervención.
- **Evaluación intermitente:** Es la realizada a intervalos determinados, muestra el grado de progreso hacia la consecución del objetivo y permite a la Enfermera corregir cualquier deficiencia, así como modificar el Plan de Cuidados en función de las necesidades. La evolución se mantiene (bien de forma continua o intermitente) hasta que el usuario alcance los objetivos de salud o es dado de alta de la atención de Enfermería.
- **Evaluación final:** Indica el estado del usuario en el momento de ser dado de alta. Incluye la consecución de objetivos y la evaluación de la capacidad del usuario para cuidarse con respecto a la atención de seguimiento.

RIA

seguido
do y a
a tener

ar una
en una

grado
corregir
de las
) hasta
ión de

e alta.
o para

Anexo

DIAGNOSTICO – NANDA - NECESIDADES HERDERSON

1- NECESIDAD DE RESPIRACIÓN

N	DIAGNÓSTICO	DEFINICIÓN
1	DETERIORO DE LA VENTILACIÓN ESPONTÁNEA	<i>Disminución de las reservas de energía que provoca la incapacidad para mantener la respiración independiente adecuada para el mantenimiento de la vida.</i>
2	DETERIORO DEL INTERCAMBIO DE GASES	<i>Exceso o déficit en la oxigenación y/o eliminación del dióxido de carbono en la membrana alveolo capilar.</i>
3	DISMINUCIÓN DEL GASTO CARDIACO	<i>La cantidad de sangre bombeada por el corazón es inadecuada para satisfacer las demandas metabólicas del cuerpo.</i>
4	LIMPIEZA INEFICAZ DE LAS VÍAS AÉREAS	<i>Incapacidad para eliminar las secreciones u obstrucciones del tracto respiratorio para mantener las vías aéreas permeables.</i>
5	PATRÓN RESPIRATORIO INEFICAZ	<i>La inspiración o espiración no proporciona una ventilación adecuada.</i>
6	RESPUESTA VENTILATORIA DISFUNCIONAL AL DESTETE	<i>Incapacidad para adaptarse a la reducción de los niveles de la ventilación mecánica, que interrumpe y prolonga el periodo de destete.</i>
7	RIESGO DE ASFIXIA	<i>Riesgo de asfixia accidental (aire disponible insuficiente para la inhalación).</i>

2- NECESIDAD DE ALIMENTACIÓN/ HIDRATACION

N	DIAGNÓSTICO	DEFINICIÓN
1	DEFICIT DE AUTO CUIDADO: Alimentación	<i>Deterioro de la capacidad para realizar o completar la actividades de auto alimentación.</i>
2	DESEQUILIBRIO NUTRICIONAL: ingesta inferior a las necesidades	<i>Ingesta de nutrientes insuficientes para satisfacer las necesidades metabólicas.</i>
3	DETERIORO DE LA DEGLUCION	<i>Funcionamiento anormal del mecanismo de la deglución asociado con déficit de la estructura o función oral, faríngea o esofágica.</i>
4	DISPOSICIÓN PARA MEJORAR LA NUTRICIÓN	<i>Patrón de aporte de nutrientes suficiente para satisfacer las necesidades metabólicas y que puede ser reforzado.</i>
5	LECHE MATERNA INSUFICIENTE	<i>Baja producción de leche materna.</i>
6	MOTILIDAD GASTROINTESTINAL DISFUNCIONAL	<i>Aumento, disminución, ineficacia o falta de actividad peristáltica en el sistema gastrointestinal.</i>
7	NÁUSEAS	<i>Sensación subjetiva desagradable en la parte posterior de la garganta y el estómago que puede o no dar lugar a vómitos.</i>
8	PATRÓN DE ALIMENTACIÓN INEFICAZ DEL LACTANTE	<i>Alteración de la capacidad del lactante para succionar o coordinar los reflejos de succión/deglución, que da lugar a una ingesta alimentaria inadecuada para las necesidades metabólicas.</i>
9	RIESGO DE ASPIRACION	<i>Riesgo de que penetren en el árbol traqueo bronquial secreciones gastrointestinales, oro faríngeas, sólidos o líquidos.</i>
10	RIESGO DE DETERIORO DE LA FUNCIÓN HEPÁTICA	<i>Riesgo de disminución de la función hepática que puede comprometer la salud.</i>
11	RIESGO DE MOTILIDAD GASTROINTESTINAL DISFUNCIONAL	<i>Riesgo de aumento, disminución, ineficacia o falta de actividad peristáltica en el sistema gastrointestinal.</i>

TEXTO DE CONSULTA PARA EL PROCESO DE ATENCION DE ENFERMERIA HOSPITALARIA

12	RIESGO DE NIVEL DE GLUCEMIA INESTABLE	<i>Riesgo de variación de los niveles normales de glucosa/azúcar en sangre, que puede comprometer la salud.</i>
13*	OBESIDAD	<i>Problema en el cual un individuo acumula un nivel anormal o excesivo de grasa para su edad y sexo, que excede los niveles de sobrepeso.</i>
14*	SOBRE PESO	<i>Problema en el cual un individuo acumula un nivel de grasa anormal o excesiva para su edad y peso.</i>
15*	RIESGO DE SOBREPESO	<i>Vulnerable a la acumulación de grasa anormal o excesiva para la edad y sexo, que puede comprometer la salud.</i>

3- NECESIDAD DE ELIMINACIÓN

N	DIAGNÓSTICO	DEFINICIÓN
1	DÉFICIT DE Autocuidados uso del inodoro	<i>Deterioro de la capacidad para realizar o completar por si mismo las actividades de evacuación.</i>
2	DEFICIT DEL VOLUMEN DE LIQUIDOS	<i>Disminución del volumen de líquidos intravascular, intersticial y/o intracelular. Se refiere a la deshidratación o pérdida solo de agua, sin cambio en el nivel de sodio.</i>
3	DETERIORO DE LA ELIMINACIÓN URINARIA	<i>Disfunción en la eliminación urinaria.</i>
4	DIARREA	<i>Eliminación de heces líquidas, no formadas.</i>
5	DISPOSICIÓN PARA MEJORAR EL EQUILIBRIO DEL VOLUMEN DE LÍQUIDOS	<i>Patrón de equilibrio entre el volumen de líquidos y la composición química de los líquidos corporales que es suficiente para satisfacer las necesidades físicas y puede ser reforzado.</i>
6	DISPOSICIÓN PARA MEJORAR LA ELIMINACIÓN URINARIA	<i>Patrón de la función urinaria que es suficiente para satisfacer las necesidades de eliminación y que puede ser reforzado.</i>
7	ESTREÑIMIENTO	<i>Disminución de la frecuencia normal de defecación, acompañada de eliminación dificultosa o incompleta de heces y/o eliminación de heces excesivamente duras y secas.</i>
8	ESTREÑIMIENTO SUBJETIVO	<i>Autodiagnóstico de estreñimiento acompañado de abuso de laxantes, enemas y/o supositorios para asegurar una defecación diaria.</i>
9*	ESTREÑIMIENTO CRONICO FUNCIONAL	<i>Evacuación infrecuente o difícil de heces, mantenida al menos durante tres de los doce meses previos.</i>
10*	RIESGO DE ESTREÑIMIENTO CRONICO FUNCIONAL	<i>Vulnerable a sufrir evacuación infrecuente o difícil de heces, mantenida durante tres meses en un año, que puede comprometer la salud.</i>
11	EXCESO DEL VOLUMEN DE LIQUIDO	<i>Aumento de la retención de líquidos isotónicos</i>
12	ICTERICIA NEONATAL	<i>Coloración amarillo-naranja de la piel y membranas mucosas del Neonato que aparece a las 24hs. como resultado de la presencia de bilirrubina no conjugada en sangre</i>
13	INCONTINENCIA FECAL	<i>Cambio en los hábitos de eliminación fecal normales que se caracteriza por la eliminación involuntaria de heces.</i>
14	INCONTINENCIA URINARIA DE ESFUERZO	<i>Pérdida súbita de orina al realizar actividades que aumentan la presión intraabdominal.</i>
15	INCONTINENCIA URINARIA DE URGENCIA	<i>Emisión involuntaria de orina poco después de sentir una intensa sensación de urgencia al orinar.</i>
16	INCONTINENCIA URINARIA FUNCIONAL	<i>Incapacidad de una persona, normalmente continente, para llegar al inodoro a tiempo para evitar la pérdida involuntaria de orina</i>
17	INCONTINENCIA	<i>Pérdida involuntaria de orina asociada a una sobre distensión de la</i>

TEXTO DE CONSULTA PARA EL PROCESO DE ATENCION DE ENFERMERIA HOSPITALARIA

	URINARIA POR REBOSAMIENTO	<i>vejiga.</i>
18	INCONTINENCIA URINARIA REFLEJA	<i>Pérdida involuntaria de orina a intervalos previsibles cuando se alcanza un volumen vesical determinado.</i>
19	RETENCIÓN URINARIA	<i>Vaciado incompleto de la vejiga.</i>
20	RIESGO DE DEFICIT DEL VOLUMEN DE LIQUIDOS	<i>Riesgo de sufrir una deshidratación vascular celular o intercelular. Se refiere a la deshidratación o pérdida de agua, sin cambio en el nivel de sodio.</i>
21	RIESGO DE DESEQUILIBRIO DE VOLUMEN DE LIQUIDOS	<i>Riesgo de sufrir una disminución, aumento o cambio rápido de un espacio a otro del liquido intravascular, intersticial y/o intracelular que puede comprometer la salud. Se refiere a la pérdida o aumento de líquidos corporales o ambos.</i>
22	RIESGO DE DESEQUILIBRIO ELECTROLITICO	<i>Riesgo por cambio en los niveles de electrolíticos séricos que pueden comprometer la salud</i>
23	RIESGO DE ESTREÑIMIENTO	<i>Riesgo de sufrir una disminución de la frecuencia normal de defecación, acompañada de eliminación dificultosa o incompleta de las heces y/o eliminación de heces excesivamente duras y secas.</i>
24	RIESGO DE ICTERICIA NEONATAL	<i>Riesgo de coloración amarillo-anaranjada de la piel y las membranas mucosas del neonato que aparece después de las 24hs. de vida como resultado de la presencia de bilirrubina no conjugada en la sangre</i>
25	RIESGO DE INCONTINENCIA URINARIA DE URGENCIA	<i>Riesgo de sufrir una emisión involuntaria de orina poco después de sentir una intensa sensación de urgencia al orinar.</i>
26	RIESGO DE REACCION ADVERSA A MEDIOS DE CONTRASTE Y YODADOS	<i>Riesgo de una reacción nociva o no intencionada asociada con el uso de medios de contraste yodados que puede ocurrir dentro de los siete (7) días posteriores a la inyección del contraste agente.</i>

4 -NECESIDAD DE MOVILIZACIÓN

N	DIAGNÓSTICO	DEFINICIÓN
1	DETERIORO DE LA DEAMBULACIÓN	<i>Limitación del movimiento independiente a pie en el entorno.</i>
2	DETERIORO DE LA HABILIDAD PARA LA TRASLACIÓN	<i>Limitación del movimiento independiente entre dos superficies cercanas.</i>
3	DETERIORO DE LA MOVILIDAD EN LA CAMA	<i>Limitación del movimiento independiente para cambiar de postura en la cama.</i>
4	DETERIORO DE LA MOVILIDAD EN SILLA DE RUEDAS	<i>Limitación de la manipulación independiente de la silla de ruedas en el entorno.</i>
5	DETERIORO DE LA MOVILIDAD FÍSICA	<i>Limitación del movimiento físico independiente, intencionado, del cuerpo o de una o más extremidades.</i>
6	DETERIORO DEL MANTENIMIENTO DEL HOGAR	<i>Incapacidad para mantener independientemente un entorno inmediato seguro que promueve el crecimiento.</i>
7	FATIGA	<i>Sensación sostenida y abrumadora de agotamiento y disminución de la capacidad para el trabajo mental y físico al nivel habitual.</i>
8	INTOLERANCIA A LA ACTIVIDAD	<i>Falta de energía fisiológica o psicológica suficiente para tolerar o completar las actividades diarias requeridas o deseadas.</i>
9	PERFUSION TISULAR PERIFERICA INEFICAZ	<i>Disminución de la circulación sanguínea periférica que puede comprometer la salud</i>
10	RIESGO DE DISFUNCIÓN NEUROVASCULAR	<i>Riesgo de sufrir una alteración en la circulación, sensibilidad o movilidad de una extremidad.</i>

TEXTO DE CONSULTA PARA EL PROCESO DE ATENCION DE ENFERMERIA HOSPITALARIA

	PERIFÉRICA	
11	RIESGO DE DISMINUCION DE LA PERFUSION TISULAR CARDIACA	<i>Riesgo de disminución de la circulación cardiaca (coronaria) que puede comprometer la salud.</i>
12	RIESGO DE INTOLERANCIA A LA ACTIVIDAD	<i>Riesgo de experimentar una falta de energía fisiológica o psicológica para tolerar o completar las actividades diarias requeridas o deseadas.</i>
13	RIESGO DE PERFUSIÓN GASTROINTESTINAL INEFICAZ	<i>Riesgo de la disminución de la circulación gastrointestinal que puede comprometer la salud</i>
14	RIESGO DE PERFUSION RENAL INEFICAZ	<i>Vulnerable a una disminución de la circulación sanguínea periférica que puede comprometer la salud</i>
15	RIESGO DE PERFUSION TISULAR PERIFERICA INEFICAZ	<i>Riesgo de la disminución de la circulación sanguínea periférica que puede comprometer la salud.</i>
16	RIESGO DE SANGRADO	<i>Riesgo de disminución del volumen de sangre que puede comprometer la salud.</i>
17	RIESGO DE SÍNDROME DE DESUSO	<i>Riesgo de deterioro de los sistemas corporales a consecuencia de la inactividad musculo-esquelética prescrita o inevitable.</i>
18	VAGABUNDEO	<i>Caminar errabundo, repetitivo o sin propósito definido que hace a la persona susceptible de sufrir lesiones; frecuentemente es incongruente con las fronteras, los límites o los obstáculos.</i>
19*	DETERIORO PARA PERMANECER SENTADO	<i>Limitación para conseguir o mantener de manera independiente y voluntaria una posición de reposo en la que el apoyo se encuentra en las nalgas los muslos, en la cual el torso esta erguido.</i>
20*	DETERIORO PARA PERMANECER DE PIE	<i>Limitación de la habilidad para conseguir y/o mantener de manera independiente voluntaria una posición erguida del cuerpo de los pies a la cabeza.</i>
21*	RIESGO DE DISMINUCION DEL GASTO CARDIACO	<i>Vulnerable al bombeo de una cantidad de sangre inadecuada por el corazón para satisfacer las demandas metabólicas del cuerpo, que puede comprometer la salud.</i>
22*	RIESGO DE DETERIORO DE LA FUNCION CARDIOVASCULAR	<i>Vulnerable a factores internos o externos que pueden dañar uno o más órganos vitales así como el propio sistema circulatorio.</i>

