



**SECRETARIA DE SALUD
HOSPITAL JUÁREZ DE MÉXICO
ESCUELA DE ENFERMERIA
Con estudios incorporados a la UNAM**



TESIS:

Conocimiento del personal de enfermería sobre la formulación correcta de los diagnósticos de enfermería con la interacción NANDA NOC-NIC en el Hospital Juárez de México.

Para obtener el Título de:

Licenciada en Enfermería y Obstetricia.

PRESENTA:

SÁNCHEZ RAMÍREZ MARÍA TERESA

ASESORA DE TESIS:

CD. DIAZ HOFFAY JUANA LAURA

México D.F,

Octubre 2012



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.

HOJA DE AUTORIZACIÓN

MTRA. María Guadalupe Escobedo Acosta

Directora de la Escuela de Enfermería de la Secretaria de Salud.

CD. Díaz Hoffay Juana Laura

Asesora de tesis.

Profesora de la Escuela de Enfermería de la Secretaria de Salud.

Lic. Ana Laura García Ramírez

Coordinadora del Servicio Social de la Escuela de Enfermería de la Secretaria de Salud.

INDICE.

INTRODUCCIÓN.....8

Marco teórico.....11

CAPITULO I

1. Teorías y Modelos de Enfermería

1.1. Perspectiva Histórica de las Teorías de Enfermería.....11
1.2. Florencia Nightingale “Teoría del Entorno”..... 13
1.3. Hidegard Peplau “Modelo de las Relaciones Interpersonal.....13
1.4. Virginia Henderson “Modelo Suplementario y Complementario”.....14
1.5. Lydia Hall “Modelo de Núcleo, el cuidado y la Curación”.....16
1.6. Doroty Jhonson “Modelo de Sistemas Conductuales.....16
1.7. Martha Rogers “Modelo de los procesos Vitales”.....18
1.8. Dorothea Orem “Teoría General de la Enfermería”.....18
1.9. Imoneg King “Teoría del Logro de Metas”.....20
1.10. Betty Newman “Modelo de Sistemas”.....21
1.11. Sor Callista Roy “Modelo de Adaptación”.....22
1.12. Marjory Gordon (Patrones Funcionales).....23

CAPITULO II

2. Proceso de Atención de Enfermería

2.1. Historia del Proceso de Atención de Enfermería.....27
2.2. Objetivos.....27
2.3. El desarrollo del Proceso de Atención de Enfermería (PAE).....28
2.4. Las Ventajas.....29
2.4.1. Para el paciente son.....29
2.4.2. Para la enfermera.....29
2.5. Las características.....29
2.6. Valoración.....30
2.6.1. Tipo de datos a recoger.....32
2.6.2. Los tipos de datos.....32
2.6.3. Modelos para obtener datos32
2.6.4. Entrevista clínica.....32
2.6.5. La observación.....35
2.6.6. La exploración física.....35
2.6.7. Validación de datos.....36
2.6.8. Documentación y registro de la valoración.....38
2.7. Diagnóstico.....39
2.7.1. Componentes de las Categorías Diagnósticas Aceptadas por la NANDA.....40
2.8. Tipos de diagnóstico.....42
2.9. Planificación de los cuidados de enfermería.....44
2.9.1. Etapas en el plan de cuidados44
2.9.2. Determinación de prioridades.....46
2.9.3. Planteamiento de los objetivos.....46
2.9.4. Partes que componen los planes de cuidado.....54
2.9.5. Tipos de planes de cuidado.....54
2.10. Ejecución.....56

2.11. Evaluación.....	56
2.12. Taxonomía NANDA NOC-NIC.....	58

CAPITULO III

3. Diseño de Investigación

3.1. Justificación.....	67
3.2. Planteamiento del problema.....	67
3.3. Objetivos.....	68
3.3.1. General.....	68
3.3.2. Específico.....	68
3.4 .Hipótesis.....	68
3.5. Variables.....	68
3.5.1. Dependiente.....	68
3.5.2. Independientes.....	68
3.5.3. Operacionalización de las variables.....	69
3.6. Diseño metodológico.....	70
3.6.1. Tipo de estudio.....	70
3.6.2. Universo.....	70
3.6.3. Muestra.....	70
3.6.4. Tipo de muestra.....	71
3.6.5. Fórmula para cálculo de muestra.....	71
3.6.6. Intervalo de confianza.....	71
3.6.7. Criterios.....	71
3.6.8. Sujeto de estudio.....	71
3.6.9. Muestra y muestreo.....	72
3.6.10. Modelo de recolección	72
3.7. Consideraciones Éticas.....	73
4. Análisis de Datos.....	75
5. Interpretación de Datos.....	77
Conclusiones.....	80
Sugerencias.....	81
Bibliografías	
Anexos	
Glosario	

RESUMEN.

Al inicio para elegir un tema de investigación, nos dimos a la tarea de plantear diversas preguntas sobre aquellas situaciones que nos llenaban de duda e inquietud dentro de la profesión de enfermería, ya que sabemos que plasmar la palabra *enfermería* exige una vocación específica que implica ejercer nuestro trabajo con espíritu de servicio; y estar convencidos de la nobleza de nuestro trabajo diario.

Así que por lo cual se eligió conocer cuál es el conocimiento del personal de enfermería sobre la formulación correcta de los diagnósticos con la interacción NANDA NOC-NIC en el Hospital Juárez de México en el servicio de pediatría, medicina interna sur y oncología hospitalización del turno matutino y vespertino.

Se desarrolló un instrumento de 15 preguntas de opción múltiple que se dividen en dos bloques; el primero es de 5 preguntas para obtener datos socio-demográfico y las 10 preguntas restantes para valorar el conocimiento que posee. Se llevó la prueba piloto que consta del 10%; para poder detectar si el instrumento era óptimo, entendible y completo para poder aplicarlo a la población de estudio, teniendo como resultado que solamente hay que hacerle algunas correcciones de ortografía para así poder aplicarlo.

Posteriormente se pidió permiso e informo a cada jefe de servicio sobre la investigación que se está realizando y obteniendo el apoyo de su parte para poder aplicar el instrumento al personal operativo en cada servicio a estudiar; de esta manera se pudo realizar esta parte de la investigación.

Día a día es importante buscar y enfrentar las adversidades a las que nos enfrentamos dentro de nuestra profesión ya que nos debemos de estar actualizando así como el realizar investigaciones y sobre salir también en esta última parte.

Después de tener los instrumentos contestados, se procedió a realizar una sábana y basear los resultados. Para empezar a realizar cuadros y graficas de cada pregunta del instrumento; analizando una por una para poder ver los resultados.

