



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA
DE MÉXICO
ESCUELA NACIONAL DE ENFERMERÍA
Y OBSTETRICIA



PROCESO ATENCIÓN DE ENFERMERÍA
BASADO EN PATRONES FUNCIONALES
APLICADO A UN ADULTO MAYOR

QUE PARA OBTENER EL TÍTULO DE
LICENCIADA EN ENFERMERÍA Y OBSTETRICIA
PRESENTA: RITA AGUILAR CERVANTES
No. DE CUENTA: 086507905

ASESOR ACADÉMICO
MTRA. AURORA JAQUELINE TORIBIO HERNÁNDEZ

México, D. F.

NOVIEMBRE 2014



Universidad Nacional
Autónoma de México

Dirección General de Bibliotecas de la UNAM

Biblioteca Central



UNAM – Dirección General de Bibliotecas
Tesis Digitales
Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS ©
PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

Todo el material contenido en esta tesis esta protegido por la Ley Federal del Derecho de Autor (LFDA) de los Estados Unidos Mexicanos (México).

El uso de imágenes, fragmentos de videos, y demás material que sea objeto de protección de los derechos de autor, será exclusivamente para fines educativos e informativos y deberá citar la fuente donde la obtuvo mencionando el autor o autores. Cualquier uso distinto como el lucro, reproducción, edición o modificación, será perseguido y sancionado por el respectivo titular de los Derechos de Autor.

INDICE

	Página
Introducción	2
Objetivos	3
Metodología	4
CAPÍTULO 1	
MARCO TEÓRICO	
1.1 Breve historia de la Enfermería	5
1.2 Concepto de Enfermería	10
1.2.1. Conceptos básicos de la Profesión de Enfermería	13
1.3 Proceso Atención de Enfermería	
a) Antecedentes	16
b) Concepto	17
c) Etapas del PAE	18
1.3.1 <u>Valoración</u>	19
1.3.2 <u>Diagnóstico</u>	33
1.3.3 <u>Planeación</u>	40
1.3.4 <u>Ejecución</u>	47
1.3.5 <u>Evaluación</u>	53
1.4 Patrones Funcionales de Salud de Marjory Gordon.....	55
CAPÍTULO 2	
APLICACIÓN DEL PROCESO ATENCIÓN ENFERMERÍA	
Presentación del caso	62
2.1 Etapa de Valoración	63
2.1.1 Análisis de datos	77
2.2 Etapa de diagnóstico.....	83
2.3 Planeación, ejecución y evaluación	85
Conclusiones	116
Sugerencias	117
Bibliografía	118
Anexos	121

Introducción

El desarrollo social y tecnológico hacen que las enfermeras se interesen cada día más en sustentar con criterios científicos el objetivo de su profesión, los progresivos niveles de exigencias apuntan hacia una profesionalización y una mayor estandarización del lenguaje enfermero a nivel mundial.

El Proceso Atención Enfermería ha sido el parte aguas de la profesión, éste nos ha proporcionado las herramientas necesarias para encontrar identidad e independencia en nuestro quehacer profesional.

Enfermería a través de la historia ha demostrado adaptación social y científica para satisfacer las necesidades de una población cambiante, debido a los avances científicos la esperanza de vida es más larga y el número de personas de la tercera edad es mayor y junto a ello la morbimortalidad varía estadísticamente y con ello las oportunidades de un cuidado profesional.

El presente Proceso Atención de Enfermería se aplicó a un adulto mayor en su domicilio con el método de valoración por patrones funcionales de salud de Marjory Gordon; para la obtención de datos se hizo una entrevista y una valoración cefalo caudal; se discernieron los datos funcionales de los disfuncionales y de estos últimos se utilizaron para elegir los diagnósticos de enfermería; una vez que se dispusieron de las etiquetas diagnósticas de la NANDA se jerarquizaron los diagnósticos para continuar con la planeación a través de la utilización del NOC (libro de clasificación de resultados) y del NIC (libro de intervenciones de enfermería); consecutivamente se aplicó lo planeado y finalmente la evaluación se llevó a cabo a través de la puntuación diana prevista en el NOC y de manera cualitativa.

Durante el desarrollo del presente trabajo se abordaron distintos aspectos teóricos: historia de la Enfermería, conceptos básicos de la profesión de Enfermería, fundamentos de cada una de las etapas del Proceso Enfermero y su aplicación en la práctica.

Objetivos

- Identificar los diagnósticos enfermeros de la persona por medio de la valoración utilizando los patrones funcionales de salud y el manejo de las etiquetas diagnósticas de la NANDA.
- Planear los cuidados enfermeros que servirán para mejorar la calidad de vida de la persona.
- Ejecutar las acciones planeadas en forma conjunta con la persona satisfaciendo sus necesidades de salud.
- Desarrollar aptitudes y reforzar valores a través del PAE permitiendo brindar un cuidado profesional.
- Presentar el PAE como trabajo recepcional en el examen profesional para obtener el título de Licenciada en Enfermería y Obstetricia.

Metodología

A continuación se reseñará de manera breve como se abordaron cada una de las etapas del Proceso Atención de Enfermería.

Para poder llevar a cabo la etapa de **valoración** se realizó un instrumento de valoración adaptado para el adulto mayor. Siguiendo la técnica de entrevista se realizaron preguntas, la exploración física céfalo caudal y finalmente se observó el medio ambiente, se hicieron las anotaciones pertinentes y posteriormente se validaron los datos con el familiar.

Posterior a la etapa de valoración, los datos obtenidos en cada patrón de salud se clasificaron en funcionales o disfuncionales.

De acuerdo al análisis se identificaron los **diagnósticos de enfermería** reales, potenciales y de salud así como los problemas interdependientes que presenta la persona. Para las etiquetas de los diagnósticos enfermeros se utilizó la taxonomía de la NANDA.

Posterior a la identificación de diagnósticos se continuó con la etapa de **planeación**, aquí se planteó un objetivo de acuerdo al diagnóstico enfermero, se basó en el libro de NOC para poder hacer la puntuación diana de los principales aspectos de las necesidades de la persona.

Una vez que se plasmaron los diagnósticos, se realizaron los objetivos, se planearon los cuidados apoyándose en el libro del NIC y se continuó con la etapa de **ejecución** acudiendo constantemente al domicilio de la persona.

La **evaluación** se estuvo aplicando en cada fase del proceso a través del asesor académico, de manera cuantitativa por medio de la puntuación diana prevista en el NOC y forma cualitativa se plasmó al término de cada diagnóstico.

CAPÍTULO I

MARCO TEÓRICO

1.1 Breve historia de la Enfermería

El contexto histórico social puede acelerar o disminuir el desarrollo de una disciplina, estas están sometidas a valores socioculturales, las ideologías, políticas y las condiciones económicas. El contexto social no solo es capaz de controlar las condiciones económicas y materiales, sino que favorecen u obstaculizan un clima para el crecimiento de algunas disciplinas.

El estudio de la historia nos transporta a los tiempos transcurridos y nos acerca a las tareas que nuestros antepasados realizaron al rescate del pasado. La recuperación del pasado tiene como finalidad crear valores sociales compartidos, otorgar cohesión a los miembros de un grupo social para enfrentar dificultades del presente y confianza para asumir los roles del provenir.

La enfermería ha pasado por diferentes periodos históricos que han ocurrido en forma paralela a los movimientos sociales, políticos y religiosos.

Cualquier manifestación de la vida social del hombre puede y debe ser considerado como un hecho histórico susceptible de ser analizada para obtener conocimiento de carácter científico.

Los cuidados de enfermería constituyen un hecho histórico, ya que en definitiva los cuidados enfermeros son una constante histórica que desde el principio de la humanidad surgen con carácter propio e independiente.

En el periodo neolítico, periodo de humanización, la práctica de cuidados se base en actividades de alimentación y conservación de grupo principalmente en los aspectos de supervivencia, la actividad de cuidar estaba ligada a las peculiaridades biológicas femeninas, relacionadas con la fecundidad, que se iban perfilando hasta centrarse en tareas asignadas por la sociedad, como

mantener el fuego, cuidado de los niños, recolección de vegetales principalmente.¹

En las primeras civilizaciones en el S. XX y XV antes de Cristo, como es la cultura Egipcia, los cuidados eran puestos en marcha en el mando doméstico, eran practicado por mujeres y esclavos, los cuidados estaban ambientados en un mundo mágico-religioso, lejos de prescripciones racionales.

Dentro de los cuidados estaban la administración de drogas, la aplicación de ungüentos y gomas, así como el registro de la hora de administración, temperatura y duración de ciertos remedios, todas estas actividades eran realizadas por esclavos y sirvientes.

En Grecia los cuidados practicados también pertenecían a un mundo mágico-religioso y ligado al ámbito doméstico. El asistente o servidor generalmente era un hombre, comprende una de las figuras históricamente institucionalizadas de la práctica enfermera. El papel de la mujer se reducía a la crianza de menores y a parteras empíricas. Al igual que otras culturas los cuidados fueron relegados al mundo de los sirvientes y esclavos, carentes de palabra y poder.

En el antiguo testamento la caridad se centraba en ayudar o cuidar y era considerado como un instrumento de salvación para la vida eterna. Los cuidados de enfermería se institucionalizaron basándose en un concepto de ayuda, que se podrían denominar vocacional en torno caritativo donde las necesidades humanas espirituales se anteponen a las necesidades físicas, psíquicas y sociales.

Bajo este concepto las asociaciones religiosas femeninas se tornan cuidadoras y la humildad se construye como una actitud intelectual ante la

¹ Hernández, J (1995). Historia de enfermería, un análisis histórico de Enfermería. España. Editorial Mc Graw Hill-Interamericana. p.59

praxis de enfermería. Los conventos tenían una gran responsabilidad en la salud de los enfermos.

En el S. XVI al XIX, periodo que abarca la ilustración donde existió la lucha de los pensadores contra ideas religiosas, Enrique VIII en Inglaterra suprimió toda orden religiosa y cerró los hospitales londinenses. Fueron 300 años de ocio institucional enfermero.

En el mundo protestante se confió el cuidado enfermero a organismos civiles, mientras el mundo católico consideraba un deber cristiano, por lo que la praxis del cuidado continuó en las órdenes religiosas.

Fue hasta el siglo XIX y XX donde empiezan a incluir enfermería dentro de las disciplinas universitarias.

La profesionalización surge fuera del concepto caritativo y por lo tanto como una necesidad social en el marco del vacío creado por las sociedades protestantes ante la atención de los enfermos.

Se puede decir que los cuidados de enfermería tal y como son entendidos hoy, encontraban su estrato basal inmediato en la simbiosis que se produce ante ambas orientaciones y surgiendo de este modo lo que se puede denominar “profesionalización-curativa-vocacional”. Esta triple concepción de los cuidados enfermeros se aglutinó paulatinamente a lo largo del tiempo, dificultando así la identidad y la identificación de la sociedad ante otras actividades profesionales, esto implica y explica el retraso en cuanto a la intencionalidad de una construcción teórica de los cuidados enfermeros.²

Con la revolución industrial y el brote de epidemias aparece Florence Nightingale y en su escrito “notas de enfermería” quedaron reflejadas las acciones e intereses en pro de mejorar de las condiciones existentes, se

² Op.cit. Hernández, p.119.

relacionó la higiene, la alimentación y los fenómenos ambientales que influyeron en el bienestar de los individuos, que finalmente reflejaron sus condiciones de salud.

Nightingale nos legó la idea de delimitar el terreno donde desarrollar el método para encontrar las leyes de los fenómenos que constituyen los cuidados de enfermería

Gracias a la filosofía de Nightingale, *la técnica es la que dota a la enfermería*, hará dependiente durante más de un siglo a enfermería de la medicina.

Hasta los años cincuenta y sesenta, es cuando aparecen enfermeras investigadoras como Peplau y Henderson que inician estudios sobre contenidos teóricos de la enfermería y se inicia la independencia de la profesión a través de la aplicación del proceso atención enfermería.

A principios de los años 70' se inició el empleo del término Diagnóstico Enfermero como un instrumento de evaluación del cliente para poder predecir las necesidades de cuidado enfermero.³

Las enfermeras comenzaron a identificar que tratamientos y que resultados estaban dentro del ámbito de la enfermería, hubo lugar a la evolución de los problemas terapéuticos y objetivos de resultados hasta la aparición de los diagnósticos enfermeros, (problemas del paciente). La mayor influencia en esta transición fue la publicación de estándares de la práctica, durante la primera conferencia de Diagnósticos Enfermeros se estableció una taxonomía diagnóstica que se refería al sistema de clasificación como las normas para clasificar las condiciones. Tradicionalmente el diagnóstico está asociado con el campo de la medicina, pero los tiempos y el lenguaje varían, ahora la palabra diagnóstico se usa para referirse a un proceso de juicio.

³ Gordon. M. (1996), Diagnóstico Enfermero, proceso y aplicación. España. Mosby / Doyma libros. P 3

Desde 1973 se han publicado más de 9 conferencias adicionales, a lo largo de cada conferencia los participantes aprueban los términos diagnósticos que se describen como problemas de salud reales o potenciales, se crean foros y se votan por los diagnósticos presentados.

La tipología de los PATRONES FUNCIONALES de salud, utilizando los diagnósticos NANDA (American Nursing Diagnosis Association) se publicó posteriormente. En 1986 la NANDA los ordenó de una manera de patrones de respuestas humanas. Cada dos años se sigue un proceso de revisión de diagnósticos y se añade al sistema de clasificación denominado Taxonomía II.

1.2 Concepto de Enfermería

Para Henderson (1961) la función propia de la enfermera consiste en atender al individuo, enfermo o sano en la ejecución de aquellas actividades que contribuyen a su salud, a su restablecimiento (o evitarle padecimientos a la hora de su muerte) y actividades que él realizaría por sí mismo si tuviera la fuerza, voluntad o conocimientos necesarios. Igualmente corresponde a la enfermera cumplir esta misión en forma que ayude al enfermo a independizarse lo más rápidamente posible.

La enfermería se define como un “proceso de acción, reacción e interacción en la cual la enfermera y el paciente comparten información acerca de su situación de enfermería”, y a través de esta comunicación identifica las metas, los problemas e intereses específicos, explora los medios para alcanzar un objetivo y se atiene a ellos.⁴

Actualmente la enfermería posee un concepto más amplio pero delimitado, por lo tanto se considera a la enfermería como la ciencia, arte, disciplina y profesión responsable del **cuidado** de la persona (llámese individuo, familia, grupo o comunidad) que se encuentra en una continua interacción con su entorno y que vive experiencias de salud.⁵

La meta de enfermería es ayudar a los individuos y a los grupos a lograr conservar y restaurar la salud, y si esto no es posible debe ayudar a los individuos a que fallezcan con dignidad.

Otro concepto con el que también se comulga es el de Sor Callista Ruy (1966-1977) quien entendió a la enfermería como una actividad, relacionando un sistema de conocimiento teórico que ordena un proceso de análisis y

⁴ Marriner A. (1999) “Modelos y Teorías en Enfermería. Editorial Harcourt - Brace p 304.

⁵ Kérouac, S, (1996) “Propuesta para la práctica de enfermería” Barcelona, España .Editorial Masson, p. 74-98.

actividad, con la asistencia de la persona enferma o potencialmente enferma. Roy hace la distinción entre Enfermería como ciencia y como disciplina profesional. La ciencia de la Enfermería es un sistema de conocimientos en desarrollo acerca de las personas que observa, clasifica y relaciona los procesos, mediante los cuales las personas influyen positivamente en su estado de salud. El objetivo de la Enfermería es ayudar al hombre a adaptarse a los cambios que se presentes en lo relativo a sus necesidades fisiológicas, al concepto de sí mismo, a la función que realiza y a sus necesidades de interdependencia en salud y la enfermedad.⁶

Para que enfermería puede ser considerada una profesión debe cumplir los siguientes lineamientos:

1. Su objetivo de estudio.
2. El objetivo de su profesión.
3. La finalidad de su actividad.
4. Su función o rol.
5. Su autonomía.
6. Su código ético.
7. La naturaleza de su intervención.
8. Las consecuencias de esta intervención.

Enfermería es una profesión porque:

- Constituye un servicio a la sociedad.
- Posee un cuerpo de conocimientos y habilidades propias que buscan siempre acrecentar su competencia para mejorar la calidad de sus servicios.

⁶ Bello, N. (2006). Fundamentos de Enfermería. Parte I, La Habana, Cuba. Editorial Ciencias Médica. Pp 13.

- Establece sus propias normas y políticas para controlar sus actividades.
- Se encarga de la preparación de las personas que van a desempeñar la profesión
- Adapta sus servicios a las necesidades que se le van presentando.
- Acepta la responsabilidad y compromiso de proteger al público al cual sirve.
- Trata de utilizar al máximo de sus posibilidades, a las personas que la ejercen.
- Regula su propia práctica.
- Se ajusta a un código de conducta sobre la base de sus principios éticos.
- Convoca la unión de sus miembros con los propósitos de alcanzar objetivos comunes en respuesta al encargo social.

Enfermería es una profesión de salud porque lleva acabo la valoración, toma de decisiones y operaciones productivas para saber que sucede en las situaciones concretas de la práctica y se responsabiliza de ellas.

1.2.1 Conceptos básicos de la Profesión de Enfermería

Se entiende por meta paradigma a la perspectiva más global de toda disciplina, su unidad encapsuladora o marco. Singulariza los fenómenos con los que se trata la disciplina de una forma propia.⁷

Los conceptos básicos de la profesión de enfermería se vislumbran como el marco conceptual de enfermería, es decir, el armazón que encuadra y delimita la asistencia de una determinada forma de actuar, trata de guiar la acción profesional en función asistencial, docente, administrativa e investigadora.

Persona

Ser humano con funciones biológicas, sociales y simbólicas, con potencial para aprender y desarrollarse.

La persona se define de dos maneras. Primero holísticamente, entendiendo que un todo va más allá que la suma de las partes y que si se analiza el todo como un agregado se pierde algo de esta totalidad (holismo). Segundo, teniendo partes ampliamente identificables (biológicas, psíquicas, espirituales y sociales), y según su rol puede actuar como receptor real o potencial del cuidado de enfermería. Entonces persona se refiere al receptor de los cuidados enfermeros, que incluye los componentes físico, espiritual, psicológico y sociocultural, y puede contemplar a un individuo, una familia o una comunidad.

Un concepto con el que se comulga es el escrito por Lidia E. Hall. "Cada persona lucha por sus propios objetivos, no por lo que los demás le quieran imponer. La conducta de las personas se rige por sus sentimientos no por el

⁷ Kozier, B. (1997), Conceptos y temas en la práctica de Enfermería. México. Interamericana / Mc Graw Hill

conocimiento. La prueba de que ha tenido un lugar y un aprendizaje es que se aprecia un cambio de conducta del individuo. Las acciones del individuo se suceden como una prolongación de los sentimientos y estos no se ven influidos por el raciocinio. Cuando una persona está regida por sentimientos conocidos, es libre y controla su comportamiento, en cambio si sus acciones surgen del subconsciente, no podrá elegir su forma de actuar y estará a merced de sus sentimientos”.⁸

Entorno

En un concepto muy general podemos decir que es el conjunto de todas las condiciones e influencias externas que afectan a la vida y desarrollo de un organismo.

Para un concepto más específico de enfermería, se refiere a todas las condiciones internas y externas, las circunstancias y las influencias que afectan a la persona, es indivisible de ella, con él interactúa o coexiste y cualquier modificación de la persona o del contexto se asimila recíprocamente.

Patricia Banner prefiere aplicar el concepto de situación en lugar de entorno y se refiere a este diciendo: “situando a toda persona con un pasado, presente y futuro y que estos aspectos influyen a una situación actual, la persona entra en las situaciones con su propio conjunto de significados, hábitos y visión de las cosas, la interpretación personal de la situación se circunscribe a la forma en que se desenvuelve el individuo dentro de ellas.”⁹

⁸ Mariner, A. (1999). Modelos y Teorías en Enfermería. Barcelona, España Editorial Haourcout-Brace.

⁹ Raile, M. (2011). Modelos y teorías| en enfermería.España. Editorial Elsevier. P.149.

Salud

Para la OMS es el estado completo de bienestar físico, mental y social, y no solamente la ausencia de afecciones o enfermedades.

También nos podemos referir a la salud como una experiencia dinámica en la vida de un ser humano la cual implica continuos ajustes a tensiones en el ámbito interno y externo a través del aprovechamiento óptimo de los recursos de un lugar para lograr el potencial máximo de la vida diaria.¹⁰

Contraer una enfermedad es una forma de conducta, la enfermedad está gobernada por los sentidos subconscientes de la persona, en los que se enraízan las dificultades de adaptación. Estudios recientes de la física cuántica se refiera que todo proceso de enfermedad tiene su origen en la mente.

Cuidado

Es la esencia de la práctica de enfermería, donde existe una interacción entre la persona y la enfermera, al crear un cuidado se permite la integración de diversos procesos: la reflexión, la integración de creencias y valores, el análisis crítico, la aplicación de conocimientos, el juicio clínico y la intuición.¹¹

A la enfermera se la ha llamado “madre profesional”, y, en efecto como una madre responde a las necesidades de sus hijos, y a veces realiza tareas ajenas a su profesión.¹²

Han tenido que pasar cientos de años para darnos cuenta que esta es nuestra verdadera identidad como enfermeras, *el cuidado*, y de esta función nace toda la independencia como profesión.

¹⁰ Mariner A (1999). Modelos y teorías en Enfermería. España. Editorial Harcourt- Brace. Pp.137.

¹¹ Ibídem, Kérouac.

¹² Henderson, Virginia. CIE. Principios básicos de Enfermería, EUA 1961. Pp. 5.

1.3 Proceso Atención Enfermería

a) Antecedentes:

La búsqueda de un método que permitiera a las enfermeras avanzar en la profesionalización, ha implicado que diversas teóricas hayan iniciado el Proceso Atención Enfermería, en 1953 cuando Vera Fray, enfermera norteamericana, utilizó el término diagnóstico de enfermería, y decía, una vez que son identificadas las necesidades del paciente, se continúa con los diagnósticos de enfermería.

Se consideró la necesidad de una taxonomía propia de la profesión. Un grupo multidisciplinario comenzó a investigar, en los años 70, acerca de los diagnósticos.

En los años 70 se creó el Grupo Nacional para la Clasificación de Diagnósticos de Enfermería, y en 1973 se dio la primera Conferencia Nacional para la Clasificación de Diagnósticos de Enfermería.

En la quinta conferencia en 1982 se aprobó la creación de la NANDA (North American Nursing Diagnosis Association).

Los diagnósticos de enfermería suponen un avance para la profesión, lo cual se evidencia con el reconocimiento de la OMS, al aceptar incluirlos en su clasificación internacional de enfermedades cuando estos se adaptan adecuadamente a la taxonomía de la OMS.

Las posibilidades de contar con una taxonomía propia ha permitido delimitar las parcelas concretas de actuación independientes en los problemas profesionales de Enfermería, así como determinar las actividades que en el plano de colaboración compartimos con otros profesionales.

b) Concepto:

Proceso de Atención de Enfermería (P.A.E.) es la aplicación del método científico a la práctica asistencial de la enfermería. Este método permite a las enfermeras prestar cuidados de una forma racional, lógica y sistemática.

El uso del proceso de enfermería permite crear un plan de cuidados centrado en las respuestas humanas. El proceso trata a la persona como un todo, donde el paciente es un individuo único, que necesita los cuidados de enfermería enfocados específicamente en él y no en su enfermedad. El proceso de enfermería le da a la profesión la categoría de ciencia.

Características

- Tiene validez universal.
- Utiliza una terminología comprensible para todos los profesionales.
- Está centrado en el paciente marcando una relación directa entre éste y el profesional.
- Está orientado y planeado hacia la búsqueda de soluciones y con una meta clara.
- Consta de cinco etapas cíclicas.

