El proceso de enfermeria:
Una guía metodológica en el ejercicio profesional

EDILTRUDIS RAMOS DE LA CRUZ

EDITORIAL
UNIMAGDALENA

FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD
PROGRAMA DE ENFERMERIA
UNIVERSIDAD DEL MAGDALENA
2009

El proceso de enfermería: Una guía metodológica en el ejercicio profesional

Edición: Primera - Marzo de 2009
ISBN:
Autor: Ediltrudis Ramos De La Cruz
Editor: Ricardo Rago Murillo
Diseño y Diagramación: Andrés Caiaffa Vidal
Ciudad: Santa Marta, D.T.C.H. - Colombia

El presente material no puede ser duplicado, ni reproducido por ningún medio, sin previa autorización escrita de la Editorial UniMagdalena.

©EDITORIAL DE LA UNIVERSIDAD DEL MAGDALENA
Dirección de publicaciones y propiedad intelectual

UNIVERSIDAD DEL MAGDALENA
Rector: Ruthber Escorcia Caballero
Vicerrector de Investigación: José Henry Escobar Acosta
Coordinación de publicaciones y propiedad intelectual: Ricardo Rago Murillo

CONTENIDO

Prólogo

Introducción

1. Proceso de atención de enfermería

2. Valoración
2.1. Recogida de datos
2.2 Entrevista
2.3. Validación de los datos
2.4. Organización de los datos
2.5. Valoración inicial por patrones funcionales de M. Gordon
2.6. Instrumento de valoración

3. Diagnóstico enfermero
3.1. Diagnósticos de uso común en Atención Primaria de Salud

4. Planificación
4.1. Objetivos/resultados
4.2. Intervenciones
4.3. Registro

5. Ejecución

6. Evaluación

Anexos
I. Estudio de caso

Bibliografía

PRÓLOGO

El momento que vive la enfermería actualmente en el ámbito mundial, en Colombia y especialmente en el Programa de la Universidad del Magdalena con un enfoque en Salud Familiar augura un futuro de esperanza. Esta Guía metodologica del Proceso de Enfermería es la muestra de trabajo que apunta hacia el desarrollo y avances de futuro. Las décadas de los 80 y 90 fueron un riguroso campo de aprendizaje preparatorio, al entrar en el tercer milenio con unas expectativas como las actuales fortalece a continuar y, en este sentido, la propuesta de introducir esta publicación es un estímulo porque significa dar el respaldo y reconocimiento al trabajo de docentes, profesionales de enfermería que se han interesado por esta temática.

Cuando la Organización Mundial de la Salud propuso trabajar con un enfoque de salud preventivo, el rol del profesional de enfermería en atención primaria en el sistema de salud cambió sustancialmente. Desde un trabajo de ayuda y soporte a labores mas centradas en la enfermedad, hasta el desarrollo actual de todo un inventario de competencias propias de enfermería, con intervenciones tanto paliativas como preventivas y de seguimiento y atención domiciliaria. Podemos afirmar que se han roto los esquemas de la rutina en la enfermería comunitaria, que ha asumido un papel protagonista y participa de forma responsable y autónoma en la atención de salud de la población que le es asignada.

La enfermera de familia que formamos en la Universidad del Magdalena deberá poseer múltiples competencias; por ejemplo deben educar sobre los estilos de vida y los factores de riesgo relacionados con los comportamientos, ayudar a las familias sobre las temas que se refieren a la salud, gracias a sus conocimientos de salud pública y de asuntos sociales, los futuros profesionales podrán diagnosticar los efectos de los factores socioeconómicos sobre la salud de la familia y orientarles hacia la institución más competente.

Además de responder a las nuevas demandas de competencias profesionales, la enfermería es capaz de trabajar con base en una metodología y utilizando las clasificaciones enfermeras más conocidas (NANDA, NOC y NIC), se facilitan los registros y se promueve la adopción de sistemas de clasificación homólogos. Con esta utilización de la metodología y las taxonomías enfermeras en atención primaria, estamos dando inicio al registro de las evidencias de los resultados obtenidos con los cuidados. Estos trabajos promueven la investigación básica. Se trata de ampliar y mejorar los registros del proceso de atención de enfermería, para mejorar los resultados de los cuidados y en consecuencia la atención a la población.

El Programa de Enfermería de la Universidad del Magdalena se interesa por mejorar la práctica profesional y la calidad de los cuidados, centrando las ventajas de su trabajo en el impacto que la utilización rigurosa del método de atención de enfermería tendrá para el usuario, para el quipo y para la población.

Este manual pretende ser, y sin duda lo es, una herramienta útil para la práctica clínica. Entre sus méritos a resaltar también está la fundamentación teórica, ya que se han respetado y hecho compatibles los enfoques teóricos y prácticos. La base teórica se aborda desde el manejo de los patrones funcionales de salud de Marjory Gordon y la claridad en su exposición, enlaza de forma muy directa con la experiencia de las autoras en la práctica y la utilización de las nuevas taxonomías enfermeras, de resultados (NOC) y de intervenciones (NIC).

Si nos mantenemos en el trabajo con rigor metodológico la continuidad de cuidados de enfermería pasará a ser una excelente realidad.

INTRODUCCIÓN

Una guía es la recopilación con principios o recomendaciones sistemáticamente desarrolladas para ayudar en la toma de decisiones a clínicos y pacientes en situaciones diarias específicas.

El actual desarrollo de los servicios de salud nos exige consolidar un método de trabajo científico en la práctica diaria de los profesionales de enfermería. El grupo de estudio e investigación de Ciencias del Cuidado en el Programa de Enfermería de la Universidad del Magdalena proyecta que éste sea una referencia sencilla y práctica que sirva de base para trabajar diariamente aplicando el método científico al que hacer de enfermería (PAE).

Debemos ser conscientes de lo importante que es aunar esfuerzos e iniciativas, y trabajar conjuntamente. Tener un mismo método de trabajo, un mismo lenguaje, unas herramientas comunes de trabajo y un registro uniforme. Ello aportará sin duda beneficios a todos los niveles: asistencia, docencia, investigación y gestión.

Para facilitar y unificar la aplicación del proceso enfermero, esta guía basa su contenido en la valoración general del paciente por patrones funcionales de M. Gordon, la taxonomía NANDA para la formulación de los diagnósticos enfermeros y las nuevas taxonomías NOC y NIC para la fase de planificación (objetivos e intervenciones).

A fin de ser una guía práctica, se resaltan los aspectos esenciales de la metodología enfermera. Para ampliar conocimientos sobre el tema, es de gran ayuda consultar la bibliografía recomendada.

EL PROCESO DE ATENCIÓN DE ENFERMERÍA

En la práctica el profesional de enfermería aplica el método científico a través del proceso de atención de enfermería (PAE), el cual permite entregar cuidados de manera razonable y sistemáticamente.

El proceso de enfermería tiene sus orígenes cuando, por primera vez, fue considerado como un proceso, esto ocurrió con Jonson (1959), Orlando (1961) Hall y Wiedenbach (1963), quienes consideraron un proceso de tres etapas (valoración, planeación y ejecución); Yura y Walsh (1967), establecieron cuatro (valoración, planificación, realización y evaluación); y Bloch (1974), Roy (1975), Aspinall (1976) y algunos autores más, organizaron las cinco actuales al incrementar la etapa diagnostica.

El PAE es un procedimiento de planificación en la ejecución de los cuidados de enfermería, articulado por cinco pasos: valoración, diagnostico, planificación, ejecución y evaluación. Como todo método, sus pasos deben ser sucesivos e interrelacionados entre sí. Aunque la presentación de cada uno de ellos se hace por separado, sólo tiene un carácter metodológico, ya que en la puesta en práctica las etapas se superponen:

- Valoración: Es la primera fase del proceso de Enfermería que consiste en la recolectar y examinar la información sobre el estado de salud, indagando sobre el funcionamiento anormal o factores de riego concernientes a la persona, familia y entorno que puedan generar problemas de salud. Son la base para las decisiones y actuaciones posteriores.
- Diagnostico de Enfermería. Es el juicio o conclusión que se produce como resultado de la valoración de Enfermería.
- Planificación: Se desarrollan estrategias para prevenir, minimizar o corregir los problemas, así como para promocionar la salud. En esta etapa es necesario identificar las prioridades inmediatas, los resultados esperados, las intervenciones para el logro de objetivos e individualizar el plan de cuidados.
- Ejecución: Es la realización o puesta en práctica de los cuidados programados. Esta etapa implica el pensamiento crítico sobre lo que se está haciendo: se

debe valorar el estado actual de la persona antes de actuar, determinar las respuestas después de las intervenciones y registrar e informar sobre los comportamientos observados.
- Evaluación: Comparar las respuestas de la persona, determinar si se han conseguido los objetivos establecidos. Determinar el estado de salud y la capacidad funcional de la persona en comparación con los resultados esperados.

BENEFICIOS EN LA UTILIZACIÓN DEL PROCESO DE ENFERMERÍA

Relacionados con el paciente:

- Posibilita cuidar holisticamente de forma individual y continúa asegurando la calidad de cuidados.
- La planificación de los cuidados se centra en las "espuestas humanas" y no solo en tratar la enfermedad.
- Fomenta el establecimiento de metas comunes.
- Estimula la participación del paciente en las decisiones relativas a su autocuidado.
- Favorece la comunicación abierta y efectiva entre el paciente- enfermera(o).
- Logra una continuidad de los cuidados.

Relacionados con el equipo de enfermería

- Constituye una herramienta para evaluar permanentemente la calidad del proceso del Cuidado.
- Permite realizar las actividades de forma eficaz, eficiente y acorde con las metas propuestas.
- Facilita la investigación en enfermería.
- Fortalece el proceso enseñanza-aprendizaje de la disciplina enfermera.
- Dirige trabajos en la experiencia clínica y comunitaria.
- Favorece la comunicación entre profesionales de enfermería.
- Permite trabajar de forma ordenada y con los mismos criterios.
- Organiza el tiempo, el trabajo y los recursos.
- Aumenta la satisfacción de los profesionales de enfermería ante la consecución de los resultados.
- Conjuga los esfuerzos de todo el equipo de enfermería.
- Previene de acciones legales.

CARACTERÍSTICAS PROPIAS DEL PROCESO DE ENFERMERIA

- Es sistemático: como método de solución de problemas implica partir de un planteamiento organizado para alcanzar un objetivo.

- Tiene un propósito: Se dirige a un objetivo concreto.

- Es dinámico: permite la movilidad entre sus pasos, combinando en ocasiones actividades para conseguir el mismo resultado final.

- Es interactivo: Basado en las relaciones recíprocas que se establecen entre el profesional de enfermería y el paciente, su familia y los demás profesionales de la salud.

- Es Flexible: Se puede adaptar al ejercicio de la enfermería en cualquier lugar o área especializada que trate con individuos, grupos o comunidades, sus fases pueden utilizarse sucesivamente o conjuntamente.

- Tiene una base teórica: El proceso ha sido concebido a partir de numerosos conocimientos que incluyen ciencias y humanidades, y se puede aplicar a cualquier modelo teórico de enfermería.

EL PROCESO DE ENFERMERÍA EN EL CONTEXTO DEL MUNDO ACTUAL

La sociedad contemporánea está marcada por los acelerados cambios en las áreas económica, política, social y cultural. En un mundo cambiante estamos impregnados por dichos cambios que modifican la forma de pensar y de actuar en respuesta a las demandas y necesidades sociales. Motivados frente a este panorama, los profesionales de enfermería propenden por la construcción de nuevos conocimientos que fortalezcan la disciplina y provean a los profesionales de competencias clínicas y terapéuticas, tales como: destrezas técnicas, destrezas en la comunicación, habilidades de pensamiento crítico, destrezas en la colaboración con otros profesionales de la salud, entre otras.

La enfermería es una profesión cimentada en el cuidado de la persona, familia y comunidad como una unidad, de manera holistica; lo que conlleva la relación del saber científico y la práctica dirigida a estos aspectos. Es parte de las ciencias médicas y por ello se apoya en las leyes de la naturaleza y de la sociedad, para satisfacer las necesidades de salud del ser humano, considerándolo su objeto de estudio. Esta conceptualización reafirma el carácter científico de la enfermería, basándose en un método científico de trabajo que es el Proceso de Enfermería.

La enfermería de hoy implica cualidades muy especiales, requiere crear y construir permanentemente la profesión, para ello cuenta con el soporte del Proceso de Atención de Enfermería que permite desarrollar el pensamiento crítico, contribuye a la promoción, prevención, mantenimiento y restauración de la salud de los individuos, la familia y la comunidad; exige del profesional capacidades consultivas, técnicas y personales para cubrir las necesidades afectadas y permite sintetizar conocimientos técnicos y prácticos. Comprender el Proceso Enfermero requiere pensar en su uso en un mundo cambiante como es el actual. Los profesionales de

enfermería cada vez más demandan demostrar que sus cuidados tienen resultados benéficos y con una buena relación costo-efectividad.

