
UMSNH

ESCUELA DE LICENCIATURA EN ENFERMERÍA

QUE PARA OBTENER EL TÍTULO DE:
LICENCIADO EN ENFERMERÍA

“GRADO DE CUMPLIMIENTO Y FACTORES QUE INTERVIENEN PARA QUE NO
SE REALIZE CORRECTAMENTE EL PROCESO DE ENFERMERÍA, EN EL
HOSPITAL INFANTIL DE MORELIA., MICH “EVA SÁMANO DE LÓPEZ
MATEOS”

PROCESO DE ENFERMERÍA

PRESENTA:

Martha Cervantes Campos.

ASESORA:

L.E.O. Ma. Lilia Alicia Alcántar Zavala.

AGRADECIMIENTO

Agradezco a Dios por permitirme vivir y lograr terminar un eslabón más en mi carrera, por los padres que me presto pues sin su apoyo esto no hubiera sido posible.

Doy gracias a mis padres por darme su apoyo moral y económico y por confiar en mí. Por haberme dado la mejor herencia que se le puede dar a un hijo “mis estudios profesionales”.

Gracias a mi mamá por que se que en sus oraciones siempre estuve y estoy presente.

Gracias a mi asesora y profesores por el tiempo dedicado, sus sugerencias y consejos para ser mejor en mi vida profesional.

Gracias a mis compañeros de generación por estar conmigo y escucharme, sobre todo a mi amiga Simona por que siempre me contagio con su optimismo y ganas de estudiar.

DEDICATORIA

Con amor, cariño y esfuerzo realizado para cada integrante de mi familia, por el apoyo incondicional. En especial a mi papá por su apoyo desinteresado.

CONTENIDO

- I. INTRODUCCIÓN.
- II. JUSTIFICACIÓN.
- III. OBJETIVOS.
- IV. METODOLOGÍA.
- V. MARCO TEÓRICO.
 - 5.1 PROCESO DE ENFERMERÍA.
 - 5.2 ETAPAS DEL PROCESO DE ENFERMERÍA.
 - 5.2.1 ETAPA DE VALORACIÓN.
 - 5.2.2 ETAPA DE DIAGNÓSTICO.
 - 5.2.3 ETAPA DE PLANEACIÓN
 - 5.2.4 ETAPA DE EJECUCIÓN.
 - 5.2.5 ETAPA DE EVALUACIÓN.
- VI. RESULTADOS.
- VII. CONCLUSIONES.
- VIII. SUGERENCIAS.
- IX. BIBLIOGRAFÍA.
- X. GLOSARIO DE TÉRMINOS.
- XI. ANEXOS.

I. INTRODUCCIÓN

Uno de los mayores retos que en la actualidad tiene la profesión de enfermería para encontrar y consolidar la identidad profesional es el de identificar qué es lo que hace, cómo y para quién lo hace y por qué son necesarios sus servicios.

En nuestro país al igual que en otras partes del mundo la enfermería lucha por consolidarse como una disciplina científica, haciendo este su principal objetivo. Para lograrlo se requiere que el personal de enfermería se concientice sobre la necesidad que hoy en día existe de trabajar no solo de una forma empírica, sino que nuestras intervenciones hacia el usuario, familia y comunidad estén fundamentadas de una forma racional, lógica y sistemática, convirtiéndose el proceso de enfermería en una vía que nos permita lograrlo.

El proceso de Enfermería es el método del cuidado que tiene como meta identificar las necesidades de cuidados actuales y potenciales para la salud del paciente, con la finalidad de establecer los planes de acción que permitan intervenir en la satisfacción de las mismas.

Como todo método, el Proceso de Enfermería configura un número de pasos sucesivos que se relacionan entre sí y son ininterrumpidos puesto que esto implica una actuación constante para poder determinar y cubrir los requerimientos del paciente, no solo desde una dimensión física y biológica, sino también desde la perspectiva psicológica, social, cultural y espiritual; dicho proceso consta de cinco etapas: valoración, diagnóstico, planeación, ejecución y evaluación de las cuales se hace una revisión exhaustiva por el presente trabajo.

ETAPA DE VALORACIÓN: Es la primera etapa del proceso y consiste en la recolección y organización de los datos que conciernen a la persona, familia y entorno. Son la base para las decisiones y actuaciones posteriores.

ETAPA DE DIAGNÓSTICO DE ENFERMERÍA: Es el juicio o conclusión que se produce como resultado de la valoración de la enfermera (o)., identificándose también, en esta etapa, los problemas interdependientes.

Proceso de Enfermería

ETAPA DE PLANEACIÓN: Se desarrollan estrategias para prevenir, minimizar o corregir los problemas del paciente así como para promocionar la salud.

ETAPA DE EJECUCIÓN: Es la realización o puesta en práctica de los cuidados programados.

ETAPA DE EVALUACIÓN: Corresponde a una actividad continua mediante la cual se determina hasta qué punto se han alcanzado los objetivos propuestos previamente y los resultados del plan de cuidados.

El presente trabajo de investigación permitió detectar el grado de cumplimiento y factores que intervienen para que no se realice correctamente el proceso de enfermería en el Hospital Infantil de Morelia Michoacán por parte del personal de enfermería. Se conforma del marco teórico, objetivos del planteamiento del problema, así como de la metodología específica con la cual se desarrollo este estudio. Posteriormente se implementan resultados y conclusiones, sin olvidar las sugerencias de enfermería considerando su viabilidad para la resolución del problema y finalmente se integró la bibliografía consultada y como anexos los diagnósticos de enfermería aprobados por la NANDA y el cuestionario aplicado.

II. JUSTIFICACIÓN

A lo largo del tiempo, la carrera de Enfermería, se ha enfrentado a grandes retos, que sin duda poco a poco, se ha visto la necesidad de incursionar en el área de la investigación. Uno de estos retos es el Proceso de Enfermería, con el cual se pretende mejorar la calidad de atención que brinda el personal de Enfermería, para beneficio del paciente, y así mismo de la Enfermera (o), pues lo que esta pretende es que su esfuerzo y trabajo sea valorado y reconocido, siendo el Proceso de Enfermería una estrategia para lograr su objetivo. Es por eso que surgió la idea de investigar, cuales son los factores que intervienen para que no se realice correctamente el Proceso de Enfermería.

PROCESO DE ENFERMERÍA

PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

“SE DESCONOCE EL GRADO DE CUMPLIMIENTO Y FACTORES QUE INTERVIENEN PARA QUE NO SE APLIQUE CORRECTAMENTE EL PROCESO DE ENFERMERÍA EN EL HOSPITAL INFANTIL DE MORELIA”

III. OBJETIVOS

GENERAL:

- Evaluar la aplicación del Proceso de Enfermería en el Hospital Infantil de Morelia.

ESPECÍFICOS:

- Verificar si el personal de Enfermería del Hospital Infantil de Morelia, está actualizado en el Proceso de Enfermería.
- Identificar el grado de cumplimiento del Proceso de Enfermería en el Hospital Infantil de Morelia.
- Detectar factores que dificultan la correcta aplicación del Proceso de Enfermería en el Hospital Infantil de Morelia.

IV. METODOLOGÍA

MATERIAL Y MÉTODOS:

Se solicitó a 120 Enfermeras responder a un cuestionario, con variables sobre Proceso de Enfermería. Se tuvo respuesta favorable únicamente en 75 enfermeras.

La información se procesó en el programa informático SPSS en el cual se trabajó con números absolutos y porcentajes.

TIPO DE ESTUDIO

El diseño de la investigación fue de tipo transversal y observacional.

VARIABLES

INDEPENDIENTES: Proceso de Enfermería

DEPENDIENTES: Categoría, turno, conocimiento del proceso de enfermería, pasos del proceso (valoración, diagnóstico, planeación, ejecución, evaluación).

CRITERIOS

INCLUSIÓN: Enfermeras de los tres turnos que laboran en el Hospital Infantil de Morelia.

NO INCLUSIÓN: Personal del área de la salud que labora en el Hospital Infantil de Morelia, que no sea de Enfermería.

EXCLUSIÓN: Enfermeras (o) del Hospital Infantil que rehúsen en contestar la encuesta y los cuestionarios incompletos.

FUENTES DE INFORMACIÓN

- Libros.
- Internet
- Diccionario
- Encuesta directa

INSTRUMENTO DE TRABAJO

El Instrumento de trabajo para la recolección de datos fue por medio de un cuestionario realizado para recabar el fin deseado.

Proceso de Enfermería

RECURSOS HUMANOS

- Personal de Enfermería que labora en el Hospital Infantil de Morelia.
- Una responsable de la investigación.
- Una asesora

RECURSOS MATERIALES

- Hojas de maquina
- Plumas
- Equipo de cómputo personalizado trabajando dentro de los programas de Microsoft Word, Excel, Power Point, SPSS. y una impresora.

V. MARCO TEÓRICO

EL PROCESO DE ENFERMERÍA

El proceso de enfermería es el método Enfermero de intervención que permite tras el análisis de un caso –paciente- concreto, crear unas condiciones adecuadas y eficientes con la finalidad de obtener el estado deseado; en palabras de Alfaro, “Es un método sistemático de brindar cuidados humanísticos centrados en el logro de objetivos de forma eficiente”.

Queda de todo punto explicitado que se trata de un procedimiento metódico de intervención práctica; ello conlleva la aplicación de acciones prácticas -*cuidados de enfermería*- con un fin práctico e inmediato, sin aspiraciones supremas hacia una explicación o predicción.

Una vez señalado qué se debe entender por proceso de enfermería, es preciso introducirnos en él de forma más específica, a fin de completar dicha definición. En este sentido, las funciones que cumple el proceso servirán para su mejor comprensión. De este modo, las funciones del proceso de enfermería se han clasificado en dos apartados: de una parte, las funciones que cumple por las instituciones en las que se desarrolla la actividad enfermera, y de otra, las funciones que cumple para el propio sujeto que se servirá de dicho método de intervención durante el desarrollo de su profesión, esto es, para el profesional de enfermería:

FUNCIONES DEL PROCESO DE ENFERMERÍA PARA LAS INSTITUCIONES

Simbólica, que trata de generar respuestas a las deficiencias percibidas por la organización. Desempeña esta función de símbolo en torno a la cual se dan respuestas a los problemas detectados; por tanto su existencia es garantía de que se poseen los instrumentos pertinentes para solucionar dificultades.

Propagandística, debe servir como señal de identidad de la propia profesión con la que trata de acreditar su servicio y obtener su reconocimiento. Es en suma, la imagen de los profesionales de enfermería que se da a la sociedad en general.

Racionalidad, es un instrumento para analizar e interpretar las propias prácticas y su historia desde una perspectiva de científicidad.

Proceso de Enfermería

Política, en la medida en que crea un marco organizativo para la toma de decisiones sobre cuestiones que afectan a muchos ciudadanos.

FUNCIONES DEL PROCESO DE ENFERMERÍA PARA EL PROFESIONAL DE ENFERMERÍA

Satisfacer, ciertas necesidades personales inmediatas, como las de reducir la incertidumbre y la ansiedad.

Lograr, un sentimiento de control, seguridad y confianza en las decisiones y acciones a realizar.

Ayudar, a la formación continua del profesional, da la necesidad de reordenar y aprender nuevos conocimientos que pueden ser requeridos ante nuevos casos.

Ordenar los medios y recursos, tanto cognoscitivos como materiales, de los que se dispone para la actuación enfermera.

Organizar el tiempo que se dispone para conseguir los fines propuestos.

Preparar las actividades que se pondrán en marcha.

Facilitar el recuerdo de los objetivos y actividades propuestos para el desarrollo de la actividad enfermera.

Organizar la relación y preparación del paciente para la intervención enfermera.

Modificar el plan de actuación a fin de adecuarlo a las circunstancias particulares que encontramos en cada situación de cuidados.

Cumplir los requisitos administrativos.

Facilitar la tarea del equipo de enfermería, como en el caso de los turnos de veinticuatro horas, así como la continuidad de la intervención iniciada por un profesional de enfermería, en caso de baja del mismo, o por traslado del paciente a otra unidad o centro, siendo un medio de comunicación entre los profesionales de enfermería, lo que permite mejorar las actuaciones de distintos profesionales sobre los mismos pacientes.

Finalmente, se ha de considerar un hecho de vital importancia para la correcta aplicación del proceso de enfermería, nos estamos refiriendo al Modelo Teórico elegido como marco conceptual en torno al cual se fundamentará como análisis que se haga de toda la situación que rodea a la intervención enfermera. Así pues el modelo elegido determinará los fenómenos que debemos valorar y el modo en que debemos entender sus relaciones, de

Proceso de Enfermería

modo que podamos extraer un juicio consistente con los postulados propuestos por dicho marco o esquema conceptual.

Sin embargo, el uso de un modelo teórico determinado no debe ser arbitrario, sino que el profesional que opte por utilizar uno de forma concreta debe conocerlo en profundidad, con el fin de no cometer errores en su aplicación en la práctica enfermera. Una utilización coherente y bien fundamentada, según el contexto en que el profesional desarrolló su trabajo, revertirá en beneficio tanto del paciente sobre el que actúe, como del profesional que lo utiliza, sin olvidar que esta contribuyendo a la validación del propio modelo del que se sirva. Pudiendo, incluso, surgir de su aplicación posibles inconsistencias del modelo que puedan suponer posteriores “problemas de investigación”. Así pues, con la aplicación del proceso de enfermería se está colaborando en la determinación del marco o marcos conceptuales más adecuados para el futuro de la enfermería.

La finalidad última del proceso de enfermería es, mantener el nivel óptimo de bienestar del paciente, y si dicho nivel decae, proporcionarle la cantidad de cuidados necesarios para restituirlo, y en caso de que no pudiera lograrse el bienestar del paciente, el proceso debe contribuir a proporcionarle una calidad de vida tan elevada, como se pueda con el mayor tiempo posible. Así pues para una mejor aproximación y aplicación de este método de intervención utilizado en la práctica enfermera, el proceso de enfermería se divide en cinco etapas: valoración, Diagnóstico, planeación, ejecución y evaluación.

CARACTERÍSTICAS:

Es un *método* porque es una serie de pasos mentales a seguir por la enfermera (o), que le permiten organizar su trabajo y solucionar problemas relacionados con la salud de los usuarios, lo que posibilita la continuidad en el otorgamiento de los cuidados; por tal motivo se compara con las etapas del método de solución de problemas y del método científico.

Es *sistemático* por estar conformado de cinco etapas que obedecen a un orden lógico y conducen al logro de resultados (valoración, diagnóstico, planeación, ejecución y evaluación).

Proceso de Enfermería

Es *humanista* por considerar al hombre como un ser holístico (total e integrado) que es más que las sumas de sus partes y que no se debe fraccionar.

Es *intencionado* por que se centra en el logro de objetivos, permitiendo guiar las acciones para resolver las causas del problema o disminuir los factores de riesgo; al mismo tiempo que valora los recursos (capacidades), el desempeño del usuario y el de la propia enfermera (o).

Es *dinámico* por estar sometido a constantes cambios que obedecen a la naturaleza propia del hombre.

Es *flexible* porque puede aplicarse a los diversos contextos de la práctica de enfermería y

Es *interactivo* por requerir de la interrelación humano-humano con el (los) usuario(s) para acordar y lograr objetivos comunes.

REFERENTES HISTÓRICOS DEL PROCESO DE ENFERMERÍA

EL termino Proceso de Enfermería fue introducido por primera vez por Lydia Hall en 1955. Durante finales de los años 50 y principios de los 60, Dorothy Jonson (1959), Ida Orlando (1961) y Ernestina Wiedenbach (1963) introdujeron un modelo de Proceso de Enfermería que constaba de tres pasos. En 1966, Virginia Henderson identificó las acciones de Enfermería básicas como funciones independientes y afirmó que el proceso de Enfermería utiliza los mismos pasos del método científico. En 1967, Lois Knowles presentó un modelo de proceso que llamo las cinco D: Descubrir (discover), Investigar (delve), Decidir (decide), Hacer (do) y Distinguir (discriminate). En 1967, la Western Interstate Comisión of Higher Education (WICHE) y la Catholic University of America, estudiaron el Proceso de Enfermería. La WICHE, elaboró una lista de los pasos del proceso, como percepción y comunicación, interpretación, actuación (o intervención) y evaluación. El profesorado de la Catholic University of America dividió el Proceso de Enfermería en cuatro fases: Valoración, Planificación, Interpretación, actuación y evaluación.

Proceso de Enfermería

En 1969, Dolores Little y Doris Carnevali utilizaron un proceso de cuatro pasos que combinaba la valoración de la salud y la denominación del problema en el primer paso. En 1973, Kristine Gebbie y Mary Ann Lavin de la St. Louis University School of Nursing, iniciaron conferencias nacionales sobre la clasificación de los diagnósticos de Enfermería, además educadores de Enfermería y clínicos comenzaron a utilizar el modelo del proceso de cinco pasos de forma habitual. Desde 1973, han tenido lugar conferencias sobre la clasificación de los diagnósticos de Enfermería cada 2 años.

A mediados de la década de los años 70, Blach (1974), Roy (1975), Mundinger y Jauron (1975) y Aspinall (1976) añadieron la fase diagnóstica, dando lugar al proceso de cinco fases. (Iyer 1997: 9).

En 1982, se revisaron los exámenes del tribunal estatal profesional (NCLEX) para incluir al Proceso de Enfermería como uno de los conceptos sobre organización necesarios para la práctica competente de Enfermería.

La Joint Comisión on Accreditation of Health Care Organizations (JCAHO) continúa exigiendo el Proceso de Enfermería como medio de documentación de todas las fases de cuidados del paciente (JCAHO, 1994). El Proceso de Enfermería continúa siendo incorporado a las políticas y prácticas de acreditados Hospitales.

Así en muchos países, la aplicación del proceso es un requisito para el ejercicio de la enfermería profesional; en el nuestro, cada día adquiere mayor relevancia en la formación de enfermeras (os) y en su aplicación durante la práctica; sin embargo todavía nos falta camino por recorrer en este terreno, el cual resulta desconocido para muchas compañeras (os) aun en nuestros días.

LA OMS Y EL PROCESO DE ENFERMERÍA

La definición dada por la Organización Mundial de la Salud resume las características del proceso de Enfermería, resaltando que muchas de las características mencionadas cuentan con actividades intelectuales, una eficaz resolución de problemas y la toma de decisiones. Todo ello contribuye a la valoración, planificación, implementación y evaluación de los cuidados de un modo sistemático. La definición dada por la OMS (1977) declara:

“El Proceso de Enfermería es un termino que se aplica a un sistema de intervenciones propias de Enfermería sobre la salud de los individuos, las familias, las comunidades, o ambos. Implica pormenorizar el uso de métodos científicos para la identificación de las necesidades de salud del paciente/cliente/familia o de la comunidad, así como su utilización para escoger aquellas que se pueden cubrir con mayor eficacia al proporcionar cuidados de Enfermería; incluye también la planificación para cubrir estas necesidades, la administración de unos cuidados y la evaluación de los resultados. La/el enfermera/o, en colaboración con otros miembros del equipo de salud y con el individuo o grupos a los que se atiende, define los objetivos, fija las prioridades, identifica los cuidados que hay que proporcionar y moviliza recursos. Entonces, el/ella proporciona unos servicios de enfermería directa o indirectamente. Con posterioridad, el/ella evalúa los resultados. La información recibida de la evaluación de los resultados debería ser el inicio de las modificaciones deseables en las intervenciones posteriores y en similares de cuidados de Enfermería. De este modo, la Enfermería se convierte en un proceso dinámico, que se presta a adaptación y mejoría.”

De ello se deduce que cualquier proceso sugiere que existe un objetivo identificable y un sistema para organizarlo y alcanzarlo. Entre las características claves del proceso se incluyen también la inspiración, la creatividad y la productividad. La suma de habilidades técnicas de toma de decisión que poseen estas características, junto con las actividades de cuidados, es fundamental para el propósito del Proceso de Enfermería.

Si esto se aplica a Enfermería resulta evidente que las/os Enfermeras/os tienen capacidad para tomar decisiones creativas y originales, basándose en la aplicación de unos buenos conocimientos y habilidades las diferentes situaciones de cuidados.

TEORÍA Y PRÁCTICA DE ENFERMERÍA

Chinn y Jacobs(1983) definen la teoría como “una abstracción sistemática de la realidad que sirve para algún propósito y que describe, controla y predice los acontecimientos que conciernen a la disciplina en particular”. A la luz de esto, la teoría de Enfermería podría contribuir hacia la aclaración de ambigüedades al mostrar lo que esta pasando y sirviendo como predictor de las acciones de la misma.

Los profesionales de Enfermería poseen una serie de teorías personalizadas, que se demuestra por los distintos enfoques que alguna vez se dan en la práctica. Ocurre en el caso de la prevención y tratamiento de las úlceras por compresión, la administración de cuidados bucales y en la información preoperatorio.

Las enfermeras pueden ver con suspicacia la presencia de una teoría formal ya que son pocas las enfermeras cualificadas que ejercen en la práctica. La importancia de la teoría para la práctica tiene que servir de apoyo a la misma. Es de gran importancia para reconocer su aplicabilidad.

Entonces, es necesario estimular el desarrollo de una teoría inductiva, es decir, el desarrollo de una teoría a partir del estudio y examen de la práctica de enfermería. Estudios realizados durante las décadas de los sesenta y setenta demostraron la atención prestada a las funciones de Enfermería, a los problemas de determinados clientes y a cuestiones realizadas con el papel de la Enfermera (o). Durante este periodo surgieron importantes estudios de la práctica; destacan, por ejemplo, el trabajo realizado por Hayward (1975) sobre el grado del dolor y la información dada, y el trabajo de Norton et al (1962) sobre la valoración y prevención de las áreas de presión en ancianos.

Parece ser que a pesar de existir una teoría disponible, puede subestimarse. Algunas (os) Enfermeras (os) no consiguen utilizar los hallazgos de la investigación por que no comprenden el lenguaje técnico. Ello sugiere que, si los conocimientos que poseen sobre el tema son pocos, las Enfermeras no podrán reconocer ningún valor relacionado con su práctica que destaque un defecto importante en el conocimiento basado en la experiencia. De forma similar, las Enfermeras pueden dudar de la aplicabilidad de la teoría si no consiguen identificarse con ella y no tienen acceso a la misma. Se han examinado los

Proceso de Enfermería

conocimientos de Enfermería, el desarrollo de una teoría y la utilización de la misma. No existe duda de que el valor que se da a la aplicación de la teoría en la práctica ha sido variable. Persiste el hecho de que la teoría de Enfermería depende no solo de los conocimientos compartidos con otras disciplinas, si no también de la capacidad de la Enfermera (o) de identificarse con la misma, de crearla y utilizarla. No obstante, que su aplicación no llegue a comprenderse del todo hasta que las (os) Enfermeras (os) valoren el significado y el propósito de la valoración, de la planificación implementada, ejecución y evaluación de los cuidados.

Es un gran reto, y como afirma Fawcett (1980) “ha llegado el momento de validar el conocimiento con la investigación como un determinante principal de la práctica de Enfermería. Solo cuando se comprenda este objetivo, la Enfermería será capaz de declararse independiente”.

LA SELECCIÓN DE UN MODELO DE ENFERMERÍA

La selección de un modelo de Enfermería y de un enfoque del cuidado de la misma puede seguir una o dos perspectivas generales. La selección, puede estar influenciada por las necesidades individuales del paciente. Se puede escoger siguiendo una valoración completa y una comprensión de las prioridades de los cuidados.

De forma alternativa, la selección puede depender de un criterio más amplio, que tome en consideración no solo las necesidades de un grupo más amplio de pacientes, sino también factores asociados con el equipo de cuidados de la salud, el entorno de los mismos y a los recursos. Eso resulta pertinente cuando el entorno clínico se utiliza para la educación básica o pos-básica, y donde se utiliza un modelo, facilitando un buen cuidado además de una comunicación verbal y no verbal eficaz entre el personal.

IMPORTANCIA DEL PROCESO DE ENFERMERÍA

Cuando se emplea como instrumento en la práctica de Enfermería el proceso puede ayudar a asegurar la calidad en los cuidados del paciente, si no se aplica este método científico para el cuidado del paciente, pronto ocurrirán omisiones y duplicaciones. Un plan de atención de Enfermería ayuda a reducir estos problemas al utilizarse como guía para proporcionar cuidados a un paciente en particular. Al igual que el médico, el cual planea cuidados durante el tratamiento para asegurar un tratamiento consistente y responsable.

La Enfermera utiliza el Proceso de Enfermería para planear cuidados y asegurar un control consistente y responsable de los problemas del paciente.

VENTAJAS PARA LA ENFERMERA (O):

1. **Graduación en una escuela de Enfermería acreditada:** la National League For Nursing es la organización que se responsabiliza en acreditar los programas de enseñanza en enfermería y requiere que las estudiantes tengan aptitudes básicas en el uso del proceso una vez graduadas.
2. **Confianza.** Los planes que resultan de la aplicación del proceso permiten al equipo de Enfermería conocer de manera específica, que objetivos son importantes para el paciente, como y cuando pueden alcanzarse mejor.
3. **Satisfacción en el trabajo:** Los planes de atención, bien desarrollados pueden ahorrar tiempo, energía y frustración, esta última se genera por ensayo-error por parte de los miembros del equipo y estudiantes cuyos esfuerzos parecen mantenerse incoordinados. La coordinación en la atención del paciente a través de un plan aumenta de manera importante la oportunidad para lograr la solución de los problemas de salud. La Enfermera y estudiante deben de sentir una sensación de logro y orgullo profesional cuando se alcanzan los objetivos establecidos.
4. **Crecimiento Profesional:** Los planes de atención dan la oportunidad de compartir el conocimiento y la experiencia. Al colaborar con colegas en la formulación de planes se va a incrementar la habilidad clínica de las Enfermeras con menos experiencia. Posteriormente en el proceso de evaluación, la Enfermera o la estudiante reciben la retroalimentación necesaria para decidir que tan efectivo resultó el plan en la solución de los problemas del paciente. Si el plan tuvo éxito, la

Proceso de Enfermería

Enfermera podrá utilizarlo en situaciones similares. Si por el contrario el plan falló, la Enfermera puede buscar las posibles razones de dicho resultado con otros miembros del equipo.

5. **Ayuda para la asignación de pacientes al personal:** los planes ayudan a la Enfermera en Jefe, a las líderes en equipo de enfermería, y a las instructoras a la asignación de pacientes de acuerdo al grado de complejidad que se involucra en el plan individual de cuidados del paciente.

VENTAJAS PARA EL CLIENTE:

1. **Participación en su propio cuidado:** si los pacientes pueden ayudar a formular sus propios planes con la enfermera estos adquieren un sentimiento de habilidad propia en la solución de sus problemas. Cuando los pacientes participan activamente en sus cuidados y atención, es más probable que se comprometan a alcanzar los objetivos establecidos.
2. **Continuidad en la atención:** la frustración sentida al repetir la misma información a cada Enfermera encargada de la atención, se reduce de manera importante. Las preocupaciones, inquietudes y problemas no necesitan ser comunicados a cada Enfermera para asegurarse de que los pacientes sean manejados en la forma en que desean ser atendidos.
3. **Mejora la calidad de la atención:** la evaluación y revaloración continua aseguran un nivel de atención a través del cual se puede lograr satisfacer las necesidades siempre cambiantes del individuo.

BENEFICIOS QUE SE OBTIENEN DE SU APLICACIÓN

Aplicar el proceso de enfermería en nuestro medio es un verdadero reto por el sin número de factores que caracterizan la formación y práctica de la enfermería mexicana y que la ubican en una situación de desventaja en relación con la de otros países; sin embargo esto no debe constituir un obstáculo para que toda enfermera (o) que busca el logro de identidad profesional y brindar una atención de calidad empiece a trabajar con esta metodología que requiere de el ejercicio de habilidades del pensamiento.

Proceso de Enfermería

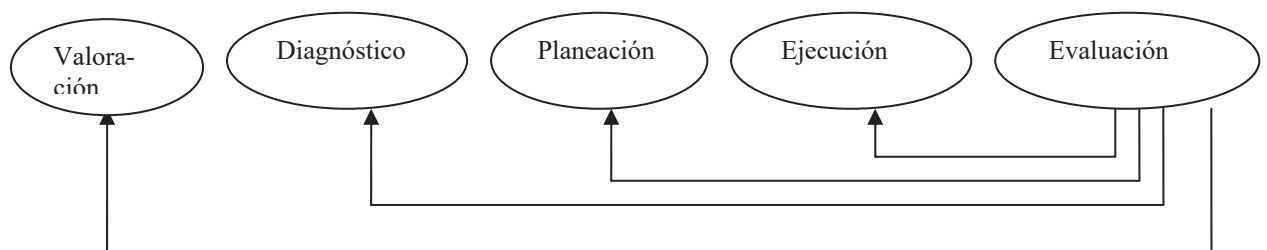
Con la aplicación del proceso se delimita el campo de acción específico de la enfermería y con ello se demuestra que la enfermera (o) profesional realiza numerosas acciones que van más allá del cumplimiento de una prescripción médica, ya que “el proceso de enfermería complementa lo que hacen los profesionales de otras disciplinas al centrarse en la respuesta humana.” (Alfaro 1999:10).

Las enfermeras (os) al aplicar el proceso podrán experimentar satisfacción al ser valoradas (os) por los integrantes del equipo sanitario dadas sus diversas competencias profesionales; además de favorecer en ellas (os) el desarrollo del pensamiento crítico; es decir, un pensamiento analítico, ”(...) deliberado, cuidadoso y dirigido al logro de un objetivo”, (Alfaro 1999:16) pues emplea principios (...) y el método científico para emitir juicios basados en evidencias (...).

Por otra parte el proceso compromete al individuo, familia y comunidad para tomar parte activa en las decisiones y cuidados que permitan mantener o recuperar la salud.

ETAPAS DEL PROCESO DE ENFERMERÍA

Consta de cinco etapas las cuales se encuentran estrechamente relacionadas, de tal forma que el cumplimiento de una de ellas conduce a la siguiente.



La **valoración** nos permite reunir la información necesaria referente al usuario, familia y comunidad con el fin de identificar las respuestas humanas y fisiopatológicas así como los recursos (capacidades) con los que se cuentan.

Proceso de Enfermería

El **diagnóstico** consiste en el análisis de la información obtenida para emitir un juicio crítico sobre el estado de salud del usuario, familia y comunidad.

La **planeación** es el desarrollo de un proyecto donde se establecen objetivos y acciones encaminados a predecir y tratar problemas relacionados con la salud.

La **ejecución** consiste en llevar a la práctica el plan mediante acciones que conduzcan al logro de objetivos establecidos.

La **evaluación** permite determinar el progreso del usuario, familia y comunidad hacia el logro de objetivos y valorar las competencias de la enfermera (o) en el desarrollo de las cuatro etapas anteriores, lo que posibilita hacer las modificaciones necesarias.

REQUISITOS PARA APLICAR EL PROCESO DE ENFERMERÍA

La enfermera (o) debe reunir una serie de competencias profesionales en las áreas del saber, saber hacer y convivir para aplicar el proceso con facilidad y lograr cambios que favorezcan la salud del usuario, familia y comunidad.