Se obtuvo como resultado que el personal de enfermería conoce y sabe el desarrollo del Método Enfermero, y que la enfermera (o) debe reunir una serie de competencias profesionales en las aéreas del saber, saber hacer, saber ser para aplicar el PAE con facilidad y poder lograr cambios que favorezcan la salud del usuario, familia y comunidad.

Pero qué pasa cuando puede más la rutina diaria y la sobre carga de trabajo, se pierde el interés por llevar a cabo el Proceso de Atención Enfermero, por eso es importante hacerles saber que día a día la importancia de la aplicación de PAE ya que este proporciona las bases para el desarrollo de las habilidades de pensamiento crítico requeridas para actuar de forma segura y efectiva, con el firme propósito de asegurar cuidados competentes, individualizados e integrales para el usuario.

Es importante mencionar que nunca hay que olvidar los valores heredados, un código que inspire respeto a la vida, a la salud, a la muerte, a la dignidad, ideas, valores y creencias de la persona y su ambiente.

Esta investigación dio como resultados concretos y claros como la parte donde se observa que la población de estudio se encuentra en la etapa de la vida de adulta joven, lo cual conlleva el tener una herramienta para logara una mejor preparación profesional llena de conocimientos, experiencias y habilidades para el beneficio del usuario, familiar y comunidad. Darle el verdadero valor como profesional de enfermería, porque valemos mucho más de lo que pensamos y hacemos mucho más de lo que imaginamos, por eso y más es un orgullo y bendición llevar a cabo la tarea de ser enfermera (o).

AGRADECIMIENTOS.

A lo largo de este año de formación aprendimos que nada es suficiente, cuando se quiere aprende que el tiempo y las actualizaciones profesionales van de la mano, que sin duda alguna la práctica hace al maestro, como el conocimiento al profesional por tal motivo, agradecemos al Hospital Juárez de México al tener las puertas abiertas para la formación de profesionales de enfermería así como las facilidades que se nos brindaron para dicha investigación es por ello que extendemos un agradecimiento a todo el personal que nos apoyó durante este año de servicio social.

A la maestra Juana Laura Días Hoffay, asesor institucional que en todo momento estuvo con nosotras guiándonos durante esta investigación y culminación de la misma así como a nuestro padres que sin su apoyo no viera sido posible llegar a la meta; gracias por formar parte de este logro.

DEDICATORIA.

A quien nos ha guiado para llegar a esta meta, gracias Dios por llenarnos de persistencia, tolerancia y fortalecer nuestro espiritualidad, con ello afrontar experiencias positivas y negativas en la vida, por permitirnos llevar paz y alivio a los pacientes y sobre todo porque nunca nos abandonaste.

A nuestros padres que nos han heredado el tesoro tan maravilloso a quienes la ilusión de su vida ha sido vernos convertidos profesionales y lograr nuestros sueños y metas es por ello que gracias a su esfuerzo y dedicación de estos años; los días de espera han concluido, para ustedes con amor, respeto y admiración.

Con la mayor gratitud por todo el tiempo incondicional a nuestro lado y los esfuerzos realizados dedicado a nuestros padres.

“Nuestra alma no puede crecer y desarrollarse en calma y con paz. Es a través de las situaciones difíciles que nuestra alma crece y se fortalece”

Héller Keller.

INTRODUCCIÓN.

A lo largo de la historia de enfermería han existido significativos cambios lo que al profesional de enfermería ha permitido que poco a poco ofrezca un mejor servicio al usuario para darle cuidados de calidad y de calidez así como capacitarlo para que sea dependiente pero existen deferentes circunstancias por las cuales el personal de enfermería no lleva a cabo como debe ser el Proceso Atención Enfermero (PAE), es por eso que es importante hablar de la historia que este y como este ha ido cambiando hasta la actualidad y que hasta nuestros días el personal de enfermería no lo lleva a la práctica.

Este método permite a las enfermeras prestar cuidados de una forma racional, lógica y sistemática de forma holística en donde va dirigido para el paciente, familiar y comunidad.

Los modelos conceptuales son un conjunto de conceptos que explican de manera general el fenómeno del cuidado, pero los modelos conceptuales son más complejos y generales que las teorías, estos otorgan una explicación muy amplia sobre algunos fenómenos de interés para la enfermería como; el auto cuidado, la promoción a la salud, las relaciones interpersonales, el proceso de adaptación, entre otros.

Las teorías son un conjunto de conceptos interrelacionados que permiten describir, explicar y predecir el fenómeno de interés para la disciplina.

Las teorías y modelos conceptuales no son realmente nuevas para la enfermería, han existido desde que Nightingale en 1859 quien propuso por primera vez sus ideas acerca de la enfermería hoy en día todos los profesionales de enfermería tienen una imagen privada de la práctica de enfermería y esta influye en las decisiones y guía las acciones que llevan a cabo.

MARCO TEÓRICO

CAPITULO I.

**1. TEORÍAS Y MODELOS EN
ENFERMERÍA.**

MARCO TEÓRICO

CAPITULO I.

1. TEORÍAS Y MODELOS EN ENFERMERÍA.

Las teorías y modelos conceptuales no son realmente nuevas para la enfermería, han existido desde que Nightingale¹ en 1859 propuso por primera vez sus ideas acerca de la enfermería. Así como Nightingale tuvo sus propias ideas de la enfermería todos los profesionales de enfermería tienen una imagen privada de la práctica de enfermería y esta influye en las decisiones y guía las acciones que tomamos.

Sin embargo, estas ideas globales de lo que entendemos por enfermería, ha sido organizado por Fawcett (1996) a través de lo que denomina "Estructura del conocimiento"², donde sitúa al metaparadigma, filosofías, modelos conceptuales, teoría e indicadores empíricos en una estructura descendente que vincula el mundo abstracto con el mundo concreto.

Los modelos conceptuales son un conjunto de conceptos que explican de manera general el fenómeno del cuidado, pero los modelos conceptuales son más complejos y generales que las teorías, estos otorgan una explicación muy amplia sobre algunos fenómenos de interés para la enfermería como; el auto cuidado, la promoción a la salud, las relaciones interpersonales, el proceso de adaptación, entre otros.

Las teorías son un conjunto de conceptos interrelacionados que permiten describir, explicar y predecir el fenómeno de interés para la disciplina, por lo tanto se convierten en un elemento indispensable para la práctica profesional, ya que facilitan la forma de describir y explicar y predecir el fenómeno del cuidado.

1.1 PERSPECTIVA HISTÓRICA DE LAS TEORÍAS DE ENFERMERÍA.

Desde 1860 a 1959.