La aplicación del proceso enfermero desarrolla competencias profesionales para enfrentar el mundo de hoy, favoreciendo a que el profesional sea capaz de:

- Ser flexible y adaptarse a diferentes entornos y circunstancias.
- Resolver problemas de manera crítica y creativa.
- Tomar decisiones independientes y compartidas.
- Cumplir los plazos, demostrando responsabilidad, autoestima, autoconfianza, sociabilidad e integridad.
- Pensar holisticamente considerando a la persona como un todo.
- Promover el bienestar mediante la educación y la reducción de factores de riesgo.
- Liderar, supervisar, escuchar y comprender las necesidades de los seguidores.
- Tomar decisiones éticas basadas en principios éticos.
- Aplicar la tecnología al trabajo.
- Distribuir los recursos: tiempo, espacios, dinero, materiales y recursos humanos en la provisión de los cuidados.

VALORACIÓN

Es la primera fase del proceso de enfermería, definiéndose como el procedimiento organizado y estructurado de recolección y selección de información sobre el estado de salud del paciente, a través de diversas fuentes: la fuente primaria, la historia clínica, la familia o cualquier otra persona que proporcione cuidados al paciente. La fuente secundaria la constituyen revistas científicas, los textos de referencia, entre otras.

Los profesionales de enfermería recogerán datos fisiológicos, integrados a consideraciones psicológicas, socioculturales, de desarrollo y espirituales. Desde un punto de vista holistico es necesario que se conozcan los patrones de interacción en todas las dimensiones del ser humano para identificar las capacidades y limitaciones de la persona y ayudarle a alcanzar un nivel óptimo de salud.

Para garantizar la recolección de datos en forma completa se sugieren las siguientes fases:

1. Antes de ver a la persona: indagar todo lo que se pueda.
2. En el encuentro con la persona: a través de la entrevista y el examen físico.
3. Después de ver a la persona: investigar a través de otros recursos se puede obtener información adicional, por ejemplo consultar a la trabajadora social.

Es indispensable seguir un orden en la valoración, de forma que, en la práctica, el profesional de enfermería no olvide ningún dato, obteniendo al máximo información en el tiempo disponible de la consulta de Enfermería. Se propone la siguiente valoración basada en distintos criterios:

- Criterios de valoración siguiendo un orden de cefalo-caudal: sigue el orden de valoración de los diferentes órganos del cuerpo humano, comenzando por el aspecto general desde la cabeza hasta las extremidades.
- Criterios de valoración por sistemas: se valora el aspecto general y las constantes vitales, y a continuación cada sistema de forma independiente.
- Criterios de valoración por "Patrones Funcionales de Salud": la recogida de datos pone de manifiesto los hábitos y costumbres del individuo/familia determinando el funcionamiento positivo, alterado o en situación de riesgo con respecto al estado de Salud.

Esta etapa cuenta con una valoración inicial, donde se identificarán:

- Datos sobre los problemas de salud detectados en el paciente.
- Factores contribuyentes en los problemas de salud .

En las valoraciones posteriores, se tendrá en cuenta:

- Confirmar los problemas de salud antes detectados.
- Analizar y comparar el progreso o retroceso del paciente.
- Determinar la continuidad del plan de cuidados establecido.
- Obtener nuevos datos que informen sobre el estado de salud del paciente.

Tipos de datos a recoger:
Un dato es una información concreta, que se obtiene del paciente, referido a su estado de salud o las respuestas del paciente como consecuencia de su estado. Interesa identificar las características personales, capacidades ordinarias en las actividades, naturaleza de los problemas, estado actual de las capacidades.

Los tipos de datos:

- *Datos subjetivos*: No se pueden medir y son propios del paciente. Lo que la persona dice que siente o percibe. Solamente el afectado los describe y verifica. (sentimientos).
- *Datos objetivos*: Son medibles o cuantificables por la persona que realiza la valoración, por ejemplo la presión arterial, la temperatura, la frecuencia respiratoria, entre otros.
- *Datos histórico*s: Son los hechos que han ocurrido anteriormente y comprenden hospitalizaciones previas, enfermedades crónicas o patrones y pautas de comportamiento, ayudan a referenciar los hechos en el tiempo.
- *Datos actuales*: Son datos sobre el problema de salud actual.

Métodos para obtener datos:

A. Entrevista Clínica:

Es la técnica indispensable en la valoración, a través de esta se obtiene el mayor número de datos.

La entrevista es un proceso que tiene cuatro finalidades, éstas son:

- Obtener información especifica y necesaria para el diagnostico enfermero y la planificación de los cuidados.
- Facilitar la relación enfermera (o) /paciente.
- Permitir al paciente informarse y participar en la identificación de sus problemas y en el planteamiento de sus objetivos.
- Ayudar al profesional de enfermería a determinar que otras áreas requieren un análisis específico a lo largo de la valoración.

La entrevista consta de tres partes: Inicio, cuerpo y cierre

- Inicio: Se comienza por una fase de aproximación y se centra en la creación de un ambiente favorable, en donde se desarrolla una relación interpersonal positiva. El examinador en este caso el profesional de enfermería, se presentará con su nombre y cargo, verifica el nombre de la persona y averigua como le gusta que le llamen, explica brevemente su propósito.
- Cuerpo: La finalidad de la conversación en esta parte se centra en la obtención de la información necesaria. Comienza a partir del motivo de la consulta o queja principal del paciente y se amplia a otras fuentes como la historia clínica, información sobre la familia y datos sobre aspectos culturales o religiosos. Existen formatos estructurados o semiestructurados para la recolección sistematizada y lógica de la información pertinente sobre el paciente.
- Cierre: Es la fase final de la entrevista, no se deben introducir temas nuevos. Es importante resumir los datos más significativos. También constituye la base para establecer las primeras pautas de planificación.

Las técnicas verbales son:

- El interrogatorio permite obtener información, aclarar respuestas y verificar datos.
- La reflexión o reformulación, consiste en repetir o expresar de otra forma lo que se ha comprendido de la respuesta del paciente, permite confirmar y profundizar en la información.
- Las frases adicionales, estimula la continuidad del proceso verbal de la entrevista.

Las técnicas no verbales: Facilitan o aumentan la comunicación mientras se desarrolla la entrevista, estos componentes no verbales son capaces de transmitir un mensaje con mayor efectividad incluso que las palabras habladas, las más usuales son:

- Expresiones faciales.
- La forma de estar y la posición corporal.
- Los gestos.
- El contacto físico.
- La forma de hablar.

Para finalizar la entrevista y siguiendo a Briggs, J. (1985) y Gazda G.M. (1975) se describen las cualidades que debe tener un entrevistador: empatía, calidez, concreción y respeto.

- Empatía: Entendemos por empatía la capacidad de comprender (percibir) correctamente lo que experimenta nuestro interlocutor, Cibanal (1991). Pero Borrecell (1989), nos aporta que no basta con comprender al cliente, si no es capaz de trasmitirle esa comprensión. La empatía pues consta de dos momentos, uno en el que el entrevistador es capaz de interiorizar la situación

emocional del cliente, y otro en el que le da a entender que la comprende.

- Calidez: Es la proximidad afectiva entre el paciente y el entrevistador. Se expresa solo a nivel no verbal.

- Respeto: Es la capacidad del entrevistador para transmitir al paciente que su problema le atañe, y que se preocupa por él preservando su forma de pensar, sus valores ideológicos y éticos Borrell (1989). En palabras de Cibanal (1991), implica el aprecio de la dignidad y valor del paciente y el reconocimiento como persona.

- Concentración: Es la capacidad del entrevistador para delimitar los objetivos mutuos y compartidos de la entrevista, Borrell (1989).

Cibanal nos aporta una quinta característica del entrevistador:

- La autenticidad, ésta supone que "uno es él mismo cuando lo que dice está acorde con sus sentimientos".

B. La Observación:
En el momento del primer encuentro con el paciente, el profesional de enfermería comienza la fase de recolección de datos por la observación, que continua a través de la relación enfermero – paciente.

Es el segundo método básico de valoración, la observación sistemática implica la utilización de los sentidos para la obtención de información tanto del paciente, como de cualquier otra fuente significativa y del entorno, así como de la interacción de estas tres variables. La observación es una habilidad que precisa práctica y disciplina. Los hallazgos encontrados mediante la observación han de ser posteriormente confirmados o descartados.

C. La exploración física:
La actividad final de la recolección de datos es el examen físico. Debe explicarse al paciente en qué consiste el examen y pedir permiso para efectuarlo.

Exploración física. Se concentra en determinar la respuesta de la persona al proceso de la enfermedad, obtener una base de datos para establecer comparaciones y valorar la eficacia de las actuaciones, confirmar los datos subjetivos obtenidos durante la entrevista. La enfermera utiliza cuatro técnicas específicas: inspección, palpación, percusión y auscultación.

- Inspección: Es el examen visual cuidadoso y global del paciente, para determinar estados o respuestas normales o anormales. Se centra en las características físicas o los comportamientos específicos (tamaño, forma, posición, situación anatómica, color, textura, aspecto, movimiento y simetría).

- Palpación: Consiste en la utilización del tacto para determinar ciertas características de la estructura corporal por debajo de la piel (tamaño, forma, textura, temperatura, humedad, pulsos, vibraciones, consistencia y movilidad). Esta técnica se utiliza para la palpación de órganos en abdomen. Los movimientos corporales y la expresión facial son datos que ayudaran en la valoración.
- Percusión: Implica el dar golpes con uno o varios dedos sobre la superficie corporal con el fin de obtener sonidos, los tipos de sonido que se pueden diferenciar son: Sordos, aparecen cuando se percuten músculos o huesos. Mates: Aparecen cuando percutimos sobre el pulmón normal lleno de aire y Timpánicos: Se encuentra al percutir el estómago lleno de aire o un carrillo de la cara.
- Auscultación: Consiste en escuchar los sonidos producidos por los órganos del cuerpo. Se utiliza el estetoscopio para determinar características sonoras de pulmón, corazón e intestino. También se pueden escuchar ciertos ruidos aplicando solo la oreja sobre la zona a explorar.

VALIDACIÓN DE DATOS

Significa que la información que se ha reunido es verdadera (basada en hechos). Esto es lo que asegura que el paciente quiere indicar lo que de hecho dice. En comunicación existen técnicas de reformulación que ayudan a comprender más fielmente los mensajes del paciente, evitando las interpretaciones.

Se consideran datos verdaderos aquellos datos susceptibles de ser evaluados con una escala de medida precisa, peso, talla, etc.

Los datos observados y que no son medibles, en principio, se someten a validación confrontándolos con otros datos o buscando nuevos datos que apoyen o se contrapongan a los primeros.

ORGANIZACIÓN DE LOS DATOS

En esta etapa se trata de agrupar la información, de forma tal que permita la identificación de problemas, el modo más habitual de organizar los datos es por necesidades humanas (Maslow, 1972), o por patrones funcionales (Gordon, 1987). La información ya ha sido recogida y validada, se organizan mediante categorías.

Los componentes de la valoración del paciente seleccionados como necesarios son:

- Datos de identificación
- Datos culturales
- Historia de salud: Diagnostico médicos, problemas de salud; resultados de pruebas diagnosticas y los tratamientos prescritos.

- Valoración física.
- Patrones funcionales de salud

La valoración mediante patrones funcionales (funcionamiento) se realiza en términos mensurables y no abstractos (necesidades), en este sentido los patrones funcionales de salud facilitan la valoración, aunque no por ello hay que entender que la valoración de los patrones funcionales es opuesta a la valoración de necesidades; antes al contrario, se complementan, Tomás Vidal (1994).

VALORACIÓN POR PATRONES FUNCIONALES

Patrones funcionales de salud

1. Percepción – Manejo De La Salud
2. Nutricional – Metabólico
3. Eliminación
4. Actividad – Ejercicio
5. Sueño – Descanso
6. Cognitivo – Perceptual
7. Autopercepción – Autoconcepto
8. Rol – Relaciones
9. Sexualidad - Reproducción
10. Adaptación – Tolerancia Al Estrés
11. Valores – Creencias

1. PATRON PERCEPCIÓN – MANEJO DE LA SALUD

Se define como la descripción de la salud y bienestar percibido por el paciente y como maneja su salud. Incluye el nivel general de comportamientos de cuidados de salud como actividades de promoción de salud, adherencia a prácticas preventivas de salud mental y física, prescripciones médicas o de enfermería y seguimiento de cuidados.

