

UNIVERSIDAD DEL CAUCA
FACULTAD CIENCIAS DE LA SALUD
PROGRAMA DE ENFERMERIA
AREA DE FUNDAMENTOS

PROCESO DE ATENCIÓN DE ENFERMERIA (PAE)

Elaborada por: Fanny Cisneros G.
Enfermera Especialista

Definición:

Es un sistema de planificación y una herramienta indispensable en la ejecución de los cuidados de enfermería, compuesto de cinco pasos: valoración, diagnóstico, planificación, ejecución y evaluación. Como todo método, **el PAE** configura un número de pasos sucesivos que se relacionan entre sí. Aunque el estudio de cada uno de ellos se hace por separado, sólo tiene un carácter metodológico, en la práctica las etapas se superponen.

PRIMERA ETAPA: VALORACIÓN

La valoración es el primer paso del proceso de enfermería y se puede describir como el proceso organizado y sistemático de recogida de datos procedentes de diversas fuentes para analizar el estado de salud de un usuario. Consta de dos componentes recogida de datos y documentación, se considera la clave para continuar con los pasos restantes del proceso.

Datos y valoración

En el contexto de la valoración de enfermería, se pueden definir los datos como información específica obtenida acerca del usuario. Organizar de forma sistemática la información necesaria para diagnosticar las respuestas sanitarias del usuario e identificar los factores que intervienen. Posteriormente, esta base de datos será la base para las restantes fases del Proceso de Enfermería: Diagnóstico, Planificación, Ejecución y Evaluación.

TIPOS DE DATOS

Durante la valoración, el profesional de enfermería recoge cuatro tipos de datos: subjetivos, objetivos, históricos y actuales. Una base de datos completa y exacta suele incluir una combinación de estos tipos.

Datos subjetivos

Los datos subjetivos se pueden describir como la perspectiva individual de una situación o de una serie de acontecimientos. Esta información no puede ser determinada por el profesional de enfermería con independencia de la interacción o comunicación con el individuo. A menudo se obtienen datos subjetivos durante la historia de enfermería, como son las percepciones, sentimientos e ideas sobre sí mismo y sobre el estado de salud del usuario. Algunos ejemplos son las descripciones que hace el usuario del dolor, la debilidad, la frustración, las náuseas o el desconcierto. La información proporcionada por otras fuentes distintas al cliente, por ejemplo la familia, los consultores y otros miembros del equipo de atención sanitaria, puede ser también subjetiva si se basa en la opinión de cada uno en lugar de estar basada en hechos.

Datos objetivos

Por contraste, los datos objetivos consisten en información observable y medible. Habitualmente, esta información se obtiene a través de los sentidos (vista, olfato, oído y tacto) durante la exploración física del usuario.

1

Algunos ejemplos de datos objetivos son la frecuencia respiratoria, la presión arterial, la presencia de edema y el peso.

Durante la valoración de un usuario, deberá considerar tanto los datos subjetivos como los objetivos. A menudo, estos hallazgos se justifican entre ellos, como sucede en caso de un usuario cuya incisión se abrió tres días después de la intervención. La información subjetiva proporcionada por el usuario, “ noto como estallan los puntos”, fue válida por los hallazgos objetivos del enfermero: palidez, diaforesis, hipotensión y evisceración intestinal a través de la incisión.

Datos históricos

Otra consideración a tener en cuenta al describir los datos se refiere al elemento tiempo. En este contexto, los datos pueden ser históricos o actuales (Bellack y Bamford, 1984). Los datos históricos consisten en situaciones o acontecimientos que han tenido lugar en el pasado. Estos datos son especialmente importantes para identificar las características de la salud normal del usuario y para determinar experiencias pasadas que pudieran tener algún efecto en el estado de salud actual del usuario. Algunos ejemplos de datos históricos pueden ser la hospitalización o cirugía previa, los resultados del ECG, las pautas de eliminación normales o enfermedades crónicas.

Datos actuales

Por contraste, los datos actuales se refieren a acontecimientos que están sucediendo en este momento. Algunos ejemplos son tensión arterial, vómitos o dolor postoperatorio. Estos datos son especialmente importantes en su valoración inicial y en las valoraciones repetidas, para comparar la información actual con los datos previos y determinar el progreso del cliente.

Fuentes de datos

Durante la fase de valoración, se reúnen datos procedentes de diferentes fuentes. Estas fuentes se clasifican como **primarias o secundarias**. El usuario es la fuente primaria y se debe utilizar para obtener los datos subjetivos pertinentes. Hay varias cosas que el usuario puede hacer con mayor previsión como son (1) compartir las percepciones y sensaciones personales sobre salud y enfermedad, (2) identificar objetivos o problemas concretos y (3) validar respuestas a modalidades diagnósticas o de tratamiento.

Fuentes secundarias son todas las demás que no sean el propio cliente. Estas son aquellas situaciones en las que el cliente no puede participar o cuando es necesaria mayor información para aclarar o validar datos proporcionados por el usuario. Entre las **fuentes secundarias** se encuentran los familiares o seres queridos del cliente, personas del entorno inmediato del mismo, otros miembros del equipo de atención sanitaria y el registro clínico. Familiares, amigos y colaboradores pueden proporcionar también datos históricos oportunos relacionados con las características normales del cliente en su hogar, en el trabajo y en los ambientes de actividades de ocio.⁽¹⁾

Cada una de estas fuentes secundarias puede contribuir a su base de conocimientos y así ampliar los datos disponibles para comparar y evaluar las respuestas del usuario.

Las personas del entorno hospitalario más cercano al usuario pueden proporcionar también más información. Los visitantes pueden confirmar su opinión de que el usuario está menos comunicativo hoy que en días anteriores. Otros usuarios pueden ofrecer datos actuales sobre acontecimientos que se producen cuando no está usted presente. Por ejemplo, el usuario de otra cama puede confirmar su impresión de que un usuario de edad avanzada pasó por encima de las barras laterales y se cayó de la cama.

El registro clínico contiene gran cantidad de datos geográficos: estado civil, tipo de trabajo, religión, seguros. Estos datos dan una idea más amplia de la situación socioeconómica del usuario. Además

¹¹ (1) Iyer, Patricia W. Proceso y Diagnóstico de Enfermería. Tercera edición. McGraw-Hill Interamericana. 1997.

el registro contiene datos actuales e históricos documentados por profesionales de otras especialidades (médico, dietista, terapeuta respiratorio, asistente social, planificador de altas). También se dispone de datos diagnósticos, como los hallazgos de laboratorio o los radiológicos.

Considerar detenidamente los derechos del usuario a la intimidad y la confidencialidad al obtener información de fuentes secundarias.

Tipos y fuentes de datos	
TIPOS DE DATOS	
Subjetivos:	La percepción individual de una situación o una serie de acontecimientos.
Objetivos:	Información susceptible de ser observada y medida.
Históricos:	Situaciones o acontecimientos que se han producido en el pasado.
Actuales:	Situaciones o acontecimientos que se están produciendo en el momento concreto.
FUENTES DE DATOS	
Primaria:	Información obtenida directamente del cliente.
Secundaria:	Información sobre un usuario obtenida de otras personas, documentos o registros.

RECOGIDA DE DATOS

La recogida sistemática y continua de datos es la clave para realizar una valoración exacta de sus usuarios. En esta parte se comentará el establecimiento de prioridades en la recogida de datos, los métodos utilizados para ello y los métodos para favorecerla.

Prioridades en la recogida de datos

Una valoración de enfermería completa puede identificar muchas respuestas reales o potenciales del usuario que exigen una intervención de enfermería. La valoración de cada una de ellas puede ser poco realista o difícil de manejar. Por tanto, será preciso establecer un sistema para determinar que datos deben reunirse en primer lugar. Uno de estos mecanismos es la **jerarquía de necesidades humanas**.



Jerarquía de Maslow

Abraham Maslow (1943) describió las necesidades humanas en cinco niveles: (1) Fisiológicas, (2) de inocuidad o seguridad, (3) sociales (4) de estima y (5) de autorrealización. Sugirió que el cliente va subiendo en la jerarquía cuando intenta satisfacer necesidades. En otras palabras, las necesidades fisiológicas suelen tener una mayor prioridad para el cliente que la demás. Por tanto, cuando estas necesidades básicas no están satisfechas, es muy posible que el cliente no tenga ganas o no sea capaz de satisfacer necesidades de mayor nivel.

Jerarquía de Kalich

Richard Kalich (1983) mejoró aun más el sistema de Maslow dividiendo las necesidades fisiológicas en necesidades de supervivencia y necesidades de estimulación. Esta división resulta especialmente útil para ayudar al profesional de enfermería a establecer prioridades en la recogida de datos.

Necesidades de supervivencia: alimentos, aire, agua, temperatura, eliminación, descanso y dolor.

Necesidades de estimulación: Sexo, actividad, exploración, manipulación e innovación

Necesidades de seguridad: Inocuidad, seguridad, protección.

Necesidades de amor y pertenencia: amor, pertenencia y proximidad

Necesidad de estima: conducta de falta de energía, pasividad, dificultad para tomar decisiones, apatía, evitación de conflictos, expresión de vergüenza, culpa, ausencia de contacto visual, expresión de auto anulación.

Necesidad de autorrealización: Preocupación por conflicto de roles, cambios en la Auto percepción y pérdida del control percibida.

Métodos de recogida de datos

Se utilizan tres métodos para obtener información durante la valoración de enfermería que incluye: entrevista, observación y exploración física.

Técnicas para la recogida de datos:

Verbales: Comprende la (a) **anamnesis**, para obtener las percepciones de la respuesta humana del usuario, datos subjetivos y objetivos. (b) **Reflexión:** repetir o expresar de otra forma la respuesta del cliente, para que él continúe dando más información al respecto. (c) **Declaraciones complementarias:** usar frases cortas para animar al cliente a continuar hablando del tema.

No verbales: (a) Expresión de la cara (b) Posición corporal (c) Respuesta al contacto (d) El tono y velocidad de la voz.

Características de la recogida de datos

Sistemática: Existen varios enfoques útiles para valorar en forma sistemática tales como: de la cabeza a los pies, por sistemas corporales, por patrones funcionales y por pautas o tipos de respuesta humana.

Continua: Permite confirmar la existencia de problemas previos y conocer el progreso según. Los resultados esperados.

PATRONES FUNCIONALES DE SALUD

Marjory Gordón ha desarrollado un marco de referencia para organizar la valoración de enfermería basándose en funciones con el fin de organizar las categorías diagnósticas y estandarizar la recolección de datos. (2)

Esta estandarización de datos de valoración no debe interferir con las creencias filosóficas o las teorías de la enfermera. La estandarización sirve como guía para conducir a la enfermera en la obtención de los datos que deben recogerse y no en el enfoque que deba darle al interpretar los datos ni para determinarlas intervenciones. Carpenito (3) sugiere que cuando la enfermera prefiera

algún modelo conceptual de Enfermería; por ejemplo el modelo de adaptación de Roy, el de Autocuidado de Orem, el de Sistemas de Neuman o el de Nancy Roper; Se pueden usar los patrones funcionales de Gordón para recoger datos de base. A partir de ahí la enfermera puede continuar si desea, con el marco de referencia de su preferencia.

La topología utiliza el termino patrón para referirse a una secuencia en el comportamiento a lo largo del tiempo. Se trata de secuencia de comportamiento, es decir comportamientos repetidos a lo largo del tiempo, acciones usuales y no acciones o eventos únicos o aislados. Un hecho que sucede una sola vez no se considera patrón.