1. En 1860, Florence Nightingale desarrolló su "Teoría del Entorno", en 1952 funda la revista "*Nursing Research*".
2. En 1952, Hildegard Peplau publica su "Modelo de Relaciones Interpersonales",

¹Griffit JW, Christensen PJ. (2005) Proceso de Atención de Enfermería. Aplicación de teorías, guías y modelos. México: El Manual Moderno.

² Universidad Nacional de Colombia. (1998) Facultad de enfermería. Dimensiones del Cuidado. Unibiblos. Bogotá. P238

“Interpersonal Relations in Nursing”

3. En 1955, Virginia Henderson publica *“Definition of Nursing”*.

Desde 1960 a 1969.

1. La Escuela de Enfermería de la Universidad de Yale, de New Haven, Connecticut, definió la enfermería como un proceso, interacción y relación.
2. El gobierno de los Estados Unidos consolida los programas de doctorado y experto en enfermería.
3. En 1960, Faye Abdellah publica su *“Teoría de Tipología de los problemas de Enfermería”*
4. En 1961, Ida Orlando publica su *“Teoría del proceso Deliberativo”*.
5. En 1962, Lydia Hall publica su *“Modelo del Núcleo, el Cuidado y la Curación”*.
6. En 1964, Ernestine Wiedenbach publica su *“Teoría del Arte de Cuidar de la Enfermería Clínica”*.
7. En 1966, Myra Levine publica su *“Modelo de la Conservación”*.
8. En 1969, Doroty Johnson publica su *“Modelo de Sistemas Conductuales”*.

Desde 1970 a 1979.

1. En 1970, Martha Rogers publica su *“Modelo de los Seres Humanos Unitarios”*.
2. En 1971, Dorothea Orem publica su *“Teoría General de la Enfermería”*.
3. En 1971, Imogene King publica la *“Teoría del Logro de Metas”*.
4. En 1972, Betty Neuman publica su *“Modelo de Sistemas”*.
5. En 1976, la Hermana Callista Roy publica su *“Modelo de Adaptación”*.
6. En 1978, Madeleine Leininger publica su *“Teoría de la Diversidad y la Universalidad de los Cuidados Culturales”*.
7. En 1979, Jean Watson publica su *“Teoría del cuidado Humano”*

Desde 1980 a 1989.

1. En 1980, Evelyn Adam publica su *“Modelo Conceptual de Enfermería”*.
2. En 1980, Joan Riel-Sisca publica su *“Modelo de Interaccionismo Simbólico”*.
3. En 1981, Rosemary Rizzo Parse publica su *“Teoría del Desarrollo Humano”*.
4. En 1982, Joyce Fitzpatrick publica su *“Modelo de la Perspectiva de Vida”*.
5. En 1983, Kathryn Barnard publica su *“Modelo de Interacción Padre-Hijo”*.
6. En 1983, Helen Erickson, Evelyn Tomlin y Mary Ann Swain publican su *“Teoría Modelación del Rol”*.
7. En 1984, Patricia Benner publica su *“Modelo del Aprendiz al Experto”*.
8. En 1985, Ramona Mercer publica su *“Teoría del Talento para el Papel Materno”*.
9. En 1986, Margaret Newman publica su *“Teoría de la Salud”*.

1.2 Florence Nightingale. “Teoría del entorno”

Florence Nightingale inició su instrucción como enfermera en 1851 en Kaiserwerth, Alemania, su experiencia en el trato con soldados enfermos y heridos durante la Guerra de Crimea, influyó enormemente en su filosofía de la enfermería. Formuló sus ideas y valores gracias a los años de trabajo caritativo en enfermerías hospitalarias y militares.

Es considerada como la primera teórica de enfermería, la información que se ha obtenido acerca de su teoría ha sido a través de la interpretación de sus escritos. Nightingale instauró el concepto de educación formalizada para las enfermeras.

En 1852 Florence Nightingale con su libro “Notas de Enfermería” sentó las bases de la enfermería profesional; Su espíritu de indagación se basa en el pragmatismo.

El objetivo fundamental de su modelo es conservar la energía vital del paciente y partiendo de la acción que ejerce la naturaleza sobre los individuos, colocarlo en las mejores condiciones posibles para que actuara sobre él. Su teoría se centra en el medio ambiente, creía que un entorno saludable era necesario para aplicar unos adecuados cuidados de enfermería. Ella afirma: “Que hay cinco puntos esenciales para asegurar la salubridad: el aire puro, agua pura, desagües eficaces, limpieza y luz”.

Otro de sus aportes hace referencia a la necesidad de la atención domiciliaria, las enfermeras que prestan sus servicios en la atención a domicilio, deben de enseñar a los enfermos y a sus familiares a ayudarse a sí mismos a mantener su independencia.

La teoría de Nightingale ha influido significativamente en otras teorías: Teoría de la Adaptación, Teoría de las Necesidades y Teoría del Estrés.

1.3 Hildegard Peplau. “Modelo de relaciones interpersonales”

Hildegard Peplau comenzó su carrera profesional en 1931. Ha detentado puestos en el ejército de los Estados Unidos, hospitales generales y privados, investigación y docencia y práctica privada en enfermería psiquiátrica.

En 1952 publica su modelo en el que integra las teorías psicoanalíticas, el aprendizaje social, la motivación humana y el desarrollo de la personalidad.

Desarrolló el primer currículum conceptual para la Licenciatura de ciencias en el programa de enfermería de la Universidad de Rutgers.

Según Peplau la salud consta de condiciones interpersonales y psicológicas que interactúan. Es promovida a través del proceso interpersonal.

Peplau, basa su modelo en la enfermería psicodinámica, que ella define como la utilización de la comprensión de la conducta de uno mismo para ayudar a los demás a identificar sus dificultades. La enfermera psicodinámica aplica los principios de las relaciones humanas a los problemas que surgen en todos los niveles de la experiencia humana.

La esencia del modelo de Peplau, organizado en forma de proceso, es la relación humana entre un individuo enfermo, o que requiere un servicio de salud, y una enfermera educada especialmente para reconocer y responder a la necesidad de ayuda.

Este modelo, publicado por primera vez en 1952, describe cuatro fases en la relación entre enfermera y paciente: Orientación, identificación, explotación, y resolución. En la fase de orientación, el individuo tiene una necesidad y busca ayuda profesional. La enfermera, en colaboración con el paciente y con todos los miembros del equipo profesional, se ocupa de recoger información, de reforzar y esclarecer lo que otras personas han comunicado al paciente y de identificarlos problemas.