La meta de enfermería es promocionar la salud. Es el paciente quien percibe y maneja su salud. Al valorar la percepción de los pacientes de su estado de salud y de las prácticas que llevan a cabo para mantenerla, la información obtenida puede indicar un patrón disfuncional o influir en las decisiones acerca de intervenciones para otros problemas. En este patrón, no debe pasarse por alto los datos de riesgo potenciales para la salud en las prácticas del paciente, el no cumplimiento real o potencial del paciente y sus percepciones irreales de salud o enfermedad.

A continuación se proponen una serie de preguntas para evaluar este patrón

1. ¿Cómo ha sido su salud en general?
2. ¿Tuvo algún episodio de gripa el año pasado? Si es afirmativa su respuesta, ¿Faltó al trabajo?

3. ¿Que actividades realiza para mantenerse sano? ¿Cree que estas cosas marcan una diferencia en la salud? (incluir si procede remedios caseros o populares) ¿Consume cigarrillos, alcohol o drogas? ¿Realiza auto exámenes mamarios?
4. ¿Ha sufrido accidentes (en casa, en el trabajo o conduciendo)?
5. ¿En el pasado le resultó fácil encontrar la forma de seguir las recomendaciones de su médico o enfermera (o)?
6. Si procede: ¿Cual piensa usted que es la causa de esta enfermedad? ¿Qué acciones
   llevó a cabo cuando percibió los síntomas? ¿Cuáles fueron los resultados de dichas acciones?
7. Si procede: ¿Qué cosas son importantes para usted mientras esté aquí? ¿Cómo le podemos resultar más útiles?

2. PATRÓN NUTRICIONAL - METABÓLICO

Describe los patrones de consumo de alimentos y líquidos relativos a las necesidades metabólicas y las restricciones en la dieta. Incluye los patrones del individuo de alimentos y líquidos, las horas de comidas diarias, los tipos y cantidad de alimentos y líquidos consumidos, las preferencias particulares de alimentos y el uso de suplementos dietéticos o vitamínicos, se incluyen las referencias de cualquier lesión de piel y la capacidad general de cicatrización. Se incluyen la condición de la piel, pelo, uñas, membranas mucosas y dientes y medidas de la temperatura corporal, altura y peso.

El eje de la valoración en el patrón nutricional – metabólico es el consumo de alimentos y líquidos relativo a las necesidades metabólicas.

El objetivo de la valoración es recoger datos acerca del patrón típico de consumo de comidas y líquidos. Además, se valoran indicadores amplios de las necesidades metabólicas, como los estados de crecimiento (crecimiento infantil, embarazo y cicatrización hística). Las referencias subjetivas se obtienen observando el consumo de alimentos y líquidos, los problemas percibidos por el cliente o por otros, las acciones llevadas cabo para resolver dichos problemas y los efectos percibidos de tales acciones.

Las preguntas sugeridas para evaluar este patrón son:

1. ¿Cuál es la ingesta típica diaria de alimentos? (Describir) Suplementos (vitaminas, tipos de aperitivos).
2. ¿Cuál es la ingesta típica de líquidos? (Describir).
3. ¿Ha habido pérdida/ganancia de peso? (Cuantificar). ¿Ha habido alguna pérdida/ganancia de estatura? (Cuantificar).
4. Como es su apetito?
5. Tiene restricciones en la dieta? ¿Capacidad para seguirla?
6. ¿Ha tenido buena o mala cicatrización?
7. ¿Ha presentado problemas dentales?

La valoración individual del paciente incluye un cálculo de la ingesta diaria de alimentos, líquidos y nutrientes suplementarios como las vitaminas. Los cambios en el patrón nutricional-metabólico pueden detectarse lo largo de la entrevista o durante la exploración. Los exámenes físicos deben focalizarse en la piel, prominencias óseas, cabello, mucosas orales, dientes, altura y peso según la edad. Los indicadores físicos pueden proporcionar la validación de las afirmaciones del paciente atendiendo a la ingesta de nutrientes a los tejidos o necesidades metabólicas.

La valoración de la piel proporciona datos importantes acerca de la calidad de la ingesta y nutrientes y la provisión de nutrientes a los tejidos. Los indicadores del patrón nutricional incluyen la cicatrización hística tras las lesiones; la integridad de las membranas mucosas son en particular órganos altamente metabólicos. La duplicación celular es rápida y consecuentemente también lo es la utilización de los nutrientes. Debido a los requerimientos significativos de estos tejidos, pueden observarse los cambios cuando existen problemas en el consumo de alimentos y líquidos. También, el crecimiento y el desarrollo físico dependen de la nutrición y el metabolismo. A modo de una mínima aproximación, el profesional de enfermería debe investigar en busca de patrones que indiquen déficit nutricionales y de líquidos, ingesta excesiva y alteraciones o discontinuidades de la piel.

3. PATRÓN ELIMINACIÓN

Describe la función excretora (intestino, vejiga y piel) de las personas. Incluye la regularidad percibida por el paciente de la función excretora, el uso sistemático de laxantes y cualquier cambio o alteración en el patrón de tiempo, forma de excreción, calidad o cantidad. También incluye el uso de dispositivos para el control de la excreción.

El objetivo de la valoración es el recoger datos acerca de la regularidad y el control de la excreción (Intestino, vejiga, piel, deposiciones), las descripciones subjetivas, los problemas percibidos por el paciente o por otros, las explicaciones del paciente al problema, las acciones llevadas a cabo para remediarlo, y los efectos percibidos por esas acciones son los datos de interés.

Se pueden utilizar las siguientes preguntas para valorar este patrón:

1. Patrón eliminación intestinal (Describir) Frecuencia. Características. Molestias. Problemas con el control. Uso de laxantes, etc.
2. Patrón de eliminación urinaria. (Describir) Frecuencia. Problemas con el control.
3. ¿Sudoración excesiva? ¿Problemas con el olor?
4. Presencia de drenajes: aspiración, etc. (Especificar).

Al Examen Físico se tendrán en cuenta las descripciones del cliente en cuanto a regularidad, control, cantidad y otras características de los patrones excretores del intestino, vejiga y piel. Si se perciben problemas por parte del paciente o de

otros, el profesional de enfermería obtiene explicaciones, averigua que acciones se han llevado a cabo para remediarlos y pregunta acerca de los efectos percibidos de tales acciones. Los indicadores del patrón excretor (cantidad, regularidad, etc.) son aplicables incluso si el paciente no puede utilizar una vía normal de excreción; aún en ese caso existe un patrón de eliminación urinaria o intestinal.

4. PATRÓN ACTIVIDAD – EJERCICIO

Describe el patrón de ejercicio, actividad, tiempo libre y recreo. Incluye los requerimientos de consumo de energía de las actividades de la vida diaria, como higiene, cocinar, comprar, comer, trabajar y mantenimiento del hogar. También están incluidos el tipo, la cantidad y la calidad del ejercicio, incluyendo los deportes, lo cual describe el patrón típico. Incluyen los factores que interfieren con el patrón deseado o esperado por el individuo, como el déficit neuromuscular, disnea, angina o calambres musculares con el esfuerzo, así como la clasificación cardiopulmonar. Se incluyen además las pautas de tiempo libre que describen las actividades de mayor importancia para el paciente.

El movimiento es uno de los patrones funcionales más importantes, permite a las personas controlar su entorno físico más inmediato. La valoración de este patrón de actividad permitirá la detección de prácticas poco saludables, la previsión de mayores perdidas funcionales y puede así mismo ayudar a compensar dichas pérdidas. El objeto de la valoración es determinar el patrón de actividades del paciente que requiera gasto de energía. Los componentes son las actividades de la vida diaria, ejercicio y actividades de tiempo libre. La observación es un aspecto importante de la valoración de este patrón.

Para la valoración de este patrón se pueden incluir las siguientes preguntas:

1. ¿cuenta con energía suficiente para las actividades requeridas/deseadas?
2. Que ejercicios practica, Tipo y regularidad.
3. Que actividades realiza en el tiempo libre. Niños: actividades de juego.
4. Capacidad percibida (cifrar el nivel) para:

    Alimentarse_____ Cuidarse _____ Bañarse _____

    Movilidad general _____ Cocinar _____

    Movilidad en cama _____ Mantenimiento del hogar _____

    Vestirse _____ Comprar _____

Nivel funcionamiento de codificación:

Nivel 0: Completo autocuidado
Nivel I: Necesita el uso de un dispositivo o equipo.

Nivel II: Requiere ayuda o supervisión de otra persona.
Nivel III: Requiere ayuda de otra persona (y equipo o dispositivo).
Nivel IV: Es dependiente y no colabora.

Examen.

1. Capacidad demostrada (según la codificación anterior) para:

   Alimentarse_____ Vestirse _____ Cocinar _____ Bañarse _____

   Cuidarse _____Comprar _____ Acicalarse _____ Movilidad en cama _____

   Movilidad general _____ Mantenimiento del hogar _____

2. Marcha _____ Postura _____

   Ausencia de alguna parte del cuerpo (especificar)_____

3. Grado de movilidad (en articulaciones)_____

   Firmeza muscular _____

4. Fuerza en las manos _____ ¿Puede coger un lápiz? _____

5. Pulso (latidos/minuto) _____ (ritmo) _____ (amplitud) _____

6. Respiraciones (por minuto) _____ (ritmo) _____ Ruidos respiratorios _____

7. Tensión arterial _____

8. Apariencia general (cuidado, higiene, nivel de energía).

El profesional de enfermería debe valorar las actividades diarias habituales del paciente, estas incluyen las percepciones en cuanto a capacidades para el movimiento, autocuidado (alimentarse, bañarse, vestirse, cuidarse) y si es relevante el mantenimiento del hogar. Cada una de ellas puede clasificarse utilizando los niveles funcionales del 0 al IV.

Con independencia del nivel de movilidad del paciente es necesario algún grado de ejercicios activos o pasivos. Durante la valoración debe determinarse el tipo, la cantidad y la frecuencia del ejercicio, las personas también necesitan actividades de tiempo libre, la valoración del patrón de actividad – ejercicio incluye el tiempo de actividades y la recreo y la cantidad de tiempo que se dedica ellas.
El examen del paciente puede limitarse a la marcha, la postura, el tono muscular,

la falta de alguna parte del cuerpo y las prótesis o dispositivos de ayuda empleados. Si procede, la valoración de grado de movilidad de las articulaciones, la fuerza en las manos y la capacidad para coger un lápiz, proporcionan datos adicionales, los latidos por minuto y el ritmo, sí como las respiraciones por minuto y la profundidad pueden explicar las afirmaciones subjetivas del cliente cerca de la tolerancia a la actividad.

Al menos, la valoración debe relevar cualquier patrón de actividad real o potencialmente disfuncional. En concreto, no deben olvidarse el déficit de movilidad, autocuidado, mantenimiento del hogar y actividades de ocio. El potencial de contractura articular del paciente y la ventilación ineficaz son también problemas que las enfermedades tienen identificados dentro de su capacidad de juicio diagnóstico. Estas dos condiciones pueden predisponer a un patrón de actividad disfuncional. En general si un paciente tiene una enfermedad cardiaca, neurológica o respiratoria, debe garantizarse una valoración a fondo.

5. PATRÓN SUEÑO – DESCANSO

Describe los patrones de sueño, descanso y relax a lo largo de las 24 horas del día. Incluye la calidad y la cantidad de sueño y descanso y la percepción del nivel de energía. También están las ayudas para dormir como las medicaciones o las rutinas empleadas a la hora de costarse.

El objetivo de la valoración del patrón sueño- descanso es describir la efectividad del patrón desde la perspectiva del cliente. Algunos están bien descansados después de 5 horas de sueño; otros necesitan muchas horas más. El descanso y el relax son también valorados según las percepciones del cliente. Lo que puede ser relajante para algunos es considerado trabajo para otros. Si se perciben problemas por parte del cliente o por otros, deben valorarse las explicaciones, las acciones llevadas a cabo y los efectos derivados de las acciones.

Se pueden utilizar las siguientes preguntas para valorar este patrón:

1. Generalmente. ¿Se encuentra descansado y preparado para las actividades de la vida diaria después de dormir?
2. ¿Tiene problemas para conciliar el sueño? ¿Utiliza algún tipo de ayudas? ¿Cómo es su sueño? Presenta pesadillas? ¿Se despierta temprano?
3. ¿Tiene períodos de descanso-relax?

Durante el examen se investiga el patrón de sueño – descanso del cliente para identificar el sentimiento general del individuo respecto a la preparación para las actividades de la vida diaria después de haber dormido. Si se perciben problemas, se describe el patrón disfuncional. El descanso y el relax comprenden un segundo componente que debe ser valorado en este patrón.

Si se presentan problemas en el paciente, la valoración debe incluir el comienzo del sueño, la interrupción de éste, o los patrones de despertar temprano, los

patrones de sueño invertidos (inversión día-noche) es otro problema que no debe ser pasado por alto. El uso de ayudas para dormir, tanto prescritas como no prescritas, deben obtenerse durante la valoración del patrón.