Los patrones, dice Gordón, los va conformando la enfermera al tomar los datos para la historia y al hacer el examen físico. A medida que la enfermera va teniendo mas claridad del área que valora y gradualmente surge el patrón.

Se debe tener en cuenta que lo que ocurre durante la recolección de información es la construcción del patrón del sujeto la cual se hace a partir de las descripciones del paciente y de las observaciones de la enfermera. Con esto en mente se evita hacer una recolección de datos incompleta que conduzca a diagnósticos equivocados y se recuerda siempre que los patrones no son observables sino que se construyen a partir de operaciones cognoscitivas y son, por lo tanto, siempre puestos a prueba con la nueva información.²

El entendimiento que se tenga de toda la situación es incompleto hasta cuando no se valoren todos los once patrones. La explicación de algún patrón bien puede encontrarse en otros patrones. Debe recordarse que la materia prima que se obtiene durante la valoración no es sino secuencias de comportamientos históricos y corrientes a través del tiempo.

Estas secuencias se pueden entender como patrones si el observador pone la información junta.

La tipología funcional también ayuda a identificar por que pueden existir un patrón disfuncional y que aspectos acertados o positivos están presentes en el ambiente del sujeto. Esto se debe a que los once patrones representan una mezcla de la vida del cliente en su ambiente. Se pueden encontrar las causas de los problemas dentro del mismo ambiente junto con las potencialidades que se requieren para resolverlos. Ningún patrón puede entenderse aisladamente; el sujeto y el medio funcionan como un todo.

La enfermera recoge datos de dos tipos: los patrones anteriores y los patrones corrientes del paciente.

En los datos obtenidos para todos los patrones la enfermera encontrara aquellos que le sugieren el problema pero para identificar su etiología es probable que tenga que buscar en otros patrones donde seguramente encontrara los datos necesarios. De otra manera, deberá explorar aún más en los mismos patrones hasta completar u obtener los datos que requiere.

Esto quiere decir que las categorías de los patrones ofrecen una estructura para analizar un problema dentro de la categoría misma y que también se tiene una estructura para enfocar la búsqueda de explicaciones causales que con frecuencia pueden estar fuera del patrón donde esta el problema.

Más adelante se vera como usar los datos obtenidos para identificar el problema según el patrón y utiliza datos de otros patrones para completar su estructura como etiología.

Finalmente se debe tener en cuenta que las once áreas de patrones funcionales de salud son adecuadas para efectuar la valoración de enfermería tanto del individuo como de la familia y comunidades. Se recordara además que estos patrones forman la base de datos fundamental para la valoración de la enfermería en todas las especialidades y con todo tipo de sujetos o grupos(4).

² (2) Edilma G de Reales, Profesor Asociado, Universidad Nacional de Colombia, 1987

(3) Carpenito Linda. Nursing diagnosis. Application to clinical practice J.B. Lppincolt Co. London: 1983 – pp12.

Los patrones fundamentales de salud evolucionan a partir de la interacción del cliente con el medio ambiente. Cada patrón es una expresión de integración biosicosocial. Ningún patrón se puede comprender sin que tenga conocimiento sobre los demás patrones. Los patrones funcionales tienen la influencia de factores biológicos, de desarrollo, culturales, sociales y religiosos. Los patrones de salud disfuncionales (descritas por los diagnósticos de enfermería) pueden representarse con la enfermedad pero también pueden conducir a la enfermedad.³

Para establecer si un patrón es funcional o disfuncional se hace la comparación de los datos de la valoración con uno o más de los siguientes aspectos:

1. – Los datos básicos del individuo.
2. – Los datos normales establecidos para el grupo de edad respectivo.
3. – Las normas culturales, sociales o religiosas.

Un patrón en particular tiene que evaluarse en el contexto de otros patrones y de su contribución a un funcionamiento óptimo del sujeto valorado.

TIPOLOGIA DE PATRONES FUNCIONALES DE SALUD

1. Patrón de Percepción y Manejo de la Salud:

Este patrón describe que la persona percibe de su patrón de enfermedad o de bienestar y de cómo se comportan respecto a la salud. Comprende lo que el individuo siente de su propio de salud y de la importancia de esta respecto a sus actividades y sus planes futuros. Comprende también el nivel general de comportamiento de cuidados de salud tales como un permanente cumplimiento de medidas preventivas de salud tanto física como mental, de ordenes preescritas por el medico o la enfermera y de una continuidad del cuidado de la salud.

2. Patrón de Nutrición y Metabolismo :

Describe las costumbres que el individuo tiene respecto al consumo de alimentos y líquidos relacionados con su necesidades metabólicas y a los nutrientes locales existentes. Comprende el consumo usual de líquidos y alimentos que hace el sujeto, horarios, tipos y cantidad de alimentos consumidos, preferencias, uso de suplementos nutricionales como vitaminas. Implica también el informe de cualquier tipo de lesión en la piel y de la facilidad para cicatrizar. Se incluyen las condiciones de piel, uñas, pelo, membrana mucosa, dentadura y datos objetivos de temperatura corporal, altura y peso (medidas).

3. Patrón de Eliminación:

Describe las formas usuales de la función excretora (intestino, vejiga y piel). Comprende la percepción del individuo de su regularidad de las funciones excretoras, el uso de laxantes para la eliminación intestinal y de cualquier cambio o alteración en la frecuencia, en la forma, calidad y cantidad de la excreción. Implica también el uso de algunos aparatos especiales para controlar la excreción.

4. Patrón de Actividades y Ejercicio :

Describe las costumbres o practicas usuales respecto al ejercicio, actividad, ocio y recreación. Comprende actividades de la vida diaria que exigen gasto de energía tales como higiene, cocinar, salir de compras, comer, trabajar y atender el hogar. Incluye además el tipo, cantidad de ejercicio, incluyendo los deportes que dan una idea del patrón típico de ese individuo.

Se incluyen también los factores que interfieren con el patrón deseado o esperado del individuo tales como los déficits neuromusculares y sus formas de compensación (aparatos); disnea, angina, calambres al hacer ejercicio y condiciones cardiopulmonares si es el caso. Los patrones de hocio se incluyen también y describe las actividades que el individuo cumple para recrearse ya sea con un grupo o con un individuo. Se hace énfasis en las actividades de mucha importancia para el paciente.

5. Patrón de Descanso y Sueño :

³ (4)Gordon Marjory. Nursing diagnosis. Process ad application. McGraw Hill : 1982, pp 82-34.

Describe la manera acostumbrada del sujeto respecto a su sueño, descanso y relajación. Comprende sus costumbres de dormir y de periodos de descanso y relajación en las 24 horas del día. También tiene en cuenta lo que el individuo siente respecto a la calidad y cantidad del sueño y descanso y del nivel de energía que logra con estos. Implica también todo tipo de ayudas que emplea para dormir ya sea drogas o rutinas especiales que practica para dormir.

6. Patrón Cognoscitivo-Perceptual:

Describe el patrón cognoscitivo y Perceptual. Comprende lo adecuado de las formas sensoriales tales como vista, oído, gusto, tacto, olfato y las medidas compensatorias o prótesis que utiliza para estas, alteraciones. Cuando existe, incluye informes sobre percepción de dolor y de la manera que lo maneja. Además comprende las capacidades cognoscitivas funcionales como con el lenguaje, memoria y capacidad de tomar decisiones.

7. Patrón de Autopercepción y Autocopcepto :

Describe las percepciones y el autoconcepto de sí mismo. Incluye las actitudes que el individuo tiene hacia si mismo, lo que percibe de sus propias capacidades (cognoscitivas, afectivas y físicas), de su autoimagen, de su identidad, el sentido de valor general que tiene y el patrón general de emociones. Comprende también su forma de movimiento, postura corporal usuales, el contacto visual, voz y el lenguaje hablado.

8. Patrón de Relaciones del Rol:

Describe las formas de compromiso de rol y las relaciones. Comprende los principales roles y responsabilidades de las situaciones corrientes de la vida que el individuo identifica como suyas. Incluye la satisfacción o insatisfacción en la familia, trabajo, o en relaciones sociales y responsabilidades relacionadas con estos roles.

9. Patrón Reproductivo Sexual :

Describe el patrón de satisfacción o insatisfacción de la sexualidad; el patrón reproductivo. Incluye la percepción que el paciente tiene de su satisfacción o insatisfacción respecto de su sexualidad. Comprende también las etapas reproductivas en la mujer, pre o post menopausia y los problemas que el sujeto *percibe*.

10. Patrón de enfrentamiento y Tolerancia del Stress :

Describe las formas generales que el sujeto tiene de enfrentar efectivamente los estímulos estresantes y de tolerarlos. Comprende las reservas o capacidades para resistir desafíos a la integridad personal, las formas de manejar el estrés, los sistemas de apoyo familiares o de otra fuente y además las capacidades que reconoce tener para manejar y controlar situaciones.

11. Patrón de Valores y Creencias :

Describe el patrón de valores, metas o creencias (incluyendo los espirituales) que orientan las escogencias o las decisiones . Comprende aquello que el individuo percibe como importante en la vida, los conflictos y valores, creencias o expectativas relacionadas con la salud.

NOTA : Gordón en el libro de la referencia (3) contempla también guías generales sobre la valoración de los mismos patrones también para la familia y para la comunidad. Gordon, op. Cit pag 84-97.

SEGUNDA ETAPA: DIAGNOSTICO

Esta etapa comprende:

A. Procesamiento de datos.

- a. 1. Clasificarlos según patrones y según datos claves para cada patrón.
- a. 2. Interpretar los datos:
 - Buscar datos claves que indique riesgos, potencialidades signos y síntomas.
 - Usar razonamiento inductivo o deductivo. Analizar y Deducir.
- a. 3. Validar la interpretación de los datos. Frente a sus conocimientos y de los demás del grupo profesional o de profesionales afines.

Errores en el procedimiento de datos:

1. En la recolección.
2. En la interpretación.
3. En la falta de conocimientos clínicos.

B. La formulación del diagnóstico:

Algunas definiciones útiles:

DIAGNOSTICO DE ENFERMERÍA:

“Es una declaración de un estado de alteración de la salud real o potencial que se deriva de la valoración de Enfermería y el cual requiere de intervenciones del campo de enfermería”. Carpenito Lynda ó “Es un juicio clínico sobre un individuo, familia o grupo de la comunidad que se deriva de un proceso deliberado y sistemático de recolección y análisis. Sirve de base para precisar una terapia que esta bajo la responsabilidad del profesional de Enfermería Shoemaker, 1984”.

DIAGNOSTICO CLÍNICO DE ENFERMERÍA:

También se le denomina por varios autores como Kim Mija y Carpenito Linda, problemas fisiológicos y problemas colaborativos respectivamente.

Declaraciones inferenciales, hechas por el profesional de enfermería que describe alteraciones fisiológicas que impiden el funcionamiento óptimo del individuo y que por lo tanto dirigen la realización de acciones de Enfermería independientes e interdependientes.

Que es un diagnóstico de enfermería y que no es:

NO ES: * Necesidades de tratamiento.

- Equipos
- Problemas de las enfermeras al dar el cuidado.
- Diagnósticos médicos.
- Signos ni síntomas.
- Procedimientos quirúrgicos.
- Metas de tratamientos.
- Problemas de personal.
- Tratamientos.
- Exámenes diagnósticos.

SON PROBLEMAS DE SALUD DEL SUJETO.

- Respuestas humanas a la enfermedad.
- Respuestas humanas frente a la salud: Prevención, Promoción, mantenimiento

Los profesionales de enfermería son responsables de: Diagnosticar y tratar las respuestas humanas a los problemas de salud.

