

PROCESO DE ATENCIÓN DE ENFERMERÍA (PAE)



MTRA. MARÍA DEL CARMEN LÓPEZ SILVA

INTRODUCCIÓN

El proceso enfermero describe cómo las enfermeras realizan el cuidado de personas, familias, grupos y comunidades. Este proceso ha sido ampliamente aceptado por las enfermeras desde 1967 (Yura & Walsh, 1967). Al principio se describió el proceso enfermero con cuatro componentes: valoración, planificación, ejecución y evaluación.

Poco después los líderes en enfermería reconocieron que el significado de los datos de la valoración debía ser identificado antes de poder planificar y hacer intervenciones. Actualmente, el proceso enfermero se define como un proceso cíclico de cinco partes que incluye valoración, diagnóstico, planificación y evaluación (American Nurses Association, 2010; Doenges & Moorhouse, 2008; Wilkinson, 2007).

CONTENIDO PARA LA PRESENTACIÓN DE UN PAE

PORTADA

INTRODUCCIÓN

JUSTIFICACIÓN

OBJETIVOS

- General
- Específicos

MARCO TEÓRICO

HISTORIA NATURAL DE LA ENFERMEDAD

VALORACIÓN

DIAGNÓSTICOS DE ENFERMERÍA

PLAN DE CUIDADOS DE ENFERMERÍA

EJECUCIÓN

EVALUACIÓN

PLAN DE ALTA

CONCLUSIÓN

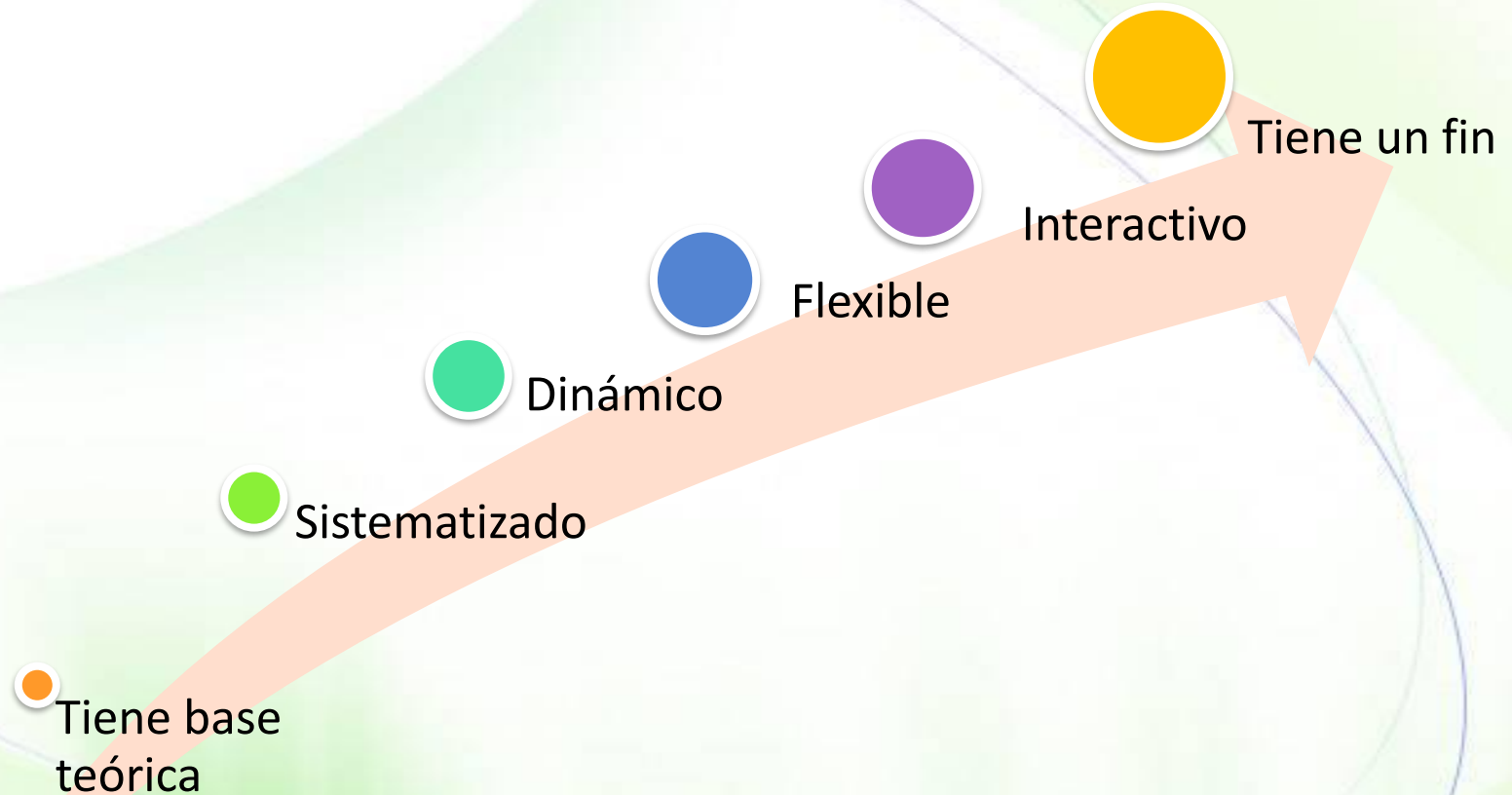
REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

DEFINICIÓN

El PAE es una herramienta metodológica, que permite otorgar cuidados a las personas sanas o enfermas a través de una atención sistematizada. Como todo método, configura un número de pasos sucesivos que se relacionan entre sí y cuyo objetivo principal es constituir una estructura que pueda cubrir las necesidades individuales o grupales reales o potenciales.



Características



ETAPAS



ETAPA 1: VALORACIÓN



1. VALORACIÓN

Consiste en la recolección, organización y validación de los datos relacionados con el estado de salud de la persona.



Hay dos tipos de valoraciones de que se hacen para generar diagnósticos enfermeros precisos: focalizados y globales.

FOCALIZADOS

- Las valoraciones globales cubren todos los aspectos de de un marco de valoración enfermera, como los 11 Patrones Funcionales de Salud (Gordon, 2007) para determinar el estado de salud de la persona, la familia, el grupo, o la comunidad. Las valoraciones globales de las personas se hacen, por ejemplo, cuando un paciente ingresa en un hospital o en un programa de cuidados a domicilio.

GLOBALES

- Las valoraciones focalizadas se centran en una sola cuestión o preocupación específica, como el dolor, el sueño o el estado respiratorio. Se realizan cuando es preciso explorar más profundamente síntomas específicos, por ejemplo, si una persona dice “tengo dificultad para respirar”, o si algo aumenta un aumento del riesgo de tener un problema concreto.



DATOS OBJETIVOS

- Examen físico.
- Observación de las interacciones familiares.
- Datos estadísticos.

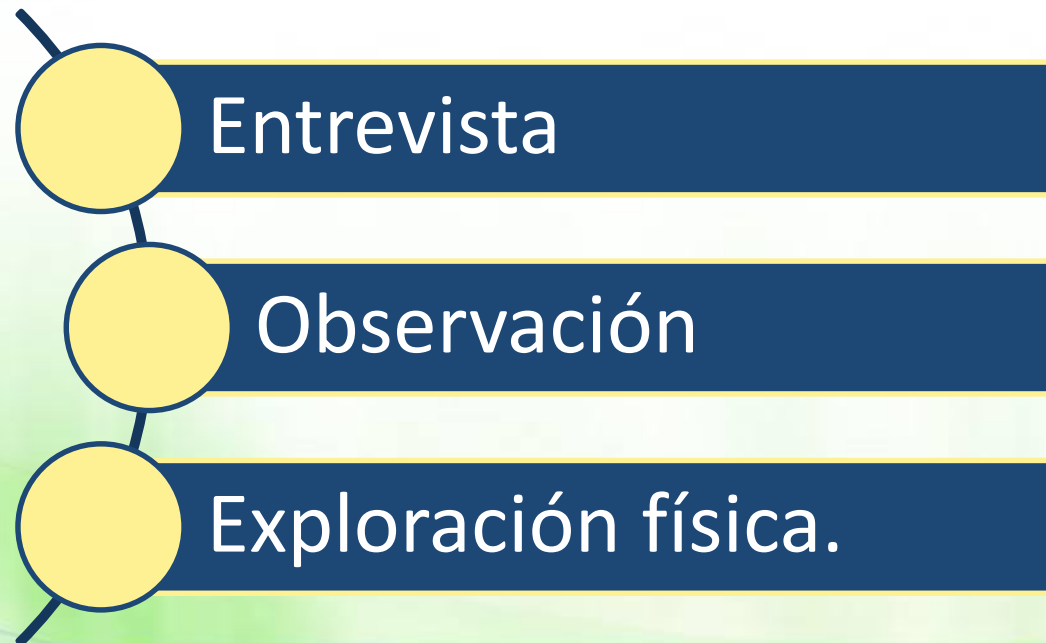
DATOS SUBJETIVOS

- Historia de salud
- Información específica de los miembros de la familia.
- Información de informantes clave dentro de la comunidad.

MÉTODOS PARA LA RECOGIDA DE DATOS

Las valoraciones enfermeras a todos los niveles de análisis (individuales, familiares y comunitarios) consta de **datos subjetivos** procedentes de la persona o personas, o **datos objetivos** procedentes de pruebas diagnósticas y otras fuentes de datos.

Se realiza
a través de:



PARTES DE LA ENTREVISTA

INDICACIÓN

- Aproximación.
- Creación de ambiente favorable.

CUERPO

- Obtención de información necesaria.
- Se amplía desde el momento de consulta hasta información familiar, etc.

CIERRE

- Fase inicial.
- Resume datos significativos.
- Establece pautas de planificación.

Técnica de la entrevista

VERBALES

- Aclara respuestas y verifica datos.
- Reflexión o reformulación.

NO
VERBALES

- Facilitan la comunicación.
- Transmite mensajes eficazmente.
- Expresiones verbales, posición corporal, gestos, contacto físico.

Cualidades del entrevistador



Valoración/observación

- Durante el primer encuentro con el paciente, se comienza la fase de recolección de datos por la observación.
- Implica la utilización de los sentidos.
- Es una habilidad que implica práctica y disciplina.
- Los datos obtenidos por observación deben ser confirmados o descartados posteriormente.



Valoración/exploración

- Es la actividad final de la recolección de datos.
- La enfermera utiliza 4 técnicas específicas:
 - Inspección.
 - Palpación.
 - Percusión.
 - Auscultación.
- Valoración por aparatos y sistemas.



Patrones Funcionales de Salud

(Marjory Gordon)

1. Patrón de manejo-percepción de la salud.
2. Patrón nutricional-metabólico.
3. Patrón de eliminación.
4. Patrón de actividad-ejercicio.
5. Patrón reposo-sueño
6. Patrón cognitivo-perceptivo.
7. Patrón de autopercepción-autoconcepto.
8. Patrón de rol-relaciones.
9. Patrón de sexualidad-reproducción.
10. Patrón de afrontamiento-tolerancia al estrés.
11. Patrón de valores-creencias.