6. PATRÓN COGNITIVO – PERCEPTUAL

Describe los patrones sensorio-perceptuales y cognitivos. Incluye la adecuación de los órganos de los sentidos, como la vista, el oído, el gusto, el tacto y la compensación o prótesis utilizadas para hacer frente a los trastornos. Las manifestaciones de percepción del dolor y cómo se trata éste. Se describen las habilidades cognitivas funcionales, como el lenguaje, la memoria, el juicio y la toma de decisiones.

El objetivo de la valoración del patrón cognitivo perceptual del paciente es describir su lenguaje, habilidades cognitivas y percepción relativas a las actividades necesarias o deseadas. Durante la historia se obtienen las descripciones subjetivas, los problemas percibidos por la persona o por otros, las compensaciones para los déficit y la efectividad de los esfuerzos para compensarlas.
Se sugiere utilizar las siguientes preguntas para valorar este patrón

1. ¿Tiene dificultad para oír? ¿Utiliza ayudas para oír?
2. ¿Utiliza lleva gafas? Cuando realizó la última revisión _____
   ¿Cuándo se las cambió por última vez?

3. ¿Ha observado cambios en la memoria?
4. Tomar decisiones ¿Le resulta fácil/difícil?
5. ¿Cuál es la forma más fácil para usted de aprender cosa?
6. ¿Algún malestar? ¿Dolor? ¿Cómo lo trata?

Se valoran los componentes del patrón cognitivo y perceptual, las funciones cognitivas incluyen: la capacidad de lenguaje, memoria, resolución de problemas y toma de decisiones. Estas son funciones básicas, pero deben evaluarse en relación a la complejidad del entorno elegido por el paciente. Un individuo con retraso mental puede funcionar de forma casi independiente en un ambiente protegido. Un activo ejecutivo de negocios en el mismo entorno puede presentar síntomas de deprivación sensorial o cognitiva.

7. PATRÓN AUTOPERCEPCIÓN – AUTOCONCEPTO

Describe el patrón de autoconcepto y las percepciones de uno mismo. Incluye las actitudes cerca de uno mismo, la percepción de las capacidades (cognitivas, afectivas o físicas), imagen, identidad, sentido general. Está incluido el patrón de la postura corporal y el movimiento, contacto visual, patrones de voz y conversación.

El objetivo de la valoración en éste patrón es describir lo que el paciente cree y evalúa relativo a la autovalía general y los estados de sentimientos. También están descritos los problemas identificados por el paciente o por otros, las explicaciones o razones que dan al problema, las acciones llevadas a cabo para intentar resolverlos y los efectos de esas acciones.

La valoración del autoconcepto y la auto percepción generalmente no es efectiva (exacta y minuciosa) si el paciente no confía en el profesional de enfermería. Las personas tienden a no mostrar sentimientos personales a no ser que la enfermera (o) haya establecido ya una atmósfera de empatía y de no enjuiciamiento.

Se pueden utilizar las siguientes preguntas para evaluar este patrón:

1. ¿Cómo se describe a sí mismo? La mayor parte del tiempo: ¿Se siente a gusto (o no tan a gusto) consigo mismo?
2. Ha habido cambios en su cuerpo o en las cosas que puede hacer? ¿Representa un problema para usted?
3. ¿Ha presentado cambios en los sentimientos hacia sí mismo o hacia su cuerpo (desde que comenzó la enfermedad).
4. ¿Qué cosas le hacen frecuentemente enfadar? ¿Aburrir? ¿Sentir miedo? ¿Ansiedad? ¿Depresión? ¿No se siente capaz de controlar las cosas? ¿Qué le ayuda?
5. ¿Alguna vez perdido la esperanza?

El patrón de autopercepción- autoconcepto de una persona debe ser investigado para obtener datos acerca de: 1. Sentimientos generales de autovalía e identidad personal y 2. Patrón general emocional. Si los datos o la situación lo justifican, debe realizarse una valoración más en profundidad.

La observación durante una entrevista al ingreso puede revelar datos no verbalizados acerca del autoconcepto y la autopercepción. Es importante observar la postura corporal y el movimiento, el contacto ocular y los patrones de voz y conversación. No deben pasarse por alto datos de identidad confusa, imagen corporal alterada, baja autoestima, sentimientos de impotencia, depresión situacional y miedo.

8. PATRÓN ROL – RELACIONES

Describe el patrón de compromisos de rol y relaciones. Incluye la percepción de los roles más importantes y las responsabilidades en la situación actual del cliente. Están incluidas la satisfacción o las alteraciones en la familia, trabajo o relaciones sociales y las responsabilidades relacionadas con estos roles.

El objetivo de la valoración del patrón del rol – relaciones (satisfacción e insatisfacciones) es también un componente de este patrón. Deben obtenerse los problemas percibidos por el cliente, si existen, la causa percibida, las acciones llevadas a cabo y los efectos de dichas acciones.

Se valora este patrón a través de las siguientes preguntas:

1. ¿Vive solo? ¿Con la familia? Estructura familiar (diagrama)
2. ¿Ha habido algún problema familiar que le haya resultado difícil de tratar (dentro del núcleo o con otros familiares)?
3. La familia, u otros ¿dependen de usted para alguna cosa? ¿Qué tal lo lleva?
4. Si procede: ¿Cómo vive la familia/otros su enfermedad/hospitalización?
5. Si procede: ¿Tiene problemas con sus hijos? ¿Dificultad para tratar con ellos?
6. ¿Pertenece algún grupo social? ¿Tiene amigos próximos? ¿Se siente solo (Frecuencia)?
7. ¿En el trabajo generalmente las cosas marchan bien? ¿En la escuela?
8. Si procede: ¿Los ingresos son suficientes para cubrir las necesidades?
9. ¿Se siente parte (o aislado) del barrio donde vive?

Los roles familiares son particularmente importantes en la vida de un individuo. Tratar con el paciente ésta área revela el número de componentes del grupo familiar u hogar, incluyendo tanto a los niños como a los adultos y si es una familia nuclear o extensa.

Las pérdidas, los cambios o las situaciones de temor son los principales problemas en el patrón rol-relaciones. Los datos que no deben ser olvidados son los problemas como fracaso, conflicto, aislamiento social, comunicación verbal alterada y violencia potencial.

Los roles laborales y las relaciones son un área importante para valorar, las estadísticas indican que muchas personas (incluidas las enfermeras) padecen estrés ocupacional. La valoración debe incluir si el paciente percibe el entorno laboral como seguro y saludable. ¿El rol laboral deja tiempo para el descanso y las actividades de tiempo libre? Ya que el trabajo tiene capacidad potencial para cubrir la autosatisfacción, debe valorarse la satisfacción del paciente con los roles y la organización de las actividades del trabajo. Se identifican aspectos financieros, desempleo y otros asuntos relativos al trabajo. La valoración del paciente en edad escolar o bachiller debe reflejar cualquier problema relativo a los roles y relaciones en estos ámbitos.

9. PATRÓN SEXUALIDAD – REPRODUCCIÓN

Incluye la satisfacción percibida o las alteraciones en la sexualidad o en las relaciones sexuales. También incluye el estado reproductor en las mujeres, premenopausia o posmenopáusica.

La sexualidad es la expresión del comportamiento de la identidad sexual. Incluye, pero no se limita a las relaciones sexuales con una pareja. De la misma forma en otros patrones funcionales, las normas culturales regulan su expresión.

Los patrones reproductivos incluyen la capacidad reproductiva y la reproducción en sí misma. Las normas culturales que afectan la reproducción están sujetas a cambio. El número de hijos en las familias es menor que en generaciones pasadas y en muchos casos los embarazos y nacimientos están planificados.

El objetivo de la valoración en el patrón de sexualidad – reproducción es describir la percepción de problemas reales o potenciales. Si existen problemas se ha de preguntar al paciente acerca de los factores contribuyentes, las acciones llevadas a cabo y el efecto percibido de estas acciones.
Para valorar este patrón se sugiere utilizar las siguientes preguntas:

1. Si procede según la edad y la situación: ¿Las relaciones sexuales son satisfactorias? ¿Ha presentado cambios? ¿Problemas?
2. Si procede: ¿Utiliza anticonceptivos? ¿Problemas?
3. En mujeres: ¿Cuándo comenzó la menstruación? ¿Último periodo menstrual? ¿Problemas menstruales? ¿Gravidez?

La valoración de los patrones reproductivos incluye la recolección de información acerca de las etapas de desarrollo reproductivo en relación a los acontecimientos del desarrollo como la menarquia o el climaterio. El número de embarazos y de hijos nacidos vivos proporciona información acerca del patrón reproductivo de las mujeres. El desarrollo de las capacidades reproductivas (características sexuales secundarias y desarrollo genital) debe ser valorado en jóvenes. Es importante no olvidar los problemas asociados a los anticonceptivos, reproducción, menstruación, climaterio.

10. PATRÓN ADAPTACIÓN – TOLERANCIA AL ESTRÉS

Describe el patrón general de adaptación y la efectividad general del patrón en términos de tolerancia al estrés. Incluye la reserva o capacidad para resistir los cambios en la propia integridad, formas de tratar el estrés, sistemas de apoyo familiar o de otro tipo y la habilidad percibida para controlar y dirigir situaciones.

Adaptación y tolerancia al estrés son términos cuyas definiciones están entrelazadas. Un suceso estresante que amenaza o cambia la integridad del ser humano, produce una respuesta psicofisiológica que puede conducir al crecimiento y posterior desarrollo o a la desorganización en roles y las relaciones.

Las personas responden de forma diferente a los acontecimientos. Para saber si un suceso concreto es estresante para una persona, familia o comunidad, la familia debe averiguar la percepción del paciente. Los desastres comunitarios, la pérdida de un miembro familiar la enfermedad y la hospitalización generalmente se viven como amenazas a la integridad o al patrón habitual de actividades de la vida; por tanto, estos son estresantes. El significado de los sucesos potencialmente para la persona y el grado de control percibido sobre los sucesos influyen en la cantidad del estrés inducido.

Los patrones generales de adaptación del paciente pueden ser o no efectivos en el tratamiento de las situaciones estresantes. Algunos pacientes emplean técnicas de resolución de problemas; otros responden con la negación u otros mecanismos mentales. Todos estos son comportamientos aprendidos para hacer frente al estrés. El patrón de adaptación más efectivo es en el que el cliente puede ejercer un mayor grado de control sobre la amenaza a la integridad.

El patrón de tolerancia al estrés describe el nivel de estrés que la persona trata de forma efectiva. Está relacionado con la cantidad de estrés previamente experimentado y la efectividad de los patrones de adaptación del paciente. El patrón de tolerancia al estrés de un paciente predice, hasta cierto punto, el potencial de adaptación efectiva; sin embargo, las personas pueden movilizar recursos y soportar niveles de estrés que sobrepasen su experiencia previa.

El objetivo de la valoración de éste patrón es describir la tolerancia al estrés y el patrón de adaptación de un paciente. No debe pasarse por alto los cambios en la efectividad de un patrón de adaptación, que pueden darse si se prevé una amenaza la integridad superior al control personal (capacidad de adaptación personal). Este tipo de situación puede llevar al profesional de enfermería a realizar una valoración más en profundidad de los sistemas de apoyo disponibles para el paciente.

Para la valoración de este patrón se sugiere indagar en el paciente:

1. ¿Ha ocurrido algún cambio importante en su vida en el últimos dos años? ¿Ha vivenciado una crisis?
2. ¿Quién le resulta de más ayuda para emprender una conversación?
3. ¿Está tenso o relajado la mayor parte del tiempo? ¿Cuándo está tenso que le ayuda?
4. ¿Utiliza medicinas, drogas o alcohol para relajarse?
5. ¿Cuando (si) ha habido grandes problemas (cualquier problema) en su vida, ¿cómo los ha tratado?
6. La mayor parte del tiempo, ¿esta/s forma/s ha/n tenido éxito?

La enfermera solicita al paciente recordar sucesos estresantes de la vida, describir la forma cómo se han tratado y evaluar la efectividad de la forma en la que se ha adaptado a esas situaciones. Esta historia proporciona información acerca de la tolerancia al estrés y el patrón de adaptación.

11. PATRÓN VALORES – CREENCIAS

Describe los patrones de valores, resultados o creencias (incluyendo las espirituales) que guían las elecciones o decisiones. Incluye lo que es percibido como importante en la vida y cualquier percepción de conflicto en los valores, creencias o expectativas relativas a la salud.

En los individuos de todas las edades hay un patrón de valores morales y creencias. A medida que los individuos se desarrollan, los patrones que aparecen de valores morales y creencias van siendo más complejos y generalmente más conscientes.