Las competencias del área del saber se refieren al dominio de conocimientos propios de la enfermería y de disciplinas afines y complementarias a la profesión, que son sustento teórico de los cuidados enfermeros y permiten abordar la problemática del usuario desde diferentes puntos de vista (biológico, psicológico, sociológico, antropológico, filosófico, etc.).

Son competencias del área del saber hacer las actividades de carácter intelectual que constituyen el pensamiento crítico; es decir, los razonamientos lógicos analíticos y reflexivos “en relación con lo que hacemos u opinamos”, (Iyer 1997:23) a fin de “ser competentes, flexibles y creativos”. (Iyer 1997:23), en la aplicación del proceso de enfermería se requiere de este tipo de competencias, por tal razón, se convierte el sistema dentro del cual puede aplicar su capacidad de razonamiento crítico (Iyer 1997:22). Así mismo son competencias en esta área las habilidades prácticas que apoyadas en el

Proceso de Enfermería

conocimiento, reflexión y experiencia permiten valorar al usuario, planear y ejecutar funciones independientes e interdependientes de enfermería.

También se requieren competencias en el área del saber ser y convivir que favorezcan la interrelación con el usuario e integrantes del equipo sanitario; en consideración con los aspectos éticos, bioéticos y legales indispensables para el ejercicio de la profesión.

PENSAMIENTO CRÍTICO

Es un pensamiento con características de ser deliberado, cuidadoso y dirigido a metas, en otras palabras “es un proceso mental que implica el examen y el análisis racional de toda la información e ideas disponibles, así como la formulación de conclusiones y decisiones” (Brunner 1998:26). El pensamiento crítico se relaciona con el proceso porque “es una parte esencial en el método de solución de problemas y por consiguiente, es una habilidad”; (Kozzier 1998:19) indispensable para aplicar cada una de las etapas del proceso de enfermería.

Existen componentes indispensables del pensamiento crítico: los conocimientos, la experiencia práctica, el empleo del método científico, la aplicación del proceso de enfermería y la toma de decisiones clínicas.

Entre las características que tiene un pensador crítico señaladas por (Alfaro 1999:19) están:

- Actitud inquisitiva en la que formula preguntas y solicita aclaraciones.
- Aplica conocimientos y experiencias previas. (transferencia).
- Valora una situación desde varias perspectivas.
- Sopesa riesgos y beneficios antes de tomar decisiones.
- Prioriza.
- Reconoce sus capacidades y solicita ayuda cuando es necesario.
- Tiene mentalidad abierta para escuchar otros puntos de vista.
- Es creativo y flexible.
- Emplea la lógica al validar, distinguir hechos de falacias, hacer inferencias y cuando apoya sus opiniones en evidencias.

ETAPA DE VALORACIÓN

Es el paso inicial del Proceso de Enfermería y tal vez el más importante, ya que todo el plan de atención se elabora con la información obtenida en esta fase. El proceso de valoración consiste en tres actividades separadas dependientes entre sí: recolección de dato, organización de los mismos y formulación del diagnóstico de Enfermería.

La meta de enfermería es considerar al paciente de modo multifocal. Los individuos, las familias y las comunidades tienen múltiples aspectos que están interrelacionados influyen uno en el otro, por lo que los elementos fisiológicos, biofísicos, espirituales y socioculturales del paciente deben tomarse en cuenta para asegurar una valoración precisa y comprensiva. Con este objetivo en mente, la Enfermera necesita una base sólida de conocimientos, en varias disciplinas, una base sólida de conocimientos de las teorías, normas y cánones de conducta, proporciona el cimiento para obtener el conocimiento pertinente de los pacientes y para hacer juicios correctos acerca de su salud.

La valoración que realiza la enfermera al usuario (s) tiene que ser total e integradora por lo que debe seguir un enfoque holístico; es decir un modelo enfermero para la identificación de respuestas humanas y la integración de elementos de un modelo médico para la identificación de respuestas fisiopatológicas.

La valoración por un modelo enfermero, puede derivarse de la aplicación de cualquier teoría de enfermería, de tal forma que se puede valorar al usuario siguiendo las catorce necesidades de Virginia Henderson, los cuatro principios de conservación de Levine, los subsistemas de Jhonson, los requisitos de autocuidado de Orem. etc....O bien optar por valorar siguiendo las perspectivas de las necesidades humanas, de los patrones funcionales de salud y de los patrones de respuesta humana. Así mismo la valoración por un modelo médico, puede utilizar la metodología de exploración de cabeza a pies o por sistemas corporales.

Los patrones funcionales de salud permiten recolectar información sobre respuestas humanas y fisiopatológicas ya que son considerados como modelo enfermero para valorar y organizar información y cómo método para abordar el examen físico del usuario en “áreas funcionales concretas”, además de incluir aspectos valorativos de diversas teorías de

Proceso de Enfermería

enfermería; por tal razón esta investigación considera para la etapa de valoración los patrones funcionales de salud de Mary Gordón. Cabe hacer mención que la elección del modelo enfermero a utilizar depende de la preferencia hacia determinado enfoque o marco teórico (respuestas humanas, necesidades humanas, patrones funcionales de salud o alguna teoría de enfermería en específico; así como de las características particulares de los usuarios (niños, adultos, embarazadas, personas sanas o enfermas, etc.) y de las normas de la institución donde se labore.

PATRONES FUNCIONALES DE SALUD DE GORDON

Mary Gordon en 1987 elaboró un método que permite a la enfermera (o) la identificación de patrones mediante la recolección de datos en forma sistemática y continua; este método esta dividido en once patrones funcionales de salud que a su vez se encuentran agrupados en físicos y emocionales. La palabra patrón para Gordon significa “una secuencia de comportamientos”, por consiguiente la enfermera (o) recolecta datos “sobre comportamientos que funcionen bien y los que funcionan mal”. (Kozier 1999:107).

Patrones físicos

- I. Patrón de percepción / mantenimiento de salud
- II. Patrón nutricional metabólico.
- III. Patrón de eliminación.
- IV. Patrón de actividad / ejercicio.
- V. Patrón reposo / sueño.
- VI. Patrón cognitivo / perceptual.

Patrones emocionales

- VII. Patrón auto imagen / auto concepto.
- VIII. Patrón de rol / relaciones
- IX. Patrón de sexualidad / reproducción.
- X. Patrón de afrontamiento / tolerancia al estrés.
- XI. Patrón de valores / creencias.

- I. *Patrón de percepción mantenimiento de la salud:* valora la percepción del usuario en relación con su estado de salud, las características del entorno y las conductas para el cuidado de la salud.

Proceso de Enfermería

Ejemplo:

- Factores de riesgo en el medio ambiente, familiar y laboral.
- Seguimiento de los cuidados o tratamientos prescritos.
- Asistencia periódica a control médico.
- Hábitos higiénicos.

II. *Patrón nutricional / metabólico*: valora los hábitos-costumbres alimentos y la ingesta de líquidos; ayuda a identificar necesidades y problemas metabólicos. También explora la capacidad general para la curación.

Ejemplo:

- Peso corporal y talla.
- Integridad de la piel.
- Ingesta de líquidos diarios.
- Características de la alimentación.

III. *Patrón de eliminación*: valora la capacidad del individuo para eliminar los desechos del organismo (intestinales, urinarios y cutáneos); al igual que, los hábitos y costumbres para la eliminación.

Ejemplo:

- Frecuencia de eliminación intestinal y urinaria.
- Características de la evacuación y de la orina.
- Presencia de vías alternativas de eliminación (ostomías, sondas, etc.).
- Dificultad para la eliminación intestinal y urinaria.

IV. *Patrón actividad / ejercicio*: valora la capacidad del organismo para la actividad física y la satisfacción de necesidades, determinando funcionamiento cardíaco, respiratorio y locomotor.

Ejemplo:

- Frecuencia respiratoria, cardíaca y tensión arterial.
- Características de la respiración y del pulso.
- Actividades de recreación.

Proceso de Enfermería

- Movilidad física del usuario.
- Coloración de la piel y llenado capilar.

V. *Patrón reposo / sueño*: valora los aspectos de relajación, descanso y sueño del usuario en cuanto a su cantidad y calidad por lo que permite identificar alteraciones y posibles consecuencias en las actividades de la vida diaria y en la salud.

Ejemplo:

- Horas de sueño al día.
- Medidas para conciliar el sueño.
- Periodos de descanso al día.
- Presencia de alteraciones durante el día.
- Cambios en la conducta originados por trastornos en el sueño.

VI. *Patrón cognitivo / perceptual*: valora las capacidades sensoriales, las experiencias de la persona relacionadas con el dolor y su respuesta a éste, así como los procesos del pensamiento, memoria, habilidades para el aprendizaje y capacidad para la toma de decisiones.

Ejemplo:

- Estado de conciencia.
- Orientación (persona, tiempo y espacio).
- Presencia de dolor (localización y características).
- Alteraciones en la visión y audición.
- Interpretación de la información.

VII. *Patrón auto imagen / auto concepto*: valora la percepción que de sí mismo tiene el individuo según cuatro variables: imagen corporal, estimación propia, cumplimiento del cometido e identidad personal.

Ejemplo:

- Estado de ánimo
- Percepción de su estado físico.
- Problemas económicos y familiares.

Proceso de Enfermería

- Sentimientos de temor e importancia.
- Problemas para distinguir el “yo”
- Desinterés por su persona.
- Insatisfacción con el cumplimiento del rol.

VIII. *Patrón rol / relaciones*: valora las relaciones interpersonales, el rol familiar, laboral, social, etc. Los sistemas de apoyo, la capacidad para la comunicación y el cumplimiento con el cometido.

Ejemplo:

- Características del habla.
- Roles asumidos y su cumplimiento.
- Personas con las que convive diariamente.
- Ambiente familiar.
- Sentimientos de pérdida (duelo).
- Ambiente social y laboral.

IX. *Patrón de sexualidad / reproducción*: valora la percepción de la feminidad o masculinidad, la capacidad para expresar la sexualidad y lograr relaciones interpersonales satisfactorias; también se encarga de las funciones o estado reproductivo.

Ejemplo:

- Menarquia y ciclo menstrual.
- Gestaciones, partos y cesáreas.
- Conductas o actividades sexuales.
- Alteraciones en la sexualidad.
- Métodos de planificación familiar empleados.

X. *Patrón de afrontamiento / tolerancia al estrés*: valora las respuestas ante situaciones de estrés y los mecanismos de adaptación utilizados para hacerle frente al problema de salud.

Ejemplo:

- Respuesta personal ante una situación de estrés.
- Actividades realizadas para canalizar el estrés.

Proceso de Enfermería

- Presencia de conductas de autoprotección.
- Familia con capacidad para cuidar su salud.
- Conductas individuales y familiares autodestructivas.
- Negación del problema.

XI. *Patrón de valores / creencias*: valora el sistema de creencias del individuo y grupo, comprende conocimientos de índole personal, valores, normas individuales y sociales así como la fé y esperanza.

Ejemplo:

- Religión que profesa.
- Actitud religiosa del usuario (fé y esperanza).
- Prácticas religiosas habituales.
- Creencias socioculturales para el cuidado de la salud.
- Presencia de conflictos espirituales.

PASOS PARA REALIZAR LA VALORACIÓN

La valoración como proceso continuo proporciona información valiosa del usuario permitiéndonos emitir juicios sobre el estado de salud a partir de la identificación de problemas reales y de riesgo, y de los recursos (capacidades) existentes para conservar y recuperar la salud.

Son tres los pasos que se deben realizar en la etapa de valoración:

1. Recolección de la información.
2. Validación de la información.
3. Registro de la información.

RECOLECCIÓN DE LA INFORMACIÓN

Da inicio desde el “primer encuentro con el usuario, y continua en cada encuentro subsiguiente hasta que la persona sea dada de alta” (Alfaro 1999.30) por lo que es

Proceso de Enfermería

indispensable aprovechar cada momento en que se esté con el usuario y su familia para recolectar datos que nos permitan conocerlos.

Para obtener la información se recurre tanto a fuentes directas como indirectas.

Son **fuentes directas primarias** el usuario y su familia (ellos constituyen la principal fuente de información) los amigos y otros profesionales del área de la salud son **fuentes directas secundarias** porque aportan datos valiosos sobre el usuario y su familia. Las fuentes directas de información a las que también se debe recurrir son el expediente clínico y la bibliografía relevante.

Es indispensable contar con una guía durante la recolección de la información, para seguir una metodología específica durante la valoración, evitar omisiones y facilitar a la vez agrupación de datos.

Esta guía debe considerar: datos biográficos del usuario o familia (ejemplo: nombre, sexo, edad, estado civil, ocupación, religión, etc.); antecedentes personales y familiares de enfermedad (ejemplo: enfermedades anteriores, enfermedades de la familia, enfermedad actual, tratamiento medicamentoso, etc.), aspectos a valorar según el modelo enfermero que se valla a utilizar (ejemplo: patrones de respuesta humana, patrones funcionales de salud, necesidades humanas, etc.) y los datos para el examen físico.

La recolección de los datos del usuario puede ser general y específica (focalizada), así primero tendrá un conocimiento de todos los aspectos relacionados con el estado de salud y una vez detectado un problema real o de riesgo centrar la valoración en un área específica.

Durante la valoración el profesional de enfermería recoge cuatro tipos de datos: subjetivos, objetivos, históricos y actuales. Los **datos subjetivos** son aquellos que el usuario nos refiere y que manifiestan una percepción de carácter individual (ejemplo: dolor, el temor, la debilidad, la impotencia, etc.) son **datos objetivos** la información que se puede observar y medir a través de los órganos de los sentidos (ejemplo: la frecuencia cardiaca, el color de la piel, el peso y la talla, etc.). Los **datos históricos** se refieren a hechos del pasado y que se relacionan con la salud del usuario (ejemplo: antecedentes familiares y personales de la enfermedad, conductas que se han tenido para el cuidado de la salud, hospitalizaciones, tratamientos médicos recibidos, etc.) y los **datos actuales** son hechos que suceden en el momento y que son el motivo de consulta u hospitalización (ejemplo: la hipertermia, la deshidratación, el sangrado, el insomnio, el alcoholismo, etc.).

Proceso de Enfermería

Toda la información se recolecta por medio de la entrevista y el examen físico ambas “se complementan y clarifican mutuamente” en consecuencia se pueden realizar en forma simultánea.

B) La **entrevista**, es una labor compleja que requiere ante todo la habilidad en la comunicación y de la interrelación estrecha con el usuario. Tiene como finalidad: la obtención de información necesaria para el diagnóstico y planeación de las actividades, la iniciación de un ambiente terapéutico caracterizado por el diálogo, respeto y confianza y el establecimiento de objetivos comunes entre la enfermera (o) y el usuario.

Toda entrevista por muy sencilla que sea debe de tener una **introducción**, para saludar al usuario (s), proceder a presentarse y explicar la razón de la entrevista; también debe poseer un **núcleo**, caracterizado por el diálogo y por seguir la estructura de la guía de valoración es recomendable un orden para evitar omisiones. Por ultimo, la entrevista debe presentar un **cierre** para informar al usuario sobre su término, agradecer la colaboración y establecer objetivos comunes.

El éxito de una entrevista depende de muchos factores, por consiguiente la enfermera con poca experiencia debe pedir asesoría para lograr obtener información completa y veraz.

Entre los aspectos que se deben tener presentes para realizar una entrevista están los siguientes:

1. Seguir la guía de valoración para llevar un orden y saber exactamente lo que se va preguntar al usuario (evitar improvisar).
2. Asegurar un entorno con las características de privacidad y tranquilidad.
3. Valorar el momento para realizar la entrevista, el usuario debe encontrarse en condiciones físicas y emocionales idóneas para poder contestar las preguntas.
4. Mantener durante la entrevista una distancia de uno o dos metros con relación al usuario, por que lo puede intimidar (demasiado cerca) o demostrar falta de interés (demasiado lejos). También hay que procurar que tanto la cabeza de la enfermera como la del usuario estén a la misma altura, para facilitar la atención de ambos y evitar sentimientos de inferioridad por parte del usuario al percibirla (lo) por arriba de él.

Proceso de Enfermería

5. Dedicar el tiempo necesario para la entrevista, sino es posible valorar en un solo momento al usuario, fraccionar la entrevista y centrar la atención en aquellas áreas que son de mayor problema; sin olvidar completar la valoración general en la primera oportunidad que se tenga.
6. Ser amable, cordial y respetuoso (evitar sobrenombres y diminutivos).
7. Formular preguntas claras y sencillas, considerando el nivel educativo del usuario, (evitar términos desconocidos).
8. Seleccionar de acuerdo a la información que se desee obtener y características del usuario, preguntas abiertas o cerradas.
9. Escuchar con atención todo lo que dice el usuario (evitar escribir cuando el este hablando).
10. Conseguir la información sin presionar al usuario (verbal o no verbal); por que puede obtener información errónea o perderse de la misma.
11. Poner atención en el lenguaje no verbal del usuario, éste nos dice más que las palabras.
12. Dejar que el usuario exprese sus ideas para poder conocer su verdad (evitar completar o adivinar).
13. Desarrollar la capacidad de empatía (tratar de ver el mundo, como lo ve el otro) con el fin de comprender mejor la actitud y conducta del usuario.

C) El **examen físico** permite obtener una serie de datos para valorar el estado de salud de un individuo y determinar la eficacia de las intervenciones de enfermería y médica. Éste debe ser completo, sistemático y preciso, con un modelo por sistemas corporales o de cabeza a pies.

Para efectuar el examen físico se requiere cuatro técnicas principales. Inspección, palpación, percusión y auscultación., además de la medición de las constantes vitales y de la somatometría.

Las enfermeras (os) colaboran con el médico durante el examen físico y muchas (os) consideran que es una actividad inherente a la medicina, por lo que suelen practicarlo solo en situaciones específicas y asiladas de acuerdo con las manifestaciones fisiopatológicas o la terapéutica médica que se esté empleando.

Proceso de Enfermería

INSPECCIÓN: Consiste en la valoración utilizando los sentidos de la vista, olfato y oído. Es un proceso activo donde la enfermera debe saber que va a inspeccionar y el orden a seguir; con la inspección se puede valorar: la forma del cuerpo, expresiones faciales, características de la piel, movimientos realizados, olor y ruidos que emite el usuario, etc.

PALPACIÓN: Es el examen del cuerpo utilizando el tacto, es decir, las yemas de los dedos, ya que por su inervación las hace sensibles para determinar: textura, temperatura, posición y tamaño de órganos, pulsos periféricos, etc. La palpación puede ser superficial (extensión de los dedos de la mano dominante en forma paralela a la superficie de la piel con presión suave en sentido circular) y profunda (intervienen las dos manos, la mano dominante para presionar y la otra para sujetar un órgano desde abajo). Para tener éxito en la palpación es necesario que el usuario se encuentre relajado, que las manos del explorador se encuentren tibias e iniciar con la palpación superficial y en las zonas que no sean dolorosas.

PERCUSIÓN: Es un método de valoración en el que la superficie del cuerpo es golpeada para producir sonidos... o vibraciones y se emplea para estimar el tamaño y la forma de órganos, la presencia de líquido, aire o algún sólido. La percusión puede ser **directa** al golpear el área que ha de percutir con las yemas de los dedos o **indirecta** cuando coloca contra la piel el dedo medio de la mano dominante y procede a golpear con la punta de la otra mano.

AUSCULTACIÓN: Es el proceso de escuchar los sonidos producidos por el cuerpo y sirve para valorar el funcionamiento de diversos órganos. Al igual que la percusión esta puede ser **directa** cuando únicamente se emplea el sentido de la audición e **indirecta** empleando un estetoscopio.

Son aspectos imprescindibles del examen físico la medición de las constantes vitales (temperatura corporal, pulso / frecuencia cardiaca, respiración y tensión arterial), estas deben de ser valoradas en conjunto ya que reflejan el funcionamiento general del organismo, permitiéndonos detectar problemas de salud reales y de riesgo. La valoración de las constantes vitales debe considerar el estado de salud previo y actual del usuario y compararse con los estándares aceptados como normales, esta actividad del la enfermera debe realizarse al ingreso del usuario, cuando éste presente cambios en su estado de salud,

Proceso de Enfermería

y antes y después de realizar cualquier acción de enfermería, por consiguiente jamás debe considerarse como una rutina.

Por último, el examen físico incluye la somatometría (estatura peso, perímetros y segmentos corporales), estos parámetros también nos permiten valorar en forma general el estado de salud del usuario, al identificar el crecimiento normal y anormal de las estructuras corporales; al mismo tiempo que sirve para calcular dosis de medicamentos por parte del médico.

En la recolección de la información la enfermera también tiene que identificar los recursos del usuario, es decir las capacidades físicas, psicológicas y personales que son determinantes para las etapas del diagnóstico y planeación. Entre los recursos se puede mencionar; el gozar de buena salud, la capacidad de adaptación, el ejercicio diario, alimentación acorde a requerimientos , la motivación para al cuidado de la salud, el ambiente familiar favorable para la conservación de la salud y el afrontamiento efectivo al estrés entre otros.

VALIDACIÓN DE LA INFORMACIÓN

Una vez reunida la información del usuario tiene que ser validada para estar seguros que la obtención de los datos sean los correctos.

La validación evita interpretaciones erróneas, omisiones, centrar la atención en la dirección equivocada y “cometer errores al identificar los problemas”.

Para la validación de los datos es necesario: revalorar al usuario, solicitar a otra enfermera (o) que recolecte aquellos datos en los que no se este seguro, comparar datos objetivos y subjetivos, consultar al usuario / familia y a otros integrantes del equipo sanitario.

La validación de los datos es de suma importancia por que si no se realiza es probable que en la etapa de diagnóstico se presenten dificultades para la agrupación e interpretación de la información.

Proceso de Enfermería

REGISTRO DE LA INFORMACIÓN

Es el último paso de la etapa de valoración y consiste en informar y registrar los datos que se obtuvieron durante la entrevista y el examen físico.

Los objetivos que persigue el registro de la información son: “favorecer la comunicación entre los miembros del equipo de atención sanitaria, facilitar la presentación de una asistencia de calidad, proporcionar mecanismos para la evaluación de asistencia, formar un registro legal permanente y ser base para la investigación en enfermería,

La comunicación verbal con el equipo sanitario es prioritaria al registro de la información, sobre todo si se trata de datos que representan alteraciones o cambios en el estado de salud, por permitir medidas oportunas para la prevención, diagnóstico y tratamiento de problemas de salud.

Con respecto al registro de los datos, éste varía de un centro laboral a otro, pero el “saber cómo y que anotar, es importante en extremo para el paciente y para protegerse a sí mismas de posibles demandas por mala práctica profesional”.

Entre las recomendaciones a tener en cuenta en el momento de efectuar anotaciones se encuentran las siguientes:

1. Cumplir con las normas del centro laboral en cuanto a registros.
2. Evitar juicios de valor.
3. Escribir textualmente lo que el paciente expresa (entrecomillado).
4. Acompañar las inferencias con las evidencias respectivas.
5. Señalar y escribir la palabra y anotar a continuación la apreciación correcta (evitar tachaduras o aplicación de corrector).
6. Procurar que la información sea importante y relevante.
7. Realizar anotaciones claras, concisas y completas.
8. Escribir con letra clara y con tinta indeleble.
9. Evitar dejar espacios en blanco porque pueden escribir en ellos algo que la incrimine.
10. Cuidar la ortografía y evitar abreviaturas.
11. Anotar siempre la fecha y hora en que se realiza el registro.
12. Escriba toda la información que proporcione al equipo sanitario.
13. Registrar cuando un usuario o familia rechazan algún determinado cuidado o medida terapéutica.

Proceso de Enfermería

RELACIÓN ENFERMERA-PACIENTE

La relación Enfermera-paciente es el instrumento para aplicar el proceso de enfermería, esta relación es el vehículo por el cual la Enfermera trabaja con el paciente. Carl Rogers identifica tres aspectos que facilitan el desarrollo personal en una relación:

- 1.-Autenticidad, la capacidad de estar concientes de nuestros sentimientos o de ser real.
- 2.-El respeto al estado de separación de otro, aceptándolo en forma incondicional, y
- 3.-Un deseo continuo de comprender o sentir empatía por el otro.

Estos aspectos son aplicables a todas las relaciones humanas, en especial la relación enfermera –paciente.

Confianza, afecto, empatía, autonomía y mutualidad son cinco conceptos básicos para una relación enfermera – paciente, conceptos que necesitan ser recíprocos durante las interacciones de aquellos, pero como la Enfermera es la responsable de establecer el tono necesita identificar las acciones específicas que comunican confianza (consistencia, honestidad), empatía (tacto, sinceridad), afecto (autenticidad, contacto visual), autonomía (no juzgar, no amenazar) y mutualidad (inclusión del paciente al tomar decisiones).

Numerosas técnicas de comunicación que fomentan la relación enfermera (o) -paciente han evolucionado de la teoría psicológica y las disciplinas prácticas, estas técnicas son útiles durante cualquier interacción, ya que facilitan la obtención de datos y establecen la armonía. Las técnicas de comunicación son dispositivos que deben incorporarse de manera natural a las interacciones, dependen de la comodidad de la Enfermera (o) para usarlas. En muchas ocasiones la comunicación no verbal revela el verdadero mensaje, a menudo inaceptable, este tipo de mensajes puede ser no intencionada así como intencionado.

El objetivo de la Enfermera en la comunicación es exhibir mensajes congruentes, verbales y no verbales, en otras palabras los mensajes verbales y no verbales deberán estar diciendo lo mismo. Es posible lograr unas relaciones eficaces Enfermera – paciente cuando la primera esta dispuesta a considerar sus propios valores, prejuicios, fuerzas y limitaciones, así descubre la forma en que este “yo” afecta sus interacciones con los demás. Esto no puede hacerse solo a través del desarrollo intelectual, la enfermera debe de estar abierta al descubrimiento de sus propias motivaciones y sentimiento a través de la experiencia y de sus relaciones con los demás.

FACTORES QUE INFLUYEN EN LA OBTENCIÓN DE DATOS

Varios factores influyen en la obtención de datos, como son presentados los datos por el paciente y como los percibe la enfermera. Tanto el paciente como la enfermera entran en una situación con experiencias previas y conocimientos que influyen en sus percepciones e interpretaciones, de manera más específica, la enfermera y el paciente reciben influencias de: (1) sus respectivos estados y necesidades físicas, mentales y emotivas; (2) su bagaje cultural, social y fisiológico; (3) número y capacidad funcional de sus sentidos; (4) experiencias pasadas asociadas con la situación actual; (5) significado del evento; (6) intereses, preocupaciones, conceptos preconcebidos y niveles de motivación; (7) conocimiento o familiaridad con la situación; (8) condiciones ambientales y distracciones; (9) presencia, actitudes y reacciones de otros.

Estos crean una situación en la cual tanto paciente como enfermera asignan automáticamente significados o interpretaciones personales a la situación. La dificultad surge cuando la percepción, la interpretación se utiliza como un hecho, el conocimiento y la voluntad consciente de la enfermera son necesarios para desarrollar la habilidad de diferenciar los datos reales de la interpretación personal.

ETAPA DE DIAGNÓSTICO

Es la segunda etapa del proceso que inicia al concluir la valoración y constituye una “función intelectual compleja”, al requerir de diversos procesos mentales para establecer un juicio clínico sobre la respuesta del individuo, familia y comunidad, así como de los recursos existentes (capacidades).

Un diagnóstico de Enfermería es un enunciado definitivo, claro y conciso del estado de salud y los problemas del paciente, que pueden ser modificados por la intervención de la enfermera. Deriva de la inferencia de datos confirmados por la valoración y de las percepciones, sigue a una investigación cuidadosa de los datos y conduce a una decisión o una opinión. Es un juicio clínico sobre la respuesta humana de una persona, familia o comunidad a procesos vitales y a problemas de salud reales y de riesgo, en donde la enfermera (o) es responsable de su predicción, prevención y tratamiento en forma independiente. La responsabilidad de Enfermería es diagnosticar las respuestas humanas a las secuelas y problemas relacionados con la salud y a los efectos de estos problemas sobre las actividades de la vida diaria.

Los diagnósticos enfermeros están dentro del ámbito independiente de la práctica profesional ya que se refieren a situaciones que la enfermera identifica, valida, trata independientemente, siendo ella la responsable del logro del resultado deseado, por lo tanto, únicamente en los diagnósticos enfermeros deben utilizarse las categorías diagnósticas de la N.A.N.D.A.

La primera conferencia nacional sobre la clasificación del diagnóstico de Enfermería, celebrada en EE.UU. (1973), aceptó una definición de proceso: diagnóstico de enfermería es “el juicio o conclusión al que se llega como consecuencia de la valoración de enfermería”. La importancia de diagnóstico de enfermería está indicada por la definición adoptada por la convención de la American Nurses Association de 1976 y refinada en 1980 para quedar como “Enfermería es el diagnóstico y tratamiento de las respuestas humanas a los problemas de salud presentes o potenciales”.

Ha sido identificado como un componente esencial que requiere un nivel elevado de destreza intelectual. Es la base para planear, intervenir y evaluar los problemas de salud del paciente.

Proceso de Enfermería

Son varias las razones que existen para realizar los diagnósticos de Enfermería, en primer término:

- Hacen posible dar a los individuos un cuidado global y comprensivo de la salud al identificar, valorar y responder a los problemas específicos de ella.
- Permiten el uso de un lenguaje común dentro de la profesión., este lenguaje común intensifica la comunicación entre compañeros y con otros profesionales del cuidado de la salud.
- Mejora la continuidad de los servicios y representa un grupo organizado de ciencia clínica en enfermería. De acuerdo con Gordony Sweeney los diagnósticos de enfermería pueden:
 - o Ayudar a formular los resultados esperados para asegura la calidad.
 - o Colaboran en la medición de la eficacia-costo del cuidado de Enfermería.
 - o Permiten asignar los puestos dentro del personal de enfermería.
 - o Proporcionan la base para la clínica en la educación de la enfermera y constituyen la fuerza o énfasis que impulsa la investigación en enfermería clínica.

PERSPECTIVAS HISTÓRICAS

La expresión diagnóstico de enfermería surgió en la década de 1960 con el uso creciente del proceso de atención de enfermería. En EE.UU., la American Nurses Association incluyó al diagnóstico de enfermería como parte integral del proceso de atención de enfermería al publicar en 1973 los cánones o normas genéricas para la práctica de la misma. Los diagnósticos de enfermería se están utilizando en estudios para determinar su factibilidad como medio para reestructurar el cuidado de enfermería y medir sus recursos en un sistema experimental de restitución.

Por largo tiempo las enfermeras han emitido sus opiniones respecto a los intereses de los pacientes, recientemente han empezado a colaborar en la identificación y clasificación de estos juicios y opiniones. Una fuerza nacional de trabajo de enfermeras profesional ha estado laborando en una tipología o taxonomía de los diagnósticos de enfermería desde 1973, cuando fue patrocinada de la Universidad de San Luis Missouri, E.U.A., la primera conferencia sobre el diagnóstico de enfermería. En 1980, para desarrollar un sistema estándar de clasificación, la cuarta conferencia identificó 42 categorías de diagnósticos:

Proceso de Enfermería

PASOS DE LA ETAPA DE DIAGNÓSTICO

Para realizar esta etapa se requieren cuatro pasos fundamentales:

1. Razonamiento diagnóstico.
2. Formulación de diagnósticos enfermeros y problemas interdependientes.
3. Validación.
4. Registro de los diagnósticos enfermeros y problemas interdependientes.