5-NECESIDAD DE REPOSO Y SUEÑO

N	DIAGNÓSTICO	DEFINICIÓN
1	DEPRIVACIÓN DE SUEÑO	<i>Periodos de tiempo prolongados sin sueño (suspensión periódica naturalmente sostenida, de relativa inconsciencia).</i>
2	DISPOSICIÓN PARA MEJORAR EL SUEÑO	<i>Patrón de suspensión natural y periódica de la conciencia que proporciona el reposo adecuado, permite el estilo de vida deseado y que puede ser reforzado.</i>
3	INSOMNIO	<i>Trastorno de la cantidad y calidad del sueño que deteriora el funcionamiento.</i>
4	TRASTORNO DEL PATRÓN DEL SUEÑO	<i>Interrupciones durante un tiempo limitado de la cantidad y calidad del sueño debida a factores externos.</i>

6- NECESIDAD DE VESTIRSE Y DESVESTIRSE

N	DIAGNÓSTICO	DEFINICIÓN
1	DÉFICIT DE AUTOCUIDADO: Vestido.	<i>Deterioro de la capacidad para realizar o completar por sí mismo las actividades de vestido y arreglo personal.</i>

7- NECESIDAD DE MANTENER LA TEMPERATURA

N	DIAGNÓSTICO	DEFINICIÓN
1	HIPOTERMIA	Temperatura corporal por debajo del rango normal.
2	HIPERTERMIA	Elevación de la temperatura corporal por encima de lo normal.
3	RIESGO DE DESEQUILIBRIO DE LA TEMPERATURA CORPORAL	Riesgo de fallo en el mantenimiento de la temperatura corporal dentro de los límites normales.
4	RIESGO DE LESION TERMICA	Riesgo de daño en la piel y las membranas mucosas debido a temperaturas extremas
5	TERMORREGULACIÓN INEFICAZ	Fluctuaciones de la temperatura entre la hipotermia y la hipertermia.
6*	RIESGO DE HIPOTERMIA	Vulnerable a un fallo en la termo regulación que puede resultar una temperatura corporal central inferior al rango diurno normal y que puede comprometer la salud
7*	RIESGO DE HIPOTERMIA PERIOPERATORIA	Riesgo de sufrir un descenso de la temperatura corporal inferior a 36 °C/96,8 °F, y que se produzca de 1 hora antes hasta 24 horas después de la cirugía, que pueden poner en peligro la salud.

8- NECESIDAD DE HIGIENE Y ESTADO DE LA PIEL

N	DIAGNÓSTICO	DEFINICIÓN
1	DÉFICIT DE AUTOCUIDADO: BAÑO	Deterioro de la capacidad para realizar o completar por uno mismo las actividades de baño/higiene.
2	DETERIORO DE LA DENTICION	Alteración de los patrones de desarrollo/erupción de los dientes o de la integridad estructural de cada uno de ellos.
3	DETERIORO DE LA INTEGRIDAD CUTÁNEA	Alteración de la epidermis y/o de la dermis.
4	DETERIORO DE LA INTEGRIDAD TISULAR	Lesión de la membrana mucosa, corneal, integumentaria o de los tejidos subcutáneos.
5*	RIESGO DE DETERIORO DE LA INTEGRIDAD TISULAR	Vulnerable a una lesión de la membrana mucosa, córnea, sistema tegumentario, fascia muscular, músculo, tendón, hueso, cartilago, capsula articular y/o ligamento, que pueden comprometer la salud.
6	DETERIORO DE LA MUCOSA ORAL	Alteración de los labios y/o tejidos blandos de la cavidad oral.
7	RIESGO DE DETERIORO DE LA INTEGRIDAD CUTÁNEA	Riesgo de alteración en la epidermis y/o en la dermis.
8	RIESGO DE OJO SECO	Riesgo de las molestias en los ojos o daños en la córnea y la conjuntiva debido a la reducida cantidad o calidad de las lágrimas para humedecer el ojo.

9- NECESIDAD DE SEGURIDAD

N	DIAGNÓSTICO	DEFINICIÓN
1	AFRONTAMIENTO	Proyección repetida de una autoevaluación falsamente positiva basada en un patrón protector que defiende a la persona de lo que percibe como amenazas subyacentes a su autoimagen positiva.

TEXTO DE CONSULTA PARA EL PROCESO DE ATENCION DE ENFERMERIA HOSPITALARIA

	DEFENSIVO	
2	ANSIEDAD	<i>Sensación vaga e intranquilizadora de malestar o amenaza acompañada de una respuesta autonómica (el origen de la cual con frecuencia es inespecífico o desconocido para la persona); sentimiento de aprensión causado por la anticipación de un peligro. Es una señal de alerta que advierte de un peligro inminente y permite a la persona tomar medidas para afrontar la amenaza.</i>
3	CAPACIDAD ADAPTATIVA INTRACRANEAL DISMINUIDA	<i>Compromisos de los mecanismos dinámicos de líquidos intracraneal que normalmente compensan el incremento del volumen intracraneal, resultado en repetidos aumentos desproporcionados de la presión intracraneal (PIC), en respuesta a una variedad de estímulos nocivos o no.</i>
4	CONDUCTA DESORGANIZADA DEL LACTANTE	<i>Desintegración de las respuestas fisiológicas y neurocomportamentales del lactante respecto al entorno.</i>
5	CONTAMINACION	<i>Exposición a contaminantes ambientales en dosis suficientes para causar efectos adversos para la salud.</i>
6	DISPOSICIÓN PARA MEJORAR CONDUCTA ORGANIZADA DEL LACTANTE	<i>Un patrón de modulación de los sistemas de funcionamiento fisiológico y conductual de un lactante (es decir, los sistemas autonómico, motor, organizativo, autorregulador y de atención-interacción) que es suficiente para el bienestar y que puede ser reforzado.</i>
7	DISREFLEXIA AUTONOMA	<i>Respuesta no inhibida, amenazadora para la vida, del sistema nervioso simpático ante un estímulo nocivo tras lesión medular a nivel D7 o superior.</i>
8	DOLOR AGUDO	<i>Experiencia sensitiva y emocional desagradable ocasionada por una lesión tisular real o potencial o descrita en tales términos(International Association for the Study of Pain); inicio súbito o lento de cualquier intensidad de leve a grave con un final anticipado o previsible y una duración inferior a 6 meses.</i>
9	DOLOR CRONICO	<i>Experiencia sensitiva y emocional desagradable ocasionada por una lesión tisular real o potencial o descrita en tales términos(International Association for the Study of Pain); inicio súbito o lento de cualquier intensidad de leve a grave sin un final anticipado o previsible y una duración inferior a 6 meses.</i>
10*	SÍNDROME DEL DOLOR CRÓNICO	<i>Dolor recurrente o persistente que ha durado un mínimo de tres meses y que ha afectado de manera significativa el funcionamiento diario o el bienestar.</i>
11*	DOLOR DEL PARTO	<i>Experiencia sensorial y emocional que varía de agradable a desagradable, asociada al parto y el alumbramiento.</i>
12	NEGACIÓN INEFICAZ	<i>Intento consciente o inconsciente de pasar por alto el conocimiento o significado de un acontecimiento, para reducir la ansiedad y/o el temor, que conduce a un detrimento de la salud.</i>
13	PROTECCIÓN INEFICAZ	<i>Disminución de la capacidad para auto protegerse de amenazas internas y externas, como enfermedades o lesiones.</i>
14	RESPUESTA ALÉRGICA AL LÁTEX	<i>Reacción de hipersensibilidad a los productos de goma de látex natural.</i>
15	RETRASO EN LA RECUPERACIÓN QUIRÚRGICA	<i>Aumento del número de días del postoperatorio requeridos por una persona iniciar y realizar actividades para el mantenimiento de la vida, la salud y el bienestar.</i>
16	RIESGO DE AUTOMUTILACION	<i>Riesgo de conducta deliberadamente autolesiva que causa un daño tisular con la intención de provocar una lesión no letal que alivie la tensión.</i>
17	RIESGO DE CAÍDAS	<i>Riesgo de aumento de la susceptibilidad a las caídas que puede causar daño.</i>
18	RIESGO DE COMPROMISO DE	<i>Riesgo de percepción de pérdida del respeto y del honor.</i>

TEXTO DE CONSULTA PARA EL PROCESO DE ATENCION DE ENFERMERIA HOSPITALARIA

LA DIGNIDAD HUMANA		
19	RIESGO DE CONDUCTA DESORGANIZADA DEL LACTANTE	<i>Riesgo de sufrir una alteración en la integración y modulación de los sistemas de funcionamiento fisiológico y conductual del lactante (es decir, sistemas autónomo, motor, organizativo, autorregulador y de atención-interacción).</i>
20	RIESGO DE CONTAMINACION	<i>Riesgo de exposición a contaminantes ambientales en dosis suficiente para causar efectos adversos para la salud</i>
21	RIESGO DE DISREFLEXIA AUTONOMA	<i>Riesgo de la respuesta no inhibida, amenazadora para la vida, del sistema nervioso simpático tras un shock medular, en una persona con una alteración o lesión en la médula espinal a nivel D6 o superior (se ha demostrado en pacientes con lesiones en D7 y D8).</i>
22	RIESGO DE INFECCIÓN	<i>Riesgo de ser invadido por microorganismos patógenos.</i>
23	RIESGO DE INTOXICACIÓN	<i>Riesgo de exposición o ingestión accidental de drogas o productos peligrosos en dosis suficiente para comprometer la salud.</i>
24	RIESGO DE LESIÓN	<i>Riesgo de lesión como consecuencia de la interacción de condiciones ambientales con los recursos adaptativos y defensivos de la persona.</i>
25	RIESGO DE LESIÓN POSTURAL PERIOPERATORIA	<i>Riesgo de cambios anatómicos y físicos accidentales como consecuencia de la postura o equipo usado durante un procedimiento quirúrgico/invasivo.</i>
26	RIESGO DE RESPUESTA ALERGICA AL LATEX	<i>Riesgo de hipersensibilidad a los productos de goma de latex natural que pueden comprometer la salud.</i>
27	RIESGO DE RESPUESTA ALERGICA	<i>Riesgo de una exagerada respuesta inmune o reacción a una sustancia.</i>
28	RIESGO DE SHOCK	<i>Riesgo de aporte sanguíneo inadecuado a los tejidos corporales que pueden conducir a una disfunción celular que constituya una amenaza para la vida</i>
29	RIESGO DE SUICIDIO	<i>Riesgo de lesión auto infligida que pone en peligro la vida.</i>
30	RIESGO DE TRAUMATISMO	<i>Riesgo de lesión tisular accidental (p. ej., herida, quemadura, fractura).</i>
31	RIESGO DE TRAUMATISMO VASCULAR	<i>Riesgo de lesión en una vena y tejidos circundantes relacionados con la presencia de un catéter y/o una perfusión de soluciones.</i>
32	RIESGO DE SÍNDROME DE MUERTE SÚBITA DEL LACTANTE	<i>Riesgo de muerte súbita de un niño de edad inferior a 1 año.</i>
33	RIESGO DE CANSANCIO DEL ROL DE CUIDADOR	<i>Riesgo de vulnerabilidad en el cuidador por sentir dificultad en el desempeño del rol de cuidador principal.</i>
34	RIESGO DE VIOLENCIA DIRIGIDA A OTROS	<i>Riesgo de conductas en que la persona demuestre que puede ser física, emocional y/o sexualmente lesiva para otros.</i>
35	RIESGO DE VIOLENCIA AUTODIRIGIDA	<i>Riesgo de conductas que indiquen que una persona puede ser física, emocional y/o sexualmente lesiva para sí misma.</i>
36	RIESGO DE SÍNDROME POSTRAUMÁTICO	<i>Riesgo de presentar una respuesta desadaptada sostenida a un acontecimiento traumático, abrumador.</i>
37	RIESGO DE SÍNDROME DE ESTRÉS DEL TRASLADO	<i>Riesgo de sufrir un trastorno fisiológico y/o psicológico después de traslado de un entorno a otro.</i>
38	SÍNDROME POSTRAUMÁTICO	<i>Persistencia de una respuesta desadaptada ante un acontecimiento traumático, abrumador.</i>
39	TEMOR	<i>Respuesta a la percepción de una amenaza que se reconoce conscientemente como un peligro.</i>
40*	SÍNDROME DEL ANCIANO FRÁGIL	<i>Estado dinámico de equilibrio inestable que afecta al anciano que experimenta deterioro en uno o más dominios de la salud (física, funcional, psicológica o social) que produce un aumento de la susceptibilidad a efectos adversos en la salud, en particular a la discapacidad.</i>