El diagnóstico de enfermería comprende en primer lugar, el examen de áreas identificadas como áreas de función independiente de la profesión, es decir que pueden ser tratadas por el profesional de enfermería, sin que para ello se requiera de orden o autorización por parte de otros profesionales.

Esas funciones independientes comprenden:

- Formas de prevención y promoción.
- Formas de rehabilitación

ESTRUCTURA DEL DIAGNOSTICO DE ENFERMERIA

La estructura del diagnóstico de enfermería la componen tres partes:

P = Problema

E = Etiología

S = Signos y síntomas que lo caracterizan.

El **problema** se identifica durante la valoración y en la fase del procesamiento y análisis de los datos.

La **etiología** son los factores ambientales, socioeconómicos, fisiológicos, emocionales o Espirituales, que se creen que están contribuyendo al problema ya sea como factores de riesgo o por que han contribuido ya a producir el problema y si se mantiene sin modificación el problema no se modifica.

Los **signos y síntomas**, se les llama también características que definen al problema esto significa que siempre que se presentan dichos signos y síntomas asociados entre si en una situación dada, la conclusión diagnóstica a de ser la misma.

NANDA, ya tiene para uso de los profesionales de enfermería, 78 problemas, denominados categorías diagnósticas y que como tales representan conjuntos de signos y síntomas aprobados en la 7ª conferencia de la Asociación Norteamericana de Diagnósticos de Enfermería, NANDA

EL ENUNCIADO DEL DIAGNOSTICO DE ENFERMERIA.

Los enunciados de diagnóstico de enfermería son frases que describen el estado de salud de un individuo o grupo y los factores que han contribuido a dicho estado. Los enunciados constan de dos partes. **El problema y la etiología**. No puede ser únicamente la parte problema, pues las categorías que describen los problemas son muy generales y no serían los diagnósticos el resultado de una valoración completa.

Las dos partes del enunciado se enlazan con la frase "relacionado con o más simplificado: r/c o Problema/etiología (P/E).

CARACTERÍSTICAS ESENCIALES DE UN DIAGNOSTICO.

Según Shoemaker 1984. Un diagnóstico de enfermería:

1. Es el resultado de un problema o del estado de salud de un cliente.
2. Puede referirse a problemas potenciales de salud.

3. Es una conclusión que se basa en un patrón o grupo de signos y síntomas que puedan confirmarse.
4. Es el enunciado de un juicio de enfermería.
5. Se refiere a una condición que la enfermera tiene autoridad legal para tratar.
6. Se limita a aquellas condiciones que pueden ser tratadas independientemente por Enfermería.
7. Se refiere a condiciones físicas, psicológicas, socioculturales y espirituales.
8. Es un enunciado de dos partes.

ALGUNAS REGLAS PARA ESCRIBIR DIAGNÓSTICOS DE ENFERMERIA.

1. Escribir el diagnóstico en términos de respuestas en lugar de necesidades. Ej.: Limpieza ineficaz de la vía aérea r/c Dolor de la herida, evidenciado por poco esfuerzo para toser
2. Usar los términos "relacionados con "o "asociados a "en lugar de "a causa de "o "debido a ".
Ej.: Correcto, Riesgo de lesión r/c Incapacidad para mantenerse en cama secundario a agitación marcada.
3. Escribir el diagnóstico en términos que no tengan implicaciones de responsabilidad jurídica.
Ej.: Incorrecto, Riesgo de lesión r/c Falta de barandas en la cama.
Ej.: Correcto, Riesgo de lesión r/c Incapacidad para mantenerse en cama secundario a agitación marcada.
4. Escribir el diagnóstico sin que se refleje juicios de valor o prejuicios de la enfermera.
Ej.: Incorrecto, Manejo inefectivo del régimen terapéutico r/c Falta de interés para cumplir las normas.
Ej.: Correcto, Manejo inefectivo del régimen terapéutico r/c Dificultad para emprender acciones tendientes a reducir los factores de riesgo
5. Evitar invertir las partes del diagnóstico.
6. Evitar escribir signos y síntomas en la primera parte del enunciado.
Ej.: Incorrecto, Llanto r/c Amputación de la pierna.
Ej.: Correcto, Trastorno de la imagen corporal r/c sentimiento de angustia y rechazo secundario a la amputación de la pierna.
7. En la primera parte del enunciado solo se incluyen problemas.
8. Las dos partes del diagnóstico no deben significar lo mismo.
Ej.: Incorrecto, Alteración del patrón del sueño r/c Problemas al dormir
Ej.: Correcto, Deterioro del patrón del sueño r/c Angustia y confusión secundario a conflictos familiares.
9. El problema y las etiologías deben expresarse en términos que sugieren que tanto la situación problema como la etiología asociada puede modificarse con intervenciones del campo de enfermería.
10. En ninguna de las dos partes del diagnóstico de enfermería el diagnóstico médico.
Ej.: Incorrecto, Potencial de Neumonía r/c Obstrucción de la vía aérea.
Ej.: Correcto, Alteración en la permeabilidad de la VA r/c Respuesta inflamatoria y aumento de las secreciones bronquiales

BENEFICIOS DEL USO DE DIAGNOSTICO DE ENFERMERIA.

1. Sirve de enfoque para el proceso de enfermería, lo fortalece. Sirve para dirigir las intervenciones de enfermería porque los tratamientos que propone están relacionados con el diagnóstico.
2. Acelera la comunicación entre las enfermeras. Se garantiza un sistema rápido de comunicación al consolidar una cantidad de información en frases cortas.
3. Clarifica las funciones independientes del profesional de enfermería y aumenta la acreditación de enfermería. Los diagnósticos de enfermería describen y categorizan el contenido de la práctica independiente de enfermería. En últimas los diagnósticos de enfermería tendrán ordenada una terapia de enfermería que se asocia con ellos y enfermería será responsable de dichas terapias.
4. Construyendo un primer nivel para construir un cuerpo de conocimiento único para enfermería.
5. Ofrece principios y estructuras para organizar la educación, la práctica y la investigación de enfermería.

C. La verificación de los diagnósticos es la tercera fase de la etapa diagnóstica.

Una vez se enuncian los diagnósticos siguiendo las reglas descritas, el profesional de enfermería se formulará una serie de preguntas como:

1. ¿Son suficientes los datos obtenidos para formular este diagnóstico?
2. ¿Hay un patrón? ¿Hay datos subjetivos y objetivos con que constituirlos?
3. ¿Se basa en conocimientos de enfermería?
4. ¿La situación descrita por el diagnóstico se puede solucionar solo con intervenciones de enfermería?
5. ¿Si se le dan estos mismos datos a otros profesionales, de enfermería, formularían ellos el mismo diagnóstico?

Para verificar los diagnósticos también se deben validar con el paciente o usuario ya que su percepción del problema y de causas asociadas por parte de él es importante para confirmarlo.

D. El registro de los diagnósticos, es la cuarta fase de la etapa diagnóstica.

Como el resultado del proceso de diagnóstico y de la asignación de enunciados para nombrar los problemas, se tiene una lista que prácticamente es la culminación de las dos primeras etapas del proceso de enfermería.

Vale la pena revisar esta lista para ver si hay repeticiones, o si se pueden agrupar problemas iguales con etiologías diversas o tener varios problemas con la misma etiología.

TERCERA ETAPA: PLANEAMIENTO DEL CUIDADO.

Esta tercera etapa se inicia con los diagnósticos de Enfermería y concluye cuando se registra las intervenciones del cuidado de Enfermería.

Consta de cuatro partes: selección de prioridades, determinación de los resultados esperados, determinación de las acciones para lograrlos y registro del plan.

A. La selección de prioridades.

Como resultado de la valoración enfocada según interés de enfermería se llegan a la identificación de un número variado de diagnósticos ya que enfermería potencialmente puede identificar múltiples facetas de la funcionalidad del individuo que se afectan en un momento dado como respuestas humanas a una condición anormal.

También es cierto que para garantizar la efectividad y hacer buen uso de recursos, enfermería debe decidir las prioridades en materia de diagnóstica por la imposibilidad de planear para los problemas encontrados.

Determinar prioridades es una habilidad cognitiva que requiere desarrollar un pensamiento crítico en el momento de decidir sobre los siguientes aspectos:

1. ¿Qué problemas necesitan atención inmediata y cuales pueden esperar?
2. ¿Qué problemas son responsabilidad exclusiva del profesional de enfermería?
3. ¿Qué problemas deben tratarse con el concurso de otros profesionales?
4. ¿Qué problemas se pueden tratar aplicando planes de cuidado protocolizados o estandarizados?
5. ¿Qué problemas no están incluidos en los planes estandarizados?

Las prioridades se establecen según Kozier Erb, teniendo en cuenta el momento de definir la prioridad:

- a. La importancia vital del problema encontrado o según el concepto de triage
- b. La jerarquización de las necesidades básicas, de acuerdo a la teoría de Maslow..
- c. La prioridad que les da el usuario.
- d. Los planes de tratamiento médico
- e. Los recursos de enfermería.
- f. El interés particular del programa que se ofrezca por razones preestablecidas. Ejemplo: dar más importancia a los problemas que tienen que ver con la salud materno-infantil que los que tengan que ver con las enfermedades digestivas.

B. Determinación de los resultados esperados, objetivos o metas.

Las respuestas reales o potenciales del usuario son considerados problemas y se enuncian utilizando las categorías diagnósticas de Enfermería.

Los resultados esperados son situaciones que implican cambios totales, parciales o sino hay cambios, por lo menos se espera que no haya empeoramiento de la respuesta humana disfuncional.

Los resultados deben dirigirse a la primera parte del diagnóstico. Estos resultados ayudan a definir conductas a fin de demostrar que se ha corregido, disminuido o prevenido el problema.

Ejemplos:

DIAGNOSTICO DE ENFERMERIA	RESULTADOS ESPERADOS
1. Riesgo de alteración en la integridad de la piel relacionada con reposo prolongado en cama e incapacidad para movilizarse.	No hay evidencia de lesiones en piel durante toda su hospitalización.
2. Dolor agudo r/c trauma histico, secundario a procedimiento quirúrgico reciente.	No evidencia dolor insoportable y verbalizar sentir alivio del mismo media hora después de administrado el analgésico.
3. Alteración en el autoconcepto: imagen corporal relacionado con perdida de seno secundario a Ca de mama	Enuncia medidas alternativas para corregir la falta de seno y se muestra mas tranquilo en su situación actual.
4. Riesgo de déficit en el volumen de líquidos r/c Perdida excesiva de a través de fístula gastrointestinal externa.	El usuario no mostrará signos de deshidratación mientras permanezca hospitalizado.

Aun cuando la determinación de resultados esperados es parte del planeamiento también son la base para la evaluación posterior. Sirven además para orientar en parte las intervenciones.

Los **términos metas, objetivos y resultados esperados** son prácticamente intercambiables y en este ejercicio se usan sin importar como se denominen, lo que se busca es lo mismo: **guiar el plan de cuidados**.

Existen algunas normas para escribir los resultados esperados o metas.

Los resultados deben:

1. Estar centrados en el usuario.
2. Ser breves y claros.
3. Ser comprobables y medibles.
4. Ajustarse a la realidad.
5. Decididos conjuntamente con el usuario, si es posible.
6. Es necesario tener un término de tiempo.

Del mismo modo que las respuestas humanas disfuncionales se pueden encontrar en el campo físico, emocional, social espiritual, los resultados esperados deben abarcar múltiples aspectos. Entre estos tenemos:

1. Aspectos y funciones del cuerpo.
2. Sistemas específicos.
3. Conocimientos.
4. Habilidades Psicomotoras.
5. estados emocionales.
6. Respuesta al tratamiento

C. Ordenes de Enfermería.

Las ordenes de enfermería son las acciones intervenciones específicas que van dirigidas a ayudar al paciente a lograr los resultados esperados.