Objetivos

- Servir de instrumento de trabajo para el personal de enfermería.
- Imprimir a la profesión un carácter científico.
- Favorecer que los cuidados de enfermería se realicen de manera dinámica, deliberada, consciente, ordenada y sistematizada.
- Traza objetivos y actividades evaluables.
- Mantener una investigación constante sobre los cuidados.
- Desarrollar una base de conocimientos propia, para conseguir una autonomía para la enfermería y un reconocimiento social.

c) Etapas del PAE

- 1. Valoración:** Consiste en la recogida y organización de los datos que conciernen a la persona, familia y entorno. Son la base para las decisiones y actuaciones posteriores.
- 2. Diagnóstico:** Es el juicio o conclusión que se produce como resultado de la valoración de Enfermería.
- 3. Planificación:** Se desarrollan estrategias para prevenir, minimizar o corregir los problemas, así como para promocionar la Salud.
- 4. Ejecución:** Es la realización o puesta en práctica de los cuidados programados.
- 5. Evaluación:** Es la realización o puesta en práctica de los cuidados programados.

1.3.1 Valoración

La valoración de enfermería es un proceso planificado, sistemático, continuo y deliberado de obtención e interpretación de datos sobre el estado de salud del paciente, a través de diversas fuentes.¹³

Es el método idóneo para recoger información e identificar problemas y así poder realizar intervenciones de enfermería encaminadas a solucionar o minimizar dichos problemas.

La valoración debe hacerse de manera individualizada, la valoración debe ser continua y realizarse en todas y cada una de las fases del proceso enfermero, diagnosticando, planificando, interviniendo y evaluando, dependiendo de cada una de las situaciones en las que se encuentra el paciente.

Las áreas de patrones de salud brindan un formato de valoración estándar independiente de la edad, el nivel de cuidados o el trastorno médico del paciente.¹⁴

La valoración por patrones se centra en las respuestas del paciente ante un problema de salud, debe incluir las necesidades percibidas por el paciente, los problemas de salud, las experiencias relacionadas, las prácticas sanitarias, los valores y estilo de vida.

Las ventajas adicionales por áreas de patrones es que nos permiten ir directamente al diagnóstico enfermero; existe una aproximación holística a cualquier valoración funcional humana en cualquier marco o grupo de edad, en cualquier etapa del proceso salud-enfermedad y facilitan la obtención de la información de los problemas relacionados con la salud y su manejo.

¹³Andrade, R. (2007), Proceso de Atención de Enfermería, México. Editorial Trillas.p.61.

¹⁴ Gordon, M. (1999). Diagnóstico Enfermero proceso y aplicación España. Mosby / Doyma libros. P.74.

La valoración se puede dividir en varias fases:

- Inicial: es la base del plan de cuidados, permite recoger datos generales sobre los problemas de salud del paciente y ver los factores que influyen sobre estos,
- Continua: se realiza de forma progresiva durante toda la atención. Es la realizada específicamente sobre el estado de un problema real o potencial. Tiene como objetivo recoger datos a medida que se producen cambios, realizar revisiones y actuaciones del plan, obtener nuevos datos y detectar otros problemas de salud.¹⁵

Según el objetivo:

- Valoración general: encaminada a conocer y detectar situaciones que necesiten la puesta en marcha de planes de cuidados.
- Valoración focalizada: la enfermera centra su valoración en conocer aspectos específicos del problema o situación detectado o sugerido por la persona.

La valoración no solo debe estar orientada a la determinación de la situación de salud o problemática que están viviendo las personas, sino al modo de responder, de actuar, o de comportarse ante esta.

Objetivo de la valoración

El objetivo principal es captar en cada momento la situación de salud que están viviendo las personas, así como su respuesta a la misma.

La valoración de enfermería es un acto de gran importancia, de está va depender el éxito del trabajo. La valoración no solo requiere conocimiento y habilidades, además es importante que la persona que la realiza sea consciente de la finalidad que se quiere alcanzar y no caiga en el error de recoger datos sin llegar a valorar. Los datos deben tener en cuenta los

¹⁵ Koizer y Erb, (2008). Fundamentos de Enfermería, Conceptos, proceso y práctica. España. Editorial Pearson p. 179.

aspectos biológicos, psicológicos, sociales y espirituales. En general una valoración funcional es útil cuando el cuidado está enfocado a la persona, la familia o la comunidad, más que solo a la enfermedad.¹⁶

Etapas de la valoración de enfermería

El proceso de valoración implica cuatro actividades estrechamente relacionadas:

Obtención de datos, organización de datos, validación de datos y registro de datos.

1.-Recolección de datos:

Un dato es una información concreta, que se obtiene del paciente referido a su estado de salud o a las respuestas del paciente como consecuencia de su estado.

En esta fase recogemos toda la información necesaria para poder identificar el problema, las causas, las posibles variables o interferencias en el mismo.

La información debe estar orientada a las posibilidades de actuación de la enfermera en el medio que trabaje. No será lo mismo las posibilidades y las necesidades de actuación de una enfermera en el medio hospitalario que en el medio de atención primaria.

Los datos deben clasificarse para que sean efectivos y aparecerán los grupos de necesidades, patrones funcionales, etc.

La información debe estar ordenada de forma coherente y complementaria, facilitando el análisis del mismo.

¹⁶ Gordon, M. (1999). Diagnóstico Enfermero proceso y aplicación España. Mosby / Doyma libros. P.83.

La fuente de recolección de datos puede ser:

- Primaria: del paciente o familiares
- Secundaria: expediente, revistas, libros, textos de referencia.

Tipo de datos:

- Objetivos: tipo de datos que se pueden medir con una escala o instrumentos, y se ocupan los sentidos para poderlos percibir
- Subjetivos: son los que las personas expresan, sentimientos, percepciones, etc.

De tiempo:

- Históricos: son aquellos que han ocurrido anteriormente y comprenden hospitalizaciones previas, enfermedades crónicas o patrones y pautas de comportamiento, nos ayudan a referenciar pautas en el tiempo.
- Actuales: son datos sobre el problema de salud actual.

Métodos de recolección de información.

Entrevista¹⁷

Es la técnica indispensable para la valoración, a través de ella se obtienen datos subjetivos acerca del problema de salud.

Tipos de entrevista dirigida: este tipo de entrevista está muy estructurada y se obtiene información específica, el paciente responde a preguntas pero es limitadas para comentar preocupaciones.

Entrevista no dirigida: construida sobre una buena relación, el profesional de enfermería permite al paciente controlar el objetivo, el tema y ritmo.

¹⁷ Koizer y Erb, (2008). Fundamentos de Enfermería, Conceptos, proceso y práctica. España. Editorial Pearson p. 182.

Tipos de pregunta para la entrevista:

- Preguntas cerradas: son restrictivas, generalmente son un sí o un no, o respuestas cortas directas que dan información específica.
- Preguntas abiertas: invitan a la persona a descubrir y elaborar, aclarar o ilustrar sus pensamientos o sensaciones. Las preguntas pueden comenzar con un ¿por qué? o ¿Cómo?
- Preguntas neutras: es una pregunta que el paciente puede responder sin dirección ni presión por parte del personal de enfermería.

Marco de la entrevista.

Se revisa la información disponible, se revisa el formulario de recogida de datos, se prepara una guía para la entrevista, la cual debe tener una lista de temas principales y secundarios en lugar de una serie de lista de preguntas.

Cada entrevista está influenciada por el momento, el lugar, la disposición de los asientos o la distancia y el lenguaje.

- Momento: el profesional de enfermería debe planificar las entrevistas cuando el paciente se sienta cómodo, sin dolor y sin interrupciones por amigos, familiares u otros profesionales.
- Lugar: debe ser una sala bien iluminada y ventilada que este relativamente libre de ruido, movimientos o distracciones.
- Disposición de asientos: cuando un paciente está en cama, el profesional de enfermería puede sentarse en un ángulo de 45° hacia la cama, la posición es menos formal que sentarse detrás de una mesa o permanecer a los pies de la cama. En una entrevista inicial el paciente puede sentirse menos asustado si se coloca una mesa sobre la cama entre el paciente y el profesional de enfermería. Sentarse sobre la cama del paciente le arrincona y hace muy difícil dejar de mirarse directamente.

- **Distancia:** la distancia entre el entrevistador y entrevistado no debe ser demasiado grande ni demasiado pequeña, porque las personas se sienten incómodas, la mayoría de las personas se sienten cómodas manteniendo una distancia de 60 o 90 cm durante la entrevista.
- **Lenguaje:** no comunicarse con el lenguaje que el paciente puede reconocer es una forma de discriminación, el profesional de enfermería debe convertir la terminología médica en palabras comunes.

Estadios de una entrevista

1. **Apertura:** es la parte más importante de la entrevista por lo que se dice y se hace en ese momento establece el tema para el resto de la misma. En la orientación, el profesional de enfermería explica el propósito y naturaleza de la entrevista, dice al paciente como se usará la información y suele establecer que el paciente tiene derecho a no proporcionarla.
2. **El cuerpo:** aquí el paciente comunica lo que piensa, siente y percibe en respuestas a preguntas de la enfermera. El desarrollo eficaz de la entrevista exige que el profesional use técnicas de comunicación que hagan que las dos partes se sientan cómodas y confortables y sirva al objetivo de la entrevista.
3. **Cierre:** el profesional termina la entrevista cuando ha obtenido la información necesaria, pero en algunos casos, la termina el paciente, cuando este decide no dar más información o incapaz de hacerlo por alguna razón. El cierre es importante para mantener la buena relación y la confianza y para facilitar futuras interacciones.

Para cerrar la entrevista pueden usarse las siguientes técnicas: a) ofrecer a responder preguntas, b) concluir diciendo "bien en todo lo que necesito saber por ahora", c) dar las gracias al paciente, d) expresar su preocupación por el bienestar y futuro de la persona, e) planificar la siguiente reunión, que incluya

día, hora, tema y el objetivo. f) proporcionar un resumen para verificar la precisión y el acuerdo.¹⁸

Exploración física¹⁹

Es un método sistemático de recogida de datos para detectar problemas de salud. Se usan cuatro técnicas básicas: palpación, percusión, auscultación e inspección.

1. **Inspección:** es el uso de la visión, audición y olfato para detectar las características normales o los signos significativos de las partes del cuerpo. Se debe hacer una inspección completa y sistemática de cada una de las partes del cuerpo, es esencial una buena iluminación y exposición. Cada zona del cuerpo se inspecciona en cuanto a su tamaño, forma, color, posición, simetría con respecto a la zona opuesta del cuerpo, y la presencia de cualquier anomalía. Se utiliza una luz adicional para inspeccionar cavidades corporales. La inspección se considera generalmente una técnica visual, pero debe incluir el olfato. Los hallazgos del olfato deben conducir a una valoración más cuidadosa de la parte del cuerpo o sistemas con otras técnicas de valoración.
2. **Palpación:** Consiste en utilizar las manos para tocar partes del cuerpo y efectuar mediciones sensitivas de señales físicas y específicas. Se utilizan las distintas partes de la mano para detectar características de textura, forma, temperatura y movimientos. El paciente debe estar relajado y cómodo para evitar las zonas dolorosas conocidas hay que palparlas hasta el final. Mantener cortas las uñas de las manos y las manos calientes antes de tocar al paciente y tocarle con suavidad. Aplicar presión táctil de forma lenta, suave y

¹⁸ Koizer y Erb, (2008). Fundamentos de Enfermería, Conceptos, proceso y práctica. España. Editorial Pearson.

¹⁹ Potter, Patricia. Valoración física. Editorial Interamericana-Mc Graw Hill 1992. Pp 22.

premeditada. Existen tres métodos de palpación: a) palpación ligera: los dedos se aplican suavemente sobre la superficie de la piel y se deprime de 0.5 a 1 cm.; b) palpación profunda: es utilizada para examinar la situación de los órganos y masas, la piel se deprime de 2 a 3cm, se debe tener cuidado para prevenir las lesiones internas; c) palpación bimanual: se utilizan ambas manos para hacer una palpación profunda, la mano sensible esta relajada y se coloca ligeramente sobre la piel del paciente, la mano inferior queda sensible para detectar las características orgánicas. Las características medidas por la palpación en las principales áreas el cuerpo son las siguientes: temperatura, humedad, textura, turgencia y elasticidad, dolor y espesor.

3. **Percusión:** es golpear la superficie del cuerpo con un dedo para producir sonidos y vibraciones que determinen la localización, tamaño y densidad de las estructuras subyacentes para verificar anomalías valoradas mediante la palpación y auscultación. El conocimiento de las densidades normales de los diversos organismos permite al examinador localizar un órgano o masa y determinar su tamaño al percibir sus límites. El método para percudir es golpear directamente con uno o dos dedos. El método indirecto de percusión es el dedo medio de la mano no dominante se coloca firmemente contra la superficie del cuerpo, y la punta del dedo medio de la mano dominante golpea la base de la articulación distal de plexímetro, la percusión debe ser efectuada con un golpe rápido y agudo, con el ante brazo quieto y la muñeca relajada. Los sonidos producidos por percusión son: timpánico, resonancia, hiper-resonancia, apagado y bemolado.
4. **Auscultación:** Es escuchar los sonidos creados en los órganos corporales para detectar las variaciones con respecto a lo normal. Todos los sonidos tienen cuatro características que deben ser valoradas: el *tono* es la medida de la frecuencia del sonido la escala de agudo a grave; la *sonoridad* es la amplitud de la onda sonora, que oscila de suave a alto; la *cualidad* es la característica que distingue sonidos de frecuencia y sonoridad similares, descrita por

términos como soplo, chasquido o gorgoteo; la *duración* es la cantidad de tiempo que permanecen en sonido como sonidos continuo, que oscila entre corto, medio o largo. Con la auscultación en cualquier zona, la enfermera debe tener en cuenta el origen y causa del sonido, la zona exacta en la que se oye mejor, y las cualidades normales del sonido para valorar las desviaciones de lo normal.

Criterio de valoración cefalocaudal

Aspectos generales.

Observaciones: edad, raza, estado nutricional, estado general de salud y desarrollo.

- Color: sonrosado, pálido, rojo, icterico, con manchas, blanquecino y cianótico.
- Piel: pigmentación, temperatura, textura, turgencia, lesiones (tipo, color, tamaño, forma, distribución) hematomas, hemorragias, cicatrices y edemas.
- Constantes visuales:
- Temperatura.
- Pulso apical y radial.
- Respiración.
- Tensión arterial: supina, sentado, brazo derecho o izquierdo.
- Talla y peso.

Cabeza y cara. Tamaño, contorno, simetría, color, dolor, sensibilidad, lesiones y edemas.

Cuero cabelludo: color, textura, caspa, bultos, lesiones e inflamación.

Cara: movimientos, expresión, pigmentación, acné, tics, temblores y cicatrices.

Ojos:

Agudeza: pérdida visual, gafas, prótesis, diplopía, fotofobia, visión del color, dolor o escaros.

Párpados: color, edemas, orzuelos o exoftalmos.

Movimiento extraocular: posición y alineación de los ojos o nistagmo.

Conjuntiva: color, exudado o alteraciones vasculares.

Iris: color o manchas.

Esclerótica: color, vascularización o ictericia.

Pupilas: tamaño, forma, igualdad o reacción a la luz.

Orejas:

- Agudeza: pérdida auditiva, audífono, dolor y sensibilidad a los ruidos.
- Oído externo: lóbulo, pabellón auricular y canal.
- Oído interno: vértigo.

Nariz.

- Olfato, tamaño nasal, simetría, aleteo nasal, estornudo o deformidades.
- Mucosa: color, edemas, exudados, sangrado, forúnculos, dolor o sensibilidad.

Boca y garganta.

- Olor, dolor, capacidad de hablar, morder, tragar y gusto.
- Labios: color, simetría, hidratación, lesiones, costras, ampollas febriles, grietas, hinchazón, entumecimiento o babeo.
- Encías: color, edemas, sangramiento, retracción o dolor.
- Dientes: número, los que faltan, caries, dentadura postiza, sensibilidad al calor y frío.

- Lengua: simetría, color, tamaño, hidratación, mucosas, prominencia, úlceras, quemadura, inflamación y capa.
- Garganta: reflejo nauseoso, dolor, tos, esputo o hemoptisis.
- Voz: ronquera, pérdida o cambio de tono.

Cuello.

- Simetría, movimiento, amplitud de movimientos, masa, cicatrices, dolor o rigidez.
- Tráquea. Desviación o cicatrices.
- Tiroides. Tamaño, forma, simetría, sensibilidad, engrosamiento, nódulos o cicatrices.
- Vasos (carótida y yugular). Calidad, fuerza y simetría de las pulsaciones, soplos y dimensión venosa.
- Ganglios linfáticos. Tamaño, forma, movilidad, sensibilidad y engrosamiento.

Tórax.

- Tamaño, forma, simetría, deformidades, dolor o sensibilidad.
- Piel: color, erupciones, cicatrices, distribución del vello, turgencia, temperatura, edemas y crepitantes.
- Mamas: Contorno, simetría, color, tamaño, forma, inflamación, cicatrices, mucosas (localización tamaño, forma, movilidad, sensibilidad), dolor, pequeñas depresiones e hinchazón.
- Pezones: color, exudados, ulceraciones, sangrado, inversión y dolor.
- Axilas: nódulos, engrosamiento, sensibilidad, erupción e inflamación.

Pulmones:

- Patrón respiratorio: frecuencia, regularidad, profundidad (fácil, normal o adventicio), frémitos y utilización de los músculos accesorios.

- Sonidos: normal, adventicio, intensidad, tono, calidad, duración, igualdad y resonancia vocal.

Corazón:

- Patrones cardíacos: frecuencia, ritmo, intensidad, regularidad, falta de latidos o latidos extras y punto de máximo impulso.
- Bordes cardíacos derecho e izquierdo e implantación de marcapaso

Abdomen.

- Tamaño, color, contorno, simetría, tejido adiposo, tono muscular, distribución de vellos, cicatrices, ombligo, estrías, erupción, distribución y pulsaciones abdominales.
- Sonidos: ausencia de hipoactivo, hiperactivo, normal y soplos.
- Borde hepático: aire gástrico, menos resonancia a la percusión esplénica, paso de aire, espasmo muscular, rigidez, masas, actitud de protección, sensibilidad, dolor, rebote o distensión vesical.
- Riñón. Diuresis (cantidad, color, olor, sentimientos), frecuencia, hematuria, nicturia u oliguria.
- Tacto rectal, para informarnos de la presencia de tumoraciones, impactos fecales, así como características de la próstata.

Extremidades.

- Tamaño, forma, simetría, amplitud de movimientos, temperatura, color, pigmentación, cicatrices, hematomas, contusiones, erupción, ulceración, entumecimiento, inflamación, prótesis y fracturas.
- Articulaciones: simetría, movilidad activa y pasiva, deformaciones, rigidez, fijaciones, hinchazón, crepitantes, dolor y sensibilidad.
- Músculos: simetría, tamaño, forma, tono, debilidad, calambres, espasmos, rigidez y temblor.

- Vasos: simetría y fuerza de los pulsos, llenado venoso, varices y flebitis.
- Espalda. Cicatrices, edema de sacro, anomalías espinales, cifosis, sensibilidad y dolor.

Genitales:

- Mujer: labios mayores y menores, orificio uretral y vaginal, exudados, hinchazón, ulceraciones, nódulos, masas, sensibilidad o dolor.
- Varón: exudados, ulceraciones o dolor.
- Escrotos: color, tamaño, nódulos, hinchazón, ulceraciones y sensibilidad.
- Testículos: tamaño, forma e inflamación.
- Recto: pigmentación, hemorroides, excoriaciones, erupción absceso, quiste pilonidal, masas, lesiones, sensibilidad, dolor, picor y escozor.

Validación de datos

Validar o verificar los datos es un paso esencial en el pensamiento crítico y ayuda a evitar omisiones de información, errores en la interpretación de situaciones y precipitarse en las conclusiones o centrar la atención en la dirección equivocada.²⁰

La información obtenida durante la fase de valoración de datos debe ser completa, objetiva y precisa porque los diagnósticos e intervenciones de enfermería se basan en esta información. La validación es el acto de comprobar dos veces o verificar los datos para confirmar que son precisos y objetivos. La validación ayuda a:

- Asegurar que la información es completa.
- Que los datos objetivos y subjetivos están relacionados.
- Obtiene información adicional que se pudo haber pasado por alto.

²⁰ Alfaro, R. (2007) Aplicación del proceso enfermero, fomentar el cuidado en colaboración. España. Elsevier / Doyma.

- Diferencia entre pistas e inferencias. Pista son datos objetivos o subjetivos y las inferencias son la interpretación o conclusiones del profesional de enfermería basada en las pistas.
- Evitar conclusiones o centrarse en la dirección equivocada para identificar problemas.

Para completar la fase de valoración, el profesional de enfermería registra los datos. El registro preciso es fundamental y debe incluir todos los datos recogidos sobre el estado de salud del paciente los datos se recogen en forma objetiva y no los interpreta el profesional de enfermería. Un juicio o conclusión como un “Buen” apetito o un “apetito normal” pueden tener diferentes significados para diferentes personas. Para aumentar la precisión, el profesional de enfermería registra los datos subjetivos y con las propias palabras del paciente entre comillas. Decir en otras palabras lo que alguien manifiesta aumenta la probabilidad de cambiar el significado original.

Organización de datos

Este paso es fácil si se emplea un marco de referencia específico, de esta manera la ordenación y clasificación de los datos será más rápida. En este trabajo se utilizó el marco de referencia de Marjory Gordón a través de los patrones funcionales de salud.

Este proceso es importante porque cada tipo de conducta requiere diferente intervención de enfermería. Las intervenciones se dirigen a fomentar un estilo de vida saludable, o eliminar o disminuir el factor causal de algún patrón alterado.

Después de haber concluido exitosamente esta fase de valoración del proceso se prosigue con la fase de Diagnostico.

1.3.2 Diagnóstico

Esta fase proviene de la fase anterior, la valoración y abarca todo un proceso de diagnosticar, llegar a una conclusión o juicio alcanzado y expresarlo en una categoría diagnóstica.

Es importante decir que en este proceso de análisis de información la enfermera debe detectar problemas de salud o situaciones de riesgo de especial relevancia de la persona para influir con sus propias intervenciones para mejorar o eliminar las causas. La enfermera puede detectar problemas que pueden ser tratados por ella, pero también debe averiguar problemas que necesitan la coordinación de otros profesionales de salud.

La práctica, la experiencia y la aplicación de los principios del pensamiento crítico, es lo que nos quedara como producto final.

Para poder obtener un mayor beneficio en esta etapa de diagnóstico se hace necesario dividirla en fases, es decir, en una serie de operaciones cognitivas para procesar los datos de la valoración.

1. Clasificación de datos: se seleccionan los datos sobresalientes y se agrupan en categorías. Los datos deben estar clasificados en objetivos y subjetivos. Es indispensable ver que datos pueden agruparse juntos y si se han reunido los suficientes datos.
2. Agrupación de la información: aquí se deben reconocer los datos que nos indican un problema, e identificar los datos que nos hacen falta. En esta fase es necesario ver que los datos estén relacionados, si es necesario datos adicionales y las deducciones que se pueden hacer con estos datos. A continuación se busca a que dominio y clasificación pertenecen. Después se inicia el análisis utilizando los ejes diagnósticos.
3. Nominación de diagnóstico: En esta fase se describe el diagnóstico de enfermería, se sugiere el formato PES (problema o respuesta humana,

etiología y signos y síntomas) cuando es un diagnóstico real; y si es de riesgo PF (problema y factor de riesgo).²¹

Verificación del diagnóstico: Hay que validar con fuentes primarias y secundarias, es decir validación con el paciente y teóricamente. En la validación teórica se contrastará la etiqueta, los factores relacionados y las características definitorias, con el libro de diagnóstico de la NANDA, en ocasiones es necesario regresar con la paciente y recabar datos. La validación del diagnóstico con el paciente es necesaria para que participe activamente en el plan.

La NANDA lo define como diagnóstico de enfermería a un “juicio clínico sobre respuestas del individuo, familia o comunidad a problemas de salud, reales o potenciales y a procesos vitales”.²²

Diagnóstico es la fase de análisis-síntesis para emitir un juicio sobre el estado de salud de la persona antes sus preocupaciones, necesidades o problemas de salud, reales o potenciales. Y es la base para la planeación y ejecución.

Es necesario que las etiquetas diagnósticas estén estandarizadas, así se podrá enlazar la valoración con el diagnóstico, así se simplificara el proceso y se mantendrá el método científico.

Clasificación de los diagnósticos de enfermería

Existen cuatro tipos de diagnósticos de enfermería, cada uno tiene características propias que van a condicionar la composición de su enunciado diagnóstico.

²¹ Andrade, R. (2012). Proceso Atención Enfermería. México. Editorial Trillas. P. 85.