TEXTO DE CONSULTA PARA EL PROCESO DE ATENCION DE ENFERMERIA HOSPITALARIA

41*	RIESGO SÍNDROME DEL ANCIANO FRÁGIL	<i>Vulnerable a padecer un estado dinámico de equilibrio inestable que afecta al anciano que experimenta deterioro en uno o más dominios de la salud (física, funcional, psicológica o social) que produce un aumento de la susceptibilidad a efectos adversos de la salud, en particular la discapacidad.</i>
42*	RIESGO DE LESIÓN CORNEAL	<i>vulnerable a sufrir una infección o lesión inflamatoria en las capas superficiales o profundas del tejido corneal, que puede comprometer la salud</i>
43*	RIESGO DE LESIÓN DEL TRACTO URINARIO	<i>Vulnerable a una lesión de las estructuras del tracto urinario a causa del uso de catéteres, que pueden comprometer la salud.</i>
44*	RIESGO DEL DETERIORO DE LA MUCOSA ORAL	<i>Vulnerable a una lesión de los labios, los tejidos blandos de la cavidad bucal y/o faríngea que puede comprometer la salud.</i>
45*	RIESGO DE ÚLCERA POR PRESIÓN	<i>Vulnerable a una lesión localizada de la piel y/o capas inferiores del tejido epitelial, generalmente sobre una prominencia ósea, como resultado de la presión o de la presión combinada con cizallamiento.</i>
46*	RIESGO DE RETRAZO DE LA RECUPERACIÓN QUIRURGICA	<i>Vulnerable a un aumento del número de días de postoperatorio requeridos para iniciar y realizar actividades para el mantenimiento de la vida, la salud y el bienestar, que pueden comprometer la salud.</i>

10- NECESIDAD DE COMUNICACIÓN / RELACION

N	DIAGNÓSTICO	DEFINICIÓN
1	AFLICCIÓN CRÓNICA	<i>Patrón cíclico, recurrente y potencialmente progresivo de tristeza generalizada experimentado (por un familiar, cuidador, persona con una enfermedad crónica o discapacidad) en respuesta a una pérdida continua, en el curso de una enfermedad o discapacidad.</i>
2	 AISLAMIENTO SOCIAL	<i>Soledad experimentada por la persona y percibida como negativa o amenazadora e impuesta por otros</i>
3	BAJA AUTOESTIMA CRÓNICA	<i>Larga duración de una autoevaluación negativa o sentimientos negativos hacia uno mismo o sus capacidades.</i>
4	BAJA AUTOESTIMA SITUACIONAL	<i>Desarrollo de una percepción negativa de la propia valía en respuesta a una situación actual.</i>
5	CANSANCIO DEL ROL DE CUIDADOR	<i>Dificultad para desempeñar el rol de cuidador de la familia, o de otras personas significativas.</i>
6	CONFLICTO DEL ROL PARENTAL	<i>Experiencia del padre/madre de confusión en el rol y conflicto en respuesta a una crisis.</i>
7	DESEMPEÑO INEFICAZ DEL ROL	<i>Patrones de conducta y expresión propia que no concuerdan con las normas, expectativas y contexto en que se encuentra.</i>
8	DESESPERANZA	<i>Estado subjetivo en que la persona percibe pocas o ninguna alternativa o elecciones personales y es incapaz de movilizar la energía en su propio provecho.</i>
9	DETERIORO DE COMUNICACIÓN VERBAL	<i>Disminución, retraso o carencia de la capacidad para recibir, procesar, transmitir, y/o usar sistema de símbolos.</i>
10	DETERIORO DE LA INTERACCION SOCIAL	<i>Cantidad insuficiente o excesiva o cualitativamente ineficaz de intercambio social.</i>
11	DETERIORO PARENTAL	<i>Incapacidad del cuidador principal para crear, mantener o recuperar un entorno que promueva el óptimo crecimiento y desarrollo del niño.</i>
12	DISFUNCION SEXUAL	<i>Estado en el que la persona experimenta un cambio en la función sexual de deseo, excitación y/u orgasmo que se contempla como insatisfactorio, no gratificante o inadecuado</i>
13	DISPOSICIÓN PARA MEJORAR	<i>Patrón de participación consciente en el cambio que es suficiente para alcanzar el bienestar y que puede ser reforzado.</i>

TEXTO DE CONSULTA PARA EL PROCESO DE ATENCION DE ENFERMERIA HOSPITALARIA

	EL PODER	
14	DISPOSICIÓN PARA MEJORAR EL PROCESO DE MATERNIDAD	<i>Patrón de preparación y mantenimiento de un embarazo, parto y cuidado del recién nacido saludables, que es suficiente para asegurar el bienestar y que puede ser reforzado.</i>
15	DISPOSICIÓN PARA MEJORAR LA LACTANCIA MATERNA	<i>La diada madre-hijo presenta un patrón de competencia y satisfacción que es suficiente para mantener el proceso de lactancia materna y puede ser reforzado.</i>
16	DISPOSICIÓN PARA MEJORAR LA COMUNICACIÓN	<i>Patrón de intercambio de información e ideas con otros que es suficiente para satisfacer las necesidades y objetivos vitales de la persona y que puede ser reforzado.</i>
17	DISPOSICIÓN PARA MEJORAR EL ROL PARENTAL	<i>Patrón de provisión de un entorno para los niños u otras personas dependientes que es suficiente para favorecer el crecimiento y desarrollo y que puede ser reforzado.</i>
18	DISPOSICIÓN PARA MEJORAR LAS RELACIONES	<i>Patrón de colaboración mutua que es suficiente para satisfacer las necesidades de cada uno y que puede ser reforzado.</i>
19	DISPOSICIÓN PARA MEJORAR LOS PROCESOS FAMILIARES	<i>Patrón de funcionamiento familiar que es suficiente para mantener el bienestar de los miembros de la familia y que puede ser reforzado.</i>
20	ESTRÉS POR SOBRECARGA	<i>Excesiva cantidad y tipo de demandas que requieren acción.</i>
21	IMPOTENCIA	<i>Experiencia de falta de control sobre una situación, incluyendo la percepción de que las propias acciones no afectan significativamente al resultado.</i>
22	INTERRUPCIÓN DE LA LACTANCIA MATERNA	<i>Interrupción en la continuidad del proceso de lactancia materna debido a la incapacidad o inconveniencia de poner al niño al pecho de la madre.</i>
23	INTERRUPCIÓN DE LOS PROCESOS FAMILIARES	<i>Cambio en las relaciones y/o en el funcionamiento familiar</i>
24	LACTANCIA MATERNA INEFICAZ	<i>La madre, el lactante o el niño experimentan insatisfacción o dificultad con el proceso de lactancia materna.</i>
25	PATRÓN SEXUAL INEFICAZ	<i>Expresiones de preocupación respecto a la propia sexualidad.</i>
26	PROCESO FAMILIAR DISFUNCIONAL	<i>Las funciones psicológicas, espirituales y fisiológicas de la unidad familiar están crónicamente desorganizadas, lo que conduce a conflictos, negación de los problemas, resistencia al cambio, solución ineficaz de los problemas, y a una serie de crisis que se perpetúan por sí mismas.</i>
27	RELACIÓN INEFICAZ	<i>Patrón de colaboración mutua que es insuficiente para cubrir las necesidades del otro.</i>
28	RIESGO DE ALTERACIÓN DE LA DÍADA MATERNO/FETAL	<i>Riesgo de alteración de la diada simbiótica materno/fetal como resultado de comorbilidad o condiciones relacionadas con el embarazo.</i>
29	RIESGO DE BAJA AUTOESTIMA CRÓNICA	<i>Riesgo de larga duración de una autoevaluación negativa o sentimientos negativos hacia uno mismo o sus propias capacidades.</i>
30	RIESGO DE BAJA AUTOESTIMA SITUACIONAL	<i>Riesgo de desarrollar una percepción negativa de la propia valía en respuesta a una situación actual.</i>
31	RIESGO DE IMPOTENCIA	<i>Riesgo de percibir una experiencia de falta de control sobre una situación, incluyendo la percepción de que las propias acciones no afectan significativamente al resultado.</i>
32		<i>Riesgo de la alteración del proceso interactivo entre padres o personas</i>

TEXTO DE CONSULTA PARA EL PROCESO DE ATENCION DE ENFERMERIA HOSPITALARIA

	RIESGO DE DETERIORO DE LA VINCULACION	<i>significativas y el niño que fomenta el desarrollo de una relación recíproca protectora y educadora</i>
33	RIESGO DE RELACIÓN INEFICAZ	<i>Riesgo de un modelo de colaboración mutua que es insuficiente para cubrir las necesidades del otro.</i>
34	RIESGO DE SOLEDAD	<i>Riesgo de experimentar malestar asociado al deseo o necesidad de aumentar el contacto con los demás.</i>
35	SÍNDROME DE ESTRÉS DEL TRASLADO	<i>Trastorno fisiológico y/o psicológico tras el traslado de un entorno a otro</i>
36	SÍNDROME DEL TRAUMA POST-VIOLACIÓN	<i>Persistencia de una respuesta desadaptada a una penetración sexual forzada, violenta, contra la voluntad de la víctima y sin su consentimiento.</i>
37*	LABILIDAD EMOCIONAL	<i>Impulso incontrolable de expresión emocional exagerada e involuntaria.</i>
38*	DETERIORO DE LA REGULACIÓN DEL HUMOR	<i>Estado mental caracterizado por cambios de humor o afecto, formado por una constelación de manifestaciones afectivas, cognitivas, somáticas y/o fisiológicas que varían de leves a graves.</i>

II- NECESIDAD DE CREENCIAS/RELIGIÓN

	DIAGNOSTICO	DEFINICIÓN
1	ANSIEDAD ANTE LA MUERTE	<i>Sensación vaga e intranquilizadora de malestar o temor provocada por la percepción de una amenaza real o imaginada para la propia existencia.</i>
2	CONFLICTO DE DECISIONES	<i>Incertidumbre sobre el curso de la acción a tomar cuando la elección entre acciones diversas implica riesgo, pérdida, o supone un reto para los valores y creencias personales.</i>
3	DETERIORO DE LA RELIGIOSIDAD	<i>Deterioro de la capacidad para confiar en las creencias y/o participar en los rituales de una tradición religiosa en particular.</i>
4	DISCONFORT	<i>Percepción de falta de tranquilidad, alivio y trascendencia en las dimensiones física, psicoespiritual, ambiental, cultural y social.</i>
5	DISPOSICIÓN PARA MEJORAR EL BIENESTAR ESPIRITUAL	<i>Patrón de experimentación e integración del sentido y propósito de la vida mediante la conexión con el yo, los otros, el arte, la música, la literatura, la naturaleza o un poder superior al propio yo que es suficiente para el bienestar y que puede ser reforzado.</i>
6	DISPOSICIÓN PARA MEJORAR LA ESPERANZA	<i>Patrón de expectativas y deseos para movilizar energía en beneficio propio que es suficiente para el bienestar y que puede ser reforzado.</i>
7	DISPOSICIÓN PARA MEJORAR LA RELIGIOSIDAD	<i>Capacidad para aumentar la confianza en las creencias religión y/o participar en los ritos de una religiosa en particular que es suficiente para el bienestar y que puede fortalecerse.</i>
8	DISPOSICIÓN PARA MEJORAR LA TOMA DE DECISIONES	<i>Patrón de elección del rumbo de las acciones que es suficiente para alcanzar los objetivos a corto y largo plazo relacionados con la salud y que puede ser reforzado.</i>
9	DUELO	<i>Complejo proceso normal que incluye respuestas y conductas emocionales, físicas, espirituales, sociales e intelectuales mediante las que las personas, familias y comunidades incorporan en su vida diaria una pérdida real, anticipada o percibida.</i>
10	DUELO COMPLICADO	<i>Trastorno que ocurre tras la muerte de una persona significativa, en el que la experiencia del sufrimiento que acompaña al luto no sigue las expectativas habituales y se manifiesta en un deterioro funcional</i>
11	RIESGO DE DETERIORO DE LA RELIGIOSIDAD	<i>Riesgo de deterioro de la capacidad para confiar en las creencias religiosas y/o participar en los ritos de una tradición religiosa en particular.</i>
12	RIESGO DE DUELO COMPLICADO	<i>Riesgo de aparición de un trastorno que ocurre tras la muerte de una persona significativa, en el que la experiencia del sufrimiento que acompaña al luto no sigue las expectativas normales y se manifiesta en un deterioro funcional.</i>

TEXTO DE CONSULTA PARA EL PROCESO DE ATENCION DE ENFERMERIA HOSPITALARIA

13	RIESGO DE SUFRIMIENTO ESPIRITUAL	<i>Riesgo de deterioro de la capacidad para experimentar e integrar el significado y propósito de la vida, mediante la conexión de la persona con el yo, otras personas, el arte, la música, la literatura, la naturaleza . y/o un poder superior a uno mismo.</i>
14	RIESGO DE DETERIORO PARENTAL	<i>Riesgo de incapacidad del cuidador principal para crear, mantener o recuperar un entorno que promueva el óptimo crecimiento y desarrollo del niño.</i>
15	SUFRIMIENTO ESPIRITUAL	<i>Deterioro de la capacidad para experimentar e integrar el significado y propósito de la vida mediante la conexión con el yo, los otros, el arte, la música, la literatura, la naturaleza, y/o un poder superior al propio yo.</i>
16	SUFRIMIENTO MORAL	<i>Respuesta a la incapacidad para llevar a cabo las decisiones/acciones éticas/morales elegidas.</i>
17*	DETERIORO PARA LA TOMA INDEPENDIENTE DE DECISIONES	<i>Proceso de toma de decisiones en relación con los cuidados sanitarios que no incluye el conocimiento del afectado ni tiene en cuenta las normas sociales o que no acontece en un entorno flexible, teniendo como resultado una decisión insatisfactoria.</i>
18*	RIESGO DETERIORO PARA LA TOMA INDEPENDIENTE DE DECISIONES	<i>Vulnerable a un proceso de toma de decisiones sobre los cuidados sanitarios que no incluye el conocimiento del afectado ni tiene en cuenta las normas sociales o que no acontece en un entorno flexible, teniendo como resultado una decisión insatisfactoria.</i>
19	DISPOSICIÓN PARA MEJORAR LA TOMA DE DECISIONES INDEPENDIENTE	<i>Proceso de toma de decisiones relacionado con los cuidados sanitarios que incluye conocimiento del afectado y/o consideración a normas sociales, que puede ser reforzado.</i>