Estas acciones deben reunir ciertas características como son:

1. ser coherentes con el plan de cuidado general.
2. Basarse en principios científicos.
3. Ser individualizados para cada situación en concreto.
4. Propiciar todas las oportunidades para la enseñanza y el aprendizaje.
5. Tener en cuenta la utilización de recursos apropiados.

Las órdenes de enfermería se refieren principalmente a acciones que deben ser cumplidas por el personal de enfermería. Debe recordarse que la enfermera también recibe ordenes del personal medico, usualmente estas ordenes se incluyen en el plan de atención general y se acompañan de las ordenes para actuaciones propuestas con base en diagnósticos de enfermería.

El plan de atención de enfermería se escribe en el formato dispuesto por la institución y debe necesariamente comprender:

1. Diagnostico de enfermería.
2. Resultados esperados (para cada diagnostico prioritario).
3. Ordenes de enfermería.

El plan medico esta plasmado en las órdenes médicas y en general se traslada a tarjetas para drogas, a un registro para control de órdenes de laboratorio o interconsultas.

Algunas veces, del mismo tratamiento medico se derivan algunos diagnósticos de enfermería, casi siempre de tipo potencial. Ejemplo: Orden medica: Laxis, I Ampolla IV cada doce horas.

Diagnostico de Enfermería: Riesgo de déficit de líquidos r/c Aumento excesivo de perdida por orina.

D. Determinación de las órdenes de enfermería.

Para este aspecto el profesional de enfermería utiliza el proceso de solución de problemas que consiste en:

1. Definir el problema.
2. Identificar las alternativas posibles de solución
3. seleccionar las alternativas factibles.

Para cada problema y su respectiva meta, el profesional de enfermería se basa en unas hipótesis cuando predice que ciertas alternativas son apropiadas para lograr ciertos resultados esperados.

Las órdenes se pueden formular con base en las experiencias que han tenido éxito en el pasado tanto a nivel personal como de otros colegas.

En el programa propuesto por un equipo de profesionales para manejar una situación con varios enfoques, tanto las metas como las actuaciones que se determinen para el programa se basaran:

1. En los problemas identificados por cada grupo de profesionales.
2. En las propuestas de solución para dichos problemas que se estructuran de manera que se ejecuten organizada y sistemáticamente.

A manera de ejemplo: Para un grupo de usuarios hipertensos, los problemas o diagnósticos por grupo profesional podrían ser:

Diagnóstico medico. Insuficiencia cardiaca congestiva.

Diagnóstico de enfermería. Falta de acatamiento al régimen dietético ordenado r/c falta de información y de medios de aprendizaje sobre el tema.

Riesgos de intolerancia de la actividad r/c aumento de demandas de oxigeno secundarios a actividades de la vida diaria, sin ayuda.

Nutricionales: Desconocimiento de características de una dieta para personas hipertensas.

Trabajo social. Vive lejos del hospital y carece de transporte o de quien lo acompañe para venir a los Controles.

Las órdenes de enfermería tienen los siguientes **componentes** que deben estar siempre cuando se escriben:

1. La fecha
2. Un verbo con los calificativos precisos que indique la acción.
3. Especificaciones de quien, que, donde, cuando, como, cuanto.
4. Modificaciones que se hagan a un procedimiento estandarizado.
5. La firma.

E. Los registros del Plan de Cuidado.

El plan de cuidado de enfermería es el punto culminante de varios pasos que los proceden y se espera que el profesional de enfermería produzca como su decisión el plan de acción a seguir a fin de lograr resultados frente a ciertas situaciones problemáticas. Es evidente que si no hay planeamiento o si este no se registra, se interrumpe todo el proceso y se carece de un sistema para evaluar los cuidados que se presenten. Un plan de cuidado no es fruto del azar ni de la intuición; para hacerlo se requiere demostrar la capacidad para valorar y diagnosticar. Cuando decimos que planeamos pero no aparece escrito el plan, no hay evidencia y no puede cumplir con las finalidades que se persiguen:

1. Servir de esquema para dirigir las acciones de enfermería que buscan cubrir todas las necesidades de salud del usuario.
2. Proporcionar mecanismos para prestar un cuidado específico y coordinado.

3. Servir como instrumento de comunicación entre las enfermeras y otros miembros del equipo de salud.
4. Servir de guía para la evaluación de la afectividad de los cuidados brindados (los resultados esperados del plan).

Finalmente los planes de atención de enfermería deben:

1. Ser escritos por enfermeras profesionales.
2. Iniciarse al primer contacto con el paciente.
3. Estar disponibles para que el resto del personal los conozca.
4. Estar actualizados y ser pertinentes con la condición clínica del usuario.

Existen tres tipos de planes que se puedan formular:

Planes terapéuticos (T^o)
 Planes de enseñanza (E)
 Planes de diagnóstico (D)

Al escribir las órdenes debe especificarse de cual de ellos se trata.

CUARTA ETAPA: EJECUCIÓN DEL PLAN.

La elaboración del plan se inicia generalmente tan pronto se tiene elaborado el plan, es decir, muy pronto después de la administración y de la preparación de la valoración seguida del diagnóstico. En algunas unidades como Urgencias, UCI; Salas de Parto hay protocolos preestablecidos como planes y una vez que se identifica los problemas se procede a actuar con base en los protocolos.

A los profesionales de Enfermería se les identifica más que todo por lo que hacen, más que por los problemas que tratan. Actualmente, para desarrollar el conocimiento de enfermería se está enfatizando en que enfermería determine los problemas que puede tratar, las metas que pretende alcanzar y las acciones más adecuadas para solucionar dichos problemas.

En la etapa de ejecución tan importante como las demás, el profesional de enfermería, entra en contacto directo con el paciente no solo para aplicar el plan sino para valorar y evaluar el estado del usuario y ajustar el plan.

De acuerdo con los planes y la condición del usuario, la ejecución del plan puede estar a cargo del usuario y la familia; del usuario y el profesional de Enfermería; el profesional de Enfermería; el profesional de Enfermería y otros miembros del equipo para actuar bajo la dirección del profesional de Enfermería.

En el paciente ambulatorio lo ejecuta el paciente mismo y los miembros de su familia; algunas veces la familia puede participar en el cuidado interhospitalario.

En esta etapa el proceso de enfermería son muy valiosos los siguientes atributos:

1. Capacidades intelectuales.
2. Capacidades interpersonales.
3. Capacidades técnicas.

Las capacidades para tomar decisiones, la observación y la comunicación son aspectos significativos que aumentan las probabilidades de éxito durante la ejecución tanto del profesional de Enfermería como de los miembros del equipo de salud.

El éxito de planeamiento depende de la capacidad profesional de Enfermería para ponderar el valor de nuevos datos que se obtienen durante la ejecución y de las capacidades de innovación y

creatividad para realizar adaptaciones apropiadas, para compensar aspectos singulares que aparecen en el curso del cuidado ya sean estas físicas, emocionales, culturales, espirituales.

Algunas de las acciones que corresponden a la fase de ejecución que profesional de Enfermería realiza con y para el usuario son : inyectar, retirar, limpiar, frotar, dar masaje, flejar, irrigar, manipular, ejecutar, despertar, abrazar, sostener, sacar, aplicar, comunicar, administrar, influenciar, modificar, aliviar, prestar apoyo, enfriar, calentar, suministrar, acompañar, escuchar, pasear, mover, tocar, tranquilizar, ayudar a recobrar, animar, facilitar, interactuar, incorporar, explicar, arropar, doblar, etc.

Este tipo de acciones son necesarias para resolver o atenuar el problema del usuario

Las acciones realizadas por la enfermera pueden ser funciones **independientes o interdependientes**. Las interdependientes se refieren a la ejecución de indicaciones médicas relativas a medicamentos y tratamientos que forman parte del plan de atención médica así como la **colaboración** con miembros del equipo de atención multidisciplinaria para lograr un objetivo específico. El desempeño de las funciones interdependientes no implica seguir indicaciones de otros miembros en forma mecánica; más bien, es preciso ejercitar la crítica reflexiva y la emisión de juicios fundamentados para tomar decisiones relativas al ¿qué?, ¿cómo?, ¿cuándo? y ¿cuánto?

Campbell utiliza algunos conceptos para referirse a esta parte del proceso de enfermería según “Las funciones de enfermería incluyen actividades que reflejan responsabilidades de la enfermera en la realización del tratamiento de salud como son: acciones de enfermería, observación, educación y tratamientos médicos”.

Las actividades de enfermería están diseñada para cubrir las necesidades humanas que se han deducido con base en el problema del usuario. Si el diagnóstico de enfermería indica desequilibrio agua-sal, la actividad de enfermería debe ser tal que se cubran las necesidades de equilibrio de agua y sal. Con el fin de determinar e iniciar las actividades, el profesional de Enfermería, deben centrarse conocimientos científicos y una extensa formación en enfermería.

Existen tres categorías de actividades de enfermería iniciadas independientemente: Procedimientos de enfermería, observación de enfermería, y educación en salud.

Según Iyer y Taptich la ejecución del plan, **independientemente** del escenario donde se cumpla, comprende tres subetapas:

1. Preparación
2. Intervención
3. Registros

La **etapa de preparación** es necesaria para poner en marcha el plan. En la preparación se consideran una serie de actividades que en muchas oportunidades no se les da la consideración necesaria, por lo cual puede fracasar todo el plan preparado. Estas actividades incluyen:

1. Revisar las acciones que se han propuesto en el plan escrito.
2. Analizar los conocimientos y habilidades que se requieren para cumplirlos con seguridad para el usuario
3. Identificar las complicaciones potenciales que conllevan dichas actuaciones para el usuario
4. Determinar y procurarse los recursos necesarios.
5. Preparar un ambiente idóneo para las actividades que se propone cumplir.
6. Identificar y considerar los aspectos legales y éticos de las intervenciones de enfermería.

La revisión de las acciones a ejecutar obedece a la necesidad de actualización que el plan requiere. De acuerdo a la condición del usuario, el plan escrito previamente puede variar total o parcialmente y es necesario percibir los aspectos que en el momento de la ejecución no serían apropiados. El plan no es rígido sino que se configura y ejecuta para proveer un servicio óptimo al usuario. Iyer, sugiere algunos interrogantes que requieren respuestas antes de cumplir las actividades mismas:

- ¿Están de acuerdo con el plan de cuidado?
- ¿Se basan en principios científicos?
- ¿Son individuales para este paciente?
- ¿Consideran el ofrecimiento de un ambiente seguro y terapéutico?
- ¿Permiten la enseñanza y aprendizaje del paciente?
- ¿Utilizan los recursos apropiados?

El análisis de los conocimientos y habilidades que se requieren hace posible que el paciente reciba un cuidado de óptima calidad. Para el profesional de Enfermería que administra el cuidado, le permite delegar o no en otros ciertos aspectos del cuidado con base en la disponibilidad de personal capacitado. Una justificación sobre los conocimientos y habilidades para destinar personal a ciertas tareas serviría como elemento de juicio para proponer una dotación de personal en número y calidad necesarios.

La identificación de posibles complicaciones en las acciones que el profesional de Enfermería cumple, ya sean **actividades interdependientes o independientes**, exige que el cuidado de los pacientes esté dirigido por personal capacitado y conocedor del cuidado específico requerido. Cuando el cuidado queda en manos de personas con poco conocimiento o juicio para determinar los riesgos, los resultados pueden ser complicaciones graves.