Las creencias y los valores morales incluyen opiniones acerca de lo que es correcto, apropiado y significativo, desde un punto de vista personal. Los valores colectivos y los patrones de creencia también existen dentro de una sociedad o cultura, estas normas de grupo pueden coincidir o no con el patrón personal de una persona o de un profesional clínico de la salud. Pueden aparecer conflictos. Cuando se presentan alternativas, los valores morales ayudan a determinar las elecciones.

Los patrones de creencia describen aquello que el individuo considere que es cierto sobre la base de la fe o la convicción. Llegan a ello por inferencia y constituye la base para las actitudes o predisposiciones. Las creencias son la dimensión filosófica o teológica del conocimiento personal. Incluyen explicaciones un nivel muy abstracto, contemplando explicaciones de la vida, la existencia y por que algunas cosas son valoradas. Las acciones comunes del día a día pueden no requerir este nivel de pensamiento y explicación. La enfermedad y otros sucesos significativos proporcionan el tiempo y la motivación para revisar la vida, las metas y aquello que es importante.

Los patrones de valores morales describen la importancia o el valor de acuerdo a las metas, acciones, personas, objetos y otros fenómenos. El patrón de valores de un paciente puede influir en sus decisiones relacionadas con la salud acerca de prácticas personales, tratamientos, prioridades de salud, así como la vida y la muerte.

Para la valoración de este patrón se pueden utilizar las siguientes preguntas:

1. Generalmente, ¿Consigue las cosas que quiere? ¿Tiene planes de futuro importantes?
2. ¿La religión es importante en su vida? Si procede: ¿Le ayuda esto cuando surgen dificultades?
3. Si procede: Su estancia aquí ¿Podría interferir con alguna práctica religiosa?

Entender el patrón personal de valores – creencias de un paciente puede aumentar la sensibilidad de la enfermera (o) hacia los potenciales conflictos y ayudar al paciente a examinar como su sistema de creencias puede apoyarle en su toma de decisiones. La utilización por parte de los pacientes de valores filosóficos o teológicos y creencias como una estrategia predominante de adaptación no se ha estudiado de forma sistemática en enfermería, el profesional de enfermería que entiende las creencias espirituales del paciente (incluyendo las creencias religiosas), puede ser capaz de apoyar estrategias de adaptación de este tipo.

DOCUMENTACION Y REGISTRO DE LA VALORACIÓN

Las razones que justifican su uso son de manera esquemática las que siguen:

- Constituye un sistema de comunicación entre los profesionales del equipo salud.

- Facilita la calidad de los cuidados al poder compararse con unas normas de calidad.
- Permite una evaluación para la gestión de los servicios enfermeros, incluida la gestión de la calidad.
- Prueba de carácter legal.
- Permite la investigación en enfermería.
- Permite la formación pregrado y posgrado.

Las normas que Iyer (1989), establece para la correcta anotación de registros en la documentación son:

- Deben estar escritos de forma objetiva, sin prejuicios de valor u opiniones personales, también hay que notar (entre comillas), la información subjetiva que aporta el paciente, los familiares y el equipo sanitario.
- Las descripciones e interpretaciones de los datos objetivos se deben apoyar en pruebas y observaciones concretas.
- Se deben evitar las generalidades y los términos vagos como, "regular", etc.
- Los hallazgos deben describirse de manera meticulosa, forma, tamaño, etc.
- La anotación debe ser clara y concisa.
- Se escribirá de forma legible y con tinta indeleble. Trazar una línea sobre los errores.
- Las anotaciones serán correctas y gramaticales. Se usarán solo las abreviaturas de uso común.

INSTRUMENTO DE VALORACIÓN POR PATRONES
FUNCIÓN DE M. GORDON
PATRONES FUNCIONALES DE SALUD DE M. GORDON

Fecha:.....
Nombre y apellidos: .....
Fecha de nacimiento:..... N.º H.C: .....
.....

PERCEPCIÓN DE SALUD. CONTROL DE SALUD.
Antecedentes personales.....
Antecedentes familiares.....
Motivo de consulta/programas de salud.....
Vacunas.....
Medicación/automedicación/T tos (O2).....
.....
Revisiones periódicas de salud .....
.....
Alergias ..... Tabaco..... Alcohol ..... Drogas .....
.....
Cómo valora su salud: Excelente □ Buena □ Normal □ Regular □ Mala □
Conocimientos de su enfermedad.....
Conocimientos de los cuidados.....
Conducta ante su salud (adherencia medidas higiénico dietéticas, estilos de vida, actividades de promoción y prevención).....
Accidentes/caídas: No □ Sí □
Ingresos hospitalarios: No □ Sí □
Imagen personal: Adecuado □ Descuidado □ Extravagante □ Meticuloso □ Sucio □
Higiene/seguridades la vivienda .....
.....
¿Qué es importante para usted y en qué cree que podemos ayudarle.....

PATRÓN NUTRICIONAL–METABÓLICO.
T.ª..... Peso..... Talla ..... IMC.....
Horario: Desayuno □ Media mañana □ Comida □ Merienda □ Cena
¿Pica entre horas? No □ Sí □ ¿Dónde? .....
.....
Grupos de alimentos (veces por semana)
Preferencias/gustos .....
.....
Ingesta de líquidos/día:.....
.....

- Leche y derivados
- Pan, arroz, patatas,
- pasta, cereales

- Legumbres
- Verduras y hortalizas
- Carne y huevos
- Pescados
- Grasas
- Frutas
- Dulces
- Suplementos
- Restricciones
- Intolerancias/
- Alergias

Pérdida/ganancia de peso: No □ Sí □
Dificultad de masticación: No □ Sí □
Dificultad de deglución: No □ Sí □
Dificultad de digestión: No □ Sí □
Problemas de la piel/mucosas (úlceras, sequedad, eczemas, psoriasis...).....
Dolor: No □ Sí □
Prurito: No □ Sí □
Eritema: No □ Sí □
Entumecimiento: No □ Sí □
Cicatrización: Normal □ Tórpida □ Queloide □
Pelo.....
Uñas.....
Problemas mentales.....

PATRÓN ELIMINACIÓN.
N.º de deposiciones/día .....

FASE DE DIAGNÓSTICO

La Asociación Norte americana de Diagnósticos de Enfermería (NANDA) publicó en 1973 la primera lista de diagnósticos de enfermería. A partir de entonces ha crecido el interés por los diagnósticos y por su aplicación clínica. Actualmente se considera una necesidad el uso de esta Taxonomia, que permita a los profesionales de enfermería identificar los diagnósticos específicos para las personas asignadas a su cuidado.

El Diagnostico de Enfermería es un enunciado del problema real o en potencia del paciente que requiere de la intervención de enfermería con el objeto de resolverlo o disminuirlo. En esta etapa se expone el proceso mediante el cual se está en condiciones de establecer un problema clínico y de formularlo para su posterior tratamiento, bien sea diagnostico enfermero o problema interdependiente.

El diagnostico de enfermería real se refiere a una situación que existe en el momento actual. Problema de alto riesgo se refiere a una situación que puede ocasionar dificultad en el futuro.
Los pasos de esta fase son:

1. Identificación de problemas

- Análisis de los datos significativos, bien sean datos o la deducción de ellos, es un planteamiento de alterativas como hipótesis.
- Síntesis es la confirmación, o la eliminación de las alterativas.

2. Formulación de problemas. Diagnóstico de enfermería y problemas interdependientes.

A continuación se identifican los beneficios de una taxonomía diagnóstica en los distintos ámbitos del que hacer profesional. La Asociación Española de Enfermería Docente (AEED) en 1993, especificó estos beneficios:

- Investigación: Para investigar sobre los problemas de Salud los profesionales de enfermería, deben disponer de un lenguaje común previo que aúne los

criterios y facilite la comunicación e intercambio de datos. Los Diagnósticos enfermeros pueden contribuir a la consolidación de la disciplina en Enfermería mediante líneas de investigación dirigidas a:

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

- Docencia: la inclusión de los Diagnósticos de Enfermería en el currículo básico debe iniciarse y continuarse de forma coherente y prolongarse de forma progresiva lo largo de todo el currículo. Lo que permite:

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

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

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

- Gestión: algunas de las ventajas que admiten la utilización de los Diagnósticos de Enfermería en este ámbito son:

    - Ayudar a determinar los tiempos medios requeridos, y por tanto, las cargas de trabajo de cada unidad o centro, al facilitar la organización y sistematización de las actividades de cuidados.
    - Permitir, como consecuencia, una mejor distribución de los recursos humanos y materiales.
    - Favorece la definición de los puestos de trabajo, ya que ésta podría incluir la habilidad para identificar y tratar los Diagnósticos de Enfermería que se dan con mayor frecuencia.
    - Posibilitar la determinación de los costos reales de los servicios de enfermería, y consecuentemente, los costos reales de los cuidados brindados al usuario.
    - Facilitar el establecimiento de criterios de evaluación de la calidad de los servicios de Enfermería brindados en un centro o institución.
    - Identificar las necesidades de formación para grupos profesionales específicos.

Componentes del Diagnóstico

Los componentes de las categorías diagnósticas, aceptadas por la NANDA para la formulación y descripción diagnóstica, son 4:

1. Etiqueta descriptiva o título: ofrece una descripción concisa del problema (real o de Alto riesgo). Es una frase o término que representa un patrón.
2. Definición: Expresa un significado claro y preciso de la categoría y la diferencia de todas las demás.
3. Características definitorias: Las características que definen los diagnósticos reales son los signos y síntomas principales siempre presentes en el 80-100% de los casos. Otros signos y síntomas, que se han calificado como secundario están presentes en el 50-79% de los casos, pero no se consideran evidencias necesarias del problema.
4. Factores etiológicos y contribuyentes o factores de riesgo: Se organizan entorno a los factores fisiopatológicos, relacionados con el tratamiento, la situación y la maduración, que pueden influir en el estado de salud o contribuir al desarrollo del problema. los diagnósticos de enfermería de alto riesgo incluyen en su enunciado los factores de riesgo.

Tipos de diagnósticos

Se conocen cuatro tipos de diagnósticos que son: reales, de alto riesgo (designados hasta 1992 como potenciales), de bienestar y posibles.

1. Real: Representa un estado que ha sido clínicamente validado mediante características definitorias principales identificables. Tiene cuatro componentes: enunciado, definición características que lo definen y factores relacionados.

El enunciado debe ser descriptivo de la definición del Diagnóstico y las características que lo definen (Gordon 2003). El término "real" no forma parte del enunciado en un Diagnóstico de Enfermería real. Consta de tres partes, formatos PES: problema (P) + etiología, factores causales o contribuyentes (E) + signos/síntomas (S).estos últimos son los que validan el diagnóstico.

2. Alto Riesgo: Es un juicio clínico de que un individuo, familia o comunidad son más vulnerables desarrollar el problema que otros en situación igual o similar. Para respaldar un Diagnóstico potencial se emplean los factores de riesgo. La descripción concisa del estado de salud alterado de la persona precedida por el término "alto riesgo". Consta de dos componentes, formato PE: problema (P) + etiología/factores contribuyentes (E).

3. Posible: Son enunciados que describen un problema sospechado para el que se necesitan datos adicionales. La enfermera debe confirmar o excluir. consta de dos componentes, formato PE: problema (P) + etiología/factores contribuyentes (E).

4. De bienestar: Juicio clínico respecto una persona, grupo o comunidad en transición desde un nivel específico de bienestar hacia un nivel más elevado. Deben estar presentes dos hechos: deseo de un nivel mayor de bienestar y estado o función actual eficaces. Son enunciados de una parte, conteniendo sólo la denominación. No contiene factores relacionados. Lo inherente estos diagnósticos es un usuario o grupo que comprenda que se puede lograr un nivel funcional más elevado si se desea o si se es capaz. El profesional de enfermería puede inferir esta capacidad basándose en los deseos expresos del personal o del grupo por la Educación para la Salud.

Se puede agregar un quinto tipo:

5. De síndrome: Comprende un grupo de Diagnósticos de Enfermería reales o potenciales que se suponen que aparecen como consecuencia de un acontecimiento o situación determinados. Los Diagnósticos de Enfermería de Síndrome son enunciados de un parte, con la etiología o factores concurrentes para el diagnóstico contenidos en la denominación diagnóstica.

A la hora de escribir un diagnóstico hay que tener en cuenta una serie de directrices:

- Unir la primera parte (P) con la segunda (E) utilizando "relacionado con" mejor que "debido" o "causado por". No quiere significar necesariamente que hay una relación causa-efecto directa.
- La primera parte del diagnóstico identifica la respuesta de la persona, y no una actividad de Enfermería.
- Redactar en términos convenientes y aconsejables desde el punto de vista legal.
- Escribir el diagnóstico sin emitir juicios de valor, sino basarse en datos objetivos y subjetivos que se hayan recogido y validado con el usuario.