12- NECESIDAD DE REALIZACION PERSONAL

N	DIAGNOSTICO	DEFINICIÓN
1	AFRONTAMIENTO FAMILIAR COMPROMETIDO	<i>Una persona de referencia que habitualmente brinda soporte (familiar, persona significativa o amigo íntimo) proporciona un apoyo, confort, ayuda o estímulo que puede ser necesario para que el paciente maneje o domine las tareas adaptativas relacionadas con su reto de salud, que es insuficiente, ineficaz o está comprometido.</i>
2	AFRONTAMIENTO FAMILIAR INCAPACITANTE	<i>Comportamiento de una persona de referencia (familiar, persona significativa o amigo íntimo) que inhabilita sus propias capacidades y las del paciente para abordar de forma eficaz las tareas esenciales para la adaptación de uno de ellos al reto de salud.</i>
3	AFRONTAMIENTO INEFECTIVO	<i>Incapacidad para formular una apreciación válida de los agentes estresantes, elecciones inadecuadas de respuestas practicadas y/o incapacidad para utilizar los recursos disponibles.</i>
4	AFRONTAMIENTO INEFICAZ DE LA COMUNIDAD	<i>Patrón de actividades de la comunidad para la adopción y solución de problemas que resulta inadecuado para satisfacer las demandas o necesidades de la comunidad.</i>
5	AUTOMUTILACIÓN	<i>Conducta deliberadamente autolesiva que causa un daño tisular con la intención de provocar una lesión no letal que alivie la tensión.</i>
6	DESATENCIÓN UNILATERAL	<i>Deterioro de la respuesta sensorial y motora, la representación mental y la atención espacial del cuerpo y el entorno correspondiente, caracterizado por la falta de atención a un lado y una atención excesiva al lado opuesto. La desatención del lado izquierdo es más persistente y severa que la desatención de lado derecho.</i>
7		<i>Constelación de conductas culturalmente enmarcadas que implican una o más actividades de autocuidado en las que hay un fracaso</i>

TEXTO DE CONSULTA PARA EL PROCESO DE ATENCION DE ENFERMERIA HOSPITALARIA

	RIESGO DE DETERIORO DE LA VINCULACION	<i>significativas y el niño que fomenta el desarrollo de una relación recíproca protectora y educadora</i>
33	RIESGO DE RELACION INEFICAZ	<i>Riesgo de un modelo de colaboración mutua que es insuficiente para cubrir las necesidades del otro.</i>
34	RIESGO DE SOLEDAD	<i>Riesgo de experimentar malestar asociado al deseo o necesidad de aumentar el contacto con los demás.</i>
35	SÍNDROME DE ESTRÉS DEL TRASLADO	<i>Trastorno fisiológico y/o psicológico tras el traslado de un entorno a otro</i>
36	SÍNDROME DEL TRAUMA POST-VIOLACIÓN	<i>Persistencia de una respuesta desadaptada a una penetración sexual forzada, violenta, contra la voluntad de la víctima y sin su consentimiento.</i>
37*	LABILIDAD EMOCIONAL	<i>Impulso incontrolable de expresión emocional exagerada e involuntaria.</i>
38*	DETERIORO DE LA REGULACIÓN DEL HUMOR	<i>Estado mental caracterizado por cambios de humor o afecto, formado por una constelación de manifestaciones afectivas, cognitivas, somáticas y/o fisiológicas que varían de leves a graves.</i>

11- NECESIDAD DE CREENCIAS/RELIGIÓN

	DIAGNOSTICO	DEFINICIÓN
1	ANSIEDAD ANTE LA MUERTE	<i>Sensación vaga e intranquilizadora de malestar o temor provocada por la percepción de una amenaza real o imaginada para la propia existencia.</i>
2	CONFLICTO DE DECISIONES	<i>Incertidumbre sobre el curso de la acción a tomar cuando la elección entre acciones diversas implica riesgo, pérdida, o supone un reto para los valores y creencias personales.</i>
3	DETERIORO DE LA RELIGIOSIDAD	<i>Deterioro de la capacidad para confiar en las creencias y/o participar en los rituales de una tradición religiosa en particular.</i>
4	DISCONFORT	<i>Percepción de falta de tranquilidad, alivio y trascendencia en las dimensiones física, psicoespiritual, ambiental, cultural y social.</i>
5	DISPOSICIÓN PARA MEJORAR EL BIENESTAR ESPIRITUAL	<i>Patrón de experimentación e integración del sentido y propósito de la vida mediante la conexión con el yo, los otros, el arte, la música, la literatura, la naturaleza o un poder superior al propio yo que es suficiente para el bienestar y que puede ser reforzado.</i>
6	DISPOSICIÓN PARA MEJORAR LA ESPERANZA	<i>Patrón de expectativas y deseos para movilizar energía en beneficio propio que es suficiente para el bienestar y que puede ser reforzado.</i>
7	DISPOSICIÓN PARA MEJORAR LA RELIGIOSIDAD	<i>Capacidad para aumentar la confianza en las creencias religión y/o participar en los ritos de una religiosa en particular que es suficiente para el bienestar y que puede fortalecerse.</i>
8	DISPOSICIÓN PARA MEJORAR LA TOMA DE DECISIONES	<i>Patrón de elección del rumbo de las acciones que es suficiente para alcanzar los objetivos a corto y largo plazo relacionados con la salud y que puede ser reforzado.</i>
9	DUELO	<i>Complejo proceso normal que incluye respuestas y conductas emocionales, físicas, espirituales, sociales e intelectuales mediante las que las personas, familias y comunidades incorporan en su vida diaria una pérdida real, anticipada o percibida.</i>
10	DUELO COMPLICADO	<i>Trastorno que ocurre tras la muerte de una persona significativa, en el que la experiencia del sufrimiento que acompaña al luto no sigue las expectativas habituales y se manifiesta en un deterioro funcional</i>
11	RIESGO DE DETERIORO DE LA RELIGIOSIDAD	<i>Riesgo de deterioro de la capacidad para confiar en las creencias religiosas y/o participar en los ritos de una tradición religiosa en particular.</i>
12	RIESGO DE DUELO COMPLICADO	<i>Riesgo de aparición de un trastorno que ocurre tras la muerte de una persona significativa, en el que la experiencia del sufrimiento que acompaña al luto no sigue las expectativas normales y se manifiesta en un deterioro funcional.</i>

TEXTO DE CONSULTA PARA EL PROCESO DE ATENCION DE ENFERMERIA HOSPITALARIA

13	RIESGO DE SUFRIMIENTO ESPIRITUAL	<i>Riesgo de deterioro de la capacidad para experimentar e integrar el significado y propósito de la vida, mediante la conexión de la persona con el yo, otras personas, el arte, la música, la literatura, la naturaleza. y/o un poder superior a uno mismo.</i>
14	RIESGO DE DETERIORO PARENTAL	<i>Riesgo de incapacidad del cuidador principal para crear, mantener o recuperar un entorno que promueva el óptimo crecimiento y desarrollo del niño.</i>
15	SUFRIMIENTO ESPIRITUAL	<i>Deterioro de la capacidad para experimentar e integrar el significado y propósito de la vida mediante la conexión con el yo, los otros, el arte, la música, la literatura, la naturaleza, y/o un poder superior al propio yo.</i>
16	SUFRIMIENTO MORAL	<i>Respuesta a la incapacidad para llevar a cabo las decisiones/acciones éticas/morales elegidas.</i>
17*	DETERIORO PARA LA TOMA INDEPENDIENTE DE DECISIONES	<i>Proceso de toma de decisiones en relación con los cuidados sanitarios que no incluye el conocimiento del afectado ni tiene en cuenta las normas sociales o que no acontece en un entorno flexible, teniendo como resultado una decisión insatisfactoria.</i>
18*	RIESGO DETERIORO PARA LA TOMA INDEPENDIENTE DE DECISIONES	<i>Vulnerable a un proceso de toma de decisiones sobre los cuidados sanitarios que no incluye el conocimiento del afectado ni tiene en cuenta las normas sociales o que no acontece en un entorno flexible, teniendo como resultado una decisión insatisfactoria.</i>
19	DISPOSICIÓN PARA MEJORAR LA TOMA DE DECISIONES INDEPENDIENTE	<i>Proceso de toma de decisiones relacionado con los cuidados sanitarios que incluye conocimiento del afectado y/o consideración a normas sociales, que puede ser reforzado.</i>

12- NECESIDAD DE REALIZACION PERSONAL

N	DIAGNOSTICO	DEFINICIÓN
1	AFRONTAMIENTO FAMILIAR COMPROMETIDO	<i>Una persona de referencia que habitualmente brinda soporte (familiar, persona significativa o amigo íntimo) proporciona un apoyo, confort, ayuda o estímulo que puede ser necesario para que el paciente maneje o domine las tareas adaptativas relacionadas con su reto de salud, que es insuficiente, ineficaz o está comprometido.</i>
2	AFRONTAMIENTO FAMILIAR INCAPACITANTE	<i>Comportamiento de una persona de referencia (familiar, persona significativa o amigo íntimo) que inhabilita sus propias capacidades y las del paciente para abordar de forma eficaz las tareas esenciales para la adaptación de uno de ellos al reto de salud.</i>
3	AFRONTAMIENTO INEFECTIVO	<i>Incapacidad para formular una apreciación válida de los agentes estresantes, elecciones inadecuadas de respuestas practicadas y/o incapacidad para utilizar los recursos disponibles.</i>
4	AFRONTAMIENTO INEFICAZ DE LA COMUNIDAD	<i>Patrón de actividades de la comunidad para la adopción y solución de problemas que resulta inadecuado para satisfacer las demandas o necesidades de la comunidad.</i>
5	AUTOMUTILACIÓN	<i>Conducta deliberadamente autolesiva que causa un daño tisular con la intención de provocar una lesión no letal que alivie la tensión.</i>
6	DESATENCIÓN UNILATERAL	<i>Deterioro de la respuesta sensorial y motora, la representación mental y la atención espacial del cuerpo y el entorno correspondiente, caracterizado por la falta de atención a un lado y una atención excesiva al lado opuesto. La desatención del lado izquierdo es más persistente y severa que la desatención de lado derecho.</i>
7		<i>Constelación de conductas culturalmente enmarcadas que implican una o más actividades de autocuidado en las que hay un fracaso</i>

TEXTO DE CONSULTA PARA EL PROCESO DE ATENCION DE ENFERMERIA HOSPITALARIA

	DESCUIDO PERSONAL	<i>para mantener estándares de salud y bienestar socialmente aceptables.</i>
8	DETERIORO DE LA RESILIENCIA PERSONAL	<i>Reducción de la capacidad para mantener un patrón de respuestas positivas ante una situación adversa o una crisis.</i>
9	DISPOSICIÓN PARA MEJORAR EL AFRONTAMIENTO	<i>Patrón de esfuerzos cognitivos y conductuales para manejar las demandas que resulta suficiente para el bienestar y que puede ser reforzado.</i>
10	DISPOSICIÓN PARA MEJORAR EL AFRONTAMIENTO FAMILIAR	<i>Patrón de manejo efectivo de las tareas adaptativas por parte de la persona de referencia (familiar, persona significativa o amigo íntimo) implicada en el reto de salud del paciente, que es suficiente para la salud y el crecimiento en relación a sí mismo y al paciente, y que puede ser reforzado.</i>
11	DISPOSICIÓN PARA MEJORAR EL AFRONTAMIENTO DE LA COMUNIDAD	<i>Patrón de actividades de la comunidad para la adaptación y solución de los problemas que resulta adecuado para satisfacer las demandas o necesidades de la comunidad en el manejo de problemas o agentes estresantes actuales o futuros y que puede ser mejorado.</i>
12	DISPOSICIÓN PARA MEJORAR EL AUTOCONCEPTO	<i>Patrón de percepciones o ideas sobre uno mismo que es suficiente para el bienestar y que puede ser reforzado.</i>
13	DISPOSICIÓN PARA MEJORAR EL AUTOCUIDADO	<i>Patrón de realización de actividades por parte de la propia persona que ayuda a alcanzar los objetivos relacionados con la salud y que puede ser reforzado.</i>
14	DISPOSICIÓN PARA MEJORAR EL CONFORT	<i>Patrón de tranquilidad, alivio y trascendencia en las dimensiones física, psicoespiritual, ambiental y/o social que es suficiente para el bienestar y que puede ser reforzado.</i>
15	DISPOSICIÓN PARA MEJORAR LA RESILIENCIA	<i>Patrón de respuestas positivas ante una situación adversa o una crisis que es suficiente para optimizar el potencial humano y puede ser reforzada.</i>
16	RIESGO DE CRECIMIENTO DESPROPORCIONADO	<i>Riesgo de crecimiento por encima del percentil 97 o por debajo del percentil 3 para la edad, cruzando dos percentiles.</i>
17	RIESGO DE PERFUSION TISULAR CEREBRAL INEFICAZ	<i>Riesgo de la disminución tisular cerebral que puede comprometer la salud.</i>
18	RIESGO DE PLANIFICACION INEFICAZ DE LAS ACTIVIDADES	<i>Riesgo de la capacidad para prepararse para un conjunto de acciones fijadas.</i>
19	RIESGO DE RETRASO EN EL DESARROLLO	<i>Riesgo de sufrir un retraso del 25% o más en una o más de las áreas de conducta social o autorreguladora, cognitiva, del lenguaje o de las habilidades motoras gruesas o finas.</i>
20	RIESGO DE TRASTORNO DE LA IDENTIDAD PERSONAL	<i>Riesgo de incapacidad para mantener una percepción completa e integrada del yo.</i>
21	TRASTORNO DE LA IMAGEN CORPORAL	<i>Confusión en la imagen mental del yo físico.</i>
22	TRASTORNO DE LA IDENTIDAD PERSONAL	<i>Incapacidad para mantener una percepción completa e integrada del yo.</i>

