

Nombre del alumno: Alondra Janeth Pérez gutierrez

Nombre del tema: PAE

Nombre de la materia: computación

Nombre del maestro: Evelio calles Pérez

Licenciatura: enfermería

Cuatrimestre: 1er

Pichucalco Chiapas a 12 de noviembre

**PROCESOS DE ATENCION DE ENFERMERIA.**



Contenido

1 [EL PROCESO DE ATENCION DE ENFERMERIA EN URGENCIAS EXTRAHOSPITALARIAS. 5](#_Toc150601970)

[VALORACIÓN 5](#_Toc150601971)

[DIAGNÓSTICO 6](#_Toc150601972)

[PLANIFICACIÓN 6](#_Toc150601973)

[EJECUCIÓN 6](#_Toc150601974)

[EVALUACIÓN 6](#_Toc150601975)

2[OBJETIVOS 7](#_Toc150601976)

[**METODOS:** 7](#_Toc150601977)

[**RESULTADOS** 7](#_Toc150601978)

[**CONCLUSIONES DE LOS RESULTADOS** 8](#_Toc150601979)

[**JUSTIFICACIÓN DEL PAE HOSPITALARIA** 9](#_Toc150601981)

[**ETAPAS QUE CONSTITUYEN EL PAE** 9](#_Toc150601982)

3[PROCESO DE ATENCIÓN DE ENFERMERÍA 9](#_Toc150601983)

[**MODELO DE VIRGINIA HENDERSON** 10](#_Toc150601984)

[**PRIMERA ETAPA** 10](#_Toc150601985)

[**OBJETIVOS DE LA VALORACIÓN DE ENFERMERÍA** 10](#_Toc150601986)

[**FASES DE LA VALORACIÓN DE ENFERMERÍA** 10](#_Toc150601987)

3.1.1[- Oxigenación 11](#_Toc150601988)

3.2.2[- Necesidad de comer y beber adecuadamente: 11](#_Toc150601989)

3.3.3[- Necesidad de eliminar por todas las vías corporales 11](#_Toc150601990)

3.4.4[- Necesidad de moverse y mantener posturas adecuadas. Movimiento/Postura: 11](#_Toc150601991)

3.5.5[- Necesidad de dormir y descansar. Reposo y Sueño: 12](#_Toc150601992)

4[**Segunda etapa: Diagnóstico de enfermería:** 12](#_Toc150601993)

[Tercera etapa: Planificación de los cuidados de enfermería: 13](#_Toc150601994)

[**Cuarta etapa: Ejecución: La fase de ejecución:** 13](#_Toc150601995)

[**Quinta etapa: Evaluación:** 15](#_Toc150601996)

[**Métodos para obtener datos:** 15](#_Toc150601997)

[**La observación:** 17](#_Toc150601998)

5[La exploración física 17](#_Toc150601999)

[**\* VALIDACIÓN DE DATOS** 18](#_Toc150602000)

[**ORGANIZACIÓN DE LOS DATOS :** 18](#_Toc150602001)

[**DOCUMENTACION Y REGISTRO DE LA VALORACIÓN** 19](#_Toc150602002)

[**FASE DE DIAGNÓSTICO:** 19](#_Toc150602003)

[**Identificación de problemas:** 20](#_Toc150602004)

6[Tipos de diagnósticos: 21](#_Toc150602005)

[Podemos añadir un quinto tipo: 22](#_Toc150602006)

[**PLANIFICACIÓN DE LOS CUIDADOS DE ENFERMERÍA:** 23](#_Toc150602007)

## EL PROCESO DE ATENCION DE ENFERMERIA EN URGENCIAS EXTRAHOSPITALARIAS.

 **• ANTECEDENTES E INTRODUCCIÓN**

El proceso de atención de enfermería (PAE), es la aplicación del método científico en la práctica asistencial enfermera, lo que nos permite prestar cuidados de una forma racional, lógica y sistemática, lo que resulta de vital importancia cuando se trabaja en el ámbito de las urgencias. Como antecedentes históricos, reseñar que el PAE tiene sus orígenes, cuando fue considerado un proceso en 1955, gracias a Hall, a la que posteriormente se unieron otras teóricas como Jhonson en 1959, Orlando en 1961 y Wiedenbach en 1963. Consistía en un proceso de tres etapas: valoración, planeación y ejecución. yura y Walsh en 1967, establecieron cuatro etapas: valoración, planificación, realización y evaluación. La etapa diagnóstica fue incluida entre 1974 y 1976 por Bloch, Roy y Aspinall, quedando desde entonces el PAE como actualmente conocemos:

 VALORACIÓN, DIAGNÓSTICO, PLANIFICACIÓN, EJECUCIÓN y EVALUACIÓN. Como todo método, el PAE, configura un número de pasos sucesivos que se relacionan entre sí, y aunque se estudien por separado todas las etapas se superponen. En cuanto a los objetivos del PAE, el principal se centra, en constituir una estructura que pueda cubrir, de forma individualizada, las necesidades del paciente, familia y comunidad. Y si comentamos las ventajas, estas, tienen repercusiones sobre la profesión, considerando a la enfermería como una disciplina con carácter científico que se centra en la respuesta humana del individuo; sobre el paciente, que participa en su propio cuidado y este se le presta de forma continua y con calidad en la atención de forma individualizada, y sobre la enfermera, aumentando su satisfacción y su crecimiento profesional ante la consecución de objetivos, hace que se convierta en experta, le impide omisiones o repeticiones innecesarias optimizando el tiempo, además de poder realizar una valoración continua del paciente, gracias a la etapa de evaluación, que permite la retroalimentación del proceso. \*\* Características del proceso: - Tiene una finalidad, se dirige a un objetivo. - Es sistemático. - Es dinámico e interactivo. - Es flexible. - Tiene una base teórica y se puede aplicar a cualquier modelo de enfermería. \*\* Etapas del proceso.