En la fase de identificación el paciente comienza a responder en forma selectiva a las personas que parecen ofrecerle la ayuda necesaria. En este momento, el enfermo puede explorar y expresar los sentimientos relacionados con su percepción del problema, y las observaciones de la enfermera pueden servir para aclarar las expectativas del paciente respecto a la enfermera, y las expectativas de la enfermera sobre la capacidad de un paciente determinado para manejar su problema.

1.4 Virginia Henderson. “Modelo suplementario y complementario:”

Virginia Henderson se graduó en Army School of Nursing en 1926. Su interés por la enfermería surgió de la asistencia al personal militar enfermo y herido durante la Guerra Mundial. Henderson desarrolla sus ideas motivada por sus preocupaciones sobre las funciones de las enfermeras y su situación jurídica.

Henderson, incorporó los principios fisiológicos y psicopatológicos a su concepto de enfermería, define la salud como la capacidad del individuo para funcionar con independencia en relación con las catorce necesidades básicas, similares a las de Maslow.

- Siete están relacionadas con la fisiología (respiración, alimentación, eliminación, movimiento, sueño y reposo, ropa apropiada temperatura).
- Dos con la seguridad (higiene corporal y peligros ambientales).
- Dos con el afecto y la pertenencia (comunicación y creencias).
- Tres con la autorrealización (trabajar, jugar y aprender).

Requiere un conocimiento básico de ciencias sociales y humanidades, además de las costumbres sociales y las prácticas religiosas. Ayudar al paciente a satisfacer las 14 necesidades básicas, implica la utilización de un "plan de cuidado enfermero" por escrito.

Esta teoría es congruente, debido a que busca la independencia de la persona a través de la promoción y educación en la salud, en las personas sanas y en las enfermas a través de los cuidados de enfermería.

Establece la necesidad de elaborar un Plan de Cuidados Enfermeros por escrito, basándose en el logro de consecución de las 14 necesidades básicas y en su registro para conseguir un cuidado individualizado para la persona.

Henderson incorporó los principios fisiológicos y psicopatológicos a su concepto de Enfermería. Teniendo en cuenta estas catorce necesidades, siete están relacionadas con la fisiología, dos con la seguridad, dos con el afecto y la pertenencia; y tres con la autorrealización. Estas necesidades son:

- Necesidad de respirar normalmente
- Necesidad de beber y comer adecuadamente
- Necesidad de eliminar los residuos corporales
- Necesidad de moverse y mantener una postura adecuada
- Necesidad de dormir y reposar
- Necesidad de seleccionar la indumentaria adecuada: vestirse y desvestirse
- Necesidad de mantener la temperatura corporal en los límites normales, adaptando el vestido y modificando el ambiente
- Necesidad de estar limpio, aseado y proteger los tegumentos
- Necesidad de evitar peligros ambientales e impedir que estos perjudiquen a los demás

- Necesidad de comunicarse para expresar emociones, necesidades, miedos y opiniones
- Necesidad de observar el culto de acuerdo con la propia fe y de actuar según sus creencias y valores.
- Necesidad de trabajar de manera que exista un sentido de autorrealización
- Necesidad de participar en diferentes actividades recreativas
- Necesidad de aprender, descubrir o satisfacer la curiosidad que conduce al desarrollo normal y a la salud.

Esta teoría busca la independencia de la persona a través de la promoción y educación en la salud, en las personas sanas y enfermas mediante de los cuidados de enfermería. Establece la necesidad de elaborar un Plan de Cuidados Enfermeros por escrito, basándose en el logro de consecución de las 14 necesidades básicas y en su registro para conseguir un cuidado individualizado para la persona.

1.5 Lydia Hall. “Modelo del núcleo, el cuidado y la curación”.

Lydia Hall recibió su diploma de enfermería en el Hospital School Of Nursing, de York (Pasadena). En 1936 desarrolló y diseñó EL Loeb Center for Nursing y el modelo de rehabilitación en el Montefiore Hospital de Nueva York.

Trabajó como directora administrativa del Loeb Center hasta su muerte en 1969.

Hall basa su Teoría en las Ciencias de la Conducta, adaptando modelos de la Psiquiatría y Psicología. Tuvo una fuerte influencia del trabajo de Carl Rogers sobre la terapia centrada en el paciente y sus puntos de vista sobre el individuo. No especifica las Teorías en la que se basó para formular su modelo. No define ninguno de los conceptos que constituyen el metaparadigma.

El único campo exclusivo de la Enfermería, según el modelo de Hall, es el círculo del cuidado que comprende el aspecto corporal personal; mientras que los círculos del núcleo y la curación los comparte con profesionales de otras disciplinas.

1.6 Doroty Johnson. “Modelo de sistemas conductuales”.

Dorothy E. Johnson se graduó en Artes en la Armstrong Junior College, en Savannah, Georgia, en 1938. La mayor parte de su experiencia profesional es como docente en la Universidad de

California, aunque también incluye puestos como enfermera y asesora en escuelas de enfermería. Johnson publicó su 'Modelo de Sistemas Conductuales'³.

En 1968 ya hace una primera propuesta, promueve el "funcionamiento conductual eficiente y efectivo en el paciente para prevenir la enfermedad".

Basó su modelo en la idea de Florence Nightingale acerca de que la enfermería está designada a ayudar a las personas a prevenir o recuperarse de una enfermedad o una lesión.

El modelo de Johnson considera a la persona como un sistema conductual compuesto de una serie de subsistemas interdependientes e integrados, modelo basado en la psicología, sociología y etnología. Según su modelo la enfermería considera al individuo como una serie de partes interdependientes, que funcionan como un todo integrado; estas ideas fueron adaptadas de la Teoría de Sistemas.

Cada subsistema conductual tiene requisitos estructurales (meta, predisposición a actuar, centro de la acción y conducta) y funcionales (protección de las influencias dañinas, nutrición y estimulación) para aumentar el desarrollo y prevenir el estancamiento. Son siete Dependencia, Alimentación, Eliminación, Sexual, Agresividad, Realización y afiliación.

El individuo trata de mantener un sistema balanceado, pero la interacción ambiental puede ocasionar inestabilidad y problemas de salud. La intervención de enfermería sólo se ve implicada cuando se produce una ruptura en el equilibrio del sistema. Un estado de desequilibrio o inestabilidad da por resultado la necesidad de acciones de enfermería, y las acciones de enfermería apropiadas son responsables del mantenimiento o restablecimiento del equilibrio y la estabilidad del sistema de comportamiento.

Enfermería no tiene una función definida en cuanto al mantenimiento o promoción de la salud. Enfermería es una fuerza reguladora externa que actúa para preservar la organización e integración del comportamiento del paciente en un nivel óptimo bajo condiciones en las cuales el comportamiento constituye una amenaza para la salud física o social, o en las que se encuentra una enfermedad.