²² Arribas A. (2011). Diagnósticos estandarizados de Enfermería. Clasificación de los valores determinantes. Madrid. Fundación para el estudio de enfermería. Consultado Marzo 2014. Recuperado de [Http://ome.fuden.es/media/docs/26_Valores_Determinantes_2011.pdf](http://ome.fuden.es/media/docs/26_Valores_Determinantes_2011.pdf).

- **Diagnóstico real:** Son juicios clínicos donde se describen problemas de salud existentes en el momento de la valoración y que pueden ser atendidos por la enfermera.

La NANDA determino que cada diagnóstico real tuviera los siguientes componentes:

1. Etiqueta: es un término con el que se representa un patrón de claves relacionadas; pueden incluir modificadores.
2. Definición: Proporciona una descripción clara y precisa, delinea su significado y ayuda a diferenciarlo de diagnósticos similares.
3. Características definitorias: grupo de signos o síntomas y factores de riesgo; inferencias observables que se agrupan como manifestaciones en un diagnóstico enfermero.
4. Factores relacionados: parecen mostrar algún tipo de patrón de relación con el diagnóstico enfermero. Pueden describirse como antecedentes asociados, relacionados, contribuyentes o coadyuvantes con el diagnóstico.
5. Factores de riesgo: factores ambientales y elementos fisiológicos, psicológicos, genéticos o químicos que incrementa la vulnerabilidad del individuo, familia o comunidad.

- **Diagnósticos de riesgo:** La NANDA los define como juicios clínicos que la enfermera realiza sobre el individuo, una familia o comunidad que están más predispuestos a desarrollar el problema que otros en una situación parecida. Debido a que el problema no está presente, no se puede describir alguna etiología, ni las manifestaciones, pero si refleja las situaciones que provocan que la persona tenga una mayor vulnerabilidad.

El enunciado de riesgo se compone de dos elementos: problema + etiología.

Etiqueta diagnóstica r/c factor de riesgo:

- Diagnóstico de salud: son diagnósticos que describen situaciones donde existe un funcionamiento eficaz, pero la persona manifiesta un deseo de conseguir un nivel superior de bienestar.

La NANDA los define como un juicio clínico respecto a una persona, familia o comunidad en transición desde un nivel específico de bienestar hacia un nivel más alto.

Estos diagnósticos no mencionan algún problema ni presente ni potencial, ni manifestaciones, por lo tanto solo se mencionan de esta manera:

La Situación de salud es la etiqueta diagnóstica.

- Diagnóstico de síndrome: en su definición incluyen una serie de diagnósticos reales o de riesgo predeterminados, cuya presencia es previsible en relación a una determinada situación o actuación concreta. Este tipo diagnósticos recogen en su mismo enunciado el motivo o la causa, pero no reflejan los signos y síntomas más frecuentes debido a la gran variabilidad de todos o algunos diagnósticos que lo componen:

EJES

La taxonomía de la NANDA es un sistema multiaxial formado por 7 ejes, los cuales se definen como la dimensión de la respuesta humana que se considera en el proceso diagnóstico, mejora sustancialmente la flexibilidad y nomenclatura y permite hacer con facilidad adiciones o modificaciones, pero sobre todo aplicarlo a un paciente específico.

EJE 1 Concepto de diagnóstico

Es el elemento principal o parte esencial y fundamental, la raíz de la formulación diagnóstica, el concepto diagnóstico puede constar de una o más palabras, las cuales deben dar la idea de un solo significado.

EJE 2 Sujeto de diagnóstico

Se define como la persona en concreto para los que se formuló un diagnóstico determinado. Los valores son:

- Persona
- Familiar
- Grupo
- Comunidad

Cuando la unidad de cuidado no se especifica se considera que se refiere al individuo.

EJE 3 Juicio

Es el descriptor o modificador que limita o especifica el significado de un diagnóstico enfermero. Ejemplos:

Anticipado	Aumentado
Desequilibrado	Desorganizado
Efectivo	Excesivo
Funcionalidad	Habilidad
Retrasado	Incapacidad
Trastornado	Percibido

EJE 4 Localización

Partes o regiones corporales: órganos, regiones o estructuras anatómicas:

Auditivo	Cardiopulmonar	Cerebral
Cutáneo	Neuro vascular periférico	Olfatorio
Gastrointestinal	Oral	Renal
Gustativo	Táctil	Urinario
Intestinal	Vascular periférico	Visual
Intracraneal	Membrana mucosa	

EJE 5 Edad

Se refiere a los años de vida que tenga la persona a la que se le realiza el diagnóstico:

Feto	Lactante mayor
Neonato	Prescolar
Lactante menor	Escolar
Adolescente	Adulto joven
Adulto maduro	Anciano

EJE 6 Tiempo

Describe la duración del eje diagnóstico, enfocándose en el eje 1.

- Agudo: menor de 6 meses
- Crónico: más de 6 meses
- Intermitente: cesa y empieza de nuevo a intervalo
- Continuo: sin interrupciones.

EJE 7 Estado diagnóstico

Se refiere a la actualidad o potencialidad del problema, o la categorización del diagnóstico como de salud, problema de salud. Los valores son:

Promoción de salud: Motivado por el deseo de aumentar el bienestar y actualizar el potencial humano en materia de salud.

- Salud: Calidad o estado de estar sano, especialmente como resultado de esfuerzo de liberado.
- Riesgo: vulnerabilidad, especialmente como resultado de la exposición de factores que incrementan la posibilidad de lesión o pérdida.
- Real: Existe de hecho o en la realidad, existen en ese momento.

Para escribir los diagnósticos existe el formato PES de Gordon:

Problema de salud o etiqueta: a partir del problema se construyen las etiquetas.

Factores etiológicos o relacionados: comprenden el probable factor que ocasiona o mantiene un problema de salud del usuario. Estos factores pueden ser comportamientos, elementos del entorno o una interacción de ambos. Los factores relacionados identifican los factores fisiológicos, psicológicos, socioculturales, ambientales o espirituales que se cree pueden ser la causa de la respuesta.

Signo y síntomas o características definitorias: son los indicadores de la situación; elementos que causan o contribuyen a la manifestación de un problema de salud.

Consideraciones para la redacción de diagnósticos enfermeros.²³

1. Se describe un patrón disfuncional, o potencialmente disfuncional, utilizando etiquetas de categoría diagnósticas aceptadas. No describe necesidad terapéutica, diagnóstico médico o tratamientos.
2. La relación existente entre la categoría diagnóstica del problema y los factores etiológicos se indican con r/c (relacionado con).
3. El problema tanto como la etiología se refieren a grupo distintos de signos y síntomas.
4. Los factores relacionados dan pauta a intervenciones de enfermería, por lo que no debe utilizar diagnósticos médicos.
5. El problema y los factores etiológicos se escriben sin palabras ambiguas o cargadas de juicio de valor y términos legalmente recomendables.
6. La primera parte del diagnóstico identifica la respuesta de la persona, y no una actividad de enfermería.

²³ Op. Cit. Et al. P. 89

1.3.3 Planeación

Es la tercera etapa del proceso atención enfermería. La planificación de los cuidados consiste en establecer un plan de acción, es prever las etapas de su realización, las acciones que se han de llevar a cabo, los medios que hay que emplear y las precauciones que hay que adoptar, en pocas palabras, es pensar y organizar una estrategia de cuidados bien definida.²⁴

Otro concepto también dice que es el proceso de designar las estrategias o actuaciones de enfermería requeridas para prevenir, reducir o eliminar aquellos problemas del cliente identificados y validados durante la fase de diagnóstico.²⁵

La planificación es un proceso deliberado y sistemático que es vital para alcanzar la calidad de los cuidados, aquí se lleva a cabo la toma de decisiones y la solución de problemas.

La planificación trata de responder a un proceso de análisis y de interpretación de los datos que han llevado a la elaboración del diagnóstico enfermero. Ya no es suficiente que la enfermera planifique para el cliente, siempre que sea posible debe el cliente participar activamente.

La parte de planificación incluye dos partes: la elaboración de objetivos y de intervenciones.

²⁴ Phaneuf, M. (1999). La planificación de los cuidados enfermero. México. Mac Graw Hill – Interamericana. P. 182.

²⁵ Kozier, B. (1992). Conceptos y teorías de la práctica de enfermería. México. Mac Graw Hill. P. 139.

Los objetivos

En esta etapa de planificación consiste en fijar unos objetivos que indiquen lo que podrá realizar la persona y cuales deberían ser los resultados como consecuencia de las intervenciones.

Un objetivo es la descripción de un comportamiento que se espera de la persona o un resultado que se desea obtener después de una serie de intervenciones.

El objetivo depende de la persona cuidada y no de la enfermera, el paciente es el que lleva acabo las acciones para alcanzar el estado deseado, lo que la enfermera hace es planificar, pero la persona realiza las acciones para alcanzar los resultados deseados.

En muchas situaciones la persona va hacer incapaz de participar en el cumplimiento de las acciones, como es el caso de personas inconscientes, paralizadas, moribundas, etc., entonces los objetivos se convierten en acciones para el cuidador.

Para realizar un objetivo se debe precisar el grado de autonomía que debe alcanzar la persona y debe responder a los criterios para determinar sus exigencias funcionales.

Características de los objetivos:

- Simple, claro y conciso.
- Específico para la persona cuidada.
- Debe evolucionar con la situación.
- Su fórmula debe contener una sola acción y una sola condición.
- Debe relacionarse con la parte “problema” del diagnóstico enfermero.
- Realista de acuerdo a la persona y su pronóstico.

- Debe proporcionar indicaciones precisas (¿quién?, ¿cómo?, ¿cuándo?, ¿Dónde?, ¿en qué medida?, etc.).
- Debe estar en la lógica del diagnóstico enfermero y las intervenciones.
- La formulación debe indicar un plazo preciso para la consecución de objetivos.

Si un objetivo es impreciso, resulta difícil saber si verdaderamente se ha alcanzado y la etapa de evaluación se va haber comprometida.

La redacción de los objetivos sirve de base a la evaluación por lo que se debe poner especial cuidado en la redacción. Los objetivos no son inmutables y deben evolucionar según la mejoría o deterioro de su estado. Los objetivos incluyen una infinidad de elementos, que van desde los intereses a los sentimientos pasando por las actitudes, las apreciaciones, las motivaciones y los valores de la persona. El campo afectivo es una fuente inagotable a la que la enfermera puede abordar. Los objetivos de orden afectivo buscan un efecto liberador de la ansiedad o de ciertos sentimientos agobiantes.

Existen también objetivos de orden cognitivo, lo que puede referirse al conocimiento y al aprendizaje.

En un diagnóstico enfermero el objetivo es la proyección de un resultado que se desea obtener en una situación problema y que se quiere cambiar en una situación deseada. Para que un objetivo no se quede en deseo hay que fijarlo en el tiempo, es decir poner un plazo. El plazo fijado para la consecución de los objetivos varía dependiendo de una situación de urgencia, del tiempo que se dispone, del contexto de cuidado y el pronóstico.

Existen factores que influyen en el pronóstico enfermero como es la motivación de la persona, el estado físico, el problema de salud ya sea agudo o crónico, la edad, la capacidad intelectual, el equilibrio psicológico y las limitantes de los recursos financieros y la red de apoyo.

Las intervenciones

Las intervenciones representan toda acción que realiza la enfermera, toda actitud o comportamiento que adopta o que trata de desarrollar en la persona, en el marco de las funciones profesionales, buscando el mayor bienestar de la persona cuidada.²⁶ Para planificar y aplicar sus intervenciones, la enfermera debe de aprovechar todos sus conocimientos teóricos y técnicos en cuidados enfermeros.

Cuando se han identificado más de dos diagnósticos de enfermería se establece un orden de prioridad entre ellos, para establecer dicha prioridad se debe consensuar con la persona a fin de fortalecer la relación terapéutica y evitar errores y pérdida de tiempo.²⁷

Existen dos tipos de intervenciones:

1. Las intervenciones autónomas de cuidados enfermeros que se dirigen a los cuidados físicos necesario para el mantenimiento de las funciones corporales y que tienen como fin garantizar su seguridad, transmitirle conocimientos o mejorar las condiciones del medio.
2. Las intervenciones de enfermería autónomas relacionadas con los cuidados médico, que vienen a completar una actuación técnica o médica.

Características de las intervenciones.

- Basarse en principios científicos
- Individualizadas
- Formularse de forma concisa y concreta
- Concordante con el diagnóstico enfermero y objetivos

²⁶Phaneuf M. (1999) La planificación de los cuidados enfermero. México. Mac Graw Hill – Interamericana. P. 196.

²⁷ Andrade R. (2012) Proceso de Atención de Enfermería. México, Ed. Trillas. P. 91-92.

- Responder a las preguntas (¿quién?, ¿cómo?, ¿cuándo?, ¿Dónde?, ¿en qué medida?, etc.).
- Buscar autonomía
- Ser creativa
- Favorecer la participación de la persona.

Los diagnósticos de enfermería proporcionan directrices para determinar los objetivos del cliente y desarrollar un plan de cuidados.

Existen seis componentes para la planificación:²⁸

- Fijar prioridades: resulta práctico utilizar la jerarquía de necesidades de Maslow. Los problemas que amenazan la vida, tienen prioridad más alta, los problemas que amenazan la salud son de prioridad media. Las prioridades asignadas no deben permanecer fijas, cambian al cambiar el problema de salud.
- Establecer los objetivos del cliente y los criterios de resultados: alcanzar los objetivos refleja la solución de la preocupación o problemas de salud. Actualmente los objetivos se describen en forma de término de actividades del cliente y no en términos de actividades de enfermería.
- Planificar las estrategias de enfermería: las estrategias específicas elegidas para los diagnósticos reales deben centrarse en la eliminación o reducción de la causa del diagnóstico. Cuando hay diagnósticos potenciales deben centrarse en las medidas para reducir los factores concurrentes del cliente, es decir los signos y síntomas. La selección de estrategias de enfermería es un proceso de toma de decisiones. Las acciones deben tener alternativas para

²⁸ Kozier, B. (1992). Conceptos y teorías de la práctica de enfermería. México. Mac Graw Hill-Interamericana. P. 140.

resolver los problemas, no deben perder de vista el considerar las consecuencias a cada acción

Las acciones planeadas deben ser:

- Segura y adecuada para la edad y salud.
- Alcanzable con los recursos que se dispone.
- Congruente con los valores y creencias del cliente.
- Basada en conocimientos y experiencias de enfermería.
- Escribir las prescripciones de enfermería: el grado de detalle en las prescripciones depende del personal de salud, hay que ser exacto al escribir las prescripciones.
- Escribir el plan de cuidados: los propósitos del plan de cuidados son proporcionar directrices para el cuidado individualizado; proporcionar continuidad a los cuidados; proporcionar reglas sobre lo que tiene que documentarse y servir de guía para asignar al personal.

Un plan de cuidados no puede quedarse en mero proceso intelectual, debe ser escrito y plasmado en un documento para que todos los cuidadores puedan consultar. Un plan de cuidados incluye uno o varios diagnósticos enfermeros para los cuales hay que fijar el objetivo, este debe ser evolutivo y también debe tenerse en cuenta el pronóstico.

Un plan de cuidados es todo lo que comprende el diagnóstico enfermero, los objetivos y las intervenciones que sirven para prever, organizar y evaluar los cuidados. Existen planes individualizados y estandarizados, la enfermera está en libertad de adecuar lo que convenga de acuerdo a las características del paciente.

- Consultar. La enfermera involucrada en el cuidado busca consejo o clarificación con respecto a los objetivos del cliente. La enfermera consulta para verificar los hallazgos, hacer un cambio y obtener conocimientos adicionales.

Existen fases de la consulta: identificar el problema, obtener datos del paciente, seleccionar al asesor, comunicar el problema, comentar las recomendaciones e incluir las recomendaciones en el plan de cuidados.

1.3.4 Ejecución

Es el proceso que consiste en revalorar al cliente, validar el plan de cuidados de enfermería, determinar la necesidad de ayuda de enfermería, ejecutar las estrategias de enfermería y comunicar las acciones de enfermería.²⁹

Se centra en la realización de las intervenciones que figuran en el plan de cuidados y que tienen como finalidad ayudar a la persona alcanzar los objetivos.³⁰

Otro concepto es llevar acabo las prescripciones de enfermería con una acciones autónomas y científicas que beneficien al paciente y que están claramente planeadas de acuerdo a los diagnósticos de enfermería.

El paciente es el que debe ejecutar las acciones y en ocasiones la enfermera debe actuar en nombre del paciente por dependencia. El grado de participación depende principalmente de su estado de salud.

Acciones de enfermería

Acción de enfermería independiente: es una actividad que la enfermera inicia como resultado de conocimientos propios, La enfermera sabe ¿por qué, cuándo y cómo? Aquí la enfermera determina lo que el cliente requiere y ella es responsable de su actuación y de su decisión. Ser responsable es saber responder ante cualquier situación.

Acciones de enfermería dependientes: son las acciones de enfermería llevadas a cabo por prescripción médica, y están relacionadas con la enfermedad del paciente. En cada indicación médica existe una acción de

²⁹ Kozier, B. (1992). Conceptos y teorías en la práctica de enfermería, México. Interamericana – Mac Graw Hill. pp .157

³⁰ Phaneut M. (1999). La planificación de los cuidados enfermeros. México. Mac Graw Hill – Interamericana.pp 216.

enfermería independiente, por lo que es importante identificar cada una de ellas.

Acciones de enfermería interdisciplinarias o de colaboración: son actividades que se realizan conjuntamente con otro miembro del equipo de salud. Las acciones de enfermería reflejan la relación entre los dos profesionales de salud en bien para el paciente.

La American Nurses Association describe colaboración como el poder de ambas partes con conocimiento y aceptación de las esferas combinadas y separadas de la actividad y responsabilidad y la salvaguarda mutua de los intereses legítimos de cada parte y objetivos comunes que son reconocidos por ambas partes.³¹

Para llevar esta parte del proceso es necesario revalorar al cliente y validar el plan de cuidados que son subprocesos que operan continuamente a lo largo de la fase de ejecución.

La valoración se lleva a cabo a lo largo de todo el proceso de enfermería, mientras se dan cuidados las enfermeras deben continuar recogiendo datos sobre los cambios en el bienestar del cliente. La revalorización en las fases posteriores se centra en necesidades o respuestas más específicas del cliente.

El plan de cuidados de enfermería no puede ser fijo debe ser un instrumento flexible. La enfermera debe juzgar el valor de nuevos datos o determinar si aún es válido el plan de cuidados. Cuando cambia el estado de salud del cliente, cambian las respuestas físicas o psicosociales y por lo tanto el plan de cuidados de enfermería cambia.

³¹³¹ Kozier, B. (1992). Conceptos y teorías en la práctica de enfermería, México. Interamericana – Mac Graw Hill, pp 155.

Estrategias para ejecutar las acciones de enfermería

1. Individualidad del cliente: las acciones son individualizadas siempre basadas en la ciencia.
2. La involucrar al cliente: la cantidad de implicación deseada se relaciona con frecuencia con la energía del cliente, la gravedad de su enfermedad, el número de factores de estrés, el miedo y la comprensión de la enfermera.
3. Prevenir las complicaciones: parte de la actuación de enfermería debe estar encaminada a la prevención de complicaciones.
4. Preservar las defensas del cuerpo: hay que considerar que nuestros pacientes son susceptibles de infecciones.
5. Brindar comodidad al paciente.
6. Ejecución correcta y cuidadosa de todas las actividades de enfermería.

Las acciones de enfermería siempre deben estar registradas en un informe y además se comunican a otras enfermeras o profesionales de salud de forma verbal.

La etapa de la ejecución se puede dividir en tres fases:

1. *La preparación de la jornada*: se realiza una reflexión sobre el plan de cuidados, hay que determinar el tiempo necesario para cada una de las actividades y el momento oportuno, las posibles dificultades y los recursos útiles. No hay que olvidar que el momento de ciertas actividades previstas en el plan de cuidados ya se ha indicado en la columna del horario. Por razones de eficacia se debe preguntar en primer lugar que actuaciones pueden hacerse coincidir para ganar tiempo y poderse mantener dentro de los límites.
2. *Elaboración escrita de un horario de trabajo*: la enfermera decide el orden de su trabajo teniendo en cuenta las otras intervenciones. Hay que respetar las prioridades establecidas de acuerdo a los diagnósticos. Al organizar su trabajo, la enfermera aumenta la eficacia del plan, minimiza las pérdidas de tiempo y

de energía tanto para el paciente como para ella, armoniza sus funciones autónomas y sus funciones de colaboración.³² La organización de trabajo debe ser flexible. Al planificar su jornada de trabajo la enfermera debe tener en cuenta a todos los enfermos a su cargo, debe aprender a planificar, organizar y coordinar las diferentes necesidades y exigencias de cada uno de los enfermeros y adaptar continuamente las prioridades de acuerdo a su estado de salud.

3. *La ejecución de los cuidados:* La enfermera debe realizar las acciones en su horario desde un punto de vista que satisfaga las necesidades físicas y emocionales de la persona y su progresión hacia una mayor independencia. Mientras se brindan los cuidados, la enfermera siga observando, recogiendo datos, analizándolos y orientándose hacia otros diagnósticos de enfermería. Un plan de cuidados nunca es inmutable, se encuentra en constante evolución.

La fase ejecución exige a la enfermera conocimientos y habilidades perceptivas e intelectuales, sentido común, capacidad para tomar decisiones, así como aptitudes técnicas y capacidad para relaciones interpersonales.

Algunas de las actividades planeadas pueden ser delegadas a un auxiliar de enfermería o al familiar. La enfermera es legalmente responsable de la planificación y ejecución de los cuidados.

La etapa de ejecución nos permite no solo aplicar el plan de cuidados sino también integrar las funciones de colaboración. En el marco de las funciones autónomas, se permite a la enfermera desempeñar su función de cuidados, su función de educación y función de relación de ayuda.

³² Phaneut M. (1999). La planificación de los cuidados enfermeros. México. Mac Graw Hill – Interamericana Pp217

La función de cuidado se refiere a las intervenciones que se dirigen a los cuidados físicos, cuidados técnicos relativos al tratamiento y vigilancia de diferentes parámetros.

La función de educación es informar al enfermo sobre su enfermedad, su tratamiento y el medio hospitalario. Además transmitir instrucciones formales que exigen mayores conocimientos.

Función de apoyo emocional: la profesión de enfermería atañe una serie de intervenciones dirigidas a animar y motivar a la persona cuidada. Esta función de apoyo emocional se ejerce haciendo un clima terapéutico a partir de la relación acogedora con la persona y la voluntad de la enfermera de disponerse a escucharla, acoger su experiencia de sufrimientos y de manifestar su comprensión.

Documentación de los cuidados

Después de haber brindado cuidados, la enfermera debe documentar sus intervenciones, es decir, realizar el informe de las acciones que se ha llevado a cabo e indicar las reacciones de las personas describiendo su estado en forma literal.

Utilidad de la documentación:

- Comunicar la información al equipo de cuidados
- Obligación profesional y ofrece a la enfermera la ocasión para mostrar las responsabilidades.
- Permite evaluar el trabajo de la enfermera.
- Documento legal, asegura una protección legal tanto para el enfermo como para la enfermera.
- Una base para evaluar los cuidados.
- Facilita la continuidad de los cuidados

- Proporciona el diálogo entre profesionales.
- Puede convertirse en objeto de investigación enfermera.

Las observaciones de enfermera deben reflejar siempre fielmente las intervenciones en la persona enferma, su estado y su reacción física y emocional a la enfermedad y al tratamiento. Actualmente las observaciones de la enfermera se realizan por método cronológico, lo que significa que la cuidadora no anota más que lo que sale de lo común.

1.3.5 Evaluación

En el proceso de Enfermería esta es la quinta etapa y la última. La evaluación determina si las actuaciones de enfermería pueden darse por terminadas o debe revisarse o cambiarse. La evaluación es un proceso constante en cada una de las etapas y también es una parte terminal.

Con la evaluación las enfermeras aceptan la responsabilidad de sus acciones, muestran interés de los resultados y el deseo de modificar los planes de cuidado si no se espera el resultado obtenido. Es una actividad organizada e intencionada.