TEXTO DE CONSULTA PARA EL PROCESO DE ATENCION DE ENFERMERIA HOSPITALARIA

	DESCUIDO PERSONAL	<i>para mantener estándares de salud y bienestar socialmente aceptables.</i>
8	DETERIORO DE LA RESILIENCIA PERSONAL	<i>Reducción de la capacidad para mantener un patrón de respuestas positivas ante una situación adversa o una crisis.</i>
9	DISPOSICIÓN PARA MEJORAR EL AFRONTAMIENTO	<i>Patrón de esfuerzos cognitivos y conductuales para manejar las demandas que resulta suficiente para el bienestar y que puede ser reforzado.</i>
10	DISPOSICIÓN PARA MEJORAR EL AFRONTAMIENTO FAMILIAR	<i>Patrón de manejo efectivo de las tareas adaptativas por parte de la persona de referencia (familiar, persona significativa o amigo íntimo) implicada en el reto de salud del paciente, que es suficiente para la salud y el crecimiento en relación a si mismo y al paciente, y que puede ser reforzado.</i>
11	DISPOSICIÓN PARA MEJORAR EL AFRONTAMIENTO DE LA COMUNIDAD	<i>Patrón de actividades de la comunidad para la adaptación y solución de los problemas que resulta adecuado para satisfacer las demandas o necesidades de la comunidad en el manejo de problemas o agentes estresantes actuales o futuros y que puede ser mejorado.</i>
12	DISPOSICIÓN PARA MEJORAR EL AUTOCONCEPTO	<i>Patrón de percepciones o ideas sobre uno mismo que es suficiente para el bienestar y que puede ser reforzado.</i>
13	DISPOSICIÓN PARA MEJORAR EL AUTOCUIDADO	<i>Patrón de realización de actividades por parte de la propia persona que ayuda a alcanzar los objetivos relacionados con la salud y que puede ser reforzado.</i>
14	DISPOSICIÓN PARA MEJORAR EL CONFORT	<i>Patrón de tranquilidad, alivio y trascendencia en las dimensiones física, psicoespiritual, ambiental y/o social que es suficiente para el bienestar y que puede ser reforzado.</i>
15	DISPOSICIÓN PARA MEJORAR LA RESILIENCIA	<i>Patrón de respuestas positivas ante una situación adversa o una crisis que es suficiente para optimizar el potencial humano y puede ser reforzada.</i>
16	RIESGO DE CRECIMIENTO DESPROPORCIONADO	<i>Riesgo de crecimiento por encima del percentil 97 o por debajo del percentil 3 para la edad, cruzando dos percentiles.</i>
17	RIESGO DE PERFUSIÓN TISULAR CEREBRAL INEFICAZ	<i>Riesgo de la disminución tisular cerebral que puede comprometer la salud.</i>
18	RIESGO DE PLANIFICACION INEFICAZ DE LAS ACTIVIDADES	<i>Riesgo de la capacidad para prepararse para un conjunto de acciones fijadas.</i>
19	RIESGO DE RETRASO EN EL DESARROLLO	<i>Riesgo de sufrir un retraso del 25% o más en una o más de las áreas de conducta social o autorreguladora, cognitiva, del lenguaje o de las habilidades motoras gruesas o finas.</i>
20	RIESGO DE TRASTORNO DE LA IDENTIDAD PERSONAL	<i>Riesgo de incapacidad para mantener una percepción completa e integrada del yo.</i>
21	TRASTORNO DE LA IMAGEN CORPORAL	<i>Confusión en la imagen mental del yo físico.</i>
22	TRASTORNO DE LA IDENTIDAD PERSONAL	<i>Incapacidad para mantener una percepción completa e integrada del yo.</i>

13- NECESIDAD DE OCIO

N	DIAGNOSTICO	DEFINICIÓN
1	DÉFICIT DE ACTIVIDADES RECREATIVAS	<i>Disminución de la estimulación (o interés o participación) en actividades recreativas o de ocio.</i>
2	ESTILO DE VIDA SEDENTARIO	<i>Expresa tener hábitos de vida que se caracterizan por un bajo nivel de actividad física.</i>

14- NECESIDAD DE APRENDIZAJE

N	DIAGNOSTICO	DEFINICIÓN
1	CONFUSIÓN AGUDA	<i>Inicio brusco de trastornos reversibles de la conciencia, atención, conocimiento y percepción que se desarrollan en un corto periodo de tiempo.</i>
2	CONFUSIÓN CRÓNICA	<i>Deterioro irreversible, de larga duración y/o progresivo del intelecto y de la personalidad, caracterizado por disminución de la capacidad para interpretar los estímulos ambientales; reducción de la capacidad para los procesos de pensamiento intelectuales, manifestado por trastornos de la memoria, de la orientación y de la conducta.</i>
3	CONOCIMIENTOS DEFICIENTES	<i>Carencia o deficiencia de información cognitiva relacionada con un tema específico.</i>
4	CONTROL DE IMPULSOS INEFICAZ	<i>Patrón de reacciones rápidas, no planeadas ante estímulos internos e externos sin tener en cuenta las consecuencias negativas de estas reacciones para la persona impulsiva o para los demás.</i>
5	DETERIORO DE LA MEMORIA	<i>Incapacidad para recordar o recuperar de información o habilidades conductuales.</i>
6	DISPOSICIÓN PARA MEJORAR LA GESTIÓN DE LA PROPIA SALUD	<i>Patrón de regulación e integración en la vida cotidiana de un régimen terapéutico para el tratamiento de la enfermedad y sus secuelas que es suficiente para alcanzar los objetivos relacionados con la salud y que puede ser reforzado.</i>
7	DISPOSICIÓN PARA MEJORAR LOS CONOCIMIENTOS	<i>La presencia o adquisición de información cognitiva sobre un tema específico es suficiente para alcanzar los objetivos relacionados con la salud y puede ser reforzada.</i>
8	GESTION INEFICAZ DE LA PROPIA SALUD	<i>Patrón de regulación e integración en la vida diaria de un régimen terapéutico para el tratamiento de la enfermedad y sus secuelas que no es adecuado para alcanzar objetivos de salud específicos.</i>
9	GESTIÓN INEFICAZ DEL RÉGIMEN TERAPÉUTICO FAMILIAR	<i>Patrón de regulación e integración en los procesos familiares de un programa para el tratamiento de la enfermedad y de sus secuelas que no es adecuado para alcanzar objetivos de salud específicos.</i>
10	INCUMPLIMIENTO	<i>Conducta de una persona y/o un cuidador que no coincide con el plan terapéutico o de promoción de la salud acordado entre la persona (y/o la familia y/o la comunidad) y un profesional sanitario. Ante un plan terapéutico o de promoción de la salud acordado, la conducta de la persona o del cuidador es total o parcialmente de no adherencia y puede conducir a resultados clínicos ineficaces o parcialmente ineficaces.</i>
11	MANTENIMIENTO INEFICAZ DE LA SALUD	<i>Incapacidad para identificar, manejar o buscar ayuda para mantener la salud.</i>
12	PLANIFICACION INEFICAS DE LAS ACTIVIDADES	<i>Incapacidad para prepararse para un conjunto de acciones fijadas en el tiempo y bajo ciertas condiciones</i>
13	PROCESO DE MATERNIDAD INEFICAZ	<i>Proceso de embarazo y parto y de cuidado del recién nacido que no coincide con el contexto ambiental, las normas y las expectativas.</i>

TEXTO DE CONSULTA PARA EL PROCESO DE ATENCION DE ENFERMERIA HOSPITALARIA

14	RIESGO DE CONFUSIÓN AGUDA	<i>Riesgo de aparición de trastornos reversibles de la conciencia, la atención, el conocimiento y la percepción que se desarrollan en un corto periodo de tiempo.</i>
15	SALUD DEFICIENTE DE LA COMUNIDAD	<i>Presencia de uno o más problemas de salud o factores que impiden el bienestar o aumentar el riesgo de problemas de salud que experimenta un grupo.</i>
16	RIESGO DE PROCESO DE MATERNIDAD INEFICAZ	<i>Riesgo de tener un proceso de embarazo y parto y de cuidado del recién nacido que no coincide con el contexto ambiental, las normas y las expectativas.</i>
17	RIESGO DE COMPROMISO DE LA RESILENCIA	<i>Riesgo de reducción de la capacidad para mantener un patrón de respuestas positivas ante una situación adversa o una crisis.</i>
18	TENDENCIA A ADOPTAR CONDUCTAS DE RIESGO PARA LA SALUD	<i>Deterioro de la capacidad para modificar el estilo de vida o las conductas de forma que mejore el estado de salud.</i>

(NANDA, 2015-2017)

Obs. Las Etiquetas que tienen un * son la etiquetas nueva de 2015-2017

Nuevos diagnósticos enfermeros 2018-2020. Dominio y autores.

Dominio	Nuevos diagnósticos aprobados	Autores
1. Promoción de la salud	Disposición para mejorar la alfabetización en salud	B. Flores
2. Nutrición	Dinámica de alimentación ineficaz del adolescente	S. Mlynarczyk, M. Dewys, G. Lyte
	Dinámica de alimentación ineficaz del niño	S. Mlynarczyk, M. Dewys, G. Lyte
	Dinámica de alimentación ineficaz del lactante	S. Mlynarczyk, M. Dewys, G. Lyte
	Riesgo de síndrome de desequilibrio metabólico	V.E. Fernández Ruiz, M.M. López Santos, D. Armero Barranco, J.M. Xandri Graupera, J.A. Paniagua Urban, M. Solé Agustí, M.D. Arrillo Izquierdo, A. Ruiz Sánchez
4. Actividad/Reposo	Perturbación del campo de energía	N. Frisch, H. Butcher, D. Shields
	Riesgo de presión sanguínea inestable	C. Arnoin
9. Afrontamiento/ Tolerancia al estrés	Riesgo de transición inmigratoria complicada	R. Rifá
	Síndrome agudo de retirada de sustancias	L. Clapp, K. Mahler
	Riesgo de síndrome agudo de retirada de sustancias	L. Clapp, K. Mahler
	Síndrome de abstinencia neonatal	L.M. Cleveland
	Riesgo de infección del sitio quirúrgico	F.F. Ercole, T.C.M. Chianca, C. Campos, T.G.R. Macieira, L.M.C. Franco
11. Seguridad/Protección	Riesgo de sequedad de boca	I. Eser, N. Duruk
	Riesgo de tromboembolismo venoso	G. Meyer
	Riesgo de mutilación genital femenina	I.J. Ruiz
	Riesgo de lesión ocupacional	F. Sánchez Ayllon
	Riesgo de termo-regulación ineficaz	Comité de Desarrollo Diagnóstico

Diagnósticos Enfermeros retirados. Motivos.

Diagnósticos retirados	Motivos según NANDA-I
Incumplimiento	El diagnóstico es bastante antiguo, con una última revisión de 1998. No hay consistencia suficiente en relación a las últimas publicaciones en el área, donde se hace referencia al término adherencia más que a cumplimiento.
Disposición para mejorar el equilibrio de líquidos	Ambos carecen de un nivel de evidencia suficiente como para mantenerlos en la terminología.
Disposición para mejorar la eliminación urinaria	
Riesgo de deterioro de la función cardiovascular	Este diagnóstico carece de suficiente diferenciación respecto a otros diagnósticos enfermeros cardiovasculares existentes en la clasificación.
Riesgo de perfusión gastrointestinal ineficaz	No se considera que ambos sean problemas modificables de forma independiente con intervenciones enfermeras.
Riesgo de perfusión renal ineficaz	Sustituido por un nuevo diagnóstico, Riesgo de termoregulación ineficaz.
Riesgo de desequilibrio de la temperatura corporal	
Riesgo de crecimiento desproporcionado	Advertido en la 10ª edición de ser eliminado si no se producía una conceptualización nueva y presentación a NANDA-I.

Etiquetas de diagnósticos existentes en la clasificación y se encuentran en revisión .

Etiquetas anteriores	Etiquetas revisadas (traducción propia)
Déficit de actividades recreativas	Disminución de participación en actividades de ocio
Leche materna insuficiente	Producción insuficiente de leche materna
Ictericia neonatal	Hiperbilirrubinemia neonatal
Riesgo de ictericia neonatal	Riesgo de hiperbilirrubinemia
Deterioro de la mucosa oral	Deterioro de la integridad de la mucosa oral
Riesgo de deterioro de la mucosa oral	Riesgo de deterioro de la integridad de la mucosa oral
Riesgo de síndrome de muerte súbita del lactante	Riesgo de muerte súbita infantil
Riesgo de traumatismo	Riesgo de trauma físico
Riesgo de respuesta alérgica	Riesgo de reacción alérgica
Respuesta alérgica al látex	Reacción alérgica al látex
Riesgo de respuesta alérgica al látex	Riesgo de reacción alérgica al látex

(NANDA , 2018.2020)

EJEMPLOS DE DIAGNOSTICOS Y PLANIFICACIONES

DIAGNOSTICOS NANDA - CUIDADOS DE ENFERMERIA

Teoría de Virginia Henderson

1. NECESIDAD DE RESPIRACIÓN

➔ DIAGNOSTICO DE ENFERMERÍA

1.1 Deterioro de la ventilación espontánea r/c

Definición: Disminución de las reservas de energía que provoca la incapacidad para mantener la respiración independiente adecuada para el mantenimiento de la vida.

Etiología:

- Afección pulmonar (Neumonía, Bronconeumonía, Bronquitis, Asma, Bronquiolitis).
- Traumatismos (Craneoencefálico, Politraumatismos, otros).
- Afección metabólica (Diabetes, Falla Multiorganica, Lupus, otros.)
- Alteración cardiovascular (ACV, Infartos, otros.)