Los profesionales de Enfermería recién egresados requieren de oportunidad de recibir un entrenamiento supervisado y dirigido científicamente y técnicamente para cumplir tareas específicas en un grupo de pacientes. Se ha creído que solo requieren orientación especial las enfermeras que trabajan en UCI.; sería deseable que en todos los servicios se revisaran los riesgos periódicamente y se adoptaran medidas correctivas para mantener un proceso de atención seguro y confiable.

La obtención de recursos necesarios para la atención y cumplimiento del plan es crucial en nuestro medio y por ello el profesional de Enfermería debe administrar los recursos de su unidad con criterios de eficiencia y economía que garanticen al paciente un cuidado seguro y que a la vez no incidan excesivamente en la economía del paciente que paga sus propios gastos ni en los de la entidad, especialmente cuando esta es de carácter social, ya que los recursos de éstas suelen ser muy escasos.

La creación de un ambiente seguro y cómodo es parte importante de la etapa de dar cuidado. Enfermería por su propia naturaleza tienen una conciencia muy clara de la influencia del ambiente sobre el individuo, por ello no solo reconoce los factores que son favorables o desfavorables en la intervención con el usuario sino que es capaz de proveer formas de contrarrestar efectos nocivos y hacer todo lo posible porque las influencias mutuas sean favorables. Nada más necesario que orientar al usuario en el ambiente del cual forman parte la unidad, los equipos, el personal a la vez que crear una relación de confianza y amabilidad hacia el usuario y su familia para que todo esto contribuya a la seguridad emocional del usuario. Además los aspectos físicos como luz, calor, ruidos, factores indispensables siempre en la creación de un ambiente agradable y seguro.

En muchas circunstancias es el profesional de Enfermería quien se encarga de descartar todas las posibilidades de accidentes, de lesiones, de contaminación, de negligencia, de olvido en lo que se respecta al tratamiento de los pacientes. Por ello es quizá una de las principales implicadas cuando hay fallas.

Para prevenir implicaciones **legales y éticas**, al ejecutar las acciones del plan, Iyer, recomienda tener en cuenta: los derechos del usuario, código de ética de enfermería y los aspectos legales, en Colombia el cumplimiento de la Ley 266 de 1996, que reglamenta la profesión de Enfermería y crea el Tribunal de Ética de Enfermería, encargado de vigilar el desempeño de los profesionales, de acuerdo a las directrices señaladas en el Código de Ética de Enfermería.

La misma autora enumera **los derechos del usuario** de acuerdo con la declaración de Derechos del Usuario de servicio de salud publicado por la Asociación de Hospitales en 1973. La finalidad de esta declaración fue la de mejorar la calidad del cuidado y aumentar la satisfacción de los usuarios. Esta declaración reconoce que el usuario tiene derecho a:

- Tener una atención considerada y respetuosa.
- Recibir información del equipo de salud
- Dar su consentimiento a procedimientos solo después de recibir información.
- Rechazar el tratamiento cuando lo desee.
- Mantener su privacidad.
- Mantener la confidencia en lo que concierne al personal.
- Recibir respuestas razonables cuando formula preguntas.
- Recibir información sobre las relaciones existentes entre las instituciones o entre los profesionales que se han responsabilizado de su cuidado. Saber el nombre de su médico.
- Saber si se está haciendo investigación que lo involucra y pedir su consentimiento.
- Tener información y explicaciones sobre sus cuentas.
- Tener conocimiento de las reglas y normas que regulan la conducta del cliente mientras esté en la institución.

Otro aspecto importante al ejecutar las acciones son las implicaciones legales de negligencia profesional. Para que se puedan formular cargos de negligencia contra el profesional de Enfermería debe considerar:

1. Las obligaciones de cuidado del cliente (dar cuidados de acuerdo con estándares).
2. Infracción de las obligaciones (ha habido violación de las obligaciones con el cliente).
3. Lesiones – se han producido daños físicos y emocionales al cliente.
4. Las lesiones deben ser el resultado de infracción de las obligaciones.

Por negligencia pueden entenderse actos de omisión como cuando no se inicia la administración de un medicamento o tratamiento ordenado por el médico. También pueden ser actos de omisión aquellos en que se da al paciente la droga o el tratamiento incorrecto.

Otras formas de negligencia suceden cuando se delegan las responsabilidades a otros practicantes o estudiantes. El profesional de Enfermería, debe responder por lo que suceda ya que es ella quien tiene, por su rango y licencia de práctica, la responsabilidad de cumplir con la orden médica y las ordenes de enfermería.

A medida que se ejecutan las acciones para y con el usuario se va haciendo valoración y de esta surgen inmediatos planes, ya sean terapéuticos o de enseñanza. Dentro del concepto de interacción de las diversas etapas del proceso de enfermería cabe destacar aquí de que manera cada etapa del

proceso genera información hacia la etapa siguiente, hacia lo anterior o hacia todas. La etapa de ejecución, que es la que **implica mayor proximidad al usuario**, da las mejores oportunidades para reiniciar el proceso de enfermería. De la ejecución se obtienen datos para valoración y diagnóstico; de la ejecución se obtienen datos para modificar el plan y la ejecución misma y, por supuesto, datos para evaluar los resultados pues, mientras se da el cuidado se están percibiendo todas las respuestas que indican el éxito o el fracaso del plan.

El Registro de las ejecuciones del Plan:

El tercer paso en la ejecución es el registro de las acciones cumplidas y sus resultados. Las acciones de enfermería se comunican tanto oralmente como por escrito. Los profesionales de Enfermería tienen generalmente personas específicas a quienes rinden los informes: a jefe del equipo, coordinadores, profesionales y demás integrantes del siguiente turno.

Razones para los Registros:

El registro o carpeta del cliente es un compendio escrito sobre el estado de salud y el cuidado dado al cliente. Describe la salud del cliente, especifica las medidas diagnósticas y terapéuticas y las respuestas del cliente; éstos incluyen también los registros hechos por enfermería.

Son varias las razones por las cuales se producen y conservan los registros. Las más destacadas son:

1. **Comunicación:** mediante los registros se comunican los miembros del equipo de salud. Aun cuando hay comunicación verbal entre ellos, la comunicación escrita es eficiente y permanente. Se evitan errores y se puede pasar información de unos a otros.
2. **Documentación legal:** Los registros sirven para documentar defensas en juzgados y tribunales, siempre y cuando la ley lo permita o si el paciente no se opone por violación a su privacidad. Los registros, desde el punto de vista legal, pueden constituir pruebas para la defensa del personal de enfermería o médico o para la defensa del usuario.
3. **Investigación:** los registros pueden ser instrumentos valiosos para la investigación, especialmente de investigaciones de tipo retrospectivo. Para el usuario mismo que pueda olvidar detalles de su historia, los registros sirven para conducir adecuadamente el tratamiento. Son valiosos en estudios experimentales de drogas y tratamientos. Entre estos últimos, los registros de los tratamientos propuestos por enfermería y sus relaciones con ciertos diagnósticos de enfermería sirven para respaldar acciones de enfermería específicas.
4. **Estadística:** los registros sirven para que las instituciones puedan establecer planes para futuras necesidades basadas en datos estadísticos y tendencias. Todo ello se obtiene de los registros.
5. **Educación:** los registros son muy valiosos para el proceso educativo de todos los profesionales de salud. En los registros se puede tener una visión completa del cliente, si todas las esferas del individuo se han considerado y si las disciplinas involucradas han hecho registros.
6. **Auditoria:** los registros sirven también para controlar la calidad del cuidado que recibe el paciente y las capacidades del personal que da el cuidado. Una auditoria de enfermería revisa concretamente el cuidado de enfermería. Es con frecuencia de tipo retrospectivo del cuidado dado y se hace comparándolo con estándares o normas preestablecidas.

A veces la auditoria es realizada por agentes externos a la institución; otras, la misma institución tiene un comité que controla la practica de los integrantes del equipo de salud por separado. Otras veces la auditoria se realiza por instituciones externas autorizadas.

ORDENES DE ENFERMERIA

Al escribirlas se debe escoger la más efectiva: Preguntarse:

- 1- ¿Esta acción está respaldada por principios científicos o teorías?
- 2- ¿Podría usted explicar de que modo puede ser efectiva la acción?
- 3- ¿Podría esta acción causar daño en alguna forma o producir incomodidad innecesaria?
- 4- ¿Se acopla esta acción a la forma de vida usual que usted conoció según la valoración?
- 5- ¿Es esta acción compatible con los valores del paciente?
- 6- ¿Hay equipo y personal para hacerlo?
- 7- ¿Es la acción razonable y realista?
- 8- ¿Hay un riesgo grande para el paciente?

CRITERIOS PARA ESCRIBIR ÓRDENES DE ENFERMERIA

- 1- Implican funciones independientes de enfermería. No dependen totalmente de las órdenes médicas.
- 2- Pueden ser la interpretación que hace la enfermera de las órdenes médicas. Por ejemplo: Orden medica: Cambiar vendajes según necesidad. Orden de enfermería: Colocar tres apósitos extras 4x4 pulgadas al cambiar la curación a las 9:30 antes de que el paciente se vaya a fisioterapia.
- 3- Emplear al máximo la independencia del individuo. No deben formularse órdenes de enfermería cuando el paciente es capaz terapéuticamente de atenderse por si mismo. Por ejemplo: Ordenar ejercicios pasivos si es posible que el usuario realice ejercicios activos; ó Cambiar de posición al usuario cada dos (2) horas en lugar de, darse cuenta de que el paciente se ha cambiado el mismo de posición, cuando esta en capacidad de hacerlo.
- 4- Se deben relacionar específicamente con los resultados esperados que se han propuesto.
- 5- Deben ser tan específicos que no se mal interpreten por las enfermeras del siguiente turno. Por ejemplo: Cambiar de posición frecuentemente (???) Por cambiar deposición cada 2 horas
- 6- Sea breve, no repita
- 7- Cuando las acciones de enfermería son las mismas para dos problemas- combine los problemas. Por ejemplo: Debilidad y disnea al ejercicio R/C daño cardiaco y disminución del gasto cardiaco.
- 8- Incluya órdenes para todos los turnos y no solo para el suyo.
- 9-- Firmado por la persona que lo elabora. Cualquier persona que desea discutirlo puede saber a quién dirigirse.
- 10- La enseñanza sobre salud debe escribirse: Lo que se va a enseñar. Quien lo va a enseñar. A quien lo va a enseñar. Las técnicas especiales: videos, folletos, otros. Deben marcarse como cumplidos cuando se ejecuten – Firmar y poner fecha. Si se requieren ser repetidos, señalarlo.
- 11- Las acciones de enfermería que tienen que ejecutarse una sola vez generalmente no se escriben en el plan de cuidados. Simplemente se ejecutan, por ejemplo: hablar con la dietista para que visite y evalúe esto. Solo se escriben si va hacer ejecutada en otro turno por otra persona.
- 12- Las órdenes de enfermería deben incluir también observaciones específicas como: Observar la caída de TA , pulso rápido y aumento de respiración.

QUINTA ETAPA: EVALUACION

La quinta etapa del Proceso de Enfermería ha sido en muchos casos olvidada, argumentando que no es fácil cumplir con ella, bien por falta de tiempo o porque las etapas que la han precedido tampoco han sido cumplidas a cabalidad.

Algunos autores, entre ellos Kelly (5), proponen la evaluación como núcleo del Proceso de Enfermería que ella llama modelo de juicio-acción. Para esta autora la evaluación tiene un significado de decisiones para asignar valores a la información con el fin de **pesar, discriminar, cuantificar y calificar**. Esta forma de evaluación es diferente a la conocida evaluación de resultados.