³ Marriner A. (2004). Modelos y teorías de enfermería. Barcelona: Ediciones Rol. P 305.

1.7 Martha Rogers “Modelo de los procesos vitales”.

El objetivo del modelo de es procurar y promover una interacción armónica entre el hombre y su entorno. Así las enfermeras que sigan este modelo deben fortalecer la conciencia e integridad de los seres humanos, y dirigir o redirigir los patrones de interacción existentes entre el hombre y su entorno para conseguir el máximo potencial de salud.

Para esta autora, el hombre es un todo unificado en constante relación con un entorno con el que intercambia continuamente materia y energía, y que se diferencia de los otros seres vivos por su capacidad de cambiar este entorno y hacer elecciones que le permiten desarrollar su potencial.

Los cuidados de enfermería se prestan a través de un proceso planificado que incluye la recogida de datos, el diagnóstico de enfermería, el establecimiento de objetivos a corto y largo plazo y los cuidados de enfermería más indicados para alcanzarlos.

Las acciones tienen como finalidad ayudar al individuo en la remodelación de su relación consigo mismo y su ambiente de modo que se optimice su salud.

El método utilizado por Rogers es sobre todo deductivo y lógico, y le han influido claramente la teoría de los sistemas, la de la relatividad y la teoría electrodinámica. Tiene unas ideas, muy avanzadas, y dice la enfermería requiere una nueva perspectivas del mundo y sistema del pensamiento nuevo, enfocado a la que de verdad le preocupa (El fenómeno enfermería).

1.8 Dorothea Orem. “Teoría general de la enfermería”.

La Teoría General de la Enfermería de Dorotea Orem, está compuesta por tres teorías relacionadas entre sí: Teoría del Auto cuidado, Teoría del Déficit de Autocuidado y Teoría de los Sistemas de Enfermería.

Define la salud como “el estado de la persona que se caracteriza por la firmeza o totalidad del desarrollo de las estructuras humanas y de la función física y mental”⁴, por lo que la salud es un concepto inseparable de factores físicos, psicológicos, interpersonales y sociales. Incluye la promoción y el mantenimiento de la salud, el tratamiento de la enfermedad y la prevención de complicaciones.

La intuición espontánea de Orem la condujo a su formalización inicial y subsecuente expresión inductiva de un concepto general de Enfermería.

⁴ Marriner A. (2004). Modelos y teorías de enfermería. Barcelona: Ediciones Rol. P 305.

Aquella generalización se hizo posible después de razonamientos deductivos sobre la enfermería. Si se lleva a la práctica la Teoría de Orem deben seguirse los siguientes pasos:

1. Examinar los factores, los problemas de salud y el déficit de autocuidado.
2. Realizar la recogida de datos acerca de los problemas y la valoración del conocimiento, habilidades motivación y orientación del cliente.
3. Analizar los datos para descubrir cualquier déficit de autocuidado, lo cual supondrá la base para el proceso de intervención de enfermería.
4. Diseñar y la planificar la forma de capacitar y animar al cliente para que participe activamente en las decisiones del autocuidado de su salud.
5. Poner el sistema de enfermería en acción y asumir un papel de cuidador u orientador, contando con la participación del cliente.

Las actividades de autocuidado se aprenden conforme el individuo madura y son afectados por creencias, culturales hábitos y costumbres de la familia y de la sociedad. Edad, etapa del desarrollo, y estado de salud, pueden afectar la capacidad del individuo para realizar actividades de autocuidado; por ejemplo un padre o un tutor debe brindar continuamente atención terapéutica al niño.

Para Orem, existen tres categorías de requisitos de cuidados de enfermería y son:

- 1.- Universales, los que precisan todos los individuos para preservar su funcionamiento integral como persona humana.
- 2.- De cuidados personales del Desarrollo, surgen como resultado de los procesos del desarrollo, Ej. El embarazo y la menopausia, o de estados que afectan el desarrollo humano Ej. La pérdida de un ser querido o del trabajo.
- 3.- De cuidados personales de los trastornos de salud Ej. Los que se derivan de traumatismos, incapacidad, diagnóstico y tratamiento médico e implican la necesidad de introducir cambios en el estilo de vida, hábitos. Con este modelo el cuidado es intencionado, tiene objetivos específicos, los inicia y orienta la propia persona; es eficaz y fomenta la independencia.

Para la implementación de las actividades desarrollo tres sistemas de Compensación:

- Total, requiere de que se actúe en lugar de él.
- Parcial, solo requiere ayuda en actividades terapéuticas.

- De Apoyo educativo, cuando el paciente puede aprender la forma de hacer su cuidado bajo ciertas instrucciones pero requiere ayuda emocional.

1.9 Imonege King. “Teoría del logro de metas”.

King acabó sus estudios básicos de enfermería en 1945, diplomándose en la St. John’s Hospital of Nursing, en St. Louis. En 1961 se doctoró en educación en la Universidad de Columbia en Nueva York. A lo largo de su carrera profesional ha ocupado diferentes puestos: docencia, coordinadora y enfermera. Comenzó a elaborar su teoría mientras era profesora asociada en la Universidad de Loyola. Utilizó un marco conceptual, para desarrollar un programa de Master en Enfermería. En 1971, publicó “Toward a Theory for Nursing: General concepts of Human Behavior”, donde postuló más que una teoría un marco conceptual para ella.

Unió los conceptos esenciales para la comprensión de la enfermería. Su visión del proceso de enfermería, hace especial hincapié en los procesos interpersonales. Basa su teoría en la teoría general de sistemas, las ciencias de la conducta y el razonamiento inductivo y deductivo.

La describe como un ciclo dinámico del ciclo vital. La enfermedad se considera como una interferencia en la continuidad del ciclo de la vida. Implica continuos ajustes al estrés en los ambientes internos y externos, utilizando los medios personales para conseguir una vida cotidiana optima.

Considera la Enfermería como un proceso interpersonal de acción, reacción, interacción y transacción; las imperfecciones de la enfermera y cliente, influyen en la relación. Promueve, mantiene y restaura la salud, y cuida en una enfermedad, lesión o a un cliente moribundo.

Es una profesión de servicio, que satisface a una necesidad social. Supone planificar, aplicar y evaluar los cuidados de enfermería.

Anima a la enfermera y al cliente a compartir información sobre sus percepciones (si las percepciones son acertadas, se alcanzaran las metas, se alcanzara un crecimiento y desarrollo, así como resultados de los cuidados de enfermería efectivos; Además, se producirá una transacción, si la enfermera y el cliente perciben expectativas de rol congruentes y las llevan a cabo, mientras que se producirá estrés si resulta un rol conflictivo).