Según Kozier la evaluación se compone de seis pasos:

1. *Identificar los criterios de los resultados*: los datos tienen que recogerse y proporcionar un estándar. Los criterios son claramente enunciados, precisos y medibles.
2. *Recoger datos*: se extraen los datos para ver si se han alcanzado los objetivos estos deben ser medibles, aunque muchos de los datos recolectados son subjetivos y requieren la interpretación de la enfermera. La recolección de datos debe registrarse concisa y correctamente para facilitar la siguiente fase.
3. *Juzgar el logro de objetivos*: los datos recolectados se comparan con los criterios establecidos. Existen tres posibles resultados de evaluación. Se cubrió total, parcial o no se alcanzó el objetivo.
4. *Relacionar las acciones de enfermería con los resultados del cliente*: las acciones de enfermería tuvieron relación con el resultado. Nunca debe suponerse que una acción de enfermería fue la única causa para alcanzar el objetivo.
5. *Reexaminar el plan de cuidados*: determinar si fue eficaz el plan de cuidados para resolver prevenir o reducir el problema. Cuando se alcanzado un objetivo la enfermera tiene que decidir si el problema del diagnóstico ya no existe, o

todavía existe el problema aun cuando se haya alcanzado el objetivo. Cuando no se cubren los objetivos o solo parcialmente, la enfermera tiene que reimplantar los diagnósticos, los resultados y el plan de cuidados.

Si la valoración está incompleta se tiene que ver si se analizó bien el problema, si el enunciado del diagnóstico es el correcto, si los objetivos fueron alcanzables o realistas, si hay cambiado las prioridades del cliente y por ultimo si las acciones de enfermería tiene que ver con el objetivo del problema.

6. *Modificar el plan de cuidados*: cambiar los datos de la valoración; revisar los diagnósticos, revisar las prioridades del cliente, establecer estrategias que correspondan a los nuevos diagnósticos de enfermería, cambiar los objetivos para proyectar el nivel deseado.

Actualmente existe la clasificación de los resultados de enfermería (NOC), cuya finalidad es evaluar los efectos de las intervenciones, el NOC mide los resultados de enfermería, estos resultados son una medición continua que nos dice si los resultados fueron los esperados.³³

Cada resultado posee una definición, escala de medición, indicadores y medidas asociadas, todos los elementos están codificados.

Como los resultados son los componentes esenciales para la garantía de calidad, la evaluación de calidad es parte indispensable de la responsabilidad profesional.

³³ Andrade, R. (2012). Proceso atención enfermería. México. Trillas. pp.117.

1.4 Patrones funcionales de Salud de Marjory Gordon

La Dra. Marjory Gordon es teórica y profesora que creó una teoría de valoración de enfermería conocida como Patrones Funcionales de Salud de Gordon. Es líder internacional en esta área de conocimiento de enfermería. Fue la primera presidenta de la NANDA y ha sido miembro de la Academia América de Enfermería desde 1977 fue nombrada leyenda viviente por la misma organización en 2009.³⁴

La Dra. Gordon es profesora emérita de enfermería en Boston Collage en Massachusetts. Sus libros aparecen en diez idiomas en cuarenta y ocho países.³⁵ Ha contribuido significativamente al desarrollo del lenguaje enfermero estandarizado. Su obra en esta campo tiene implicaciones en la investigación, educación, evaluación, competencia y el establecimiento de un núcleo de conocimiento enfermero basado en las evidencia.

En el marco conceptual de Gordon se incluyen 11 patrones funcionales de salud. Los patrones funcionales de salud no es un modelo conceptual enfermero sino un sistema de valoración compatible con cualquier modelo de cuidados. Los 11 patrones funcionales son una estructura para valorar cada uno de los aspectos de la salud que afectan al individuo. Los 11 patrones son una división artificial y estructurada del funcionamiento humano integrado, la interrelación que se da entre ellos es lógica, las personas son un todo y existe una influencia de todo el entorno: cultura, nivel social, valores y creencias.

Concepto:

Un patrón funcional está definido como una configuración de comportamientos biológicos, psicológicos y sociales más o menos comunes a todas las personas, que ocurren de manera secuencial en el transcurso del tiempo en el

³⁴ Living Legend. (2012). CSON Boston Collage.

³⁵ Living Legends (2009). América Academy of Noursing.

individuo, familia y comunidad que contribuyen a su salud, calidad de vida y al logro de su potencial humano.

Cada patrón es una expresión de la interacción entre cada uno, ningún patrón puede entenderse sin el conocimiento de otros patrones.

Un patrón de salud se entiende desde este modelo como aquellas respuestas o grupo de respuestas que describen un grado de función corporal que contribuyen a mantener el estado de salud, la vida y la realización del potencial humano.³⁶

Las características de los patrones funcionales son:³⁷

- Integralidad: contempla al ser humana en sus patrones biológicos, psicológicos, social y espiritual del individuo.
- Globalizador: considera a la persona como un todo, de manera tal que no puede trabajar con ciertos patrones sino que debe incluir a todos, por lo tanto los patrones son interactivos y están interrelacionados.
- Personal: el estudio de los patrones funcionales es de manera individual, no hay patrón normado sino que se va construyendo a medida que se va interactuando con el cliente y se va observando a la persona particular en un periodo determinado.
- Operativo: facilita la clasificación y organización de los datos y, por lo tanto, especifican la información requerida para trabajar con la estructura de categorías diagnósticas de enfermería.

Los patrones de salud pueden ser funcionales disfuncionales o potencialmente disfuncionales.

³⁶ Gordon M. (1993). Nursing Diagnoses: Procesos and Aplicación. St Louis.Ed. Mosby,

³⁷Andrade R. (2012), Proceso de Atención Enfermería, México, Ed.Trillas . p 160.

Cuando los patrones de salud son funcionales significa salud, bienestar y proporcionan una base para el desarrollo continuado de las potencialidades humanas, entonces, la enfermera interviene animando a los clientes a que continúen en su estilo de vida saludable y su crecimiento hacia niveles superiores de bienestar.

Los patrones de salud disfuncionales o potencialmente disfuncionales no responden a las normas esperadas y se definen como problemas de salud y limitan la autonomía de la persona.

El tratamiento de los patrones disfuncionales (problema reales) se dirigen hacia factores que contribuyen al problema o lo mantienen, mientras que los patrones potencialmente disfuncionales (alto riesgo), el objetivo es prevenir el problema reduciendo los factores de riesgo.

El juicio de un patrón disfuncional se realiza en comparación de los datos históricos y actuales con las normas de desarrollo. La identificación de patrones potencialmente disfuncionales (problemas potenciales) es tan importante como el diagnóstico de disfunción, estos pueden aparecer en ausencia de enfermedad médica, como ya se mencionó anteriormente el eje de las intervención de enfermería es la reducción de los factores de riesgo.

La NANDA y los Patrones Funcionales de Salud

En 1994 la Directiva de la NANDA utilizó cuatro marcos taxonómicos deferentes, ninguno era completamente satisfactorio, pero el que más se ajustaba era el de los patrones funcionales. La NANDA se basó en la creación de Gordon para crear los diagnósticos enfermeros. Cada patrón es una expresión de la interacción biológica, psicológica y social, ningún patrón puede entenderse sin el conocimiento de otros patrones. Los patrones funcionales de salud son compatibles con la Taxonomía I de la NANDA I.

La NANDA para facilitar el uso de diagnósticos ha estado trabajando durante varias décadas y actualmente maneja 13 dominios y en cada dominio existen distintas clasificaciones las cuales nos permiten ubicar más específicamente los diagnósticos requeridos, disminuyendo las posibilidades de error, y de esta manera aplicar el NIC y el NOC de manera certera.

Valoración por patrones funcionales (Gordon 1999).

Para realizar una valoración por patrones funcionales de salud, se debe definir los siguientes puntos (Gordon, 1999):

1. Definir cada patrón. Las preguntas y observaciones se definen de acuerdo a cada patrón.
2. Las preguntas y observaciones se utilizan para detectar. Si existen patrones disfuncionales o potencialmente disfuncionales se pueden agregar más preguntas y observaciones.
3. Es necesario individualizar la entrevista utilizando las preguntas a estilo y forma de cada paciente y de acuerdo a cada situación existente.
4. Es necesario combinar la información de la historia y del examen para todos los patrones con el fin de identificar los diagnósticos y los factores contribuyentes.

Patrón 1: percepción de la salud

Pretende conocer la propia percepción de la persona sobre su situación de salud y bienestar. Incluye estilos de vida, prácticas de promoción de salud y de prevención de riesgos, prescripciones médicas y de enfermería.

Patrón 2: nutricional - metabólico

Pretende conocer el consumo de alimentos y líquidos de la persona en relación con sus necesidades metabólicas y los patrones indicadores de provisión restringida de nutrientes. Incluye patrón individual de consumo de alimentos y

líquidos, medidas antropométricas, aspectos psicológicos de la alimentación, patrón de alimentación del lactante, lesiones cutáneas, estado de la piel, membranas mucosas y dientes.

Patrón 3: eliminación

Pretende conocer los patrones de la función excretora de la persona (intestino, vejiga y piel). También incluye el uso de dispositivos para el control de excreción.

Patrón 4: actividad - ejercicio

Describe el patrón de ejercicio, actividad, tiempo libre y recreo, incluye actividades de la vida diaria. Si procede, se incluyen los factores que intervienen con el patrón deseado o esperado por el individuo, como el déficit neuromuscular y las compensaciones, disnea, angina o calambres.

Patrón 5: sueño - descanso

Describe los patrones de sueño, reposo y relajación. Incluye cantidad y calidad percibida de sueño y descanso y la percepción del nivel de energía. Incluye ayudas para el sueño y el descanso.

Patrón 6: cognitivo - perceptivo

Describe los patrones sensitivos, perceptuales y cognitivos de la persona. Incluye la adecuación de los órganos de los sentidos, utilización de sistemas de compensación o prótesis para hacer frente a los trastornos. Aquí se agrega el dolor cuando procede.

Patrón 7: autopercepción - autoconcepto

Describe los patrones de auto concepto y percepción de uno mismo. Actitud de la persona hacia sí misma y hacia su valía, imagen corporal y patrón

emocional. Patrón de comunicación no verbal: postura y movimiento corporal, contacto ocular. Patrón de comunicación verbal: voz y patrón del habla.

Patrón 8: rol - relaciones

Describe los patrones de compromiso con el rol y las relaciones. Están incluidas la satisfacción o alteraciones en la familia, trabajo o relaciones sociales y las responsabilidades relacionadas con estos roles.

Patrón 9: sexualidad - reproducción

Describe los patrones de satisfacción o insatisfacción con la sexualidad y reproductivos de la persona. Contiene el estado productivo en las mujeres y los problemas percibidos.

Patrón 10: tolerancia al estrés

Describe el patrón de adaptación y afrontamiento de la persona a los procesos de tolerancia al estrés. Combina la reserva o capacidad para resistir los cambios en la propia integridad, forma de tratar el estrés, sistemas de apoyo familiar o de otro tipo y la habilidad percibida para controlar y dirigir situaciones.

Patrón 11: valores - creencias

Describe el patrón de los valores y las creencias espirituales y/o religiosas que influyen en la toma de decisiones. Se refiere también a las cosas percibidas como importantes en la vida. La percepción de la calidad de vida, conflicto con los valores, creencias o expectativas relacionadas con la salud.

- Diferencia entre pistas e inferencias. Pista son datos objetivos o subjetivos y las inferencias son la interpretación o conclusiones del profesional de enfermería basada en las pistas.
- Evitar saltar a conclusiones y centrarse en la dirección equivocada para identificar problemas.

Para completar la fase de valoración, el profesional de enfermería registra los datos. El registro preciso es fundamental y debe incluir todos los datos recogidos sobre el estado de salud del paciente los datos se recogen en forma objetiva y no los interpreta el profesional de enfermería. Un juicio o conclusión como un “Buen” apetito o un “apetito normal” pueden tener diferentes significados para diferentes personas. Para aumentar la precisión, el profesional de enfermería registra los datos subjetivos y con las propias palabras del paciente entre comillas. Decir en otras palabras lo que alguien manifiesta aumenta la probabilidad de cambiar el significado original.

CAPITULO II

APLICACIÓN DEL PROCESO ATENCIÓN ENFERMERÍA

Presentación del caso:

La persona a la que se le aplicó el Proceso Atención Enfermería en domicilio es la Sra. Herlinda, un adulto mayor de 88 años de edad, viuda, con un nivel socioeconómico bajo, con problemas para mantener niveles de glicemia aceptables, dificultades para mantener una hidratación aprobada, una vida sedentaria, siempre con deseos de estar en la iglesia y realizar actividades que anteriormente realizaba, es una persona con dependencia para realizar actividades cotidianas, su principal obstáculo para la independencia es un problema visual (a perdido la visión casi por completo como consecuencia de una retinopatía diabética) y su dificultad a la movilización.

La persona se desarrolla en una familia nuclear compuesta por 11 miembros, todos dicen estar al pendiente de la Sra. Herlinda pero la realidad es otra. Con el siguiente proceso se pretende sensibilizar a la persona y sus familiares acerca de la importancia de los cuidados que requiere un adulto mayor, el control de la glicemia y una mayor independencia en la vida diaria de la persona sin poner en riesgo su vida o salud.

2.1 Etapa de valoración:

Instrumento de valoración

Nombre: Herlinda	Edad: 88 años
Sexo: femenino	Estado civil: viuda
Escolaridad: ninguna, pero sabe leer y escribir	Fecha de nacimiento: 4 de Julio de 1925
Lugar de nacimiento: Milcumbres, Michoacán.	Tiempo de residencia en el D.F.: 50 años aproximadamente
Religión: católica	Ocupación: ninguna. En su vida laboral fue campesina

PATRÓN 1

PERCEPCION-MANEJO DE LA SALUD

Se pretende determinar las percepciones sobre la salud del individuo, el manejo general de su salud y las practicas preventivas.

Como considera su salud

Buena	Regular	X	Mala
-------	---------	----------	------

¿Por qué? todos los días me siento mal, me duela la cadera

Padece alguna enfermedad actualmente: mencione Diabetes de 20 años de evolución, hipertensión arterial, no me acuerdo

Las medidas que practica en su vida diaria son buenas para conservar su salud

Si	No	X
----	----	----------

¿Por qué? A veces tomo te para no tomar medicinas

¿Qué tipo de cuidados realiza regularmente para mantener su salud? tomo te, y camino en casa

Fuma	No	
Toma	Si	Ocasional
Otra sustancia adictiva	Coca cola	Solo un vaso

¿Lleva acabo las prescripciones médicas?

Si	No
Parcialmente X	A veces

¿Porque piensa que es importante practicarlas o no? **no recuerda porque es importante**

Aplicación de inmunizaciones

Neumocócica	No
Influenza	No
Toxoide	No

Ultima fecha de realización de examen de mama—~~no~~— de Papanicolaou—~~no~~—. Resultados _____.

¿Cuándo fue su último ingreso hospitalario y por qué? **Hace poco. Hija: en diciembre por descompensación hiperglucemica**

Frecuencia higiénica

Baño personal	Aproximadamente cada mes
Cambio de ropa personal	Diario
Cambio de ropa de cama	Cada semana

Datos objetivos

Características de la higiene

Personal	Limpia
Recamara	Limpia
Casa	Regular, algunos objetos mal puestos
Comunidad	Regular, algunas basuras en la callo

PATRÓN 2

NUTRICIONAL – METABÓLICO

Determinar las costumbres de consumo de alimentos, líquidos, en relación a las necesidades metabólicas. Se exploran los posibles problemas para su ingesta.

Peso 44kg Talla 136 cm IMC 23.9 normal

Glicemia capilar 126 mg/dl (hace una semana) temperatura 35.9°C

Consume algún tipo de dieta específica: para diabético, no como azúcar
¿por prescripción médica está contraindicado algún tipo de comida, cuál?
dulce

Mencione los alimentos que consumió la última vez incluyendo líquidos:

La Sra. Hermelinda no recuerda nada, nos ayuda su hija

Desayuno	2 huevos con chile y frijoles. Tres tortillas y agua
Colación	-----
Comida	-----
Colación	-----
Cena	Picadillo, espagueti, nopales, 3 tortillas
Otros	-----

¿Cuáles son los horarios específicos para tomar sus alimentos?

Desayuno	11 o 12 horas.	Comida	----
Cena	17 o 18 horas	Colaciones	-----

Frecuencia de consumo de alimentos

	Diario	C/3er día.	Ocasional	Nunca
Verduras	X			
Fruta	X			
Pollo			x	
Carne roja			2 veces/ semana	
Pescado				X
Lácteos				X
Cereales				X

Dulces				X
Bebidas endulzadas				X

¿Dónde consume regularmente sus alimentos? **Le da lo mismo en la cocina o en el patio**

¿Tiene dificultad para masticar o deglutir sus alimentos? **No, tal vez un poco masticar**

Presenta alguna alteración antes o posterior a la alimentación

	Siempre	Ocasional	Nunca
Nausea		X	
Vomito			X
Pirosis			X
Anorexia	X		
Polifagia			X

¿Ingiera algún tipo de suplemento alimenticio? **complejo b**

¿Tiene alergia a algún alimento? **No**

¿Algún alimento le ocasiona malestar? **No**

¿Le gusta comer solo o acompañado? **Le da lo mismo**

¿Su estado de ánimo influye en la ingesta de su dieta? **Sí, no me da hambre cuando estoy triste**

En general considera que su peso esta:

Igual	Aumentado	Disminuido	X
-------	-----------	------------	---

Datos objetivos

Alteraciones en la boca y labios

Inflamación	No	Caries	Si
Ulceración	No	Prótesis total	No
Gingivitis	No	Falta de piezas dentarias	Si
Deshidratación	Semi	Otro	Solo 10 piezas dentarias cariadas

Características de la piel

Hidratación	Seca
Integridad	Escoriaciones en pierna derecha de 1 cm cada una.
Uñas	De pies largas, engrosadas y amarilla
Cabello	Sedoso, largo, entrecano y limpio
Presencia de edema	No
Verrugas	No
Lipomas	No
Abscesos	No
Ulceras	No
Varices	Miembros pélvicos pequeñas
Hematomas	No
Ictericia	No
Ronchas	No
Vesículas	No
Eritema	No

PATRÓN 3

ELIMINACIÓN

Describe el patrón de la función excretora (urinaria, intestinal y de la piel) y todos los aspectos relacionados con ella.

Frecuencia de evacuación	<i>Cada tercer día</i>
Características de las evacuación	<i>Formada, café</i>
Utiliza alguna medida auxiliar	<i>No</i>
Hay problemas para su control	<i>Ocasionalmente se evacua en pañal</i>
Limita sus actividades por esta situación	<i>No</i>

No. de veces que orina en un día	<i>Se sospecha que solo orina 2 veces al día</i>
Dificultades para su emisión	<i>No</i>
Color de orina	<i>Clara</i>
Existe incontinencia	<i>Si</i>
Molestias para orinar	<i>A veces disuria</i>
Tenesmo vesical	<i>No</i>

Limita sus actividades por alguna situación	No
Despierta en la noche para orinar	No
Usa pañal	Si, cambio 2 veces al día.

Como considera su sudoración

Cantidad	Normal	x	Excesiva
Tipo de olor	Normal	x	Fuerte

Datos objetivos:

Presencia de algún tipo de drenaje no características del drenaje:
 color _____ cantidad _____ olor _____ Otro _____

Características del sitio de inserción del drenaje: color _____
 dolor _____ presencia de secreción _____
 otro _____

Olor general del paciente: **olor a sudor**

Presencia de

Sialorrea no	Masas visibles no
Halitosis no	Masas palpables no
Hepatomegalia no	Ascitis no
Esplenomegalia no	Flatulencia no
Perístasis 6 min	Hemorroides no
Distención abdominal no	Globo vesical no

PATRÓN 4

ACTIVIDAD - EJERCICIO

Este patrón describe las capacidades para la movilidad autónoma y la actividad. También describe las costumbres de ocio y recreo.

Las siguientes actividades las realiza de manera:

Actividad	independiente	Parcialmente dependiente	Totalmente dependiente
Alimentación		X	
Baño			X
Vestido		X	
Eliminación		X	
Movilidad en cama	X		
Movilidad en general	X		

Para su vida diaria utiliza algún aparato que lo ayude a moverse **16 años de usar bastón**

Tiene fuerza o energía suficiente para realizar sus actividades cotidianas **si**

Describe las actividades que realiza en un día común (La Hija contesta) **se levantó, la arreglaron, recibió visita de la ministra, desayuno, estuvo sentada en patio, aplaude para pedir ayuda de alguna mandado, camina en el patio, reza la mayor parte del día, cena y a las 9 se acuesta para dormir**

Realiza alguna actividad recreativa: **no**

Alguna actividad que le gusta o gustaría hacer **ir a misa a la iglesia todos los días**

Realiza algún ejercicio rutinario: **no**

Tiene dificultad para mover alguna parte de su cuerpo: **todos los movimientos de todas las articulaciones están limitadas por entumecimiento, le duele la cadera para sentarse o levantarse**

No. De horas en una misma posición: sentado **45 min** acostado **8 horas**. Cuando realiza alguna actividad física tiene repercusiones:

	Describe
Respiratorias	No
Circulatorias	No
Dolor (lugar)	Lumbalgia
Cardiacas	No
Edema	No
Parestesias	Ocasionales en los muslos
Otras	No

Datos objetivos

TA en sentada 130/70 mm Hg FC 80 ritmo arrítmico, con palpitaciones y soplo sistólico FR 21 características torácica, superficial

Fuerza física

	Parálisis	Disminuida	Parcialmente disminuida	Buen tono muscular
Manos			X	
Brazos			X	
Piernas			X	

Postura corporal del paciente:

Erguida	
Cifosis	X
Escoliosis	
Lordosis	

Existe distrofia muscular en alguna parte del cuerpo si en todo los músculos del cuerpo

Hay presencia de edema: no Lugar: grado

Llenado capilar de extremidades: 2 segundos coloración pálida

Sensibilidad si temperatura tibios

Otros

Características de la respiración:

Hiperventilación	No	Sibilancias	No
Hipoventilación	No	Tiros intercostales	No
Aleteo nasal	No	Tos	No

Respiración toraco – abdominal	No	Espujo	No
Estertores	No	Grado de disnea	No
Apoyo con oxígeno	No	Forma de tórax	No

PATRÓN 5

SUEÑO – DESCANSO

Describe los patrones de descanso a lo largo del día, y los usos y costumbres para conseguirlos.

Hr. de dormir—**9 pm**—hr. de levantarse—**9 ó 10**— hr. de siesta—**no**—

Tiempo de siesta—————

Cuantos horas duerme regularmente—**10 horas aproximadamente**—

Concilia bien el sueño **no**

Despierta por la noche: **no**

No. De veces que despierta por la noche: **2**

Su sueño es reparador: **no**

Cuando despierta se siente con energía para realizar sus actividades: **no**

Toma alguna sustancia para dormir (nombre): **no**

Con que frecuencia consume esta sustancia—————

¿Utiliza alguna técnica para lograr conciliar el sueño? **No**

¿Existe alguna causa por la que no pueda consolidar el sueño?

El ambiente donde duerme propicia su descanso **si**

Datos objetivos

Bostezo durante la entrevista **no**

Tiene ojeras **si**

Existe mucho ruido en el ambiente del paciente **no**

Tiene un área exclusiva para su descanso **si**

PATRÓN 6

COGNITIVO – PERCEPTUAL

Se describe el patrón sensorio – perceptual y cognitivo del individuo. Se comprueban las capacidades cognitivas relativas a la toma de decisiones, la memoria y el lenguaje.