RAZONAMIENTO DIAGNÓSTICO

Es la aplicación del pensamiento crítico a la solución de problemas. La enfermera durante el razonamiento diagnóstico realiza diversas funciones intelectuales integra los conocimientos adquiridos y experiencias para finalmente concluir en juicio clínico.

Los pasos para seguir el razonamiento diagnóstico son los siguientes:

1. Realizar un listado de todos los datos significativos: subjetivos, objetivos, históricos y actuales.
2. Analizar y agrupar los datos significativos (indicios) que cree que se relacionan y realizar las deducciones correspondientes.

Ejemplo.

Indicios	Disnea	Deducción
(Datos subjetivos)	Tos	El usuario tiene dificultad respiratoria.
	Cianosis	
	Fatiga	

3. Comparar los datos significativos con los factores relacionados / riesgo y con las características definitorias de las categorías diagnósticas de la N.A.N.D.A.
4. Efectuar revaloración si existe dudas y lagunas de información.
5. Determinar si la enfermera(o) tiene la autoridad para hacer el diagnóstico definitivo y ser el principal responsable, de la predicción y tratamiento del problema (cuando la respuesta es SI es un diagnóstico enfermero, si la respuesta es NO es un problema interdependiente).
6. Proceder a dar el nombre correspondiente a las respuestas humanas (diagnósticos enfermeros, y a las respuestas fisiopatológicas (problemas interdependientes).

Proceso de Enfermería

7. Determinar los factores relacionados o de riesgo (etiología del problema).

Durante el razonamiento diagnóstico se pueden cometer numerosos errores que conducen a juicios clínicos falsos y deficientes, estos en su mayoría obedecen a: la recolección incorrecta o incompleta de datos, por falta de una metodología durante la valoración, barreras en la comunicación, ocultación de información por parte del usuario, distracciones e interrupciones y carencias de habilidades para la entrevista y examen físico; también se deben a: la interpretación incorrecta de los datos al hacer deducciones prematuras con poco sustento en datos significativos y por involucrar prejuicios personales; así mismo, la falta de conocimientos y análisis son obstáculos para un razonamiento diagnóstico confiable; por consiguiente es recomendable la validación de los datos y la búsqueda de asesoría.

PROBLEMA INTERDEPENDIENTE O DE COLABORACIÓN

Es un juicio clínico sobre la respuesta fisiopatológica del organismo a problemas de salud reales o de riesgo donde la enfermera (o) es responsable de su predicción, prevención y tratamiento en colaboración con el equipo sanitario.

Los problemas interdependientes “se relacionan con la patología, con la aplicación del tratamiento prescrito por el médico y con el control tanto de la respuesta a éste como de la evolución de la situación patológica, lo que los sitúa en el ámbito de la interdependencia con otro profesional, aunque nuestra atención siga centrada en el usuario.

DIFERENCIAS DE DIAGNÓSTICO ENFERMERO Y UN PROBLEMA INTERDEPENDIENTE.

Ambos son juicios clínicos, el diagnóstico enfermero se centra en las respuestas humanas, que es el campo de acción específico de la enfermería, en donde la enfermera (o) tiene la autoridad para la predicción, prevención y tratamiento en forma independiente; en cambio el problema interdependiente se centra en las respuestas fisiopatológicas, en donde el médico es el principal responsable, la enfermera y el resto de los integrantes del equipo sanitario colaboran en la predicción, prevención y tratamiento.

Proceso de Enfermería

Los diagnósticos enfermeros se formulan con frecuencia en función de problemas actuales; sin embargo, las dificultades potenciales deberían ser consideradas, si realmente se requieren planificar intervenciones para la prevención, y evitar complicaciones, así como disminuir posibles secuelas. La identificación de un problema potencial puede permitir igualmente a la enfermera actuar de forma adecuada en el momento oportuno.

El problema interdependiente se refiere habitualmente a una afectación específica, mientras que el diagnóstico de enfermería contempla la respuesta del cliente a este estado. El diagnóstico de enfermería habitualmente es más global que el problema interdependiente y también más descriptivo. Un mismo diagnóstico de enfermería puede ser aplicable a distintos tipos de afecciones. Por ejemplo, para un problema respiratorio puede ser el mismo que para el de una infección o una alergia. Por el contrario, para un determinado problema interdependiente, en muchos casos la enfermera deberá formular varios diagnósticos, ya que el cliente puede experimentar otras dificultades relacionadas con el.

El problema interdependiente esta orientado hacia la identificación de un proceso, con el fin de determinarse tratamiento. El diagnóstico de enfermería se centra ante todo en la respuesta del cliente a ese proceso en la forma en que el vive esta situación y en los factores que dañan la satisfacción de algunas de sus necesidades ante la presencia de dicho proceso.

Un criterio importante que hay que considerar al establecer un diagnóstico de enfermería es que debe formular un objetivo claro y preciso para los cuidados, de los que cierto modo se convierte en principio organizador. Por eso, su formulación debe expresarse utilizando conceptos precisos y concisos, que sean significativos para la enfermera. El diagnóstico de enfermería a de conducir a la planificación de intervenciones autónomas, mientras que el diagnóstico médico lleva, sobre todo, a la ejecución de intervenciones prescritas.

Proceso de Enfermería

CLASIFICACIÓN DE DIAGNÓSTICOS ENFERMEROS

Los diagnósticos enfermeros se clasifican en reales, de riesgo y de salud.

El **diagnóstico enfermero real**: “describe la respuesta actual de una persona, una familia o una comunidad y se apoya en la existencia de características definitorias, (datos objetivos y subjetivos además de tener factores relacionados).

El **diagnóstico enfermero de riesgo (potencial)**: “describe respuestas humanas que pueden desarrollarse en un futuro próximo en un persona, familia o comunidad vulnerables” no existen características definitorias (datos objetivos y subjetivos), solo se apoya en los factores de riesgo (etiología).

El **diagnóstico enfermero de salud**: “es un diagnóstico real que se formula cuando la persona, familia o comunidad goza de un nivel aceptable de salud o bienestar, pero puede y quiere alcanzar un nivel mayor.

CLASIFICACIÓN DE LOS PROBLEMAS INTERDEPENDIENTES

Los problemas interdependientes se clasifican en reales o de riesgo. Cuando el problema se hace evidente a través de sus signos y síntomas, se trata de un **problema interdependiente real**, y si existe factores de riesgo pero aun no hay manifestaciones clínicas, entonces se trata de un **problema interdependiente de riesgo**.

CONCEPTOS ERRÓNEOS

Uno de los problemas mas frecuentes para aceptar la expresión “diagnóstico de enfermería” es el malentendido que surge por su confusión con el diagnóstico médico. Este ultimo identifica y califica el proceso patológico preciso, se hace con el fin de prescribir un tratamiento, curar la enfermedad o reducir la lesión o el daño; si el padecimiento no puede ser identificado, con frecuencia el tratamiento se dirige a eliminar o reducir los signos y síntomas; el diagnóstico médico prescribe una enfermedad, un síndrome o un conjunto específico de observaciones. El diagnóstico de enfermería describe los efectos de estos síntomas y estados patológicos sobre las actividades del paciente y sobre su forma de vida, es la manifestación de la respuesta en la conducta del individuo a la condición o situación, como por ejemplo”ansiedad relacionada con las pruebas de diagnóstico” o “incapacidad para realizar las actividades del cuidado propio a causa de la fractura del brazo derecho”.

El diagnóstico de enfermería no es una confirmación del diagnóstico médico de la prueba de diagnóstico, el tratamiento médico o el equipo. El diagnóstico de enfermería refleja los efectos específicos del diagnóstico médico, la prueba de diagnóstico, el tratamiento médico o el quipo sobre el individuo y su vida diaria.

Un diagnóstico de enfermería no es tan solo una clasificación conceptual sencilla como obesidad, inmovilización o constipación, estas indicaciones son demasiado generales y no definen el interés específico, si muestran las relaciones necesarias que se requieren para desarrollar ordenes individualizadas significativas para enfermería.

La intervención del paciente desde el principio establece una relación compartida y estimula el concepto del cuidado de si mismo.

El cuarto paso consiste en ordenar los diagnósticos de enfermería por prioridades. Después de que el paciente y la Enfermera concuerden con la lista de problemas o intereses de salud, deben clasificarlos de acuerdo a la necesidad del paciente de intervenciones de Enfermería. Instituir prioridades permite un acercamiento lógico a una multiplicidad de problemas.

Proceso de Enfermería

LINEAMIENTOS PARA REDACTAR UN DIAGNÓSTICO DE ENFERMERÍA

Estos lineamientos o pautas son un croquis que ayudan a la redacción de los diagnósticos de enfermería, esto no significa que sea la única forma de hacerlos, sugieren una ruta a seguir que ayudará a definir el estado de salud del paciente.

Los lineamientos están ocupados en dos categorías. La primera es el proceso, que proporciona un método para llegar al diagnóstico de enfermería, la segunda es la estructura, que aclara la terminología y los tipos de enunciados de diagnóstico.

PAUTAS DEL PROCESO

El proceso de diagnóstico nunca está completo en tanto exista contacto enfermera-paciente. Por lo general, los diagnósticos de enfermería hechos después de la obtención inicial de datos son tentativos y pueden requerir valoración o confirmación ulterior. Hasta donde el paciente continúe teniendo un problema de salud, seguirá habiendo una adaptación constante y un cambio en respuesta de este. La enfermera necesita valorar estos cambios y adaptar los diagnósticos de enfermería y las intervenciones a ellos, por ejemplo, el diagnóstico de enfermería puede cambiar de “ansiedad por una intervención quirúrgica inminente” a “temor en relación a la posibilidad de cáncer”

El proceso para determinar el diagnóstico de enfermería incluye la valoración y la fase de análisis / síntesis. Estos lineamientos continúan con la identificación de los problemas del paciente, la redacción del enunciado de diagnóstico, la confirmación y el ordenamiento de los diagnósticos de acuerdo a la prioridad.

El primer paso para realizar lo anterior es identificar el estado de salud y su paciente. En algunas ocasiones hay confusión para diferenciar la necesidad del problema; las necesidades deben de ser recompensadas por el funcionamiento normal de un individuo. Maslow identificó las necesidades básicas como fisiológicas, de seguridad, amor y pertenencia, de estimación social y reconocimiento y de autorrealización.

Existe un interés o problema cuando un individuo no puede proporcionar la recompensa a la necesidad. De acuerdo con Bower, “un problema es una interrupción en la capacidad del individuo para cubrir una necesidad; es una dificultad o confusión que requiere resolución”

Proceso de Enfermería

Existen varios tipos de problemas de pacientes que pueden ser identificados. Hay pacientes sin problemas y otros con problemas reales (reconocibles o no reconocibles), potenciales o posibles.

1. **El paciente sin problemas:** si el individuo, con o sin diagnóstico médico, esta enfrentándose en forma adecuada al momento y no se percibe problema alguno, entonces los diagnósticos de enfermería se redactan en relación a la preservación o a la protección del estado de salud del paciente. Los diagnósticos son manifestaciones como “conservación de la homeostasis o equilibrio” o “conservación del estado de salud”; las acciones independientes de enfermería incluyen apoyo, alabanza, estímulo y el suministro de información sobre la salud o sobre las alternativas de salud.
2. **El paciente con problemas reales o reconocidos:** los problemas son condiciones existentes, se relacionan con un diagnóstico médico, una situación o un estado; se enuncian en términos de la respuesta del paciente a esos factores y pueden expresarse en relación a un estado de tensión., a una deficiencia o a una conducta de mala adaptación.
3. **El paciente con un problema real pero no reconocido:** estos problemas son condiciones existentes identificadas por enfermería, pero que no son reconocidas o aceptadas por el paciente, quien puede negar el problema o reconocerlo pero rehusarse a hacer cualquier cosa acerca de él, respetando la autonomía del paciente, la enfermera anota el problema en la lista del estado de salud del paciente e indica que esta sin resolver.
4. **El paciente con un problema potencial o de alto riesgo:** los problemas potenciales son aquellos que se consideran como probables o de alto riesgo. Henderson manifiesta que “un problema potencial de salud es la presencia de factores importantes de riesgo que pueden ser modificados para prevenir la presencia de enfermedad o invalidez” si un paciente tiene un diagnóstico médico de artritis pero no hay problemas existentes, el diagnóstico de la enfermera deberá ser “potencial para alteraciones en el sistema músculo esquelético en relación con la artritis”. Las acciones independientes de enfermería podrían incluir la valoración de la movilidad y el dolor, así como actividades preventivas o de conservación.
5. **El paciente con un problema posible:** un problema posible es aquel que no ha sido verificado o confirmado. Es probable que la enfermera necesite mayor

Proceso de Enfermería

información para aclarar los factores conexos. Esto es semejante a una hipótesis que puede ser aceptada o no; es la impresión de la enfermera la cual es una noción o sensación vaga retenida desde el encuentro y conclusión tentativa. Puede ser enunciada como una impresión de confusión: una “fuente indeterminada” o “una depresión posible”.

6. **El paciente con fortaleza:** la mayor parte de los individuos tienen fortaleza y voluntad que los ayuda a bastarse a sí mismos o a enfrentarse con suficiencia a una situación. La fortaleza o “fuerzas” deben identificarse o anotarse en la conclusión de la fase de análisis / síntesis; pueden ser usadas y reforzadas en las acciones de enfermería.

El segundo paso consiste en redactar un diagnóstico de enfermería. Este es una conclusión o el enunciado de un resumen respecto a cada problema o interés de salud.

El tercer paso es la confirmación del diagnóstico de enfermería. Hay dos etapas en la confirmación: la primera se relaciona con el conjunto o el patrón de signos y síntomas que definen el diagnóstico, esta confirmación comprende de la revisión de los datos que condujeron a la emisión del juicio y la verificación de su suficiencia y precisión; la enfermera evalúa también el fundamento científico en que se basa el diagnóstico para reforzar el grado razonable de probabilidad. Consiste en colaborar con el paciente para ratificar el diagnóstico de enfermería.

ESTRUCTURACIÓN DE LOS DIAGNÓSTICOS DE ENFERMERÍA

Para redactar un diagnóstico enfermero, el primer paso es utilizar el nombre correspondiente a la respuesta humana según las categorías diagnósticas de la N.A.N.D.A. previamente identificado por el profesional de enfermería durante el razonamiento diagnóstico.

En el caso de **diagnóstico enfermero real** “se aconseja un formato en tres partes: problema + factores relacionados (...) y datos objetivos y subjetivos”

El problema es la respuesta humana, los factores relacionados son la causa del problema (etiología), cuyo origen puede obedecer a trastornos fisiológicos, psicológicos, socioculturales, ambientales y espirituales (...)” (Iyer 1997.132) y los datos objetivos y

Proceso de Enfermería

subjetivos (características definitorias y sintomatología), son las evidencias de que el problema existe.

El problema se une a los factores relacionados con las palabras RELACIONADO CON, y éstos se unen con las características definitorias mediante la palabra MANIFESTADO POR.

Ejemplo:

Déficit de autocuidado vestido / acicalamiento RELACIONADO CON problemas en la movilidad y fuerza física (malestar general y dificultad para realizar movimientos) MANIFESTADO POR dificultad para quitarse la ropa, desvestirse y desaliño.

Para estructurar un **diagnóstico enfermero de riesgo** se emplea únicamente dos partes: problema + factores de riesgo, ya que no existen datos objetivos y subjetivos (características definitorias). Los factores de riesgo son “aquellos que predisponen a un individuo, familia o comunidad a un acontecimiento nocivo”

Ejemplo:

Riesgo de infección, RELACIONADO CON: enfermedad crónica y desnutrición.

Riesgo de intolerancia a la actividad, RELACIONADO CON: proceso de envejecimiento y estilo de vida sedentario.

En cuanto a la formulación de los **diagnósticos de salud** éstos únicamente llevan un solo elemento que es el nombre correspondiente a la respuesta humana, a la cual se le antepone las palabras “potencial de aumento de (...) o potencial de mejora de (...)”

Ejemplo:

Potencial de mejora en el afrontamiento de la comunidad.

Potencial de aumento de bienestar espiritual.

La estructura en el informe de diagnóstico es la forma en que los datos son trasladados a palabras que expliquen con precisión el estado del paciente y los problemas de salud. Las pautas son las normas en relación al formato del informe del diagnóstico. Se describen en términos de claridad (incluyendo el uso apropiado de las palabras), especificación, descripción y etiología, dirección de la intervención de la enfermería, implementación e información del estado de salud.

1. **El diagnóstico de enfermería es claro y conciso:** la claridad y el estilo conciso facilitan la comunicación entre los miembros del equipo de salud, puesto que un

Proceso de Enfermería

diagnóstico conciso, enunciado con claridad será leído y asimilado, lo contrario de un párrafo prolijo que lleva tiempo leer y descifrar.

2. **El diagnóstico de enfermería es específico, preciso y se centra en el paciente:** los diagnósticos centrados en el paciente se enuncian en términos de la respuesta del paciente a las tensiones intrapersonales, interpersonales y ambientales. El diagnóstico de enfermería no se establece en términos del ambiente, como, “la televisión interfiere con el sueño”. Un diagnóstico centrado en el paciente es “disminución del sueño en relación a la sonoridad de la televisión”
3. **El diagnóstico de enfermería puede ser un enunciado descriptivo:** este se utiliza cuando hay datos inadecuados para determinar los factores o causas contribuyentes posibles, debe ser clínicamente útil y no solo una lista de signos y síntomas. Es el enunciado de la respuesta del paciente a un “trastorno real o potencial en los procesos, patrones, funciones o desarrollo vital”
4. **El diagnóstico de enfermería puede expresarse como un enunciado etiológico:** este es un enunciado más definitivo, que incluye la respuesta del paciente (el enunciado descriptivo) así como el enunciado de los factores que contribuyen o influyen. Este último es la parte donde la enfermería puede intervenir para ayudar a aliviar o a cambiar la respuesta del paciente. Esta parte del enunciado indica la percepción de la enfermera de los factores causales probables y debe permitir la flexibilidad y la exploración. El enunciado descriptivo está unido al componente etiológico por medio de las palabras “relacionado a”, lo cual indica solo relación; no está legal o causalmente definido como “debido a”
5. **El diagnóstico de enfermería proporciona dirección para las intervenciones de enfermería:** el enunciado descriptivo por lo general implica la necesidad de datos adicionales y de planes para una valoración ulterior de áreas particulares. La cláusula etiológica es la base para planear los objetivos centrados en el paciente y las acciones de enfermería. El objetivo es mejorar o mantener la respuesta del paciente al aplicar las estrategias relacionadas con los factores contribuyentes.
6. **El diagnóstico de enfermería puede ser implementado por las intervenciones:** las intervenciones de enfermería son actividades de promoción de la salud, de educación de prevención de la enfermedad, de tratamiento de enfermería /restauración o conservación) y de referencia. La enfermera identifica todas las áreas de problemas de salud, incluyendo aquellas en las que son necesarios otros especialistas.

7. **La lista de diagnósticos de enfermería refleja el estado actual de salud del individuo:** es una recopilación de los problemas de salud del paciente que es sensible a las condiciones cambiantes. La lista puede denominarse lista de problemas, pero no es la lista de problemas médicos o de enfermería, es la lista de los problemas o intereses de salud del paciente. En ella deberán incluirse todos los problemas de salud presentes, potenciales y posibles, es decir, incluirá los problemas resueltos, los activos y los inactivos y proporcionará una visión muy condensada del estado de salud del paciente. El objetivo del paciente es participar como compañero en la información necesaria; la estrategia de enfermería es valorar u obtener los datos.

Otro enunciado de diagnóstico apropiado está en relación a la terminación o ejecución del planeamiento. Los diagnósticos pueden presentarse como “*potencial para la dependencia*” o “*potencial para no aceptar la terminación*”. Los planes son incluidos entonces en el registro del paciente y no son olvidados ni hechos en el último minuto.

Este diagnóstico puede incluir también planes para establecer estrategias para las comunicaciones interpersonales con el paciente.

ETAPA DE PLANEACIÓN

Es la tercera etapa del proceso de enfermería que inicia después de haber formulado los diagnósticos enfermeros y problemas interdependientes, y que consiste en la elaboración de estrategias diseñadas para reforzar las respuestas del cliente sano o para evitar, reducir o corregir las respuestas del cliente enfermo.

La planificación de los cuidados es el punto en que se desembocan las etapas procedentes del proceso. Es una etapa orientada esencialmente hacia la acción. Después de haber elaborado su diagnóstico de cuidados, la enfermera elabora de alguna manera, una prescripción que puede tener efectos positivos sobre el estado físico y mental del cliente y que puede reducir los efectos del problema de dependencia.

Planificar cuidados significa *establecer un plan de acción, programar sus etapas, los medios que se van a utilizar, las actividades que hay que realizar y las precauciones que hay que tomar*. En realidad se trata de organizar las intervenciones de acuerdo con una estrategia definida de antemano.

Ante todo, esta planificación debe determinar en forma precisa el objetivo que se persigue, es decir, los objetivos de los cuidados y las intervenciones que habrán de llevarse a cabo.

FUNCIONES DE ENFERMERÍA

Con fines prácticos y a partir de un “modelo de práctica clínica bifocal” en la que se requieren intervenciones de enfermería para atender las respuestas humanas como fisiopatológicas, estas pueden dividirse en: **independientes, dependientes e interdependientes.**

Las **funciones independientes:** Son aquellas actividades que se encuentran en el campo de acción específico de la enfermería, que es la predicción, prevención y tratamiento de las respuestas humanas, por lo tanto no requiere la prescripción médica.

Ejemplos:

- Medir constantes vitales y valorar al usuario.
- Controlar la temperatura por medios físicos.
- Realizar en el usuario medidas higiénicas.

Proceso de Enfermería

- Verificar la ingesta de líquidos y alimentos.

Las **funciones dependientes**: son aquellas que se realizan en colaboración con los demás integrantes del equipo sanitario, quedando incluida en este rubro la prescripción médica.

Ejemplos:

- Administración de medicamentos.
- Infusión de soluciones intravenosas.
- Obtención de muestras para exámenes de laboratorio.
- Uso de equipo para soporte respiratorio

Esta etapa se llama también “plan de intervención” o “plan de cuidados”, esta compuesta de cuatro elementos:

1. Establecer prioridades
2. Elaborar objetivos.
3. Determinar objetivos de enfermería
4. Documentar el plan de cuidados.

ESTABLECIMIENTO DE PRIORIDADES

Posterior a la valoración y etapa de diagnóstico se concluye con un número determinado de diagnósticos enfermeros y problemas interdependientes lo que hace indispensable la identificación de los problemas de salud en los cuales se debe centrar la atención, y realizar acciones inmediatas, porque representan una amenaza para la vida del usuario.

La priorización siguiendo la jerarquía de las necesidades de Maslow y Cáliz, resulta fácil cuando la enfermera sigue el orden señalado por Alfaro: (1999:116)

- Prioridad 1. Problemas que amenazan la vida e interfieren con las necesidades fisiológicas (...)
- Prioridad 2. Problemas que interfieren con la seguridad y la protección (...)
- Prioridad 3. Problemas que interfieren con el amor y la pertenencia (...)
- Prioridad 4. Problemas que interfieren con la autoestima (...)

Proceso de Enfermería

- Prioridad 5. Problemas que interfieren con la capacidad para lograr objetivos personales (...)”

Durante la priorización se emplea el pensamiento crítico, para analizar los problemas y reconocer a que prioridad pertenecen, lo que permite brindar una atención de enfermería de acuerdo a la jerarquía de las necesidades humanas. Es importante señalar que en la mayoría de las ocasiones los problemas interdependientes son prioritarios, sobre todo si el usuario se encuentra hospitalizado y grave; sin embargo, los diagnósticos enfermeros se pueden tratar en forma simultánea a los problemas interdependientes.

OBJETIVOS

Los objetivos son una parte indispensable dentro de la etapa de planeación, ya que con ellos “usted mide el éxito de un plan determinado”, al valorar el logro de los resultados. También permiten dirigir las acciones de enfermería para dar solución a los problemas de salud encontrados, y son factores de motivación al generar numerosas acciones de las enfermeras (os).

El objetivo de cuidados puede definirse como “una meta a la que se quiere que llegue el cliente”. Se trata de una intención dada a los cuidados, expresada por medio de la descripción de un comportamiento esperado en el cliente, o de un resultado que se desea obtener, después de la puesta en marcha de una serie de medidas o de intervenciones.

El objetivo de los cuidados tiene como punto de mira el comportamiento, la actitud o la acción del propio cliente. En este momento del proceso es el cliente el que está en primer plano.

El objetivo de cuidados debe permitir a la enfermera identificar con claridad el punto hacia donde desea conducir el cliente, es decir, debe describir cuál es el resultado que persigue con su acción. Para que sea así, tiene que evitar cualquier tipo de formulaciones imprecisas o vagas. Debe explicar sus objetivos en forma específica, en función del comportamiento del cliente, es decir, en función de la meta y grado de implicación que se espera de él. Estos objetivos deben ser *realistas y observables*.

Proceso de Enfermería

El sistema SPIRO es un medio mnemotécnico útil para acordarse de sus características y es el siguiente:

S. (Specificité) Especificidad o permanencia a un solo sujeto (a veces, puede aplicarse a un grupo o colectividad).

P. (Perforance) Meta o acción esperada de la persona.

I. (Implication) Implicación o nivel de compromiso personal del cliente.

R. (Realisme) Realismo. Un objetivo debe tener en cuenta la capacidad de la persona, la habilidad de la enfermera y su disponibilidad para ayudarlo a conseguirlo.

O. (Observable) Un objetivo debe orientarse hacia comportamientos o hacia acciones objetivamente apreciables y observables, que, en determinados casos, deben ser incluso mensurables.

1. Resultar del diagnóstico enfermero o problema interdependiente; es decir centrarse en dar solución al problema (*objetivo final*), y en la modificación o desaparición de los factores causales del problema o de sus efectos “Luis 1998:9) (*objetivo específico*).

Ejemplo:

Diagnóstico enfermero: Alteración del patrón del sueño, relacionado con cambios ambientales y estrés psicológico, manifestado por dificultad para conciliar el sueño.

Objetivo final:

El usuario logrará mejorar su patrón de sueño (da solución al problema).

Objetivos específicos:

El usuario mostrará mejor capacidad de adaptación a su entorno (da solución a la etiología).

El usuario realizará técnicas de relajación para la canalización de su estrés (da solución a la etiología)

Proceso de Enfermería

2. Estar dirigidos al usuario, familia o comunidad, porque en ellos se esperan los resultados; también pueden referirse a una parte del organismo o a una función, como es el caso de algunos diagnósticos enfermeros, y cuando se tratan de problemas interdependientes.

COMPONENTES DE UN OBJETIVO

Las características enunciadas anteriormente indican cómo ha de ser la composición de un objetivo; llevan a la enfermera a incluir en los objetivos que se marca determinadas precisiones esenciales.

SUJETO ÚNICO

Para que un objetivo sea específico debe orientarse hacia un solo sujeto cada vez, es decir, hacia el mismo cliente. En algunos casos, es el esposo, en otros es la familia o, en sentido más amplio, una colectividad. Debe responder a esta pregunta:

¿Quién realiza la acción?

VERBO ACTIVO O PASIVO

Generalmente se admite que la formulación de un objetivo ha de utilizar un verbo en voz activa que exprese, a ser posible, un solo comportamiento cada vez. Ejemplo: levantarse, comer, hacer flexiones de rodilla, realizar inspiraciones profundas, etc.

Esas acciones permiten responder a la pregunta:

¿Qué tiene que hacer el cliente?

Proceso de Enfermería

ELEMENTOS DESCRIPTIVOS DE LA ACCIÓN

El objetivo debe igualmente expresar de qué forma se realiza la acción del cliente. ¿Con o sin asistencia? ¿Con qué medios?

El objetivo responderá a la pregunta:

¿Cómo se hace la acción?

CRITERIOS DE LA OBSERVACIÓN

El objetivo debe expresar también criterios precisos de observación, es decir, debe determinar en que momento y en que medida debe realizarse la acción.

OBJETIVOS A CORTO, MEDIO Y LARGO PLAZO

Los objetivos describen cambios esperados en el comportamiento del cliente, pero el plazo previsto para que se lleven a cabo no tiene por qué ser necesariamente el mismo para todos. Algunos de ellos se podrán conseguir a corto plazo, en horas o en pocos días.

Objetivo a Corto plazo: Se trata de un objetivo que la cliente debe ejecutar con cierta premura y que, dentro de unos días tendrá que ser evaluado y probablemente modificado.

Puede ser más largo el plazo de espacio entre el momento de establecer el objetivo y el momento en que se acaba de realizar completamente. Los objetivos acumulados conducen poco a poco al objetivo a largo plazo fijado previamente. La utilidad de los objetivos a corto y medio plazo es innegable, ya que permiten ir fijando intervenciones a corto plazo que, en secuencia progresiva, conducirán más adelante a cambios mucho más importantes en el comportamiento del cliente.

Los planes de cuidados de enfermería son documentos que contienen: el problema de salud encontrado (diagnóstico enfermero y problemas interdependiente), objetivo (s), acciones de enfermería y evaluación. Existen dos tipos de planes de acuerdo a sus componentes: para diagnósticos enfermeros y para problemas interdependientes: la diferencia entre ambos es que uno se refiere a una respuesta humana (diagnóstico enfermero), el otro a una respuesta fisiopatológica (problema interdependiente); y que las funciones interdependientes de enfermería únicamente se incluyen en los planes de cuidados para problemas interdependientes.

Proceso de Enfermería

Son características de los planes de cuidados:

La **individualidad**, es decir cada plan debe responder a problemas y factores relacionados / riesgos específicos, la participación del usuario, la familia y comunidad en su elaboración; la **actualización** con respecto a los cambios del usuario y los avances de la enfermería como disciplina científica; la **fundamentación** científica de las acciones con fines didácticos y ser **fuentes de comunicación** entre los profesionales de la enfermería.

PLAN DE INTERVENCIÓN Y PLANIFICACIÓN DEL TRABAJO DE LA ENFERMERA (O).

El plan de cuidados es el instrumento por excelencia que tiene entre manos la enfermera en su trabajo diario. El plan de cuidados es el que orienta todas las actividades de la enfermera, tanto en relación con un cliente determinado como con el conjunto de clientes que están bajo su responsabilidad.

El plan de intervención relacionado con una persona permite a la enfermera juzgar la urgencia de sus necesidades y la importancia de sus problemas de dependencia. Le permite hacer una comparación en la situación de los demás clientes, establecer las prioridades para cada uno de ellos, y decidir cuáles son las prioridades para cada uno de ellos, decir cuáles son las prioridades que debe respetar en el curso de su jornada de trabajo.

PLAN DE INTERVENCIÓN Y COMUNICACIÓN

El sistema actual de salud presupone la presencia de numerosos profesionales que giran en torno al cliente. Cualquiera que sea la profesión a que pertenecen, todos comparten un objetivo común; el bienestar de la persona.

Es muy importante que sea posible establecer una comunicación permanente entre todos los profesionales médicos, enfermeras u otros terapeutas. Debe, por tanto, existir una fuente de información que les ponga al corriente de los cuidados en curso de cada cliente, esto se realiza a través del plan escrito de intervención. Este plan es un lugar común en el que todo el equipo de salud puede encontrar informaciones útiles para establecer el problema del cliente y una orientación común para la acción.