1.10 Betty Neuman “Modelo de sistemas”.

Betty Neuman es una enfermera que trabajó en Salud Mental. Fue pionera en salud mental comunitaria en la década de los 60. Su teoría se publica en 1972. Inició el desarrollo de su modelo mientras era profesora de salud comunitaria en la Universidad de UCLA. California (Los Ángeles). El modelo nace como respuesta de la petición de sus alumnos de post-grado. Posteriormente se doctoró en Psicología.

El modelo de Betty Neuman, organizado alrededor de la reducción de tensión, se ocupa primordialmente de los efectos y de las reacciones ante la tensión, en el desarrollo y mantenimiento de la salud. La persona se describe como un sistema abierto que interactúa con el medio ambiente para facilitar la armonía y el equilibrio entre los ambientes interno y externo.

Refiere que la salud depende de cómo la persona tras la retroalimentación ha experimentado el significado que para él representa ó entiende su grado de bienestar o enfermedad. La conciencia que tiene sobre ello, es una fusión entre la salud y la enfermedad.

Enfermería es el facilitador que ayuda a un individuo, familia o comunidad a centrarse en su patrón específico mediante la negociación.

La intervención de enfermería tiene por objeto reducir los factores que generan tensión y las condiciones adversas que afectan o podrían afectar el funcionamiento óptimo en la situación determinada de un cliente. La intervención de enfermería se lleva a cabo mediante la prevención primaria que se realiza antes de que la persona entre en contacto con un productor de tensión.

La meta es evitar que el productor de tensión penetre en la línea normal de defensa o disminuya el grado de reacción reduciendo la posibilidad de hacer frente al productor de tensión, debilitando su fuerza.

La prevención secundaria es conveniente después de que el productor de tensión penetra la línea normal de defensa. La atención incluye la atención oportuna de casos, y la planificación y evaluaciones de las intervenciones relacionadas con los síntomas.

1.11 Sor Callista Roy. “Modelo de adaptación”.

En 1964 Roy comenzó a trabajar en su modelo basándose en el trabajo de Harry Helson en psicofísica e influenciada por la capacidad de los niños para adaptarse a los cambios más significativos.

El modelo de Roy es determinado como una teoría de sistemas con un análisis significativo de las interacciones. Contiene cinco elementos esenciales: paciente, meta de la enfermería, salud, entorno y dirección de las actividades.

Los sistemas, los mecanismos de afrontamiento y los modos de adaptación son utilizados para tratar estos elementos.

La capacidad para la adaptación depende de los estímulos a que está expuesto y su nivel de adaptación y este a la vez depende de tres clases de estímulos:

- Focales, los que enfrenta de manera inmediata.
- Contextuales, que son todos los demás estímulos presentes.
- Residuales, los que la persona ha experimentado en el pasado. Considera que las personas tienen cuatro modos o métodos de adaptación: Fisiológica, autoconcepto, desempeño de funciones, y relaciones de interdependencia.

El resultado final más conveniente es un estado en el cual las condiciones facilitan la consecución de las metas personales, incluyendo supervivencia, crecimiento, reproducción y dominio.

La intervención de enfermería implica aumento, disminución o mantenimiento de los estímulos focales, contextuales, y residuales de manera que el paciente pueda enfrentarse a ellos. Roy subraya que en su intervención, la enfermera debe estar siempre consciente de la responsabilidad activa que tiene el paciente de participar en su propia atención cuando es capaz de hacerlo.

El objetivo del modelo es facilitar la adaptación de la persona mediante el fortalecimiento de los mecanismos de afrontamiento y modos de adaptación.

El cuidado de enfermería es requerido cuando la persona gasta más energía en el afrontamiento dejando muy poca energía para el logro de las metas de supervivencia, crecimiento, reproducción y dominio. Incluye valoración, diagnóstico, establecimiento de metas, intervención y evaluación.

1.12 Marjory Gordon (Patrones Funcionales).

El sistema de valoración diseñado por Gordon en los años 70 cumple todos los requisitos necesarios para la realización de una valoración enfermera eficaz, por lo que constituye una herramienta útil para la valoración con cualquier modelo disciplinar enfermero.

Define 11 patrones de actuación relevantes para la salud de las personas, familias y comunidades. Se trata de configuraciones de comportamientos, mas o menos comunes a todos las personas, que contribuyen a u salud, calidad de vida y al logro de su potencial humano.

Patrón 1: percepción de salud.

- ✓ Pretende conocer la propia percepción de la persona sobre su situación, salud y bienestar.

Incluye:

- ✓ Estilo de vida, prácticas de promoción de salud y de prevención de riesgo.
- ✓ Prescripción médica y de enfermería.

Patrón 2: Nutricional- Metabólico.

- ✓ Pretende conocer el consumo de alimentos y líquidos de la persona en relación con sus necesidades metabólicas.

Incluye:

- ✓ Patrón individual de consumo de alimentos y líquidos (hábitos alimenticios).
- ✓ Medidas antropométricas.
- ✓ Aspectos psicológicos de la alimentación.
- ✓ Patrón de alimento 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.

Incluye:

- ✓ Patrón de eliminación intestinal.
- ✓ Patrón de eliminación vesical.
- ✓ Patrón de eliminación a través de la piel.

Patrón 4: Actividad- Ejercicio.

- ✓ Describe los patrones de actividad, ejercicio, ocio y entretenimiento.

Incluye:

- ✓ Actividades de la vida diaria.
- ✓ Cantidad y tipo de ejercicio y deporte.
- ✓ Actividades recreativas.
- ✓ Factores que interfieren en la realización de las actividades deseadas.

Patrón 5: Sueño-Descanso.

- ✓ Describe los patrones de sueño, reposo y relajación.

Incluye:

- ✓ Cantidad y calidad percibida de sueño y reposo.
- ✓ Ayudas para el sueño y el descanso.

Patrón 6: Cognitivo-Perceptivo.

- ✓ Describe los patrones sensitivos, perceptuales y cognitivos de la persona.

Incluye:

- ✓ Situación de los sentidos sensoriales.
- ✓ Utilización de sistemas de compensación o prótesis.

Patrón 7: Auto percepción-Autoconcepto.

- ✓ Describe los patrones de autoconcepto y percepción del estado de ánimo.

Incluye:

- ✓ 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 visual.
- ✓ Patrón de comunicación verbal: voz y patrón del habla.

Patrón 8: Rol-Relación.

- ✓ Describe los patrones de compromiso con el rol y las relaciones.