Utiliza audífono: **no**

Utiliza lentes **no**

Como considera sus sentidos:

Sentido	Distingue los objetos, sustancias o sonidos
Tacto	<i>Si</i>
Gusto	<i>Si</i>
Olfato	<i>No, lo perdió hace varios años</i>
Vista	<i>Solo ve siluetas en ocasiones, se agudizo su problema hace 3 meses</i>
Oído	<i>Hipoacusia bilateral, hablándole con voz alta escucha bien</i>

¿Es difícil recordar cosas recientes? **Si**

¿Recuerda cosas de su vida que pasaron hace muchos años? **A veces**

¿Quién toma las decisiones de su vida? **Sus hijos**

Si la respuesta es otra persona ¿por qué? **No recuerdo las cosas**

Tiene problemas para expresar sus pensamientos **no**

Las personas que viven con usted, entienden lo que usted les quiere decir: **si**

¿Qué le duele físicamente? **La cintura y las piernas**

¿Cómo es su dolor y como lo controla? **El dolor lo tengo todo el día no me deja mover y no puedo hacer nada**

El dolor limita su vida: **no puedo caminar como yo quisiera**

Como considera su carácter

Amigable	X	Irritable	Tolerante
----------	----------	-----------	-----------

Datos objetivos

El estado de ánimo es: **platicadora, amigable y sonríe con facilidad**

Evade la conversación: **no**

Mira a los ojos durante la entrevista **si**

El tono de voz es: **bajo**

Escucha lo que le pregunto: **si** tengo que levantar la voz para hacerme entender: **si**

Alcanza a ver las letras grandes de un periódico: **no**

Distingue entre el olor de cebolla y pimienta: **no**

Logra distinguir la temperatura de mis manos y las de un objeto **si**

Presencia de entropión—ectropión—cataratas—glaucoma---

PATRÓN 7

AUTOPERCEPCIÓN – AUTOCONCEPTO

Incluye las actitudes del individuo hacia sí mismo, hacia su imagen corporal, su identidad y hacia su sentido general de valía.

¿Qué sentimiento le ocasiona al ver los cambios físicos de su cuerpo? **tristeza, para todo tiene que pedir ayuda**

¿Está conforme consigo mismo? **Si**

Emocionalmente como se siente actualmente **triste**

Se siente feliz **no**

¿Siente aburrimiento en su vida? **Si, quisiera ir a la iglesia**

¿A que le tiene miedo en la vida? **A la muerte**

¿Siente ansiedad o depresión? **Si, quiera ir a la iglesia**

¿Le gustaría cambiar algo de su personalidad o carácter? **quisiera tener salud para ir a misa**

Datos objetivos

Existe presencia de risa **si** de llanto **no**

Angustia si irritabilidad no

El paciente se encuentra limpio y arreglado si

Cambia de estado de ánimo no

PATRÓN 8

ROL – RELACIONES

Es el rol social que juega el individuo en el seno familiar, laboral. Así como las responsabilidades que tiene que asumir. Existencia de problemas en las relaciones familiares.

Con quienes vive (parentesco): dos hijas y un hijo y cada uno tiene su familia

¿Cuántas personas viven en casa? 11 personas

La familia depende del paciente para alguna situación:

	Si	No
Vivienda	X	
Dinero	X	
Decisiones		X
Cuidado de menores		X
Otros		

¿Pertenece a algún grupo social? Actualmente no, pero trabajo muchos años en la iglesia

¿Recibe visitas? Si, de personas de la iglesia

¿Se siente indispensable para la familia? Si

¿Existe alguna situación desagradable en su grupo familiar? Si

¿Siente que puede hacer algo ante esta problemática? Si, y la plática con los hijos

¿En algún momento del día siente soledad? Si

¿Actualmente tiene una motivación? Si quiero ir a misa

¿Cuál es su proyecto a corto plazo? Ir a misa

¿Siente agresión verbal o física por algún miembro de su familia? No

¿Perdió recientemente algún ser querido? **Su esposo hace 6 años**

PATRÓN 9

SEXUALIDAD – REPRODUCCIÓN

Describe los patrones de satisfacción o insatisfacción con la sexualidad y todo lo relacionado con la misma.

Actualmente tiene algún tipo de relación de pareja **no**

Se siente contenta de su sexualidad en la actualidad **si**

Si le pudiera pedir algo a la vida con respecto a su sexualidad, ¿qué pediría?
mi esposo

Datos objetivos

Características de los genitales externos **uso de pañal no permitió
revisarle los genitales**

Salida de algún tipo de secreción _____

Enrojecimiento de la mucosa _____

Presencia de comezón _____

Existencia de alguna lesión _____

PATRÓN 10

ADAPTACIÓN – TOLERANCIA AL ESTRÉS

Describe el patrón general de adaptación y efectividad en términos de tolerancia al estrés. Capacidad percibida para controlar y manejar situaciones.

- ¿Qué cambios han sido importantes en su vida actual? **la pérdida de la visión**
- ¿Cómo ha afrontado estos cambios? **ha dejado de salir a la calle**
- ¿Ha utilizado algún medicamento o sustancia para superar los problemas o cambios? **No**
- ¿Tiene alguna persona de su confianza para confiarle sus problemas? **hijos**
- ¿Es fácil tener a esta persona para poder platicar? **si**
- Se siente tenso o relajado la mayor parte del día **tenso**

PATRÓN 11

VALORES CREENCIAS

Describe los valores, objetivos y creencias que guían las decisiones y opciones vitales del individuo. Incluye lo percibido como importante en la vida. Expectativas que están relacionadas con la salud.

- ¿Qué es lo más importante en su vida? **Dios y mi familia**
- ¿A qué le dedica mayor atención? **a Dios**
- ¿Qué o quién influye en su vida? **Dios**
- ¿Su salud ocupa un lugar importante en su vida? **si después de Dios**
- ¿La religión es importante en su vida? **si**
- ¿Ante dificultades recurre a ella? **si**
- ¿Su religión tiene algo que ver con su salud? **si**
- ¿Cómo influye la religión en su vida? **Dios me da la felicidad**
- ¿Tiene miedo a la muerte? **si**
- ¿Por su religión como toma la muerte de algún ser querido? **reza por su esposo y sus demás difuntos gran parte del día**

Entrevistador : **Rita Aguilar Cervantes**

2.1.1 Análisis de datos

Patrón 1	
Percepción manejo de salud	
Datos funcionales	Datos de alteración.
Conductos auditivos limpios, narinas permeables	Considera su estado de salud en regulares condiciones; todos los días se siente mal; no considera realizar buenas prácticas de salud; lleva acabo parcialmente las prescripciones médicas; no tiene ninguna vacuna en los últimos cinco años; nunca se ha realizado papanicolaou ni tuvo internamiento por hiperglicemia; baño cada mes; plantas de pies llenas de tierra.
Diagnósticos de enfermería	
<ul style="list-style-type: none"> • Mantenimiento ineficaz de la salud relacionado con pérdida visual, pérdida de la memoria de corto plazo, disminución de las habilidades motoras finas y gruesas, manifestado por incapacidad para asumir la responsabilidad de llevar acabo las practicas básicas de salud. • Gestión ineficaz del régimen terapéutico relacionado con edad avanzada, pérdida visual y pérdida de la memoria de corto plazo manifestado por glucosa en sangre de 126 mm Hg e hipotensión de 80/40 mm Hg.. 	

Patrón 2 Nutricional metabólica	
Datos funcionales	Datos de alteración.
IMC en rango normal	Glicemia de 126 mg/dl; dos comidas al día; 2 vasos de líquido en 24 horas; alimentación desbalanceada; 8 piezas dentarias; piezas dentarias caries grado 3; dificultad para masticar; piel seca con escoriaciones; uñas de pies largas, engrosadas y amarillas; varices pequeñas en ambas piernas;
Diagnósticos de enfermería	
<ul style="list-style-type: none"> • Alteración del nivel de glicemia relacionado con falta de adhesión al plan terapéutico, disminución de la actividad física manifestado por una glucometría de 126 mg/dl. • Déficit de volumen de líquidos relacionado con ingesta inferior a las necesidades manifestado por mucosa oral seca y oliguria. • Riesgo de deterioro de la integridad cutánea relacionado con el uso de pañal, humedad y edad avanzada. 	

Patrón 3 Eliminación	
Datos funcionales	Datos de alteración.
Evacuación sin ayuda externa; buena peristalsis; ausencia de masas viscerales; no globo vesical.	Uso de pañal; cambio de pañal dos veces al día; evacuación cada tercer día en pañal.
Diagnósticos de enfermería	
<ul style="list-style-type: none"> • Deterioro de la eliminación urinaria relacionado con déficit sensitivo motor manifestado por micción voluntaria en pañal. • Deterioro de la eliminación intestinal relacionada con disminución general en el tono muscular, manifestado por evacuación voluntaria en el pañal y expresión verbal de no llegar al baño. 	

Patrón 4	
Actividad – Ejercicio	
Datos funcionales	Datos de alteración.
Se siente con fuerza para realizar sus actividades cotidianas; llenado capilar de 2 segundos; extremidades inferiores tibias con sensibilidad presente.	Camina con ayuda de bastón; depende de sus familiares para alimentación, baño, vestido, asistencia para ir al baño, no realiza actividades recreativas, no realiza ningún ejercicio, limitaciones en el arco de movimiento, la fuerza en general está disminuida; distrofia muscular en todo el cuerpo.
Diagnósticos de enfermería	
<ul style="list-style-type: none"> • Riesgo de perfusión tisular periférica ineficaz relacionada con edad mayor de 60 años, diabetes mellitus, estilo de vida sedentaria y presencia de varices • Deterioro de la movilidad física relacionada con rigidez articular, distrofia muscular y edad avanzada manifestada por estilo de vida sedentario y negarse a la movilidad pasiva 	

Patrón 5	
Sueño – descanso	
Datos funcionales	Datos de alteración.
No despierta por la noche; el ambiente físico propicia el descanso.	10 horas de sueño al día; con dificultades para conciliar el sueño debido a problemas familiares; tiene ojeras; sueño no reparador.
Diagnósticos de enfermería	
<ul style="list-style-type: none"> • Trastorno del patrón del sueño relacionado con sedentarismo, siestas frecuentes en el día manifestado por quejas verbales de no sentirse bien descansada y no poder conciliar el sueño. 	

Patrón 6 Cognitivo perceptual	
Datos funcionales	Datos de alteración.
Se hace escuchar por sus familiares; buen sentido del tacto; entiende lo que se le pregunta; carácter amigable.	Anosmia; en su visión solo puede ver de manera ocasional siluetas; hipoacusia bilateral; dificultad para recordar cosas recientes; no toma decisiones; lumbalgia y dolor de extremidades inferiores que lo limitan al movimiento.
Diagnósticos de enfermería	
<ul style="list-style-type: none"> Dolor crónico en miembros pélvicos y lumbalgia relacionado con actividad física disminuida y neuropatías diabéticas manifestado por expresión verbal de dolor y negarse a la movilidad. 	

Patrón 7 Autopercepción auto-concepto	
Datos funcionales	Datos de alteración.
El paciente se siente limpio y arreglado y su estado de ánimo es estable.	Por los limitantes cognitivos la paciente siente tristeza la mayor parte del día debido a que depender de otros para realizar sus actividades cotidianas, confiesa aburrimiento y su mayor deseo es tener salud para poder ir a misa. A lo único que le tiene miedo es a la muerte.
Diagnósticos de enfermería	
<ul style="list-style-type: none"> Riesgo de baja autoestima situacional relacionada con enfermedad física (pérdida de la visión y edad avanzada). 	

Patrón 8	
Rol- relaciones	
Datos funcionales	Datos de alteración.
Tiene vivienda propia; dinero por la pensión del gobierno; su deseo es ir a misa por lo menos cada domingo.	Vive con sus hijos y nietos; dependencia económica; no pertenece a ninguna grupo social, dependencia para traslados y actividades cotidianas.
Diagnósticos de enfermería	
<ul style="list-style-type: none"> • Riesgo de cansancio del rol del cuidador relacionado con múltiples ocupaciones del familiar a cargo y dependencia parcial de la señora Hermelinda. • Deterioro de la interacción social relacionado con dependencia para el traslado manifestado por deseo de acudir a la iglesia con muchas más frecuencia. • Desempeño ineficaz del rol cuidador relacionado con falta de organización de las actividades manifestado por abandono, no llevar acabo el tratamiento médico y descuido general. 	

Patrón 9
Sexualidad
Patrón funcional
<ul style="list-style-type: none"> • Se siente contenta con el número de hijos que tuvo.

Patrón 10 Adaptación tolerancia al estrés	
Datos funcionales	Datos de alteración.
Confía en sus hijos para poder platicar. Siempre hay alguien en casa.	Hace tres meses perdió la visión casa por completo lo que limita las posibilidades de salir. Se siente tensa todo el día.
Diagnósticos de enfermería	
<ul style="list-style-type: none"> • Duelo relacionado con pérdida de la visión manifestado por expresión verbal de deseo de recuperar la visión y negarse a realizar sus actividades cotidianas. 	

Patrón 11 Valores Creencias	
Datos funcionales	Datos de alteración.
	El valor más importante en la Sra. Hermelinda es Dios y su familia, no hay situación donde Dios no esté presente y toda su vida gira alrededor de este pensamiento, su familia es lo segundo más importante y cuenta con el apoyo de ella en cualquier circunstancia
Diagnósticos de enfermería	
<ul style="list-style-type: none"> • Riesgo de sufrimiento espiritual relacionado con pérdida de la visión para poder acudir a la iglesia. 	

2.2 Etapa de diagnóstico.

1. (*Diagnóstico real*). Mantenimiento ineficaz de la salud relacionado con pérdida visual, pérdida de la memoria de corto plazo, disminución de las habilidades motoras finas y gruesas, manifestado por incapacidad para asumir la responsabilidad de llevar a cabo las prácticas básicas de salud.
2. (*Diagnóstico real*). Gestión ineficaz del régimen terapéutico relacionado con edad avanzada, pérdida visual y pérdida de la memoria de corto plazo manifestado por glucosa en sangre de 126 mm Hg e hipotensión de 80/40 mm Hg.
3. (*Diagnóstico real*). Alteración del nivel de glicemia relacionado con falta de adhesión al plan terapéutico, disminución de la actividad física manifestado por una glucometría de 126 mg/dl.
4. (*Diagnóstico real*). Déficit de volumen de líquidos relacionado con ingesta inferior a las necesidades manifestado por mucosa oral seca y oliguria.
5. (*Diagnóstico de riesgo*). Riesgo de perfusión tisular periférica ineficaz relacionada con edad mayor de 60 años, diabetes mellitus, hipertensión arterial, estilo de vida sedentaria y presencia de varices.
6. (*Diagnóstico real*). Deterioro de la eliminación urinaria relacionado con déficit sensitivo motor manifestado por micción voluntaria en pañal.
7. (*Diagnóstico real*). Deterioro de la eliminación intestinal relacionada con disminución general en el tono muscular, manifestado por evacuación voluntaria en el pañal y expresión verbal de no llegar al baño.
8. (*Diagnóstico de riesgo*). Riesgo de deterioro de la integridad cutánea relacionado con el uso de pañal, humedad y edad avanzada.
9. (*Diagnóstico real*). Deterioro de la movilidad física relacionada con rigidez articular, distrofia muscular y edad avanzada manifestada por estilo de vida sedentario y negarse a la movilidad pasiva.

10. (*Diagnóstico de riesgo*). Riesgo de caída relacionada con edad avanzada y pérdida de la visión.
11. (*Diagnóstico real*). Trastorno del patrón del sueño relacionado con sedentarismo, siestas frecuentes en el día manifestado por quejas verbales de no sentirse bien descansada y no poder conciliar el sueño.
12. (*Diagnóstico de riesgo*). Riesgo de baja autoestima situacional relacionada con enfermedad física (pérdida de la visión y edad avanzada).
13. (*Diagnóstico real*). Deterioro de la interacción social relacionado con dependencia para el traslado manifestado por deseo de acudir a la iglesia con muchas más frecuencia.
14. (*Diagnóstico riesgo*). Riesgo de cansancio del rol del cuidador relacionado con múltiples ocupaciones del familiar a cargo y dependencia parcial de la señora Herlinda.
15. (*Diagnóstico real*). Desempeño ineficaz del rol cuidador relacionado con falta de organización de las actividades manifestado por abandono, no llevar acabo el tratamiento médico y descuido general.
16. (*Diagnóstico real*). Duelo relacionado con pérdida de la visión manifestado por expresión verbal de deseo de recuperar la visión y negarse a realizar sus actividades cotidianas.
17. (*Diagnóstico real*). Dolor crónico en miembros pélvicos y lumbalgia relacionado con actividad física disminuida y neuropatías diabéticas manifestado por expresión verbal de dolor y negarse a la movilidad.
18. (*Diagnóstico de riesgo*). Riesgo de sufrimiento espiritual relacionado con pérdida de la visión para poder acudir a la iglesia.

1 Problema interdependiente: Diabetes Mellitus

2.3 Planeación, ejecución y evaluación

1

DIAGNÓSTICO Dominio: 1. Salud funcional Clase: D. Autocuidado	Mantenimiento ineficaz de la salud relacionado con pérdida visual, pérdida de la memoria de corto plazo, disminución de las habilidades motoras finas y gruesas, manifestado por incapacidad para asumir la responsabilidad de llevar a cabo las prácticas básicas de salud.			
OBJETIVO Dominio: 1 Salud funcional Clase: D autocuidado	La Sra. Herlinda logrará el mantenimiento eficaz de su salud por medio de cuidados generales de la vida diaria por parte suya y de la familia.			
	INDICADOR	PUNTUACIÓN DIANA		
		ACTUAL	META	LOGRADO
Autocuidado: actividades de la vida diaria	Come	3	4	4
	Se viste	2	3	3
	Usa el inodoro	1	3	3
	Se baña	1	3	2
	Se peina	2	4	3
	Realización de traslado	1	3	3
Autocuidado: higiene	Entra y sale del baño	1	3	3
	Regula la temperatura del agua	2	3	3
	Se lava la parte superior del cuerpo	3	4	3
	Se lava la parte inferior del cuerpo	3	4	3
	Seca el cuerpo	3	4	4
Autocuidado: uso de inodoro	Reconoce y responde a la repleción vesical	1	3	3
	Reconoce y responde a la urgencia por defecar	1	3	3
	Entra y sale del baño	1	3	3
	Llega al baño ante la urgencia de orina	1	3	3
	Llega al baño ante la urgencia de defecar	1	3	3
	Se quita la ropa	1	3	3
Autocuidado: medicación parenteral no	Conoce los medicamentos	1	3	3
	Sigue precauciones de los medicamentos	1	3	3
	Mantiene los suministros necesarios	1	3	3
	Utiliza medicamentos según prescripción	1	3	3
	Almacena medicamentos en forma adecuada	1	3	3

N I C		
Campo: fisiológico básico	Clase: facilitación del autocuidado	Intervención: actividades de la vida diaria.
<ul style="list-style-type: none"> - Animar a la persona a realizar actividades de la vida diaria ajustadas al nivel de capacidad. - Considerar la edad de la persona y la pérdida de la visión. - Orientar a la familia la importancia de alcanzar niveles de independencia para el autocuidado de la persona. - Proponer la creación de un rol cuidados para la familia. - Llevar una bitácora donde se anote fecha de baño, de evacuación, aseo de cama, horario de medicamentos, niveles de glicemia y hora de comida. - Platicar con la familia para acondicionar muebles para que faciliten la movilización de la persona. - Concientizar a la familia acerca de la importancia de lograr autosuficiencia de la persona en la medida de sus posibilidades. - Dejar los instrumentos de arreglo persona al alcance de la paciente. - Acompañar en el reconocimiento del área física para dirigirse al baño, patio, cocina y recámara. - Decirle a la persona que se deje escuchar por sus hijos cuando sienta repleción vesical o rectal. - Identificar las horas del día cuando la paciente evacua y orina. - Facilitar un cómodo cerca de su cama para cuando sienta la urgencia. - Llevarla al inodoro al despertar, después del desayuno y antes de dormir para propiciar micción y evacuación. - Asistirla al baño de regadera mínimo una vez a la semana. - Colocar silla en regadera. - Motivarla a tallar y secar su cuerpo según sus posibilidades. - Buscar ropa de fácil colocación y abrigadora. - Enseñarla a lubricar su cuerpo. - Ayudar a colocar calcetas zapatos si el paciente lo solicita. - Evitar exposiciones a cambios de temperatura. 		
Campo: fisiológico complejo	Clase: control de fármacos.	Intervención enseñanza medicación prescrita.
<ul style="list-style-type: none"> - Pedir la receta de médico - Escribir en la bitácora la hora de ministración de medicamentos y el familiar que ministró el medicamento - Sensibilizar a la persona sobre la importancia de cumplir la orden terapéutica, recordando al familiar le proporcione el medicamento. - Tener un contenedor con los medicamentos que utiliza diario. - Solicitar al familiar una revisión periódica por parte del médico. - Orientar a los familiares sobre los cuidados de los medicamentos y sus efectos. 		
Campo: comunidad	Clase: fomento de salud a la comunidad	Intervención: Manejo de la inmunización
<ul style="list-style-type: none"> - Pedirle a la familia cartilla de vacunación. - Verificar las vacunas que se requieran. - Asistir al centro de salud para verificar la existencia de vacuna. - Llevar a la paciente a vacunar. - Orientar sobre los efectos secundarios de la vacuna. - Identificar presencia de reacciones secundarias. 		

EVALUACIÓN CUALITATIVA

La Sra. Herlinda mostró un poco de renuencia a modificar hábitos, pero la insistencia de sus hijos la llevaron a participar en el autocuidado, modificó costumbres. Entre los cambios más significativos fueron el uso de retrete para evacuar y orinar, dejó de usar pañal; también hubo modificación en los horarios de comida, aumentó la ingesta de líquidos, se logró que se bañara con participación pasiva. Con el uso de la bitácora de medicamentos hubo un mayor control de los mismos. También acudió al médico a una clínica del IMSS para valoración y recepción de medicamentos, se aplicó la vacuna de tétanos. En general podemos decir que el objetivo se logró.

2

DIAGNÓSTICO Dominio: 1 Promoción a la salud Clase: 2 Gestión de la salud		Gestión ineficaz del régimen terapéutico familiar relacionado con edad avanzada, pérdida visual y pérdida de la memoria de corto plazo manifestado por glucosa en sangre de 126 mg/dl y tensión arterial de 80/40 mm Hg.		
OBJETIVO Dominio: 1 Salud familiar Clase: X bienestar familiar		La familia de la Sra. Herlinda se comprometerá en el cumplimiento del régimen terapéutico.		
RESULTADOS	INDICADOR	PUNTUACIÓN DIANA		
		ACTUAL	META	EVALUACIÓN
Apoyo familiar durante el tratamiento	Los miembros de la familia expresan deseos de apoyar el enfermo	4	4	4
	Los miembros de la familia expresan sentimientos y emociones de preocupación al enfermo	2	4	4
	Los miembros de la familia preguntan si pueden ayudar	3	4	4
	Los miembros de la familia animan al miembro enfermo	2	4	4
	Buscan apoyo espiritual para el miembro enfermo	2	3	4
	Colaboran con los proveedores de la asistencia sanitaria	2	4	4
	Proporcionan información exacta a los otros miembros de la familia	2	3	3

N I C		
Nivel: familia	Clase: cuidados de la vida	Intervención: Apoyo al cuidador principal
<ul style="list-style-type: none"> - Estudiar junto con el cuidador los puntos fuertes y débiles - Reconocer la dependencia que tiene la persona con el cuidador. - Realizar afirmaciones positivas sobre los esfuerzos del cuidador. - Determinar el nivel de conocimientos del cuidador. - Controlar los problemas de interacción familiar en relación con los cuidados de la persona. - Enseñar al cuidador la terapia del paciente de acuerdo a la preferencia de la persona. - Informar al cuidador sobre los recursos sanitarios y comunitarios. - Apoyar al cuidador a establecer límites y cuidar de sí mismo. - Comentar con la persona los límites del cuidador. 		
Nivel: fisiológico básico	Clase; control de la actividad y ejercicio	Intervención: Enseñanza: actividad ejercicio prescrito
<ul style="list-style-type: none"> - Evaluar el nivel actual de la persona de ejercicio y conocimiento de la actividad. - Informar a la persona la realizar la actividad/ejercicio prescrito. - Enseñar a la persona como controlar el nivel de tolerancia a la actividad. - Instruir a la persona para avanzar de forma segura a la actividad. - Observar a la persona mientras realiza la actividad. - Reforzar la información proporcionada a otros miembros de la familia. 		
Nivel: fisiológico básico	Clase: apoyo nutricional	Intervención: Enseñanza: dieta prescrita
<ul style="list-style-type: none"> - Evaluar el nivel actual de conocimiento de la persona sobre la dieta prescrita. - Enseñar a la persona el nombre correcto de la dieta prescrita. - Explicar el propósito de la dieta. - Informar a la persona los alimentos permitidos y prohibidos. - Ayudar a la persona a acomodar sus preferencias de comida en la dieta prescrita. 		
Nivel: fisiológico complejo	Clase: control de fármacos	Intervención: Enseñanza medicamentos prescritos
<ul style="list-style-type: none"> - Informar acerca del propósito y la acción de cada medicamento. - Instruir al cuidador acerca de la administración y aplicación de cada medicamento. - Instruir a la persona de los efectos adversos de cada medicamento. - Informar a la persona y familia de las consecuencias de no tomar o suspender los medicamentos. - Enseñar a la persona sobre las acciones correctas que debe tomar si se produce efectos secundarios. - Enseñar al cuidador a almacenar correctamente los medicamentos. - Ayudar a la persona a desarrollar un horario de medicación. - Advertir a la persona y familia contra la administración de medicamentos prescritos a otras personas. - Determinar la capacidad del paciente para obtener medicamentos requeridos. 		