En consecuencia puede convertirse en *un instrumento de comunicación y de unificación de los cuidados* utilizado por todos los profesionales de salud.

Proceso de Enfermería

PLAN DE INTERVENCIÓN Y CONTINUIDAD DE LOS CUIDADOS

La mayor utilidad del plan de intervención consiste, sin duda alguna, en facilitar el seguimiento de los cuidados entre las distintas enfermeras y equipo de trabajo. En efecto, las enfermeras de los diferentes equipos de trabajo (turnos de día, de tarde y de noche) pueden, de esta forma, asegurar una línea constante de orientaciones. En este caso, el plan de intervención se convierte en el instrumento por excelencia de la continuidad de los cuidados.

PARTICIPACIÓN DEL CLIENTE Y DE LA FAMILIA

El objetivo principal de los cuidados, dentro del marco conceptual de las necesidades fundamentales, consiste en conducir al cliente a un grado de dependencia en la situación de estas necesidades.

Es pues, esencial, en la medida de lo posible que se haga colaborar al cliente en la preparación de su plan de intervención y en la elaboración del establecimiento de prioridades.

Es evidente que la situación del enfermo no siempre no lo permitirá. Pero cuando su nivel de comprensión y su fuerza física son favorables, la enfermera puede comunicar más fácilmente determinados objetivos del cliente. Es el mejor medio para comprobar que los objetivos son pertinentes, para tener seguridad de que las prioridades establecidas son adecuadas y para suscitar la colaboración del cliente para realizarlas.

Después de preparar su plan de intervención, la enfermera puede consultarlo con la persona cuidada y explicarle la importancia primordial de determinados objetivos

En cualquier caso, la enfermera debe siempre informar al cliente sobre las acciones y solicitar su consentimiento.

El plan de intervención podrá en algunas ocasiones hacerse, incluso con la absoluta colaboración del cliente. Por supuesto que no siempre es posible; tampoco siempre es lo más acertado transmitir al cliente todos los objetivos. Si hay algún peligro de que éstos le inquieten o si se cree que el cliente va a reaccionar de forma negativa, es mejor abstenerse. A la enfermera le corresponde juzgarlo.

Proceso de Enfermería

Esto se puede también aplicar a la familia y a ciertas personas próximas al cliente, que puede ser conveniente que se integran en la planificación de intervenciones o incluso que participen en los propios cuidados. En el caso de un niño o de un paciente en fase terminal, o del cliente convaleciente se debe continuar su tratamiento en casa.

INTERVENCIONES DE ENFERMERÍA

Después de haber establecido prioridades y elaborado los objetivos, la enfermera conoce ya de forma global que orientación deberán tomar sus cuidados hacia el cliente. Sin embargo, el objetivo no es más que una intención., que puede concretarse de formas diferentes.

La elección de las intervenciones permite a la enfermera determinar el tipo de acción y la forma para conseguir el comportamiento esperado en el cliente, y para conseguir su problema de dependencia. Las intervenciones pues, constituyen los gestos (acciones) que realiza ella misma para conseguir el bienestar del paciente o su mejoría. Engloban también los gestos (acciones) que ella hace ejecutar al cliente cuidado. A estas distintas acciones deben añadirse así mismo intervenciones de comunicaciones, de relación de ayuda y enseñanza al cliente.

CARACTERISTICAS DE LAS INTERVENCIONES

CREATIVIDAD

La enfermera que procede a la planificación de cuidados ha de ser imaginativa. Debe pensar en las intervenciones originales que respondan verdaderamente a las necesidades específicas del cliente. Las intervenciones que nos proponemos son, con demasiada frecuencia superficiales y estereotipadas.

PERSONALIZACIÓN

Las intervenciones deben ser personalizadas, de acuerdo con las necesidades de la persona, su edad, su cultura, la gravedad de su problema de salud, etc. Una determinada

Proceso de Enfermería

intervención puede ser muy válida para un cliente, y no convenir en absoluto a otro. Cada ser humano es único en su forma de ser y reaccionar ante la enfermedad.

SER MENSURABLES

Las intervenciones pueden ser igualmente evaluables. Es importante que sean enunciadas de forma precisa y que vayan acompañadas de elementos observables y, si es posible, mensurables. Por ejemplo:

1. Las intervenciones deben indicar a qué hora y en qué momento del día, en qué intervalo y con qué continuidad y duración deben desarrollarse las intervenciones de la enfermera.
2. Deben igualmente describir la forma en que se lleva a cabo la acción.
3. Las intervenciones deben además indicar las precauciones que se han de tomar y las consecuencias que se deben prever.
4. Las intervenciones pueden en algunos casos indicar también la calidad de relación que se debe establecer.

CONOCIMIENTOS DE APOYO EN LA PLANIFICACIÓN DE LAS INTERVENCIONES

Para conseguir las intervenciones apropiadas, la enfermera (o) debe apoyarse en todos los conocimientos de las ciencias básicas en que se fundamentan las enseñanzas de enfermería.

Por ejemplo, si la enfermera desconoce los principios básicos de hidratación, de nutrición, de física que implican las fuerzas de presión y destrucción de tejidos que influyen en la aparición de una úlcera por decúbito, difícilmente podrá planificar acciones adecuadas. Así mismo, si desconoce los principios de la relación de ayuda, le será difícil prever una intervención de relación significativa capaz de ayudar al cliente.

DOCUMENTACIÓN DEL PLAN DE CUIDADOS

Es el registro que la enfermera (o) realiza de los componentes de un plan de cuidados en un formato especial, que permite guiar las intervenciones de enfermería y registrar resultados alcanzados.

De acuerdo con su registro los planes de cuidados pueden ser individualizados, cuando se utiliza un formato dividido en columnas en donde la enfermera(o) procede a escribir el diagnóstico enfermero / problema interdependiente, objetivos acciones de enfermería y evaluación, estandarizados, en caso que estén impresos y respondan a problemas específicos, permitiendo hasta cierto punto su individualización al dejar espacios en blanco para que la enfermera(o) realice anotaciones particulares del usuario; y los computarizados, que surgen de “planes creados por ordenador” (Iyer 1997:210), que después de introducir la información del usuario, familia y comunidad ofrecen los planes de cuidados respectivos.

ETAPA DE EJECUCIÓN

La fase de ejecución de los cuidados constituye el momento de la realización del plan de intervención. En primer lugar, se encuentra el **cliente**, que lleva a cabo las acciones planificadoras para él. Por ejemplo, hace ejercicio, toma sus medicamentos, elige alimentos o responde a estímulos diferentes. Está también la **enfermera (o)** que supervisa estas acciones. Anima, informa, enseña, manifiesta su empatía, aporta su ayuda y procede a todo tipo de cuidados destinados al cliente. Sin embargo, ella no actúa sola, sino que forma parte de un equipo de cuidados de enfermería, que desarrolla un trabajo importante, asegurando la complementariedad y la eficacia de las actividades profesionales. También se pueden encontrar miembros de la **familia** del cliente, que en algunas circunstancias, colaboran en los cuidados.

PASOS DE LA EJECUCIÓN

1. Preparación
2. Intervención
3. Documentación

Antes de llevar un plan de cuidados se debe:

1. Revisar que las acciones estén de acuerdo con las características del usuario y que sean “compatibles con las intervenciones de otros profesionales de la atención sanitaria, haciéndose necesaria la revaloración”.
2. Analizar y estar seguros de que se tienen los conocimientos y habilidades necesarios para realizar las actividades planeadas, en caso de no ser así es indispensable solicitar asesoría.
3. Tener en cuenta las complicaciones que se pueden presentar al ejecutar cada actividad de enfermería.
4. Reunir el material y equipo necesario para llevar a cabo la intervención.
5. Crear un ambiente confortable y seguro para el usuario durante la realización de cada actividad.

Proceso de Enfermería

6. Delegar cuidados enfermeros que se apeguen a los cuatro puntos clave de la delegación.

INICIO DE LA INTERVENCIÓN

Posterior a la fase de preparación pueden llevarse a cabo las intervenciones de enfermería independientes e interdependientes planeadas, que incluyen: la valoración; “la prestación de cuidados para conseguir los objetivos, la educación del usuario, familia y comunidad, y la comunicación con otros miembros del equipo de atención sanitaria.” Es fundamental considerar las capacidades físicas, psicológicas y personales del usuario durante la ejecución de las acciones de enfermería, para lograr su participación e independencia.

Como las respuestas humanas y fisiopatológicas son cambiantes, es precisa la revaloración del usuario, familia y comunidad para estar seguros de que las intervenciones de enfermería son las apropiadas. Cada acción de enfermería debe ser el resultado de una valoración y de la aplicación del pensamiento crítico, por consiguiente el termino RUTINA es inadecuado, cuando se emplea la metodología del proceso de enfermería.

En cada intervención de enfermería “usted es tan responsable de los resultados emocionales como de los resultados físicos, por lo que es necesario actuar siempre, con pleno conocimiento de los principios y razones, observando atentamente la respuesta del usuario y familia.

EVALUACIÓN DE LOS CUIDADOS Y ORIENTACIÓN HACIA LA INDEPENDENCIA

EJECUCION DE LOS CUIDADOS Y RELACION ENFERMERA (O) - CLIENTE

La fase de ejecución de los cuidados es el momento más importante para el contacto con el cliente. Es el momento por excelencia para establecer una relación significativa.

Ciertas situaciones críticas, sin embargo, parecen a primera vista las menos propicias para establecer una relación. La enfermera, preocupada por la tarea que tiene que cumplir se centra en estos momentos en el problema de salud del cliente. Con frecuencia se observa que el nivel de relación entre cuidadora y persona cuidada es inversamente proporcional a la cantidad e importancia del tratamiento en curso.

Proceso de Enfermería

Hay que darse cuenta, sin embargo, de que entre mas critica es la situación del cliente, corren el riesgo de ser mayores su ansiedad y su dolor, y mayor es la necesidad que tiene del apoyo y la comprensión de la enfermera (o). Así, pues, incluso en los momentos cruciales desde el punto de vista de los cuidados, la enfermera (o) debería preocuparse de cómo esta viviendo el cliente la situación, y tener la preocupación constante de establecer con él una relación de ayuda.

COMUNICACIÓN FUNCIONAL

En el curso de su trabajo junto al cliente, la persona que cuida debe comunicarse con él en múltiples circunstancias. Debe hacerlo cuando llega al hospital; cuando realiza la entrevista para la recopilación de datos; y en todo el proceso de la ejecución de los cuidados de él, explicándole la rutina de la unidad, informándole de los tratamientos, de las exploraciones y de las intervenciones al que ha de someterse; y, finalmente, cuando el enfermo se marcha, preparándole y proporcionándole todo lo que necesita. Esta comunicación debe ser clara, eficaz y expresiva.

La comunicación verbal, no verbal y el tacto desempeñan un papel importante la actitud de escucha, el arte de hacer preguntas y de responderlas, centrando la atención del cliente, son algunas de las características de esta forma de comunicación, que ha de presidir los intercambios diarios entre la enfermera (o) y el cliente.

RELACION DE AYUDA

Las diversas situaciones que experimenta el ser humano en el curso de su vida llevan a unos hacia una regresión y a otros a un crecimiento. Según Carkhuff, no existen en la vida momentos neutros. Un problema de salud, con todas las dificultades que los rodea, constituye un periodo de crisis, determinante para el individuo, ya que su desarrollo depende, en cierta medida, de lo que él haga frente a este problema o de lo que se hace por él para ayudarlo. En estos momentos, la persona mas indicada para prestar ayuda sin duda alguna es la enfermera (o). Consiste en establecer un clima de confianza de aceptación, de respeto y de comprensión. No consiste en aconsejar al cliente si no en apoyarle en sus dificultades.

La relación de ayuda es un instrumento diario para la enfermera (o), frente al sufrimiento, a la tristeza, la soledad, o la depresión que descubre en sus clientes.

Proceso de Enfermería

ELEMENTOS DE INTERVENCIÓN

La enfermera(o) debe aplicar los tratamientos y los cuidados que pueden aliviar a la persona enferma y aportarle un poco más confort y bienestar. Posee igualmente toda una gama de técnicas agradables, tomadas de la relación holística, que pueden servir de gran ayuda al cliente: la relajación, la visualización y otras técnicas de aplicación mental, la acupresura, los masajes de todo tipo y el tacto terapéutico entre otras. Mas sin esa presencia de calidad y esa comunicación con la persona que aporta la relación de ayuda, todos esos cuidados pueden resultar ilusorios.

COMUNICACIÓN PEDAGÓGICA

La ejecución de los cuidados constituye para la enfermera un momento privilegiado para informar al enfermo sobre su problema de salud, su tratamiento, o incluso sobre ciertos hábitos de su vida que son poco aptos para satisfacer sus necesidades fundamentales. La enseñanza puede hacerse de manera informal durante los cuidados de higiene en el momento de realizar los tratamientos; también pueden llevarse a cabo de forma más estructurada (un curso).

DOCUMENTACIÓN DE LA EJECUCIÓN

Es el registro que realiza la enfermera (o) en las notas de enfermería, en calidad de documento legal permanente del usuario y como requisito indispensable en todas las instituciones de salud.

Son propósitos de los registros de enfermería: *mantener* informados a otros profesionales de la salud sobre datos de valoración del usuario, cuidados proporcionados y respuestas del usuario / familia; *ser* “base para la evaluación, investigación y mejora de la calidad de los cuidados”; *respaldar* legalmente las actuaciones de la enfermera (o) y *servir* para estimar “el pago de los servicios prestados”

Existe gran diversidad de los registros de enfermería por obedecer a requisitos particulares de cada unidad de atención para el cuidado de la salud; sin embargo, estos deben reunir ciertas características universales como son: fecha y hora; datos de valoración,

Proceso de Enfermería

intervenciones de enfermería; resultados obtenidos y nombre /firma de la enfermera (o). Asimismo las notas deben ser concisas, claras completas, legibles, relevantes y oportunas.

ETAPA DE EVALUACIÓN

La última etapa del proceso la constituye la evaluación de los cuidados prodigados al cliente. Se trata de una etapa difícil, por que en ella hay que conjugar un conjunto de elementos humanos particularmente complejos. Consiste en emitir un juicio sobre el trabajo de la enfermera (o) en relación con los resultados obtenidos, se trata, en realidad de interrogatorios y una reflexión que se hace sobre el conjunto de acciones y orientaciones decididas por la enfermera.

La evaluación es una condición absoluta de la calidad de los cuidados. En efecto, ¿cómo se puede comprobar la eficacia y la adecuación de los cuidados sin una retrospección? Además, si las intervenciones planificadas no han conseguido su objetivo, ¿Cómo saber el porque y como corregir la situación? Esta etapa del proceso constituye, pues, un elemento esencial del trabajo de la enfermera.

¿CUÁNDO EVALUAR?

Esta etapa tan importante del desarrollo del proceso de cuidados debe hacerse regularmente, aun que los intervalos pueden ser diferentes. Generalmente es el objetivo el que indica el ritmo con que debe hacerse la evaluación.

¿QUÉ EVALUAR?

Al proceso de la evaluación, es necesario preguntarse en qué se ha de centrar la evaluación en cada etapa. Existen varios modelos. El que nosotros proponemos se centra en dos aspectos de la relación del cliente a sus cuidados, es decir, en los resultados obtenidos o los cambios obtenidos y la satisfacción del propio cliente. El desarrollo seguido por el proceso científico constituye el tercer elemento que se ha de considerar.

¿COMO EVALUAR?

En resumen la evaluación se lleva acabo por medio de una reflexión y un cuestionamiento sobre la respuesta del cliente a los cuidados de enfermería. Todas las preguntas se formulan a partir de un punto de referencia, que es el objetivo de los cuidados.

DIFERENCIA ENTRE LA EVALUACIÓN DEL PROCESO Y LA EVALUACIÓN DE LOS CUIDADOS

La evaluación del proceso de cuidados de enfermería no constituye en si misma la evaluación de los cuidados, ya que esta ultima es mucha mas amplia. En efecto, esta abarca toda la planificación del conjunto de cuidados que dispensa la enfermera (o), es decir, la calidad técnica y de relación manifestada a lo larga de su ejecución, la capacidad de la enfermera (o) para trabajar en equipo, la relación correcta de las historias, etc. El proceso, situado dentro de cualquiera de los marcos conceptuales, constituye un instrumento excepcional para proceder a esta evaluación. Se podría incluso afirmar que la enfermera (o) que domina bien el proceso esta ya en posesión de la reflexión, el rigor científico y la preocupación por la persona, para aplicar unos cuidados de enfermería de calidad.

Cuando los resultados no son los esperados o simplemente no hay una respuesta satisfactoria, la enfermera (o) debe de revisar cada una de las etapas del proceso, detectar posibles fallas y proceder a corregirlas. Para el desarrollo de esta actividad “la enfermera (o) y el paciente deben determinar el progreso o la falta de progreso hacia la realización de sus metas en forma conjunta, identificando obstáculos y estrategias.

La evaluación es compleja, sin embargo, al emplear la metodología del proceso de enfermería se facilita por ser sistemática y continua, ya que brinda una base cognoscitiva para la práctica autónoma de la enfermería y requiere de la interrelación con el usuario y su familia.

Proceso de Enfermería

REVALORACIÓN DEL PLAN DE ATENCIÓN

Revalorar: el proceso de cambiar o eliminar diagnósticos de enfermería previos, objetivos y acciones en base a nuevos datos del paciente.

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

Suele haber varios resultados al revalorarse los planes de atención:

1. Las prioridades pueden cambiar y los problemas ya identificados en el diagnóstico de enfermería tendrán que colocarse en orden diferente.
2. Los nuevos datos tendrán que indicar que hay un nuevo problema y la enfermera entonces redactará otro nuevo diagnóstico con sus objetivos y establecerá nuevas acciones específicas.
3. La enfermera puede decidir que el objetivo se logro y el problema que se había establecido en el diagnóstico, ha desaparecido. Documentará entonces esta evaluación y el plan de atención concluirá para este problema.
4. La enfermera puede decidir que el objetivo se logro pero el problema aun existe. Cambiará entonces el objetivo y/o las acciones y continuará con el (a) paciente hasta aliviar o disminuir el problema. La revaloración requiere elaborar el siguiente objetivo progresivo con las acciones correspondientes para suplir el objetivo que apenas se alcanzo. La revaloración terminaría solamente si el objetivo a largo plazo se alcanza y el problema que se identificó en el diagnóstico se elimina por completo.
5. La enfermera puede decidir que el objetivo no se logró o solo se alcanzó en forma parcial. Hay varias razones que explicarían el por qué no se logró y la revaloración es necesaria para identificar y confiar en corregir el plan:
 - a) El diagnóstico del cual se deriva el objetivo puede ser inadecuado y requiere de corrección.

Proceso de Enfermería

- b) El diagnóstico puede ser el adecuado, pero el objetivo irreal para las capacidades del paciente. La enfermera (o) revisará entonces el objetivo y las acciones, según sea necesario.
- c) Si el diagnóstico y el objetivo fueron apropiados, las acciones de enfermería pueden no ser adecuadas para alcanzar dicho objetivo. La revaloración comprende la elección de las acciones más efectivas que modifiquen el plan de atención.
- d) Pueden ser apropiados el diagnóstico, el objetivo y las acciones de enfermería, pero las circunstancias del hospital cambiaron o el estado del paciente se modificó, o se indicaron nuevas órdenes médicas en oposición con el plan de enfermería. Todos estos cambios requieren la revaloración completa del plan para adecuarlo al estado general del paciente.

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

RESULTADOS

TABLA 1

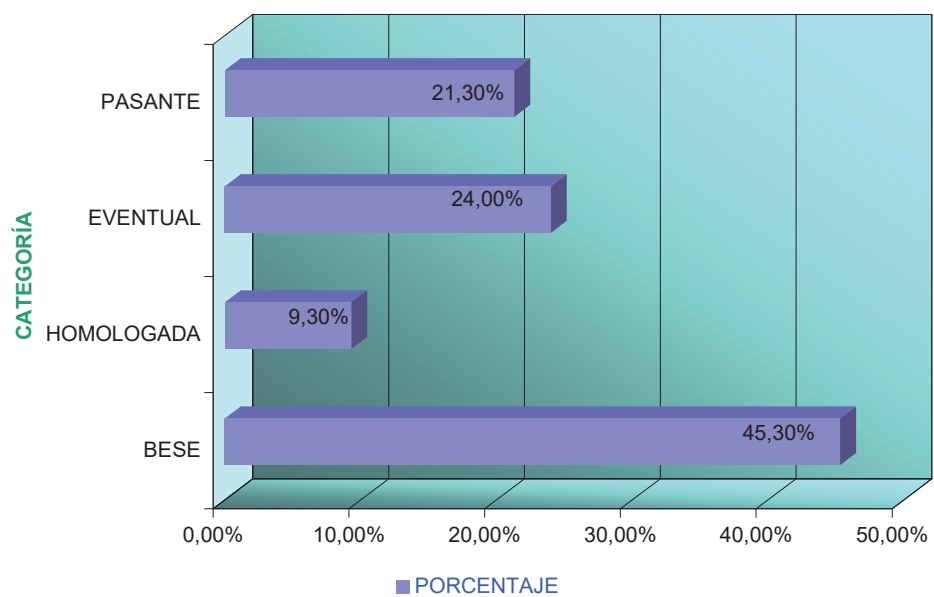
CATEGORÍA DE LAS ENFERMERAS QUE LABORAN EN EL HOSPITAL INFANTIL DE MORELIA., MICH.

CATEGORÍA	FRECUENCIA	PORCENTAJE
BASE	34	45.3%
HOMOLOGADA	7	9.3%
EVENTUAL	18	24.0%
PASANTE	16	21.3%
TOTAL	75	100%

FUENTE: ENCUESTA REALIZADA A LAS ENFERMERAS QUE LABORAN EN EL HOSPITAL INFANTIL DE MORELIA, MAYO DEL 2005.

GRAFICA 1

CATEGORÍA DE LAS ENFERMERAS QUE LABORAN EN EL HOSPITAL INFANTIL DE MORELIA



FUENTE: ENCUESTA REALIZADA A LAS ENFERMERAS QUE LABORAN EN EL HOSPITAL INFANTIL DE MORELIA, MAYO DEL 2005.

TABLA 2

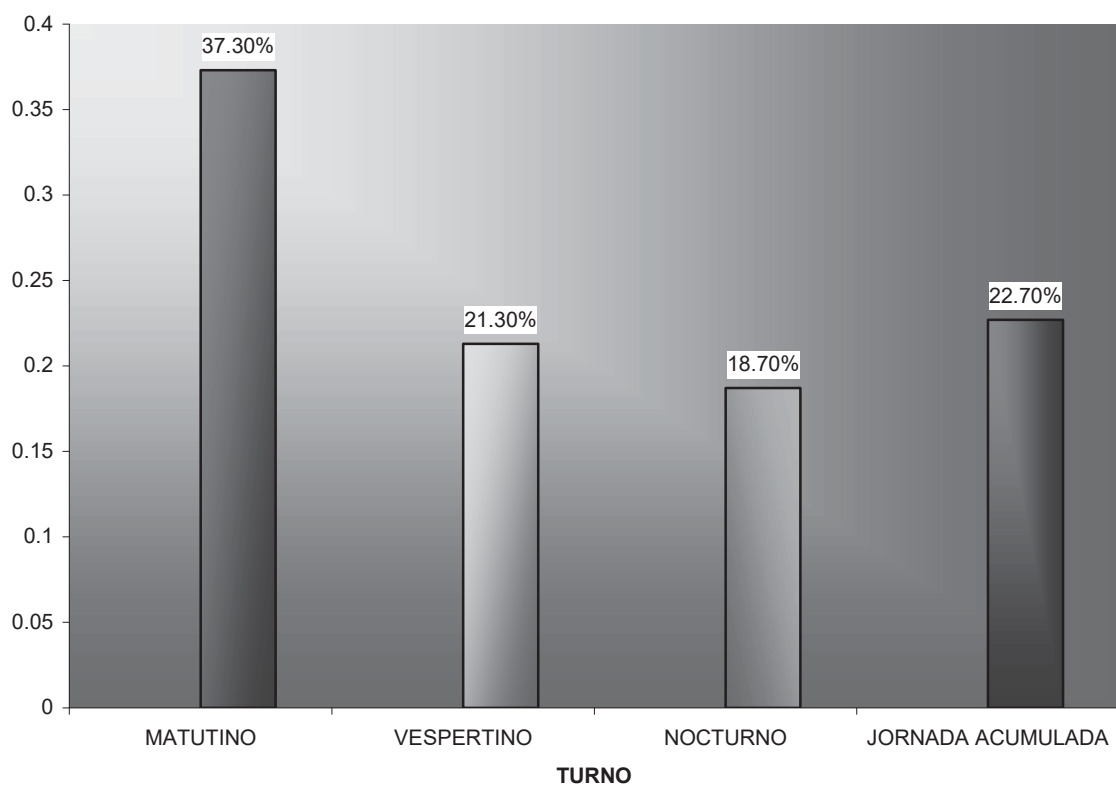
TURNOS DE LAS ENFERMERAS (OS) QUE LABORAN EN EL HOSPITAL INFANTIL DE MORELIA, MICH.

TURNOS	FRECUENCIA	PORCENTAJE
MATUTINO	28	37.3%
VESPERTINO	16	21.3%
NOCTURNO	14	18.7%
JORNADA ACUMULADA	17	22.7%
TOTAL	75	100%

FUENTE: ENCUESTA REALIZADA A LAS ENFERMERAS QUE LABORAN EN EL HOSPITAL INFANTIL DE MORELIA, MAYO DEL 2005.

GRAFICA 2

TURNOS DE LAS ENFERMERAS QUE LABORAN EN EL HOSPITAL INFANTIL



FUENTE: ENCUESTA REALIZADA A LAS ENFERMERAS QUE LABORAN EN EL HOSPITAL INFANTIL DE MORELIA, MAYO DEL 2005.

TABLA 3

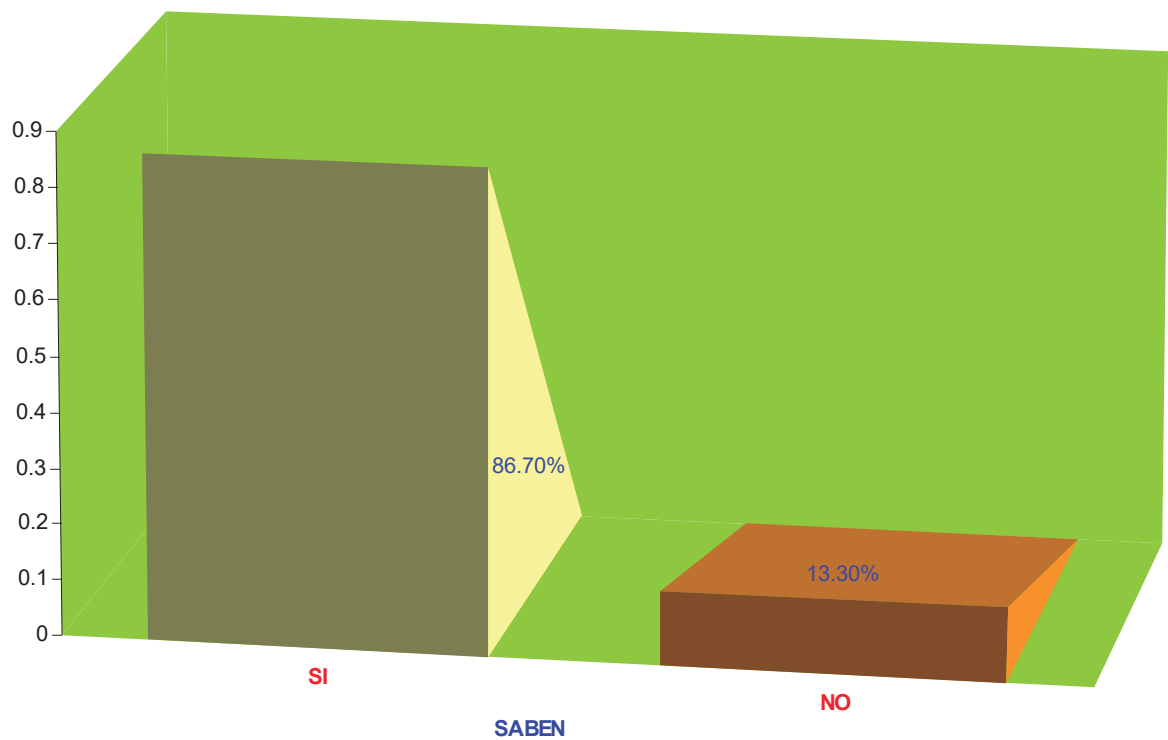
FRECUENCIA DE LAS ENFERMERAS QUE SABEN QUE ES EL PROCESO DE ENFERMERÍA

SABEN	FRECUENCIA	PORCENTAJE
SI	65	86.7%
NO	10	13.3%
TOTAL	75	100%

FUENTE: ENCUESTA REALIZADA A LAS ENFERMERAS QUE LABORAN EN EL HOSPITAL INFANTIL DE MORELIA, MAYO DEL 2005.

GRAFICA 3

ENFERMERAS DEL HOSPITAL INFANTIL DE MORELIA QUE SABEN QUE ES EL PROCESO DE ENFERMERÍA



FUENTE: ENCUESTA REALIZADA A LAS ENFERMERAS QUE LABORAN EN EL HOSPITAL INFANTIL DE MORELIA, MAYO DEL 2005.