## VALORACIÓN

 Es el proceso organizado y sistemático de recogida y recopilación de datos sobre el estado de salud del paciente. Se puede hacer basándonos en distintos criterios, siguiendo un orden "cabeza a pies"

##  DIAGNÓSTICO

 2ª Etapa del proceso, es el enunciado del problema real o potencial del paciente, que requiera de la intervención enfermera para disminuirlo o resolverlo. Ejemplos de diagnósticos en urgencias incluidos en la NANDA: dolor agudo, deterioro de la integridad cutánea, mantenimiento inefectivo de la salud, deterioro de la movilidad física,etc. En esta fase, identificamos los problemas y los formulamos, tanto los diagnósticos de enfermería como los problemas interdependientes. En r elación a los diferentes tipos de diagnósticos encontramos: - D. Real: consta de tres partes, formato PES: problema (P)+etiología (E)+ signos/síntomas (S). - D. Alto riesgo: es un juicio clínico que consta de dos fases, formato PE: problema etiología. - Posible: describen un problema sospechado para el que se necesitan datos adicionales, consta del formato PE. - De bienestar: que describen un nivel específico de bienestar hacia un nivel más elevado que pretende alcanzar el paciente.

## PLANIFICACIÓN

 es la organización del plan de cuidados, se deben establecer unas prioridades, plantear unos objetivos según la taxonomía NOC, elaborar las intervenciones y actividades de enfermería según la t taxonomía NIC, y proceder a su documentación y registro. Los registros documentales de todo plan de cuidados son: diagnósticos de enfermería y problemas interdependientes, unos criterios de resultados, las actividades enfermeras y un informe de evolución.

##  EJECUCIÓN

 Es llevar a la práctica el plan de cuidados. Se realizarán t odas las intervenciones enfermeras dirigidas a la resolución de problemas y las necesidades asistenciales de cada persona tratada.

## EVALUACIÓN

 Última fase del proceso. Los dos criterios más importantes que valora la enfermería son: la eficacia y efectividad. Una característica de esta etapa es continua, pueden resolverse los diagnósticos establecidos o bien surgir otros nuevos, se tendrán que ir introduciendo modificaciones en el plan de cuidados para que la atención resulte más efectiva

# OBJETIVOS

 - Mejorar la calidad asistencial enfermera en los puntos de atención continuada, mediante una correcta elaboraron del PAE y concienciación del personal de enfermería para realizar un adecuado PAE en urgencias. - Cada enfermera conocerá las cinco etapas del PAE y la forma de aplicarlo sistemáticamente.

 **METODOS:**

 Estudio descriptivo con técnicas cuantitativas, donde hemos obtenido la información a través de la explotación de datos de la historia clínica informatizada durante el ultimo trimestre del 2009.

 **RESULTADOS**

 13793 Total de pacientes que acuden al servicio de Atención Continuada en el CEDT de Azuqueca de Henares en el ultimo trimestre año 2009. - De 0 a 14 años de edad suponen el 26,32% del total de los pacientes atendidos y solo el 6,25 % tiene correctamente realizado y registrado el PAE. - De 0 a 14 años de edad, el 93,75% no tiene realizado ni registrado el PAE o lo tiene de forma incompleta. - De 15 a 64 años de edad suponen el 49,36% del total de los pacientes atendidos y el 39,65% tienen correctamente realizado y registrado el PAE. - De 15 a 64 años de edad, el 60,35% no tienen realizado ni registrado el PAE o lo tienen de forma incompleta.

 - Mayores de 65 años de edad suponen el 24,32% del total de los pacientes atendidos y el 42,15% tienen correctamente realizado y registrado el PAE. - Mayores de 65 años de edad, el 57,85% no tienen realizado ni registrado el PAE o lo tienen de forma incompleta. - Si tenemos en cuenta la edad de la enfermera, dividiéndolas en 2 grupos de edad, entre 21-39 años y 40-55 años, encontramos que existen diferencias cuando se realiza y registra el proceso de atención enfermero. Basándonos en los porcentajes de PAE´s bien realizados observamos: 9 Las enfermeras entre 40 y 55 años, realizan un número determinado de PAE´s dependiendo del grupo de edad. Entre 0-14 años son 21 los PAE bien realizados y registrados.