EVALUACIÓN CUALITATIVA

Los dos cuidadores principales se sensibilizaron y participaron de una manera ordenada y consiente de los cuidados requeridos por la Sra. Herlinda.

Ofrecieron a la Sra. Herlinda los medicamentos como estaban indicados, mejoraron los horarios de comida y la calidad de los mismos, aumentó la ingesta de verduras, se ofreció colación nocturna e identificaron datos de hipoglicemia y actuaron de manera idónea.

Los hijos lograron que la Sra. Herlinda realizara movimientos pasivos de sus articulaciones, por lo tanto el objetivo se cumplió.

3

DIAGNÓSTICO Dominio: 2 Nutrición Clase: 4 Metabolismo		Alteración del nivel de glicemia relacionado con falta de adhesión al plan terapéutico, disminución de la actividad física manifestado por una glucometría de 126 mg/dl.		
OBJETIVO Dominio: II salud fisiológica. Clase: a respuesta terapéutica		La Sra. Herlinda logrará un nivel de glicemia en parámetros normales a través del apego al plan terapéutico.		
RESULTADOS	INDICADOR	PUNTUACIÓN DIANA		
		ACTUAL	META	EVALUACIÓN
Nivel de glicemia	Concentración sanguínea de glucosa	3	4	4
N I C				
Nivel: fisiológico complejo		Clase: control de electrolitos y acido base.		Intervenciones: manejo de la hiperglicemia.
<ul style="list-style-type: none"> - Vigilar los niveles de glucosa. - Observar si hay signos o síntomas de hiperglicemia. - Potenciar la ingesta de líquidos. - Consultar con un médico si persiste los signos y síntomas de hiperglicemia. - Instruir a la persona o seres queridos en la prevención, reconocimiento y actuación ante la hiperglicemia. - Revisar los registros de glucosa en sangre con la persona y familia. - Facilitar el seguimiento de régimen de dieta y ejercicio. - Realizar análisis de los niveles de glucosa a los miembros del equipo. 				
Nivel: fisiológico básico		Clase: apoyo nutricional		Intervención: Enseñanza: dieta prescrita
<ul style="list-style-type: none"> - Evaluar el nivel actual de conocimiento de la persona sobre la dieta prescrita. - Explicar el propósito de la dieta. - Informar a la persona los alimentos permitidos y prohibidos. - Ayudar a la persona a acomodar sus preferencias de comida en la dieta prescrita. 				

Nivel: fisiológico complejo	Clase: control de fármacos	Intervención: Enseñanza medicamentos prescritos
<ul style="list-style-type: none"> - Informar acerca del propósito y la acción de cada medicamento. - Instruir al cuidador acerca de los cuidados de cada medicamento. - Instruir a la persona de los efectos adversos de cada medicamento. - Informar a la persona y familia de las consecuencias de no tomar o suspender los medicamentos. - Enseñar a la persona sobre las acciones correctas que debe tomar si se produce efectos secundarios. - Enseñar al cuidador a almacenar correctamente los medicamentos. - Ayudar a la persona a desarrollar un horario de medicación. - Advertir a la persona y familia contra la administración de medicamentos prescritos a otras personas. - Determinar la capacidad del paciente para obtener medicamentos requeridos. 		

EVALUACIÓN CUALITATIVA

No se logró obtener cifras de glicemia capilar en parámetros normales, los cuidadores mencionan que por falta de recursos económicos no se proporcionó la dieta adecuada y faltó el medicamento por un par de días. Las cifras nunca estuvieron por encima de 130 mg/dl. Dos noches presentó datos de hipoglicemia y los hijos actuaron correctamente ofreciendo fruta, mejorando así la sintomatología.

4

DIAGNÓSTICO Dominio: 2 Nutrición Clase: 5 Hidratación		Déficit del volumen de líquidos relacionado con ingesta inferior a las necesidades manifestado por mucosa oral seca y oliguria		
OBJETIVO Dominio: II Salud fisiológica. Clase: G Líquidos y electrolitos.		La Sra. Herlinda logrará un estado de hidratación óptimo propiciando la ingesta de líquidos.		
RESULTADOS	INDICADOR	PUNTUACIÓN DIANA		
		ACTUAL	META	EVALUACIÓN
Hidratación	Piel tersa	3	4	4
	Membranas mucosas húmedas	2	4	4
	Ingesta de líquidos	2	4	4
	Diuresis	2	4	4
	Función cognitiva	4	4	4
	Sed	4	4	4
	Orina oscura	3	4	4

NIC		
Nivel: fisiológico complejo	Clase: control de la perfusión tisular	Intervención: Manejo de la hipovolemia.
<ul style="list-style-type: none"> - Vigilar signos vitales. - Observar hidratación de mucosa oral y turgencia de la piel. - Observar coloración de uresis. - Fomentar la ingesta de líquidos (distribuir los líquidos vía oral en 24 horas). - Colocar a la persona en posición de trendelenburg si se está hipotensa. - Vigilar la diuresis en cantidad y número de veces al día. - Identificar signos de repercusión hemodinámica, como mareo. - Valorar en el transcurso del día mejoría de sintomatología. - Dejar recomendaciones en caso de presentar nuevamente hipotensión. - Identificar datos de hiperglicemia. - Controlar los niveles de glucosa. 		

EVALUACIÓN CUALITATIVA

La Sra. Herlinda mejoró su estado de hidratación. Su mucosa oral se observa con saliva, aumento la frecuencia de visitas al retrete y su presión arterial se mantiene en cifras aceptables.

5

DIAGNÓSTICO Dominio: 4 Actividad/reposo Clase:4 Respuesta cardiovascular/pulmonar		Riesgo de perfusión tisular periférica ineficaz relacionada con edad mayor de 60 años, diabetes mellitus, estilo de vida sedentaria y presencia de varices.		
OBJETIVO Dominio: II Salud fisiológica Clase: L integridad tisular		La Sra. Herlinda tendrá una piel hidratada, lubricada e íntegra.		
RESULTADOS	INDICADOR	PUNTUACIÓN DIANA		
		ACTUAL	META	EVALUACIÓN
Integridad tisular: piel y membrana de mucosas	Sensibilidad	3	3	3
	Temperatura de la piel	2	3	3
	Transpiración	2	3	3
	Hidratación	2	3	3
	Grosor	2	2	2
	Integridad de la piel	4	4	5

N I C		
Nivel: Fisiológico complejo	Clase: control de piel y heridas.	Intervención: Vigilancia de la piel
<ul style="list-style-type: none"> - Observar si hay enrojecimiento, calor extremo, edema. - Observar su color, calor, pulsos, texturas si hay inflamación, edema y ulceraciones de las extremidades. - Observar si hay erupciones y abrasiones en la piel. - Observar si hay demasiada sequedad o humedad de la piel. - Observar si hay zonas de fricción o presión. - Observar si la ropa queda ajustada. - Observar cambios en la piel. - Instruir a algún miembro de la familia acerca de los signos de pérdida de integridad cutánea. 		
Campo: fisiológico básico	Clase: cuidados que apoyan el funcionamiento físico	Intervenciones: Cuidados que apoyan el funcionamiento físico.
<ul style="list-style-type: none"> - Valorar las ideas del individuo sobre el efecto del ejercicio físico en la salud. - Determinar la motivación del individuo para empezar - Explorar las barreras del ejercicio. - Animar a la persona a empezar el ejercicio. - Ayudar a la persona a desarrollar un programa de ejercicios adecuado a sus necesidades. - Realizar los ejercicios con la persona. - Informar a la persona acerca de los beneficios para la salud y los efectos psicológicos del ejercicio. - Controlar el cumplimiento del individuo al programa. - Enseñar al individuo técnicas para evitar lesiones durante el ejercicio. - Proporcionar una respuesta positiva a los esfuerzos del individuo. 		

EVALUACIÓN CUALITATIVA

Al aumentar la ingesta de líquidos su estado de hidratación mejoro, la piel de sus piernas se observa lubricada e integra. Los ejercicios de piernas como el caminar también contribuyo el mejor estado de sus piernas.

6

DIAGNOSTICO Dominio:3 eliminación e intercambio Clase: 1 función urinaria		Deterioro de la eliminación urinaria relacionada con déficit sensitivo motor manifestado por micción voluntaria en pañal.		
OBJETIVO Dominio: 1 Salud funcional. Clase: D autocuidado.		La Sra. Herlinda logrará orinar el mayor número de veces en el retrete.		
RESULTADOS	INDICADOR	PUNTUACION DIANA		
		ACTUAL	META	EVALUACION
Autocuidado: uso de inodoro.	Responde y reconoce la repleción vesical	2	3	4
	Entra y sale al servicio	1	3	4
	Se coloca en el inodoro	1	3	4
	Llega al inodoro entre la urgencia de orinar y la micción.	1	3	4
	Se limpia después de orinar	1	3	3
	Se ajusta la ropa después de ir al baño	3	3	3
	Se levante del inodoro	1	3	4
N I C				
Nivel: fisiológico básico		Clase: cuidados que apoyan el funcionamiento físico		Intervenciones: cuidados de la incontinencia urinaria.
<ul style="list-style-type: none"> - Identificar las causas de los múltiples factores que producen incontinencia urinaria. - Proporcionar intimidad para la micción. - Explicar la etiología del problema. - Controlar periódicamente la eliminación urinaria, incluyendo frecuencia, color, olor y volumen. - Ayudar a desarrollar un sentimiento de esperanza. - Modificar la vestimenta y el ambiente para facilitar el acceso al aseo. - Poner prendas protectoras si es necesario. - Limpiar la zona dérmica genital a intervalos regulares. - Limitar los líquidos 2 o 3 horas antes de ir a la cama. - Enseñar al paciente a beber líquidos. 				

EVALUACIÓN CUALITATIVA

Se pudo lograr que la Sra. Herlinda orinara en el retrete casi siempre, al parecer solo requería un poco de disposición y disciplina, no presentó ninguna objeción.

7

DIAGNÓSTICO Dominio: 3 Eliminación e intercambio Clase: 2 función gastrointestinal.	Deterioro de la eliminación intestinal relacionada con disminución general en el tono muscular, manifestado por evacuación voluntaria en pañal y expresión verbal de no llegar al baño.			
OBJETIVO Dominio: 1 salud funcional. Clase: D autocuidado	La Señora Herlinda realizara sus evacuaciones en el retrete.			
RESULTADOS	INDICADOR	PUNTUACIÓN DIANA		
		ACTUAL	META	EVALUACIÓN
Autocuidado: uso de inodoro	Reconoce y responde a la urgencia de defecar	1	3	4
	Entre y sale del baño	1	3	4
	Se quita la ropa	3	3	4
	Llega al servicio entre la urgencia de defecar y la evacuación de las deposiciones	1	3	4
	Se limpia después de evacuar	1	3	4
	Se ajusta la ropa después de ir al baño	1	3	3
N I C				
Nivel: Fisiológico básico	Campo: Cuidados que apoyan el funcionamiento físico	Intervenciones: Entrenamiento intestinal		
<ul style="list-style-type: none"> – Planificar un programa intestinal con la persona demás personas relacionadas. – Enseñar a la persona y familia los principios de la educación intestinal. – Asegurar una ingesta adecuada de líquidos. – Proporcionar alimentos ricos en fibra. – Dedicar para la defecación un tiempo coherente y sin interrupciones. – Evaluar al estado intestinal a intervalos regulares. 				

Nivel: Fisiológico básico	Campo: Cuidados que apoyan el funcionamiento físico	Intervenciones: Evacuación inmediata
<ul style="list-style-type: none"> - Determinar la habilidad para reconocer la urgencia de evacuar. - Mantener un registro específico de continencia durante 3 días para establecer un patrón de las evacuaciones. - Determinar la conciencia del paciente del estado de preguntándole si esta mojado o seco. - Reforzar positivamente la precisión de la respuesta del estado de continencia y el éxito de la continencia. - Abstenerse de hacer observaciones acerca de la incontinencia o de la negación al aseo. - Enseñar al paciente a realizar peticiones auto iniciadas de aseo en respuestas a las urgencia de evacuar - Documentar los resultados de la sesión. 		
Nivel: Fisiológico básico	Campo: Cuidados que apoyan el funcionamiento físico	Intervenciones: Cuidados de la incontinencia intestinal
<ul style="list-style-type: none"> - Determinar los objetivos del programa de manejo intestinal. - Instruir a la familia para que lleve un registro de la defecación. - Lavar la zona perianal con agua y jabón y secarla bien después de cada deposición. - Controlar la dieta y necesidades de líquidos. - Evitar alimentos que causen diarrea. - Proporcionar pañales de incontinencia si es necesario. 		

EVALUACIÓN CUALITATIVA

Se cumplió el objetivo al lograr que la Sra. Herlinda siempre evacuara en el retrete dirigiéndose ella sola al baño después de la hora de la comida. No hubo necesidad de utilizar bitácora de horario.

8

DIAGNÓSTICO Dominio: 11 Seguridad/protección Clase: 2 lesión física		Riesgo de deterioro de la integridad cutánea relacionada con el uso de pañal, humedad y edad avanzada.		
OBJETIVO Dominio: II Salud fisiológica Clase: L Integridad tisular		La Sra. Herlinda mantendrá su piel integra en la zona de pañal.		
RESULTADOS	INDICADOR	PUNTUACIÓN DIANA		
		ACTUAL	META	EVALUACIÓN
Integridad tisular: piel y membranas mucosas.	Temperatura de la piel	2	3	3
	Sensibilidad	3	3	3
	Hidratación	2	3	3
	Transpiración	2	3	2
	Integridad de la piel	4	4	5
	Lesiones cutáneas	4	4	5
N I C				
Nivel: Fisiológico complejo		Clase: control de piel y heridas.		Intervención: Vigilancia de la piel
<ul style="list-style-type: none"> – Observar si hay enrojecimiento, calor extremo, edema. – Vigilar el color y temperatura de la piel. – Observar si hay erupciones y abrasiones en la piel. – Observar si hay demasiada sequedad o humedad de la piel. – Observar si hay zonas de fricción o presión. – Observar si la ropa queda ajustada. – Observar cambios en la piel. – Instruir a algún miembro de la familia acerca de los cuidados de la piel en la zona de pañal. 				
Nivel: Fisiológico básico		Clase: Control de la eliminación		Intervención: Cuidados de la incontinencia urinaria.
<ul style="list-style-type: none"> – Proporcionar intimidad para la micción. – Explicar la etiología del problema. – Ayudar a desarrollar un sentimiento de esperanza. – Modificar la vestimenta y el ambiente para facilitar el acceso al aseo. – Poner prendas protectoras si es necesario. – Limpiar la zona dérmica genital a intervalos regulares. – Limitar los líquidos 2 o 3 horas antes de ir a la cama. – Enseñar al paciente a beber líquidos 				

Nivel: Fisiológico básico	Clase: Control de la eliminación	Intervención: Cuidados de la incontinencia intestinal
<ul style="list-style-type: none"> - Determinar el inicio y tipo de la incontinencia intestinal, la frecuencia de los episodios y cualquier cambio relacionada de la función intestinal o de la consistencia de las deposiciones. - Determinar los objetivos del programa de manejo intestinal. - Instruir a la familia para que lleve un registro de la defecación. - Lavar la zona perianal con agua y jabón y secarla bien después de cada deposición. - Controlar la dieta y necesidades de líquidos. - Evitar alimentos que causen diarrea. - Proporcionar pañales de ser necesario. 		

EVALUACIÓN CUALITATIVA

Las deposiciones en el retrete evitaron el riesgo de lesiones dérmicas y el aseo correcto al término de evacuación y micción mantuvieron la piel intacta.

9

DIAGNÓSTICO Dominio: 4 Actividad/ejercicio Clase: 2 actividad/ejercicio	Deterioro de la movilidad física relacionada con rigidez articular, distrofia muscular y edad avanzada, manifestada por estilo de vida sedentario y negarse a la movilidad pasiva.			
OBJETIVO Dominio: I Salud funcional Clase: C movilidad	La señora Herlinda conseguirá mayor amplitud en el arco de movimiento de extremidades y cadera.			
RESULTADOS	INDICADOR	PUNTUACIÓN DIANA		
		ACTUAL	META	EVALUACIÓN
Función esquelética	Integridad ósea	5	5	5
	Movimiento articular	2	3	3
	Alineación esquelética	2	3	2
	Estabilidad articular	3	3	3
Movilidad articular	Cuello	3	4	3
	Columna vertebral	2	4	3
	Dedos	5	5	5
	Pulgar	5	5	5
	Muñecas	5	5	5
	Codos	4	5	5
	Hombros	3	4	4
	Tobillos	4	4	4
	Rodillas	4	4	4
Cadera	2	3	3	

N I C		
Nivel: Fisiológico básico	Clase: cuidados que apoyan el funcionamiento físico	Intervención: fomento de ejercicio: extensión
<ul style="list-style-type: none"> – Ayudar a explorar las propias ideas, motivación y nivel de la forma física neuro-musculo-esquelética de la persona. – Ayudar a realizar metas idealistas a corto y largo plazo en función del nivel de forma física y el estilo de vida actuales. – Proporcionar información sobre los cambios en la estructura músculos esqueléticos relacionados con el envejecimiento. – Proporcionar información sobre opciones de secuencia, actividad de extensión específica, tiempo y lugar. – Ayudar a desarrollar un programa de ejercicios coherente con la edad, estado físico, motivación y estilo de vida. – Comenzar la rutina de ejercicios por los grupos de músculos o articulaciones que estén menos rígidos o lesionados y cambiar gradualmente el grupo de músculos. – Enseñar a extender lentamente el musculo/articulación hasta el punto de extensión máxima. – Enseñar a evitar movimientos rápidos, de fuerza o de rebote para impedir la estimulación excesiva del reflejo. – Realizar demostraciones de los ejercicios si es preciso. – Controlar el cumplimiento del programa en el tiempo y lugar de seguimiento determinado. – Controlar la tolerancia al ejercicio. – Colaborar con los miembros de la familia en la planificación, enseñanza y control de un plan de ejercicios. 		
Nivel: Fisiológico básico	Nivel: Fisiológico básico	Intervención: fomento de ejercicio
<ul style="list-style-type: none"> – Determinar la motivación del individuo. – Explorar barreras para el ejercicio. – Animar a la persona a empezar o continuar el ejercicio. – Ayudar a la persona a establecer metas a corto y largo plazo. – Informar a la persona acerca de los beneficios para la salud y efectos psicológicos del ejercicio. – Instruir a la persona acerca de la frecuencia, duración e intensidad deseada de los ejercicios del programa. – Preparar al individuo en técnicas para evitar lesiones durante el ejercicio. – Reforzar el programa para potenciar la motivación de la persona. – Controlar la respuesta del individuo al programa de ejercicios. 		

EVALUACIÓN CUALITATIVA

Hubo cierta resistencia por parte de la Sra. Herlinda ante la propuesta de hacer ejercicios por el dolor de espalda que sentía, pero con el analgésico y por ser época de calor participó en la realización de ejercicios ampliando ligeramente el arco de movimiento de las principales articulaciones.

DIAGNÓSTICO Dominio: 11 Seguridad/protección Clase: 2 lesión física		Riesgo de caída relacionada con edad avanzada y pérdida de la visión.		
OBJETIVO Dominio: IV Conocimiento y conducta de salud. Clase: T control del riesgo y seguridad.		La Sra. Herlinda se moverá en un área segura de riesgo de caída.		
RESULTADOS	INDICADOR	PUNTUACIÓN DIANA		
		ACTUAL	META	EVALUACIÓN
Conocimiento: prevención de caídas	Uso correcto de dispositivos de ayuda	4	4	4
	Calzado adecuado	3	4	4
	Uso correcto de iluminación ambiental	3	3	3
	Cuando pedir ayuda	2	3	3
	Cambios en la presión sanguínea que aumentan el riesgo de caídas	2	4	4
	Como deambular de manera segura	2	3	3
	Importancia de mantener el camino libre	2	3	4
	Mantener superficies de suelo seguras	2	3	2
	Uso adecuado de taburetes	3	4	4
N I C				
Nivel: seguridad		Clase: control de riesgos		Intervención: manejo ambiental
<ul style="list-style-type: none"> - Crear un ambiente seguro para la persona. - Identificar las necesidades de seguridad de la persona, según se función física, cognitivas y el historial de conducta. - Eliminar los factores de peligro del ambiente. - Retirar del ambiente los objetos que sean peligrosos. - Acompañar a la persona en las actividades fuera de su recamara. - Disponer de cama de baja altura. - Acomodar los muebles en la habitación de una manera que se acomode mejor a las discapacidades de la persona. - Colocar los objetos de uso frecuente a alcance de la persona. 				

Nivel: seguridad	Clase: control de riesgos	Intervención: prevención de caídas.
<ul style="list-style-type: none"> - Identificar déficit cognitivos o físicos de la persona que pueden aumentar la posibilidad de caídas en un ambiente dado. - Identificar conductas y factores que afecten al riesgo de caída. - Identificar las características del ambiente que pueden aumentar la posibilidad de caídas. - Controlar la marcha, el equilibrio y el cansancio en la deambulaci3n. - Ayudar a la persona a adaptarse en las modificaciones sugeridas de la manera de caminar. - Mantener los dispositivos de ayuda en buen estado. - Colocar los objetos al alcance del paciente sin que tenga que hacer esfuerzos. - Utilizar un sonido espec3fico para pedir ayuda. - Disponer de una iluminaci3n adecuada para aumentar la visibilidad. - Disponer de muebles firmes que no se caigan si se utilizan de apoyo. - Ayudar a la familia a identificar los peligros del hogar y a modificarlos. - Sugerir calzado seguro. - Desarrollar maneras para que la persona participe de forma segura en las actividades de ocio. 		

EVALUACION CUALITATIVA

La Se1ora Herlinda demostr3 tener reconocimiento del 1rea f3sica de su recamara hacia el ba1o, recamara patio y de la recama y del patio hacia la cocina; lo que facilit3 y motiv3 a un mayor desplazamiento y se mejora l autoestima al sentirse m1s segura al caminar.

11

DIAGN3STICO Dominio: 4 Actividad /reposo Clase: 1 Sue1o/reposo	Trastorno del patr3n del sue1o relacionado con sedentarismo, siestas frecuentes en el d3a manifestado por quejas verbales de no sentirse bien descansada y no poder conciliar el sue1o.			
OBJETIVO Dominio: I Salud funcional Clase: A mantenimiento de la energ3a	La se1ora Herlinda verbalizar1 tener un sue1o reparador y de f1cil conciliaci3n.			
RESULTADOS	INDICADOR	PUNTUACI3N DIANA		
		ACTUAL	META	EVALUACI3N
Descanso	Tiempo de descanso	5	5	5
	Calidad de descanso	3	4	4
	Descansado f3sicamente	3	4	4
	Energ3a recuperada despu3s del descanso	2	3	3
	Aspecto de estar descansado	3	4	3

N I C		
Nivel: fisiológico básico	Clase. Fomento de la comodidad física.	Intervención: relajación muscular progresiva.
<ul style="list-style-type: none"> - Elegir un ambiente tranquilo y cómodo. - Disminuir la iluminación. - Tomar precauciones para evitar interrupciones. - Poner a la persona en una situación cómoda. - La persona debe vestir prendas cómodas, no restrictivas. - Enseñar al paciente ejercicios de relajación de mandíbula. - Hacer que el paciente tense durante 5 o 10 segundos, cada uno de 8 a 16 músculos principales. - Tensar los músculos de los pies no más de 5 segundos para evitar calambres. - Indicar a la persona que se centre en las sensaciones de los músculos mientras están tensos. - Hacer que el paciente tense el grupo muscular otra vez si no experimenta relajación. - Ordenar a la persona que respire profundamente y expulse lentamente el aire y con ello la tensión. - Desarrollar una conversación de relajación persona que ayude al paciente a centrarse y sentirse cómodo. - Dar tiempo para que la persona exprese sus sentimientos acerca de la intervención. 		