Manifestaciones m/p

- Taquipnea
- Disnea en reposo
- Disnea al esfuerzo
- Tos seca
- Tos productiva
- Tiraje
- Cianosis
- Sibilancia
- Saturación por debajo de lo normal

Dx. E: Deterioro de la ventilación espontánea r/c Afección pulmonar m/p abundante secreción orofaríngea, intolerancia al destete del respirador, Sat. 80%.

Dx. E: Deterioro de la ventilación espontánea r/c Alteración cardiovascular m/p saturación por debajo de lo normal, cianosis.

❖ **PLANIFICACION**

OBJETIVO:

- Mejorar la ventilación espontánea en 6hs.

ACTIVIDADES

Plan observacional:

1. Valorar constantemente el estado de conciencia.
2. Observar llenado capilar, cianosis distal, periférica.
3. Observar Características de las secreciones.

Plan terapéutico:

1. Colocar al usuario en posición semifowler o fowler.
2. Monitorizar al usuario en forma continua.
3. Controlar saturación de O2. cada 1hra.
4. Colocar carro de paro cerca del usuario: verificar laringoscopio, tubo oro traqueal diferentes tamaños, guía, fijador de tubo, jeringa, aspirador, k 66, catéter se succión, cánula mayo y drogas.
5. Realizar gasometría según indicación médica.
6. Administrar oxígeno según prescripción médica.
7. Administrar medicaciones según prescripción médica.
8. Instalar vía periférica segura según indicación médica.
9. Mantener permeable la vía.
10. Iniciar hidratación según prescripción médica.
11. Controlar signos vitales cada 2 horas.
12. Realizar aspiraciones según necesidad.

Plan Educativo:

1. Enseñar al usuario si esta consiente y familiar las técnicas de respiración.
2. Educar al usuario y a familiares sobre la importancia de permanecer en la posición semifowler o fowler.

❖ **DIAGNOSTICO DE ENFERMERÍA**

1.2 Disminución del gasto cardíaco r/c

Definición: La cantidad de sangre bombeada por el corazón es inadecuada para satisfacer las demandas metabólicas del cuerpo.

Etiología:

- Hipertensión arterial
- Infarto agudo de miocardio
- Angina inestable
- Sobre carga de líquidos
- Disminución de líquidos

Manifestaciones m/p

- Presión arterial alta (cifra)
- Alteración de la Frecuencia Cardiaca (cifra)
- Disnea de reposo
- Disnea de esfuerzo
- Edema
- Fatiga
- Piel fría y pegajosa
- Cambios en el estado de conciencia
- Ansiedad, marcos
- Espujo espumoso
- Disminución del gasto urinario

Dx. E.: Disminución del gasto cardiaco r/c problemas cardiovasculares m/p alteración de la Frecuencia Cardiaca (116 x'), Presión arterial alta (180/110mmHg)

◆ **PLANIFICACION**

OBJETIVO:

- Mejorar el gasto cardiaco en 24hs.

ACTIVIDADES

Plan observacional:

1. Observar el estado de conciencia del usuario.
2. Observar edema de miembros inferiores.
3. Observar cianosis.
4. Observar llenado capilar.

Plan terapéutico:

1. Colocar al usuario en posición semifowler.
2. Monitorizar en forma continua al usuario.
3. Realizar balance hidrosalínico estricto.
4. Controlar PVC.

TEXTO DE CONSULTA PARA EL PROCESO DE ATENCION DE ENFERMERIA HOSPITALARIA

5. Controlar presión arterial cada cuatro horas o según necesidad.
6. Administrar O2 según prescripción médica.
7. Utilizar bombas o dosificador para la administración HP y para la medicación.
8. Administrar medicación según prescripción médica.
9. Proporcionar un ambiente tranquilo y confortable.
10. Restringir visitas.
11. Gestionar o sugerir interconsulta con la nutricionista de la institución.
12. Elevar miembros inferiores.

Plan Educativo:

1. Educar al usuario sobre la importancia de la restricción de actividades físicas.
2. Educar al usuario y sus familiares sobre los alimentos que consumir (ricos en fibra).
3. Explicar a los familiares de la importancia de la restricción de las vistas.

❖ **DIAGNOSTICO DE ENFERMERÍA**

1.3 Limpieza ineficaz de las vías aéreas r/c

Definición: Incapacidad para eliminar las secreciones u obstrucciones del tracto respiratorio para mantener las vías permeables.

Etiología:

- La edad avanzada
- Déficit de líquidos
- Expansión torácica superficial secundaria a dolor
- Fatiga
- Traqueostomía
- Alteración de la capacidad para toser
- Tubo oro traqueal

Manifestaciones m/p

- Tos húmeda sin expectoración
- Presencia de secreciones viscosas en pulmón y bronquios
- Disminución de saturación
- Tos persistente
- Cianosis.

DL. E: Limpieza ineficaz de las vías aéreas r/c la edad avanzada m/p tos húmeda sin expectoración, presencia de secreciones viscosas en pulmón, cianosis

DL. E: Limpieza ineficaz de las vías aéreas r/c tubo oro traqueal en permanencia m/p presencia de secreciones viscosas en pulmón y bronquios

❖ **PLANIFICACION**

OBJETIVO:

- Mejorar la limpieza de las vías aéreas en una hora.
- Mejorar la expectoración en 24hs.

ACTIVIDADES

Plan observacional:

1. Valorar la forma de deglución del usuario.
2. Valorar la herida quirúrgica alrededor del tubo de traqueostomía en busca de secreciones.
3. Valorar patrón respiratorio.
4. Observar características y cantidad de secreción.

TEXTO DE CONSULTA PARA EL PROCESO DE ATENCION DE ENFERMERIA HOSPITALARIA

Plan terapéutico:

1. Aspirar secreción de las vías aéreas según necesidad.
2. Realizar nebulización según indicación médica.
3. Disponer de los elementos necesarios para la aspiración de secreciones a lado de la cabecera del usuario.
4. Hiperoxigenar o ventilar al usuario antes de aspirar si esta con soporte ventilatorio para evitar la depleción de oxígeno.
5. Controlar goteos de las infusiones luego de cada aspiración.
6. Realizar los cuidados de traqueostomía en cada turno de Enfermería.
7. Evitar la obstrucción del tubo al cambiar de posición o movilizar al usuario.
8. Disponer de un carro de reanimación preparado en el servicio.
10. Verificar la posición del tubo orotraqueal.
11. Fijar correctamente el tubo de traqueostomía o el tubo orotraqueal.
12. Elevar cabecera y mantenerlos en posición de fowler o semifowler.

Plan Educativo:

1. Educar al usuario y familiar la importancia de permanecer en posición semi-sentado o la cabecera elevada.
2. Enseñar las técnicas correctas de aspiración en caso de que el usuario vaya a casa con traqueostomía.
3. Enseñar al usuario la importancia de lavado de manos.

❖ DIAGNOSTICO DE ENFERMERÍA

Patrón respiratorio ineficaz r/c

Definición: La inspiración o espiración no proporciona una ventilación adecuada

Etiología:

- Afeción pulmonar (Neumonía, Bronconeumonía, Bronquitis, TB, Faringo-Amigdalitis, Infección Pulmonar oportunistas).

Manifestaciones m/p

- Disnea
- Taquipnea
- Tiraje
- Dificultad para tragar
- Tos con secreción

TEXTO DE CONSULTA PARA EL PROCESO DE ATENCION DE ENFERMERIA HOSPITALARIA

- Roncus
- Sibilancia.

Dx. E: Patrón respiratorio ineficaz r/c Afección pulmonar m/p, tos, secreción, amarillenta fluida y abandono en reposo, disnea, taquipnea, (27x1) sibilancia.

❖ PLANIFICACION

OBJETIVO:

- Mejorar el patrón respiratorio en 2h.

ACTIVIDADES

Plan observacional:

1. Valorar patrón respiratorio.
2. Observar características y cantidad de secreción.
3. Observar cianosis.
4. Observar llenado capilar.
5. Valorar especialmente la frecuencia y profundidad de la respiración, trabajo respiratorio y ruidos respiratorios cada cuatro horas y según necesidad.

Plan terapéutico:

1. Elevar cabecera y mantenerla en posición de fowler o semifowler.
2. Realizar nebulización según indicación médica.
3. Administrar oxígeno según prescripción médica.
4. Administrar medicaciones según prescripción médica.
5. Aspirar secreciones de vías aéreas según necesidad.

Plan Educativo:

1. Educar al usuario y familiar la importancia de permanecer en posición semi sentado o la cabecera elevada.
2. Educar al usuario y familiar las técnicas de respiración.
3. Educar al usuario sobre la importancia de mantener en su lugar el equipo de nebulización, o de O2 una vez instalados.

2. NECESIDAD DE ALIMENTACIÓN/ HIDRATACION

❖ DIAGNOSTICO DE ENFERMERÍA

2-1 Deficit de auto cuidado: Alimentación r/c

Definición: Deterioro de la capacidad para realizar o completar la actividades de auto alimentación.

Etiología:

- Debilidad o cansancio
- Ansiedad severa
- Deterioro neuromuscular
- Dolor
- Deterioro perceptual o cognitivo
- Malestar
- Barreras ambientales
- Disminución o falta de motivación
- Deterioro musculo esquelético

Manifestaciones m/p

- Incapacidad para la alimentación
- Largas horas sin alimentarse
- Falta de apetito

Dx. E: Déficit de auto cuidado: alimentación r/c deterioro neuromuscular m/p incapacidad para la alimentación.

❖ **PLANIFICACION**

OBJETIVO:

- Mejorar la alimentación en una semana.

ACTIVIDADES

Plan observacional:

1. Observar posición y fijación de la sonda.
2. Observar características y cantidad del residuo gástrico.
3. Observar la deglución del usuario.
4. Observar las piezas dentarias.
5. Observar presencia de prótesis dentarias.
6. Observar forma de preparación de los alimentos.
7. Observar la conservación de los alimentos.

Plan terapéutico:

1. Ofrecer alimentos en forma frecuente
2. Gestionar la provisión de alimentos en las instancias correspondientes
3. Informar sobre los horarios del comedor
4. Solicitar ayuda a familiares o terceros si fuere necesario para brindar alimentos

5. Ofrecer líquidos frecuentes para evitar la deshidratación
6. Verificar goteo de alimentación por BIC
7. Colocar en posición y altura correcta en caso de sea por gabagge
8. Medir residuo gástrico antes de administrar la alimentación

Plan Educativo:

1. Informar al cuidador sobre los horarios del comedor
2. Enseñar al familiar técnica de lavado de set de alimentación de sonda nasogástrica
3. Instruir a los familiares sobre los alimentos que se pueden administrar por la sonda
4. Enseñar a los familiares a preparar la alimentación

❖ **DIAGNOSTICO DE ENFERMERÍA**

2.2 Desequilibrio nutricional: ingesta inferior a las necesidades r/c

Definición: Deterioro de la capacidad para realizar o completar la actividades de auto alimentación.

Etiología:

- Factores biológicos
- Incapacidad para absorber los nutrientes
- Incapacidad para digerir los alimentos
- Recursos económicos insuficientes
- Factores psicopatológicos

Manifestaciones m/p

- Cólico abdominal
- Dolor abdominal
- Aversión a comer
- Peso corporal inferior a 20 % o más bajo del peso ideal
- Fragilidad capilar
- Falta de alimentos
- Falta de información
- Falta de interés en los alimentos
- Pérdida de peso con un aporte nutricional adecuado
- Conceptos erróneos

TEXTO DE CONSULTA PARA EL PROCESO DE ATENCION DE ENFERMERIA HOSPITALARIA

- **Deterioro de la fase faríngea:** Alteración de las posiciones de la cabeza. Atragantamiento, Tos, Nauseas, Rechazo de la alimentación, Degluciones múltiples. Infecciones pulmonares recurrentes, Fiebre inexplicada, Elevación faríngea inadecuada.

Dx. E: Deterioro de la deglución r/c Obstrucción mecánica (cánula de traqueostomía) m/p Incapacidad para vaciar la cavidad oral.

❖ **PLANIFICACION**

OBJETIVO:

- Mejorar la deglución en una semana.

ACTIVIDADES

Plan observacional:

1. Valorar cavidad bucal en busca de edemas, malformaciones o lesiones.
2. Valorar la necesidad de instalar sonda nasogástrica.

Plan terapéutico:

1. Sugerir la instalación de una sonda nasogástrica si fuese necesario.
2. Preparar alimentos atractivos a la vista en su presentación.
3. Ofrecer alimentos triturados
4. Brindar alimentos líquidos y semilíquidos.
5. Colocar al usuario en posición fowler o semifowler.

Plan Educativo:

1. Enseñar a la madre sobre las técnicas correctas de amamantamiento.
2. Educar a la usuaria sobre el aumento de la ingesta de líquido.
3. Enseñar a la madre sobre los tipos de alimentos que debe consumir.

❖ **DIAGNOSTICO DE ENFERMERÍA**

2.4 Leche materna insuficiente r/c

Definición: baja producción de leche materna

Etiología:

- **Del Niño:** Agarre ineficaz, succión ineficaz, ocasiones de mamar insuficientes, rechazo el pecho, toma de corta duración.

TEXTO DE CONSULTA PARA EL PROCESO DE ATENCION DE ENFERMERIA HOSPITALARIA

- **De la madre:** Ingesta de alcohol, disminución del volumen de líquidos, (deshidratación hemorragia), malnutrición, efectos secundarios de medicamentos (P.ej. anticonceptivo diuréticos), embarazo, tabaquismo.