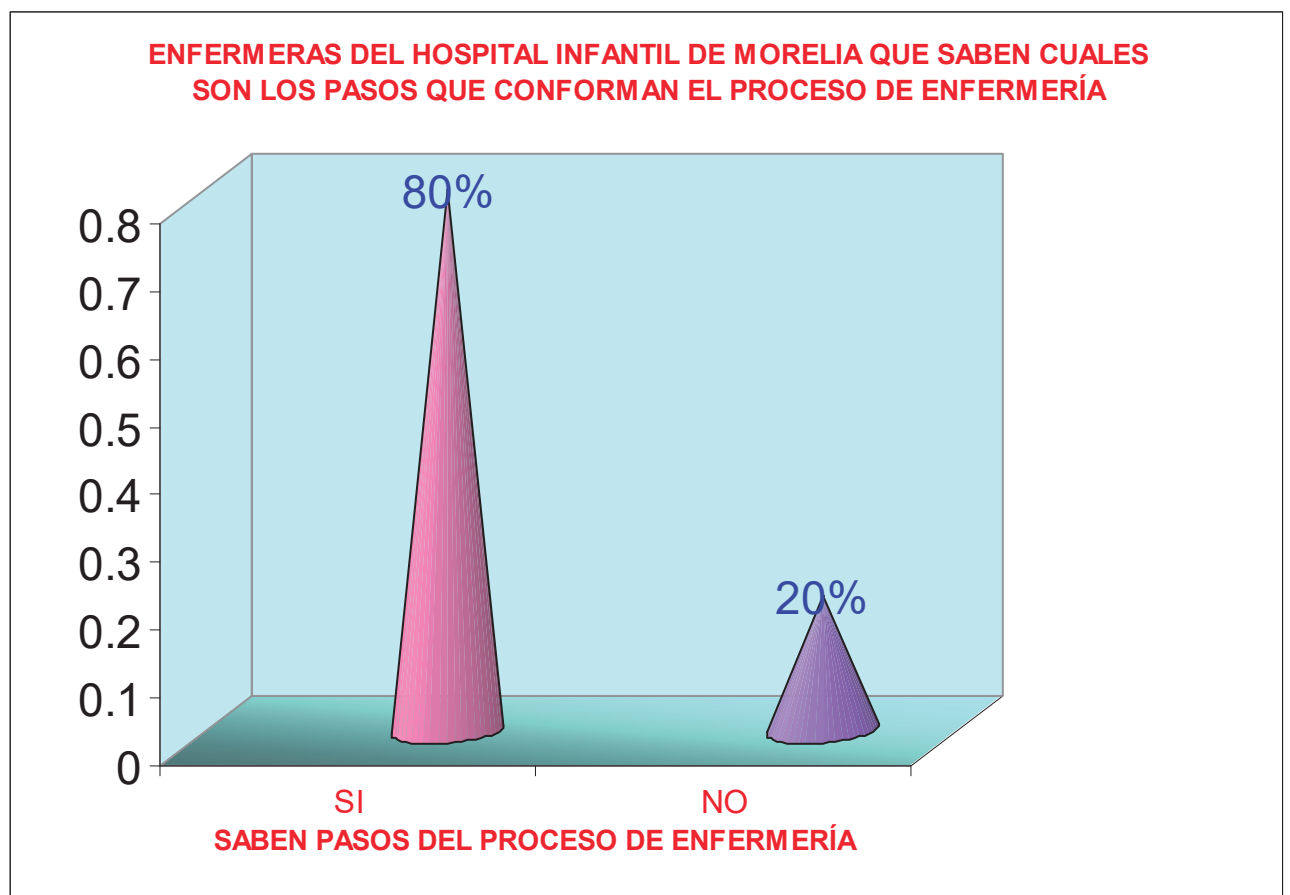
TABLA 4

ENFERMERAS QUE SABEN CUALES SON LOS PASOS QUE CONFORMAN EL PROCESO DE ENFERMERÍA

SABEN	FRECUENCIA	PORCENTAJE
SI	60	80%
NO	15	20%
TOTAL	75	100%

FUENTE: ENCUESTA REALIZADA A LAS ENFERMERAS QUE LABORAN EN EL HOSPITAL INFANTIL DE MORELIA, MAYO DEL 2005.

GRAFICA 4



FUENTE: ENCUESTA REALIZADA A LAS ENFERMERAS QUE LABORAN EN EL HOSPITAL INFANTIL DE MORELIA, MAYO DEL 2005.

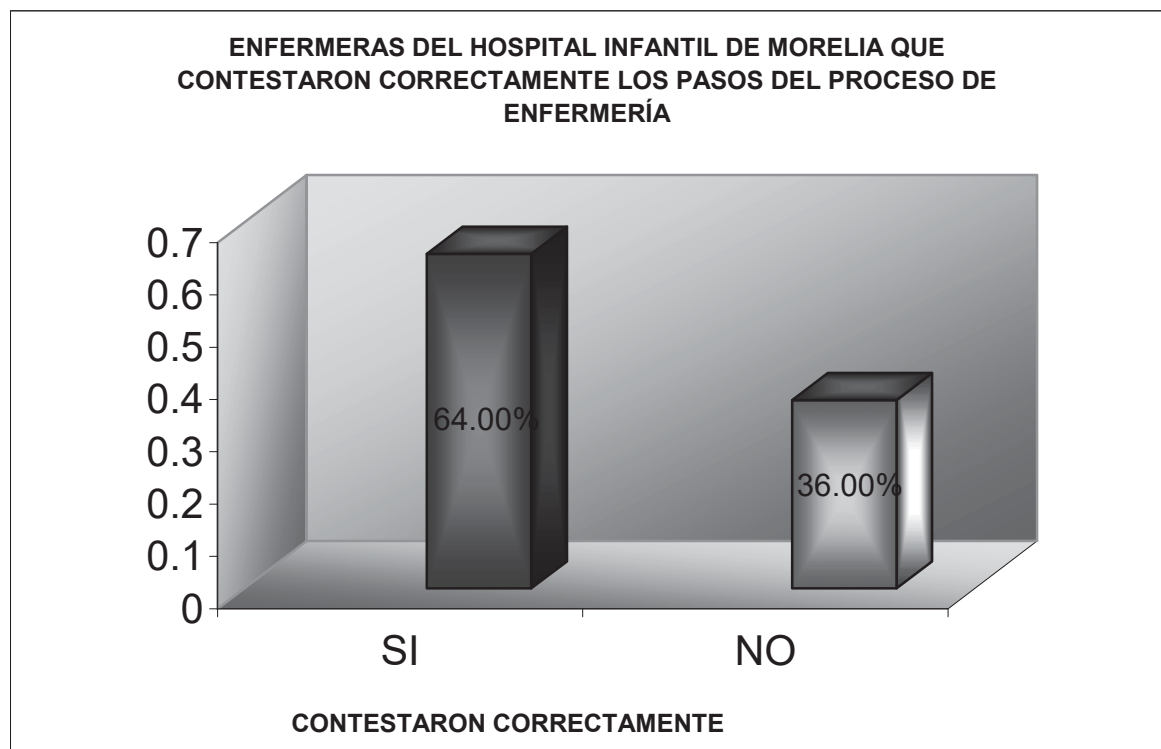
TABLA 5

**ENFERMERAS DEL HOSPITAL INFANTIL DE MORELIA QUE
MENCIONARON CORRECTAMENTE LOS PASOS DEL PROCESO DE
ENFERMERÍA**

CORRECTO	FRECUENCIA	PORCENTAJE
SI	48	64.0%
NO	27	36.0%
TOTAL	75	100%

FUENTE: ENCUESTA REALIZADA A LAS ENFERMERAS QUE LABORAN EN EL HOSPITAL INFANTIL DE MORELIA, MAYO DEL 2005.

GRAFICA 5



FUENTE: ENCUESTA REALIZADA A LAS ENFERMERAS QUE LABORAN EN EL HOSPITAL INFANTIL DE MORELIA, MAYO DEL 2005.

TABLA 6

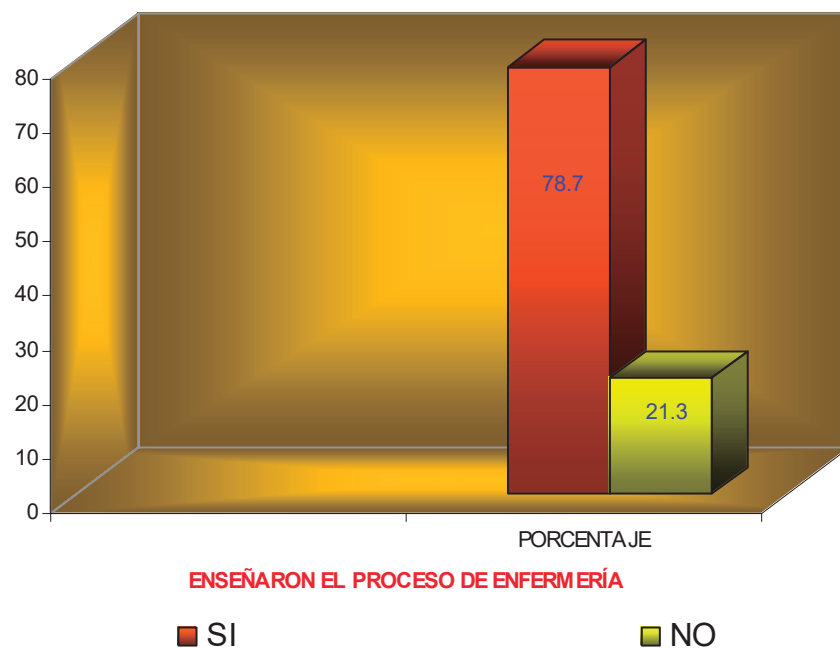
FRECUENCIA DE LAS ENFERMERAS QUE LABORAN EN EL HOSPITAL INFANTIL DE MORELIA., MICH QUE LES ENSEÑARON EN LA ESCUELA DE DONDE EGRESARON A APLICAR EL PROCESO DE ENFERMERIA

ENSEÑARON	FRECUENCIA	PORCENTAJE
SI	59	78.7%
NO	16	21.3%
TOTAL	75	100%

FUENTE: ENCUESTA REALIZADA A LAS ENFERMERAS QUE LABORAN EN EL HOSPITAL INFANTIL DE MORELIA, MAYO DEL 2005.

GRAFICA 6

ENFERMERAS DEL HOSPITAL INFANTIL DE MORELIA QUE LES ENSEÑARON EN LA ESCUELA DONDE EGRESARON EL PROCESO DE ENFERMERÍA



FUENTE: ENCUESTA REALIZADA A LAS ENFERMERAS QUE LABORAN EN EL HOSPITAL INFANTIL DE MORELIA, MAYO DEL 2005.

TABLA 7

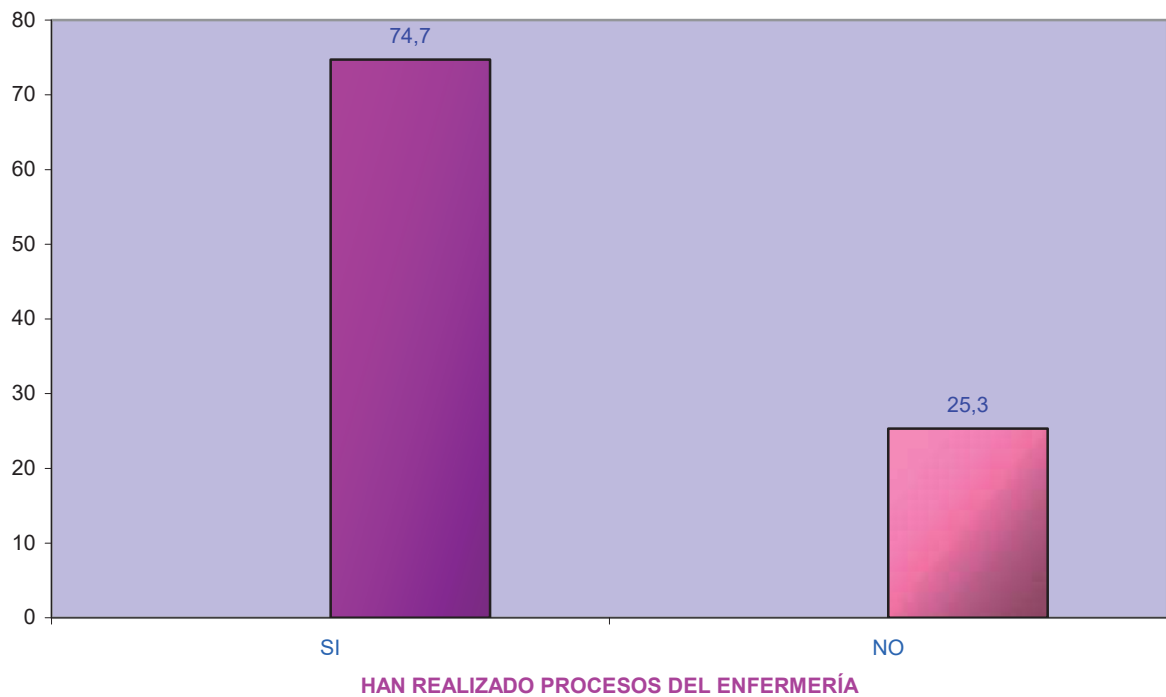
FRECUENCIA DE LAS ENFERMERAS QUE LABORAN EN EL HOSPITAL INFANTIL DE MORELIA QUE DICEN HAN REALIZADO PROCESOS DE ENFERMERÍA

HAN REALIZADO	FRECUENCIA	PORCENTAJE
SI	56	74.7%
NO	19	25.3%
TOTAL	75	100%

FUENTE: ENCUESTA REALIZADA A LAS ENFERMERAS QUE LABORAN EN EL HOSPITAL INFANTIL DE MORELIA, MAYO DEL 2005.

GRAFICA 7

ENFERMERAS DEL HOSPITAL INFANTIL DE MORELIA QUE HAN REALIZADO PROCESOS DE ENFERMERÍA



FUENTE: ENCUESTA REALIZADA A LAS ENFERMERAS QUE LABORAN EN EL HOSPITAL INFANTIL DE MORELIA, MAYO DEL 2005.

TABLA 8

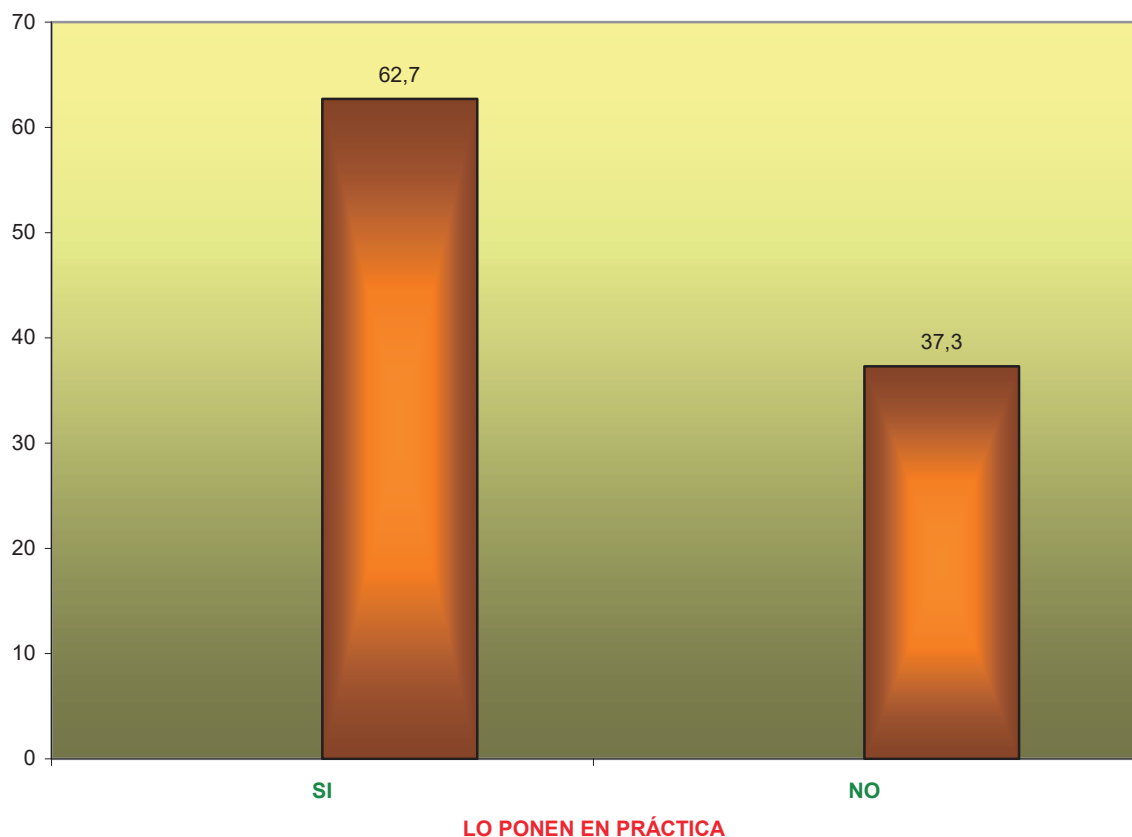
FRECUENCIA DE LAS ENFERMERAS QUE LABORAN EN EL HOSPITAL INFANTIL DE MORELIA, MICH. QUE HAN APLICADO O PUESTO EN PRACTICA AL MENOS UNA VEZ, EL PROCESO DE ENFERMERÍA.

HAN APLICADO	FRECUENCIA	PORCENTAJE
SI	47	62.7%
NO	28	37.3%
TOTAL	75	100%

FUENTE: ENCUESTA REALIZADA A LAS ENFERMERAS QUE LABORAN EN EL HOSPITAL INFANTIL DE MORELIA, MAYO DEL 2005.

GRAFICA 8

ENFERMERAS DEL HOSPITAL INFANTIL DE MORELIA QUE HAN PUESTO EN PRACTICA EL PROCESO DE ENFERMERÍA AL MENOS UNA VEZ.



FUENTE: ENCUESTA REALIZADA A LAS ENFERMERAS QUE LABORAN EN EL HOSPITAL INFANTIL DE MORELIA, MAYO DEL 2005.

TABLA 9

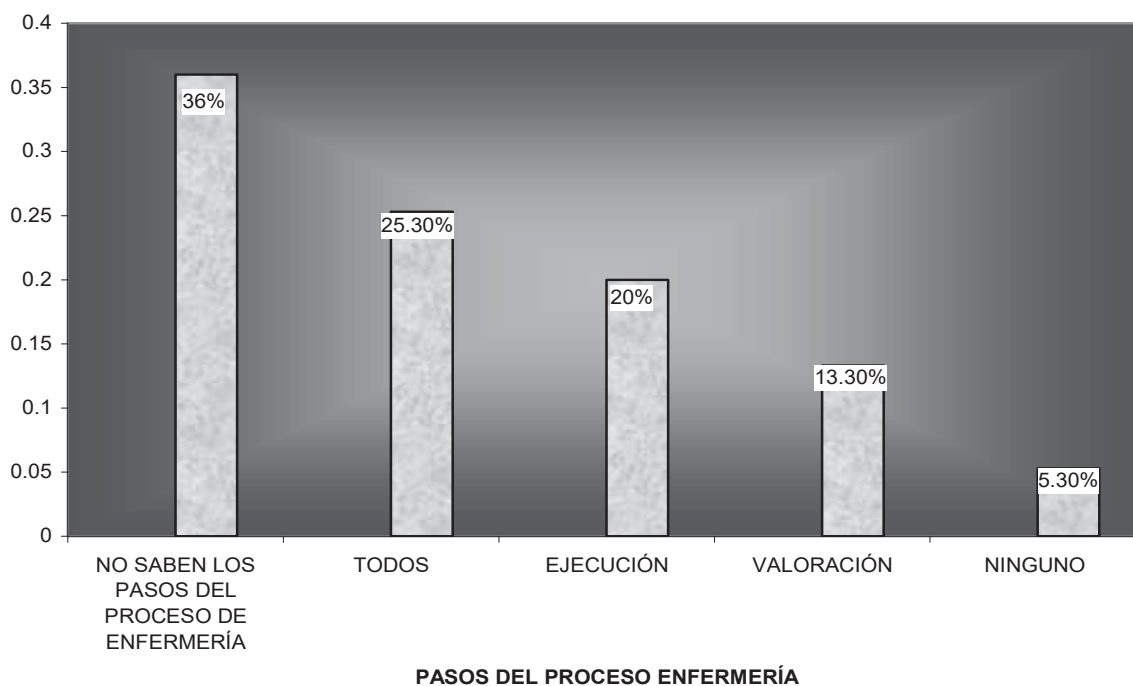
FRECUENCIA DE LA ETAPA DEL PROCESO DE ENFERMERÍA QUE PONEN MÁS EN PRÁCTICA LAS ENFERMERAS DEL HOSPITAL INFANTIL DE MORELIA.

ETAPA QUE PRACTICAN MAS	FRECUENCIA	PORCENTAJE
NO SABEN LOS PASOS DEL PROCESO DE ENFERMERÍA	27	36%
TODOS	19	25.3%
EJECUCIÓN	15	20%
VALORACIÓN	10	13.3%
NINGUNO	4	5.3%
TOTAL	75	100%

FUENTE: ENCUESTA REALIZADA A LAS ENFERMERAS QUE LABORAN EN EL HOSPITAL INFANTIL DE MORELIA, MAYO DEL 2005.

GRAFICA 9

PASOS DEL PROCESO DE ENFERMERÍA QUE PRACTICAN MAS LAS ENFERMERAS DEL HOSPITAL INFANTIL DE MORELIA



FUENTE: ENCUESTA REALIZADA A LAS ENFERMERAS QUE LABORAN EN EL HOSPITAL INFANTIL DE MORELIA, MAYO DEL 2005.

TABLA 10

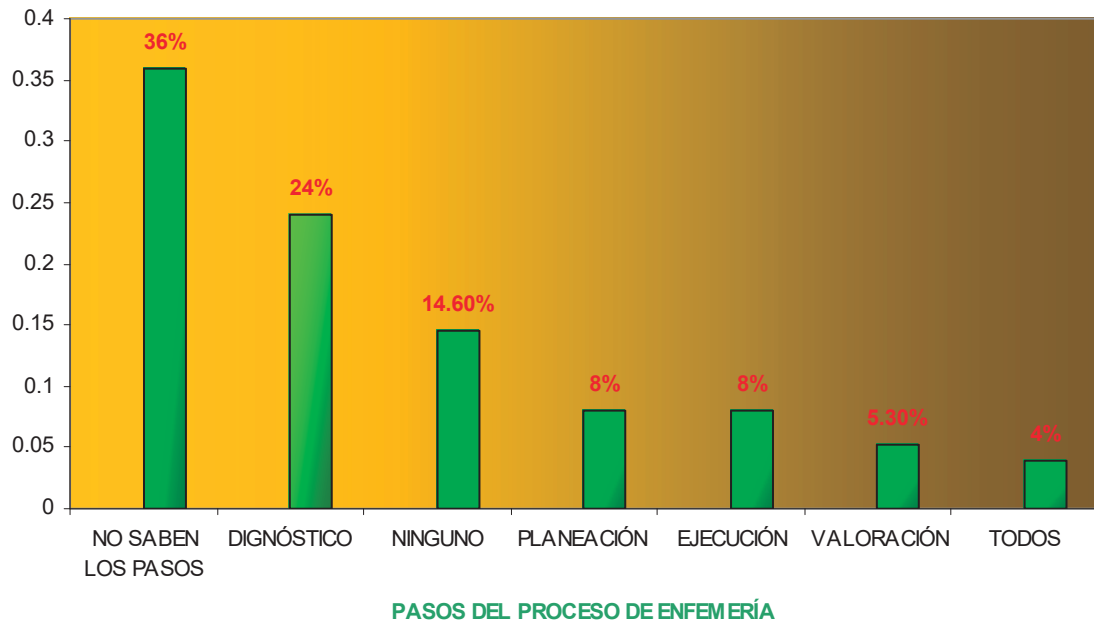
FRECUENCIA DE LA ETAPA DEL PROCESO DE ENFERMERÍA QUE A LAS ENFERMERAS DEL HOSPITAL INFANTIL SE LES COMPLICA MÁS

ETAPA QUE SE LES COMPLICA MAS	FRECUENCIA	PORCENTAJE
NO SABEN LOS PASOS	27	36%
DIGNÓSTICO	18	24%
NINGUNO	11	14.6%
PLANEACIÓN	6	8%
EJECUCIÓN	6	8%
VALORACIÓN	4	5.3%
TODOS	3	4%
TOTAL	75	100%

FUENTE: ENCUESTA REALIZADA A LAS ENFERMERAS QUE LABORAN EN EL HOSPITAL INFANTIL DE MORELIA, MAYO DEL 2005.

GRAFICA 10

PASOS DEL PROCESO DE ENFERMERÍA QUE SE LES COMPLICA MÁS A LAS ENFERMERAS DEL HOSPITAL INFANTIL DE MORELIA



FUENTE: ENCUESTA REALIZADA A LAS ENFERMERAS QUE LABORAN EN EL HOSPITAL INFANTIL DE MORELIA, MAYO DEL 2005.

TABLA 11

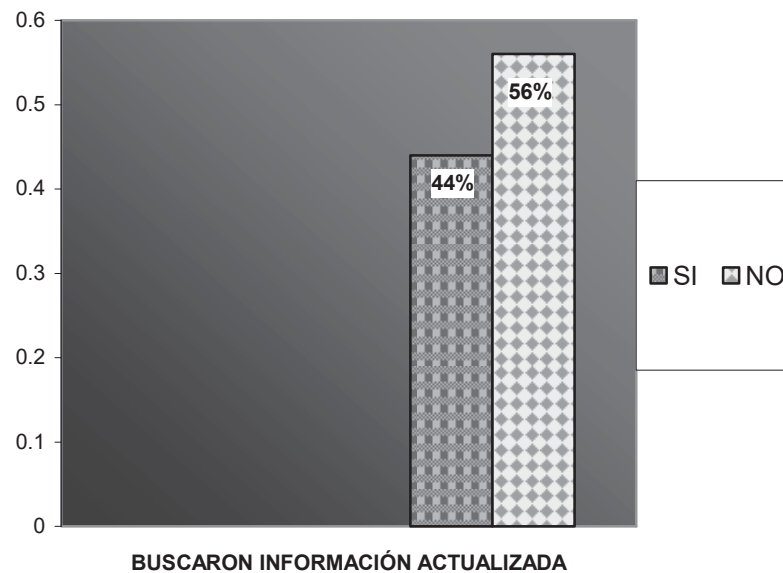
FRECUENCIA DE ENFERMERAS QUE LABORAN EN EL HOSPITAL INFANTIL QUE SE HAN INTERESADO EN BUSCAR INFORMACIÓN ACTUALIZADA DEL PROCESO DE ENFERMERÍA

SE HAN INTERESADO	FRECUENCIA	PORCENTAJE
SI	33	44%
NO	42	56%
TOTAL	75	100%

FUENTE: ENCUESTA REALIZADA A LAS ENFERMERAS QUE LABORAN EN EL HOSPITAL INFANTIL DE MORELIA, MAYO DEL 2005.

GRAFICA 11

ENFERMERAS DEL HOSPITAL INFANTIL DE MORELIA QUE SE HAN INTERESADO EN BUSCAR INFORMACIÓN ACTUALIZADA SOBRE EL PROCESO DE ENFERMERÍA



FUENTE: ENCUESTA REALIZADA A LAS ENFERMERAS QUE LABORAN EN EL HOSPITAL INFANTIL DE MORELIA, MAYO DEL 2005.

TABLA 12

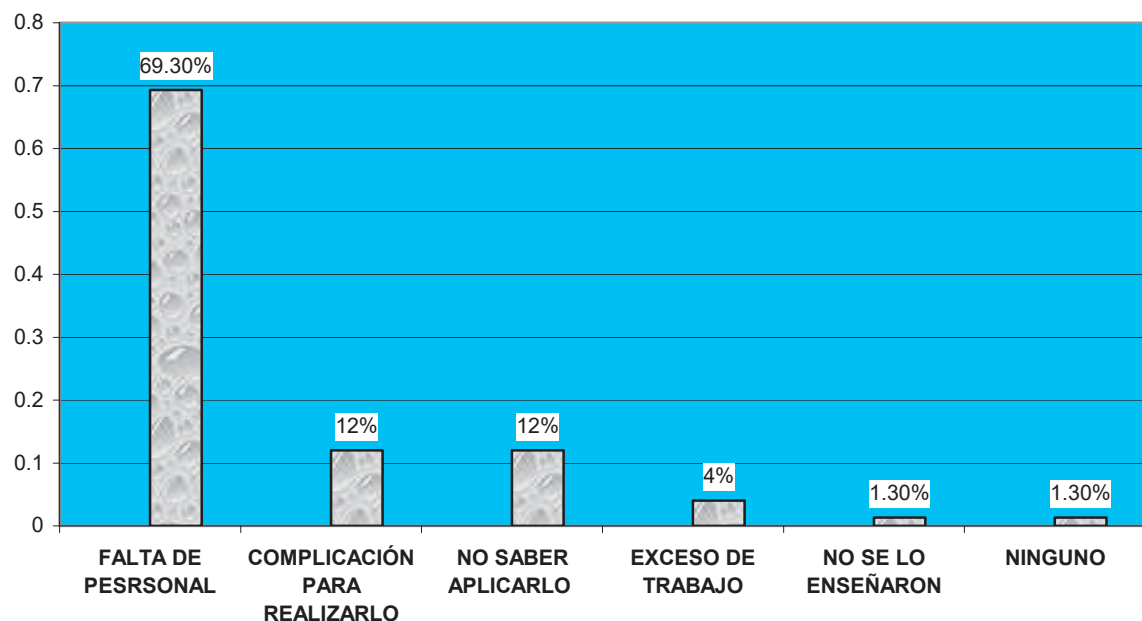
CAUSAS MAS FRECUENTES POR LAS QUE LAS ENFERMERAS DEL HOSPITAL INFANTIL DE MORELIA NO APLICAN CORRECTAMENTE EL PROCESO DE ENFERMERÍA

CAUSAS	FRECUENCIA	PORCENTAJE
FALTA DE PESRSONAL	52	69.3%
COMPLICACIÓN PARA REALIZARLO	9	12%
NO SABER APLICARLO	9	12%
EXCESO DE TRABAJO	3	4%
NO SE LO ENSEÑARON	1	1.3%
NINGUNO	1	1.3%
TOTAL	75	100%

FUENTE: ENCUESTA REALIZADA A LAS ENFERMERAS QUE LABORAN EN EL HOSPITAL INFANTIL DE MORELIA, MAYO DEL 2005.

GRAFICA 12

CAUSAS POR LAS QUE LAS ENFERMERAS DEL HOSPITAL INFANTIL DE MORELIA CREEN QUE NO SE APLICA CORRECTAMENTE EL PROCESO DE ENFERMERÍA



FUENTE: ENCUESTA REALIZADA A LAS ENFERMERAS QUE LABORAN EN EL HOSPITAL INFANTIL DE MORELIA, MAYO DEL 2005.

TABLA 13

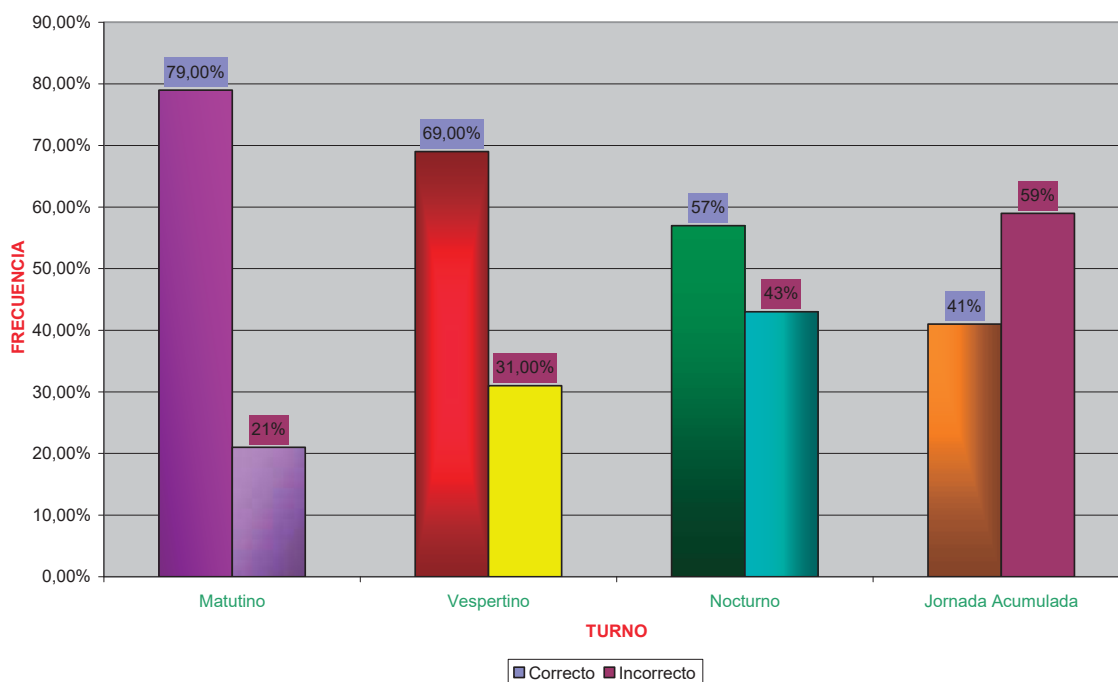
FRECUENCIA DEL TURNO QUE CONTESTO CORRECTA E INCORRECTAMENTE LOS PASOS DEL PROCESO DE ENFERMERÍA EN EL HOSPITAL INFANTIL DE MORELIA, MICH.