Griffith y Christense (6) señalan que la evaluación ideal es una parte integral de cada uno de los componentes del proceso y no solamente una de las etapas del mismo.

Veamos ahora de que manera podría aplicarse la evaluación a cada una de las etapas del proceso de atención de enfermería.

A. VALORACIÓN

En esta etapa se aplica el juicio clínico a la información que se obtiene y a medida que se van tomando los datos se les va dando sentido o significancia y se va estimulando la formación de hipótesis sobre probables áreas problema. La observación crítica puede llevar a una observación más concienzuda y a una mejor interacción con el paciente. Se buscan datos para confirmar hipótesis o rechazarlas o para explicar más adelante el significado de lo observado.

Cuando no se ejercen juicios sobre los datos a medida que se van obteniendo, se puede olvidar la hipótesis inicial; los datos pueden resultar insuficientes o imprecisos de ciertas áreas; de este modo puede ser difícil la asociación de hallazgos.

La evaluación en la valoración comprende la ponderación de los datos respecto de su significado para formular hipótesis diagnósticas posteriormente. También contribuye a reconocer que faltan datos y mantener el principio de continuidad.

B. DIAGNOSTICO

La evaluación crítica de las categorías diagnósticas utilizadas para rotular un conjunto de signos y síntomas sirve para establecer la corrección del diagnóstico utilizado y para dirigir la selección de las etapas siguientes del proceso de enfermería. Por ejemplo, si los datos son insuficientes para sustentar el diagnóstico formulado, el paso siguiente es volver a la etapa de valoración. De otro modo, si se evalúan como suficientes los rótulos diagnósticos para la situación, la etapa siguiente es el planeamiento del cuidado.

En la evaluación de esta etapa se puede considerar todos los diagnósticos que se asocian a los datos obtenidos, como hipótesis. La evaluación y prueba de la utilidad de estas hipótesis tiene lugar a lo

(6) Griffith y Christensen. Proceso de Enfermería, aplicación de teorías, guías y modelos. Manual Moderno. México. 1986. hablar en la apreciación.

largo de posteriores valoraciones del estado del usuario y del juicio crítico que se haga a los resultados y las intervenciones. En la etapa de diagnóstico pueden surgir varios diagnósticos y otros nombres de problemas que se pueden conservar o descartar gracias a la evaluación crítica para ese conjunto de signos y síntomas.

C. PLANEAMIENTO

En esta etapa se hace evaluación crítica cuando se está formulando el plan y luego cuando se ha ejecutado para medir los resultados obtenidos. Los planes se evalúan en dos sentidos:

- a. Si son adecuados para el cliente
- b. Si se ajustan a normas preestablecidas

Se pueden juzgar los planes formulados al compararlos con planes estandarizados en las instituciones o en los textos. Ya existen textos que proponen planes para ciertos diagnósticos (7). Cuando se tienen estos planes estándares para compararlos con los planes que se están diseñando, es también necesario que se revisen para ver si se ajustan a la situación del usuario, es decir que se debe evaluar su individualización. El hecho de que los planes estandarizados ya están escritos puede tentar a los profesionales a usarlos sin juzgar críticamente si se ajustan al cliente o no.

Así la evaluación en la etapa del planeamiento, juzga, si los planes propuestos son comparables a los estandarizados y además si tales planes se ajustan a la condición particular del usuario.

D. EJECUCIÓN DEL PLAN

En esta etapa la evaluación es tan importante como en las otras. La evaluación se centra tanto en las acciones como en el progreso. Los resultados en términos del comportamiento del cliente son en esta etapa tan importantes como en las dos anteriores: planeamiento y diagnóstico. Sin embargo, cuando se hace evaluación a la vez que se realizan las actividades, esto puede tener varios fines adicionales.

1. Evaluar la capacidad de quienes ejecutan el plan, ya sea por auto evaluación o por evaluación personal por los superiores.
2. El conocimiento sobre las actividades se pueden evaluar observando las intervenciones al tiempo que se ejecutan. Si la ejecución la realiza el usuario, entonces tiene que hacerse juicio crítico y lograr fines diagnósticos al identificar si el usuario requiere ayuda.
3. Determinar los esfuerzos que se requieren para ejecutar las acciones de enfermería. En cada situación puede haber factores que afectan el progreso y la ejecución de cualquier intervención programada. A veces estos factores no se han reconocido durante el planeamiento. Los cambios en las condiciones afectan también el progreso y ejecución y los esfuerzos pueden ser mayores o menores que lo previsto. Esto puede retardar o precipitar los resultados e impedir la ejecución de las acciones.
4. Para asegurar la cooperación y persistencia en las actividades de intervención se requiere evaluar los esfuerzos, los conocimientos y las habilidades de los ejecutores.

Otro factor que se considera en la evaluación de la ejecución del plan es la evaluación por parte del usuario. Esta evaluación es tan importante como la que hace el profesional de Enfermería de los resultados.

El cliente evalúa al personal de enfermería del mismo modo que su actividad personal. Esta evaluación se dirige a la comodidad de los dos participantes y al grado de satisfacción de las expectativas. Todas estas y otras evaluaciones posibles son valiosas para tomar decisiones respecto a un nuevo planeamiento o cambios de las órdenes seleccionadas

(7) Mi Ja Kim, G. McFarland. Diagnóstico de Enfermería. Interamericana – McGraw Hill. Bogotá: 1990.

E. EVALUACIÓN DE LOS RESULTADOS

La evaluación de los resultados se dirige a los comportamientos y es la que con más frecuencia se utiliza cuando se habla de la etapa de evaluación en el PAE.

Cuando los resultados son los que se esperaban entonces se juzga que son apropiadas las etapas de diagnóstico, planeamiento y ejecución del plan.

Estos resultados son los que se propusieron como resultados esperados en la etapa de planeamiento. Su formulación en forma de conductas objetivamente observables hace posible ese juicio ya que son indicadores del progreso. Si los resultados están dentro de la dirección deseada, se considera que los diagnósticos existentes, los juicios clínicos, las órdenes de enfermería y los métodos de intervención permanecerán inmodificados. En caso de que no se logren los resultados será necesario iniciar nuevamente la recolección de datos adicionales, formular diagnósticos, hacer planes e intervenciones nuevas.

Cuando se hace evaluación concurrente como parte del proceso de enfermería se pueden evitar resultados no deseados.

La evaluación de resultados alcanzados sirve para que el profesional de enfermería pueda apreciar la efectividad de sus acciones.

En la evaluación de resultados del cuidado y la mayoría de las autoras coincide en recomendar una comparación entre lo planeado como resultados esperado con los resultados alcanzados en las fechas límites.

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

1. Hacer una lista de todos los resultados que se propusieron en el plan con las fechas límites.
2. Valorar al cliente para ver si demuestra cambios en su apariencia, en su estado físico, en lo que hace, dice según se ha propuesto en el plan al proponer las metas o resultados esperados.
3. Establecer la comparación entre lo que se planeo y lo que se alcanzó en el plazo establecido y condiciones prefijadas.
4. Discutir con el cliente sus percepciones e ideas respecto a los cambios alcanzados o los que no se lograron.
5. Examinar más detenidamente las metas y su logro:
 - a. Si se lograron fácilmente es quizá porque el profesional de Enfermería propuso metas a largo plazo que pudieran haberse programado para lograrlas en menos tiempo.
 - b. En ese mismo tiempo probablemente el paciente podrá estar alcanzado. Discutir estos aspectos con el paciente y su familia. No hay que olvidar que a la familia le cuesta el tiempo de atención de salud y que las tarifas generalmente son altas.
6. Si las metas se logran parcialmente o no se logran, debe reunirse datos para examinar los errores. Deben responderse las siguientes preguntas:
 - a. ¿Se lograrán las metas a corto plazo?
 - b. ¿Son reales estas metas para el paciente?
 - c. ¿Qué es lo que es importante para él?
 - d. ¿Cree el paciente que estas metas son importantes?
 - e. ¿Puede él indicar que es lo que cree que esta retardando el logro de las metas?

- f. ¿Puede la enfermera identificar otros obstáculos que están retardando el logro de metas?
 - g. ¿Se ha aplicado fielmente el plan de cuidados, o se han omitido partes?
7. Registre sus hallazgos y respuestas a estas preguntas si las tiene. Escriba una nota evaluativa en la columna de evaluación del plan o en el lugar acordado por la institución. En la nota evaluativa debe decidirse:
- a. ¿Qué logró completamente?
 - b. ¿Qué logró parcialmente?
 - c. ¿Qué no logró?
 - d. ¿Las razones que usted crea que puedan justificar no haberlas logrado o el porque de los logros parciales?

Las respuestas a estas preguntas sirven para que el profesional de Enfermería junto con el usuario propongan nuevos planes cada vez que sea necesario. Cuando la situación problema ha sido reducida o cambiada totalmente, el diagnóstico y el plan correspondiente quedan cancelados.

Una evaluación cuidadosa, crítica y detallada de los diferentes aspectos del cuidado de enfermería es la clave para lograr la excelencia en la provisión de los cuidados y el mejoramiento continuo de los servicios de salud.

BIBLIOGRAFÍA

1. GARZON, Nelly – Anotaciones de Progreso. Material mimeografiado estudios de Pos grado – Facultad de Enfermería- 1983.
2. DE REALES G, Edilma. El Proceso de Atención de Enfermería. Material Mimeografiado. Universidad Nacional de Colombia.1997
3. GIL, Olivia. Los registros Orientados según los problemas – Material para la educación Continuada – Facultad de Enfermería, Universidad Nacional, Bogota, 1988.
4. Gordon, Marjory – Nursing Diagnosis. Mc graw – Hill. Bogota, 1982.
5. VAUGHAN – Wrabell Bethy y Herderson Bethy. The problem Oriented System in Nursing. The C. V. mosby Co. San Houis; 1982.
6. IYER, Patricia W. Proceso y Diagnósticos de Enfermería. Tercera Edición. McGraw Hill. Interamericana. 1997

EL SISTEMA DE REGISTROS ORIENTADO HACIA LOS PROBLEMAS:

NOTAS DE PROGRESO EVOLUCION DE ENFERMERIA

Los registros orientados según los problemas fueron concebidos por el Doctor L. Wced quien en 1969 desarrollo este sistema de registro para los médicos con el fin de asegurar la calidad del cuidado. Este sistema fue probado en varios centros universitarios en los estados Unidos y luego ha sido aceptado por diversa Facultades de Medicina y Hospitales en Norteamérica y en buena parte de los centros médicos de otros continentes. En nuestro medio, es un sistema muy empleado por el personal medico principalmente.

Los registros orientados hacia los problemas en Medicina tienen los siguientes componentes :

1. Una base de datos bien definida (historia básica amplia)
2. Una lista completa de los problemas identificados.
3. Los planes iniciales.
4. Las notas de progreso o evaluación.

Para enfermería estos componentes se han modificado algo e incluye después de los planes iniciales, las ordenes de enfermería, las notas de progreso de enfermería y el resumen de alta.

1. LA BASE DE DATOS DEFINIDA

Esta es la colección inicial de información sobre el paciente y es la base sobre lo cual se identifican problemas y se planea el cuidado individualizado. El instrumento para reunir los datos debe definirse de antemano para que se pueda obtener la información específica que se requiere para planear el cuidado mas completo.

Enfermería tiene interés en una visión total del sujeto y por esto los instrumentos que utiliza para esta base de datos conduce a la obtención de datos de todas las esferas : Física, Emocionales, sociales y Espirituales. Con todo, un instrumento para una base de datos, se debe adaptar al tipo de paciente con énfasis en el nivel de dependencia en el cuidado que requiere, Por ejemplo : Cuidado de mantenimiento de la salud, cuidado critico, cuidado intermedio o de rehabilitación.