Manifestaciones m/p

- **Del niño:** Estreñimiento, no parece satisfecho después de la toma de leche, llanto frecuente, tiempo de amamantamiento prolongado, se niega a mamar, micciones en pequeña cantidad de orina concentrada (menos del cuarto a seis veces al día), quiere mamar con mucha frecuencia, la ganancia de peso es inferior a 500g. en un mes (comprobando dos pesos).
- **De la madre:** La producción de leche no progresa, no sale leche cuando se exprime el pezón, volumen de leche materna extraída es menor que el volumen prescripto.

Dx. E: Leche materna insuficiente r/c efectos secundarios de medicamentos m/p bajo peso del bebe, no sale leche cuando se exprime el pezón.

❖ PLANIFICACION

OBJETIVO:

- Mejorar la producción de leche materna en 72hs.

ACTIVIDADES

Plan observacional:

1. Observar el agarre del pezón por parte del bebe.
2. Observar presencia de leche al exprimir las mamas.
3. Observar y medir cantidad de leche extraída.

Plan terapéutico:

1. Iniciar la lactancia tan pronto como sea posible.
2. Permanecer junto a la madre por lo menos en dos tomas con el fin de corroborar posición adecuada del lactante y madre.

Plan Educativo:

1. Enseñar a exprimir las mamas si fuere necesario cada cuatro horas hasta que el neonato pueda succionar.
2. Instruir a madre sobre la higiene del pezón después de cada toma, solo con agua.

3. Enseñar técnica de extracción manual de leche si fuere necesario.
4. Indicar a que alterne las mamas con las que inicia cada toma.

3- NECESIDAD DE ELIMINACIÓN

❖ DIAGNOSTICO DE ENFERMERÍA

3.1 Estreñimiento r/c

Definición: disminución de la frecuencia normal de defecación, acompañada de defecación dificultosa o incompleta de heces y/o eliminación de heces excesivamente duras y secas.

Etiología:

- Uso prolongado de laxantes
- Enemas
- Supositorios
- Consumo insuficiente de fibras y líquidos
- Falta de movilidad

Manifestaciones m/p

Evacuación de heces duras y secas, ausencia de defecación desde hace siete días.

Dx. E: Estreñimiento r/c inmovilidad Post. operatoria m/p intentos fallidos de defecar en dos días.

❖ PLANIFICACION

OBJETIVO:

Mejorar la evacuación intestinal en 24hs.

ACTIVIDADES

Plan observacional:

1. Observar características de las heces.
2. Observar la frecuencia de evacuación de las heces.
3. Observar que tipo de alimentación consume el usuario.
4. Evaluar la zona perianal en busca de fisuras, hemorroides o fecalomas.

Plan terapéutico:

1. Administrar medicación según indicación médica.
2. Administrar enema evacuador según indicación médica.
3. Administrar mayor cantidad de líquidos vía oral.
4. Sugerir interconsulta con nutricionista.

"Bicentenario de la Independencia Nacional: 1811 - 2011"



Poder Ejecutivo
Ministerio de Salud Pública, Bienestar Social
Resolución S.G. N° 527

5 de agosto de 2010
Hoja N° 3

- Artículo 6°.** Aprobar el Manual de Normas y Procedimientos para el uso del Expediente Clínico, cuyo contenido forma parte como ANEXO II de esta Resolución.
- Artículo 7°.** Dejar sin efecto toda Resolución anterior que se contraponga a lo establecido en ésta.
- Artículo 8°.** Comunicar a quienes corresponda y cumplido, archivar.



DRA. ESPERANZA MARTÍNEZ
MINISTRA

Plan Educativo:

1. Enseñar los componentes de una dieta rica en fibra.
2. Insistir en la realización de actividades físicas con el fin de favorecer la motilidad intestinal.
3. Enseñar al usuario la cantidad y tipo de líquidos que debe consumir.
4. Fomentar el consumo de agua en sorbos pequeños y frecuentes.

❖ **DIAGNOSTICO DE ENFERMERÍA**

3.2 Deterioro de la eliminación urinaria r/c

Definición: disminución de la eliminación urinaria

Etiología:

- Trastorno motor pos sensorial
- Trastorno neuromuscular
- Traumatismo mecánico, la retirada de la sonda Foley
- Infección del tracto urinario

Manifestaciones m/p

- Disuria frecuente
- Dificultad para iniciar la micción
- Incontinencia
- Nicturia
- Retención

Dx. E.: Deterioro de la eliminación urinaria r/c trastorno neuromuscular m/p dificultad para miccionar apropiadamente, globo vesical, dolor abdominal,

❖ **PLANIFICACION**

OBJETIVO:

Mejorar la evacuación urinaria en 1hra.

ACTIVIDADES

Plan observacional:

1. Observar presencia de globo vesical.
2. Observar permeabilidad del meato urinario.
3. Observar signos de inflamación del meato urinario.

Plan terapéutico:

1. Valorar y registrar patrón urinario, en busca de dolor ardor o globo vesical.
2. Valorar la reinstalación de sonda vesical si fuese necesario.
3. Realizar ejercicio vesical en tres oportunidades antes de la retirada de la sonda.
4. Controlar goteo de hidratación.
5. Ofrecer privacidad al usuario para favorecer la micción.
6. Instalar sonda vesical en caso de constatar globo vesical.
7. Desechar orina 500ml con un intervalo de 20 minutos hasta vaciar toda la vejiga.

Plan Educativo:

1. Educar al usuario sobre el aumento de la ingesta de líquidos.
2. Enseñar ejercicio vesical al usuario.

❖ **DIAGNOSTICO DE ENFERMERÍA**

3.3 Diarrea r/c

Definición: eliminación de heces líquidas no formadas

Etiología:

- **Psicológicos:** estrés y ansiedad, ingesta dietética.
- **Situacionales:** efectos adversos de la medicación, abuso de alcohol, contaminantes, abuso de laxantes, irradiación, toxinas, viaje, alimentación por sonda.
- **Fisiológicos:** infecciones, inflamación, irritación, mala absorción, presencia de parásitos.

Manifestaciones m/p

- Dolor abdominal
- Retorcijones
- Frecuencia aumentada de los movimientos intestinales
- Frecuencia aumentada de sonidos intestinales
- Heces sueltas líquidas
- Cambios en el color de las heces.

Dx. E: Diarrea r/c efectos adversos de la medicación m/p frecuencia aumentada de movimientos intestinales, heces sueltas líquidas desde que inicio el ATB.

❖ **PLANIFICACION**

OBJETIVO:

- Disminuir deposiciones líquidas en 24hs.
- Reducir el volumen de heces en 24hs.

ACTIVIDADES

Plan observacional:

1. Controlar los patrones de evacuación, cantidad, color, consistencia, frecuencia, presencia de sangre oculta o rutilante.
2. Valorar abdomen, presencia de gases, auscultación de ruidos hidroaéreos
3. Evaluar al usuario en busca de signos de deshidratación
4. Valorar presencia de náuseas

Plan terapéutico:

1. Administrar medicación según prescripción médica
2. Iniciar hidratación según prescripción médica
3. Pesar al usuario diariamente a la misma hora y con la misma balanza
4. Solicitar interconsulta con el departamento de nutrición
5. Realizar balance hidrosalino según indicación médica o rutina de enfermería
6. Controlar de la frecuencia y cantidad de deposiciones en cada turno
7. Ofrecer líquidos frecuentes según tolerancia

Plan Educativo:

1. Educar sobre el lavado correcto de manos al usuario, familiares y demás usuarios y familiares de la sala.
2. Educar sobre el uso de alcohol en gel.
3. Educar al usuario y a los familiares sobre la importancia de la dieta astringente que tipos de alimentos debe consumir.
4. Educar sobre la importancia de aumentar el consumo de líquidos.

4. NECESIDAD DE MANTENER LA TEMPERATURA

❖ DIAGNOSTICO DE ENFERMERÍA

4.1 Termorregulación ineficaz r/c

Definición: fluctuaciones de la temperatura entre la hipotermia y la hipertermia

Etiología:

- Estrés por frío
- Hipoglucemia
- Hipoxemia
- Inmadurez del mecanismo de termorregulación

Manifestaciones m/p

Temperatura corporal por debajo de valores normales, tendencia a la hipotermia

Dx. E: Termorregulación ineficaz r/c inmadurez del mecanismo de termorregulación

❖ **PLANIFICACION**

OBJETIVO:

- Mejorar la termorregulación en 2hs.

ACTIVIDADES

Plan observacional:

1. Observar coloración de la piel.
2. Evaluar temperatura cada ½ hora.

Plan terapéutico:

1. Controlar los signos vitales cada 2hs.
2. Administrar medicación según indicación médica.
3. Realizar crioterapia en casos de hipertermia.
4. Permitir que el bebe y la madre se recuperen juntos si fuera posible bajo un calentador o tapando con mantas tibias al neonato.
5. Evitar el baño durante las primeras horas con el fin de evitar el estrés por frío.

Plan Educativo:

1. Educar a la madre y a los familiares sobre el baño del bebe, el agua debe estar a temperatura adecuada.
2. Educar a la madre y los familiares sobre no desabrigar y abrigar en exceso al RN.
3. Educar a la madre sobre la climatización del ambiente no exceder con la estufa y no exagerar con el aire acondicionado.

❖ **DIAGNOSTICO DE ENFERMERÍA**

4.2 Hipertermia r/c

Definición: Elevación de la temperatura corporal por encima de lo normal

Etiología:

- Exposición a medio ambiente cálido
- Actividad vigorosa
- Medicación/anestesia
- Vestimenta inapropiada
- Enfermedad o traumatismo
- Tasa metabólica aumentada
- Deshidratación
- Disminución de la capacidad para transpirar

Manifestaciones m/p

- Aumento de la temperatura corporal por encima del rango normal
- Piel enrojecida, caliente al tacto
- Frecuencia respiratoria aumentada
- Taquicardia
- Convulsiones

Dx. E: Hipertermia r/c proceso infeccioso pulmonar

Dx. E: Hipertermia r/c Exposición excesiva al sol

❖ **PLANIFICACION**

OBJETIVO:

- Disminuir la hipertermia en 2hs.

ACTIVIDADES

Plan observacional:

1. Observar coloración de la piel.
2. Evaluar temperatura cada 2hs.
3. Evaluar el estado de conciencia del usuario.

Plan terapéutico:

1. Controlar los signos vitales cada 2hs.
2. Administrar medicación según indicación médica.
3. Colocar medio físico fríos en casos de hipertermia.

TEXTO DE CONSULTA PARA EL PROCESO DE ATENCION DE ENFERMERIA HOSPITALARIA

4. Aumentar ingesta de líquidos.
5. Proporcionar un ambiente fresco.
6. Realizar baño con agua templada.

Plan Educativo:

1. Educar a la madre y los familiares sobre no desabrigar y abrigar en exceso al RN.
2. Educar a la madre sobre la climatización del ambiente no exceder con la estufa y no exagerar con el aire acondicionado.

Bibliografía

- Christensen., G. y. (1986.). *Proceso de Enfermería, aplicación de teorías, guías y modelos*. México.
- Lefevre, A. (1996). *Aplicacion del Proceso de Enfermeria* . Madrid : Mossby y Doyma libros S.A.
- Lefevre, R. a. (1996). *Aplicacion del Proceso de Enfermeria* . Madrid : Diorki servicios integrales de Edicion .
- Mi Ja Kim, G. M. (1990.). *Diagnóstico de Enfermería*. Bogotá:: McGraw Hill.
- NANDA. Diagnósticos enfermeros. Definiciones y clasificaciones. Barcelona: Elsevier 2005-2006.
- NANDA. Diagnósticos enfermeros. Definiciones y clasificaciones. Barcelona: Elsevier 2008.
- NANDA. (2015-2018). *NANADA INTERNACIONAL* . MADRID : ELSEIVIER.
- NANDA . (2018.2020). *NANDA INTERNACIONAL* . UUEE: ELSEIVIER.
- obra., 2. E. (2000). *PLANES DE CUIDADOS ENFERMEROS*. Mijas-Costa (Málaga): Printed in Spain.
- Rodrigo, M. T. (2014). *Los diagnosticos Enfermeros 8ª edicion* . madrid : elseiveier masson .
- Christensen., G. y. (1986.). *Proceso de Enfermería, aplicación de teorías, guías y modelos*. México.
- Alfaro-Lefevre R. Aplicación del proceso enfermero. Guía práctica. 3ra ed. Barcelona: Doyma; 1996.
- Alfaro-Lefevre R. Aplicación del proceso enfermero. Guía paso a paso. 4ta ed. Barcelona: Springer; 1998.
- Mi Ja Kim, G. M. (1990.). *Diagnóstico de Enfermería*. Bogotá:: McGraw Hill.
- OBRA., 2. E. (2000). *Planes de cuidados enfermeros*. Mijas-Costa (Málaga): Printed in Spain.
- Carpenito LJ. Planes de cuidados y documentación en enfermería. Madrid: Interamericana; 1994

TEXTO DE CONSULTA PARA EL PROCESO DE ATENCION DE ENFERMERIA HOSPITALARIA

Carpenito JL. Manual de diagnósticos de enfermería. Madrid: Interamericana; 1995.

Craft- Rosenberg M, Smith K. Diagnósticos Enfermeros: Aplicaciones y guía para la propuesta de nuevos diagnósticos. 2007- 2008

Fernández Ferrín et. Al Enfermería Fundamental. Barcelona: Massón – Salvat; 1995.

Guillamet Lloveras A, Jerez Hernández JM. Enfermería quirúrgica. Planes de cuidados. Barcelona: Springer; 1999

Henderson V. Principios básicos de los cuidados de enfermería. Ginebra: C.I.E. 1971

Iyer PW, Taptich BJ, Bernocchi-Losey D. Proceso y diagnóstico de enfermería. 2da ed. Madrid: Interamericana; 1994

Iyer PW, Taptich BJ, Bernocchi-Losey D. Proceso y diagnóstico de enfermería. México: Interamericana; 1997

Luis Rodrigo MT, Fernández Ferrín C, Navarro Gómez MV. De la teoría a la práctica. El pensamiento de Virginia Henderson en el siglo XXI. Barcelona: Masson; 1998.