Valoración de acuerdo de los Dominios de la NANDA

Dominio 1. Promoción de la salud.

Dominio 2. Nutrición.

Dominio 3. Eliminación e intercambio.

Dominio 4. Actividad/Reposo.

Dominio 5. Percepción/Cognición.

Dominio 6. Autopercepción.

Dominio 7. Rol/Relaciones.

Dominio 8. Sexualidad.

Dominio 9. Afrontamiento/Tolerancia al estrés.

Dominio 10. Principios vitales.

Dominio 11. Seguridad/Protección.

Dominio 12. Confort.

Dominio 13. Crecimiento/Desarrollo.

ETAPA DE VALORACIÓN: AGRUPACIÓN DE LOS DATOS

1. Datos de identificación.

2. Datos socioculturales y económicos.

3. Historia de salud.

4. Valoración física.

5. Patrones funcionales o Dominios de la NANDA.

ETAPA 2: DIAGNÓTICO



2. DIAGNÓSTICO

Un diagnóstico enfermero es un juicio clínico sobre las experiencias/respuestas de una persona, familia o comunidad frente a problemas de salud/procesos vitales reales o potenciales. El diagnóstico enfermero proporciona la base para la selección de las intervenciones enfermeras destinadas a lograr los resultados de los que la enfermera es responsable. (Aprobado en la novena conferencia de NANDA; corregido en 2009.)



Tipos de diagnósticos

REAL

- Describe respuestas humanas a condiciones de salud/procesos vitales que existen en una persona, familia, grupo o comunidad. A veces estos diagnósticos son mencionados como diagnósticos «problema».
- Requisitos para la presentación de una propuesta: características definitorias (manifestaciones, signos y síntomas) que se agrupan en patrones de indicios o inferencias relacionadas. También se requieren los factores relacionados (factores etiológicos) que se relacionan con, que contribuyen a, o que son antecedentes del núcleo diagnóstico.

PROMOCIÓN DE LA SALUD

- Juicio clínico sobre las motivaciones y deseos de una persona, grupo, familia o comunidad para aumentar su bienestar y actualizar su potencial de salud, que se manifiesta en su disposición para mejorar conductas específicas de salud y que se puede aplicar a cualquier estado de salud.
- Requisitos para la presentación de una propuesta: características definitorias.

DE RIESGO

- Juicio clínico sobre las experiencias/respuestas humanas a condiciones de salud/procesos vitales que tienen una alta probabilidad de desarrollarse en una persona, familia, grupo o comunidad vulnerables.
- Requisitos para la presentación de una propuesta: apoyado en factores de riesgo que contribuyen al aumento de la vulnerabilidad.

SÍNDROME

- Juicio clínico que describe una agrupación específica de diagnósticos enfermeros que ocurren juntos y que se abordan mejor juntos a través de intervenciones parecidas.
- Requisitos para la presentación de una propuesta: se deben usar dos o más diagnósticos enfermeros como características definitorias/factores de riesgo. Se pueden usar factores relacionados si añaden claridad a la definición.

PROCESO PARA EL DESARROLLO DE UN DIAGNÓSTICO ENFERMERO APROBADO POR NANDA-I

EJE 1: El núcleo del diagnóstico



EJE 2: Sujeto del diagnóstico



EJE 3: Juicio



EJE 4: Localización



EJE 5: Edad



EJE 6: Tiempo



EJE 7: Estado del diagnóstico



EJE 1: El núcleo del diagnóstico

- El núcleo diagnóstico es el componente principal o la parte fundamental y esencial, la raíz, del concepto diagnóstico. Describe la «**respuesta humana**» que constituye el corazón del diagnóstico.
- El núcleo diagnóstico puede consistir en una o más palabras. Cuando contiene más de un sustantivo (p. ej. *Intolerancia a la actividad*), cada uno contribuye a dar un significado único al núcleo diagnóstico, como si ambos fueran un solo sustantivo; no obstante, el significado del término combinado es distinto del de los sustantivos empleados por separado. Con frecuencia, se emplea un adjetivo (p. ej. *Espiritual*) con un sustantivo (p. ej. *Sufrimiento*) para indicar el núcleo diagnóstico (en este caso. *Sufrimiento espiritual*).

EJE 2: Sujeto del diagnóstico

El sujeto del diagnóstico se define como la(s) persona(s) para quien(es) se define un diagnóstico enfermero. Los valores del eje 2 son persona, familia, grupo y comunidad, que representan la definición de NANDA-I de «paciente»:

- *Persona*: ser humano singular, distinto de los demás.
- *Familia*: dos o más personas que mantienen relaciones continuas o sostenidas, perciben obligaciones recíprocas, reconocen significados comunes y comparten ciertas obligaciones hacia otros; relacionados por consanguinidad y/o elección.
- *Grupo*: varias personas con características compartidas.
- *Comunidad*: un grupo de personas que viven en el mismo lugar bajo el mismo gobierno.

Como ejemplos se incluyen barrios y ciudades.

EJE 3: Juicio

Un juicio es un descriptor o modificador que limita o especifica el significado del núcleo diagnóstico. El núcleo diagnóstico junto con el juicio enfermero sobre el mismo constituye el diagnóstico.

Dependiendo de su nivel de especificidad, algunos diagnósticos no requieren ningún modificador o descriptor. Como ejemplos de ello se incluyen diagnósticos como *Náusea* y *Fatiga*.

EJE 4: Localización

La localización describe las partes o regiones corporales y/o las funciones relacionadas (todos los tejidos, órganos, regiones o estructuras anatómicas). La localización no es pertinente en todos los diagnósticos.

EJE 5: Edad

La edad se refiere a la edad de la persona que es sujeto del diagnóstico.

EJE 6: Tiempo

- El tiempo describe la duración del núcleo diagnóstico que se encuentra en la etiqueta diagnóstica (agudo, crónico...).

EJE 7: Estado del diagnóstico

El estado del diagnóstico se refiere a la existencia real o potencial del diagnóstico o a la categorización del diagnóstico. NANDA-I ha identificado los siguientes:

- ✓ *Diagnóstico enfermero real.*
- ✓ *Diagnóstico enfermero de promoción de la salud.*
- ✓ *Diagnóstico enfermero de riesgo.*
- ✓ *Síndrome.*

Componentes de un diagnóstico enfermero

ETIQUETA DIAGNÓSTICA

- Proporciona un nombre al diagnóstico que incluye, como mínimo, el núcleo diagnóstico (del eje 1) y el juicio (del eje 3). Es un término o frase concisa que representa un patrón de indicios relacionados. Puede incluir modificadores.

DEFINICIÓN

- Proporciona una descripción clara y precisa; delinea su significado y ayuda a diferenciarlo de diagnósticos similares.

CARACTERÍSTICAS DEFINITORIAS

- Indicios o inferencias observables que se agrupan como manifestaciones de un diagnóstico real o de promoción de la salud

FACTORES DE RIESGO

- Factores ambientales y elementos fisiológicos, psicológicos, genéticos o químicos que incrementan la vulnerabilidad de una persona, familia, grupo o comunidad ante un evento no saludable. Los diagnósticos de riesgo son los únicos que tienen factores de riesgo.

FACTORES RELACIONADOS

- Factores que parecen mostrar algún tipo de patrón de relación con el diagnóstico enfermero. Pueden describirse como antecedentes a, asociados con, relacionados con, contribuyentes a, o adyuvantes al diagnóstico. Solo los diagnósticos enfermeros reales y los síndromes tienen factores relacionados.

EJEMPLOS

Caso clínico

Sr. A. A. de 74 años, desorientado, post operado de fractura de cadera, adelgazado, con 16 días de estancia hospitalaria, postrado en cama, portador de SNG para alimentación, con úlcera grado II en región sacra y talones, con apósitos hidrocoloides, con sonda vesical a permanencia, tendiente al llanto, poco colaborador.

Identificación del diagnóstico de acuerdo al caso clínico:

3. Características definitorias (Signos y síntomas)

- Solución de continuidad de la superficie cutánea.
- Destrucción de las capas de la piel.
- Invasión de las corporales.

Alteración de la epidermis,
dermis o ambos.

2. Factores relacionados (causas)

Inmovilización física.
Cambios en la elasticidad de la piel.
Factores mecánicos.
Humedad.

1. Problema

¿Cómo me doy
cuenta que
existe el
problema?

¿Qué está
ocasionando el
problema?



ESTRUCTURACIÓN DEL DIAGNÓSTICO CONFORME AL FORMATO P.E.S.

PROBLEMA + ETIOLOGÍA (R/C) + SINTOMATOLOGÍA (M/P)

PROBLEMA	FACTORES RELACIONADOS (R/C)	CARACTERÍSTICAS DEFINITORIAS (M/P)
<ul style="list-style-type: none">• Deterioro de la integridad cutánea	<ul style="list-style-type: none">• Inmovilización física	<ul style="list-style-type: none">• Destrucción de las capas de la piel

DIAGNÓSTICO NANDA:

Deterioro de la integridad cutánea R/C INMOVILIZACIÓN FÍSICA M/P destrucción de las capas de la piel

NOTA: Para identificarlo en el libro de la NANDA, se explicará más detalladamente en el subtema de “Plan de Cuidados de Enfermería (PLACE)”

EJEMPLOS DE DIAGNOSTICOS SEGÚN VIRGINIA HENDERSON

- **VALORACION Recogida de información:** Ejemplo: Pedro L.C es un paciente de 60 años que acude, el 09/01/2021, a la consulta de A.P. por tos persistente de aproximadamente dos meses de evolución. El médico le hace la exploración pertinente, le solicita radiografía de tórax, analítica, ECG y lo deriva a la consulta de Enfermería para que se realice la prueba del PPD, donde se procede a la apertura de una Historia Clínica ya que Pedro no la tiene por estar durante los últimos 25 años residiendo en otra localidad, donde trabajaba como electricista. Actualmente está jubilado, vive con su esposa de 50 años y uno de sus hijos de 20 años. Al realizar la exploración se detectan cifras elevadas de T.A, al igual que un IMC que indica que está obeso para su talla

PROCESO DE ATENCION DE ENFERMERIA (PAE)

- Peso 107 Kilos, Talla 165 cms, TA 180/120, IMC 39, T° 36° C, FC 77 p/m, FR 19 r/p/m, Estado de la piel buena, sin ulceras ni heridas y bien hidratada. Antecedentes Familiares: ningún dato de interés. Antecedentes personales: Ingreso hospitalario hace 30 años por caída con rotura de

PROCESO DE ATENCION EN ENFERMERIA (PAE)

- clavícula. Sin medicación actualmente. Alérgico al metamizol. Miopía. Una vez recogidos todos los datos, citamos a Pedro de nuevo a consulta de Enfermería para ver el resultado de la prueba de la tuberculina y para incluirlo en el programa de HTA. Resultado de las pruebas: Analítica ningún valor alterado, Radiografía de tórax dentro de la normalidad y Prueba de la Tuberculina PPD 16 x 20 mm

Valoración según las Necesidades de Virginia

Henderson

- **1 - Oxigenación:** Presenta tos desde hace aproximadamente 2 meses, no productiva. No presenta disnea. Fumador de una caja de cigarrillos por día. Piel y mucosa con coloración normal.
- **2 - Necesidad de comer y beber adecuadamente:** Nutrición e Hidratación: Refiere realizar tres comidas abundantes en desayuno, almuerzo y cena, algunos otros alimentos fuera de horario, aunque según afirma: “como mucha fruta”. Refiere beber 2 litros de agua aproximadamente al día, “tengo sed”. Bebedor de aproximadamente 70cc de alcohol/día. Posee todas las piezas dentarias.