Mencionaron pasos	Matutino	%	vespertino	%	Nocturno	%	Jornada Acum.-lada	%
Correcto	22	78.6%	11	68.8%	8	57%	7	41%
Incorrecto	6	21.4%	5	31.2%	6	43%	10	59%
Total	28	100%	16	100%	14	100%	17	100%

FUENTE: ENCUESTA REALIZADA A LAS ENFERMERAS QUE LABORAN EN EL HOSPITAL INFANTIL DE MORELIA, MAYO DEL 2005.

GRAFICA 13

FRECUENCIA DEL TURNO QUE CONTESTO CORRECTAMENTE LOS PASOS DEL PROCESO DE ENFERMERÍA EN EL HOSPITAL INFANTIL DE MORELIA



FUENTE: ENCUESTA REALIZADA A LAS ENFERMERAS QUE LABORAN EN EL HOSPITAL INFANTIL DE MORELIA, MAYO DEL 2005.

TABLA 14

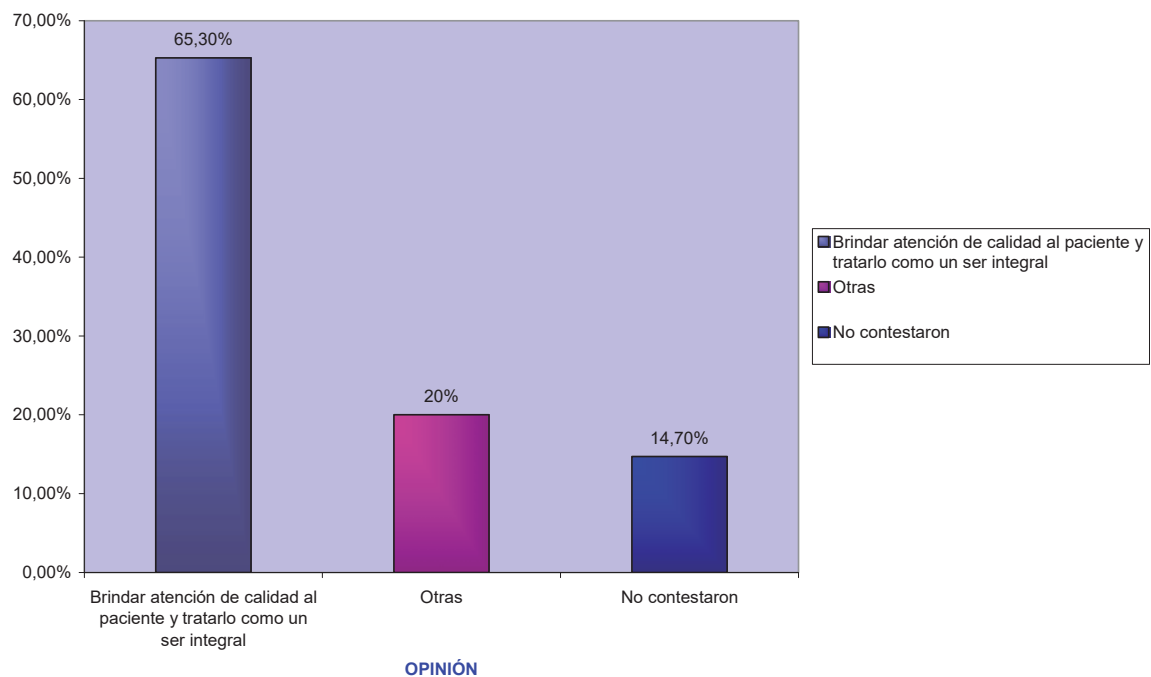
**OPINIÓN DE LAS ENFERMERAS DEL HOSPITAL INFANTIL DE MORELIA
ACERCA DE LA IMPORTANCIA QUE TIENE EL PROCESO DE
ENFERMERÍA.**

OPINIÓN	FRECUENCIA	PORCENTAJE
Brindar atención de calidad al paciente y tratarlo como un ser integral	49	65.3%
Otras	15	20%
No contestaron	11	14.7%
Total	75	

FUENTE: ENCUESTA REALIZADA A LAS ENFERMERAS QUE LABORAN EN EL HOSPITAL INFANTIL DE MORELIA, MAYO DEL 2005.

GRÁFICA 14

**OPINIÓN DE LAS ENFERMERAS DEL HOSPITAL INFANTIL DE MORELIA ACERCA DE LA
IMPORTANCIA DEL PROCESO DE ENFERMERÍA**



FUENTE: ENCUESTA REALIZADA A LAS ENFERMERAS QUE LABORAN EN EL HOSPITAL INFANTIL DE MORELIA, MAYO DEL 2005.

RESULTADOS

Al preguntar al personal de enfermería si saben que es el proceso de enfermería, el 86.7% contestó que sí sabe, mientras un 13.3% dijo no saberlo.

El 80% de las enfermeras(os) participantes en la investigación mencionó que sabe cuáles son los pasos que conforman el proceso de enfermería y un 20% no lo saben. Sin embargo, al indicarles que los describieran del 80% que dijo saberlos, solo el 64% lo contestaron correctamente. Lo que nos dice que del 80% un 16% no sabe los pasos. Dando como resultado total un 36% que no saben los pasos del proceso de enfermería.

Solo al 78.7% de las enfermeras (os) les enseñaron el proceso de enfermería en la escuela donde egresaron y a un 21.3% no se lo enseñaron. 74.7% dicen que sí han realizado procesos de enfermería y un 25.3% no lo han hecho. De las que lo han realizado solo el 62.7% lo práctica y 37.3% no lo pone en práctica.

Los pasos del proceso de enfermería que más practican son: 25.3% dice que todos, un 20% práctica la ejecución, 13.3% la valoración y 5.3% no practica ninguno. El 36% restante no sabe los pasos por lo tanto no lo pone en práctica.

La etapa que más se les complica a las enfermeras del Hospital Infantil de Morelia fue la de diagnóstico ocupando un 24%, el resto se distribuye entre las demás etapas. Un 36% no lo practica.

Solo un 44% se interesa en buscar información actualizada del proceso de enfermería y un 56% no lo hace.

Los factores que intervienen para que no se aplique correctamente el proceso de enfermería son. 69.3% de las enfermeras mencionó que es por falta de personal, el 12% por que se les complica para realizarlo, 12% no sabe aplicarlo y el 6.7% describieron otras causas.

En la opinión de las enfermeras acerca de la importancia del proceso de enfermería, un 65.3% coinciden en que es importante porque se brinda atención de calidad al paciente y se trata como ser integral, el 20% mencionaron otras opiniones, y un 14.7% no contestaron.

CONCLUSIONES

El Proceso de Enfermería es un método científico en el que las enfermeras se pueden basar para ofrecer una atención holística al usuario y sustentar con ello su quehacer profesional. De los resultados obtenidos de esta investigación sobre el grado de cumplimiento del proceso de enfermería y los factores que intervienen para que este no se realice correctamente, se obtuvieron las siguientes conclusiones:

Es un método sistematizado capaz de agilizar el quehacer cotidiano del personal de enfermería, cuyos objetivos y beneficios se dirigen tanto al usuario como a la enfermería. Cada paso del proceso de enfermería realizado se conforma de la capacidad y habilidad del personal de enfermería para tomar decisiones creativas y originales, encaminadas al bienestar físico, psicológico, social y espiritual del usuario, dando como resultado una mejor calidad de atención.

Es importante hacer mención que al realizar un proceso de enfermería, este se puede volver a utilizar como guía para proporcionar cuidados a otro paciente, pero los diagnósticos de enfermería pueden ser diferentes aún tratándose de una misma patología, ya que las respuestas esperadas pueden ser distintas de una persona a otra.

- Más de la mitad del personal de enfermería encuestada sabe que es el Proceso de Enfermería. Sin embargo, al pedir que describieran los pasos, se encontró que un porcentaje significativo (36%) no saben cuáles son los pasos del proceso, lo que nos indica que aun falta trabajar más con este método de trabajo, encaminado al bienestar del paciente.
- Las escuelas formadoras de esta profesión, forman un papel muy importante en la enseñanza y aprendizaje del proceso de enfermería. El 80% de la población estudiada refieren habérseles enseñado el proceso en la escuela de donde egresaron, pero más de la mitad de las enfermeras se conformaron con lo poco o mucho que

Proceso de Enfermería

les enseñaron en la escuela pues no se han interesado por buscar información actualizada sobre este tema tan importante en la actualidad de la profesión de enfermería.

- La etapa de diagnóstico es la que más se les complica realizar al personal de enfermería.
- En el Hospital Infantil de Morelia, se encontró que la falta de personal es el factor que más influye para que el proceso de enfermería no se realice de una forma ideal.
- Un 65% de las enfermeras (o) coincidieron en que lo más importante de la aplicación del proceso de enfermería es el que se brinda atención de calidad al usuario y se trata como ser integral.
- El personal del Hospital Infantil aplica el proceso de enfermería, pero aún así, hace falta comprometerse y actualizarse para estar a la vanguardia, lo que dará como resultado una mejor calidad de atención al paciente pediátrico, sin embargo, cabe mencionar que gran parte de las enfermeras que contestó la encuesta, sabían del proceso de enfermería por ser un requisito para su certificación.

SUGERENCIAS

- Implementar cursos del proceso de enfermería, que nos mantenga actualizadas y más familiarizadas con este.
- Realizar procesos de enfermería de manera práctica, para así dar una atención más eficaz y oportuna.
- Que la enfermera tome conciencia sobre la importancia que tiene el proceso de enfermería en cuanto a nuestra valoración como profesión altamente capacitada.
- Que las instituciones de salud realicen e implementen en cada servicio hojas de registro exclusivas para el proceso de enfermería, en las cuales se pueda plasmar en cada etapa las acciones de enfermería con bases y fundamentos científicos.

BIBLIOGRAFÍA

Janeth W.griffith, Paula J. Christensen. PROCESO DE ATENCIÓN DE ENFERMERÍA (aplicación de teorías, guías y modelos), 1993, Manual Moderno, P.P-10-25.

Leslie d. atkinson. PROCESO DE ENFERMERÍA, Manual Moderno, México D.F, .P.P - 37-92

Bertha A. Rodriguez S. PROCESO ENFERMERO (aplicación actual), Cuellar.
J. Hernández Conesa, M. Esteban Albert, FUNDAMENTOS DE LA ENFERMERÍA (teorías y modelos), 1999, Mc Graw Hill-Interamericana, P.P

Hernández Ramírez Luz María, Rodríguez Jiménez Sofía. EL PROCESO DE ENFERMERÍA (Antología), Octubre 1997, UNAM, P.P

Doll A. “The things Pacients say About Their Nunses” Nurses P.P 18-23

Bloch D. “Evaluation of nursing Care in Terms of Process and outcomes” nursing Research. P.P 256-263

GLOSARIO

Auscultación: Acción de escuchar los sonidos provenientes del interior del cuerpo para estudiar el estado del corazón, los pulmones la pleura, el intestino u otros órganos, o para detectar el latido cardíaco fetal.

Diagnóstico: identificación de una enfermedad o trastorno mediante la evaluación científica de sus signos físicos, sus síntomas, su historia clínica, los resultados de las pruebas analíticas y otros procedimientos.

Diagnóstico de enfermería: Planteamiento de un problema real o potencial párale estado de salud de una persona, que un personal de enfermería esta cualificado y autorizado para tratar. Se requieren cuatro pasos: 1. Recogida de los datos sobre la salud del paciente a partir de las fuentes disponibles, observación de la respuesta de este a cualquier alteración de la salud y valoración física. 2. Análisis de las respuestas del paciente al estado de salud para poder clasificar los problemas como psicológicos fisiológicos y sociales. 3. Organización de los datos, para establecer el diagnóstico de presunción. 4. Evaluación de la adecuación del diagnóstico.

Enfermería: Ciencia que comprende los conocimientos, actividades y aptitudes necesarias para atender correctamente las necesidades del individuo, grupo y comunidad referente a la salud, su conservación y su restablecimiento.

Entrevista clínica: Interrogatorio sistemático del paciente con el fin de obtener información aplicable a la planificación de un tratamiento individualizado.

Ética (o): Parte de la filosofía que estudia los fundamentos y normas de la conducta humana.

Modelo: (investigación de enfermería) Representación simbólica de las interrelaciones que presenta un fenómeno dentro de un sistema o proceso. Se presenta como un sistema conceptual o teoría que explica un fenómeno y que permite realizar predicciones.

Proceso de Enfermería

Percusión: Técnica incluida en la exploración física que se utiliza para valorar el tamaño, límites y consecuencia de algún órgano interno, descubrir la presencia de líquido y valorar su cantidad en una determinada cavidad.

Proceso: Serie de acontecimientos relacionados entre sí que se suceden consecutivamente desde un estado o situación determinadas hasta la conclusión o resolución.

ANEXOS

CUESTIONARIO

El presente cuestionario es anónimo y se realiza con la finalidad de conocer el grado de cumplimiento y los factores que intervienen para que no se realice correctamente el Proceso de enfermería del Hospital infantil de Morelia. La información será utilizada para fines académicos y proponer acciones de mejora; por lo que se pide, de la manera más atenta, su colaboración, sin embargo, si así lo desea puede abstenerse de contestar.

Marque con una X su respuesta:

Categoría: BASE_____ HOMOLOGADA_____ EVENTUAL_____ PASANTE_____

1) ¿Sabe qué es el Proceso Enfermero?

Si No

2) ¿Usted sabe cuales son los pasos que conforman el Proceso Enfermero?

Si No

Si su respuesta es si, mencione los pasos del Proceso Enfermero

3) En la escuela de donde egreso, ¿le enseñaron a aplicar el Proceso Enfermero?

Si No

4) ¿Ha realizado Procesos Enfermeros?

Si No

5) ¿Ha aplicado o puesto en práctica el Proceso Enfermero?

Si No

6) ¿Cuál de los cinco pasos es el que usted cree que pone en práctica?

7) ¿Cuál de los cinco pasos se le complica más?

8) ¿Por qué cree que es importante aplicar el Proceso Enfermero?

9) ¿Se ha interesado en buscar información actualizada del Proceso Enfermero?

Si No

10) Mencione algunas de las causas por las que cree que no se aplica correctamente el Proceso Enfermero

- a) Falta de personal
- b) Complicación del personal para realizarlo
- c) No saber aplicarlo
- d) No se lo enseñaron
- e) Otras _____

GRACIAS

LISTA DE DIAGNÓSTICOS ENFERMEROS DE LA N.A.N.D.A. ORGANIZADA SEGÚN PATRONES FUNCIONALES DE SALUD

I Patrón de percepción / mantenimiento de salud

1. Riesgo de asfixia
2. Riesgo de aspiración.
3. Alteración del crecimiento.
4. Riesgo de intoxicación.
5. Riesgo de lesión.
6. Manejo inefectivo del régimen terapéutico.
7. Alteración en el anejo de la salud.
8. Conductas generadoras de salud.
9. Incumplimiento del tratamiento.
10. Riesgo de traumatismo.

II Patrón nutricional metabólico.

1. Deterioro de la integridad cutánea.
2. Deterioro de la deglución.
3. Riesgo de infección.
4. Déficit del volumen de líquidos.
5. Exceso de volumen de líquidos.
6. Alteración de la membrana mucosa oral.
7. Alteración de la nutrición por defecto.
8. Patrón de alimentación ineficaz del lactante.
9. Lactancia materna eficaz.
10. Lactancia materna ineficaz.
11. Interrupción de la lactancia materna.
12. Alteración de la nutrición por exceso.
13. Riesgo de alteración de la nutrición por exceso.
14. Alteración de la protección.
15. Riesgo de alteración de la temperatura corporal.
16. Hipertermia.
17. Hipotermia.
18. Termorregulación ineficaz.
19. Deterioro de la integridad tisular.

III Patrón de eliminación.

1. Diarrea.
2. alteración de la eliminación urinaria.
3. Incontinencia urinaria de esfuerzo.
4. Incontinencia urinaria de urgencia.
5. Incontinencia urinaria de funcional
6. Incontinencia urinaria de refleja.
7. Incontinencia urinaria de total.

Proceso de Enfermería

8. Retención urinaria.
9. Estreñimiento.
10. Estreñimiento crónico.
11. Estreñimiento subjetivo.
12. Incontinencia fecal.

IV Patrón de actividad / ejercicio.

1. Intolerancia a la actividad.
2. Riesgo de intolerancia a la actividad.
3. Déficit de auto cuidado: alimentación.
4. Déficit de auto cuidado: baño / higiene.
5. Déficit de auto cuidado: uso del sanitario.
6. Déficit de auto cuidado: vestido / acicalamiento.
7. Respuesta ventilatoria disfuncional al destete.
8. Riesgo de síndrome de desuso.
9. Fatiga.
10. Deterioro de intercambio gaseoso.
11. Disminución del gasto cardíaco.
12. Dificultad para el mantenimiento del hogar.
13. Deterioro de la movilidad física.
14. Riesgo de disfunción neurovascular periférica.
15. Alteración de la perfusión tisular (renal, cerebral, cardíaco-pulmonar, gastrointestinal y periférica).
16. Déficit de actividades recreativas.
17. Incapacidad para mantener la respiración espontánea.
18. Patrón respiratorio ineficaz.
19. Limpieza ineficaz de las vías aéreas.

V Patrón reposo / sueño.

1. Alteración del patrón de sueño.

VI Patrón cognitivo / perceptual.

1. Déficit de conocimientos.
2. Conflicto de decisiones.
3. Desatención unilateral.
4. Dolor.
5. Dolor crónico.
6. Alteración de los procesos del pensamiento.
7. Alteraciones sensorio-perceptivas (visuales, auditivas, cinestésicas, gustativas, táctiles y olfatorias).

VII Patrón auto imagen / auto concepto.

1. Ansiedad.
2. Baja autoestima: crónica.
3. Baja autoestima: situacional.
4. Trastorno de la autoestima.
5. Desesperanza.

Proceso de Enfermería

6. Trastorno de la identidad personal.
7. Trastorno de la imagen corporal.
8. Impotencia.
9. Temor.

VIII Patrón de rol / relaciones

1. Deterioro de la comunicación.
2. Deterioro de la comunicación verbal.
3. Duelo.
4. Duelo anticipado.
5. Duelo disfuncional.
6. Alteración de los procesos familiares.
7. Alteración parental.
8. Alteración en el desempeño del rol.
9. Conflicto del rol parental.
10. Aislamiento social.
11. Deterioro de la interacción social.
12. Alteración de los procesos familiares: alcoholismo.

IX Patrón de sexualidad / reproducción.

1. Disfunción sexual.
2. Alteración de los patrones de la sexualidad.

X Patrón de afrontamiento / tolerancia al estrés.

1. Deterioro de la adaptación.
2. Afrontamiento familiar inefectivo: comprometido.
3. Afrontamiento familiar inefectivo: incapacitante.
4. Afrontamiento familiar potencial de desarrollo.
5. Afrontamiento individual inefectivo.
6. Afrontamiento defensivo.
7. Negación ineficaz.
8. Riesgo de automutilación.
9. Síndrome del estrés del traslado.
10. Cansancio en el desempeño del rol de cuidador.
11. Respuesta postraumática.
12. Riesgo de violencia.
13. Síndrome traumático de violación.
14. Afrontamiento inefectivo de la comunidad.

XI Patrón de valores / creencias.

1. Sufrimiento espiritual.

I. PATRÓN DE PERCEPCIÓN / MANTENIMIENTO DE SALUD

1. Riesgo de asfixia

Definición: “Estado en el que un individuo tiene un marcado riesgo de asfixia accidental (insuficiente cantidad de aire para la inspiración).” (Iyer 1997: 368).

Factores de riesgo: Enfermedad física o mental; falta de educación sobre medidas de seguridad, niños pequeños sin vigilancia, ambiente de riesgo en el hogar y disminución en la sensopercepción de olores.

Sugerencias de comparación: Riesgo de aspiración y de intoxicación.

2. Riesgo de aspiración.

Definición: “Estado en que la persona esta en riesgo de que secreciones gastrointestinales, orofaríngeas, sólidos o líquidos pasen al árbol traqueobronquial”.

Factores de riesgo: Trastornos neurológicos con reducción del nivel de conciencia y de reflejos, presencia de tubo endotraqueal o traqueostomía, trastornos gastrointestinales, alimentación por sonda, traumatismos faciales, la posición decúbito dorsal durante la alimentación y niños pequeños sin vigilancia.

Sugerencias de comparación: Riesgo de asfixia y deterioro de deglución.

3. Alteración del crecimiento y desarrollo.

Definición: “Estado en el que la persona demuestra desviaciones de las normas para su grupo de edad”.

Factores relacionados: Niños y adolescentes que viven en abandono físico o psicológico, conflictos familiares, nivel socioeconómico bajo, grado de educación de los padres, enfermedades crónicas y falta de recursos para la salud.

Características definitorias: Retraso en habilidades motoras, sociales o expresivas de acuerdo a su edad; peso y talla bajos; incapacidad para autocuidado / autocontrol y bajo aprendizaje.

4. Riesgo de intoxicación.

Definición: Estado en el que el individuo tiene un marcado riesgo de exposición accidental o de ingesta de fármacos o productos peligrosos en dosis suficiente para provocar una intoxicación”.

Proceso de Enfermería

Factores de riesgo: Reducción de la visión, ambiente laboral inseguro, hábitos de automedicación, trastornos emocionales, medicamentos al alcance de los niños, contaminantes atmosféricos., el acceso a drogas ilegales y alimentos contaminados.

Sugerencias de comparación: Riesgo de asfixia.

5. Riesgo de lesión.

Definición: “Estado en el que la persona está en riesgo de sufrir una lesión como resultado de la interacción de condiciones ambientales con los recursos adaptativos y defensivos.

6. Manejo inefectivo del régimen terapéutico.

Definición: “La persona, familia o comunidad no siguen en forma satisfactoria los cuidados o tratamientos para el logro de objetivos relacionados con la salud.

Factores relacionados: Complejidad en los cuidados y tratamientos, escasez de los recursos para la salud y económicos, conflictos personales, familiares y sociales; no aceptación del tratamiento, desconfianza al personal del área de la salud y falta de conocimientos.

Características definitorias: Falta de seguimiento en el tratamiento de cuidados, actividades inapropiadas para el logro de objetivos, no reducción de factores de riesgo, falta de atención a la enfermedad, presencia de complicaciones, falta de actividades comunitarias para la prevención primaria, secundaria y terciaria, y morbilidad por encima de lo esperado.

Sugerencias de comparación: Alteración en el mantenimiento de la salud, afrontamiento individual inefectivo y conflicto de decisiones.

7. Alteración en el mantenimiento de la salud.

Definición: “Estado en el que una persona experimenta incapacidad para identificar, manejar y / o buscar para mantener el estado de salud”

Factores relacionados: Deterioro cognitivo- perceptual con disminución de habilidades en la comunicación, motoras y aprendizaje, falta de información, problemas con el afrontamiento, falta de recursos, malos hábitos sanitarios, trastornos emocionales, valores socioculturales y conflictos familiares y sociales.

Características definitorias: Morbilidad, falta de conocimientos sobre las prácticas sanitarias básicas y de conductas adaptativas, incapacidad para asumir la responsabilidad para su cuidado e interés por conservar la salud.

Sugerencias de comparación: Afrontamiento individual inefectivo, déficit de conocimientos, negación ineficaz, manejo inefectivo del régimen terapéutico.

8. Conductas generadoras de salud.

Definición: “Estado en el que el individuo con estado de salud estable busca activamente formas de hábitos de salud personales y / o el entorno para pasar a un nivel de salud superior”.

Factores relacionados: Información para el cuidado de la salud, motivación y disposición en la realización de medidas para la prevención de enfermedades, estabilidad emocional individual y familiar, existencia de recursos para la salud, capacidad para satisfacer las propias necesidades, apoyo familiar, salud buena o excelente y deseo de mejorar el actual estado de salud o las prácticas sanitarias.

Características definitorias: Expresión de desear un nivel de bienestar y salud más alto y de tener mayor control sobre las prácticas de salud; inquietud por la situación ambiental y de recursos de la comunidad para el cuidado de la salud y bienestar.

9. Incumplimiento del tratamiento.

Definición: “Estado en el que un individuo toma una decisión informada de no seguir una recomendación terapéutica”.

Factores relacionados: Valores socioculturales y espirituales, dificultad para realizar actividades de la vida diaria, falta de recursos económicos, efectos secundarios de tratamiento, depresión, falta de confianza, experiencias previas y falta de motivación.

Características definitorias: Falta de seguimiento del tratamiento, presencia de complicaciones y falta de asistencia a control médico.

Sugerencia de comparación: Afrontamiento individual inefectivo, déficit de conocimientos, negación ineficaz, manejo inefectivo del régimen terapéutico.

10. Riesgo de traumatismo.

Definición: “Estado En el que un individuo tiene mayor riesgo de lesión física accidental asociado a factores internos y externos”.

Factores de riesgo: Edades extremas de la vida, problemas de salud que afectan la movilidad y percepción, falta de educación para la seguridad, historia de traumatismos previos, alteraciones mentales, existencia de factores de riesgo en el hogar.

II. PATRÓN NUTRICIONAL METABÓLICO.

1. Deterioro de la integridad cutánea.

Definición: “Estado en el que la persona experimenta una lesión de las mucosas, tejido craneal, integumentario o subcutáneo”.

Factores relacionados: Clima caluroso y frío extremo, falta o exceso de humedad en el ambiente, presencia de irritantes químicos y secreciones, factores mecánicos (deslizamiento presión, sujeciones, inmovilización y traumatismo); alteración en el estado nutricional, de la circulación y de la sensibilidad, prominencias óseas. Edema y pérdida de grasa subcutánea.

Características definitorias: Expresión de sentir dolor, prurito y entumecimiento, presencia de eritema y destrucción de capas epidérmica y dérmica.

2. Deterioro de la deglución.

Definición: “Estado en el que la persona tiene una disminución de la capacidad para llevar voluntariamente los líquidos y los sólidos de la boca al estómago”

Factores relacionados: Trastornos neurológicos y musculares, anomalías congénitas, presencia de masas tumorales, traqueostomía, inflamación de la faringe y debilidad.

Características definitorias: Expresión de no poder pasar alimentos, acumulación de alimentos en la cavidad bucal, presencia de tos y sialorrea.

Sugerencias de comparación: Riesgo de aspiración.

3. Riesgo de infección.

Definición: “Estado en el que la persona presenta un aumento del riesgo de ser invadido por microorganismos patógenos”

Factores de riesgo: Pérdida en la continuidad de la piel y mucosas, disminución de la acción ciliar, estasis de líquidos corporales, cambio en el PH de secreciones, alteración en el peristaltismo intestinal, anemia, leucopenia, supresión de respuesta inflamatoria, trastornos inmunológicos, etc.

4. Déficit del volumen de líquidos.

Definición: “Estado en el que la persona experimenta disminución del líquido intravascular, intersticial y / o intercelular. Se refiere a la deshidratación, a la pérdida de agua sola sin cambio en el sodio”

Factores relacionados: Vómitos, diarreas, drenajes, diaforesis, disminución en la ingesta de líquidos, hipertermia, quemaduras y edemas.

Características definitorias: Resequedad de la piel y mucosas, pérdida de peso, oliguria, disminución en la turgencia de la piel, hipotensión postural y taquicardia.

Proceso de Enfermería

5. Exceso de volumen de líquidos.

Definición: “Estado en el que la persona experimenta un aumento de la retención de líquidos isotónicos”

Factores relacionados: Incremento en el aporte de líquidos y sodio, disminución de proteínas plasmáticas, embarazo y enfermedades crónicas.

Características definitorias: Presencia de dificultad respiratoria, edema, incremento de peso, piel brillante, agitación, estertores, alteraciones en el nivel de conciencia y signos de insuficiencia cardíaca.

6. Alteración de la membrana mucosa oral.

Definición: “Estado en el que una persona experimenta una alteración en los tejidos de la cavidad oral”.

Factores relacionados: Deshidratación, caries dental, dentaduras postizas, tubo endotraqueal o nasogátrico, el ayuno, la higiene oral deficiente, respiración bucal, infecciones, desnutrición, disminución de la salivación y efectos secundarios de medicamentos.

Características definitorias: Expresión de malestar, hiperemia, lesiones, úlceras, lengua saburral, vesículas, gingivitis y halitosis.

Sugerencias de comparación: Déficit de autocuidado: alimentación, deterioro de la deglución y patrón de alimentación ineficaz del lactante.

7. Alteración de la nutrición por defecto.

Definición: “Estado en el que una persona experimenta un aporte de nutrientes insuficiente para cubrir sus necesidades metabólicas”.

Factores relacionados: Dietas, trastornos orales, incapacidad para obtener y preparar alimentos, hábitos alimentarios, trastornos emocionales, disfagia, aumento de los requerimientos metabólicos y trastornos digestivos.

Características definitorias: Expresión de no sentir hambre y de dolor gastrointestinal; peso corporal inferior al 20% o más en relación con el peso ideal; disminución de masa, tono muscular y grasa subcutánea; palidez de mucosas y conjuntivas y excesiva caída de cabello.

8. Patrón de alimentación ineficaz del lactante.

Definición: “Estado en que un lactante muestra un deterioro de la habilidad para succionar o para coordinar la respuesta de succión y deglución”

Proceso de Enfermería

Factores relacionados: Prematurez, trastornos neurológicos y anomalías congénitas en boca y faringe.

Características definitorias: Incapacidad para succionar, deglutir y respirar, tos o atragantamiento.

Sugerencias de comparación: Riesgo de aspiración y lactancia materna ineficaz.

9. Lactancia materna eficaz.

Definición: “Estado en el que la familia madre / lactante demuestra una habilidad adecuada y satisfacción con el proceso de lactancia materna”.

Factores relacionados: Existencia de conocimiento sobre la lactancia materna, motivación para la lactancia, estructura normal de la mama, estructura bucal normal del niño y edad gestacional del recién nacido superior a 34 semanas.

Características definitorias: Expresión de satisfacción con el proceso de la lactancia, capacidad materna para la lactancia, patrones de comunicación madre / hijo adecuados, recién nacido satisfecho tras las tetadas y ganancia ponderal.

10. Lactancia materna ineficaz.

Definición: “Estado en el que la madre o lactante experimentan insatisfacción o dificultad con el proceso de amamantamiento”.

Factores relacionados: Falta de conocimientos sobre la lactancia materna, alimentación al recién nacido con biberón, alteraciones en las glándulas mamarias, dieta materna inadecuada de nutrientes o líquidos, falta de apoyo familiar o de la pareja, ansiedad o ambivalencia, edad gestacional del recién nacido inferior a 34 semanas y anomalías congénitas en el niño.