Phaneuf M. Cuidados de enfermería. El proceso de atención de enfermería. Madrid: Interamericana McGraw-Hill; 1993

Potter PA. Guía profesional de enfermería. Valoración física. Madrid: Interamericana; 1991

Potter PA. Fundamentos de enfermería. Volumen I. 5ta ed. Harcourt. Madrid: 1996

Potter PA. Fundamentos de enfermería. 3ra ed. Madrid: Mosby – Doyma; 2002

Potter PA. Fundamentos de enfermería. 5ta ed. Barcelona: Oceano; 2003

Riopelle L et. Al. Cuidados de enfermería. Un proceso centrado en las necesidades de la persona. Madrid: Interamericana McGraw-Hill; 1993.

TEXTO DE CONSULTA PARA EL PROCESO DE ATENCION DE ENFERMERIA HOSPITALARIA

Rodríguez Ponce C. Proyecto para la obtención de plaza de profesor titular del Departamento de enfermería. Documento sin publicar. Málaga: Universidad de Málaga; 1998.

INSTRUCTIVO

1. Anotar el Número de Cédula de Identidad del/la paciente en el encabezado en el extremo izquierdo superior
2. Anotar el nombre completo del/la paciente con letra clara y legible.
3. Anotar la edad del/la paciente en número y letra.
4. Anotar el sexo del/la paciente.
5. Anotar el servicio en el cual está internado el/la paciente.
6. Anotar la sala en cual se encuentra internado el/la paciente.
7. Anotar el número de cama del/la paciente
8. Anotar fecha y hora, en el momento de realizar cualquier acción de proceso.
9. **Valoración:** registrar el estado físico y emocional del/la paciente, identificado a través de preguntas, revisión de estudios o análisis, observaciones y exámenes físicos. Ej: valorar las condiciones físicas de la piel para adecuar el arreglo de la cama a fin de evitar escaras.
10. **Diagnóstico:** describir el problema identificado en la valoración desde el punto de vista de enfermería. Ej: falta de higiene, no tiene familiares, insolvente, necesita atención rápida del profesional médico.
11. **Planificación y Firma:** determinar los cuidados de enfermería a través de la priorización de las necesidades, así como: apoyo emocional, seguridad, amor, contactar con familiares, o entidades para su ayuda, higiene, dar informaciones suficientes para su tranquilidad, brindarle comodidad, bienestar para descanso y sueño y asignar al personal que las debe ejecutar según capacitación y disponibilidad.
12. **Ejecución y Firma:** registrar correctamente las actividades y tareas de enfermería llevadas a cabo y firmar.
13. **Evaluación y Firma:** controlar la entrega de cada turno el cumplimiento de las tareas y el estado de evolución en enfermería del/la paciente y firmar, luego se da seguimiento en el siguiente turno.

OBSERVACIÓN: TODAS LAS ACTIVIDADES DE ENFERMERÍA DEBEN SER REGISTRADAS, EN FORMA CLARA, CONCISA Y PRECISA.

MINISTERIO DE SALUD PÚBLICA Y BIENESTAR SOCIAL
DIRECCIÓN GENERAL DE INFORMACIÓN ESTRATÉGICA EN SALUD - DIGIES
Dirección de Bioestadística
PROCESO DE ATENCION EN ENFERMERIA

Nombre y Apellido: *Edad:* *Sexo:* *Servicio:* *Sala:* *N° de Cama:*

FECHA Y HORA	VALORACIÓN	DIAGNÓSTICO	PLANIFICACIÓN	EJECUCIÓN	EVALUACIÓN	FIRMA Y SELLO
Mañana						
Tarde						
Noche						

TEXTO DE CONSULTA PARA EL PROCESO DE ATENCION DE ENFERMERIA HOSPITALARIA

HC004

Doc. Identidad N°:

**MINISTERIO DE SALUD PÚBLICA Y BIENESTAR SOCIAL
DIRECCIÓN GENERAL DE INFORMACIÓN ESTRATÉGICA EN SALUD - DIGIES
Dirección de Bioestadística**

INSTITUCIÓN: _____													
REGISTRO DE ENFERMERIA													
Nombre y Apellido: _____										Fecha: _____			
Edad:					Servicio:				Cama:				
C.I. N°:	Talla:				Grupo Sanguíneo:								
Hora	7	9	11	13	15	17	19	21	23	2	5	OBS:	
PA													
FC													
FR													
TAX													
PESO													
G R A F I C O D E T E M P E R A T U R A	40												
	39												
	38												
	37												
	36												
	35												
INGRESOS	HORAS							05 a 11	11 a 17	17 a 23 Hs.	23 a 05Hs.	FIRMA	
	Hidratación Parenteral												
	Plasma												
	Sangre												
	Medicamentos												
	Líquidos V.O												
	S.N.G												
EGRESOS	Alimentación Enteral												
	Otros:												
	Diuresis												
	Residuos Gástricos												
	Heces												
	Extracción de Sangre												
BALANCE	Vómitos												
	Drenajes												
	Pérdida Insensible												
PROCEDIMIENTOS Y TRATAMIENTO	Ingresos												
	Egresos												
	Balance Positivo o Negativo												
	Aspiración bucal o traqueal												
	H.G.T												
	Oxígeno por máscara o canula nasal												
OTRAS VALORACIONES	Nebulización												
	Alimentación												
	Movilización												
	Higiene												
OTRAS VALORACIONES	Cateter Venoso Central o Periférico												
	S.N.G												
	Sonda Vesical												
	Drenajes												

"VALORACIÓN INICIAL DE ENFERMERÍA"

DATOS DEL USUARIO/A		ENFERMERO/A	
Nombre y Apellido: _____		Nombre y Apellido: _____	
Edad: _____		Servicio: _____	
Fecha de Nacimiento: _____		Fecha: _____	
Procedencia		Reg.Prof. N°: _____	
Distrito: _____	Dpto: _____		
Dirección: _____			
Motivo de Ingreso: _____			
Diagnóstico médico: _____			

VALORACIÓN SEGÚN LAS NECESIDADES DE VIRGINIA HENDERSON

1. NECESIDAD DE OXIGENACIÓN

Sistema respiratorio

- sin alteración observada
- disnea de esfuerzo
- disnea de reposo
- tos seca
- tos productiva

Sistema circulatorio

- sin alteraciones observadas
- palpitaciones
- entumecimiento
- extremidades frías
- edema
- dolor precordial
- marcapasos

Observaciones _____

2. NECESIDAD DE NUTRICIÓN

- sin alteración observada

Dificultad

- | | | | |
|--|--|--|---|
| <input type="checkbox"/> para la masticación | <input type="checkbox"/> sonda | <input type="checkbox"/> por exceso | <input type="checkbox"/> por defecto |
| <input type="checkbox"/> para la deglución | <input type="checkbox"/> vómitos | <input type="checkbox"/> nutrición enteral | <input type="checkbox"/> dieta especial |
| <input type="checkbox"/> náuseas | <input type="checkbox"/> alteración del peso | <input type="checkbox"/> nutrición parenteral | |
| <input type="checkbox"/> prótesis | <input type="checkbox"/> necesita ayuda | <input type="checkbox"/> intolerancia a la ingesta | |

Observaciones _____

3. NECESIDAD DE ELIMINACIÓN

Urinario

- sin alteración observada
- incontinencia siempre ocasional
- retención
- disuria
- coluria
- hematuria
- sonda vesical tipo _____ -n° _____

Intestinal

- sin alteración observada
- frecuente
- estreñimiento
- diarrea
- rectorragia
- incontinencia siempre ocasional
- ostomía se autocura
- acolia
- melena
- necesita ayuda

Menstruación

tipo: _____

flujo: _____

cantidad: _____

Observaciones _____

4. NECESIDAD DE MOVILIZACIÓN

Actividad/movilidad

- completamente independiente
- dependiente
- requiere el uso de un equipo o dispositivo
- requiere de otra persona y de un dispositivo o equipo
- requiere de otra persona para ayuda, supervisión o enseñanza

Estado de conciencia

- consciente
- desorientado
- inconsciente comatoso
- letárgico
- temporal
- espacial

Observaciones _____

VALORACIÓN SEGÚN LAS NECESIDADES DE VIRGINIA HENDERSON

Pag.3

13. NECESIDAD DE OCIO

lectura televisión manualidades deporte

OTROS _____

14. NECESIDAD DE APRENDIZAJE

conoce el motivo del ingreso si no
necesita información específica si no

Observaciones _____

Problemas cronicos de salud: _____

Medicación habitual: _____

OTRAS OBSERVACIONES DE ENFERMERÍA EN EL MOMENTO DE LA VALORACIÓN

.....
Firma y sello del profesional



Poder Ejecutivo
Ministerio de Salud Pública y Bienestar Social
Resolución S.G. N° 527

POR LA CUAL SE CREA EL EXPEDIENTE CLÍNICO A SER UTILIZADO EN LA GESTIÓN DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS DE SALUD; SE APRUEBA EL FORMATO UNICO Y EL MANUAL DE NORMAS Y PROCEDIMIENTOS; Y SE DISPONE SU IMPLEMENTACION OBLIGATORIA EN TODOS LOS ESTABLECIMIENTOS DE SALUD, PÚBLICOS Y PRIVADOS, DEL PAÍS.

Asunción, 5 de agosto de 2010

VISTO:

El Memorándum N° 041/2010, registrado como expediente SIMESE N° 6130, por medio del cual la Dirección General de Información Estratégica en Salud - DIGIES, dependiente del Ministerio de Salud Pública y Bienestar Social, presenta la propuesta de Expediente Clínico (EC), que es el producto de un proceso de revisión de los diferentes formatos de las historias clínicas utilizadas actualmente en los establecimientos de salud del país, y que ha sido elaborado con la participación de todas las entidades del sector representadas en el Comité Nacional de Expediente Clínico; y

CONSIDERANDO:

Que es conveniente consolidar en un formato único el registro de los datos recabados en el acto médico, a efectos de adecuarlo a las tendencias actuales.

Que el uso unificado del formato del Expediente Clínico posibilitará tener disponible la información generada a través del acto médico, y constituirá un registro completo de la atención prestada al/a la usuario/a; con lo cual se impedirá la duplicación del número identificatorio, evitando de esa forma que si el interesado no recuerda la identificación, se le deba asignar un nuevo Expediente Clínico en el mismo establecimiento de salud, lo que provocaría un sensible perjuicio a la atención médica, ya que el profesional desconocería todos los antecedentes del paciente. Esta situación se agravaría seriamente si resultara necesaria la atención en diferentes establecimientos, y si las patologías tratadas fueran de gran trascendencia médica o social.

Que la exigencia legal de preservar y garantizar la confidencialidad de los datos contenidos en el expediente clínico, obliga a establecer mecanismos efectivos para la guarda y conservación de los documentos.

Que es necesario establecer procedimientos que hagan exigible el uso de un modelo uniforme, determinado por la autoridad competente. De este modo, se tenderá a universalizar la historia clínica, facilitando su intercambio entre diferentes establecimientos y profesionales, a partir de su formato similar. Para ese efecto, se adoptará la nomenclatura internacional de patologías, elaborada y permanentemente actualizada por la Organización Mundial de la Salud.

Que, en concordancia con lo preceptuado por la Constitución Nacional en los Artículos 240 y 242, la Ley N° 836/80, del Código Sanitario, Artículos 3° y 4°, respectivamente, establece que el Ministerio de Salud Pública y Bienestar Social es la más alta dependencia del Estado competente en materia de salud y aspectos fundamentales del bienestar social; y que la autoridad de salud es ejercida por el Ministro, con la responsabilidad y atribuciones de cumplir y hacer cumplir las disposiciones vigentes en dicha área.

"Escudo de la Independencia Nacional: 1811 - 2011"



Poder Ejecutivo
Ministerio de Salud Pública y Bienestar Social
Resolución S.G. N° 527

5 de agosto de 2010
Hoja N° 2

**LA MINISTRA DE SALUD PÚBLICA Y BIENESTAR SOCIAL
RESUELVE:**

- Artículo 1°.** Establecer la creación del Expediente Clínico a ser utilizado en la gestión de prestación de servicios de salud, cuyo formato es parte de la presente Resolución, como Anexo I.
- Artículo 2°.** Disponer la implementación y uso obligatorio en los establecimientos de salud, públicos y privados, de todo el país, del Expediente Clínico creado en el Artículo precedente, que comprende principalmente la Ficha y la Historia Clínica en formato estandarizado; el cual tendrá por objeto reunir de modo centralizado la información sobre los actos médicos y las patologías que establezca la reglamentación pertinente.
- Artículo 3°.** Encomendar a la Dirección General de Información Estratégica en Salud (DIGIES-SINAIS) del Ministerio de Salud Pública y Bienestar Social, el seguimiento a la implementación del Expediente Clínico Estandarizado en los establecimientos de salud, así como la elaboración de estadísticas sanitarias que permitan mejorar la calidad de la atención de la salud pública.
- Artículo 4°.** Disponer que la totalidad de la información obrante en el Expediente Clínico reciba un tratamiento que asegure el respeto absoluto a la privacidad de los datos correspondientes a los pacientes.
- Artículo 5°.** Determinar que el Expediente Clínico constará de los siguientes componentes:
- A. Documentos básicos:**
- A.1. Ficha Clínica
 - A.2. Historia Clínica y sus principales anexos:
 - 1. Declaración de consentimiento informado
 - 2. Hoja de Evolución
 - 3. Hoja de Indicaciones Médicas
 - 4. Gráfico de Temperatura
 - 5. Registro de Enfermería
 - 6. Proceso de Atención en Enfermería
 - 7. Informes de medios de Diagnósticos
 - 8. Otros documentos que se irán incorporando conforme a las necesidades de los servicios, previa aprobación por el Comité Nacional del Expediente Clínico, a propuesta de la DIGIES.
- B. Documentos específicos:** Aquellos que son incorporados por afectar a cada Especialidad