VALORACION DE ACUERDO A LAS 14

NECESIDADES DE VIRGINIA HENDERSON

- **3 - Necesidad de eliminar por todas las vías corporales.**
Eliminación: Habito intestinal de 2 deposiciones/día (consistencia blanda). Habito urinario 7 veces/día (color claro). Afirma “tengo que levantarme 2 o 3 veces por la noche para orinar y últimamente sudo mucho”.
- **4 - Necesidad de moverse y mantener posturas adecuadas.**
Movimiento/Postura: Aunque posee total autonomía, refiere que no realiza ningún tipo de ejercicio, y que tampoco sale a pasear a pesar de que se “aburre un poco desde que dejo de trabajar.”

VALORACION DE ACUERDO A LAS 14 NECESIDADES DE VIRGINIA HENDERSON

- 5 - Necesidad de dormir y descansar. Reposo y Sueño: Duerme ocho horas diarias, según él “solo me despierto para ir al baño.” A veces, también se acuesta tras el almuerzo unos 30 minutos.
- 6 - Necesidad de usar ropas adecuadas, vestirse y desvestirse. Uso de prendas de vestir: Total autonomía para vestirse pero, presenta un aspecto general descuidado.
- 7 - Necesidad de mantener la temperatura corporal dentro de los límites normales. Termorregulación: Afebril
- 8 - Necesidad de mantener la higiene corporal y la integridad de la piel. Higiene/Protección de la piel: Aunque afirma que se ducha con frecuencia presenta un aspecto algo descuidado. Dice olvidarse de cepillarse los dientes algunas veces.

VALORACION DE ACUERDO A LAS 14

NECESIDADES DE VIRGINA HENDERSON

- 9 - Necesidad de evitar los peligros ambientales y lesionar a otras personas. Evitar peligros: Alérgico al Metamizol. Ningún otro dato de interés. Proceso de Atención de Enfermería (PAE)
- 10 - Necesidad de comunicarse con los demás expresando emociones. Comunicación y sexualidad: Usa gafas (miopía). Ninguna alteración auditiva ni en el lenguaje. Buena relación con su mujer, pero escasa con los vecinos ya que, según él, “estuve casi siempre fuera y ahora llevamos aquí muy poco tiempo, además salgo poco de casa”
- 11 - Necesidad de vivir de acuerdo con sus propias creencias y valores. Valores y creencias: Católico, aunque afirma asistir muy poco a misa.

VALORACION DE ACUERDO A LAS 14 NECESIDADES DE VIRGINA HENDERSON

- **12 - Necesidad de ocupación para auto realizarse.** Trabajar y realizarse: Trabajó desde los 18 años como electricista, pero en la actualidad está jubilado y manifiesta que: “Lo que cobro es suficiente para mantenernos mi esposa y yo, ya que todos mis hijos trabajan”
- **13 - Necesidad de participar en actividades recreativas.** Recreo: No tiene actividades recreativas.
- **14 - Necesidad de Aprendizaje.** Aprendizaje: Pedro demuestra inquietud por conocer el resultado de la prueba de la Tuberculina y posibles consecuencias si ésta da positivo. Al referirnos a su TA dice desconocer que la tuviese elevada y que no sabe cuáles son los factores que pueden influir en la misma. En cuanto a su problema de obesidad afirma no encontrarse mal.

CONCLUSION

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

Segunda etapa: Diagnóstico de enfermería

- la segunda fase del Proceso de Enfermería. Es el juicio clínico sobre las respuestas individuales, familiares o de la comunidad a problemas de salud vitales reales o potenciales, que requiera de la intervención de enfermería con el objeto de resolverlo o disminuirlo. Un Diagnostico enfermero proporciona la base para elegir las intervenciones enfermeras para conseguir los resultados de los que el profesional enfermero es responsable.

Segunda etapa: Diagnóstico de enfermería

- Diagnóstico de enfermería real se refiere a una situación que existe en el momento actual. Problema potencial se refiere a una situación que puede ocasionar dificultad en el futuro. Las funciones de Enfermería tienen tres dimensiones: dependiente, interdependiente e independiente, según el nivel de decisión que corresponde a la enfermera

ETAPA 3: PLANEACIÓN



PLAN DE CUIDADOS DE ENFERMERÍA (PLACES)

¿CÓMO REALIZAR UN PLACE? PASO POR PASO

3. ETAPA DE PLANEACIÓN

- Etapa en la que se establecen las estrategias para prevenir, minimizar o corregir los problemas detectados en el diagnóstico o para promocionar la salud. En esta etapa se determinan los resultados esperados e intervenciones independientes e interdependientes, entendiendo las primeras como, aquellas que realiza el profesional de enfermería sin que exista de por medio una indicación médica y las segundas son realizadas en coordinación con otros miembros del equipo de salud.

OBJETIVOS

❖ O. GENERAL

Disponer de una herramienta metodológica con base en el Proceso de Atención de Enfermería para estructurar Planes de Cuidados de Enfermería Estandarizados que contribuyan en la mejora de la calidad del cuidado y seguridad de la persona, familia y comunidad, en los diferentes niveles de atención del Sistema Nacional de Salud.

OBJETIVOS

❖ O. ESPECÍFICOS

- ✓ Identificar el lenguaje disciplinar estandarizado a fin de que exista una comunicación eficaz y eficiente entre profesionales de enfermería.
- ✓ Permitir la reflexión crítica en la atención individualizada de los pacientes.
- ✓ Homologar los criterios para la construcción de Planes de Cuidados de Enfermería con base en el Proceso de Atención de Enfermería y con la aplicación de las taxonomías North American Nursing Diagnosis Association (NANDA), Nursing Outcomes Classification (NOC) y Nursing Interventions Classification (NIC).
- ✓ Conformar un catálogo de Planes de Cuidados de Enfermería para su difusión en el Sistema Nacional de Salud.

Plan de Cuidados de Enfermería (PLACE)

Según *Griffith-Kenney* y *Christensen*, el PLACE “Es un instrumento para documentar y comunicar la situación del paciente/cliente, los resultados que se esperan, las estrategias, indicaciones, intervenciones y la evaluación de todo ello”. Existen diferentes tipos de planes de cuidados, entre ellos destacan los siguientes:

- **Individualizado:** Permite documentar los problemas del paciente, los objetivos del plan de cuidados y las acciones de enfermería para un paciente concreto. Se tarda más tiempo en elaborar.
- **Estandarizado:** Según *Mayers*, es un protocolo específico de cuidados, apropiado para aquellos pacientes que padecen los problemas normales o previsibles relacionados con el diagnóstico concreto o una enfermedad”.
- **Estandarizado con modificaciones:** Permite la individualización al dejar abiertas opciones en los problemas del paciente, los objetivos del plan de cuidados y las acciones de enfermería.
- **Computarizado:** Requieren la captura previa en un sistema informático de los diferentes tipos de planes de cuidados estandarizados, son útiles si permiten la individualización a un paciente concreto.

Taxonomías para el cuidado de enfermería NANDA, NOC y NIC

La utilización de las taxonomías NANDA, NIC y NOC facilita a los profesionales de enfermería la planificación de los cuidados al utilizar un lenguaje estandarizado, así como, un marco de análisis y reflexión en la toma de decisiones.



Metodología para la elaboración del plan de cuidados de enfermería

1. Determinación del problema

Identifique el problema de salud, proceso vital o manejo terapéutico prevalente, dirigido al individuo, familia o comunidad para definir el PLACE a desarrollar. También pueden determinarse a través de las principales demandas de atención (ingresos, egresos, consultas) de los usuarios de los servicios de salud, dirigidos a disminuir o prevenir la incidencia de eventos adversos, relacionados con las principales causas de infecciones nosocomiales de la unidad de atención a la salud o relacionados con eventos que lesionen la salud de la persona incluidos en el Catálogo Universal de Servicios de Salud (CAUSES).

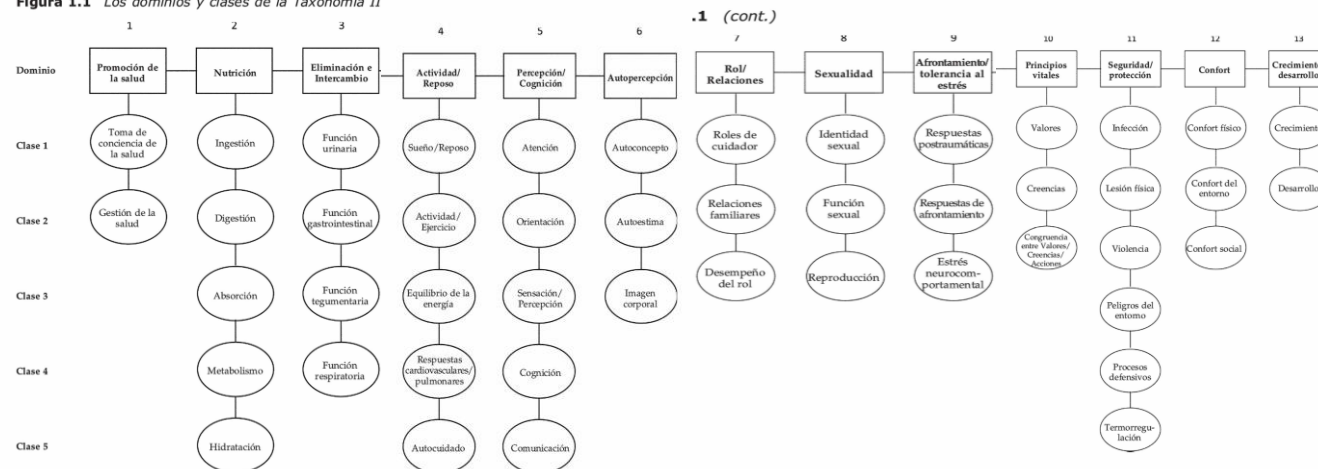
NOTA: Tal y como se ejemplificó en la “ETAPA DIAGNÓSTICA”

2. Construcción del Diagnóstico de Enfermería

1. Identifique las respuestas humanas que puede presentar la persona ante un problema de salud, proceso vital o manejo terapéutico; pueden ser de tipo fisiológico, de percepción, de sentimientos y de conductas ejemplo: **Protección inefectiva.**
2. Referirse a la segunda parte de la Taxonomía II de Diagnósticos Enfermeros: Definiciones y clasificación *NANDA*.
3. Situarse en el esquema de dominios y clases.