- Evitar invertir el orden de las partes del diagnóstico, puede llevar a un enunciado confuso.
- No mencionar signos y síntomas en la primera parte del diagnóstico.
- No indique el diagnóstico de Enfermería como si fuera un diagnóstico médico.
- No escriba un diagnóstico de enfermería que repita un orden médica.
- No rebautice un problema médico para convertirlo en un diagnóstico de Enfermería.
- No indique dos problemas al mismo tiempo, dificulta la formulación de los objetivos.

DIAGNÓSTICOS ENFERMEROS DE USO COMUN EN ATENCIÓN

PRIMARIA DE SALUD COD. DX. NANDA II

1. PATRÓN PERCEPCIÓN–MANTENIMIENTO DE LA SALUD

Riesgo de infección 00004
Riesgo de lesión 00035
Riesgo de asfixia 00036
Riesgo de intoxicación 00037
Riesgo de traumatismo 00038
Protección inefectiva 00043
Incumplimiento del tratamiento (especificar) 00079
Conductas generadoras de salud (especificar) 00084
Mantenimiento inefectivo de la salud 00099

2. PATRON NUTRICIONAL–METABÓLICO

Desequilibrio nutricional por exceso 00001
Desequilibrio nutricional por defecto 00002
Riesgo de desequilibrio nutricional por exceso 00003
Hipotermia 00006
Hipertermia 00007
Exceso de volumen de líquidos 00026
Riesgo de déficit de volumen de líquidos 00028
Riesgo de aspiración 00039
Deterioro de la mucosa oral 00045
Riesgo de deterioro de la integridad cutánea 00047
Deterioro de la deglución 00103
Lactancia materna ineficaz 00104
Lactancia materna eficaz 00106
Interrupción de la lactancia materna 00105

3. PATRÓN DE LA ELIMINACIÓN

Estreñimiento 00011
Diarrea 00013

Incontinencia fecal 00014
Deterioro de la eliminación urinaria 00016

4. PATRON DE LA ACTIVIDAD-EJERCICIO
Limpieza ineficaz de las vías aéreas 00031
Patrón respiratorio ineficaz 00032
Riesgo de síndrome del desuso 00040
Deterioro de la movilidad física 00085
Déficit de actividades recreativas 00097
Deterioro en el mantenimiento del hogar 00098
Déficit de autocuidado: alimentación 00102
Déficit de autocuidado: baño e higiene 00108
Déficit de autocuidado: vestido/acicalamiento 00109
Déficit de autocuidado: uso del WC 00110
Retraso en el crecimiento y desarrollo 00111
Síndrome de estrés de traslado 00114

5. PATRON SUEÑO-DESCANSO
Deterioro del patrón del sueño 00095

6. PATRON COGNITIVO-PERCEPTIVO
Trastorno de la percepción sensorial: auditiva 00122
Trastorno de la percepción sensorial: gustativa 00122
Trastorno de la percepción sensorial: cinestésica 00122
Trastorno de la percepción sensorial: olfatoria 00122
Trastorno de la percepción sensorial: táctil 00122
Trastorno de la percepción sensorial: visual 00122
Déficit de conocimiento (especificar) 00126
Trastorno de los procesos del pensamiento 00130
Dolor agudo 00132
Dolor crónico 00133

7. PATRÓN AUTOPERCEPCIÓN-AUTOCONCEPTO
Trastorno de la imagen corporal 00118
Baja autoestima crónica 00119
Baja autoestima situacional 00120
Desesperanza 00124
Impotencia 00125
Ansiedad 00146

8. PATRON ROL-RELACIONES
Deterioro de la comunicación verbal 00051
Aislamiento social 00053
Desempeño inefectivo del rol 00055
Deterioro parental 00056
Riesgo de deterioro parental 00057
Interrupción de los procesos familiares 00060

Cansancio del desempeño del rol de cuidador 00061
Conflicto del rol parental 00064
Duelo disfuncional 00135
Duelo anticipado 00136

9. PATRON SEXUALIDAD-REPRODUCCIÓN

Disfunción sexual 00059
Síndrome traumático de la violación 00142

10. PATRON ADAPTACIÓN-TOLERANCIA AL ESTRÉS

Negación ineficaz 00072
Afrontamiento familiar incapacitante 00073
Afrontamiento familiar comprometido 00074
Disposición para mejorar el afrontamiento familiar 00075

11. PATRON VALORES- CREENCIAS

Sufrimiento espiritual 0006

PLANIFICACIÓN DE LOS CUIDADOS DE ENFERMERÍA

Es la fase en la que se determina cómo dar los cuidados de enfermería de forma organizada, individualizada y orientada a los objetivos; en la que se piensa una estrategia de cuidados bien definida, que comprende priorizar los problemas del paciente, fijar los objetivos, determinar las actividades y registrar el plan de cuidados.

OBJETIVOS/RESULTADOS

Son los instrumentos de medición del plan de cuidados que permiten realizar la evaluación. Responden a dos interrogantes:
¿Qué se desea conseguir?
¿Cuándo se espera conseguirlo?

OBJETIVOS CENTRADOS EN EL PACIENTE/FAMILIA/COMUNIDAD

- Siempre que sea posible, los objetivos deber consensuarse conjuntamente con el paciente y/o las personas implicadas en su cuidado.
- El sujeto de cualquier objetivo es el paciente y a la hora de determinar aquél hay que centrarlo en éste. Debemos pensar lo que se espera que logre el paciente, y no lo que la enfermera desea conseguir.

CARACTERÍSTICAS

- Derivan de los diagnósticos.
- Se registran como conductas mensurables.
- Se formulan conjuntamente con el paciente (cuando sea posible).
- Deben ser realistas respecto a las capacidades actuales y futuras del paciente y a sus recursos.

CLASIFICACIÓN
Respecto al tiempo:

- Objetivo a largo plazo. Ejemplo: mantener la integridad cutánea.
- Objetivos a medio plazo. Ejemplo: perder 4 Kg./mes.
- Objetivos a corto plazo. Ejemplo: identificar signos y síntomas de hipoglicemia.

Respecto al dominio donde actúan:

- Objetivos cognitivos: relacionados con la adquisición de conocimientos o habilidades intelectuales. Ejemplo: enseñar técnica para el autoanálisis.
- Objetivos afectivos: asociados a cambios de actitudes, sentimientos o valores. Ejemplo: cambiar hábitos alimentarios.
- Objetivos psicomotores: reflejan habilidades motoras. Ejemplo: andar correctamente con muletas.

COMPONENTES DE LOS OBJETIVOS

- Sujeto: quien (persona que se espera que alcance el objetivo/resultado).
- Verbo: acciones (qué acciones debe llevar a cabo esa persona para lograr el objetivo/resultado). Deben elegirse verbos mensurables, que describan exactamente lo que se espera ver u oír. (Verbos mensurables: identificar, explicar, perder, describir, comunicar, ganar, hacer, verbalizar, mostrar, realizar, enumerar, andar, demostrar. Verbos no mensurables: saber, pensar, comprender, sentir, entender, aceptar, apreciar).
- Condición: circunstancias (bajo qué circunstancias esa persona llevará a cabo las acciones).
- Criterio de realización: grado o estándar de consecución.
- Momento: tiempo.
- Ejemplo. Diagnóstico: lactancia materna ineficaz.
- Objetivo: la madre identificará acciones para el mantenimiento eficaz de la lactancia. Sujeto: la madre. Verbo: identificará. Condición: lactancia. Criterio de realización: mantenimiento eficaz. Momento: tiempo de lactancia.

CLASIFICACIÓN DE RESULTADOS DE ENFERMERÍA: NOC

Nombra, estandariza y proporciona escalas para medir los resultados de los pacientes dependientes de enfermería.

COMPONENTES DE UN RESULTADO NOC

- Etiqueta: denomina de forma concisa el resultado.
- Definición: descripción genérica.
- Indicadores: determinan el estado del paciente en relación con la etiqueta. Pueden utilizarse como resultados intermedios.
- Escala de medida tipo Likert de 5 puntos. Permite cuantificar el resultado.
- Bibliografía: referencias utilizadas en el desarrollo del resultado.

CARACTERÍSTICAS DE LOS RESULTADOS NOC

- No se exponen como objetivos.
- Los resultados son conceptos variables que proporcionan más información que si se cumple o no un objetivo.
- La enfermera determina con qué intervalo deben ser evaluados según su juicio clínico.
- Los resultados pueden ser tanto positivos como negativos.

INTERVENCIONES DE ENFERMERÍA

Una vez establecidas las prioridades y desarrollados los resultados (objetivos), comienza la siguiente etapa de la fase de planificación: selección de las intervenciones enfermeras, que describan de qué modo la enfermera ayudará al cliente a conseguir los resultados propuestos.

Estas intervenciones se establecen a partir de:

- La información obtenida durante la valoración.
- Las posteriores relaciones de la enfermera con el cliente y la familia.

DEFINICIÓN

Las intervenciones de enfermería son todo tratamiento, basado en juicio y conocimiento clínicos, que un profesional de la enfermería realiza para conseguir los resultados pactados o aumentar la salud del paciente.

FINALIDAD

Las intervenciones enfermeras se realizan para:

- Controlar el estado de salud.
- Minimizar los riesgos.
- Resolver o controlar la causa de un problema. Si no se puede, minimizar los efectos de la misma en las personas.
- Desconocido el origen del problema, la finalidad será identificar la causa.
- Promover un óptimo estado de salud e independencia.

CLASIFICACIÓN

- Intervenciones interdependientes: describen las actividades llevadas a cabo por la enfermera en cooperación con otros miembros del equipo de salud (asistentes sociales, fisioterapeutas, médicos).

Ejemplo: anciano en situación de riesgo social detectado en la consulta de enfermería del centro de salud. La enfermera se pone en contacto con la asistente social para establecer pautas de actuación conjuntas.

- Intervenciones independientes: Intervenciones indicadas por la enfermera como respuesta a un diagnóstico enfermero. Se basan en los factores relacionados identificados en la declaración del diagnóstico de enfermería.

Por tanto, definen las actividades necesarias para eliminar los factores que contribuyen a las respuestas humanas. Ejemplo: riesgo de caídas relacionado con (R/C) peligros en el hogar.

Tras identificar este diagnóstico enfermero, nos planteamos el siguiente objetivo (resultado): la paciente no sufrirá ninguna caída en su casa en los próximos 3 meses.

Las intervenciones de enfermería irían encaminadas a reducir los peligros ambientales en el hogar de la paciente procurando una correcta iluminación de las habitaciones, estableciendo conjuntamente medidas de seguridad (asideros, eliminar o fijar alfombras, utilizar calzado con suela antideslizante, etc.) y procurando mantener un entorno limpio, ordenado y bien ventilado.

El éxito de las intervenciones de enfermería depende de la capacidad que tenga la enfermera de generar y escoger alternativas que muy probablemente sean eficaces.

CARACTERÍSTICAS DE LAS INTERVENCIONES

- Ser consecuentes con el plan de cuidados.
- Basarse en principios científicos.
- Individualizadas.
- Utilizarse para proporcionar un ambiente seguro y terapéutico.
- Oportunidad de enseñar–aprender.
- Incluir la utilización de los recursos apropiados.
- Sopesar los riesgos y beneficios.

DIRECTRICES PARA REDACTAR LAS INTERVENCIONES

- Las intervenciones de enfermería deben estar fechadas y firmadas, para identificar la fecha de origen.
- Deberán incluir verbos de acción concretos.
- Deberán definir quién, qué, dónde, cuándo, cómo y con qué frecuencia tendrán lugar las actividades identificadas.
- Si se usan planes de cuidados estandarizados, hay que comparar la situación específica de la persona con el plan estándar. Decida qué es aplicable, qué no lo es y qué falta.
- Es decir, es necesario individualizar.

NIC (CLASIFICACIÓN DE INTERVENCIONES DE ENFERMERÍA)

La organización sistemática de las etiquetas de intervención de enfermería ha dado lugar a una nueva taxonomía: NIC.

La clasificación incluye las intervenciones tanto independientes como interdependientes (de colaboración). La NIC incluye intervenciones de la esfera fisiológica y la psicosocial. Se han incluido intervenciones para el tratamiento de enfermedades, la prevención de enfermedades y para el fomento de la salud. La mayoría son para su utilización en individuos, pero muchas son para uso en familias y, otras, para ser empleadas en comunidades enteras.

Cada intervención está catalogada con una denominación, una definición, una serie de actividades para llevar a cabo la intervención y lecturas de referencia. La edición actual (3.ª) clasifica 486 intervenciones y más de 12.000 actividades.

APORTES DE LAS TAXONOMÍAS DIAGNÓSTICAS

- Crear un lenguaje enfermero común.
- Facilitar la comunicación de las enfermeras con otros profesionales; así como entre las enfermeras y los pacientes.
- Sistemas informatizados de información enfermera.
- Evaluar la calidad, efectividad e innovación enfermeras.
- Participar en los cuidados interdisciplinarios.
- Contribuir al desarrollo del conocimiento.
- Construir la ciencia enfermera.