Entre 15-64 años, son 270 los PAE bien realizados y registrados y entre los mayores de 65 años, son 141 los PAE bien realizados y registrados. 9 Las enfermeras entre 21 y 39 años, realizan un número determinado de PAE´s dependiendo del grupo de edad. Entre 0-14 años son 189 los PAE bien realizados

y registrados. Entre 15-64 años, son 2429 los PAE bien realizados y registrados y entre los mayores de 65 años, son 1273 los PAE bien realizados y registrados - El CEDT de Azuqueca de Henares cuenta con un sistema realizado por el personal de enfermería, lo que supone que el 100% de los pacientes que acuden al punto de Atención Continuada, deben tener realizada una primera valoración de enfermería con el PAE correspondiente, aunque este sea ampliado posteriormente en caso de necesidad.

## **CONCLUSIONES DE LOS RESULTADOS**

##  Un adecuado Proceso de Atención de Enfermería supone mayor calidad de cuidados para el paciente y satisfacción para el mismo. Además de las ventajas que supone para la disciplina enfermera. - Enfermería debe concienciarse que el PAE es una herramienta útil en el trabajo diario. - Se ha observado que el grupo de edad que cuenta con mayor número de PAE´s realizados correctamente es el de mayores de 65 años. Ya que generalmente necesitan mas cuidados enfermeros que otros rangos de edad. Aun así, hablamos de un porcentaje bajo, ya que no llega ni siquiera al 50% del total de los pacientes atendidos.

 Este porcentaje disminuye aun mas en el grupo de 15 a 65 años de edad, incrementándose en la edad pediátrica, ya que a esta edad la demanda de cuidados enfermeros disminuye en la Atención Continuada.

**GRAFICA DE PASTEL 1 OBSERVACION DE PORCENTAJES**

Se ha observado también, que el número total de PAE´s realizados correctamente, está directamente relacionado con la edad de la enfermera que atiende en el trabajo, de manera que en el grupo de edad entre 40 y 55 años, solo el 10% de los PAE´s están bien realizados. A continuación, se exponen unas gráficas donde quedan

representados el número de PAE´s que realiza el personal de enfermería entre 21 y 39 años, y las enfermeras de 40 a 55 años (edad en la que quedan exentas de la realización de guardias en atención continuada). - Dependiendo de la patología que presentaban los pacientes que acudieron al CEDT, estaba directamente relacionado con la correcta realización del PAE, observándose que los diagnósticos enfermeros mas frecuentes fueron: Dolor Agudo; Limpieza Ineficaz de las Vías Aéreas; Deterioro de la Integridad Cutánea y Riesgo de Desequilibrio de Volumen de Líquidos.

**JUSTIFICACIÓN DEL PAE HOSPITALARIA**

 La enfermería, como cualquier disciplina profesional necesita utilizar una forma de proceder para llevar a cabo el servicio que presta a sus usuarios, y que se caracteriza por dar respuesta a una serie de situaciones de salud que pueden ser problemáticas para las personas. Esta forma de proceder, encaminada a solucionar o minimizar los posibles problemas de la vida cotidiana relacionada con la salud, no es otra que una actuación ordenada y sistemática, en todas las acciones que lleva a cabo, esto es la aplicación del método de resolución de problemas ante las posibles situaciones que puedan presentarse, sobre todo de los que precisen que se cumplan ciertas condiciones de dificultad y/o complejidad. En enfermería, en mayor o menor medida, está establecido, que para llevar a cabo aquellas funciones que nos son propias, es necesario ordenar y estructurar las actividades que hacen posible el análisis y solución de las situaciones en las que intervenimos, lo cual es posible mediante la aplicación del método científico, denominado Proceso de Atención de Enfermería (PAE). El PAE constituye una herramienta para organizar el trabajo de Enfermería, lo que implica una determinada manera de proceder que nos es propia, está constituido por una serie de pasos o Etapas, íntimamente interrelacionadas, y aunque los textos estudien y analicen por separado, en la práctica deben ir entrelazadas.

**ETAPAS QUE CONSTITUYEN EL PAE**

Valoración, Diagnostico, Planificación, Ejecución y Evaluación. La Valoración constituye la base de las siguientes, pudiendo ser considerada como la piedra angular del PAE. Permite reunir la información necesaria que permitirá formular el problema (Diagnostico), y a partir de éste proponer (Planificar) y llevar a cabo las intervenciones encaminadas a un logro (Objetivo), y luego proceder a la Evaluación. El Proceso de Atención de Enfermería es por tanto la aplicación de la resolución científica de problemas a los cuidados de Enfermería.2

PROCESO DE ATENCIÓN DE ENFERMERÍA

 Es el método que guía el trabajo profesional, científico, sistemático y humanista de la práctica de enfermería, centrado en evaluar en forma simultánea los avances y cambios en la mejora de un estado de bienestar de la persona, familia y/o grupo a partir de los cuidados otorgados por la enfermera. Es el camino que asegura la atención de alta calidad para la persona que necesita los cuidados de salud que le permitan alcanzar la recuperación, mantenimiento y progreso de salud. Las teorías o modelos de enfermería están basadas en cuatro aspectos o elementos fundamentales: Persona, Salud, Entorno y Cuidado (Rol Profesional o de Enfermería).