Características definitorias: Expresiones de insatisfacción con el proceso de amamantamiento, vaciado insuficiente de las mamas, secreción láctea inadecuada, incapacidad del niño para cogerse del pezón, succión no sostenida, llanto constante del recién nacido.

Sugerencias de comparación: Interrupción de la lactancia materna y patrón de alimentación ineficaz del lactante.

11. Interrupción de la lactancia materna.

Definición: “Discontinuidad en el proceso de la lactancia materna a consecuencia de la incapacidad del niño para mamar o a la inconveniencia de que lo haga”.

Factores relacionados: Prematurez del niño, ictericia fisiológica de la lactancia materna, enfermedades maternas que contraindiquen la lactancia, malformaciones en mamas y pezones y drogadicción materna.

Proceso de Enfermería

Características definitorias: Expresión de desear amamantar al niño, separación de la madre y el hijo.

12. Alteración de de la nutrición por exceso.

Definición: “Estado en el que una persona experimenta un aporte de nutrientes que excede sus necesidades metabólicas”.

Factores relacionados: Hábitos inadecuados, vida sedentaria, falta de conocimiento sobre el valor nutricional, ingesta de alimentos para calmar la ansiedad.

Características definitorias: Expresión de sentir constante hambre, peso superior en un 20% al ideal para su talla y constitución corporal e ingesta de alimentos cuando realiza otras actividades.

Sugerencias de comparación: Afrontamiento individual inefectivo.

13. Riesgo de alteración de la nutrición por exceso.

Definición: “Estado en el que una persona esta en riesgo de experimentar un aporte de nutrientes que excede sus necesidades metabólicas”.

Factores de riesgo: Hábitos alimentarios inadecuados, vida sedentaria, falta de conocimiento sobre el valor nutritivo de los alimentos, ingesta de alimentos para calmar la ansiedad, etc.

14. Alteración de la protección.

Definición: “Estado en el que la persona presenta una disminución de la capacidad para protegerse de amenazas internas y externas, como enfermedades o lesiones”.

Factores relacionados: edad avanzada, desnutrición, enfermedades crónicas, uso de alcohol y drogas, y efecto de medicamentos.

Características definitorias Manifestaciones de cansancio y fatiga, enfermedades frecuentes, retraso en la curación, inmovilidad y desorientación.

Sugerencias de comparación: Riesgo de traumatismo, riesgo de lesión, riesgo de lesión., riesgo de infección.

15. Riesgo de alteración de la temperatura corporal.

Definición: "Estado en que la persona está en riesgo de fallo en el mantenimiento de la temperatura corporal dentro de los límites normales".

16. Hipertermia.

Definición: "Estado en que la temperatura corporal de la persona está elevada por encima de los límites normales".

Factores relacionados: Ambiente caliente, exceso de actividad, efectos de medicamentos, estado de deshidratación, problemas con la sudoración, uso de ropa excesiva, etc.

Características definitorias: Presencia de malestar general, temperatura corporal por arriba de rangos considerados como de normalidad, piel caliente y enrojecida, calor, escalofríos, incremento de frecuencia cardíaca y respiratoria.

Sugerencias de comparación: Termorregulación ineficaz.

17. Hipotermia.

Definición: "Estado en el que la temperatura corporal de la persona está disminuida por debajo de los límites normales".

Factores relacionados: Ambiente frío, uso de ropa inadecuada, efectos de medicamentos, falta de actividad, edades extremas (niños y ancianos) y enfermedades neurológicas.

Características definitorias: Expresiones de sensación fría, temperatura superior o inferior a rangos considerados como normales, escalofríos, piel fría, retardo del llenado capilar, cianosis ungüeal, palidez, confusión, etc.

Sugerencias de comparación: Termorregulación ineficaz.

18. Termorregulación ineficaz.

Definición: "Estado en que la temperatura de la persona fluctúa entre la hipotermia y la hipertermia".

Factores relacionados: Edades extremas (niños y ancianos), cambios en el clima y enfermedades.

Proceso de Enfermería

Características definitorias: Expresiones de sensación de calor o frío, temperatura superior o inferior a rangos considerados como normales, manifestaciones características de la hipotermia y de la hipertermia.

19. Deterioro de la integridad tisular.

Definición: "Estado en que la persona experimenta una lesión de las mucosas, tejido corporal, integumentario o subcutáneo.

III. PATRÓN DE ELIMINACIÓN.

1. Diarrea.

Definición: "Estado en que la persona experimenta un cambio en los hábitos intestinales normales caracterizado por la frecuente eliminación de heces sueltas, líquidas y no formadas".

Factores relacionados: Enfermedades gastrointestinales, efectos de medicamentos, intolerancia alimenticia y estrés.

Características definitorias: Incremento del peristaltismo, dolor tipo cólico, urgencia para defecar, heces líquidas e incremento en el número de las evacuaciones.

Sugerencias de comparación: Incontinencia fecal.

2. alteración de la eliminación urinaria.

Definición: "Estado en que la persona experimenta un trastorno en la eliminación urinaria"

3. Incontinencia urinaria de esfuerzo.

Definición: "Estado en que una persona experimenta una pérdida de orina de menos de 50 ml. se produce al aumentar la presión abdominal".

Factores relacionados: Incremento de la presión abdominal (tos, obesidad, ascitis, útero grávido), debilidad en los músculos de la pelvis, problemas con el esfínter vesical y sobre distensión en la vejiga entre micciones.

Características definitorias: Existencia de urgencia para orinar, goteo salida de orina con la tos y estornudos.

Sugerencias de comparación: Incontinencia urinaria de urgencia, funcional, refleja y total.

Proceso de Enfermería

4. Incontinencia urinaria de urgencia.

Definición:” Estado En que una persona experimenta una emisión involuntaria de orina después de sentir una intensa sensación de urgencia de orinar”.

Factores relacionados: Disminución de la capacidad vesical por enfermedades, cirugía y uso de sonda vesical permanente; infecciones vesicales, ingesta excesiva de líquidos, alcohol y cafeína, sobredistensión de la vejiga, problemas de la próstata y concentración de orina.

Características definitorias: Existencia de urgencia para orinar, micciones frecuentes y salida de orina antes de usar el sanitario en algunas ocasiones.

Sugerencias de comparación: Incontinencia urinaria de urgencia, funcional, refleja y total.

5. Incontinencia urinaria de funcional

Definición:”Estado en que una persona experimenta una emisión de orina involuntaria e imprevisible”.

Factores relacionados: Enfermedades neurológicas (trastornos sensitivos, de la movilidad y cognitivos), disminución del tono muscular del periné y de la capacidad vesical.

Características definitorias: Existencia de urgencia para orinar y salida de orina antes de usar el sanitario en algunas ocasiones.

Sugerencias de comparación: Incontinencia urinaria de urgencia, funcional, refleja y total.

6. Incontinencia urinaria de refleja.

Definición:”Estado en que la persona experimenta una pérdida involuntaria de orina, que ocurre con intervalos aproximadamente previsibles cuando se alcanza un volumen determinado en la vejiga”.

Factores relacionados: Enfermedades neurológicas (lesión de la médula espinal).

Características definitorias: Falta de conciencia del llenado vesical y de la urgencia para orinar, salida de orina involuntaria a intervalos que se pueden predecir.

Sugerencias de comparación: Incontinencia urinaria de urgencia, funcional, refleja y total.

7. Incontinencia urinaria de total.

Definición:”Estado en que la persona experimenta una pérdida de orina continua e imprevisible”.

Factores relacionados: Enfermedades neurológicas (lesión de la médula espinal) y anomalías como la presencia de fistulas.

Proceso de Enfermería

Características definitorias: Falta de conciencia del llenado vesical y salida constante de orina.

Sugerencias de comparación: Incontinencia urinaria refleja.

8. Retención urinaria.

Definición: "Estado en que una persona experimenta un vaciado incompleto de la vejiga".

Factores relacionados: Problemas con el esfínter vesical, inhibición del arco reflejo, obstrucciones uretrales y efectos de medicamentos.

Características definitorias: Presencia de globo vesical, disuria y orina residual.

9. Estreñimiento.

Definición: "Estado en que la persona experimenta un cambio en sus hábitos intestinales normales, caracterizado por una disminución en la frecuencia y / o por la eliminación de heces duras y secas".

Factores relacionados: Aporte insuficiente de líquidos, falta de ejercicio, dieta pobre en residuos (fibra), permanencia en cama, dependencia de laxantes, el embarazo, proceso de envejecimiento. Efecto de medicamentos, falta de intimidad, estrés y hábito de ignorar el reflejo de la defecación.

Características definitorias: Sensación de presión rectal, anorexia, náusea, dolor bajo la espalda y abdominal, cefalea, frecuencia de eliminación intestinal disminuida, heces duras, masa rectal palpable y esfuerzo excesivo para la defecación.

Sugerencias de comparación: Estreñimiento subjetivo y crónico.

10. Estreñimiento crónico.

Definición: "Estado en el que el patrón de eliminación de una persona se caracteriza por la emisión de heces duras y secas a consecuencia de un retraso en la eliminación de los residuos alimentarios".

Factores relacionados: Aporte insuficiente de líquidos, dieta pobre en residuos (fibra), dependencia de laxantes, falta de intimidad, vida sedentaria.

Características definitorias: Sensación de presión rectal, anorexia, náusea, dolor bajo la espalda y abdominal, cefalea, frecuencia de eliminación intestinal disminuida, heces duras, masa rectal palpable y esfuerzo excesivo para la defecación.

Sugerencias de comparación: Estreñimiento subjetivo y crónico.

Proceso de Enfermería

11. Estreñimiento subjetivo.

Definición: "Estado en que una persona se autodiagnostica estreñimiento y asegura una evacuación intestinal diaria mediante el uso de laxantes, enemas y supositorios".

Factores relacionados: Hábitos y costumbres sanitarias, trastornos emocionales y mentales.

Características definitorias: Expectativas de tener una evacuación diaria a la misma hora y abuso de laxantes.

Sugerencias de comparación: Estreñimiento subjetivo y crónico.

12. Incontinencia fecal.

Definición: "Estado en que una persona experimenta cambios en sus hábitos intestinales normales caracterizado por la expulsión involuntaria de heces".

Factores relacionados: Enfermedades neurológicas e inflamatorias intestinales, colostomía, pérdida de control de esfínter rectal y deterioro de la cognición.

Características definitorias: Salida involuntaria de heces.

Sugerencias de comparación: Diarrea.

IV. PATRÓN DE ACTIVIDAD / EJERCICIO.

1. Intolerancia a la actividad.

Definición: "Estado en que una persona tiene insuficiente energía psicológica o fisiológica para tolerar o completar las actividades requeridas o deseadas".

Factores relacionados: Permanencia en cama, disminución de la movilidad física, vida sedentaria, proceso de envejecimiento, enfermedades agudas o crónicas y efectos de medicamentos.

Características definitorias: Sensación de malestar y debilidad con el ejercicio, reducción de la capacidad para realizar actividades y alteración de constantes vitales con la actividad.

Sugerencias de comparación: Fatiga.

Proceso de Enfermería

2. Riesgo de intolerancia a la actividad.

Definición: "Estado en que una persona está en riesgo de experimentar una falta de energía psicológica o fisiológica para tolerar o completar las actividades requeridas o deseadas".

Factores relacionados: Permanencia en cama, disminución de la movilidad física, vida sedentaria, proceso de envejecimiento, enfermedades agudas o crónicas y efectos de medicamentos.

Sugerencias de comparación: Riesgo de síndrome de desuso

3. Déficit de auto cuidado: alimentación.

Definición: "Estado en que la persona experimenta un deterioro en las habilidades para realizar o completar por sí misma las actividades de alimentación".

Factores relacionados: Problemas con la movilidad y fuerza física, dolor, deterioro cognitivo, perceptual y alteraciones emocionales.

Características definitorias: Dificultad para llevar los alimentos desde el plato hasta la boca.

Sugerencias de comparación: Deterioro de la movilidad física e intolerancia a la actividad.

4. Déficit de auto cuidado: baño / higiene.

Definición: "Estado en que la persona experimenta un deterioro en las habilidades para realizar o completar por sí misma las actividades de baño / higiene".

Factores relacionados: Problemas con la movilidad y fuerza física, dolor, deterioro cognitivo, perceptual y alteraciones emocionales.

Características definitorias: Dificultad para realizar prácticas higiénicas e higiene personal insuficiente.

Sugerencias de comparación: Deterioro de la movilidad física e intolerancia a la actividad.

5. Déficit de auto cuidado: uso del sanitario.

Definición: "Estado en que la persona experimenta un deterioro en las habilidades para realizar o completar por sí misma las actividades de uso del orinal o W.C."

Factores relacionados: Problemas con la movilidad y fuerza física, dolor, deterioro cognitivo, perceptual y alteraciones emocionales.

Características definitorias: Dificultad para ir al sanitario, sentarse o levantarse de la taza, manipular la ropa y realizar la higiene posterior.

Sugerencias de comparación: Deterioro de la movilidad física e intolerancia a la actividad.

6. Déficit de auto cuidado: vestido / acicalamiento.

Definición:” Estado en que la persona experimenta un deterioro en la habilidad para realizar o completar por si misma las actividades de vestido / acicalamiento personal”.

Factores relacionados: Problemas con la movilidad y fuerza física, dolor, deterioro cognitivo, perceptual y alteraciones emocionales.

Características definitorias: Dificultad para vestirse-desvestirse y en la realización de prácticas para mantener una apariencia física satisfactoria.

Sugerencias de comparación: Deterioro de la movilidad física e intolerancia a la actividad.

7. Respuesta ventilatoria disfuncional al destete.

Definición:” Estado en que el enfermo no puede adaptarse a la reducción de los niveles de soporte ventilatorio mecánico, lo que interrumpe y prolonga el periodo de destete”.

Factores relacionados: Exceso de secreciones en las vías aéreas, problemas con el sueño, malestar, estado nutricional deficiente, falta de confianza en sus cuidadores, falta de información sobre el destete, estrés y pérdida del interés.

Características definitorias: Durante la desconexión hay malestar, cansancio, aprensión, incremento de constantes vitales, diaforesis, palidez, cianosis, uso de músculos accesorios, agitación y alteración en el nivel de conciencia.

8. Riesgo de síndrome de desuso.

Definición:”Estado en que la persona esta en riesgo de deterioro de los sistemas corporales como resultado de la inactividad musculoesquelética prescrita o inevitable.

9. Fatiga.

Definición:” Estado en que un individuo experimenta una sensación abrumadora de agotamiento y disminución de la capacidad para el trabajo físico y mental”.

Factores relacionados: Incremento de la capacidad física, falta de energía, demandas excesivas del rol (físicas y emocionales), enfermedades y uso de medicamentos.

Características definitorias: Experiencia de falta de energía, incapacidad para realizar actividades diarias, dificultad para concentrarse, desinterés, trastornos emocionales y tendencia a los accidentes.

Sugerencias de comparación: Intolerancia a la actividad y déficit de autocuidado.

10. Deterioro de intercambio gaseoso.

Definición: “Estado en que una persona experimenta un exceso o disminución en la oxigenación y / o eliminación de anhídrido carbónico a nivel de la membrana alveolar-capilar”.

Factores relacionados: Enfermedades pulmonares y neurológicas, obstrucción, intoxicación y anemia.

Características definitorias: Signos y síntomas de dificultad respiratoria y gasometría arterial anormal.

Sugerencias de comparación: Patrón respiratorio ineficaz y limpieza ineficaz de vías aéreas.

11. Disminución del gasto cardiaco.

Definición: “Estado en que la cantidad de sangre bombeada por el corazón es inadecuada para satisfacer las demandas metabólicas del organismo”.

Factores relacionados: Enfermedades cardíacas, hipovolemia y efectos de medicamentos.

Características definitorias: Signos y síntomas de insuficiencia cardíaca, arritmias cardíacas, dolor precordial, signos y síntomas de edema agudo pulmonar.

Sugerencias de comparación: Intolerancia a la actividad y fatiga.

12. Dificultad para el mantenimiento del hogar.

Definición: “Estado en que un individuo experimenta incapacidad para mantener de forma independiente un entorno inmediato seguro y que potencie el desarrollo”.

Factores relacionados: Enfermedad o lesión en algún integrante de la familia, falta de recursos económicos, desconocimiento de recursos disponibles, trastornos emocionales, falta de organización familiar, deterioro de la función cognitiva y niños pequeños en casa. Características definitorias: Expresión de dificultad para mantener en orden y confortable el hogar, solicitud de ayuda, entorno desordenado y con falta de higiene, presencia de fauna nociva y miembros de la familia agobiados.

Sugerencias de comparación: Riesgo de lesión.

13. Deterioro de la movilidad física.

Definición: “Estado en que la persona experimenta una limitación de la habilidad para el movimiento físico independiente”.

Factores relacionados: Disminución de la capacidad física, dolor o malestar, estado depresivo, permanencia de reposo por periodos largos de tiempo, y deterioro cognitivo / perceptual.

Características definitorias: Expresión de no desear moverse, manifestación de dolor con el movimiento e incapacidad para realizar movimientos voluntarios.

Sugerencias de comparación: Intolerancia a la actividad.

14. Riesgo de disfunción neurovascular periférica.

Definición: “Estado en que un individuo esta en riesgo de experimentar una alteración en la circulación, sensibilidad o movilidad de una extremidad”.

Factores relacionados: Traumatismo que producen obstrucción vascular y que requieren inmovilización ortopédica.

15. Alteración de la perfusión tisular (renal, cerebral, cardiaco-pulmonar, gastrointestinal y periférica).

Definición: “Estado en que la persona experimenta una disminución en la nutrición y oxigenación celulares debido a un aporte de sangre capilar”

Factores relacionados: Enfermedades que originan interrupción del flujo arterial o venoso, hipervolemia e hipovolemia.

Características definitorias: Manifestaciones de dolor, claudicación, piel fría, color de la piel azulada, pulsos periféricos de mala calidad y retardo en la curación de lesiones.

Sugerencias de comparación: Riesgo de disfunción neurovascular periférica.

16. Déficit de actividades recreativas.

Definición: “Estado en que una persona experimenta una disminución de la estimulación, del interés o de la participación en actividades recreativas o de ocio”.

Factores relacionados: Hospitalización prolongada o frecuente, incapacidad para participar en actividades receptivas y falta de recursos para la recreación.

Características definitorias: Expresiones de aburrimiento y deseos de tener algo que hacer.

17. Incapacidad para mantener la respiración espontánea.

Definición: “Estado en que la disminución de las reservas de energía provoca la incapacidad del individuo para sostener la respiración adecuada para el mantenimiento de la vida”.

Factores relacionados: Problemas metabólicos y fatiga de los músculos que participan en la respiración.

Características definitorias: Signos de dificultad respiratoria y gasometría arterial anormal.
Sugerencias de comparación: Respuesta ventilatoria disfuncional al destete.

18. Patrón respiratorio ineficaz.

Definición: “Estado en que la frecuencia, profundidad, duración, ritmo o excursión de la pared torácica / abdominal durante la inspiración. Espiración o ambas no mantiene una ventilación óptima para el individuo”.

Factores relacionados: Presencia de dolor, deterioro neuromuscular, músculo esquelético y cognitivo / perceptual; estado de ansiedad y disminución de la energía.

Características definitorias: Disnea, frecuencia respiratoria fuera de los rangos considerados de normalidad, ritmo respiratorio irregular, movimiento toracoabdominal asincrónico, uso de músculos accesorios y demás signos de dificultad respiratoria.

Sugerencias de comparación: Limpieza ineficaz de las vías aéreas e intolerancia a la actividad.

19. Limpieza ineficaz de las vías aéreas.

Definición: “Estado en que la persona es incapaz de eliminar las secreciones u obstrucciones del tracto respiratorio”.

Factores relacionados: Presencia de secreciones excesivas y espesas, tos inefectiva, disminución de la energía, dolor alteración en el nivel de conciencia, infecciones, obstrucciones, sedación y falta de información sobre técnicas de tos efectiva.

Características definitorias: Expresiones de miedo y dolor al toser, tos inefectiva o ausente, estertores, taquicardia y signos de dificultad respiratoria.

Sugerencias de comparación: Riesgo de aspiración.

V. PATRÓN REPOSO / SUEÑO.

1. Alteración del patrón de sueño.

Definición: “Estado en el que la interrupción del tiempo de sueño provoca malestar o interfiere con el estilo de vida deseado”.

Factores relacionados: Enfermedad, el estrés de origen psicológica, cambios ambientales, dolor, efectos de medicamentos y responsabilidades como cuidador.

Características definitorias: Expresión de dificultad para conciliar el sueño, sueño interrumpido, despertarse antes o después de lo deseado, cansancio, irritabilidad, confusión, indiferencia, etc.

Sugerencias de comparación: Ansiedad.

VI. PATRÓN COGNITIVO / PERCEPTUAL.

1. Déficit de conocimientos.

Definición: “Estado en que un individuo carece de las habilidades o información para manejar con éxito sus propios cuidados de salud”.

Factores relacionados: Falta de oportunidades previas de aprendizaje, analfabetismo, mala interpretación de la información, falta de interés, etc.

Características definitorias: Seguimiento inexacto de cuidados para la salud, conducta inapropiada e inconsistente para el cuidado de la salud, falta de habilidades, información incompleta o errónea.

2. Conflicto de decisiones.

Definición: “Estado en que un individuo experimenta dudas sobre el curso de acción a seguir cuando elige entre acciones competitivas que implican riesgo, pérdida o desafío a valores de la vida personales”.

Factores relacionados: Sistema de valores y creencias personales poco claros, falta de experiencia y de información, interferencias en la toma de decisiones, múltiples fuentes de información, etc.

Características definitorias: Expresiones de incertidumbre y preocupación, retraso en la toma de decisiones, tensión muscular, agitación, etc.

Proceso de Enfermería

3. Desatención unilateral.

Definición: “Estado en que la persona no tiene conciencia perceptiva de un lado de su cuerpo ni le presta atención”.

Factores relacionados: Trastornos neurológicos / enfermedad o traumatismo.

Características definitorias: Falta de percepción y movimiento del lado afectado y autocuidado inadecuado.

Sugerencias de comparación: Alteraciones sensorio-perceptivas.

4. Dolor.

Definición: “Estado en que una persona experimenta e informa de molestias graves o de una sensación desagradable”.

Factores relacionados: Agentes lesivos (biológicos, químicos, físicos y psicológicos).

Características definitorias: Expresión de sensación de malestar, postura de protección, atención centrada en el mismo, aislamiento o búsqueda de personas, deterioro del pensamiento, etc.

Sugerencias de comparación: Dolor crónico.

5. Dolor crónico.

Definición: “Estado que se caracteriza por la presencia de dolor que dura más de seis meses” (Alfaro 1999:211).

Factores relacionados: Trastornos y problemas con la estructura y funcionamiento de órganos y sistemas, y estados depresivos.

Características definitorias: Presencia de sensación de malestar durante más de seis meses, cambios en el patrón de vida, depresión, cólera, anorexia y cambios en el peso.

Sugerencias de comparación: Dolor.

6. Alteración de los procesos del pensamiento.

Definición: “Estado en que la persona experimenta una alteración en la operación y actividades cognitivas”.

Factores relacionados: Enfermedades neurológicas, alteraciones mentales, privación del sueño, estrés, etc.

Características definitorias: Distracción, problemas con la memoria, interpretación inexacta del entorno, confusión, desorientación y disonancia cognitiva.

Proceso de Enfermería

7. Alteraciones sensorceptivas (visuales, auditivas, cinestésicas, gustativas, táctiles y olfatorias).

Definición: “Estado en que la persona experimenta un cambio en la cantidad o patrón de los estímulos que recibe, acompañado a una respuesta a ellos disminuida, exagerada, distorsionada o deteriorada”.

Factores relacionados: Trastornos en los órganos de los sentidos, estimulación ambiental excesiva o deficiente, privación del sueño, trastornos metabólicos e hidroelectrolíticos, estrés, etc.

Características definitorias: Desorientación en tiempo, persona y espacio, cambio en el patrón de conducta, incapacidad para resolver problemas, agitación e irritabilidad.

Sugerencias de comparación: Alteración de los procesos del pensamiento.

VII. PATRÓN AUTO IMAGEN / AUTO CONCEPTO.

1. Ansiedad.

Definición: “Estado en que la persona experimenta una sensación de inquietud (leve o intensa) cuyo origen con frecuencia es inespecífico o desconocido para el individuo”.

Factores relacionados: conflicto inconsistente sobre objetivos y valores esenciales de la vida; amenaza al autoconcepto. Al estado de salud, al desempeño del rol, a la vida y al entorno en que vive; crisis situacionales y de maduración, y necesidades sin satisfacer.

Características definitorias: Expresiones verbales de preocupación, arrepentimiento, incertidumbre y miedo; tensión creciente, sobresalto, sobreexcitación y nerviosismo; excitación cardiovascular, vasoconstricción, dilatación pupilar, insomnio, temblores, cara tensa, diaforesis y voz temblorosa.

Sugerencias de comparación: Afrontamiento individual inefectivo, temor, impotencia y desesperanza.

2. Baja autoestima: crónica.

Definición: “Estado en el que una persona experimenta durante largo tiempo una evaluación negativa de sí misma o de sus capacidades”

Factores relacionados: Antecedentes de relaciones conflictivas y de abuso, expectativas del rol no realista, falta de apoyo y confianza, falta de reconocimiento y rechazo.

Características definitorias: Sentimientos de culpa, rechazo de retroalimentación positiva y exageración de la negativa, resistencia a cambios, falta de éxito, dificultad para establecer relaciones, conducta no asertiva, mal contacto ocular y dificultad para tomar decisiones.

Proceso de Enfermería

Sugerencias de comparación: Trastorno de la autoestima y baja autoestima situacional.

3. Baja autoestima: situacional.

Definición: “Estado en que una persona que previamente tenía una autoevaluación positiva, experimenta sentimientos negativos o una autoevaluación negativa en respuesta a una pérdida o cambio”.

Factores relacionados: Problemas familiares, económicos, laborales, legales, escolares, de salud y sociales.

Características definitorias: De forma episódica y posterior a determinada crisis, hay expresión de sentimientos negativos así mismo, sentimientos de culpa e inutilidad, dificultad para tomar decisiones y afrontar el rol.

Sugerencias de comparación: Baja autoestima crónica y situacional.

4. Trastorno de la autoestima.

Definición: “Estado en que la persona experimenta una autoevaluación negativa o sentimientos negativos hacia si misma o sus capacidades personales”.

Factores relacionados: Relaciones caracterizadas por abuso físico y psicológico, y abandono.

Características definitorias: Sentimientos de tristeza, culpa y conformidad; rechazo de retroalimentación positiva y exageración de la negativa; dificultad para afrontar situaciones y establecer relaciones; poco éxito, dificultad para la toma de decisiones y resistencia al cambio.

Sugerencias de comparación: Baja autoestima crónica y situacional.

5. Desesperanza.

Definición: “Estado subjetivo en que la persona ve pocas o ninguna alternativa o elecciones personales y es incapaz de movilizar su energía en su propio provecho”

Factores relacionados: Enfermedad crónica, restricción prolongada de la actividad, estados de estrés prolongados, abandono, incapacidad para satisfacer las propias necesidades, conflicto en valores y creencias.

Características definitorias: Aislamiento, cólera pasiva, apatía, trastornos del sueño, destierres por los cuidados, incapacidad para elegir, anorexia, suspiros y dificultad para resolver problemas.

Sugerencias de comparación: Sufrimiento espiritual y baja autoestima.

6. Trastorno de la identidad personal.

Definición: “Estado en que una persona experimenta dificultad para distinguir el yo y el no yo”.

7. Trastorno de la imagen corporal.

Definición: “Estado en que la persona experimenta una alteración en la forma en que percibe su imagen corporal”.

Factores relacionados: Enfermedades crónicas, embarazo, adolescencia, vejez, pérdida de una parte del cuerpo o de una función, efectos de tratamientos, lesiones, obesidad, malformaciones y la percepción inadecuada del cuerpo.

Características definitorias: Expresiones de temor al rechazo o la forma en que van a reaccionar las personas, sentimientos negativos hacia el propio cuerpo, rehusa ver su cuerpo, oculta o demuestra en forma excesiva una parte del cuerpo, cambios en el estilo de vida, rememoraciones y atención en sus capacidades.

Sugerencias de comparación: Trastornos de la autoestima y duelo.

8. Impotencia.

Definición: “Estado en que la persona percibe una falta de control personal sobre ciertos acontecimientos o situaciones que tienen impacto sobre su aspecto exterior, objetivos y estilo de vida”.

Factores relacionados: Incapacidad para la satisfacción de necesidades, régimen relacionado con el tratamiento de la enfermedad y cuidados para la salud, estilo de vida y la interacción interpersonal.

Características definitorias: Expresiones de falta de control insatisfacción, presencia de complicaciones por la enfermedad, estados depresivos, irritabilidad, conducta violenta, falta de participación en los cuidados.

Sugerencias de comparación: Sufrimiento espiritual, desesperanza y baja autoestima.

9. Temor.

Definición: “Estado en que la persona experimenta una sensación de amenaza y es caspa de identificar sus orígenes”.

Factores relacionados: Enfermedad, próxima hospitalización, cirugía o tratamiento; dolor, dificultad para cumplir con el rol, falta de información.

Proceso de Enfermería

Características definitorias: Sentimientos de pánico hacia una fuente identificable, problemas para dormir, pérdida del apetito, irritabilidad, agresividad, incremento de constantes vitales, diaforesis, tensión muscular, etc.

Sugerencias de comparación: Afrontamiento individual inefectivo.

VIII. PATRÓN DE ROL / RELACIONES

1. Deterioro de la comunicación.

Definición: “Estado en que la persona experimenta una disminución en la capacidad para enviar o recibir mensajes”.

Factores relacionados: Trastornos neurológicos y auditivos; barreras idiomáticas y falta de privacidad.

Características definitorias: Dificultad para habla o comprender, resistencia para hablar, repetición de preguntas sin comprenderlas e incongruencias entre el mensaje verbal y no verbal.

Sugerencias de comparación: Deterioro de la comunicación verbal.

2. Deterioro de la comunicación verbal.

Definición: “Estado en que la persona experimenta una disminución de su capacidad de hablar pero puede comprender a otros”.

Factores relacionados: Malformaciones en la boca, cirugía en boca o faringe, presencia de traqueostomía o intubación endotraqueal, disminución de la circulación cerebral, problemas psicológicos y factores culturales y de desarrollo.

Características definitorias: Dificultad para la fonación, articulación de palabras y dificultad para expresar sus sentimientos.

Sugerencias de comparación: Deterioro de la comunicación.

3. Duelo.

Definición: “Estado en el que una persona o grupo experimenta un patrón normal de sentimientos externos de pérdida y tristeza en respuesta a una pérdida real o percibida”.

Factores relacionados: La pérdida real o percibida de un objeto, una relación, un ser querido, una función, una parte del cuerpo, una posición laboral, etc.

Proceso de Enfermería

Características definitorias: Durante el primer año: sentimientos de tristeza y culpabilidad; cólera, llanto, o incapacidad para llorar; dificultades para la concentración, la toma de decisiones y participación; rememoraciones; cambios en hábitos de alimentación, etc.

Sugerencias de comparación: Duelo y duelo disfuncional.