La base de datos incluye toda la información necesaria para poder reconocer los problemas reales o potenciales y de allí establecer los planes.

Según se ha visto, una base de datos para enfermería, podría tener una orientación por los patrones funcionales de salud; actividades de la vida diaria o algún modelo de enfermería; seguido por el examen físico pertinente.

Si la base de datos fuera común con la del medico, las enfermeras podrían contribuir a obtener datos; sin embargo es necesario que enfermería obtenga datos específicos para que su diagnostico y planeamiento sean mas enfocados al área de enfermería pues los otros profesionales que aportan en el sistema tendrían también sus propios enfoques.

2. LA LISTA DE LOS PROBLEMAS

Incluye los problemas o enunciados diagnósticos médicos y de enfermería. "El foco de la medicina es el diagnostico y tratamiento de la enfermedad o patología, mientras el foco de la enfermería es el diagnostico y tratamiento de las **respuestas humanas** a estresores intrapersonales, interpersonales y extrapersonales".

(Henderson 1978)

Como ejemplo de la lista de problemas el señor B.C.G., vea el cuadro 1A

Esta lista se coloca como primera hoja en el Registro Clínico del paciente, con el fin de facilitar la comunicación entre todos los miembros del equipo de salud sobre los problemas del paciente.

3. EL PLAN INICIAL

En el plan inicial cada diagnostico debe tener un plan de cuidado para que todos los profesionales que contribuyen puedan trabajar juntos para no dar un cuidado fragmentado.

Cada diagnostico debe tener metas en términos de resultados esperados en el paciente. El plan puede tener tres partes si es necesario : El plan Dx (Diagnostico) cuando se requiere ampliar información, el plan terapéutico (Te) y el plan de enseñanza (Ed) para el paciente y la familia sobre problemas específicos y su manejo.

El plan inicial de enfermería debe estar colocado en una parte de la carpeta del paciente donde estén los planes médicos iniciales. En nuestro medio aun no se hace de este modo pero es posible pensar que si la historia y los planes de enfermería esta bien hecho y el personal directivo y el científico de una institución reconoce la importancia de los registros únicos orientados según los problemas (ROP) no vacilaran en aprobar un lugar para ellos.

4. LAS NOTAS DEL PROGRESO

Si se ha hecho un plan inicial y se ha aplicado, debe evaluarse el progreso que haya tenido la situación del cliente sea este un paciente individual, una familia o un grupo. Este se hace mediante las notas de progreso .

CUADRO No. 1ª
LISTA DE PROBLEMAS

PROBLEMA	PROBLEMA .ACTIVOS	FECHA DE REGISTRO	FECHA EN EL QUE EL PROBLEM QUEDO INACTIVO
A C V		10/5	
HIPÉRTENCION		10/5	
BRONCONEUMONÍA			
POTENCIAL HIPOXEMIA 2ª A NEUMONIA		10/5	
DÉFICIT DE AUTOCUIDADO GRADO II (VESTIRSE, MOVILIZAR E HIGIENE) R/ C CON DEBILIDAD MUSCULAR		10/5	
DISMINUCIÓN EN AUTOCONCEPTO R/C ALTERACIONES PATRON DE COMUNICACION		10/5	
POTENCIAL PARA LESIONES DE LA PIEL R/C INMOVILIDAD		10/5	
INEFECTIVIDAD POTENCIA DE MANTENER PERMEABLE EL TRACTO RESPIRATORIO R/C SECRECIONES ABUNDANTES			10/5
ALTERACIONES EN EL PATRON DE NUTRICION: MENOR QUE EN LOS REQUERIMIENTOS CORPORALES. R/C DISMINUCIÓN DE LA INGESTA		10/10	

Estas proveen un registro completo, conciso y significativo de las respuestas del paciente a su enfermedad a los planes de cuidado medico y de enfermera e informa sobre la valoración de enfermería y plan de cuidado.

Los principales aspectos que se incluyen en el registro son :

1. El progreso físico, signos y síntomas que indican una desviación del estado normal del paciente o de su progreso a la normalidad.
2. Las respuestas psicosociales del paciente y de la familia a la enfermedad y al plan de cuidados.-
3. Anotaciones relacionadas con las metas de enfermería y el plan para la dada de alta.
4. Desviaciones en los aspectos mas corrientes (por ejemplo: rechazo de las medicinas, falta de cumplimiento de las ordenes medicas; falta de cooperación del paciente, dificultad del paciente para comprender ocurrencia de hechos poco comunes, tales como caídas).

NORMAS Y PROCEDIMIENTOS Sobre las anotaciones SOIP (subjetivo, objetivo, interpretación, plan)

Las notas de enfermería se escriben en relación a los problemas, en términos que se reporten progresos o falta de este. Estas notas reflejan si los planes ejecutados han sido efectivos o inefectivos. Se plantea la documentación (registro) de cada uno de los problemas en la misma forma y de acuerdo con las normas establecidas en relación con : fecha, hora, nombre del problema, el numero clave de entrada, (según numero que le correspondió en la lista general).

El método SOIP se emplea como un marco de referencia para registrar las anotaciones del progreso del paciente. Ellos comprenden observaciones subjetivas y objetivas del problema ; interpretación del progreso o falta de progreso del problema y el plan de cuidados de enfermería que requiere dicho problema no es necesario emplear todos los componentes SOIP en cada anotación, pero debe mantenerse el orden, por ejemplo SOP, OP, etc, tratando cada componente en mayores detalles. La documentación de un problema incluye consideraciones como las siguientes :

(S) SUBJETIVO :

Las anotaciones incluyen lo que el paciente dice acerca de su problema, o lo que se dice acerca de el . El paciente se considera como **la fuente primaria** de información, en relación con su problema y es mejor utilizar las mismas palabras del paciente entre comillas, cuando sea posible. Una fuente secundaria de información subjetiva puede ser la esposa los pacientes, amigos, etc., concretamente el área subjetiva incluirá:

- La percepción del paciente de lo que ha experimentado y esta experimentando. Ejemplo síntomas, molestias, sensaciones etc.
- Como esta respondiendo o a respondido.
- En que forma su problema de salud ha interferido o no en sus actividades de la vida diaria o en el estilo de vida deseado.
- Que factores agravan su situación y cuales lo alivian.
- Cuales son sus expectativas, cuales son sus prioridades y metas, que limitaciones acepta y que tiene planeado hacer.
- Como quiere participar en el manejo de su estado de salud.
- Como desea utilizar sus recursos y los sistemas de apoyo disponibles (personal, financiero, etc)
- Cuales, según el, son sus habilidades y sus recursos, sus deficiencias o defectos.

Ejemplo : S- “ Tengo dificultad para respirar “ la hija del paciente dice “que esto ocurre cuando esta nervioso o alterado “ .

(O) OBJETIVO :

En este punto se incluyen las observaciones hechas por la enfermera, los datos de laboratorio pertinentes o significativos, **las actividades de enfermería que se llevan a cabo, en relación con el problema identificado.**

Los datos objetivos se pueden desagregar así :

1. Observaciones clínicas :

A. Signos o síntomas medibles : Ejemplo:

Cuantitativos

Frecuencia de signos vitales
Tamaño de la herida
Cantidad de drenaje
Líquidos ingeridos o eliminados, cantidades.

Cualitativos

Tipo de respiración, por ejemplo: superficial
Estado de la herida, por ejemplo : sutura
Descripción de los líquidos ingeridos y eliminados: color y aspecto

B. Funcionamiento del equipo que ayuda al paciente, por ejemplo
Gomco
Tubos de tórax

Venoclisis

C. Iniciación y discontinuación de procedimientos, por ejemplo:

respirador
Tratamiento con radiaciones

D. Expresiones corporales y otros comportamientos, Por ejemplo :

1. quejidos
2. paseadera - Pensativo
3. Gesticulación facial.

E. Actividades que afectan al paciente.

Traslado
Dada de alta

F. Datos de laboratorio.

El CH muestra sedimentación 32
Gases arteriales muestran PO₂ 20%

2. ACCIONES DE ENFERMERIA RELACIONADAS CON EL PROBLEMA :

Por ejemplo :

Tratamientos que se hacen por el paciente
Información que se le da al paciente

Ejemplo : T: 38.6, P. 64, TA 22/12 en descanso respiración difícil

Se observa temblor y sudor.

Instrucción sobre el tratamiento con el respirador, tratamiento durante 10 minutos dado por la terapeuta, toma de muestra a las 8 A.M.

Resultados : PaO₂ 96%
Cabecera de la cama elevada.

I. Interpretación o evaluación : lo que usted piensa que le está sucediendo al paciente y por que.

La interpretación toma en consideración los datos subjetivos y los datos objetivos y saca sus conclusiones de ellos: puede reflejarse la percepción de la enfermera acerca del progreso del paciente en un área problema o el efecto de una intervención de enfermería en el tratamiento o educación. Una anotación interpretativa – evaluativa puede reflejar el concepto de que no se puede llegar a una conclusión o que no es el momento apropiado ; por ejemplo : El desacuerdo con el enfoque de tratamiento que está utilizando una colega o un miembro de otra disciplina.

Ejemplo: E. Leve alteración de la respiración posiblemente relacionada con el estado de ansiedad. Parece aliviarse un poco con el tratamiento IPPB y la elevación de la cabecera. No mostró ninguna reacción al explicarle el propósito de la IPPB.

Plan Indica lo que se hará al paciente con un problema específico. Puede ser la continuación de un plan o un nuevo plan. El plan puede ser: estar alerta acerca del problema del paciente o continuar observando ciertos signos y síntomas, o comportamientos relacionados con el problema (Dx): También puede incluir un procedimiento una acción terapéutica específica o a la educación del paciente y su familia.

(Ed.) La documentación del plan es importante, no solamente cuando ocurre un cambio, si no también cuando el plan se evalúa o reajusta:

Ejemplo:

1. Notificar al servicio
2. Continuar el tratamiento en IPPB y elevar la cabecera de la cama
3. Hablar con el paciente y la familia acerca de las posibles causas de ansiedad.

A continuación se presentan dos ejemplos de notas de progreso en el formato SOIP y aun para SOIPE.

DIAGNOSTICO DE ENFERMERIA

Inefectividad potencial de mantener permeable el tracto respiratorio .
R/C Secreciones Abundantes.

S. “No se que voy a hacer con esta tos; siento que me va a romper los pulmones”

O. Tos frecuente, no productiva, estertores FR.26, superficial, irregular.

I. Desconoce técnica adecuada para toser y expectorar; temor al expectorar.

Ptx. Nebulizaciones con aminofilina y Bricanyl según orden medica, cada 8 horas.
Ofrece 250 ml. Cada cuatro (4) horas de jugos u otro liquido.
Cambio de posición cada dos (2) horas.
Percutir tórax al toser.
Ayuda a toser.

Ped. Enseñar técnicas efectivas de respirar y toser.

PDx. Recolectar información adicional otro temores relacionados con el

toser.

DIAGNOSTICO:

Alteración en la nutrición : Menor que los requerimientos corporales. R/C inapetencia.