 **MODELO DE VIRGINIA HENDERSON**

Expone de manera clara, el rol autónomo de la enfermera y la especificidad de su servicio. Se adapta muy bien a la realidad sanitaria de nuestro país, ya que a la función propia de la enfermera (autónoma), contempla la interdependencia de ésta con respecto a otras profesiones (de colaboración), considerando que el ejercicio profesional de Enfermería, como un servicio único y separado del resto de los profesionales de la salud, no tiene ningún sentido.

**PRIMERA ETAPA**

 La Valoración de la enfermería es un proceso planificado, sistemático, continuo y deliberado de recogida e interpretación de información que permite determinar la situación de salud que están viviendo las personas y la respuesta a esta. Llevar a cabo el proceso de valoración conlleva, desde el inicio la toma de decisiones importantes: qué información es relevante, qué áreas son de su competencia, cual debe ser el enfoque de nuestra intervención, decisiones que, sin duda, son influidas por los conocimientos, las habilidades, las conceptualizaciones, las creencias y valores, de quién lleve a cabo tal valoración. La valoración no sólo debe estar orientada a la determinación de la situación de salud, problemática o no, que estén viviendo las personas, sino a su respuesta, a modo de responder, actuar, comportarse, ante este Proceso de Atención de Enfermería.

**OBJETIVOS DE LA VALORACIÓN DE ENFERMERÍA**

El propósito de la valoración de la enfermera es “captar lo más acertadamente posible la naturaleza de la respuesta humana a la situación de salud que están viviendo las personas objeto de nuestra intervención”. Rellenar instrumentos u hojas de valoración de enfermería, por muy completos que estos sean, no es realmente valorar si la enfermera que los cumplimenta, además de poseer los conocimientos y las habilidades precisas para ello, está concienciada de la necesidad y validez de la acción que está realizando. La valoración de enfermería es un acto responsable y revestido de una enorme importancia y de la que dependerá el éxito de nuestro trabajo, cuyo propósito es conseguir el bienestar de las personas objetos y sujetos de nuestra intervención.

**FASES DE LA VALORACIÓN DE ENFERMERÍA**

La valoración está constituida por una serie de pasos o etapas sucesivas e íntimamente interrelacionadas y que son: Recogida de información: Ejemplo: Pedro L.C es un paciente de 60 años que acude, el 09/01/2001, 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 Atención de Enfermería (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 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: Necesidad de respirar normalmente: Proceso de Atención de Enfermería (PAE) 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.

 - 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.

 - 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”.

 - 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.”

 - 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.

**Segunda etapa: Diagnóstico de enfermería:**

Es 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 Diagnóstico enfermero proporciona la base para elegir las intervenciones enfermeras para conseguir los resultados de los que el profesional enfermero es responsable.

El 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. La dimensión dependiente de la práctica de la enfermera incluye aquellos problemas que son responsabilidad directa del médico que es quien designa las intervenciones que deben realizar las enfermeras. La responsabilidad de la enfermera es administrar el tratamiento médico prescrito.

 La dimensión interdependiente de la enfermera, se refiere a aquellos problemas o situaciones en cuya prescripción y tratamiento colaboran las enfermeras y otros profesionales de la salud. Estos problemas se describirán como problemas colaborativos o interdependientes, y son complicaciones fisiológicas que las enfermeras controlan para detectar su inicio o su evolución y colaboran con los otros profesionales para un tratamiento conjunto definitivo. Dimensión independiente de la enfermera, es toda aquella acción que es reconocida legalmente como responsabilidad de Enfermería, y que no requiere la supervisión o dirección de otros profesionales. Son los Diagnósticos de Enfermería. (D.E.) Elementos de un Diagnóstico real según NANDA: Etiqueta: Proporciona un nombre al diagnóstico.

El termino real no forma parte del enunciado o etiqueta. Definición del diagnóstico: Proporciona una descripción clara y precisa, delinea su significado y ayuda a diferenciarlos de diagnósticos similares. Características definitorias: Las características que lo definen hacen Proceso de Atención de Enfermería (PAE), referencia a los datos clínicos (signos y síntomas). Factores relacionados: Factores que parecen mostrar algún tipo de patrón relacionado con el diagnostico enfermero (causales o asociados). Formulación del Diagnóstico de Enfermería Formato PES. P expresa el problema o respuesta que presenta la persona (relacionado con) E etiología o factor relacionado (manifestado por) S signos y síntomas o manifestaciones del problema o respuesta. Ejemplo P Autoestima baja, relacionado con (r/c) E Separación del esposo, manifestado por (m/p) S tristeza y culpa (signo y síntoma) Ejemplo: P “Intolerancia a la actividad” relacionada con E “debilidad generalizada” manifestada por S “malestar y disnea de esfuerzo” Etiquetas Diagnósticas de la NANDA según las Necesidades Humanas Básicas 1. RESPIRACIÓN: 1.4.2.1 Gasto cardiaco, disminución del 1.5.1.1 Intercambio gaseoso, deterioro del 1.5.1.2 Vías aéreas.