EVALUACIÓN CUALITATIVA

Las actividades propuestas en este rubro no se pudieron realizar de mi parte, pero se dejaron instrucciones al cuidador principal para que el las realizara, menciona haberlas realizado en su totalidad y la Sra. Herlinda menciona dormir mejor, pero principalmente se debe al aumento de actividad física durante el día que se concilio el sueño con facilidad y se logró el descanso.

12

DIAGNÓSTICO Dominio: 6 autopercepción Clase: 2 autoestima	Riesgo de baja autoestima situacional relacionada con enfermedad física (pérdida de la visión y edad avanzada).			
OBJETIVO Dominio: III Salud psicosocial Clase: M bienestar psicológico	La Sra. Herlinda mantendrá su autoestima a través de la independencia de las actividades cotidianas de acuerdo a su edad.			
RESULTADOS	INDICADOR	PUNTUACIÓN DIANA		
		ACTUAL	META	EVALUACIÓN
Autoestima	Aceptación de sus propias limitaciones	1	3	3
	Respeto por los demás	5	5	5
	Comunicación abierta	3	3	3

	Mantenimiento del cuidado higiene personal	2	4	4
	Nivel de confianza	1	3	3
	Descripción de estar orgulloso	2	3	3
	Sentimiento de su propia persona	1	3	3
Motivación	Planes para el futuro	2	3	3
	Autoinicia conductas dirigidas hacia objetivos	2	3	3
	Mantiene una autoestima positiva	2	3	3
	Expresa la creencia en la capacidad para realizar la acción	2	3	3
	Acepta las responsabilidades de sus acciones	2	3	3
	Expresa intención de actuar	2	3	3
N I C				
Nivel: Conductual	Clase: Cuidados que apoyan el funcionamiento psicosocial y facilitan los cambios de estilo de vida.		Intervenciones: Facilitar la autorresponsabilidad	
<ul style="list-style-type: none"> - Discutir con el paciente el grado de responsabilidad del estado de salud actual. - Determinar si la persona tiene conocimiento adecuados acerca del estado de los cuidados de la salud actual. - Fomentar la manifestación oral de sentimientos, percepciones y miedo para asumir la responsabilidad. - Observar la responsabilidad que asume la persona. - Abstenerse de discutir o regatear sobre los límites establecidos con el paciente. - Animar a la persona a que asuma tanta responsabilidad de sus propios autocuidados como sea posible. - Animar a la persona a identificar las áreas en las que podría fácilmente asumir responsabilidad. - Proporcionar una respuesta positiva a la aceptación de una responsabilidad adicional y o cambio de conducta. 				
Nivel: Conductual	Clase: ayuda para hacer frente a situaciones difíciles.		Intervenciones: facilitar el duelo.	
<ul style="list-style-type: none"> - Identificar la pérdida. - Ayudar a la persona la reacción inicial de la pérdida. - Fomentar la expresión de sentimientos acerca de la pérdida. - Escuchar las expresiones de duelo. - Fomentar la discusión de experiencias de pérdidas anteriores. - Realizar afirmaciones enfáticas sobre el duelo. - Ayudar a la persona a la persona a identificar estrategias personales de resolución de problemas. <p style="margin-left: 20px;">Apoyar los progresos conseguidos en los procesos de aflicción.</p>				

Nivel: Conductual	Clase: fomento de la comodidad psicológica.	Intervenciones: distracción.
<ul style="list-style-type: none"> - Animar a la persona a que elija la técnica de distracción deseada, como música, participar en conversación, - Considerar la técnica de distracción como juegos, cantar, escuchar radio. - Fomentar la participación de la familia y los seres queridos y enseñarles, si resulta oportuno. - Utilizar la distracción sola o junta con otras medidas y distracciones. 		

EVALUACIÓN CUALITATIVA

El ejercicio, el evacuar y orinar en el retrete, el lograr independencia en el movimiento de la casa han mejorado la autoestima, ella refiere sentirse más contenta, aunque aún siente aislamiento social.

13

DIAGNÓSTICO Dominio: 7 rol/relaciones Clase: 3 desempeño del rol.		Deterioro de la interacción social relacionado con dependencia para traslado manifestado por deseo de acudir a la iglesia con mucho más frecuencia.		
OBJETIVO Dominio: III salud psicosocial Clase: N adaptación psicosocial		La Sra. Herlinda acudirá con mayor frecuencia la iglesia a través de una mayor independencia a la movilidad en compañía de familiar.		
RESULTADOS	INDICADOR	PUNTUACIÓN DIANA		
		ACTUAL	META	EVALUACIÓN
Modificación psicosocial: cambio de vida	Mantenimiento de la autoestima	2	3	3
	Expresiones de utilidad	2	3	3
	Expresiones de optimismo sobre el presente	2	3	3
	Expresiones de sentimientos permitidos	3	3	3
	Uso de estrategias de superación efectiva	2	3	3
	Control financiero eficaz	1	1	1
	Participación en aficiones recreativas	1	3	3
	Expresiones de satisfacción en la reorganización de la vida	2	3	3
	Expresiones de sentimientos socializados	3	3	3

Aceptación del estado de salud	Renuncia al concepto previo de salud	3	4	4
	Reconocimiento de la realidad de la situación de salud	2	4	4
	Tranquilidad	3	4	4
	Toma dediciones relacionadas con la salud	1	4	4
	Clarificación de prioridades vitales	2	4	4
	Renovación de un sentimiento de ganancia	1	4	4
	Realiza tareas de cuidado personal	2	4	4
N I C				
Nivel familia	Clase: Cuidados que apoyan a la unidad familiar	Intervención: Fomentar la implicación familiar.		
<ul style="list-style-type: none"> – Determinar el nivel de dependencia respecto de la familia que tiene el paciente, si procede por edad o por enfermedad. – Identificar las dificultades de afrontamiento del paciente junto con los miembros de la familia. – Observar la implicación de los miembros de la familia en el cuidado del paciente. – Identificar las capacidades y habilidades del paciente junto con los miembros de la familia. – Informar a los miembros de la familia de los factores que pueden mejorar el estado del paciente. – Animar a la familia a que se centre en cualquier aspecto positivo de la situación del paciente. – Proporcionar información crucial a los miembros de la familia sobre el paciente de acuerdo con los deseos de este último. 				
Campo: conductual	Clase: Potenciación de la comunicación.	Intervención: Potenciación de la socialización.		
<ul style="list-style-type: none"> – Animar a la persona a desarrollar relaciones. – Fomentar compartir problemas comunes con los demás. – Fomentar el respeto a los derechos de los demás. – Fomentar la participación en grupo y/o actividades de recuerdos individuales. – Ayudar a la persona a que aumenta la conciencia de sus virtudes y relaciones con los demás. – Animar a la persona a cambiar de ambiente, como salir a caminar o estar sentada afuera de casa. – Facilitar el entusiasmo y la planificación de actividades futuras por parte del paciente. – Responder a la mejora del cuidado del aspecto personal y demás actividades. 				

Clase: conductual	Clase: ayuda para hacer frente a situaciones difíciles	Intervención: potenciación de la autoestima.
<ul style="list-style-type: none"> - Observar las frases de la persona sobre su propia valía. - Determinar la confianza del paciente en sus propios juicios. - Proporcionar experiencias que aumenten la autonomía del paciente. - Ayudar a la persona a identificar sus virtudes. - Confirmar las virtudes personales que identifiquen al paciente. - Ayudar a la persona a identificar las respuestas positivas de los demás. - Abstenerse de realizar críticas negativas. - Ayudar a establecer objetivos realistas para conseguir una autoestima más alta. - Ayudar a la personas a aceptar la dependencia de otros. - Fomentar el aumento de responsabilidad de sí mismo. - Animar a la persona a evaluar su propia conducta. - Facilitar un ambiente y actividades que aumenten la autoestima. - Realizar afirmaciones positivas sobre el paciente. 		

EVALUACIÓN CUALITATIVA

La Sra. Herlinda y su familia mostraron un mayor interés en la salud de ella. Fue acompañada cada 15 días a la Iglesia, proporcionándole mucha tranquilidad y alegría.

14

DIAGNÓSTICO Dominio: 7 Rol/relaciones Clase: 1 roles del cuidador		Riesgo de cansancio del rol cuidador relacionado con múltiples ocupaciones del familiar a cargo y dependencia parcial de la señora Herlinda.		
OBJETIVO Dominio: VI Salud familiar Clase: W ejecución del cuidador familiar		Los familiares a cargo a participaran en la elaboración y cumplimiento de un rol cuidador.		
RESULTADOS	INDICADOR	PUNTUACIÓN DIANA		
		ACTUAL	META	EVALUACIÓN
Alteración del estilo de vida del cuidador principal	Trastornos de la rutina	3	4	3
	Trastornos de la dinámica familiar	3	4	3
	Cargas económicas a causa del papel del cuidador	3	3	3
	Relaciones con otros miembros de la familia	3	4	4
	Trastornos del entorno vital	3	4	4

Rendimiento del cuidador principal: cuidados directos	Conocimiento del proceso de la enfermedad	2	3	3
	Conocimiento del plan de tratamiento	2	3	3
	Adhesión al plan de tratamiento	2	4	3
	Rendimiento de procedimientos	2	3	3
	Ayuda al receptor de cuidados en la actividades de la vida diaria	2	3	3
	Aporte emocional al receptor de los cuidados	3	3	3
	Anticipación de las necesidades del receptor de cuidados	3	4	3
	Monitorización de la conducta del receptor de cuidados	2	4	3
	Provisión de un entorno seguro y protegido	2	4	3
NIC				
Nivel: familia	Clase: cuidados q apoyan a la unidad familiar	Intervención: apoyo al cuidador principal		
<ul style="list-style-type: none"> - Determinar el nivel de conocimiento del cuidador principal. - Determinar la aceptación del cuidador de su papel. - Aceptar las expresiones de emoción negativa. - Estudiar junto con el cuidador los puntos débiles y fuertes. - Apoyar las decisiones tomadas por el cuidador. - Realizar afirmaciones positivas sobre los esfuerzos del cuidador. - Comentar con la persona los límites del cuidador. - Animar la aceptación de independencia entre los miembros de la familia. - Observar si hay indicios de estrés. - Enseñar técnicas de cuidado para mejorar la seguridad de la persona. - Buscar quien supla al cuidador en caso de ser solicitado por el mismo. - Animar al cuidador sobre los momentos difíciles del paciente. - Apoyar al cuidador a establecer límites y a cuidar de sí mismo. 				
Nivel: familia	Clase: cuidados q apoyan a la unidad familiar	Intervención: cuidados intermitentes.		
<ul style="list-style-type: none"> - Controlar la capacidad de resistencia del cuidador. - Disponer de un cuidador (familiar) sustituto. - Establecer una relación terapéutica con la persona. - Continuar con una rutina habitual de cuidados. - Establecer con el cuidador principal una fecha de reinicio de cuidados. 				

EVALUACIÓN CUALITATIVA

Los familiares a cargo se organizaron para atender a su familiar, una de las hijas tomo el papel de cuidador principal y cuando ella enfermo uno de los hijo tomo el rol, pero no lograron cumplir todas las actividades propuestas por ocasionar trastornos en su entorno familiar, podemos decir que el objetivo no se cumplió en su totalidad.

15

DIAGNOSTICO Dominio: 7 .Rol/relaciones Clase: 3 desempeño del rol		Desempeño ineficaz del rol cuidador relacionado con falta de organización de las actividades manifestado por abandono, no cumplir con las indicaciones médicas.		
OBJETIVO Dominio: VI Salud Familiar Clase: W ejecución del cuidado familiar		Los familiares responsables del cuidado de la Sra. Herlinda cumplirán el tratamiento médico y los cuidados generales.		
RESULTADOS	INDICADOR	PUNTUACION DIANA		
		ACTUAL	META	EVALUACION
resistencia del papel del cuidador	Dominio de las actividades de cuidados directos	2	4	3
	Relación mutuamente satisfactoria entre el cuidador y el destinatario	3	4	4
	Dominio de actividades de cuidados indirectos	2	4	4
	Apoyo profesional sanitario al cuidador	3	4	4
	Suministro para los cuidados	2	3	3
	Recursos económicos	2	2	2
	Oportunidades del cuidador familiar para actividades de ocio	2	3	3
N I C				
Campo: familia		Clase: cuidados que apoyan a la unidad familiar		Intervención: :movilización familiar
<ul style="list-style-type: none"> – Ofrecerse a escuchar a los miembros de la familia. – Establecer una relación de confianza con los miembros de la familia. – Ver a los miembros de la familia como posible expertos en el cuidado de la persona. – Identificar las capacidades y los recursos dentro de la familia. – Determinar la disposición y la capacidad de los miembros de la familia en aprender. 				

<ul style="list-style-type: none"> - Proporcionar información a los miembros de la familia con frecuencia de los progresos y las implicaciones en el cuidado del paciente. - Explicar a los miembros de la familia la necesidad de asistencia sanitaria profesional continua. - Apoyar a las actividades familiares que estimulen la salud de la persona y el control de la enfermedad. - Observar continuamente la salud familiar actual. - Determinar sistemáticamente el logro de resultados esperado del paciente. 		
Campo: familia	Clase: cuidados que apoyan a la unidad familiar	Intervención: fomentar la implicación familiar.
<ul style="list-style-type: none"> - Observar la estructura familiar y sus roles. - Identificar la capacidad de los miembros de la familia para implicarse en el cuidado de la persona, - Determinar los recursos físicos, emocionales y educativos del cuidador principal. - Anticipar e identificar las necesidades de la familia. - Observar la implicación de los miembros de la familia en el cuidado de la persona. - Favorecer los cuidados por parte de los miembros de la familia. - Proporcionar el apoyo necesario para que la familia tome decisiones informadas. - Animar a la familia a que se centre en cualquier aspecto positivo de la situación del paciente. - Identificar las capacidades y habilidades del paciente junto con los miembros de la familia. - Informar a los miembros de la familia de los factores que pueden mejorar el estado del paciente. 		

EVALUACIÓN CUALITATIVA

El cuidador principal es una de las hijas, ella muestra mucho compromiso con el cuidado general de su mamá pero sus pocas posibilidades económicas la limitan mucho, cuando ella enfermó uno de los hijos estuvo cubriendo el rol, lo que podemos decir que el objetivo se cumplió.

DIAGNOSTICO Dominio: 9 Afrontamiento/tolerancia al estrés. Clase: 2 respuesta de afrontamiento.		Duelo relacionado con pérdida de la visión manifestada por expresión verbal de deseo de recuperar la visión y negarse a realizar sus actividades cotidianas.		
OBJETIVO Dominio: III Salud psicosocial Clase: N adaptación psicosocial		La Sra. Herlinda aceptará la situación actual de su estado de salud.		
RESULTADOS	INDICADOR	PUNTUACION DIANA		
		ACTUAL	META	EVALUACIÓN
Aceptación: estado de salud	Escala nunca demostrado hasta siempre demostrado			
	Renuncia al concepto previo de salud	2	4	4
	Reconocimiento de la realidad de la situación de salud	3	4	4
	Expresa consideración por si mismo positiva	2	4	4
	Se adapta al cambio en el estado de salud	3	4	3
	Tranquilidad	3	4	4
	Calma	3	4	4
	Superación de la situación de salud	2	4	4
	Renovación de un sentimiento de ganancia	2	4	3
	Realización de tareas de cuidados personales	2	4	3
Adaptación a la discapacidad física.	Expresa verbalmente capacidad para adaptarse a la discapacidad	2	3	3
	Se adapta a limitaciones funcionales	2	3	3
	Modifica el estilo de vida para acomodarse a la discapacidad	2	3	3
	Identifica maneras para aumentar el sentido de control	3	4	4
	Identifica riesgo de complicaciones asociados a la discapacidad	2	4	4
	Acepta la necesidad de asistencia física	5	5	5
	Utiliza un sistema de apoyo personal	5	5	5
	Informa de la disminución de la imagen corporal negativa	5	5	5

NIC		
Camp: conductual	Clase: cuidado que apoya el funcionamiento psicosocial y facilitan los cambios en el estilo de vida	Intervención: apoyo emocional.
<ul style="list-style-type: none"> - Comentar la experiencia emocional con el paciente. - Tocar al paciente para proporcionar apoyo. - Animar al paciente a expresar sentimientos de ansiedad, ira o tristeza. - Escuchar las expresiones de sentimientos y creencias. - Proporcionar apoyo durante la negación, ira, negociación y aceptación de las fases del sentimiento de pena. - Favorecer la conversación o el llanto como medio de disminuir la respuesta emocional. - Proporcionar ayuda en la toma de decisiones. - No exigir demasiado del funcionamiento cognitivo cuando el paciente está enfermo o fatigado. 		
Nivel: Conductual	Clase: ayuda para hacer frente a situaciones difíciles.	Intervenciones: facilitar el duelo.
<ul style="list-style-type: none"> - Identificar la pérdida. - Ayudar a la persona la reacción inicial de la pérdida. - Fomentar la expresión de sentimientos acerca de la pérdida. - Escuchar las expresiones de duelo. - Fomentar la discusión de experiencias de pérdidas anteriores. - Realizar afirmaciones enfáticas sobre el duelo. - Ayudar a la persona a la persona a identificar estrategias personales de resolución de problemas. - Apoyar los progresos conseguidos en los procesos de aflicción. 		

EVALUACIÓN CUALITATIVA

La Sra. Herlinda de una manera más consiente acepta su situación actual de salud (Diabetes Mellitus y la pérdida visual, el deterioro de su movilidad), aceptó los cambios de hábitos, pero aun así refiere tristeza por no ver.

DIAGNÓSTICO Dominio: 12 Confort Clase: 1 confort físico.		Dolor crónico en miembros pélvicos y lumbalgia relacionado con actividad física disminuida y neuropatías diabéticas manifestado por expresión verbal de dolor y negarse a la movilidad.		
OBJETIVO Dominio: V Salud percibida Clase: V sintomatología		La Sra. Herlinda expresará disminución del dolor.		
RESULTADOS	INDICADOR	PUNTUACIÓN DIANA		
		ACTUAL	META	EVALUACIÓN
Dolor: efectos nocivos	Relaciones interpersonales alteradas	3	3	3
	Concentración alterada	3	4	4
	Trastornos del sueño	2	4	4
	Movilidad física alterada	2	3	3
	Higiene personal alterada	2	3	3
	Disfrute de la vida	2	4	4
	Sensación de control	2	4	4
N I C				
Campo: fisiológico básico	Clase: fomento a la comodidad física	Intervención: manejo del dolor.		
<ul style="list-style-type: none"> - Valorar el dolor que incluya la localización, características, aparición y duración, frecuencia, calidad, intensidad, factores desencadenantes. - Observar expresiones no verbales de dolor. - Explorar las creencias de la persona sobre el dolor. - Determinar el impacto del dolor sobre la calidad de vida. - Controlar los factores ambientales que pueden influir en la respuesta del paciente a las molestias como la temperatura de la habitación y ruidos. - Disminuir los factores que precipiten la experiencia de dolor. (miedo, fatiga, monotonía). - Considerar la disponibilidad del paciente a controlar el dolor. - Dejar indicaciones de tomar paracetamol 500 mg vía oral cada 8 horas en caso de ser necesario. - Animar al paciente a vigilar su propio dolor y a intervenir en consecuencia. - Valorar de manera regular la presencia de dolor. 				

EVALUACIÓN CUALITATIVA

La Sra. Herlinda mejoró notablemente, y solo recuerda el dolor cuando se le pregunta

DIAGNÓSTICO Dominio: 10 Principios vitales. Clase: 3 valores/creencias/congruencia de la acción.		Riesgo de sufrimiento espiritual relacionado con pérdida de la visión para poder acudir a la iglesia.		
OBJETIVO Dominio: III Salud psicosocial Clase: M bienestar psicológico		La Sra. Herlinda será llevada por sus familiares a un mayor número de prácticas religiosas.		
RESULTADOS	INDICADOR Escala grave hasta ninguno	PUNTUACIÓN DIANA		
		ACTUAL	META	EVALUACIÓN
Nivel de depresión	Estado de ánimo deprimido	3	4	4
	Pérdida de interés por actividades	2	3	3
	Ausencia de placer por las actividades	2	3	2
	Fatiga	2	3	2
	Insomnio	2	3	3
	Tristeza	1	3	3
	Soledad	1	3	3
	Escasa higiene	1	3	3
Severidad de la soledad	Expresión de aislamiento social	1	3	3
	Expresión de no ser comprendido	1	3	3
	Dificultad para establecer contrato con otras personas	1	3	3
	Disminución de la capacidad para concentrarse	1	3	3
	Hipoactividad	1	3	3
	Trastornos del sueño	2	4	4
NIC				
Nivel: conductual		Clase: Ayudar hacer frente a situaciones difíciles.		Intervención: facilitar la práctica religiosa.
<ul style="list-style-type: none"> – Identificar las inquietudes de la persona respecto a la expresión religiosa. – Coordinar servicios de comunión u oración en su lugar de residencia. – Fomentar el uso y la participación en cualquier ritual o práctica religiosa que no perjudique la salud. – Proporcionar transporte al lugar de la iglesia. – Fomentar la asistencia a la iglesia según sea conveniente. – Investigar alternativas de culto. 				

<ul style="list-style-type: none"> - Escuchar y desarrollar un sentido de la medida de tiempo para la oración o ritual. - Participar en modificación del ritual para satisfacer las necesidades de discapacidad de la persona. 		
Nivel: conductual	Clase: Ayudar hacer frente a situaciones difíciles.	Intervención: dar esperanza.
<ul style="list-style-type: none"> - Ayudar al individuo a identificar las áreas de esperanza en la vida. - Mostrar esperanza reconociendo la vida intrínseca de la persona y viendo la enfermedad de la persona solo como una faceta de la misma. - Ampliar el repertorio de mecanismos de resolución de la persona. - Ayudar a la persona a expandir su yo espiritual. - Evitar disfrazar la verdad. - Facilitar la admisión por parte de la persona de una pérdida personal en su imagen corporal. - Destacar el mantenimiento de relaciones, como mencionar los nombres de los seres queridos al paciente. - Implicar a la persona activamente en sus propios cuidados. - Desarrollar un plan de cuidados que impliquen un grado de consecución de metas, yendo desde metas sencillas hasta otras más complejas. - Explicar a la familia los aspectos positivos de la esperanza. - Proporcionar a la persona la oportunidad de implicarse en grupos de apoyo. - Crear un ambiente que facilite a la persona la práctica de la religión, cuando sea posible. 		

EVALUACIÓN CUALITATIVA

La Sra. Herlinda mostró mayor confort espiritual, fue llevada a prácticas religiosas cada 15 días, recibió mínimo una vez a la semana en su domicilio a promotores religiosos católicos lo que favoreció su sentimiento espiritual.

Problema interdependiente

Problema interdependiente	Diabetes mellitus	
OBJETIVO	La Sra. Herlinda cumplirá con el tratamiento y evitará complicaciones secundarias a la diabetes mellitus.	
N I C		
Nivel: fisiológico complejo	Clase: control de electrolitos y acido base	Intervenciones: manejo de la hiperglicemia.
<ul style="list-style-type: none"> - Vigilar niveles de glucosa en sangre. - Vigilar si hay signo o síntomas de hiperglicemia: poliuria, polidipsia, debilidad, malestar general, letargia. - Vigilar presión sanguínea ortostática. - Potenciar la ingesta de líquidos. - Identificar las posibles causas de hiperglicemia. - Restringir el ejercicio si los niveles de glicemia están por arriba de 250 mg/dl. - Instruir al paciente y familia en la prevención y reconocimiento y actuación de hiperglicemia. - Instruir a la persona y familiar acerca de la actuación durante la enfermedad, incluyendo uso de insulina, hipoglucemiantes orales, control en la ingesta de líquidos, remplazo de hidratos de carbono. - Facilitar el seguimiento de régimen de dieta y ejercicio. 		
Nivel: Fisiológico básico	Nivel: Fisiológico básico	Intervención: fomento de ejercicio
<ul style="list-style-type: none"> - Explorar experiencias deportivas anteriores. - Determinar la motivación del individuo. - Explorar barreras para el ejercicio. - Animar a la persona a empezar o continuar el ejercicio. - Ayudar a la persona a establecer metas a corto y largo plazo. - Informar a la persona acerca de los beneficios para la salud y efectos psicológicos del ejercicio. - Instruir a la persona acerca de la frecuencia, duración e intensidad deseada de los ejercicios del programa. - Preparar al individuo en técnicas para evitar lesiones durante el ejercicio. - Reforzar el programa para potenciar la motivación de la persona. - Controlar la respuesta del individuo al programa de ejercicios. 		
Nivel: fisiológico básico	Clase: apoyo nutricional	Intervención: Enseñanza: dieta prescrita
<ul style="list-style-type: none"> - Evaluar el nivel actual de conocimiento de la persona sobre la dieta prescrita. - Enseñar a la persona el nombre correcto de la dieta prescrita. - Explicar el propósito de la dieta. - Informar a la persona los alimentos permitidos y prohibidos. - Ayudar a la persona a acomodar sus preferencias de comida en la dieta prescrita. 		