© Elsevier. Fotocopiar sin autorización es un delito.

Figura 1.1 Los dominios y clases de la Taxonomía II



4. Seleccione él o los dominios correspondientes a la función vital o en riesgo potencial. Ejemplo: **dominio N° 11 Seguridad/protección.**

5. En este mismo esquema, seleccione la clase correspondiente al área o localización de la función en la que se ubica la función vital o en riesgo potencial. Ejemplo: **clase 2 Lesión física.**

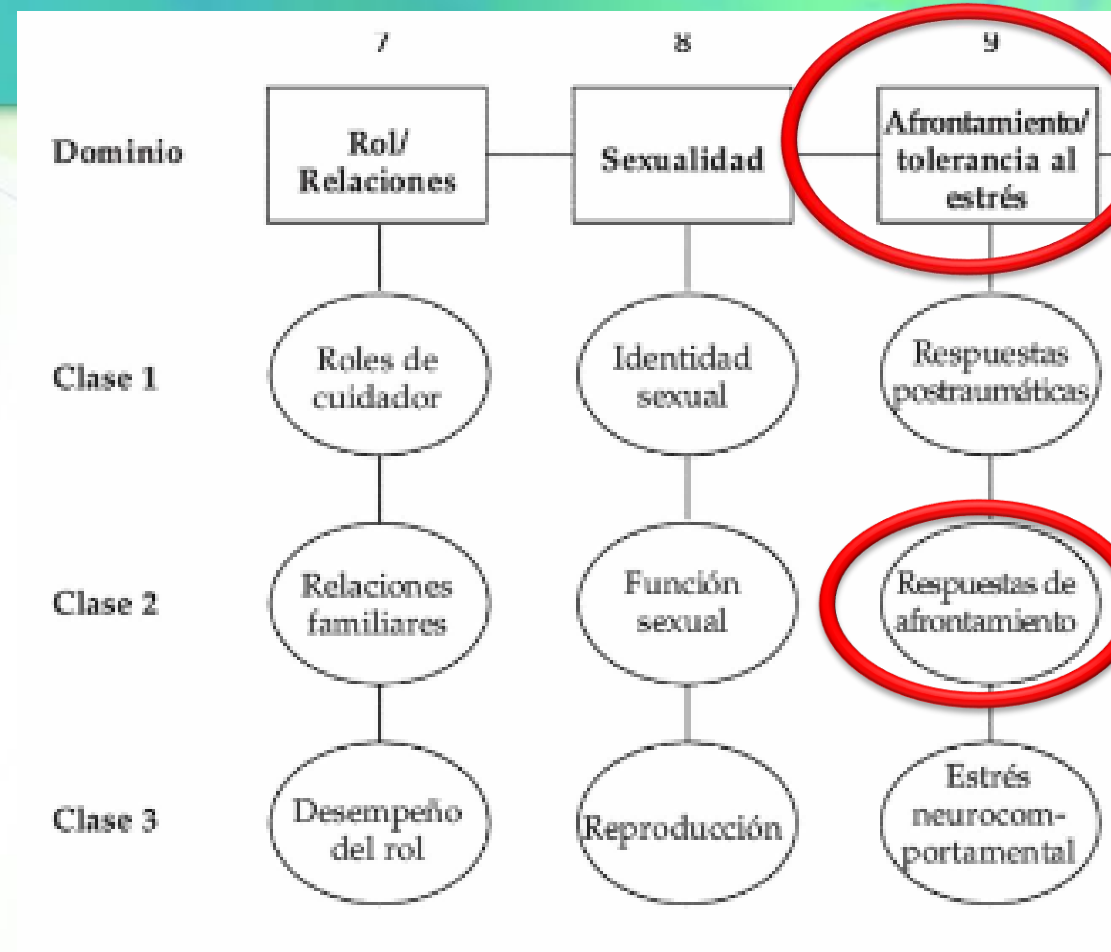
6. Seleccione la etiqueta diagnóstica que corresponda. Ejemplo:

Dominio: 09 Afrontamiento/Tolerancia al estrés

Clase: 02 Respuestas de afrontamiento

Etiqueta diagnóstica (ED): Ansiedad

Código: 00146



Ansiedad (00146)

Dominio 9: Afrontamiento/Tolerancia al estrés

Clase 2: Respuestas de afrontamiento

Definición Sensación vaga e intranquilizadora de malestar o amenaza acompañada de una respuesta autónoma (el origen de la cual con frecuencia es inespecífico o desconocido para la persona); sentimiento de aprensión causado por la anticipación de un peligro. Es una señal de alerta que advierte de un peligro inminente y permite a la persona tomar medidas para afrontar la amenaza.

Características definitorias

Conductuales

- Disminución de la productividad.
- Movimientos extraños.
- Nerviosismo.
- Lanzar miradas alrededor.
- Insomnio.
- Escaso contacto ocular.
- Expresa preocupaciones debidas a cambios en acontecimientos vitales.
- Inquietud.
- Escrutinio.
- Vigilancia.

Afectivas

- Angustia.
- Aprensión.
- Distrés.
- Temor.
- Sentimientos de insuficiencia.
- Atención centrada en el yo.
- Preocupación creciente.
- Irritabilidad.
- Nerviosismo.
- Sobreexcitación.
- Impotencia creciente dolorosa.
- Persistente aumento de la impotencia.
- Desquiciamiento.
- Arrepentimiento.
- Incertidumbre.
- Preocupación.

Fisiológicas

- Tensión facial.
- Temblor de manos.
- Aumento de la sudoración.
- Aumento de la tensión.
- Estremecimientos.
- Temblores.
- Voz temblorosa.

Simpáticas

- Anorexia.
- Excitación cardiovascular.
- Diarrea.
- Sequedad bucal.
- Rubor facial.
- Palpitaciones.
- Aumento de la tensión arterial.
- Aumento del pulso.

- Aumento de los reflejos.
- Aumento de la respiración.
- Dilatación pupilar.
- Dificultades respiratorias.

- Vasoconstricción capilar.
- Movimientos espasmódicos.
- Debilidad.

Parasimpáticas

- Dolor abdominal.
- Disminución de la presión arterial.
- Disminución del pulso.
- Diarrea.
- Mareos.
- Fatiga.
- Náuseas.

- Trastornos del sueño.
- Hormigueo en las extremidades.
- Frecuencia urinaria.
- Dificultad para iniciar el chorro de orina.
- Urgencia urinaria.

Cognitivas

- Conciencia de los síntomas fisiológicos.
- Bloqueo del pensamiento.
- Confusión.
- Disminución del campo perceptivo.
- Dificultad para la concentración.
- Disminución de la habilidad para aprender.
- Disminución de la habilidad para solucionar problemas.
- Temor a consecuencias inespecíficas.
- Olvido.
- Deterioro de la atención.
- Preocupación.
- Cavilación.
- Tendencia a culpar a otros.

Factores relacionados

- Cambio en:
 - La situación económica.
 - El entorno.
 - El estado de salud.
 - Los patrones de interacción.
 - La función del rol.
 - El estatus del rol.
- Exposición a toxinas.
- Asociación familiar.
- Herencia.
- Contagio interpersonal.
- Transmisión interpersonal.
- Crisis de maduración.
- Crisis situacionales.
- Estrés.
- Abuso de sustancias.
- Amenaza de muerte.
- Amenaza para:
 - La situación económica.
 - El entorno.
 - El estado de salud.
 - Los patrones de interacción.
 - La función del rol.
 - El estatus del rol.
 - El autoconcepto.
- Conflicto inconsciente sobre los objetivos vitales esenciales.
- Conflicto inconsciente sobre los valores esenciales.
- Necesidades no satisfechas.

9. Afrontamiento/
Tolerancia al estrés

9. Afrontamiento/
Tolerancia al estrés

7. Una vez definida la etiqueta diagnóstica referirse a la primera parte del libro (Diagnósticos enfermeros de la NANDA I), buscar por orden alfabético el eje diagnóstico como el elemento principal de la misma. (Ir a **Contenidos/Índice**)

Dominio 9: Afrontamiento/Tolerancia al estrés	333
Clase 1: Respuestas postraumáticas	335
Síndrome de estrés del traslado (00114)	335
Riesgo de síndrome de estrés del traslado (00149)	336
Síndrome del trauma posviolación (00142)	337
Síndrome postraumático (00141)	338
Riesgo de síndrome postraumático (00145)	339
Clase 2: Respuestas de afrontamiento	340
Aflicción crónica (00137)	340
Afrontamiento defensivo (00071)	341
Afrontamiento ineficaz (00069)	343
Afrontamiento ineficaz de la comunidad (00077)	344
Afrontamiento familiar comprometido (00074)	345
Afrontamiento familiar incapacitante (00073)	347
Disposición para mejorar el afrontamiento (00158)	348
Disposición para mejorar el afrontamiento de la comunidad (00076)	349
Disposición para mejorar el afrontamiento familiar (00075)	350
Ansiedad (00146)	351
Ansiedad ante la muerte (00147)	353
Deterioro generalizado del adulto (00101)	355
Duelo (00136)	356
Duelo complicado (00135)	358
Riesgo de duelo complicado (00172)	360
Estrés por sobrecarga (00177)	361
Impotencia (00125)	364
Riesgo de impotencia (00152)	366
Negación ineficaz (00072)	368
Planificación ineficaz de las actividades (0199)	370
Riesgo de planificación ineficaz de las actividades (0226)	372
Disposición para mejorar el poder (00187)	374
Deterioro de la resiliencia personal (00210)	376
Disposición para mejorar la resiliencia (00212)	378
Riesgo de compromiso de la resiliencia (00211)	380
Temor (00148)	381
Clase 3: Estrés neurocomportamental	383
Disminución de la capacidad adaptativa intracraneal (00049)	383
Conducta desorganizada del lactante (00116)	384
Riesgo de conducta desorganizada del lactante (00115)	386
Disposición para mejorar la conducta organizada del lactante (00117)	387

8. Cuando localice la etiqueta diagnóstica encontrará lo siguiente:

Etiqueta
Diagnóstica (ED) → Ansiedad
Año en la que fue aceptada la etiqueta diagnóstica en la NANDA.
Nivel de evidencia (NDE).
Número de código. Ejemplo: 00146

Definición de la etiqueta diagnóstica.

Ejemplo: Disminución de la capacidad para auto protegerse de amenazas internas y externas, como enfermedades o lesiones.

Características definitorias o evidencias clínicas empíricas que se pueden observar y medir. Representan las respuestas humanas manifestadas por signos y síntomas.

Factores relacionados (FR) o situaciones clínicas y personales que pueden modificar el estado de salud o influir en el desarrollo de un problema (etiología o causa a la respuesta humana alterada).