Tercera etapa: Planificación de los cuidados de enfermería:

Una vez concluida la valoración e identificadas las complicaciones potenciales (problemas interdependientes) y los diagnósticos enfermeros, se procede a la fase de planeación de los cuidados o tratamiento enfermero. En esta fase se trata de establecer y llevar a cabo los cuidados de enfermería, que conduzcan al usuario a prevenir, reducir o eliminar los problemas detectados. Etapas. Establecer prioridades en los cuidados, Planteamiento de los objetivos del usuario con resultados esperados, Elaboración de las actuaciones de enfermería y Documentación y registro.

Ejemplos: 1. Patrón respiratorio ineficaz r/c alteración de la función respiratoria m/p tos persistente. Objetivo: Mejorar patrón respiratorio. Actividades: Aumentar la hidratación para favorecer la expectoración, aconsejar que evite los ambientes contaminados y sin ventilación, enseñar como toser, explicarle técnicas y ejercicios de expectoración. 2. Alteración de la nutrición por exceso r/c ingesta excesiva de alimentos m/p un IMC (39) superior a lo que corresponde a su talla (165 cms). Objetivo: Lograr que asuma una alimentación saludable y practica de actividades físicas.

Actividades: Orientar sobre la cantidad y tipo de alimentos que consume y las consecuencias de la ingestión excesiva, enseñar sobre los alimentos de bajo contenido calórico, y los que debe de eliminar de su dieta diaria. Proceso de Atención de Enfermería (PAE), enseñar técnicas de modificación de la conducta alimentaria, establecer conjuntamente objetivos para la pérdida de peso realista, planificar un programa de actividad física diaria. 3. Riesgo de la alteración de la Salud r/c T.A elevada. (180/120). Objetivo: Diagnosticar si el paciente tiene H.T.A. Actividades: Tomar la T.A. para hallar la media para poder diagnosticar la H.T.A.

**Cuarta etapa: Ejecución: La fase de ejecución:**

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, Dar los informes verbales de enfermería, Mantener el plan de cuidados actualizado, el profesional de enfermería tiene toda la responsabilidad en la ejecución del plan, pero incluye al paciente y a la familia, así como a 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, de las actividades que se llevan a cabo en esta fase cabe destacar 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. Ejemplo: 1.

Patrón respiratorio ineficaz r/c alteración de la función respiratoria m/p tos persistente. Objetivos: Mejorar patrón respiratorio Proceso de Atención de Enfermería (PAE). Actividades: Aumentar la hidratación para favorecer la expectoración, aconsejar que evite los ambientes contaminados y sin ventilación, enseñar como toser, explicarle técnicas y ejercicios de expectoración. Ejecución: Se le aconseja que tome mucha agua, se aconseja que evite los ambientes contaminados y sin ventilación, se enseña como toser y las técnicas para poder expectorar. 2. Alteración de la nutrición por exceso r/c ingesta excesiva de alimentos m/p un IMC (39) superior a lo que corresponde a su talla (165Cms). Objetivos: Lograr que asuma una alimentación saludable y practica de actividades físicas. Actividades: Orientar sobre la cantidad y tipo de alimentos que consume y las consecuencias de la ingestión excesiva, enseñar sobre los alimentos de bajo contenido calórico, y los que debe de eliminar de su dieta diaria, enseñar técnicas de modificación de la conducta alimentaria, explicar los beneficios de la pérdida de peso y mantener un peso ideal, planificar un programa de actividad física diaria. Ejecución:

Se orienta sobre la cantidad y tipo de alimentos que consume actualmente y las consecuencias de la ingestión excesiva, con tablas de alimentos se enseña sobre los alimentos de bajo contenido calórico, y los que debe de eliminar de su dieta diaria, se enseña técnicas de modificación de la conducta alimentaria, le explique la importancia que tenía el no picar entre horas, no comer hasta saciarse, no acostarse después de las comidas, se explica los beneficios de la pérdida de peso para poder mantener peso ideal, le entregue una dieta y le recalque lo Proceso de Atención de Enfermería (PAE) importante que era ajustarse a ella lo más que pueda, se planifica con él paciente un programa de actividad física diaria. \* Caminar una hora por las mañanas. \* Clases de aerobic tres veces por semana.

Riesgo de la alteración de la Salud r/c T.A elevada. (180/120). Objetivo: Diagnosticar si el paciente tiene H.T.A. Actividades: Tomar la T.A. para hallar la media, y así poder diagnosticar la HTA

**Quinta etapa: Evaluación:**

La evaluación 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 criterios. Los dos criterios más importantes que valora la enfermería, en este sentido, son: la eficacia y la efectividad de las actuaciones.

 Ejemplo: 1. Patrón respiratorio ineficaz r/c alteración de la función respiratoria m/p tos persistente. Objetivo: Mejorar patrón respiratorio Proceso de Atención de Enfermería (PAE). Evaluación: A los 12 días de iniciar el proceso con el usuario, él mismo manifiesta que ya no tiene tos, así se logró mejorar el patrón respiratorio. 2. Alteración de la nutrición por exceso r/c ingesta excesiva de alimentos m/p un IMC (39) superior a lo que corresponde a su talla (165 cms). Objetivos: Lograr que asuma una alimentación saludable y practica de actividades físicas. Evaluación: A lo largo del mes el usuario bajo tres kilos, afirma haber reducido la ingesta de alimentos ricos en calorías, camina una hora y media por las mañanas y acude dos veces por semana al gimnasio para la práctica de aerobic. Por tanto, se concluye que se logró que mantenga una alimentación saludable, y que realice la práctica de ejercicios físicos. 3. Riesgo de la alteración de la Salud r/c T.A elevada. (180/120). Objetivo: Diagnosticar si el paciente tiene H.T.A.