Incluye:

- ✓ Percepción de las responsabilidades de su rol.
- ✓ Satisfacción con la familia, el trabajo y las relaciones sociales.

Patrón 9: sexualidad- reproducción.

- ✓ Describe los patrones sexuales y reproductivos de la persona.

Incluye:

- ✓ Satisfacción con la sexualidad.
- ✓ Trastornos de la sexualidad.

- ✓ Problemas en etapa reproductiva de la mujer.
- ✓ Problemas de la menopausia.

Patrón 10: Tolerancia al estrés.

- ✓ Describe el patrón de adaptación y afrontamiento de la persona a los procesos vitales, y su efectividad, manifestada en términos de tolerancia al estrés.

Incluye:

- ✓ Capacidad de resistencia de la persona a los ataques de la integridad.
- ✓ Manejo de estrés.
- ✓ Sistema de soporte y ayuda.
- ✓ Capacidad percibida de manejar situaciones estresantes.

Patrón 11: Valores-Creencias.

- ✓ Describe el patrón de los valores de las creencias espirituales y/o religiosas que influyen en la adaptación de decisiones.

Incluye:

- ✓ Cosas percibidas como importantes en la vida.
- ✓ La percepción de la calidad de vida.
- ✓ Conflicto con los valores o creencias importantes.
- ✓ Las experiencias relacionadas con la salud.

CAPITULO II.

**2. PROCESO DE ATENCION DE
ENFERMERÍA.**

CAPITULO II

2. PROCESO DE ATENCION ENFERMERO

2.1 HISTORIA DE EL PROCESO DE ATENCIÓN ENFERMERO.

El Proceso de Atención de Enfermería tiene sus orígenes cuando, por primera vez, fue considerado como un proceso, esto ocurrió con Hall , Jhonson , Orlando y Wiedenbach , consideraron un proceso de tres etapas (valoración , planeación y ejecución) ; Yura y Walsh , establecieron cuatro (valoración, planificación, realización y evaluación) ; y Bloch , Roy , Aspinall ⁵ y algunos autores más, establecieron las cinco actuales al añadir la etapa diagnóstica.

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

- Valoración: es la primera fase del proceso de Enfermería que 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
- Diagnóstico de Enfermería. Es el juicio o conclusión que se produce como resultado de la valoración de Enfermería.
- Planificación. Se desarrollan estrategias para prevenir, minimizar o corregir los problemas, así como para promocionar la Salud.
- Ejecución. Es la realización o puesta en práctica de los cuidados programados.
- Evaluación. Comparar las repuestas de la persona, determinar si se han conseguido los objetivos establecidos

2.2 Los objetivos.

El objetivo principal del proceso de enfermería es constituir una estructura que pueda cubrir, individualizándolas, las necesidades del paciente, la familia y la comunidad. También:

- Identificar las necesidades reales y potenciales del paciente, familia y comunidad.
- Establecer planes de cuidados individuales, familiares o comunitarios.

⁵ Griffit JW, Christensen PJ.(2005). *Proceso de Atención de Enfermería. Aplicación de teorías, guías y modelos*. México: El Manual Moderno.

- Actuar para cubrir y resolver los problemas, prevenir o curar la enfermedad.

2.3 El desarrollo del Proceso de Atención de Enfermería (PAE):

Es una herramienta metodológica, que permite otorgar cuidados a las personas sanas o enfermas a través de una atención sistematizada. Como todo método, configura un número de pasos sucesivos que se relacionan entre sí y cuyo objetivo principal es constituir una estructura que pueda cubrir las necesidades individuales o grupales reales o potenciales; está compuesto de cinco etapas: valoración, diagnóstico, planeación, ejecución y evaluación.

Valoración. Consiste en la recolección, organización y validación de los datos relacionados con el estado de salud de la persona. Se realiza a través de la entrevista, observación y exploración física.

Diagnóstico de enfermería. Es un juicio clínico sobre las respuestas de la persona, familia o comunidad ante procesos vitales o problemas de salud reales o potenciales que son la base para la selección de intervenciones, y el logro de los objetivos que la enfermera responsable de la persona desea alcanzar.

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

Ejecución. Etapa en la que se pone en práctica el plan de cuidados de enfermería para lograr los resultados específicos y consta de tres fases: preparación, ejecución y documentación.

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

Hace falta una interacción entre el personal de enfermería y el paciente además de tener una serie de capacidades:

- Capacidad técnica (manejo de instrumental y aparataje).
- Capacidad intelectual (emitir planes de cuidados eficaces y con fundamento científico).
- Capacidad de relación (saber mirar, empatía y obtener el mayor número de datos para valorar).

2.4 Las ventajas:

La aplicación del Proceso de Enfermería tiene repercusiones sobre la profesión, el cliente y sobre la enfermera; profesionalmente, el proceso enfermero define el campo del ejercicio profesional y contiene las normas de calidad; el cliente es beneficiado, ya que mediante este proceso se garantiza la calidad de los cuidados de enfermería; para el profesional enfermero se produce un aumento de la satisfacción, así como de la profesionalidad.

2.4.1 Para el paciente son:

- Participación en su propio cuidado.
- Continuidad en la atención.
- Mejora la calidad de la atención.

2.4.2 Para la enfermera:

- Se convierte en experta.
- Satisfacción en el trabajo.
- Crecimiento profesional.

2.5 Las características:

- Tiene una finalidad: Se dirige a un objetivo.
- Es sistemático: Implica partir de un planteamiento organizado para alcanzar un objetivo.
- Es dinámico: Responde a un cambio continuo.
- Es interactivo: Basado en las relaciones recíprocas que se establecen entre la enfermera y el paciente, su familia y los demás profesionales de la salud.
- Es flexible: Se puede adaptar al ejercicio de la enfermería en cualquier lugar o área especializada que trate con individuos, grupos o comunidades. Sus fases pueden utilizarse sucesiva o conjuntamente.
- Tiene una base teórica: El proceso ha sido concebido a partir de numerosos conocimientos que incluyen ciencias y humanidades, y se puede aplicar a cualquier modelo teórico de enfermería.

2.6 Valoración:

Es la primera fase proceso de enfermería, pudiéndose definir como el proceso organizado y sistemático de recogida y recopilación de datos sobre el estado de salud del paciente a través de diversas fuentes: éstas incluyen al paciente como fuente primaria, al expediente clínico, a la familia o a cualquier otra persona que dé atención al paciente. Las fuentes secundarias pueden ser revistas profesionales, los textos de referencia.