FORMATO DEL PLACE: DIAGNÓSTICO (NANDA)

PLAN DE CUIDADOS DE ENFERMERÍA A PACIENTE CON:

Dominio:

Clase:

DIAGNÓSTICO DE ENFERMERÍA NANDA

CARACTERÍSTICAS DEFINITORIAS:

(ETIQUETA O PROBLEMA):

DEFINICIÓN:

Pág.:

FACTORES RELACIONADOS (CAUSAS)

RESULTADO(NOC)	INDICADOR	ESCALA DE MEDICIÓN	PUNTUACIÓN DIANA
DOMINIO: () CLASE: () Etiqueta Diagnostica: () Pág.:		Escala ()	MANTENER A: ____ AUMENTAR A: ____

3. Selección de Resultados

Los resultados representan los estados, conductas o percepciones del individuo, familia o comunidad ante la intervención del profesional de enfermería. Para su selección utilizar la Clasificación de Resultados de Enfermería *NOC*. *La búsqueda del resultado esperado se puede realizar de cuatro formas:*

- Por relación *NOC NANDA*.
- Por taxonomías.
- Por especialidad.
- Por patrones funcionales.

En la metodología de este lineamiento la propuesta es por relación *NOC NANDA*.

PASOS

1. Referirse a la sección Relaciones NOC NANDA (4ª parte del libro) de la 3ª edición.
2. Identifique la etiqueta diagnóstica.
3. De los resultados sugeridos u opcionales seleccione el o los que den respuesta a la etiqueta diagnóstica o a los factores relacionados.

Indice

PRIMERA PARTE Clasificación de Resultados de Enfermería: desarrollo, perfeccionamiento y uso en la práctica, investigación y enseñanza, 1

Capítulo 1 Desarrollo e importancia de los resultados, 3
Capítulo 2 Clasificación actual, 29
Capítulo 3 Uso de la NOC en entornos clínicos, 62
Capítulo 4 Uso de la NOC en enseñanza e investigación, 89

SEGUNDA PARTE Taxonomía NOC, 131

TERCERA PARTE Resultados, 155

CUARTA PARTE Relaciones NOC-patrones funcionales de salud
Relaciones NOC-NANDA Internacional, 671

QUINTA PARTE Resultados centrales según especialidades de enfermería, 795

SEXTA PARTE Apendices, 829

CUARTA PARTE
Relaciones NOC-patrones
funcionales de salud
Relaciones
NOC-NANDA-
Internacional



Ansiedad

DEFINICIÓN: vaga sensation de malestar o amenaza acompañada de una respuesta autonómica (cuyo origen con frecuencia es desconocido para el individuo); sentimiento de aprensión causado por la anticipación de un peligro. Es una señal de alerta que advierte de un peligro inminente y permite al individuo tomar medidas para afrontarlo.

RESULTADOS SUGERIDOS:

Automatización de procedimientos
Autocontrol de la ansiedad
Concentración

Nivel de ansiedad
Nivel de hiperactividad

RESULTADOS OPCIONALES ADICIONALES:

Adaptación del niño a la hospitalización
Autocontrol de la agresión
Autocontrol de los impulsos
Control de la automutilación
Control de náuseas y vómitos
Control de síntomas
Deambulación segura
Elaboración de la información
Estado neurológico: autónomo
Habilidades de interacción social
Lazos afectivos padres-hijo
Modificación psicosocial: cambio de vida

Nivel de agitación
Nivel de estrés
Nivel de fatiga
Resolución de la aflicción
Riesgo de tendencia a las fugas
Satisfacción del paciente/usuario: cuidados psicológicos
Satisfacción del paciente/usuario: cuidados
Severidad de la retirada de sustancias
Severidad de las náuseas y vómitos
Signos vitales
Sueño



4. Busque el resultado seleccionado por orden alfabético en la 3ª parte del libro en donde encontrará los siguientes elementos:

- ❖ **Resultado y código.** Ejemplo: Severidad de la infección, código 0703.
- ❖ **Dominio y clase** (no aplican para este lineamiento).
- ❖ **Escala.** Cada resultado debe tener implícita la escala de medición a utilizar; aunque se puede dar el caso que los resultados utilicen la misma escala de medición. Ejemplo: Severidad de la infección, su escala de medición es: grave 1, sustancial 2, moderado 3, leve 4, ninguno 5. (Existen trece tipos de escala tipo Likert).
- ❖ **Definición.** Sirve como referente para interpretar el resultado (no aplica para este lineamiento).
- ❖ **Puntuación diana del resultado.** Es un primer puntaje basado en la valoración clínica previa a la intervención de enfermería (mantener a:) y un segundo puntaje hipotético basado en lo esperado posterior a la intervención de enfermería (aumentar a:).

Severidad de la infección (0703)

Dominio: Salud fisiológica (II)

Destinatario de los cuidados:

Clase: Respuesta inmune (H)

Fuente de datos:

Escala(s): Grave hasta Ninguno (n)

Definición: GRAVEDAD DE INFECCION Y SINTOMAS ASOCIADOS

PUNTUACION DIANA DEL RESULTADO: Mantener a _____ Aumentara _____

Severidad de la infección	Grave	Sustancial	Moderado	Leve	Ninguno
Puntuacion global	1	2	3	4	5

INDICADORES:

070301	Eruption	1	2	3	4	5	NA
070302	Vesiculas sin costra	1	2	3	4	5	NA
070303	Supuracion fetida	1	2	3	4	5	NA

Severidad de la infección (0703)

Dominio: Salud fisiológica (II) Destinatario de los cuidados:
 Clase: Respuesta inmune (H) Fuente de datos:
 Escala(s): Grave hasta Ninguno (n)

Definición: GRAVEDAD DE INFECCION Y SINTOMAS ASOCIADOS

PUNTUACION DIANA DEL RESULTADO: Mantener a _____ Aumentara _____

Severidad de la infección	Grave	Sustancial	Moderado
Puntuacion global	1	2	3

INDICADORES:

070301	Eruption	1	2	3
070302	Vesiculas sin costra	1	2	3
070303	Supuracion fetida	1	2	3
070304	Espato purulento	1	2	3
070305	Supuracion purulenta	1	2	3
070306	Furia	1	2	3
070307	Fiebre	1	2	3
070329	Hipotermia	1	2	3
070330	Inestabilidad de la temperatura	1	2	3
070333	Dolor	1	2	3
070334	Sensibilidad	1	2	3
070309	Sintomas gastrointestinales	1	2	3
070310	Linfadenopatias	1	2	3
070311	Malestar general	1	2	3
070312	Kerriado	1	2	3
070313	Trastorno cognitivo inexplicado	1	2	3
070331	Letargia	1	2	3
070332	Pérdida de apetito	1	2	3
070319	Infiltrados en la radiografía de torax	1	2	3
070320	Colonization en el hemocultivo	1	2	3
070321	Colonization en el cultivo de esputo	1	2	3
070322	Colonization en el cultivo del liquido cefalorraquideo	1	2	3
070323	Colonization del cultivo de la herida	1	2	3
070324	Colonization del urocultivo	1	2	3
070325	Colonization del coprocultivo	1	2	3
070326	Aumento de leucocitos	1	2	3
070327	Disminucion de leucocitos	1	2	3

Lugar de infección

5. Seleccione los indicadores. Unidades medibles derivadas de la respuesta humana y serán seleccionados con base a las características definitorias del diagnóstico o factor relacionado. Ejemplo: esputo purulento, fiebre y aumento de leucocitos.

Severidad de la infección		Grave	Sustancial	Moderado	Leve	Ninguno	
Puntuación global		1	2	3	4	5	
INDICADORES:							
070301	Eruption	1	2	3	4	5	NA
070302	Vesiculas sin costra	1	2	3	4	5	NA
070303	Supuracion fetida	1	2	3	4	5	NA
070304	Esputo purulento	1	2	3	4	5	NA
070305	Supuracion pumlenta	1	2	3	4	5	NA
070306	Piuria	1	2	3	4	5	NA
070307	Fiebre	1	2	3	4	5	NA
070329	Hipotermia	1	2	3	4	5	NA
070330	Inestabilidad de la temperatura	1	2	3	4	5	NA
070333	Dolor	1	2	3	4	5	NA
070334	Sensibilidad	1	2	3	4	5	NA
070309	Sihtomas gastrointestinales	1	2	3	4	5	NA
070310	Linfadenopatias	1	2	3	4	5	NA
070311	Malestar general	1	2	3	4	5	NA
070312	Resfriado	1	2	3	4	5	NA
070313	Trastorno cognitivo inexplicado	1	2	3	4	5	NA
070331	Letargia	1	2	3	4	5	NA
070332	Perdida de apetito	1	2	3	4	5	NA
070319	Infiltrados en la radiografia de torax	1	2	3	4	5	NA
070320	Colonization en el hemocultivo	1	2	3	4	5	NA
070321	Colonization en el cultivo de esputo	1	2	3	4	5	NA
070322	Colonization en el cultivo del liquido cefalorraquideo	1	2	3	4	5	NA
070323	Colonization del cultivo de la herida	1	2	3	4	5	NA
070324	Colonization del urocultivo	1	2	3	4	5	NA
070325	Colonization del coprocultivo	1	2	3	4	5	NA
070326	Aumento de leucocitos	1	2	3	4	5	NA
070327	Disminucion de leucocitos	1	2	3	4	5	NA

FORMATO DEL PLACE: OBJETIVOS (NOC)

PLAN DE CUIDADOS DE ENFERMERÍA A PACIENTE CON:

Dominio: Clase:

DIAGNÓSTICO DE ENFERMERÍA NANDA

CARACTERÍSTICAS DEFINITORIAS:

(ETIQUETA O PROBLEMA):

DEFINICION:

Pág.:

FACTORES RELACIONADOS (CAUSAS)

RESULTADO(NOC)	INDICADOR	ESCALA DE MEDICIÓN	PUNTUACIÓN DIANA
DOMINIO: ()		Escala ()	MANTENER A: ____
CLASE: ()			AUMENTAR A: ____
Etiqueta Diagnostica: ()			
Pág.:			

Continuación...

RESULTADO(NOC)	INDICADOR	ESCALA DE MEDICIÓN	PUNTUACIÓN DIANA
DOMINIO: () CLASE: () Etiqueta Diagnostica: () Pág.:		ESCALA: ()	MANTENER A: ____ AUMENTAR A: ____
RESULTADO(NOC)	INDICADOR	ESCALA DE MEDICIÓN	PUNTUACIÓN DIANA
DOMINIO: () CLASE: () Etiqueta Diagnostica: () Pág.:		ESCALA: ()	MANTENER A: ____ AUMENTAR A: ____

4. Selección de intervenciones de enfermería

Las intervenciones de enfermería son los tratamientos basados en el criterio y el conocimiento clínico que realiza un profesional de enfermería para mejorar los resultados de la persona, familia o comunidad. La selección de las intervenciones se realizará con base en la NIC. Se puede realizar de tres formas:

- Por taxonomía.
- Por relación NIC NANDA.
- Por especialidad.



La estructura de este lineamiento emplea la elección de intervenciones por Relación *NIC NANDA*.