CLAVES A TENER EN CUENTA EN LAS TAXONOMÍAS

- Resultado que buscamos en el paciente.
- Características y prioridades del paciente.
- Particularidades de la etapa previa del proceso.
- Base de investigación necesaria para la intervención.
- Viabilidad para realizar la intervención.
- Aceptabilidad del paciente.
- Capacitación de la enfermera.

LOS REGISTROS

Registrar es apuntar, anotar datos, información y propósitos. Es esencial en todas las etapas del proceso, pues si no registramos no hay evidencia del trabajo realizado, ni podemos evaluar ni investigar ni conocer el producto. Si no registramos, no hay evidencia de la labor enfermera: somos invisibles.

Debemos registrar para:

- Favorecer la continuidad asistencial.
- Individualizar la atención.
- Facilitar la comunicación con el equipo.
- Disponer de datos para la investigación y la evaluación.

¿QUÉ REGISTRAR?

- De forma sistemática e individualizada hemos de registrar el proceso enfermero:
- Los datos subjetivos y objetivos de la valoración por patrones funcionales de Gordon.
- Los diagnósticos de enfermería propuestos por NANDA.
- Los objetivos/resultados esperados que integran la NOC.
- Las intervenciones de enfermería y los cuidados realizados reseñadas en la NIC.
- Las respuestas o consecuencias de las intervenciones.
- La evaluación.

¿DÓNDE/CÓMO REGISTRAR?

En el caso de que trabajemos con la historia clínica en papel (no informatizada), registraremos la valoración inicial y aquellos datos no presentes ya en la historia individual del paciente, en la hoja/anexo de valoración por patrones funcionales.

El diagnóstico, los objetivos, las intervenciones y la evaluación los registraremos en la hoja de curso clínico o seguimiento de la historia clínica individual.

CLAVES PARA REGISTRAR

Al registrar hemos de:

- Evitar anotar lo mismo en dos sitios distintos.
- Ser claros, concisos y específicos: usar lenguaje estandarizado por la NANDA,

NIC, NOC.

- Anotar de forma objetiva, sin emitir juicios de valor, ni interpretar los datos.
- Registrar en la consulta, delante del paciente, y explicarle simultáneamente qué estamos haciendo.
- Dar calidad a nuestros registros: precisos, completos, breves, vocabulario adecuado.
- Letra clara.
- No usar reglas mnemotécnicas.
- No dejar espacios en blanco, trazar una raya en los no usados.

EJECUCIÓN

La fase de ejecución es la cuarta etapa del plan de cuidados, es en esta etapa cuando realmente se pone en práctica el plan de cuidados elaborado. La ejecución, implica las siguientes actividades enfermeras:

- Continuar con la recogida y valoración de datos.
- Realizar las actividades de enfermería.
- Anotar los cuidados de enfermería. Existen diferentes formas de hacer anotaciones, como son las dirigidas hacia los problemas.
- Dar los informes verbales de enfermería.
- Mantener el plan de cuidados actualizados.

El enfermero tiene toda la responsabilidad en la ejecución del plan, incluye al paciente y a la familia, así como otros miembros del equipo. En esta fase se realizarán todas las intervenciones enfermeras dirigidas a la resolución de problemas (diagnósticos enfermeros y problemas interdependientes) y las necesidades asistenciales de cada persona tratada.

Entre las actividades que se llevan a cabo en esta fase se pueden mencionar la continuidad de la recogida y valoración de datos, esto es debido a que por un lado debemos profundizar en la valoración de datos que quedaron sin comprender, y por otro lado la propia ejecución de la intervención es fuente de nuevos datos que deberán ser revisados y tenidos en cuenta como confirmación diagnóstica o como nuevos problemas.

EVALUACIÓN

La evaluación es la última etapa del proceso de atención de enfermería. Al mismo tiempo, afecta a todas las demás. Es la retroalimentación del proceso enfermero.

Evaluar supone recoger datos, compararlos y elaborar/emitir un juicio o una conclusión. La evaluación ha de ser planificada y sistemática, al igual que todas las demás etapas del proceso.

Todas las etapas del proceso carecerían de significado sin la evaluación: de nada serviría reunir datos sobre la situación de salud de una persona, identificar los problemas relativos a una situación de salud, planificar y ejecutar las acciones si no se evalúa el impacto que producen en el paciente los cuidados y los cambios que se derivan de ellos.

Al evaluar, los profesionales de enfermería dinamizan y actualizan el plan de cuidados, miden la calidad de los cuidados y determinan si los planes han sido eficaces, si necesitan introducir cambios o, por el contrario, si se dan por finalizados.

La evaluación está sobre todo enfocada a evaluar la consecución y cumplimientode los objetivos:

- Objetivos logrados: si no se detectan nuevos problemas, se da por finalizado
  el plan de cuidados
- Objetivos no logrados: identificar los factores que han imposibilitado el logro de los objetivos.

Los aspectos que contempla la evaluación en cada etapa son:

- Valoración: asegurarse de que se tienen todos los datos y se ha determinado cualquier cambio en el estado de salud.
- Diagnóstico: cerciorarse de que la lista de problemas es exacta y completa, y que los recursos se han identificado.
- Planificación: comprobar si los objetivos y las intervenciones fueron las adecuadas. Verificar si se han conseguido los objetivos.
- Ejecución: determinar si el plan fue ejecutado como se había planificado.

¿SE LOGRÓ EL OBJETIVO?

VALORACIÓN
¿La base de datos es incompleta?
¿Hay que revisar uno o más patrones?
¿Los datos han sido interpretados y organizados correctamente?

DIAGNÓSTICO
¿Se identifica el problema de modo correcto? ¿Corresponde el problema con los datos recogidos?

PLANIFICACIÓN
¿Se han logrado todos los objetivos?
¿Han sido realistas? ¿Se han diseñado correctamente las estrategias para resolver los problemas?

¿Han funcionado bien el plan y su ejecución? ¿Se ha resuelto el problema?
¿Han surgido problemas?
¿Hay nuevas complicaciones?
¿Los objetivos han sido bien diseñados?
¿Han sido adecuadas las acciones a la situación?

EJECUCIÓN
¿Las órdenes han sido claras?
¿Las actuaciones producen al respuesta deseada?
¿Se han realizado en el momento, lugar y frecuencia planeada?
Sí No Evaluación continua, Revisión del plan de cuidados, Nuevo plan de cuidados

ANEXO 1

A continuación se describe un caso práctico para elaborar el proceso de enfermería.

El caso corresponde a una señora dada de alta en el hospital, tras haber sufrido un Accidente Cerebro Vascular. En primer lugar se realiza una historia de salud, seguidamente un estudio de los patrones funcionales, para finalmente realizar un diagnóstico de enfermería, establecer unos objetivos y programar las actividades de enfermería que se van a llevar a cabo.

La Sra. Carmen de 62 años, ha sido dada de alta en el hospital, tras haber sufrido un Accidente Cerebro Vascular (ACV). En la primera visita la enfermera recoge los siguientes datos, aportados por la enferma y por su hija. La Sra. Carmen es viuda desde hace doce años, no trabaja y vive con su única hija de treinta años, soltera, y que administra su propio negocio.

La Sra. Carmen presenta:

Dificultad de expresión. No de comprensión.

Incapacidad para controlar la micción y para iniciar y cortar la orina. Escapes frecuentes.

Limitación de movimiento, en el hemicuerpo izquierdo, por lo que hay que ayudarla en las actividades de la vida cotidiana.

No quiere recibir visitas de amigas, ni de familiares.

Antes del episodio era una persona muy activa, comunicativa y sociable, sin embargo ahora se enoja por todo, incluso manifiesta hostilidad hacia las personas de su entorno.

Llora frecuentemente. Se encuentra inapetente y se despierta varias veces durante la noche. Duerme a intervalos de una a dos horas durante la mañana.

Unos meses antes de su cuadro neurológico, comenzó a asistir a clases de arte floral y estaba muy ilusionada en presentar su trabajo en una exposición.

Cuando intentamos comunicarnos con ella, con un discurso muy dificultoso debido a su disartria dice: "Si Ud., no va a hacer nada para que yo pueda dejar de usar estos pañales y hable como antes, no vuelva más".

Carmen es diabética, controlada con hipoglicemiantes orales. Toma una dieta para diabéticos.

Fumadora de 10 cigarrillos/día desde los 19 años.

Hipertensión arterial desde hace 14 años, controlada con antihipertensivos orales.

HISTORIA DE SALUD

DATOS PERSONALES

1. Edad: 62 años.
2. Ama de casa.
3. Estado civil: viuda desde hace nueve años.
4. Nº de hijos: una hija de 30 años, soltera que vive con ella.
5. Diagnosticada de ACV y dada de alta en el hospital, pasa a ser controlada por su Centro de Salud.
6. Es diabética e hipertensa. Tratamiento oral para sus procesos patológicos. Dieta hipoglucida e hiposódica.
7. Su hija participa en los cuidados. Se niega a recibir cuidados incluso ser visitada por el resto de su familia, amigos o vecinos.
8. Dificultad de expresión, disartria, no de comprensión.

ANTECEDENTES PERSONALES Y FAMILIARES

1. Enfermedades anteriores: enfermedades propias de la infancia. Apendicetomía a los 17 años.
2. Su padre murió de una embolia hace 20 años y era diabético e hipertenso y su madre vive con 83 años. Sus hermanos están sanos y son más menores que ella. Su marido murió de un cáncer pulmonar.
3. Persona comunicativa, sociable y activa que en estos momentos presenta hostilidad.
4. Necesita información sobre su enfermedad y sobre los planes de cuidados para mejorar su situación. Es posible que ante unos planes estructurados cambie su actitud hostil.
5. Ama de casa, sin preocupaciones económicas y con un nivel de estudios de grado escolar. Ahora no puede ocuparse de su hogar.
6. Su hija es actualmente su única cuidadora. Por su situación laboral puede estar pendiente de ella. Acaba de salir del hospital. Se niega a recibir otra clase de ayuda de su entorno directo y se plantea la búsqueda, a corto plazo, de ayuda, que también será un apoyo para la hija. No hay impedimento económico.

7. La distribución de su casa no presenta obstáculos para que ella pueda aprender a moverse, ayudándose con un caminador.
8. La cobertura social está garantizada al 100%.

IDENTIFICACION DE PATRONES FUNCIONALES DE SALUD COMPROMETIDOS

AFRONTAMIENTO Y TOLERANCIA AL ESTRÉS

1. Carmen tiene dificultad de expresión, lo cual le genera frustración y enojo. Llora frecuentemente, no quiere recibir visitas y no puede asistir a las clases de arte floral.
2. Su situación actual la mantiene aislada. Su estilo de vida ha cambiado, aunque su vida no está comprometida.
3. Se manifiesta preocupada por la carga que ahora significa para su hija.

ACTIVIDAD Y EJERCICIO

1. Necesita ayuda para moverse. No puede vestirse ni desvestirse sola. Necesita ayuda para realizar la higiene corporal. Siente frustración y enojo. Permanece en casa porque no puede salir sola, ni en estos momentos lo desea.
2. Su casa no presenta problemas para su deambulación, aunque en estos momentos es aún muy dependiente y no se han iniciado estrategias para autocuidarse.
3. No puede acudir a las clases de arte floral. Ahora no le apetece leer y se entretiene con la tele y la radio. Tampoco quiere revistas ni periódicos.
4. Su comunicación verbal es muy mala, pero con su hija se expresa bien usando otras técnicas, como gestos o mensajes escritos.

NUTRICIONAL-METABOLICO

1. Es diabética, toma la dieta correcta. Actualmente está inapetente. Bien controlada con los hipoglicemiantes orales. Su hija la ayuda en su alimentación.

ELIMINACION

1. Defeca todos los días sin necesidad de tratamientos.
2. Eliminación urinaria con incontinencia. Lleva pañales pero no presenta por el momento irritación en la piel.

SEXUALIDAD

1. Carmen es viuda hace doce años Dice no tener necesidades de tipo sexual desde entonces.

ROL-RELACIONES:

1. No permite apoyo de vecinos, familia o amigos. Depende totalmente de su hija para todo. Por todo esto llora y se enoja. Su madre es mayor para ayudarlas. Vive con una hermana.

2. No tienen problemas económicos. No tienen por el momento ayuda. Se está buscando ayuda doméstica que alivie a su hija.

AUTOIMAGEN- AUTOCONCEPTO

1. Tiene sentimientos de rabia e impotencia relacionada con el tener que llevar constantemente pañales, por su dificultad para expresarse y por su situación actual, Todo ello hace que se aleje de su entorno.
2. Su capacidad de dar sentido a su vida está disminuida. Carece de serenidad y no se encuentra contenta. Actualmente no está creativa ya que todo lo centra en sus problemas de salud.