4. Duelo anticipado.

Definición: “Estado en que una persona o familia experimentan sentimientos de ansiedad, temor o tristeza en respuesta a una posible pérdida”. (Alfaro 1999:212)

Factores relacionados: La pérdida percibida de un objeto, una relación, un ser querido, una función, una posición laboral, etc.

Características definitorias: Sentimientos de tristeza y culpabilidad; cólera, llanto, o incapacidad para llorar; dificultades para la concentración, la toma de decisiones y participación; cambios en hábitos de alimentación, disminución de la actividad, libido y comunicación.

Sugerencias de comparación: Duelo y duelo disfuncional.

5. Duelo disfuncional.

Definición: ““Estado en el que una persona o grupo experimentan sentimientos exagerados y prolongados de pérdida y tristeza en respuesta a una pérdida real o percibida”.

Factores relacionados: La pérdida real o percibida de un objeto, una relación, un ser querido, una función, una parte del cuerpo, una posición laboral, un animal y de una capacidad.

Características definitorias: Durante el primer año: sentimientos de tristeza y culpabilidad; cólera, llanto, o incapacidad para llorar; dificultades para la concentración, la toma de decisiones y participación; rememoraciones; cambios en hábitos de alimentación, disminución de la actividad, libido y comunicación.

Sugerencias de comparación: Afrontamiento individual inefectivo, sufrimiento espiritual, duelo y duelo anticipado.

6. Alteración de los procesos familiares.

Definición: “Estado en el que una familia que normalmente funciona de manera efectiva experimenta una disfunción”.

Factores relacionados: Familias que tienen problemas en la comunicación, económicos, laborales y sociales; con enfermos crónicos, que han perdido al padre o madre, en proceso de cambio y con incumplimiento de roles.

Proceso de Enfermería

Características definitorias: Familia que expresa incapacidad para aceptar y expresar sus sentimientos; que no tiene la capacidad para atender las necesidades físicas, de seguridad emocionales y espirituales de sus integrantes; en la que existe falta de respeto y apoyo, con incapacidad para afrontar dificultades y problemas en la adaptación.

Sugerencias de comparación: Afrontamiento familiar inefectivo: comprometido y conflicto del rol personal.

7. Alteración parental.

Definición: “Estado en que la figura(s) responsable(s) de la crianza del niño experimenta(n) una incapacidad para crear un entorno que promueva el desarrollo óptimo de otro ser humano” (Luis 1998:92).

Factores relacionados: En los padres o tutores, existencia de un modelo de rol inadecuado basado en el abuso, falta de apoyo e insatisfacción de necesidades, con expectativas poco realistas y con pobre vinculación afectiva.

Características definitorias: Expresión de no aceptación del niño, de resentimiento y de incapacidad para controlarlo. Niño que sufre abandono en todas sus variedades, con alta morbilidad, constantes accidentes y con retraso en su crecimiento y desarrollo.

Sugerencias de comparación: Afrontamiento familiar inefectivo: incapacitante, alteración de los procesos familiares y alteración del crecimiento y desarrollo.

8. Alteración en el desempeño del rol.

Definición: “Estado en el que un individuo experimenta un cambio, conflicto o negación de las responsabilidades del rol o incapacidad para llevar a cabo las responsabilidades del rol”.

Factores relacionados: Presencia de cambios en la familia, trabajo, situación económica, estado de salud y socioculturales, falta de información, mecanismos de afrontamiento inefectivos y crisis de evolución.

Características definitorias: Expresión de incapacidad para cumplir con las expectativas del rol, existencia de conflictos de roles, negación del rol, falta de conocimiento del rol e incumplimiento.

Sugerencias de comparación: Afrontamiento individual inefectivo.

9. Conflicto del rol parental.

Definición: “Estado en el que el padre / la madre experimenta confusión del rol y conflicto en respuesta a una crisis” (Alfaro 1999:230).

Proceso de Enfermería

Factores relacionados: Separación del niño por hospitalización y tratamientos, atención domiciliaria del niño por parte de personal especializado y cambios en la situación del matrimonio.

Características definitorias: Expresión por parte de uno o ambos padres de incapacidad para atender las necesidades del niño, alteraciones en el funcionamiento familiar, rechazo a participar en los cuidados del niño, sentimientos de culpa, coraje y frustración.

Sugerencias de comparación: Alteración en el desempeño del rol.

10. Aislamiento social.

Definición: “Estado en el que un individuo experimenta soledad, que es percibida como impuesta por otros y como negativa o amenazadora” (Iyer 1997:371)

Factores relacionados: Ausencia de relaciones interpersonales satisfactorias debido a: incumpliendo del rol, aspecto físico, enfermedad crónica, enfermedad mental, costumbres y valores no aceptables, recursos personales insuficientes e incapacidad para relacionarse con los demás.

Características definitorias: Expresión de sentir soledad, rechazo e incapacidad para cubrir expectativas de los demás, introversión, inseguridad, tristeza y ausencia de seres queridos.

Sugerencias de comparación: Deterioro de la interacción social.

11. Deterioro de la interacción social.

Definición: “Estado En el que la persona participa en un intercambio social en cantidad excesiva o insuficiente o de calidad inefectiva” (Alfaro 1999:232).

Factores relacionados: Falta de información y habilidades para establecer relaciones humanas armoniosas, barreras de la comunicación, trastornos del autoconcepto, enfermedad crónica con limitaciones físicas y aislamiento, ausencia de personas significativas, problemas socioculturales y barreras ambientales.

Características definitorias: Expresiones verbales de malestar en las situaciones sociales y de incapacidad para comunicar una sensación insatisfactoria de permanencia, interacción social infructuosa y cambio en el estilo de vida.

Sugerencias de comparación: Aislamiento social.

12. Alteración de los procesos familiares: alcoholismo.

Definición: “Estado en que las funciones psicosociales, espiritual y fisiológica de la unidad familiar están crónicamente desorganizadas, lo que conduce a conflicto, negación de los problemas, resistencia al cambio, ineficacia en la solución de problemas y una serie de crisis autopropetadoras.

Factores relacionados: Antecedentes familiares de alcoholismo, personalidad adictiva, habilidades de afrontamiento insatisfactorias y abuso del alcohol.

Características definitorias: Expresión de sentimientos de minusvalía, cólera, impotencia, culpa, vergüenza y soledad. Dificultad para relacionarse, incapacidad para cumplir con sus roles, conflictos familiares, no aceptación del problema y rechazo para recibir ayuda.

IX. PATRÓN DE SEXUALIDAD / REPRODUCCIÓN.

1. Disfunción sexual.

Definición: “Estado en que la persona experimenta un cambio en la función sexual que se contempla como insatisfactorio, no recompensador o inadecuado” (Alfaro 1999: 231).

Factores relacionados: Falta de información e intimidad, conflicto de valores, enfermedad, falta de una persona significativa, embarazo y parto, cirugías, traumatismos, efectos de medicamentos, menopausia, modelos del rol ineficaces o ausentes, maltrato físico / psicológico y vulnerabilidad.

Características definitorias: Expresiones de tener problemas con la función sexual, búsqueda continua de confirmación de ser sexualmente deseable, alteración en la relación con la pareja y constantes preguntas relacionadas con el sexo.

Sugerencias de comparación: Alteraciones de los patrones de sexualidad.

2. Alteración de los patrones de la sexualidad.

Definición: “Estado en el que la persona expresa preocupación respecto a su sexualidad” (Luis 1998:109).

Factores relacionados: Falta de información, enfermedad o tratamiento médico, falta de intimidad y de una persona significativa, modelos del rol ineficaces o ausentes, conflicto en la orientación sexual o variación de preferencias, existencia del miedo al embarazo o enfermedades de transmisión sexual y conflictos de pareja.

Proceso de Enfermería

Características definitorias: Expresiones sobre existencia de problemas o cambios en comportamiento sexual y constantes preguntas relacionadas con el sexo.

Sugerencias de comparación: Disfunción sexual.

X. PATRÓN DE AFRONTAMIENTO / TOLERANCIA AL ESTRÉS.

1. Deterioro de la adaptación.

Definición: “Estado en que el individuo es incapaz de modificar el estilo de vida / comportamiento de una forma compatible con un cambio en el estado de salud”

Factores relacionados: Incapacidad para un cambio en el estilo de vida, sistema de soporte inadecuado, deterioro de la cognición, sobrecarga sensorial, proceso de duelo y afectación de la autoestima.

Características definitorias: Expresiones de no aceptar el cambio en el estado de salud, cólera ante cambio en el estado de salud, ausencia de razonamiento orientado al futuro, incapacidad para la solución de problemas o determinación de objetivos, prolongación del periodo de choque y falta de progresión hacia la independencia.

Sugerencias de comparación: Afrontamiento individual inefectivo, afrontamiento defensivo y negación ineficaz.

2. Afrontamiento familiar inefectivo: comprometido.

Definición: “Estado en el que la persona que habitualmente brinda soporte principal proporciona en este caso un apoyo, bienestar, ayuda o estímulo insuficiente a alguien con un reto de salud”.

Factores relacionados: En la persona que brinda el soporte: falta de información o comprensión incorrecta, conflictos emocionales y espirituales, crisis de desarrollo y falta de apoyo de los demás familiares. Desorganización familiar, cambios de roles y la existencia de enfermedad crónica e incapacitante.

Características definitorias: Expresiones por parte del usuario de preocupación por la respuesta de la persona que brinda el soporte. La persona que lo brinda manifiesta preocupación, culpa y comprensión o conocimiento inadecuado; conductas inadecuadas de ayuda y soporte, expectativas no realistas y sobreprotección.

Sugerencias de comparación: Afrontamiento familiar inefectivo: incapacitante.

3. Afrontamiento familiar inefectivo: incapacitante.

Definición: “Estado en que la familia muestra una conducta destructiva en respuesta a la incapacidad para mejorarlos agentes estresantes internos o externos”.

Factores relacionados: Problemas de salud significativos y crónicos, cambios en el entorno sociocultural, conflictos en el matrimonio, mecanismos de afrontamiento inadecuados, sentimientos crónicos de culpa, hostilidad y desesperación.

Características definitorias: Familiares que rechazan al usuario, con percepciones distorsionadas de l problema, que demuestran preocupación excesiva y decisiones negativas, con asunción de síntomas del usuario, agresividad y dependencia. El usuario recibe cuidados negligentes y se encuentra en abandono.

Sugerencias de comparación: Afrontamiento familiar inefectivo: comprometido.

4. Afrontamiento familiar potencial de desarrollo.

Definición: “Estado en el que uno o más miembros d la familia muestran deseos y disponibilidad para aumentar el desarrollo de las habilidades para manejar los cuidados de la salud de los miembros de la familia”.

Factores relacionados: Necesidades satisfechas de la familia, procesos de adaptación inefectivas y establecimiento de retos para la salud.

Características definitorias: Movimiento del miembro (os) de la familia hacia un estilo de vida enriquecedor y promotor de la salud.

Sugerencias de comparación: Conductas generadoras de salud

5. Afrontamiento individual inefectivo.

Definición: “Estado en el que un individuo demuestra trastornos en las conductas de adaptación y en la capacidad para la resolución de problemas para poder cubrir las exigencias y roles de la vida”.

Factores relacionados: Crisis situacionales o de maduración, estado de estrés prolongado, sobrecarga sensorial, problemas de la autoestima, vulnerabilidad personal, ausencia de sistemas de apoyo o de algún ser querido, efectos de enfermedad crónica o discapacidad, percepciones poco realistas, cambios notorios en el estilo de vida y conflicto de valores y creencia.

Características definitorias: Expresión verbal de incapacidad para afrontar la situación o solicitar ayuda, uso inadecuado de los mecanismos de defensa, incapacidad para cumplir con el rol y solucionar problemas, trastornos somáticos ocasionados por el estrés, etc.

Sugerencias de comparación: Deterioro de la adaptación, afrontamiento defensivo y negación ineficaz.

6. Afrontamiento defensivo.

Definición: “Estado en el que la persona expresa repetidamente una autoevaluación falsamente positiva, basado en un patrón protector, que la defiende de lo que ella percibe como amenazas subyacentes a su autoimagen positiva”.

Factores relacionados: Problemas familiares, laborales, escolares, sociales, económicos, y legales, la enfermedad, el miedo y el envejecimiento.

Características definitorias: Negación del problema, hipersensibilidad, proyección de culpa o responsabilidad, racionalización de los fracasos, actitud de superioridad, risa hostil, ridiculización de los demás y falta de participación en sus cuidados.

Sugerencias de comparación: Afrontamiento familiar inefectivo, deterioro de la adaptación y negación ineficaz.

7. Negación ineficaz.

Definición: “Estado en el que consciente o inconscientemente se intenta negar el conocimiento o significado de un acontecimiento para reducir la ansiedad o temor de un resultado negativo para la salud”.

Factores relacionados: Enfermedad grave o adicciones con riesgo de muerte, separación o discapacidad.

Características definitorias: Retraso en la búsqueda de atención médica, minimización de los síntomas y signos de la enfermedad, uso de remedios caseros o automedicación, negación de temor a la muerte o a la discapacidad y rechazo para hablar de temas dolorosos.

Sugerencias de comparación: Afrontamiento familiar inefectivo.

8. Riesgo de automutilación.

Definición: “Estado en que un individuo se halla en riesgo elevado de realizar un acto para autolesionarse, no matarse, que produzca lesión tisular y alivio de la tensión”.

Factores relacionados: Problemas emocionales, enfermedad mental y antecedentes de abuso físico, emocional o sexual.

Sugerencias de comparación: Riesgo de violencia.

9. Síndrome del estrés del traslado.

Definición: “Estado en que la persona experimenta trastornos fisiológicos o psicosociales a consecuencia del traslado de un entorno a otro”.

Factores relacionados: Enfermedad, problemas emocionales, falta de preparación para el traslado, cambios notorios en el entorno, experiencias previas de traslados, falta de un sistema de soporte adecuado y pérdidas anteriores relacionadas con el traslado.

Características definitorias: Expresión de resistencia al traslado, aprensión, confusión creciente, cambios en los hábitos de sueño y alimentación, tristeza, desconfianza y dependencia.

10. Cansancio en el desempeño del rol de cuidador.

Definición: “Estado en que la persona percibe dificultad en el desempeño de su rol de cuidador de la familia”.

Factores relacionados: Enfermedad grave del usuario o defecto, que requiere hospitalizaciones frecuentes y prolongadas, y necesidad de cuidados complejos en el hogar.

En el cuidador presencia de enfermedad, falta de preparación, problemas emocionales y de relación con el usuario; falta de descanso, recreación y apoyo de los demás integrantes de la familia.

Características definitorias: Expresiones del cuidador de preocupación por los cuidados, existencia de estrés, reducción en la calidad de los cuidados, conflicto por el cumplimiento de otras responsabilidades, depresión y problemas familiares.

Sugerencias de comparación: Alteración en el desempeño del rol y afrontamiento familiar inefectivo: comprometido.

11. Respuesta postraumática.

Definición: “Estado en el que una persona experimenta una respuesta dolorosa sostenida a uno o mas acontecimientos vitales extraordinarios e inesperados”.

Factores relacionados: Enfermedades, accidentes, asaltos, guerras y desastres naturales.

Características definitorias: Expresiones repetitivas del acontecimiento y de sentirse culpable; pesadillas, confusión, alteración en el estilo d vida, conductas auto destructivas, desarrollo de fobias, irritabilidad y falta de control.

:

12. Riesgo de violencia.

Definición: “Estado en que una persona demuestra conductas que pueden ser físicamente lesivas para si mismo o para los demás”.

Factores relacionados: Toxicomanías, enfermedades mentales, estados de pánico o de cólera, conducta suicida, carácter antisocial, antecedentes de actos agresivos.

13. Síndrome traumático de violación.

Definición: “Estado en que la persona sufre un intento de penetración o una peneetración sexual real (vaginal, anal u oral) contra su voluntad”.

Factores relacionados: Agresión sexual, intento o con penetración real.

Características definitorias: Reacciones emocionales diversas que van desde la cólera hasta la humillación, tensión muscular, problemas con el sueño y alimentación, malestar genitourinario, problemas para relacionarse con el sexo contrario y abuso de drogas y alcohol.

14. Afrontamiento inefectivo de la comunidad.

Definición: “Patrón de actividades de la comunidad para la adaptación y solución de problemas que resulta insatisfactoria para satisfacer las demandas o necesidades de la comunidad”.

Factores relacionados: Recursos inadecuados para la solución de problemas, desinterés, características socioculturales e impotencia.

Características definitorias: Expresiones de los integrantes de la comunidad de no satisfacer sus propias expectativas, falta de participación, problemas en la comunicación, conflictos, morbilidad alta y exceso de agentes estresantes.

Sugerencias de comparación: Manejo inefectivo del régimen terapéutico.

XI. PATRÓN DE VALORES / CREENCIAS.

1. Sufrimiento espiritual.

Definición: “Estado en el que un individuo experimenta un trastorno del principio vital que impregna a todo el ser de la persona y se integra y traspasa su naturaleza biológica y psicosocial”.

Factores relacionados: Desafío de creencias y sistema de valores a consecuencia de: enfermedad, hospitalizaciones, pérdidas, efectos de tratamiento y sufrimiento intenso; alteración en las actividades religiosas habituales, oposición a las creencias por parte de familiares y amistades, y cambios de vida importantes que afectan a la persona.

Características definitorias: Expresiones de preocupación por el significado de la vida o de la muerte y de conflictos internos relacionados con sus valores y creencias; tristeza, cólera, llanto, alteraciones en el sueño y alimentación, incapacidad para participar en prácticas religiosas, cólera hacia Dios, rechazo o búsqueda de apoyo espiritual.

Instituto Mexicano del Seguro Social
Delegación Jalisco
Coordinación Delegacional De Educación Médica
Escuela de Enfermería en Guadalajara con enseñanza incorporada a la
Universidad de Guadalajara.

Proceso de Enfermería

Guía de valoración según patrones funcionales de salud para el usuario pediátrico
--

Datos biográficos e institucionales:

Fecha: _____

Fecha de ingreso _____

Nombre _____ Género _____

Fecha de nacimiento _____ Hora de nacimiento _____

Número de afiliación _____ Servicio _____ Cama _____

Nombre del padre / tutor _____ Edad _____

Escolaridad _____ Ocupación _____

Religión _____ Domicilio _____

Teléfono _____

Nombre del madre / tutor _____ Edad _____

Escolaridad _____ Ocupación _____

Religión _____ Domicilio _____

Teléfono _____

Ingreso económico familiar mensual _____

Motivo de la visita o principal problema _____

Diagnóstica médico _____

Tratamiento médico actual _____

Antecedentes:

Enfermedades anteriores _____

Historia familiar de la enfermedad _____

Historia de la enfermedad actual _____

Proceso de Enfermería

I. Patrón percepción /mantenimiento de la salud.

Servicios con los que cuenta la casa –habitación específica _____

Características higiénicas de la vivienda, especificar _____

Cuidados higiénicos o hábitos higiénicos en el niño, especificar _____

Contactos con enfermos infectocontagiosos () en caso afirmativo especificar: _____

Contacto con animales domésticos () en caso afirmativo especificar ¿cuáles? _____

Existencia de hacinamiento en el hogar _____

Existencia de factores de riesgo en el hogar y comunidad para el niño () en caso afirmativo, especificar ¿cuáles? _____

Interés de los padres / tutores por el cuidado de la salud del niño () en caso negativo, especificar ¿por qué? _____

Interés del niño por el cuidado de la salud () en caso negativo, especificar ¿por qué? _____

Asistencia del niño en forma periódica a control médico () en caso negativo, especificar ¿por qué? _____

Tratamiento médico en el hogar, especificar ¿cuál? _____

Seguimiento del tratamiento médico () en caso negativo especificar ¿por qué? _____

Realización de cuidados para conservar y recuperar la salud del niño () en caso negativo, especificar ¿por qué? _____

Existencia de algún tipo de alergia () en caso afirmativo, especificar ¿cuál y por qué? _____

Existencia de toxicomanías en el niño () en caso afirmativo, especificar ¿cuáles? _____

Inmunizaciones recibidas, especificar: _____

Crecimiento y desarrollo acorde a su edad () en caso negativo, especificar ¿alteraciones o retrasos? _____

II. Patrón nutricional / metabólico.

Estado físico actual	
Peso _____	Talla _____
Perímetro torácico _____	Perímetro cefálico _____
Perímetro abdominal _____	
Segmento superior _____	Segmento inferior _____
Glucemia _____	Temperatura corporal _____
Características de:	
Piel _____	
Cabello _____	
Uñas - _____	
Mucosa oral _____	
Encías _____	
Lengua _____	
Labios _____	
Faringe _____	
Dentadura _____	
Presencia de:	
Anorexia _____	
Náusea _____	
Vómitos _____	especificar: _____
Pirosis _____	
Polifagia _____	
Regurgitaciones _____	
Incapacidad para succionar _____	
Disfagia _____	
Edema _____	especificar _____
Dolor gastrointestinal _____	especificar _____
Crecimiento ganglionar _____	especificar _____
Heridas _____	especificar _____
Infusiones _____	especificar _____
Drenajes _____	especificar _____
Otros _____	especificar _____

Resultados de estudios de laboratorio y gabinete (registrar fecha)

Existencia de cambios recientes en el peso () en caso afirmativo, especificar _____

Alimentación acostumbrada en el hogar, especificar _____

Alimentos que le agradan, especificar _____

Comidas realizadas en el hogar durante el día, especificar _____

Ingesta habitual de líquidos, especificar cantidad _____

Aceptación e ingesta de la dieta prescrita en la unidad hospitalaria () en caso negativo, especificar ¿por qué? _____

Proceso de Enfermería

Ingesta de líquidos en 24 horas durante la hospitalización, especificar ¿cantidad? _____

Lactancia materna en caso de ser lactante menor () en caso negativo, especificar ¿por qué? _____

Existencia de alergias o intolerancias alimentarias () en caso afirmativo, especificar _____

Existencia de problemas con las defensas del organismo () en caso afirmativo, especificar ¿cuáles? _____

III. Patrón de eliminación.

Estado físico actual.	
Características de:	
Orina	_____
Heces	_____
Sudor	_____
Peristaltismo intestinal	_____
Presencia de:	
Halitosis	_____
Flatulencia	_____
Masa rectal palpable	_____
Esfuerzo al defecar	_____
Constipación	_____
Dolor al evacuar	_____
Urgencia para defecar	_____
Distensión abdominal	_____
Fisuras	_____
Incontinencia fecal	_____
Goteo y salida de orina	_____
Disuria	_____
Oliguria	_____
Poliuria	_____
Hematuria	_____
Coluria	_____
Proteinuria	_____
Glucosuria	_____
Polaquiuria	_____
Nicturia	_____
Incontinencia urinaria	_____
Enuresis	_____
Drenaje urinario	_____
Ostomías	_____ especificar _____
Otros	_____ especificar _____

Resultados de estudios de laboratorio y gabinete (registrar fecha) _____

Eliminación intestinal habitual, especificar características y frecuencia _____

Evacuación en 24 horas durante la hospitalización, especificar _____

Eliminación urinaria habitual, especificar características y frecuencia _____

Micciones en 24 horas durante la hospitalización, especificar _____

Empleo de auxiliares o medicamentos para la defecación () especificar ¿cuáles? _____

IV. Patrón actividad / ejercicio.

Estado físico actual.	
Frecuencia cardíaca _____	Presión venosa central _____
Frecuencia del pulso _____	Presión arterial media _____
Tensión arterial _____	Presión arterial pulmonar _____
Frecuencia respiratoria _____	
Características de:	
Pulso _____	
Llenado capilar _____	
Ritmo cardíaco _____	
Respiración _____	
Secreciones broncopulmonares _____	
Fuerza muscular _____	
Postura _____	
Presencia de:	
Soplos _____	Disnea _____
Distensión _____	Aleteo nasal _____
Venosa yugular _____	Cianosis _____
Piel marmórea _____	Estertores _____
Sudoración fría _____	Tos _____
Palpitaciones _____	Disfonía _____
Lipotimias _____	Tiros intercostales _____
Vértigos _____	Retracción xifoidea _____
Acúfenos _____	Disociación torazo abdominal _____
Fosfénos _____	Quejido espiratorio _____
Falta de energía _____	Estridor laringeo _____
Malestar y debilidad en el ejercicio _____	Epistaxis _____
Inflamación de articulaciones, especificar _____	
Contracturas musculares, especificar _____	
Limitaciones para el movimiento, especificar _____	
Otros _____	

Resultados de estudios de laboratorio y gabinete (registrar fecha) _____

Actividades que puede realizar para el autocuidado (alimentación, higiene, funciones de eliminación y vestido) especificar _____

Actividades de recreación habituales, especificar ¿cuáles? _____

Actividades de recreación durante la hospitalización, especificar ¿cuáles? y frecuencia _____

Realización de prácticas deportivas, especificar ¿cuáles? _____

Proceso de Enfermería

V. Patrón reposo / sueño.

Presencia actual de:	
Cansancio	_____
Postura de cansancio	_____
Temblor de manos	_____
Ojeras	_____
Párpados inflamados	_____
Enrojecimiento de conjuntivas	_____
Bostezos	_____
Expresión vacía	_____
Indiferencia	_____
Confusión	_____
Falta de concentración	_____
Habla pausada	_____
Habla dificultosa	_____
Irritabilidad	_____
Otros	_____ especificar _____

Horas de sueño habituales en 24 horas, especificar _____

Periodos de descanso al día habituales, especificar _____

Hábitos del niño para conciliar el sueño, especificar _____

Horas de sueño en 24 horas durante la estancia hospitalaria, especificar _____

Calidad del sueño, especificar _____

Existencia de dificultad para conciliar el sueño durante la estancia hospitalaria () en caso afirmativo, especificar ¿por qué? _____

VI. Patrón cognitivo / perceptual.

Estado físico y mental actual.			
Nivel de conciencia _____			
Orientación (persona, tiempo y lugar) especificar _____			
Escala de Glasgow _____			
Presencia de:			
Crisis convulsivas	_____	Dolor	_____ especificar _____
Midriasis	_____	Afasia	_____ especificar _____
Miosis	_____	Hiperestesia	_____ especificar _____
Anisocoria	_____	Hipoestesia	_____ especificar _____
Irritabilidad	_____	Parestesia	_____ especificar _____
Ataxia	_____	Parálisis	_____ especificar _____
		Signos meningeos	_____ especificar _____
		Otros	_____ especificar _____

Resultados de estudios de laboratorio y gabinete (registrar fecha) _____

Características de la información que tienen los padres / tutores o en su caso el niño sobre su enfermedad y cuidados, especificar _____

Existencia de capacidad en los padres / tutores para la toma de decisiones () en caso negativo especificar ¿por qué? _____

VII. Patrón de autoimagen / autoconcepto

Presencia actual de:	
Nerviosismo _____	Conducta violenta _____
Suspiros _____	Dificultad para relajarse _____
Temblores _____	Otros especificar _____
Sentimientos de culpa _____	
Mal contacto ocular _____	
Apatía _____	

Percepción que tiene el niño sobre si mismo, especificar _____

Aceptación de su imagen corporal () en caso negativo, especificar ¿por qué? _____

Satisfacción en el cumplimiento de su cometido como hijo, hermano, compañero, familiar, estudiante, etc. () en caso negativo, especificar ¿Por qué? _____

Existencia de preocupaciones () en caso afirmativo, especificar ¿cuáles? _____

Existencia de algún temor () en caso afirmativo, especificar ¿a qué? _____

Estado de ánimo del niño, especificar _____

Estado de ánimo de los padres / tutores, especificar _____

Existencia de cooperación en los cuidados por parte de padres / tutores y del propio niño () en caso negativo, especificar ¿por qué? _____

Ayuda que la Enfermera puede brindarle, especificar _____

VIII. Patrón rol / relaciones.

Presencia actual de:	
Dificultad para concentrarse y expresar sentimientos	_____
Cambios en el estado ánimo	_____
Tristeza	_____
Llanto	_____
Incapacidad para llorar	_____
Cólera	_____
Dificultades en la participación	_____
Aislamiento	_____
Introversión	_____
Extroversión	_____
Rechazo a padres / tutores	_____
Dificultades en la comunicación	_____ especificar _____
Otros	_____ especificar _____

Lugar que ocupa en la familia _____

Número de hermanos _____

Personas con las que convive diariamente, especificar _____

Personas responsables de su cuidado, especificar _____

Existencia de sentimiento de pérdida en el niño () en caso afirmativo, especificar ¿por qué? _____

Estado civil de los padres, especificar _____

Existencia de dificultades en la familia () en caso afirmativo, especificar ¿cuáles? _____

Dificultades en los padres / tutores para el cumplimiento de su rol () en caso afirmativo, especificar ¿cuáles? _____

Existencia de abandono en el niño () en caso afirmativo, especificar ¿de qué tipo? _____

Ayuda que la Enfermera / o puede brindarle, especificar _____

Proceso de Enfermería

IX. Patrón sexualidad / reproducción.

Estado físico actual.

Presencia de alteraciones en genitales () en caso afirmativo, especificar ¿cuáles? _____

Presencia de alteraciones en glándulas mamarias () en caso afirmativo, especificar ¿cuáles? _____

Resultados de estudios de laboratorio y gabinete (registrar fecha)_____

MUJER

Menarquia _____ Días por ciclo _____
edad

Pubarquia _____ Telarquia _____
edad

Fecha de la última menstruación _____ Presencia de dismenorrea _____

HOMBRE

Pubarquia _____ Cambio en el timbre de la voz _____
edad edad

Desarrollo de genitales externos ()

Educación sexual por parte de los padres / tutores () en casi negativo, especificar
¿razones?

Existencia de inquietudes relacionadas con el sexo () en caso afirmativo, especificar
¿cuáles?

empleo de métodos de planificación familiar () en caso afirmativo, especificar ¿cuáles?

X. Patrón afrontamiento / estrés.

Presencia actual de:	
Inquietud _____	
Tensión muscular _____	
Postura rígida _____	Conducta autodestructiva _____
Manos húmedas _____	especificar _____
Boca seca _____	Cambios en el estilo de vida _____
Negación del problema _____	especificar _____
Hipersensibilidad a la crítica _____	
Conducta manipuladora _____	
Autocompasión _____	
Otros _____	especificar _____

Respuesta habitual del niño ante una situación de estrés, especificar _____

Opciones elegidas por el niño para canalizar el estrés, especificar _____

Respuesta del niño ante la hospitalización, especificar _____

Respuesta familiar habitual ante una situación de estrés, especificar _____

Respuesta de los padres / tutores ante la hospitalización del niño, especificar _____

Existencia de dificultades familiares para afrontar el problema de salud del niño () en caso afirmativo, especificar ¿cuáles? _____

Existencia de violencia intrafamiliar () en caso afirmativo, especificar ¿persona? _____

Ayuda que la enfermera (o) puede proporcionar a los padres / tutores, especificar _____

Proceso de Enfermería

IX. Patrón valores / creencias.

Actitud religiosa del niño, especificar _____

Actitud religiosa de los padres / tutores, especificar _____

Demanda de servicios religiosos para el niño () en caso afirmativo, especificar ¿cuáles?

Mitos y creencias de los padres / tutores relacionados con el cuidado de la salud, especificar _____

Ayuda que la enfermera (o) puede brindarle, especificar _____

☒	En caso de estar presente
()	SI o NO según proceda

Nota: Recuerde que todos los datos obtenidos en una valoración deben ser **validados**.