1. Buscar por orden alfabético la especialidad perteneciente en la NIC con las intervenciones centrales de enfermería en la 4ª parte del libro, en donde encontrará: (Ejemplo: Enfermería de control del dolor)

- ✓ **Especialidad perteneciente**, las cuales se presentan 45 en la parte 4° del libro de la NIC.
- ✓ **Intervenciones de enfermería sugeridas.**

Índice

PRIMERA PARTE *Elaboración y uso de la Clasificación, 1*

Capítulo 1 Introducción a la Clasificación de Intervenciones de Enfermería (NIC), 3

Capítulo 2 Desarrollo, verificación e implementación de la NIC: 1987-2007, 19

Capítulo 3 Utilización de la NIC, 45

SEGUNDA PARTE *Taxonomía de las intervenciones de enfermería, 73*

TERCERA PARTE *Clasificación, 91*

CUARTA PARTE *Intervenciones centrales según especialidades de enfermería, 795*

QUINTA PARTE *Tiempo estimado y nivel de formación necesarios para realizar intervenciones de la NIC, S29*

SEXTA PARTE *Apéndices, 863*

CUARTA PARTE

Intervenciones centrales según especialidades de enfermería

Enfermería de control del dolor

- Atención con el paciente
- Administración de analgésicos
- Administración de analgésicos: intraespinal
- Administración de medicación
- Aplicación de calor o frío
- Apoyo en la toma de decisiones
- Apoyo espiritual
- Asistencia en la analgesia controlada por el paciente (ACP)
- Asistencia quirúrgica
- Aumentar el afrontamiento
- Autorización de seguros
- Biorretroalimentación
- Colaboración con el médico
- Comprobación de sustancias controladas
- Contacto
- Contacto terapéutico
- Control de infecciones
- Control de la medicación
- Cuidados en la agonía
- Derivación
- Distracción
- Educación sanitaria
- Enseñanza: medicamentos prescritos
- Enseñanza: procedimiento/tratamiento
- Establecer límites
- Establecimiento de objetivos comunes
- Estimulación nerviosa eléctrica transcutánea (TENS)
- Evaluación de productos
- Facilitar la sedación
- Fomento del ejercicio
- Gestión de casos
- Grupo de apoyo
- Humor
- Imaginación simple dirigida
- Intercambio de información de cuidados de salud
- Manejo ambiental: confort
- Manejo de la energía
- Manejo de la medicación
- Manejo de la sedación
- Manejo del dolor
- Mantenimiento de dispositivos de acceso venoso (DAV)
- Masaje
- Mejora de la autoconfianza
- Monitorización de la calidad
- Meditación
- Musicoterapia
- Planificación del alta
- Potenciación de la autoestima
- Preparación quirúrgica
- Recogida de datos para la investigación
- Relajación muscular progresiva
- Reunión multidisciplinar sobre cuidados
- Seguimiento de la política sanitaria
- Terapia de relajación simple
- Vigilancia

2. Con base a la etiqueta diagnóstica o factor relacionado, seleccionar la o las intervenciones.

Ejemplo: administración de analgésicos, control de la medicación, manejo del dolor...

Enfermería de control del dolor

- Acuerdo con el paciente
- Administración de analgésicos
- Administración de analgésicos: intraespinal
- Administración de medicación
- Aplicación de calor o frío
- Apoyo en la toma de decisiones
- Apoyo espiritual
- Asistencia en la analgesia controlada por el paciente (ACP)
- Asistencia quirúrgica
- Aumentar el afrontamiento
- Autorización de seguros
- Biorretroalimentación
- Colaboración con el médico
- Comprobación de sustancias controladas
- Contacto
- Contacto terapéutico
- Control de infecciones
- Control de la medicación
- Cuidados en la agonía
- Derivación
- Distracción
- Educación sanitaria
- Enseñanza: medicamentos prescritos
- Enseñanza: procedimiento/tratamiento
- Establecer límites
- Establecimiento de objetivos comunes
- Estimulación nerviosa eléctrica transcutánea (TENS)
- Evaluación de productos
- Facilitar la meditación
- Fomento del ejercicio
- Gestión de casos
- Grupo de apoyo
- Humor
- Imaginación simple dirigida
- Intercambio de información de cuidados de salud
- Manejo ambiental: confort
- Manejo de la energía
- Manejo de la medicación
- Manejo de la sedación
- Manejo del dolor
- Mantenimiento de dispositivos de acceso venoso (DAV)
- Masaje
- Mejora de la autoconfianza
- Monitorización de la calidad
- Meditación
- Musicoterapia
- Planificación del alta
- Potenciación de la autoestima
- Preparación quirúrgica
- Recogida de datos para la investigación
- Relajación muscular progresiva
- Reunión multidisciplinar sobre cuidados
- Seguimiento de la política sanitaria
- Terapia de relajación simple
- Vigilancia

3. Busque las intervenciones seleccionadas por orden alfabético ubicadas en la clasificación de la 3er. parte de la NIC.

Administración de analgésicos 2210

Actividades:

- Determinar la ubicación, características, calidad y gravedad del dolor antes de medicar al paciente.
- Comprobar las órdenes médicas en cuanto al medicamento, dosis y frecuencia del analgésico prescrito.
- Comprobar el historial de alergias a medicamentos.
- Evaluar la capacidad del paciente para participar en la selección del analgésico, vía y dosis, e implicar al paciente, si procede.
- Elegir el analgésico o combinación de analgésicos adecuados cuando se prescriba más de uno.
- Determinar la selección de analgésicos (narcóticos, no narcóticos o antiinflamatorios no esteroideos) según el tipo y la severidad del dolor.
- Determinar el analgésico preferido, vía de administración y dosis para conseguir un efecto analgésico óptimo.
- Elegir la vía i.v., en vez de i.m., para inyecciones frecuentes de medicación contra el dolor, cuando sea posible.
- Descartar narcóticos y otros medicamentos restringidos de acuerdo con el protocolo de la institución.
- Controlar los signos vitales antes y después de la administración de los analgésicos narcóticos, a la primera dosis o si se observan signos inusuales.
- Atender a las necesidades de comodidad y otras actividades que ayuden en la relajación para facilitar la respuesta a la analgesia.
- Administrar los analgésicos a la hora adecuada para evitar picos y valles de la analgesia, especialmente con el dolor severo.
- Establecer expectativas positivas respecto de la eficacia de los analgésicos para optimizar la respuesta del paciente.
- Administrar analgésicos y/o fármacos complementarios cuando sea necesario para potenciar la analgesia.
- Considerar el uso de infusión continua, ya sea sola o juntamente con opiáceos en bolo, para mantener los niveles en suero.
- Instaurar precauciones de seguridad para los que reciben analgésicos narcóticos, si procede.
- Instruir para que se solicite la medicación según necesidades para el dolor antes de que el dolor sea severo.
- Informar a la persona que con la administración de narcóticos puede producirse somnolencia durante los primeros 2 a 3 días, que luego remite.
- Corregir los conceptos equivocados o mitos del paciente o miembros de la familia sobre los analgésicos, especialmente los opiáceos (adicción y riesgos de sobredosis).
- Evaluar la eficacia del analgésico a intervalos regulares después de cada administración, pero especialmente después de las dosis iniciales, y se debe observar también si hay señales y síntomas de efectos adversos (depresión respiratoria, náuseas y vómitos, sequedad de boca y estreñimiento).
- Registrar la respuesta al analgésico y cualquier efecto adverso.
- Evaluar y registrar el nivel de sedación de los pacientes que reciben opiáceos.
- Llevar a cabo aquellas acciones que disminuyan los efectos adversos de los analgésicos (p. ej., estreñimiento e irritación gástrica).
- Colaborar con el médico si se indican fármacos, dosis, vía de administración o cambios de intervalo con recomendaciones específicas en función de los principios de la analgesia.
- Enseñar el uso de analgésicos, estrategias para disminuir los efectos secundarios y expectativas de implicación en las decisiones sobre el alivio del dolor.

Control de la medicación 2395

Definición: Comparación de las medicaciones que el paciente toma en casa con el ingreso, traslado y/o alta para asegurar la exactitud y la seguridad del paciente.

Actividades:

- Utilizar una herramienta estandarizada para obtener toda la información de la medicación, incluidas la medicación prescrita, los medicamentos sin receta y los suplementos dietéticos y de plantas medicinales.
- Obtener una historia farmacológica completa examinando los viales o la lista de medicaciones, comprobándola con el paciente y la familia y/o comunicándose con los médicos y la farmacia, si es necesario.
- Documentar el nombre, dosis, frecuencia y vía de administración en la lista de medicaciones.
- Determinar cuándo se tomó la medicación por última vez.
- Comparar la lista de medicamentos con las indicaciones y la historia clínica para asegurar que la lista es exacta y completa.
- Controlar las medicaciones en todos los puntos de transición, como ingreso, traslado y alta.
- Controlar las medicaciones con los cambios del estado del paciente o con los cambios de medicación.
- Comunicar las discrepancias a los médicos que han dispensado las recetas, si es necesario.
- Enseñar al paciente y a la familia a mantener una lista de medicación actualizada y conciliarla con el médico en cada visita o ingreso hospitalario.
- Enseñar al paciente y a la familia a obtener todas las medicaciones en una farmacia para disminuir el riesgo de error.
- Enseñar al paciente y a la familia a tener un papel activo en el manejo de la medicación.

Manejo del dolor 1400

Definición: Alivio del dolor o disminución del dolor a un nivel de tolerancia que sea aceptable para el paciente.

Actividades:

- Realizar una valoración exhaustiva del dolor que incluya la localización, características, aparición/duración, frecuencia, calidad, intensidad o severidad del dolor y factores desencadenantes.
- Observar claves no verbales de molestias, especialmente en aquellos que no pueden comunicarse eficazmente.
- Asegurarse de que el paciente reciba los cuidados analgésicos correspondientes.
- Utilizar estrategias de comunicación terapéuticas para reconocer la experiencia del dolor y mostrar la aceptación de la respuesta del paciente al dolor.
- Explorar el conocimiento y las creencias del paciente sobre el dolor.
- Considerar las influencias culturales sobre la respuesta al dolor.
- Determinar el impacto de la experiencia del dolor sobre la calidad de vida (sueño, apetito, actividad, función cognoscitiva, humor, relaciones, trabajo y responsabilidad de roles).
- Explorar con el paciente los factores que alivian/empeoran el dolor.
- Evaluar las experiencias pasadas con el dolor que incluyan el historial individual y familiar de dolores crónicos o que conlleven discapacidad, si es el caso.
- Evaluar, con el paciente y el equipo de cuidados, la eficacia de las medidas pasadas de control del dolor que se hayan utilizado.
- Ayudar al paciente y a la familia a obtener y proporcionar apoyo.
- Utilizar un método de valoración adecuado que permita el seguimiento de los cambios en el dolor y que ayude a identificar los factores desencadenantes reales y potenciales (hoja de informe, llevar un diario).
- Determinar la frecuencia necesaria para la realización de una valoración de la comodidad del paciente y poner en práctica un plan de seguimiento.
- Proporcionar información acerca del dolor, tal como causas del dolor, el tiempo que durará y las incomodidades que se esperan debido a los procedimientos.
- Controlar los factores ambientales que puedan influir en la respuesta del paciente a las molestias (temperatura de la habitación, iluminación y ruidos).
- Disminuir o eliminar los factores que precipiten o aumenten la experiencia del dolor (miedo, fatiga, monotónia y falta de conocimientos).
- Considerar la disponibilidad del paciente a participar, capacidad de participar, preferencias, apoyo del método por parte de los seres queridos, y contraindicaciones al seleccionar una estrategia de alivio del dolor.
- Seleccionar y desarrollar aquellas medidas (farmacológica, no farmacológica o interpersonal) que faciliten el alivio del dolor, si procede.
- Enseñar los principios de control del dolor.
- Considerar el tipo y la fuente del dolor al seleccionar una estrategia de alivio del mismo.
- Animar al paciente a vigilar su propio dolor y a intervenir en consecuencia.
- Enseñar el uso de técnicas no farmacológicas (retroalimentación, estimulación nerviosa eléctrica transcutánea, hipnosis, relajación, capacidad de imaginación guiada, musicoterapia, distracción, terapia de juegos, terapia de actividad, acupresión, aplicación de calor/frío y masajes) antes, después y, si fuera posible, durante las actividades dolorosas; antes de que se produzca el dolor o de que aumente, y junto con las otras medidas de alivio del dolor.
- Explorar el uso actual del paciente de métodos farmacológicos de alivio del dolor.
- Enseñar métodos farmacológicos de alivio del dolor.