Actividades: Tomar la T.A. para hallar la media, y así poder diagnosticar la HTA Evaluación: Conseguí diagnosticar que el usuario es hipertenso, por lo que el objetivo está cumplido, esto permitirá poder establecer un nuevo plan de cuidados en el que se incluya un diagnóstico y unas actividades relacionadas con HTA Proceso de Atención de Enfermería (PAE).

**Métodos para obtener datos:**

 Entrevista Clínica: Es la técnica indispensable en la valoración , ya que gracias a ella obtenemos el mayor número de datos . Existen dos tipos de entrevista, ésta puede ser formal o informal. La entrevista formal consiste en una comunicación con un propósito específico, en la cual la enfermera realiza la historia del paciente. El aspecto informal de la entrevista es la conversación entre enfermera y paciente durante el curso de los cuidados. La entrevista es un proceso que tiene cuatro finalidades, éstas son

• Obtener información específica y necesaria para el diagnóstico enfermero y la planificación de los cuidados.

• Facilitar la relación enfermera/paciente.

• Permitir al paciente informarse y participar en la identificación de sus problemas Y en el planteamiento de sus objetivos Y también.

• Ayudar a la enfermera a determinar que otras áreas requieren un análisis específico a lo largo de la valoración. La entrevista consta de tres partes: Iniciación, cuerpo y cierre

 • Iniciación: 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.

 • 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 amplía a otras áreas como historial médico, información sobre la familia y datos sobre cuestiones culturales o religiosas. Existen formatos estructurados o semiestructurados para la recogida 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. La entrevista clínica tiene que ser comprendida desde dos ámbitos:

• Un ámbito interpersonal en el que dos o más individuos se ponen en contacto y se comunican;

 • Otro ámbito de la entrevista es el de una habilidad técnica. La entrevista puede verse interrumpida por los ruidos, entendiendo por esto no solamente los ruidos audibles sino también, la imagen global que ofrece el centro sanitario.

Éstas pueden ser controladas por el entrevistador en la mayoría de los casos. Tres tipos de interferencias: o Interferencia cognitiva: Consisten en que el problema del paciente no es percibido o comprendido por el entrevistador. o Interferencia emocional Es frecuente, consiste en una reacción emocional adversa del paciente o del entrevistador. Los estados emocionales extremos como ansiedad, depresión, miedo a una enfermedad grave o a lo desconocido, dolor o malestar. Por parte del profesional, agresividad, excesiva valoración de sí mismos, excesiva proyección sobre los pacientes e incluso des responsabilización de las obligaciones, Borrell (1986), o Interferencia social: En este caso las diferencias sociales conllevan en el profesional una menor conexión emocional a una menor implicación, y a prestar menor información al paciente. Las técnicas verbales son: o El interrogatorio permite obtener información, aclarar respuestas y verificar datos. o 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. o Las frases adicionales, estimula la continuidad del proceso verbal de la entrevista. o 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.

 **La observación:**

En el momento del primer encuentro con el paciente, la enfermera comienza la fase de recolección de datos por la observación, que continua a través de la relación enfermera-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.

# 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 centra en: determinar en Profundidad la respuesta de la persona al proceso de ]a enfermedad, obtener una base de datos para poder 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 nos ayudarán 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 sonidos que podemos diferenciar son: Sordos, aparecen cuando se percuten músculos o huesos. Mates: aparecen sobre el hígado y el bazo. Hipersonoros: 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 y determinamos características sonoras de pulmón, corazón e intestino. También se pueden escuchar ciertos ruidos aplicando solo la oreja sobre la zona a explorar.

Una vez descritas las técnicas de exploración física pasemos a ver las diferentes formas de abordar un examen físico: Desde la cabeza a los pies, por sistemas/aparatos corporales y por patrones funcionales de salud :

• Desde la cabeza a los pies: Este enfoque comienza por la cabeza y termina de forma sistemática Y simétrica hacia abajo, a lo largo del cuerpo hasta llegar a los pies.

• Por sistemas corporales o aparatos, nos ayudan a especificar que sistemas precisan más atención.

• Por patrones funcionales de salud, permite la recogida ordenada para centrarnos en áreas funcionales concretas. La información física del paciente que se obtiene es idéntica en cualquiera de los métodos que utilicemos.

**\* VALIDACIÓN DE DATOS** :

 Significa que la información que se ha reunido es verdadera (basada en hechos). Esto es la debemos aseguramos de que el paciente quiere indicar lo que de hecho dice. En comunicación existen técnicas de reformulación que nos ayudan a comprender más fielmente los mensajes del paciente, evitando las interpretaciones. Se consideran datos verdaderos aquellos datos susceptible 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 :**

 Es el cuarto paso en la recogida de datos, en esta etapa se trata de agrupar la información, de forma tal que nos ayude en la identificación de problemas, el modo más habitual de organizar los datos es por necesidades humanas (Maslow, 1972), o por patrones funcionales (Gordon, 1987), etc.