LISTADO DE DIAGNOSTICOS DE ENFERMERÍA

PATRON NUTRICIONAL-METABÓLICO

- Alteración de la nutrición por defecto r/c incapacidad para ingerir debido a factores sicológicos m/p falta de interés en los alimentos (inapetencia)
- Riesgo de deterioro de la integridad cutánea r/c humedad (pañales)

PATRON DE ELIMINACIÓN

- Incontinencia urinaria total r/c disfunción neurológica que desencadena la micción en momentos imprevisibles (ACV) m/p flujo continuo de orina que se produce sin distensión o falta de inhibición de las contracciones/espasmos vesicales.
- Riesgo de estreñimiento r/c actividad física insuficiente
- Riesgo de lesión r/c alteración de la movilidad

PATRÓN COMUNIGNITO -PERCEPTUAL

- Deterioro de la comunicación verbal r/c disminución de la circulación cerebral o alteración del SNC m/p dificultad para formar palabras o frases (disartria)

PATRÓN ROL - RELACIONES

- Deterioro de la interacción social r/c limitación de movilidad física y por barreras de comunicación y por trastorno del autoconcepto m/p informes familiares de cambio del estilo o patrón de interacción.
- Riesgo de soledad r/c aislamiento físico
- Riesgo de cansancio en el rol del cuidador r/c alta de un miembro de la familia con importantes cuidados en el domicilio.

PATRÓN DE VALORES Y CREENCIAS

- Riesgo de sufrimiento espiritual r/c baja autoestima y enfermedad física.

PATRÓN DE AFRONTAMIENTO Y TOLERANCIA AL ESTRES

- Afrontamiento individual inefectivo r/c crisis situacional m/p trastornos del sueño y cambio en los patrones de comunicación habituales.
- Deterioro de la adaptación r/c incapacidad o cambio en el estilo de vida m/p demostración de no aceptación del cambio en el estado de salud.

PATRÓN DE ACTIVIDAD Y EJERCICIO

- Deterioro de la movilidad física r/c deterioro sensoperceptivo m/p cambios en la marcha.
- Déficit de autocuidado: alimentación r/c deterioro neuromuscular o músculo esquelético m/p incapacidad para: preparar los alimentos, manejar los utensilios, abrir los recipientes.
- Déficit de autocuidado: baño/higiene r/c deterioro neuromuscular o musculoesquelético m/p incapacidad para: entrar y salir del baño.
- Déficit de autocuidado: vestido/acicalamiento r/c deterioro neuromuscular o músculo esquelético m/p incapacidad para: usar cremalleras, quitarse la ropa, ponerse la ropa.
- Déficit de autocuidado: uso del váter r/c deterioro neuromuscular o músculo esquelético m/p incapacidad para: manipular la ropa para la evacuación.

PATRON DE DESCANSO SUEÑO

- Alteración del patrón de sueño r/c patrón de actividad diurna y asincronía circadiana y humedad m/p despertarse tres o mas veces por la noche.

PATRON DE PERCEPCION-MANTENIMIENTO DE LA SALUD

- Alteración en el mantenimiento de la salud r/c falta o alteración significativa de las habilidades de comunicación verbal y afrontamiento individual ineficaz.

PATRÓN DE AUTOIMAGEN- AUTOCONCEPTO

- Trastorno de la imagen corporal r/c cambios fisiológicos m/p expresión de percepciones que reflejan una alteración de la visión del propio cuerpo en cuanto a su aspecto, estructura o función, cambio real en la estructura o funcionamiento, cambio en la implicación social, expresión de cambios de estilo de vida.

CUIDADOS DE ENFERMERÍA

DIAGNÓSTICO

Alteración de la nutrición por defecto r/c incapacidad para ingerir debido a factores sicológicos m/p falta de interés en los alimentos (inapetencia).

OBJETIVOS

GENERAL: conseguir un buen estado nutricional
ESPECIFICO: La paciente será capaz de comer todo tipo de alimentos permitidos en el plazo de un mes.

ACTIVIDADES

- Proporcionar comida de gusto atractivo.
- Evitar olores que provoquen nauseas.

DIAGNÓSTICO

Incontinencia urinaria total r/c disfunción neurológica que desencadena la micción en momentos imprevisibles (ACV) m/p flujo continuo de orina que se produce a intervalos imprevisibles sin distensión o falta de inhibición de las contracciones/espasmos vesicales.

OBJETIVOS

GENERAL: Disminuir el grado de incontinencia.
ESPECIFICO: La paciente mejorará el tono vesical en el plazo de seis meses con al menos cuatro micciones no controladas durante la noche.

ACTIVIDADES.

- Cambio de pañal frecuente.
- Estimular reflejo vesical.
- Establecer horarios de la micción.

DIAGNÓSTICO

Deterioro de la movilidad física r/c deterioro sensoperceptivo m/p cambios en la marcha.

OBJETIVOS

GENERAL: Mejorar la movilidad de los miembros afectados.
ESPECIFICO: La paciente deberá caminar sola o con bastón en el plazo de un mes.

ACTIVIDADES.

- Caminar con ayuda personal.
- Caminar con ayuda mecánica.
- Establecer programas de movilización progresiva.
- Realizar ejercicios pasivos.
- Estimular la deambulación.
- Mantener alineación corporal.

DIAGNÓSTICO

Alteración del patrón de sueño r/c patrón de actividad diurna y asincronía circadiana y humedad m/p despertarse tres o más veces por la noche.

OBJETIVOS
GENERAL: Mejorar el estado reposo - sueño.
ESPECIFICO: La paciente será capaz de dormir al menos seis horas seguidas en el plazo de quince días.

ACTIVIDADES

- Regular: actividad - descanso - reposo - sueño.
- Atención ambiente: reposo - sueño.

DIAGNÓSTICO

Déficit de autocuidado: vestido/acicalamiento r/c deterioro neuromuscular o músculo esquelético m/p incapacidad para: usar cremalleras, quitarse la ropa, ponerse la ropa.

OBJETIVOS

GENERAL: Capacitar en el hábito de vestirse y desvestirse de forma autónoma.
ESPECIFICO: La paciente será capaz de vestirse y desvestirse con ayuda parcial en el plazo de un mes.

ACTIVIDADES

- Proporcionar y recomendar ropas cómodas y de fácil manejo.
- Instruir para vestirse y desvestirse.
- Vestido. Atención. Ayuda parcial.

DIAGNÓSTICO

Déficit de autocuidado: baño/higiene r/c deterioro neuromuscular o músculo esquelético m/p incapacidad para: entrar y salir del baño.
Déficit de autocuidado: uso del WC r/c deterioro neuromuscular o músculo esquelético m/p incapacidad para: manipular la ropa para la evacuación.
Riesgo de deterioro de la integridad cutánea r/c humedad (pañales)

OBJETIVOS

GENERAL: Conseguir el autocuidado baño - higiene de forma autónoma.
ESPECIFICO: La paciente será capaz de realizar su higiene personal completa con mínima ayuda en el plazo de seis meses.

ACTIVIDADES

- Estimular el arreglo personal.
- Boca. Higiene. Ayuda parcial. Higiene general. Ayuda parcial.

- Higiene perineal - peri anal. Ayuda parcial.
- Hidratar piel.
- Cuidados del cabello: Peinado - Lavado.
- Arreglo de las uñas. Ayuda total.
- Cuidados de los pies. Ayuda total.

DIAGNÓSTICO

Riesgo de lesión r/c alteración de la movilidad.

OBJETIVOS

GENERAL: Evitar el riesgo de caídas.
ESPECIFICO: Crear un ambiente seguro, libre de obstáculos en el plazo de quince días.

ACTIVIDADES

- Proporcionar medidas de comodidad y confort.
- Colocar pertenencias - utensilios a su alcance.
- Actuar con tranquilidad y sin prisas.
- Responder con prontitud a las llamadas.
- Proteger contra las caídas.

DIAGNÓSTICO

Deterioro de la comunicación verbal r/c disminución de la circulación cerebral o alteración del SNC m/p dificultad para formar palabras o frases (disartria)
Deterioro de la interacción social r/c limitación de movilidad física, por barreras de comunicación y por trastorno del autoconcepto m/p informes familiares de cambio del estilo o patrón de interacción.
Riesgo de soledad r/c aislamiento físico.

OBJETIVOS

GENERAL: Conseguir la comunicación verbal fluida.
ESPECIFICO: Al transcurrir un mes, la paciente aumentará los periodos de conversación y disminuirá el tiempo empleado en cada frase.

ACTIVIDADES

- Hacer preguntas cortas y concretas.
- Responder las preguntas y dudas del paciente.
- Poner en contacto con terapista del lenguaje.
- Escuchar comunicación con el paciente.

DIAGNÓSTICO
Riesgo de sufrimiento espiritual r/c baja autoestima y enfermedad física

OBJETIVOS

GENERAL: Acudir a la iglesia.
ESPECIFICO: La paciente será capaz de acudir a los servicios religiosos en el plazo de dos meses.

ACTIVIDADES

Facilitar contacto con representantes espirituales.

DIAGNÓSTICO

Trastorno de la imagen corporal r/c cambios fisiológicos m/p expresión de percepciones que reflejan una alteración de la visión del propio cuerpo en cuanto a su aspecto, estructura o función, cambio real en la estructura o funcionamiento, cambio en la implicación social, expresión de cambios de estilo de vida.

Afrontamiento individual inefectivo r/c crisis situacional m/p trastornos del sueño y cambio en los patrones de comunicación habituales.

Riesgo de cansancio en el rol del cuidador r/c alta de un miembro de la familia con importantes cuidados en el domicilio.

OBJETIVOS

GENERAL: Proporcionar ayuda complementaria en el domicilio.
ESPECIFICO: En el plazo de un mes manifestará una tendencia positiva en buscar recursos de ayuda y en la reconstrucción de su imagen corporal.

ACTIVIDADES

- Apoyo psicológico a paciente, familia y allegados.
- Favorecer autonomía en al autocuidado.
- Cuidados psicológicos. Escucha activa.
- Promover la expresión de sentimientos.
- Poner en contacto con grupo de apoyo.
- Facilitar ayuda domiciliaria.

DIAGNÓSTICO

Déficit de conocimientos sobre la enfermedad r/c poca familiaridad con los recursos para obtener la información m/p verbalización del problema.

OBJETIVOS

GENERAL: Conseguir su independencia.
ESPECIFICO: - En el plazo de un mes, la paciente será capaz de realizar un feedback en relación a su enfermedad.

ACTIVIDADES

- Instruir sobre adaptación del hogar.
- Instruir sobre el aislamiento.
- Instruir sobre cuidados.
- Instruir sobre la reeducación de la vejiga.
- Instruir sobre signos y síntomas que deben comunicarse.

BIBLIOGRAFÍA

ALFARO-LEFEVRE, R. Aplicación del proceso enfermero. Guía paso a paso. 4.ª Ed. Springer.1998

ALFARO-LEFEVRE, R. Aplicación del proceso enfermero. Fomentar el Cuidado en Colaboración. 5ª Edición. 2003

BULECHEK, G.; MCCLOSKEY, J.: Clasificación de intervenciones de enfermería.4.ª Ed. Harcourt. 2004

CARPENITO, L.: Manual de diagnósticos de enfermería. 5.ª Ed. Mcgraw- Hill Interamericana. 1997

CONFERENCIA DE BULECHEK, G. Haciendo visible la calidad enfermera. NIC y NOC. Ávila, III Jornadas de Trabajo AENTDE.

CONFERENCIA DE JONSON, M. (2001): Haciendo visible la calidad enfermera. NIC y NOC. Ávila, III Jornadas de Trabajo AENTDE.

FERNÁNDEZ FERRIN, C.; GARRIDO ABEJAR ,M.; SANTO TOMÁS PEREZ, M.; SERRANO PARRA, M.ª D. Enfermería Fundamental-Master de Enfermería. Masson, 1995 S.A. Barcelona.

GORDON MARYORY, Manual de Diagnósticos Enfermeros. Décima edición. Elsevier.2003

IYER, P.; TAPTICH, B.; BERNOCCHI-LOSEY, D. (1993): Proceso de enfermería y diagnóstico de enfermería. 2.ª Ed. Interamericana.

JOHNSON, M.; MAAS, M.; MOORHEAD, S. Clasificación de resultados de Enfermería. 3. ª Ed. Harcourt. 2004.

JIMENEZ DE ESQUENAZI, GUTIERREZ EDILMA. El Proceso de Enfermería, Una Guía Metodologica para la Práctica. Universidad Nacional de Colombia. 1997

NANDA. (2001): Diagnóstico enfermero: definiciones y clasificación 2001-2002. Harcourt.