TERCERA PARTE

Clasificación

Manejo del dolor

1400

4. Una vez identificada seleccionar las actividades de enfermería acordes a la infraestructura, recursos y competencia profesional.

Ejemplo: (Manejo del dolor).

- Realizar una valoración exhaustiva del dolor que incluya la localización, características, aparición/duración, frecuencia, calidad, intensidad o severidad del dolor y factores desencadenantes.
- Animar al paciente a vigilar su propio dolor y a intervenir en consecuencia.

Definición: Alivio del dolor o disminución del dolor a un nivel de tolerancia que sea aceptable para el paciente.

Actividades:

Realizar una valoración exhaustiva del dolor que incluya la localización, características, aparición/duración, frecuencia, calidad, intensidad o severidad del dolor y factores desencadenantes.

Observar claves no verbales de molestias, especialmente en aquellos que no pueden comunicarse eficazmente.

Asegurarse de que el paciente reciba los cuidados analgésicos correspondientes.

Utilizar estrategias de comunicación terapéuticas para reconocer la experiencia del dolor y mostrar la aceptación de la respuesta del paciente al dolor.

Explorar el conocimiento y las creencias del paciente sobre el dolor.

Considerar las influencias culturales sobre la respuesta al dolor.

Determinar el impacto de la experiencia del dolor sobre la calidad de vida (sueño, apetito, actividad, función cognoscitiva, humor, relaciones, trabajo y responsabilidad de roles).

Explorar con el paciente los factores que alivian/empeoran el dolor.

Evaluar las experiencias pasadas con el dolor que incluyan el historial individual y familiar de dolores crónicos o que conlleven discapacidad, si es el caso.

Evaluar, con el paciente y el equipo de cuidados, la eficacia de las medidas pasadas de control del dolor que se hayan utilizado.

Ayudar al paciente y a la familia a obtener y proporcionar apoyo.

Utilizar un método de valoración adecuado que permita el seguimiento de los cambios en el dolor y que ayude a identificar los factores desencadenantes reales y potenciales (hoja de informe, llevar un diario).

Determinar la frecuencia necesaria para la realización de una valoración de la comodidad del paciente y poner en práctica un plan de seguimiento.

Proporcionar información acerca del dolor, tal como causas del dolor, el tiempo que durará y las incomodidades que se esperan debido a los procedimientos.

Controlar los factores ambientales que puedan influir en la respuesta del paciente a las molestias (temperatura de la habitación, iluminación y ruidos).

Disminuir o eliminar los factores que precipiten o aumenten la experiencia del dolor (miedo, fatiga, monotonía y falta de conocimientos).

Considerar la disponibilidad del paciente a participar, capacidad de participar, preferencias, apoyo del método por parte de los seres queridos, y contraindicaciones al seleccionar una estrategia de alivio del dolor.

Seleccionar y desarrollar aquellas medidas (farmacológica, no farmacológica e interpersonal) que faciliten el alivio del dolor, si procede.

Enseñar los principios de control del dolor.

Considerar el tipo y la fuente del dolor al seleccionar una estrategia de alivio del mismo.

Animar al paciente a vigilar su propio dolor y a intervenir en consecuencia.

Enseñar el uso de técnicas no farmacológicas (retroalimentación, estimulación nerviosa eléctrica transcutánea, hipnosis, relajación, capacidad de imaginación guiada, musicoterapia, distracción, terapia de juegos, terapia de actividad, acupresión, aplicación de calor/frío y masajes) antes, después y, si fuera posible, durante las actividades dolorosas; antes de que se produzca el dolor o de que aumente, y junto con las otras medidas de alivio del dolor.

Explorar el uso actual del paciente de métodos farmacológicos de alivio del dolor.

Enseñar métodos farmacológicos de alivio del dolor.

FORMATO DEL PLACE: INTERVENCIONES (NIC)

INTERVENCION (NIC): ()
CAMPO: ()
CLASE: ()
Pàg.

ACTIVIDADES

✓

INTERVENCION (NIC): ()
CAMPO: ()
CLASE: ()
Pàg.

ACTIVIDADES

✓

ETAPA 4: EJECUCIÓN



4. EJECUCIÓN

Etapa en la que se pone en práctica el PLACE para lograr los resultados específicos y consta de tres fases:

PREPARACIÓN

EJECUCIÓN

DOCUMENTACIÓN

PREPARACIÓN

Hay que revisar las intervenciones y las actividades propuestas en la etapa anterior con el fin de:

- Determinar si unas y otras aún son apropiadas en la situación actual del usuario.
- Valorar si se poseen los conocimientos y habilidades requeridos para realizarlas.
- Reunir y organizar los recursos materiales y humanos necesarios.
- Preparar el entorno para llevar a cabo la actividad en las mejores condiciones posibles, incluyendo las medidas de seguridad adecuadas.

EJECUCIÓN

Este paso comprende tanto la ejecución de la actividad prescrita como la valoración continua de la respuesta del usuario para determinar la conveniencia de continuar con el plan, tal como se concibió, o modificarlo a la luz de los nuevos datos

Las intervenciones diseñadas para cubrir las necesidades físicas y emocionales del paciente son numerosas y variadas, dependiendo de los problemas individuales específicos.

Generalmente, la ejecución de la atención de enfermería se ajusta a una de seis categorías:

- Refuerzo de las cualidades.
- Ayuda en las actividades de la vida diaria.
- Supervisión del trabajo de otros miembros del equipo de enfermería.
- Comunicación con otros miembros del equipo de atención de sanitaria.
- Educación.
- Prestación de cuidados para conseguir los objetivos del paciente.



REGISTRO

La enfermera debe anotar en la historia del paciente tanto la ejecución de la actividad como la respuesta a éste, prestando especial atención a cualquier dato anormal o inesperado. También en este caso es conveniente recordar y aplicar las normas para las anotaciones enfermeras en los registros clínicos. Refuerzo de las cualidades.



ETAPA 5: EVALUACIÓN



EVALUACIÓN

Es la última etapa del proceso y se define como la comparación planificada y sistematizada entre el estado de salud del paciente y los resultados esperados. Evaluar, es emitir un juicio sobre un objeto, acción, trabajo, situación o persona, comparándolo con uno o varios indicadores.

En este contexto, la evaluación es una actividad planificada, continuada y dotada de objetivos, en la cual los pacientes y los profesionales de enfermería determinan:

- a) la evolución del paciente en relación con la consecución de los objetivos/resultados



b) la eficacia del plan de cuidados de enfermería. La evaluación es un aspecto importante del proceso de enfermería, ya que las conclusiones extraídas de la misma determinan si es preciso suspender, continuar o modificar las intervenciones de enfermería.

La evaluación continúa hasta que el paciente logra los objetivos de salud o se le da el alta de los cuidados de enfermería. La evaluación del alta incluye el estado de la consecución de los objetivos y las capacidades de autocuidado del paciente en relación con los cuidados de seguimiento.



CONCLUSIÓN


La profesión de enfermería, congruente con las demandas de la sociedad moderna, evolucionó su actuar al incorporar el Proceso de Cuidados de Enfermería, también denominada Proceso de Atención de Enfermería, como una metodología basada en el método científico con la finalidad de sistematizar, estandarizar y fundamentar su actividad.

Por todo ello es necesario implementar y actualizar estos procesos al padecimiento de nuestros pacientes para con ello lograr realizar cuidados de manera profesional y de calidad, de modo que garantice la mejoría de los usuarios.

“La enfermería es un arte en continua evolución en el que permanecer inmóvil es retroceder”