- S.** “no tengo apetito, ni quiero ver ni oler la comida, me da mucho asco, tengo mal sabor en la boca”.
- O.** Ingiero un pan y media tasa de te durante el desayuno, y una pequeña porción de arroz en el almuerzo.
Perdida de un kilogramo en una semana.
- I.** Disminución del apetito y del consumo de alimentos debido a la dieta hospitalaria y mal sabor en la boca.
- Ptx.** Planear con el paciente y la nutricionista la dieta de acuerdo a su gusto y a las posibilidades del hospital. Ofrece dieta fraccionada 7:00 A.M – 10:00 A.M – 1:00 pm – 4:00 p.m. – 7:00 p.m., después del aseo oral.
- Ped.** Dar sesión educativa sobre alimentos con base en su necesidad educativa y posibilidades económicas.
- E.** mejor tolerancia a la dieta fraccionada después del plan Tx.

Otras formas de registro de progreso.

Se conocen tres variedades de registro de progreso :

5. Notas narrativas: Son las que registran la evolución o progreso del paciente diariamente o de acuerdo con el progreso real del cliente o su condición.

Se refiere a cada problema activo específico y al registrarlas se copia el problema como encabezamiento o simplemente se escribe el número que le corresponde en la lista. Cuando uno de los profesionales no tiene nada nuevo que reportar simplemente se escribe: FECHA: “Igual condición” y firma.
6. Hojas de flujo: Son notas para reportar el progreso del cliente según lo revelan variables específicas como por ejemplo: Pulso, TA, Drogas administradas, eliminación, etc. En cada turno se registran las notas concretas de acuerdo con el interés predeterminado para cada problema.

El cuadro siguiente ilustra una hoja de flujo para evolucionar el progreso del cliente. En este esquema hay lugar para registrar datos subjetivos, objetivos. Este tipo de registros no solo se usan con la ROP sino que puede ser una modalidad para los registros tradicionales o según la fuente.
7. Notas de alta: Las notas de alta comprenden también, las notas de progreso al planear la salida del cliente de la institución para ser remitida a otra. En estas notas cada problema se evoluciona con el estilo SOIP. De este modo las enfermeras que seguirán cuidando al cliente pueden tener un resumen del proceso de enfermería para cada problema porque en realidad las notas SOIP son equivalentes al proceso de enfermería.

BIBLIOGRAFÍA

7. GARZON, Nelly – Anotaciones de Progreso.. (Material mimeografiado) – estudios de Posgrado – Facultad de Enfermería- 1983.

8. GIL, Olivia. Los registros Orientados según los problemas – Material para la educación Continuada – Facultad de Enfermería, Universidad Nacional, Bogota, 1988.
9. Gordon, Marjory – Nursing Diagnosis. Mc graw – Hill. Bogota, 1982.
10. VAUGHAN – Wrabell Bethy y Herderson Bethy. The problem Oriented System in Nursing. The C. V. mosby Co. San Houis; 1982.

TALLER “ PROCESO DE ENFERMERIA”

EJERCICIOS PARA FORMULACION DE DIAGNOSTICOS

Material:

1. La segunda etapa del proceso de enfermería.
2 Griffith y Christensen “El Proceso de Enfermería” - Capítulo 5

Instrucciones:

Con base en las normas sugeridas en el artículo sobre la construcción de los enunciados de los diagnósticos de enfermería, vea cada ejemplo del ejercicio para:

- a. Colocar en el espacio a la izquierda el número de la norma que se está incumpliendo en cada ejemplo
- b. Escribir correctamente el diagnóstico en los espacios a la derecha.

____A- Riesgo de sofocación del bebe relacionado con descuido de la madre. _____

____B- Alteraciones en la mucosa oral a causa de incumplimiento de enjuagues prescritos _____

____C- Déficit en el Autocuidado / incapacidad para las actividades de la DIARIA _____

____D- Riesgo de sufrir glaucoma / Hipertensión. _____

____E- Potencial para trauma a causa de sus alteraciones sensoriales. _____

____F- Necesita succión de secreciones. _____

_____ G- Déficit en el conocimiento relacionado con déficit en el mantenimiento de la salud.	_____ _____ _____
_____ H- Incomodidad y limitaciones para usar miembros superiores seleccionado con presencia de venoclisis hace 3 días.	_____ _____ _____
_____ I- Requiere barandas para su Protección.	_____ _____ _____
_____ J- Alteración en la integridad de la piel / herida quirúrgica	_____ _____ _____
_____ K- Alteraciones de la percepción sensorial / riesgo de sufrir lesiones por caídas.	_____ _____ _____
_____ L- Alteración en la comodidad: dolor relacionado con fractura del fémur derecho.	_____ _____ _____

CASO DE ESTUDIO

1. Información General.

Nombre del paciente: W.S
 Edad: 23 años
 Estado civil: Soltero
 Natural de : Cali (Valle)
 Procedencia: Santa fe de Bogotá
 Profesión: Vendedor de verduras
 H.C No. 938557 – Religión Católico
 Dirección del paciente: Carrera 11 No. 8 – 59 sur
 Persona responsable: Maria de S. (madre)

2. Evolución.

Paciente que llegó al servicio de urgencias el día 08 de noviembre a las 12:30 PM; presentando heridas por arma cortopunzante (tres) localizadas en:

1. Región precordial 3 E.I.C con línea paraexternal izquierda.
2. En 6 E.I.C con línea axilar media.
3. Arteria pulmonar intrapericardiaca, la cual se sutura.

Presenta signos de shock (palidez mucocutánea, taquicardia, pulso débil) debido a taponamiento cardiaco presente. Por tal motivo en salas de cirugía se le realiza esternotomía media y pericardiomía; el paciente sale de salas con catéter externo, tubo de tórax y tubo mediastinal permeables.

Al primer día de postoperatorio (nov. 9) presenta nuevamente taponamiento cardiaco y se realiza reanimación con masaje cardiaco y adrenalina I.V luego el paciente se estabiliza y presenta S.V – T.A: 120/80 ; FR: 24 X1; F.C: 100 X1 y Tº: Afebril.

Se le transfunden dos unidades de sangre.

Nov. 10: Paciente presenta estertores alveolares respiratorios en hemotórax izquierdo e hipoventilación basal izquierda. Hemotórax derecho. Mantiene tubo de tórax y mediastinal permeables. Drenando secreción sanguinolenta.

Paciente refiere dolor en HxQx y cefalea.

S.V ----- T.A : 105 / 65; FR: 20; F.C: 80 y Tº: Afebril.

Nov. 11: Se retira tubo de tórax mediastinal. Se toma placa de tórax de control la cual muestra expansión pulmonar satisfactoria, se observa pequeña colección de líquido local derecho que borra los senos cardiofrénicos. Por tanto se decide colocar tubo de tórax derecho.

Nov. 12: Retira tubo de tórax derecho y el paciente sale del servicio de urgencias a piso.

RESUMEN DE LA HISTORIA CLINICA DE ENFERMERIA

Fecha de valoración: _____

4. Valoración por patrones:

A. Percepción y manejo de la salud.: El paciente refiere tener una salud buena en general y presentar ocasionalmente gripas. Para conservarla come bien y practica deporte. No fuma, bebe con frecuencia especialmente fines de semana.

De su situación actual el Doctor la ha dicho que presenta un hemotórax y taponamiento en el corazón. El joven dice que su problema es muy grave y que estuvo en riesgo de morir.

Cuenta con sus elementos básicos para higiene.

No tiene ningún tipo de seguro médico. Sus recursos económicos son escasos.

Al presentar dolor prefiere tomar un calmante y acostarse.

Tratamiento farmacológico actual:

Keflin 1g IV c / 6h

Gifaryl 1 amp IV c / 6h

Espera salir rápido del hospital y a su estado anterior de salud; piensa volver a trabajar en lo mismo.

B. P. Nutrición y metabolismo: Pte prefiere consumir las tres comidas diarias y refrigerios entre comidas puesto que siempre ha sido de buen comer. Peso 62 Kg. Talla 1.65 mts. Actualmente recibe dieta blanda que tolera.

Heridas: quirúrgicas: a nivel de 3 ºE II con línea paraexternal 12g hasta 6 ºEIC línea media axilar.

Otra herida en línea media desde horquilla de esternón hasta apófisis xifoides. Hematoma moderado en esa área. Buen proceso de cicatrización. Pequeños orificios de heridas de entrada de tubo de tórax ya retirados. Heridas cicatrizan fácilmente. Turgencias e integridad de piel es normal; piel y mucosa húmedas.

C. P. Eliminación urinaria e intestinal: No presenta dificultad en la eliminación urinaria e intestinal.

Orina: Tres veces al día (1.2 L) chorro normal, color ámbar y olor generis. Cantidad aprox. 200 cc cada vez.

Eliminación intestinal: Una vez al día, con Rsls presentes no muy activas.

Abdomen blando.

Exámenes de Laboratorio: No se le han realizado al paciente.

D. P. Actividad y ejercicio:

a. P. Circulatorio: FC : 80 X1 es rítmica. Sus ruidos cardiacos son regulares sin sobrealbregados; se encuentran en todo los focos los ruidos y son bien timbrados. Pulsos sincrónicos fuertes T.A 105 / 65.

Piel: Color normal, temperatura normal, llenado capilar 3 seg. Sin presencia de edema y/o várices.

b. P. Respiratorio: F.R : 24 X1 rítmica y superficial. Presenta ortopnea.

Expansión y forma de tórax normal. RsPs presenta hipoventilación basal izquierda y presencia de estertores alveolares. Presenta expectoración con secreción negruzca. Dolor al inspirar y toser al desplazarse y cambiar de posición.

Presenta Hb de 10 mgs %

c. Función motora: Pte de reposo en cama, mano derecha amputada (lesión antigua) marcha alterada por disminución de la motilada debido al dolor y a la disminución del aporte de O2.

Fuerza disminuida, no muscular normal.

Las A.V.D las realiza en forma asistida.

Coordinación normal.

E. P. Descanso y sueño: Pte refiere no poder dormir lo acostumbrado 7 – 8 h diarias, por la presencia de dolor y la ansiedad que le causa el saber si va a quedar bien; al igual que siente mucha incomodidad por la presencia de las heridas.

F. P. Cognoscitivo perceptual: Manifiesta dolor al toser y al inspirar lo califica como grado tres, en la deambulacion es mayor el dolor,

Pte consciente, orientado y alerta, habla despacio, su estado de animo es el apropiado para su condición actual.

Sensibilidad profunda y superficialidad conservadas

Dice aprender con facilidad.

Lenguaje apropiado.

G. P. Auto-percepción y auto-concepto: Se siente un poco disminuida debido a su situación actual aunque piensa que después de esta no le va a quedar ninguna incapacidad.

H. P. Relaciones del rol: Vive en inquilinato con su familia, constituida por su madre y tres hermanos menores, con los cuales dialoga mucho y manifiesta quererlos; se reúne con amigos del barrio para tomar cerveza, se encuentra empleado como vendedor de verduras en una cuenta con trabajo fijo. Tiene novia en el barrio, le gusta el baile y la parranda. En este lugar son frecuentes las riñas en bares y calles y la gente tiene temor a delatar a agresores.

I. P. Enfrentamiento al stress: Según la información obtenida del paciente la única situación difícil que ha sufrido últimamente es el accidente y enfrenta las consecuencias de este con calma y paciencia.

No habla del asunto pero permanece mucho tiempo callado. Las visitas de sus parientes lo tranquilizan, no así las de los amigos.

J. P. Reproductivo sexual: No se realizó valoración.

K. P. Valores y creencias: Lo más importante para él es la salud, en segundo término la familia, considera que no tiene ningún conflicto con la sociedad, es católico y expresa en voz alta "Dios mío".

Otros datos:

W. es un joven con una escolaridad de 5º de primaria. Prestó el servicio militar hace un año largo y no ha podido seguir estudios de ninguna clase, ni tener un trabajo más permanente.

Algún amigo se refirió al carácter pendenciero de W. Lo que le ocasionó el accidente donde resultó herido.