La información ya ha sido recogida y validada, ahora los datos se organizan mediante categorías de información. Estas categorías ya las hemos visto en el apartado de examen físico y como habíamos apuntado, para el establecimiento de la agrupación, se debe elegir la que más se adapte al modelo desarrollado en cada centro asistencial, etc. Los componentes de la valoración del paciente que hemos seleccionado como necesarios hoy en día son:

• Datos de identificación.

• Datos culturales y socioeconómicos. • Historia de salud: Diagnósticos médicos, problemas de salud; resultados de pruebas diagnosticas y los tratamiento 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). Aquí aportaremos que los diagnósticos de enfermería nos ayudan en la tarea de fundamentar los problemas detectados en las necesidades humanas, esto es, nos confirmarán la carencia de las necesidades básicas. Este tipo de fundamentación debería ser estudiado profundamente.

 **DOCUMENTACION Y REGISTRO DE LA VALORACIÓN**:

Es el segundo componente de la fase de valoración y las razones que justifican su uso son de manera esquemática las que siguen:

• Constituye un sistema de comunicación entre los profesionales del equipo sanitario.

• Facilita la calidad de los cuidados al poder compararse con unas normas de calidad (véase tema referente a la garantía de la calidad de los cuidados enfermeros).

 • 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 postgrado

**FASE DE DIAGNÓSTICO:**

Según se utilice el PAE de 4 fases o el de 5 es el paso final del proceso de valoración o la segunda fase. Es un enunciado del problema real o en potencia del paciente que requiera de la intervención de enfermería con el objeto de resolverlo o disminuirlo. En ella se va a exponer el proceso mediante el cual estaremos en condiciones de establecer un problema clínico y de formularlo para su posterior tratamiento, bien sea diagnóstico enfermero o problema interdependiente. 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.

Un diagnóstico de enfermería no es sinónimo de uno médico. Si las funciones de Enfermería tienen tres dimensiones, dependiente, interdependiente e independiente, según el nivel de decisión que corresponde a la enfermera, surgirán problemas o necesidades en la persona que competirán a un campo u otro de actuación:

• La dimensión dependiente de la práctica de la enfermera incluye aquellos problemas que son responsabilidad directa del médico que es quien designa las intervenciones que deben realizar las enfermeras. La responsabilidad de la enfermera es administrar el tratamiento médico prescrito.

• La dimensión interdependiente de la enfermera, se refiere a aquellos problemas o situaciones cuya prescripción y tratamiento colaboran las enfermeras y otros profesionales de la Salud. Estos problemas se describirán como problemas colaborativo o interdependiente, y son complicaciones fisiológicas que las enfermeras controlan para detectar su inicio o su evolución y colaboran con los otros profesionales para un tratamiento conjunto definitivo

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

 **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 alternativas. 2 .- Formulación de problemas. Diagnóstico de enfermería y problemas interdependientes. C. Componentes de los Categorías Diagnósticos aceptadas por la NANDA: Hay que considerar la importancia de los beneficios específicos de una taxonomía diagnóstica en los distintos ámbitos del que hacer profesional. La Asociación Española de Enfermería Docente (AEED) en 1993, elaboró un documento en el que especificaba estos beneficios:

• Investigación: Para poder investigar sobre los problemas de Salud que los profesionales de enfermería estamos capacitados para tratar, es necesario que los mismos estén bien definidos y universalizados, a fin de que los resultados de las

investigaciones, puedan ser comprendidos y aplicados por otros enfermeros. Es evidente que esto no es posible llevarlo a cabo sin disponer de un lenguaje común previo que aúne los criterios y facilite la comunicación e intercambio de datos. En este momento los Diagnósticos enfermeros pueden contribuir a la consolidación de la disciplina en Enfermería mediante líneas de investigación dirigidas a: o Determinar la compatibilidad de una taxonomía con cada uno de los modelos conceptuales. o Validar en distintos ámbitos culturales las características definitorias y los factores relacionados de los Diagnósticos de Enfermería aceptados. o Comparar la eficacia de las diversas intervenciones propuestas ante un mismo Diagnóstico. o Realizar el análisis epidemiológico de los diagnósticos que presenta una población determinada o 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 curriculum básico debe iniciarse y continuarse de forma coherente, y prolongarse de forma progresiva a lo largo de todo el curriculum. Permite: o Organizar de manera lógica, coherente Y ordenada los conocimientos de Enfermería que deberían poseer los alumnos o Disponer de un lenguaje compartido con otros profesionales, con los enfermeros docentes y con los propios alumnos, lo cual facilita enormemente 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: o identificar las respuestas de las personas ante distintas situaciones de Salud o Centrar los cuidados brindados en las respuestas humanas identificadas a través de una valoración propia o Aumentar la efectividad de los cuidados al prescribir actuaciones de Enfermería específicas orientadas a la resolución o control de los problemas identificados. o Organizar, definir y desarrollar la dimensión propia del ejercicio profesional o Delimitar la responsabilidad profesional, lo que como beneficio secundario crea la necesidad de planificar y registrar las actividades realizadas.