Florence Nightingale

ANEXO: Formato para la valoración conforme a los dominios de la NANDA

	Hospital General María Ignacia Gandulfo Subdirección de Enfermería Hoja de Valoración de Enfermería		
Valoración inicial: <input type="checkbox"/>	Valoración subsecuente: <input type="checkbox"/>	Fecha: 10/10/14	Elaboro: EPSS J. Darinel Santiago Vázquez
Dominio I. Promoción de la Salud			
Educativa: _____ Estado Civil: _____ Vive con: Familia <input type="checkbox"/> Solo <input type="checkbox"/>			
Vivienda: Propia <input type="checkbox"/> Rentada <input type="checkbox"/> Prestada <input type="checkbox"/> Tipo de vivienda: Adobe <input type="checkbox"/> Cartón <input type="checkbox"/> Ladrillo <input type="checkbox"/> Lámina <input type="checkbox"/>			
Servicios con los que cuenta: Agua <input type="checkbox"/> Luz <input type="checkbox"/> Drenaje <input type="checkbox"/>			
Fauna: Perro <input type="checkbox"/> Gato <input type="checkbox"/> Pájaros <input type="checkbox"/> Peces <input type="checkbox"/> Tortugas <input type="checkbox"/> Otros <input type="checkbox"/> ¿Cuál? _____			
Hábitos higiénicos: Baño <input type="checkbox"/> Cambio de ropa <input type="checkbox"/> Cepillado de dientes <input type="checkbox"/>			
Hábitos tóxicos: Tabaco <input type="checkbox"/> Alcohol <input type="checkbox"/> Otras drogas <input type="checkbox"/> Actividad física: Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Frecuencia: _____			
Inmunizaciones completas: Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Faltantes: _____			
Hospitalizaciones previas: _____ Cuenta con tx. Farmacológico: Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Se apega al tx: Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>			
Dominio II. Nutrición			
Peso: _____ Kg. Talla: _____ cm. IMC: _____ Circunferencia abdominal: _____			
Dieta habitual: Carne <input type="checkbox"/> Verduras <input type="checkbox"/> Frutas <input type="checkbox"/> Cereales <input type="checkbox"/> Lácteos <input type="checkbox"/>			
Cantidad de: sal _____ Azúcar _____ Tortillas _____ Pan _____			
Bebida preferida: Refresco <input type="checkbox"/> Café <input type="checkbox"/> Agua <input type="checkbox"/> Otro <input type="checkbox"/> ¿Cuál? _____			
Ingesta de líquidos por 24 hrs: < 1 litro <input type="checkbox"/> 1 - 2 litros <input type="checkbox"/> > 2 litros <input type="checkbox"/>			
Estado de la cavidad oral: Sin caries <input type="checkbox"/> Con caries <input type="checkbox"/> Prótesis dental: Fija <input type="checkbox"/> Móvil <input type="checkbox"/> Total <input type="checkbox"/> Parcial <input type="checkbox"/>			
Adesio: Total <input type="checkbox"/> Parcial <input type="checkbox"/> Mucosas orales: Hidratadas <input type="checkbox"/> Semihidratadas <input type="checkbox"/> Deshidratadas <input type="checkbox"/>			
Alteraciones: Masticación <input type="checkbox"/> Deglución <input type="checkbox"/> Intolerancia <input type="checkbox"/> Náuseas <input type="checkbox"/> Vómito <input type="checkbox"/>			
Sonda de alimentación: Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Alteraciones en el peso: Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>			
Dominio III. Eliminación/Intercambio			
Patrónurinario			
Frecuencia: _____ veces al día. Características normales: Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>			
Anuria <input type="checkbox"/> Oliguria <input type="checkbox"/> Poliuria <input type="checkbox"/> Disuria <input type="checkbox"/> Nicturia <input type="checkbox"/> Tenesmo <input type="checkbox"/> Incontinencia <input type="checkbox"/>			
Color: Normal <input type="checkbox"/> Hematúrica <input type="checkbox"/> Colúrico <input type="checkbox"/> otro _____ Diuréticos: Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>			
Suplencia Parcial: Acompañamiento al sanitario <input type="checkbox"/> Proporciona cómodo/orinal <input type="checkbox"/> Pañal <input type="checkbox"/>			
Suplencia total: Sonda vesical <input type="checkbox"/> Diálisis peritoneal <input type="checkbox"/> Hemodiálisis <input type="checkbox"/>			
Patrónintestinal			
Frecuencia: _____ veces al día. Características normales: Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Estreñimiento <input type="checkbox"/> Diarrea <input type="checkbox"/> Incontinencia <input type="checkbox"/>			
Características: Acolia <input type="checkbox"/> Melena <input type="checkbox"/> Mucoso <input type="checkbox"/> Pastoso <input type="checkbox"/> Líquido <input type="checkbox"/> Fétido <input type="checkbox"/>			
Suplencia Parcial: Acompañamiento al sanitario <input type="checkbox"/> Proporciona cómodo <input type="checkbox"/> Pañal <input type="checkbox"/>			
Suplencia total: Ostomía <input type="checkbox"/>			
Patróntermico			
Temperatura: _____ Normotérmico <input type="checkbox"/> Hipotermia <input type="checkbox"/> Hipertermia <input type="checkbox"/> Diaforesis: Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>			
Dominio IV. Actividad/Reposo			
Reposo/sueño			
Duerme bien: Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> En caso negativo, ¿Por qué? _____ #de horas: _____			
Requiere de medicación: Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Tipo de medicación: _____			
Duerme durante el día: Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>			
Actividad/ejercicio			
Deambulación: NO Independiente <input type="checkbox"/> Silla de ruedas <input type="checkbox"/> Muletas <input type="checkbox"/> Andadera <input type="checkbox"/> Bactón <input type="checkbox"/>			
Movilización en cama: Se mueve solo <input type="checkbox"/> Inmóvil <input type="checkbox"/>			
Realiza alguna actividad en su tiempo libre: Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> ¿Cuál? _____			
Su estado de salud ha modificado su forma de divertirse: Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>			

Cardíovascular/respiratorias

FC: _____ latidos x min. Presión arterial: _____ Pulso: N: normal D: débil P: paradójico A: ausente

Carotídeo	N	D	P	A	Humeral	N	D	P	A	Radial	N	D	P	A
Popliteo	N	D	P	A	Femio	N	D	P	A	Femoral	N	D	P	A

Llenado capilar: extremidades: sup. _____ inf. _____ Ingurgitación yugular: Si No

Hepatomegalia: Si No Edema: Si No Ubicación: _____

Dolor Precardial: 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

Marcapaso: Si No Temporal Definitivo Frecuencia _____ Amperaje _____

FR: _____ respiraciones x min. Dificultad para respirar: Apnea Disnea esfuerzo Reposo

Secreciones bronquiales: Si No características: _____

Dificultad para la expectoración: Si No Espasmo

Ruidos respiratorios:

Normales: _____ Broncovascular. Localización: _____

Anormales: Estertores Sibilancias Raca pleural Localización: _____

Suplemento de oxígeno: _____ x min. B.O.: _____ Puntos nasales Mascarilla Mascarilla/reservorio Nebulizador

Ventilación mecánica: No Invasiva No invasiva

* Cánula _____ Modalidad _____ Vol. Cor. FfO₂ _____ Flujo _____ Presión soporte _____ PEEP _____ Sensibilidad _____

Gasometría: Arterial Venosa Hora: _____ PO: _____ PCO: _____ pH _____ HCO₃: _____

Color de piel y mucosas: Palidez Cianosis central Cianosis periférica

Control radiológico: Congestión pulmonar Infiltrados Foco neumónico Derrama Atelectasia

Localización: _____

Autorcuidado

Requiere de apoyo para vestirse: Si No Requiere de apoyo para bañarse: Si No

Requiere de apoyo para comer: Si No Requiere de apoyo para ir al baño: Si No

Dominio V. Percepción/cognición

Estado de consciencia: Consciente Desorientada Letárgica Comatozo Inconsciente

Sedación: Si No Óxigeno: _____ ppa. Succión: _____ ppa.

Su comunicación es: Clara Confusa Afónica Incapaz Se expresa en otra lengua: Si No ¿Cuál? _____

Manifiesta: Emociones y sentimientos Problemas sociales y/o económicos

Cuenta con alguna discapacidad: Si No En caso afirmativo, ¿Cuál? _____

Conoce el motivo de su ingreso: Si No Conoce su padecimiento: Si No Conoce su tratamiento: Si No

Tiene inquietudes sobre su salud: Si No ¿Cuáles? _____

Dominio VI. Autopercepción

Estado de ánimo: _____ Nivel de autoestima: Baja Media Alta

Como se siente en el ambiente hospitalario: COMFORTABLE POR LA ATENCIÓN BRINDADA POR PARTE DEL EQUIPO DE SALUD

Cuál es la opinión que tiene de usted en este momento: RECUPERARSE PARA

Dominio VII. Rol/relaciones

Rol familiar que desempeña: _____ Dinámica Familiar: _____

Persona que lo acompaña durante la hospitalización: _____

Dominio VIII. Sexualidad

Menarca: _____ FUM: _____ Menopausia: _____ Ciclos: _____ # de parejas: _____

IVSA: Si No ¿Cuál? _____ Dismenorea: Si No

Método de planificación familiar: Si No ¿Cuál? _____

Embarazos: _____ Partos: _____ Cesáreas: _____ Aborto: _____

Vida sexual activa: Si No # de parejas: _____ IVSA: Si No ¿Cuál? _____

Método de planificación familiar: Si No ¿Cuál? _____

Andropausia: Si No Problemas sexuales: Si No ¿Cuál? _____

Dominio IX. Afrontamiento/tolerancia al estrés

Actitud ante el ingreso: Colaborador Confiado Reticente Agresivo Negativo Ansioso

Presencia de: Irritabilidad Tics Nerviosismo Llanto Palidez Diaforesis

Dominio X. Principios vitales

Práctica alguna religión: Si No ¿Cuál? _____

Asiste a actividades religiosas: Si No Frecuencia: _____

Sus creencias: Le ayudan No le ayudan No interfieren

Solicita apoyo religioso: Si No De que tipo: _____

Dominio XI. Seguridad/protección

Coloración de la piel: Pálida Rubicunda Marmórea Ictérica Equimosis Hematoma

Estado de la piel: Hidratada Deshidratada Integro Con lesión Petequias

Tipo de lesión:

Quirúrgica Úlcera x presión Úlcera venosa Úlcera diabética Otra

En cicatrización 1 2 3 4 1 2 3 4 1 2 3 4 ¿Cuál? _____

Infectado En cicatrización En cicatrización En cicatrización En cicatrización

Delicente Infectado Infectado Infectado Infectado

Localización: en miembros inferiores _____

Escala Braden: _____ ppa. Escala Newman: _____ ppa.

Invasivos:

Catéter periférico Fecha de instalación: _____ Ubicación: _____

Catéter largo Fecha de instalación: _____ Ubicación: _____

Catéter central Fecha de instalación: _____ Ubicación: _____

Sonda Foley Fecha de instalación: _____ Ubicación: _____

Drenaje Pleural Fecha de instalación: _____ Ubicación: _____

Otro: _____ Fecha de instalación: _____ Ubicación: _____

Dominio XII. Confort

Presencia de dolor: Si No Agudo Crónico

Localización: _____ Intensidad 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

Dominio XIII. Crecimiento/ desarrollo

Edad: 79 AÑOS Talla: 1.55 Peso: 75 KG IMC: 31.2

Desnutrición

Peso bajo

Sobrepeso

Obesidad

Obesidad Mórbida

Trastorno Alimenticio

¿Cuál? _____

Dificultad para realizar actividades:

Motora Sociales Expresivas

BMC < 16	Desnutrición
BMC = 17 - 20	Peso bajo
BMC = 21 - 25	Peso Normal
BMC = 26 - 30	Sobrepeso
BMC = 31 - 35	Obesidad
BMC > 35	Obesidad mórbida

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

MCloskey D; J. Buleck G. M., *Clasificación de las Intervenciones de Enfermería (NIC)*. (5° edición).
Moorhead S.; Johnson M. & Mass M. *Clasificación de los Resultados de enfermería (NOC)*. 4° edición.

NANDA. *Diagnósticos enfermeros, Definiciones y clasificaciones 2009-2011*. Editorial Elsevier, Madrid: España.

Comisión Permanente de Enfermería. (2011). *El Lineamiento General para la Elaboración de Planes de Cuidados de Enfermería*. México (D.F.). SSA.

¿Qué es Proceso Enfermero? Lo usamos a veces sin darnos cuenta. La ciencia enfermera detrás de un cómodo y otros ejemplos. Recuperado de: <http://enfermerosdecorazon.blogspot.mx/2015/07/que-es-proceso-enfermero-lo-usamos.html>

METODO ENFERMERO NNN EN 6 PASOS (SINTETIZADOS PARA LAS 5 ETAPAS DEL PROCESO). Recuperado de: <http://enfermerosdecorazon.blogspot.mx/2015/07/que-es-proceso-enfermero-lo-usamos.html>

GRACIAS