Nivel: fisiológico complejo	Clase: control de fármacos	Intervención: Enseñanza medicamentos prescritos
<ul style="list-style-type: none"> - Informar acerca del propósito y la acción de cada medicamento. - Instruir al cuidador acerca de la administración y aplicación de cada medicamento. - Instruir a la persona de los efectos adversos de cada medicamento. - Informar a la persona y familia de las consecuencias de no tomar o suspender los medicamentos. - Enseñar a la persona sobre las acciones correctas que debe tomar si se produce efectos secundarios. - Enseñar al cuidador a almacenar correctamente los medicamentos. - Ayudar a la persona a desarrollar un horario de medicación. - Advertir a la persona y familia contra la administración de medicamentos prescritos a otras personas. - Determinar la capacidad del paciente para obtener medicamentos requeridos. 		

EVALUACIÓN CUALITATIVA

No se lograron mantener los niveles de glicemia en valores normales, pero se lograron mantener por debajo de 140 mg/dl, la paciente colaboró en el cumplimiento del tratamiento con ayuda de sus hijos, los cuidadores principales ellos aceptaron la importancia del tratamiento para evitar un mayor número de complicaciones.

En general el objetivo se cumplió y se continuaran con las visitas domiciliarias para reforzar los conocimientos del paciente y familiares de seguir con el tratamiento médico y nutricional indicado.

CONCLUSIONES

El Proceso Atención Enfermería es un proceso sistemático, continuo e imprescindible para ofrecer de forma profesional un cuidado enfermero coherente al ambiente interno y externo de la persona.

Durante el presente trabajo se logró dar sustento teórico a la práctica diaria de enfermería adquiriendo conocimientos en el aula de clases y durante la consulta bibliográfica, lo cual me permitió conocer las etapas del Proceso Atención de Enfermería y desarrollarlas en beneficio propio y de las personas a mi cuidado.

En la primera etapa del proceso, la valoración, se obtuvo información basta y provechosa por medio de la entrevista y exploración física. La información se clasificó en patrones de salud desarrollados por Marjory Gordon y sustentado la etiqueta diagnóstica por la NANDA.

Se pudieron plantear y aplicar los cuidados enfermeros de acuerdo a los diagnósticos identificados, para lo cual se sustentaron en el NIC (clasificación de intervenciones de enfermería).

Para la evaluación de utilizo el NOC (clasificación de respuestas de enfermería), dando una puntuación diana a cada uno de los indicadores previamente elegidos y calificados.

Podemos decir que resultó muy provechoso el haber desarrollado el PAE, se sustentó la práctica de enfermería ofrecida en el hogar y se lograron los objetivos planteados al inicio del presente trabajo.

En general el PAE con patrones funcionales de salud resultó productivo para la salud de la Sra. Herlinda pues le permitió lograr una mayor independencia y responsabilidad en su estado de salud.

En lo personal quedo comprometida con la Sra. Herlinda y su familia para continuar apoyándolos en cuestiones de asesoría de salud para evitar o reducir complicaciones propias de la Diabetes Mellitus y edad avanzada. Quedo satisfecha con el trabajo alcanzado.

SUGERENCIAS

Considero que el seminario de titulación de Proceso Atención Enfermería es muy buena opción para presentar el examen profesional.

El PAE es la herramienta que sustenta un cuidado enfermero, este nos permite tener certeza en las intervenciones a realizar y con esto evitar riesgo a los pacientes y a nosotros mismo como profesionales, garantizando calidad en la atención al estandarizar el cuidado.

Me hubiese gustado abordar en clases a los Teóricos más representativos de la filosofía, de los modelos y de las teorías de enfermería para tener un marco más amplio y poder elegir el más acorde a nuestra experiencia y necesidad, y también sugiero que el seminario dure más tiempo.

Por parte del asesor reconozco su esfuerzo, apoyo y experiencia para este tipo de trabajo al igual a los profesores que dan de su tiempo y conocimiento para la revisión del mismo.

BIBLIOGRAFIA

Andrade, R. (2012). Proceso Atención Enfermería. México. Editorial Trillas.

Bello, N. (2006). Fundamentos de Enfermería. Parte I. Habana. Editorial Ciencias Médica.

Bravo F. (1967). Nociones Históricas de la Enfermería. México. 2ª Edición.

García, C. (2001). Historia de la Enfermería. Evolución histórica del cuidado enfermero. España. Editorial Harcourt.

Gordon, M. (2003). Manual de Diagnósticos Enfermeros. USA. Elsevier-Mosby..

Griffith, J. (1993). Proceso de Atención de Enfermería. Aplicación de Teorías, Guías y Modelo. México. Manual Moderno.

Hernández, J. (1995). Historia de la enfermería. Un análisis histórico de los cuidados de Enfermería. España. Editorial Mc Graw Hill-Interamericana.

Henderson, V. (1961). CIE. Principios básicos de los cuidados de enfermería. Organización Panamericana de Salud. OMS. USA. Publicaciones científicas.

Kérouac, S. (1996). Propuesta para la práctica de enfermería. Barcelona, España. Editorial Masson.

Kershaw, B. (1992). Modelos de Enfermería. España. Ediciones Doyma.

King, I. (1984). Enfermería como profesión. Filosofía, principios y objetivos. Editorial Limusa.

Kozier, B, (1992), Conceptos y teorías en la práctica de enfermería. México. Mac Graw Hill – Interamericana.

Kozier B. (2008). Fundamentos de enfermería. Conceptos, proceso y práctica, México. Editorial Pearson.

Mariner, A. (1999). Modelos y Teorías en Enfermería. España. Editorial Harcourt-Brace.

Morán, V. (2006). Modelos sobre interacción terapéutica y uso de los lenguajes NANDA y CIE y CRE. México. Editorial Trillas.

Phancut, M. (1999), La planificación de los cuidados de enfermería. México. Mac Graw Hill –Interamericana.

Potter, P. (1992) Valoración física. Editorial Interamericana. Mc Graw-Hill.

Raile M. (2011). Modelos y Teorías en Enfermería.7^a. Edición Editorial Elsevier. España.

Trejo, F. Enfermería y las ciencias sociales; un enfoque diferente o una necesidad para entender el cuidado. Enfer. Neurolo (Mex), Vol 10, No, 2 110-113, 2011 INNN. www.medigraphic.org.mx Revisada en abril 2014.

Organización Mundial de la Salud

<http://www.who.int/suggestions/faq/es/>

Revisada abril 2014.

Observatorio, Metodología enfermera

http://www.ome.es/04_01_desa.cfm?id=391#indice1

es.wikipedia.org/wiki/Marjory_Gordon

Revisada en abril 2014.

Hernández E. (2012). Perspectivas de la valoración en el paciente cardiovascular, Patrones funcionales de salud, (M. Gordon). XV Congreso Nacional de Cardiología, 2012.

http://books.google.com.mx/books/about/Manual_de_diagn%C3%B3sticos_e_nfermeros.html?id=5i_YKxRbiLwC&redir_esc=y

Revisada en abril 2014.

<http://artemisa.unicauca.edu.co/~pivalencia/archivos/ProcesoDeAtencionDeEnfermeria-PAE.pdf>

Revisada abril 2014.

Patrones funcionales de M Gordon

http://www.docvadis.es/aulasalud/document/aulasalud/patrones_funcionales/r/metadata/files/0/file/patrones_funcionales_mgordon.pdf

Revisada en marzo 2014.

ANEXOS



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE
MÉXICO
ESCUELA NACIONAL DE ENFERMERÍA Y
OBSTETRICIA



INSTRUMENTO DE VALORACIÓN POR PATRONES FUNCIONALES

Alumna: Rita Aguilar Cervantes

Profesor: Mtra. Aurora Jaqueline Toribio Hernández

México, D.F. 20 de Marzo 2014.

Nombre		Edad	Edo civil
Fecha	Sexo	Religión	Escolaridad
Fecha de nacimiento			
Lugar de nacimiento		Ocupación	

PATRON 1

PERCEPCION-MANEJO DE LA SALUD

Se pretende determinar las percepciones sobre la salud del individuo, el manejo general de su salud y las practicas preventivas.

Como considera su salud

Buena	Regular	Mala
-------	---------	------

¿Por qué?_____

Padece alguna enfermedad actualmente: mencione_____

Las medidas que practica en su vida diaria son buenas para conservar su salud

Si	No
----	----

¿Por qué?_____

¿qué tipo de cuidados realiza regularmente para mantener su salud?-----

Fuma	Si no	No. De cigarros	
Toma	Si no	Ocasional	Diario
Otra sustancia adictiva	Coca cola Café	No. De vasos	

¿Lleva acabo las prescripciones médicas?

Si	No
Parcialmente	A veces

¿Porque piensa que es importante practicarlas o no?_____

Aplicación de vacunas

Neumococica	
Influenza	
Toxoide	

Ultima fecha de realización de examen de mama_____ de
Papanicolaou_____. Resultados_____

¿Cuándo fue su ultimo ingreso hospitalario y por qué?_____

Frecuencia higiénica

Baño personal	
Cambio de ropa personal	
Cambio de ropa de cama	

Datos objetivos

Características de la higiene

Personal	
----------	--

Recamara	
Casa	
Comunidad	

PATRON 2

NUTRICIONAL – METABOLICO

Determinar las costumbres de consumo de alimentos, líquidos, en relación a las necesidades metabólicas. Se exploran los posibles problemas para su ingesta.

Peso _____ Talla _____ IMC _____

Glicemia capilar _____ temperatura _____

Consume algún tipo de dieta específica: _____

¿por prescripción médica está contraindicado algún tipo de comida, cual?—

Mencione los alimentos que consumió la última vez incluyendo líquidos:

Desayuno	
Colación	
Comida	
Colación	
Cena	
Otros	

¿Cuáles son los horarios específicos para tomar sus alimentos?

Desayuno	Comida
Cena	Colaciones

Frecuencia de consumo de alimentos

	diario	C/3er día.	Ocasional	Nunca
Verduras				

Fruta				
Pollo				
Carne roja				
Pescado				
Lácteos				
Cereales				
Dulces				
Bebidas endulzadas				

¿Dónde consume regularmente sus alimentos?_____

¿Tiene dificultad para masticar o deglutir sus alimentos?_____

Presenta alguna alteración antes o posterior a la alimentación

	siempre	Ocasional	Nunca
Nausea			
Vomito			
Pirosis			
Anorexia			
Polifagia			

¿Ingiera algún tipo de suplemento alimenticio?_____

¿Tiene alergia a algún alimento? _____

¿Algún alimento le ocasiona malestar?_____

¿Le gusta comer solo o acompañado?_____

¿Su estado de ánimo influye en la ingesta de su dieta?_____

En general considera que su peso esta:

Igual	Aumentado	Disminuido
-------	-----------	------------

Datos objetivos

Alteraciones en la boca y labios

Inflamación		Caries	
Ulceración		Prótesis total	
Gingivitis		Falta de piezas dentarias	
deshidratación		Otro	

Características de la piel

Hidratación		
Integridad		
Uñas		
Cabello		
Presencia de edema		
Verrugas		
Lipomas		
Abscesos		
Ulceras		
Varices		
hematomas		
Ictericia		
Ronchas		
Vesículas		
Eritema		

PATRON 3

ELIMINACIÓN

Describe el patrón de la función excretora (urinaria, intestinal y de la piel) y todos los aspectos relacionados con ella.

Frecuencia de evacuación	
Características de las evacuación	
Utiliza alguna medida auxiliar	
Hay problemas para su control	
Limita sus actividades por esta situación	
No. de veces que orina en un día	
Dificultades para su emisión	
Existe incontinencia	

Molestias para orinar	
Tenesmo vesical	
Limita sus actividades por alguna situación	
Despierta en la noche para orinar	

Como considera su sudoración

Cantidad	Normal	Excesiva
Tipo de olor	Normal	Fuerte

Datos objetivos:

Presencia de algún tipo de drenaje _____
 características del drenaje: color _____ cantidad _____
 olor _____ Otro _____

Características del sitio de inserción del drenaje: color _____
 dolor _____ presciencia de secreción _____
 otro _____

Olor general del paciente: _____

Características de evacuaciones _____

Característica de micción _____

Presencia de

Sialorrea	Masas visibles
Halitosis	Masas palpables
Hepatomegalia	Ascitis
Esplenomegalia	Flatulencia
Perístasis	Hemorroides
Distención abdominal	Globo vesical

PATRÓN 4

ACTIVIDAD - EJERCICIO

Este patrón describe las capacidades para la movilidad autónoma y la actividad. También describe las costumbres de ocio y recreo.

Las siguientes actividades las realiza de manera:

Actividad	independiente	Parcialmente dependiente	Totalmente dependiente
Alimentación			
Baño			
Vestido			
Eliminación			
Movilidad en cama			
Movilidad en general			

Para su vida diaria utiliza algún aparato que lo ayude a moverse _____

Tiene fuerza o energía suficiente para realizar sus actividades cotidianas _____

Describe las actividades que realiza en un día común _____

Realiza alguna actividad recreativa _____

Alguna actividad que le gusta o gustaría hacer _____

Realiza algún ejercicio rutinario: ¿cuál? _____ frecuencia _____
 tiempo _____ lugar _____

Tiene dificultad para mover alguna parte de su cuerpo _____

_____ No. De horas en una misma posición: sentado----- acostado-----

Cuando realiza alguna actividad física tiene repercusiones:

	Describe
Respiratorias	
Circulatorias	
Dolor (lugar)	
Cardiacas	
Edema	
Parestesias	
Otras	

Datos objetivos

TA en decúbito _____ bipedestación _____

FC _____ ritmo _____

FR _____ características _____

Fuerza física

	Parálisis	Disminuida	Parcialmente disminuida	Buen tono muscular
Manos				
Brazos				
Piernas				

Postura corporal del paciente: erguida _____ escoliosis _____
 _____ lordosis _____ cifosis _____

Existe distrofia muscular en alguna parte del cuerpo _____

Hay presencia de edema: Lugar _____ grado _____

Llenado capilar de extremidades _____ coloración _____

Sensibilidad _____ temperatura _____

Otros _____

Características de la respiración:

Hiperventilación		Sibilancias	
Hipoventilación		Tiros intercostales	
Aleteo nasal		Tos	
respiración. toraco – abdominal		Espujo	
Estertores		Grado de disnea	
Apoyo con oxígeno		Forma de tórax	

PATRÓN 5

SUEÑO – DESCANSO

Describe los patrones de descanso a lo largo del día, y los usos y costumbres para conseguirlos.

Hr. de dormir _____ hr. De levantarse _____ hr. de siesta _____

Tiempo de siesta _____

Cuantos horas duerme regularmente. _____

Concilia bien el sueño si _____ no _____

Despierta por la noche: si _____ no _____ No. De veces que despierta por la noche _____

Su sueño es reparador si _____ no _____

Cuando despierta se siente con energía para realizar sus actividades _____

Toma alguna sustancia para dormir (nombre) _____

Con que frecuencia consume esta sustancia _____

¿Utiliza alguna técnica para lograr conciliar el sueño? _____

¿Existe alguna causa por la que no pueda consolidar el sueño?

El ambiente donde duerme propicia su descanso _____

Datos objetivos

Bosteza durante la entrevista—si _____ no _____

Tiene ojeras—si _____ no _____

Existe mucho ruido en el ambiente del paciente— si _____ no _____

Tiene un área exclusiva para su descanso—si _____ no _____

PATRÓN 6

COGNITIVO – PERCEPTUAL

Se describe el patrón sensorio – perceptual y cognitivo del individuo. Se comprueban las capacidades cognitivas relativas a la toma de decisiones, la memoria y el lenguaje.

Utiliza audífono: si _____ no _____

Utiliza lentes si _____ no _____

Como considera sus sentidos:

Sentido	Distingue los objetos, sustancias o sonidos
Tacto	
Gusto	
Olfato	
Vista	
Oído	

¿Es difícil recordar cosas recientes? _____

¿Recuerda cosas de su vida que pasaron hace muchos años? _____

¿Quién toma las decisiones de su vida? _____

Si la respuesta es otra persona ¿por qué? _____

Tiene problemas para expresar sus pensamientos _____

Las personas que viven con usted, entienden lo que usted les quiere decir—

¿Qué le duele físicamente? _____

¿Cómo es su dolor y como lo controla?_____

El dolor limita su vida_____

Como considera su carácter

Amigable	Irritable	Tolerante
----------	-----------	-----------

Datos objetivos

El estado de ánimo es_____

Evade la conversación

Mira a los ojos durante la entrevista

El tono de voz es: bajo_____alto_____ fastidio_____

Escucha lo que le pregunto_____tengo que levantar la voz
para hacerme entender_____

Alcanza a ver las letras grandes de un periódico_____

Distingue entre el olor de cebolla y pimienta_____

Logra distinguir la temperatura de mis manos y las de un objeto_____

Presencia de entropión_____ectropión_____cataratas_____glaucoma_____

PATRÓN 7

AUTOPERCEPCIÓN – AUTOCONCEPTO

Incluye las actitudes del individuo hacia sí mismo, hacia su imagen corporal, su identidad y hacia su sentido general de valía.

¿Qué sentimiento le ocasiona al ver los cambios físicos de su cuerpo?_____

¿Está conforme consigo mismo?_____

Emocionalmente como se siente actualmente _____

Se siente feliz _____

¿Siente aburrimiento en su vida? _____

¿A que le tiene miedo en la vida? _____

¿Siente ansiedad o depresión? _____

Le gustaría cambiar algo de su personalidad o carácter?-----

Datos objetivos

Existe presencia de risa _____ de llanto _____

Angustia _____ irritabilidad _____

El paciente se encuentra limpio y arreglado _____

Cambia de estado de animo _____

PATRÓN 8

ROL – RELACIONES

Es el rol social que juega el individuo en el seno familiar, laboral. Así como las responsabilidades que tiene que asumir. Existencia de problemas en las relaciones familiares.

Con quienes vive (parentesco) _____

_____ ¿Cuántas personas viven en casa? _____

La familia depende del paciente para alguna situación:

	si	No
Vivienda		
Dinero		
Decisiones		
Cuidado de menores		
Otros		

¿Pertenece a algún grupo social?_____

¿Recibe visitas?_____

¿Se siente indispensable para la familia?_____

¿Existe alguna situación desagradable en su grupo familiar?_____

¿Siente que puede hacer algo ante esta problemática?_____

En algún momento del día siente soledad_____

¿Actualmente tiene una motivación?_____

¿Cuál es su proyecto a corto plazo?_____

Siente agresión verbal o física por algún miembro de su familia_____

Perdió recientemente algún ser querido_____

PATRÓN 9

SEXUALIDAD – REPRODUCCIÓN

Describe los patrones de satisfacción o insatisfacción con la sexualidad y todo lo relacionado con la misma.

Actualmente tiene algún tipo de relación de pareja_____

Se siente contenta de su sexualidad en la actualidad _____

Si le pudiera pedir algo a la vida con respecto a su sexualidad, ¿ qué pediría? _____

Datos objetivos

Características de los genitales externos _____

Salida de algún tipo de secreción _____

Enrojecimiento de la mucosa _____

Presencia de comezón _____

Existencia de alguna lesión _____

PATRÓN 10

ADAPTACIÓN – TOLERANCIA AL ESTRÉS

Describe el patrón general de adaptación y efectividad en términos de tolerancia al estrés. Capacidad percibida para controlar y manejar situaciones.

¿Qué cambios han sido importantes en su vida actual? _____

¿Cómo ha afrontado estos cambios? _____

¿Ha utilizado algún medicamento o sustancia para superar los problemas o cambios? _____

¿Tiene alguna persona de su confianza para confiarle sus problemas? _____

¿Es fácil tener a esta persona para poder platicar? _____

Se siente tenso o relajado la mayor parte del día _____

PATRÓN 11

VALORES CREENCIAS

Describe los valores, objetivos y creencias que guían las decisiones y opciones vitales del individuo. Incluye lo percibido como importante en la vida. Expectativas que están relacionadas con la salud.

¿Qué es lo más importante en su vida?_____

¿A qué le dedica mayor atención?_____

¿Qué o quién influye en su vida?_____

¿Su salud ocupa un lugar importante en su vida?_____

¿La religión es importante en su vida?_____

¿Ante dificultades recurre a ella?_____

¿Su religión tiene algo que ver con su salud?_____

¿Cómo influye la religión en su vida?_____

¿Tiene miedo a la muerte_____

¿Por su religión como toma la muerte de algún ser querido?_____

Entrevistador _____



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE
MÉXICO
ESCUELA NACIONAL DE ENFERMERÍA Y
OBSTETRICIA



HORARIO DE MEDICAMENTOS

Instructivo: Circular el horario cuando se proporcione el medicamento a la Sra. Herlinda.

Semana del 1 al 7 de Junio del 2014							
medicamento	lunes	Martes	Miércoles	jueves	viernes	sábado	domingo
Metformina	11 hrs.	11 hrs.	11 hrs.	11 hrs.	11 hrs.	11 hrs.	11 hrs.
	17 hrs.	17 hrs.	17 hrs.	17 hrs.	17 hrs.	17 hrs.	17 hrs.
Semana del 8 al 14 de junio							
medicamento	lunes	martes	Miércoles	jueves	viernes	sábado	domingo
Metformina	11 hrs.	11 hrs.	11 hrs.	11 hrs.	11 hrs.	11 hrs.	11 hrs.
	17 hrs.	17 hrs.	17 hrs.	17 hrs.	17 hrs.	17 hrs.	17 hrs.
Semana del 15 al 21 de junio							
medicamento	lunes	martes	Miércoles	jueves	viernes	sábado	domingo
metformina	11 hrs.	11 hrs.	11 hrs.	11 hrs.	11 hrs.	11 hrs.	11 hrs.
	17 hrs.	17 hrs.	17 hrs.	17 hrs.	17 hrs.	17 hrs.	17 hrs.
Semana del 22 al 28 de junio							
medicamento	lunes	martes	Miércoles	jueves	Viernes	sábado	Domingo



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE
MÉXICO
ESCUELA NACIONAL DE ENFERMERÍA Y
OBSTETRICIA



HORARIO DE COMIDA DEL MES DE JUNIO

Instructivo: Para identificar los horarios preferidos de la Sra. Herlinda para las comidas es necesario poner la hora de ingesta de cada uno de ellos.

	Lunes	martes	Miércoles	jueves	viernes	sábado	Domingo
Semana del 1 al 7 de junio							
Desayuno							
Comida							
Cena							
Semana del 8 al 14 de junio							
Desayuno							
Comida							
Cena							
Semana del 15 al 21 de junio							
Desayuno							
Comida							
Cena							
Semas del 22 al 28 de junio							
Desayuno							
Comida							
Cena							



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE
MÉXICO
ESCUELA NACIONAL DE ENFERMERÍA Y
OBSTETRICIA



FECHA DE BAÑO

Instructivo: para favorecer la higiene de la Sra. Herlinda es indispensable tener un reporte de los días de baño. Se recomienda hacerlo con la mayor frecuencia posible.

Semana del 1 al 7 de junio	Día
Semana del 1 al 7 de junio	Día
Semana del 1 al 7 de junio	Día
Semana del 1 al 7 de junio	Día



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE
MÉXICO
ESCUELA NACIONAL DE ENFERMERÍA Y
OBSTETRICIA



Control de glucometrías

Instrucciones: anotar la fecha y el resultado de la glucometría.

Fecha	resultado	fecha	Resultado