Tipos de diagnósticos:

Antes de indicar la forma de enunciar los diagnósticos establezcamos que tipos de diagnósticos hay, pudiendo ser de cuatro tipos, que son: reales, de alto riesgo (designados hasta 1992 como potenciales), de bienestar o posibles.

 • Real: representa un estado que ha sido clínicamente validado mediante características definitorias principales identificables. Tiene cuatro componentes: enunciado, definiciones características que lo definen y factores relacionados. El enunciado debe ser descriptivo de la definición del Diagnóstico y las características que lo definen (Gordon 1990). El término "real" no forma parte del enunciado en un Diagnostico de Enfermería real. Consta de tres partes, formato PES: problema (P) + etiología, factores causales o contribuyentes (E) + signos/síntomas (S). Estos últimos son los que validan el Diagnóstico.

• Alto Riesgo: es un juicio clínico de que un individuo, familia o comunidad son más vulnerables a desarrollar el problema que otros en situación igual o similar. Para respaldar un Diagnóstico potencial se emplean los factores de riesgo. 1.a descripción concisa del estado de Salud alterado de la persona va precedido por el término "alto riesgo" . Consta de dos componentes, formato PE: problema (P) + etiología/factores contribuyentes (E).

 • 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).

 • De bienestar: juicio clínico respecto a 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 contienen factores relacionados. Lo inherente a 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. La enfermera puede inferir esta capacidad basándose en i los deseos expresos de la persona o del grupo por la Educación para la Salud.

## Podemos añadir un quinto tipo:

• De síndrome: comprenden 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 una 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 a" 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 una 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.

**PLANIFICACIÓN DE LOS CUIDADOS DE ENFERMERÍA:**

Una vez hemos concluido la valoración e identificado las complicaciones potenciales (problemas interdependientes) y los diagnósticos enfermeros, se procede a la fase de planeación de los cuidados o tratamiento enfermero. En esta fase se trata de establecer y llevar a cabo unos cuidados de enfermería, que conduzcan al cliente a prevenir, reducir o eliminar los problemas detectados. La fase de planeaci6n del proceso de enfermería incluye cuatro etapas, Carpenito (1987) e Iyer (1989). Etapas en el Plan de Cuidados

• Establecer prioridades en los cuidados. Selección. Todos los problemas y/o necesidades que pueden presentar una familia y una comunidad raras veces pueden ser abordados al mismo tiempo, por falta de disponibilidad de la enfermera, de la familia, posibilidades reales de intervención, falta de recursos económicos, materiales y humanos. Por tanto, se trata de ordenar jerárquicamente los problemas detectados.

• Planteamiento de los objetivos del cliente con resultados esperados. Esto es, determinar los criterios de resultado. Describir los resultados esperados, tanto por parte de los individuos y/o de la familia como por parte de los profesionales. Son necesarios porque proporcionan la guía común para el equipo de Enfermería, de tal manera que todas las acciones van dirigidas a la meta propuesta. Igualmente formular objetivos permite evaluar la evolución del usuario, así como los cuidados proporcionados. Deben formularse en términos de conductas observables o cambios mensurables, realistas y tener en cuenta los recursos disponibles. En el trato con grupos familiares hay que tener en cuenta que el principal sistema de apoyo es la familia, sus motivaciones, sus conocimientos y capacidades… así como los recursos de la comunidad. Se deben fijar a corto y largo plazo. Por último, es importante que los objetivos se decidan y se planteen de acuerdo con la familia y/o la comunidad, que se establezca un compromiso de forma que se sientan implicadas ambas partes, profesional y familia/comunidad.

• Elaboración de las actuaciones de enfermería, esto es, determinar los objetivos de enfermería (criterios de proceso). Determinación de actividades, las acciones especificadas en el plan de cuidados corresponden a las tareas concretas que la enfermera y/o familia realizan para hacer realidad los objetivos. Estas acciones se consideran instrucciones u órdenes enfermeras que han de llevar a la práctica todo el personal que tiene responsabilidad en el cuidado del paciente. Las actividades propuestas se registran en el impreso correspondiente y deben especificar: qué hay que hacer, cuándo hay que hacerlo, cómo hay que hacerlo, dónde hay que hacerlo y quién ha de hacerlo. Para un Diagnóstico de Enfermería real, las actuaciones van dirigidas a reducir o eliminar los factores concurrentes o el Diagnóstico, promover un mayor nivel de bienestar, monitorizar la situación. Para un Diagnóstico de Enfermería de alto riesgo las intervenciones tratan de reducir o eliminar los factores de riesgo, prevenir la presentación del problema, monitorizar su inicio.

 Para un Diagnóstico de Enfermería posible las intervenciones tratan de recopilar datos adicionales para descartar o confirmar el Diagnóstico. Para los problemas interdisciplinarios tratan de monitorizar los cambios de situación, controlar los cambios de situación con intervenciones prescritas por la enfermera o el médico y evaluar la respuesta.