Muchas enfermeras recogen principalmente datos fisiológicos para que los utilicen otros profesionales e ignoran el resto de los procesos vitales que implican consideraciones psicológicas, socioculturales, de desarrollo y espirituales. Desde un punto de vista holístico es necesario que la enfermera conozca los patrones de interacción de las cinco áreas para identificar las capacidades y limitaciones de la persona y ayudarle a alcanzar un nivel óptimo de Salud. Ignorar cualquiera de los procesos vitales puede acarrear la frustración y el fracaso de todos los implicados.

Las enfermeras y enfermeros deben poseer unos requisitos previos para realizar una adecuada valoración del cliente, estos requisitos previos son:

- Las convicciones del profesional: conforman la actitud y las motivaciones del profesional, lo que piensa, siente y cree sobre la enfermería, el hombre, la salud, la enfermedad, etc. Estas convicciones se consideran constantes durante el proceso.
- Los conocimientos profesionales: deben tener una base de conocimientos sólida, que permita hacer una valoración del estado de salud integral del individuo, la familia y la comunidad. Los conocimientos deben abarcar también la resolución de problemas, análisis y toma de decisiones.
- Habilidades: en la valoración se adquieren con la utilización de métodos y procedimientos que hacen posible la toma de datos.
- Comunicarse de forma eficaz. Implica el conocer la teoría de la comunicación y del aprendizaje.
- Observar sistemáticamente. Implica la utilización de formularios o guías que identifican los tipos específicos de datos que necesitan recogerse.
- Diferenciar entre signos e inferencias y confirmar las impresiones. Un signo es un hecho que uno percibe a través de uso de los sentidos y una inferencia es el juicio o interpretación de esos signos. Las enfermeras a menudo hacen inferencias extraídas con pocos o ningún signo que las apoyen, pudiendo dar como resultado cuidados de Enfermería inadecuados.

Es primordial seguir un orden en la valoración, de forma que, en la práctica, la enfermera adquiera un hábito que se traduzca en no olvidar ningún dato, obteniendo la máxima información en el tiempo disponible de la consulta de Enfermería. La sistemática a seguir puede basarse en distintos criterios:

- Criterios de valoración siguiendo un orden de "céfalo- caudal"⁶: sigue el orden de valoración de los diferentes órganos del cuerpo humano, comenzando por el aspecto general desde la cabeza hasta las extremidades, dejando para el final la espalda, de forma sistemática.
- Criterios de valoración por "sistemas y aparatos"⁷: se valora el aspecto general y las constantes vitales, y a continuación cada sistema o aparato de forma independiente, comenzando por las zonas más afectadas.
- Criterios de valoración por "patrones Funcionales de Salud": la recogida de datos pone de manifiesto los hábitos y costumbres del individuo/familia determinando el funcionamiento positivo, alterado o en situación de riesgo con respecto al estado de Salud.

Esta etapa cuenta con una valoración inicial, donde deberemos de buscar:

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

En las valoraciones posteriores, tenemos que tener en cuenta:

- Confirmar los problemas de salud que hemos detectado.
- Análisis y comparación del progreso o retroceso del paciente.
- Determinación de la continuidad del plan de cuidados establecido.
- Obtención de nuevos datos que nos informen del estado de salud del paciente.

En la recogida de datos necesitamos:

- Conocimientos científicos (anatomía, fisiología, etc.) y básicos (capacidad de la enfermera de tomar decisiones).
- Habilidades técnicas e interprofesionales (relación con otras personas).
- Convicciones (ideas, creencias, etc.)
- Capacidad creadora.

⁶ Leddy, Susan. Pepper J. Mae. (2003) .Bases Conceptuales de la Enfermería Profesional. Organización Panamericana de la salud. New York. P 381

⁷ Leddy, Susan. Pepper J. Mae. (2003) .Bases Conceptuales de la Enfermería Profesional. Organización Panamericana de la salud. New York. P 381

- Sentido común.
- Flexibilidad.

2.6.1 Tipos de datos a recoger:

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

Nos interesa saber las características personales, capacidades ordinarias en las actividades, naturaleza de los problemas, estado actual de las capacidades.

2.6.2 Los tipos de datos:

- **Datos subjetivos:** No se pueden medir y son propios de paciente lo que la persona dice que siente o percibe. Solamente el afectado los describe y verifica. (sentimientos).
- **Datos objetivos:** se pueden medir por cualquier escala o instrumento (cifras de la tensión arterial).
- **Datos históricos - antecedentes:** Son aquellos hechos que han ocurrido anteriormente y comprenden hospitalizaciones previas, enfermedades crónicas o patrones y pautas de comportamiento (eliminación, adaptaciones pasadas, etc.). Nos ayudan a referenciar los hechos en el tiempo. (hospitalizaciones previas).
- **Datos actuales:** son datos sobre el problema de salud actual.

2.6.3 Métodos para obtener datos:

2.6.4 Entrevista clínica:

Es la técnica indispensable en la valoración, ya que gracias a ella obtenemos el mayor número de datos.

Existen dos tipos de entrevista, ésta puede ser formal o informal. La entrevista formal consiste en una comunicación con un propósito específico, en la cual la enfermera realiza la historia del paciente.

El aspecto informal de la entrevista es la conversación entre enfermera y paciente durante el curso de los cuidados.

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

- Obtener información específica y necesaria para el diagnóstico enfermero y la planificación de los cuidados.
- Facilitar la relación enfermera/paciente.
- Permitir al paciente informarse y participar en la identificación de sus problemas Y en el planteamiento de sus objetivos Y también.
- Ayudar a la enfermera a determinar que otras áreas requieren un análisis específico a lo largo de la valoración.

La entrevista consta de tres partes: Iniciación, cuerpo y cierre.

- **Iniciación:** Se comienza por una fase de aproximación y se centra en la creación de un ambiente favorable, en donde se desarrolla una relación interpersonal positiva.
- **Cuerpo:** La finalidad de la conversación en esta parte se centra en la obtención de la información necesaria. Comienza a partir del motivo de la consulta o queja principal del paciente y se amplía a otras áreas como historial médico, información sobre la familia y datos sobre cuestiones culturales o religiosas. Existen formatos estructurados o semiestructurados para la recogida sistematizada y lógica de la información pertinente sobre el paciente.
- **Cierre:** Es la fase final de la entrevista No se deben introducir temas nuevos. Es importante resumir los datos más significativos. También constituye la base para establecer las primeras pautas de planificación.

La entrevista clínica tiene que ser comprendida desde dos ámbitos:

- Un ámbito interpersonal en el que dos o más individuos se ponen en contacto y se comunican;
- Otro ámbito de la entrevista es el de una habilidad técnica.

La entrevista puede verse interrumpida por los ruidos, entendiéndose por esto no solamente los ruidos audibles sino también, la imagen global que ofrece el centro sanitario. Éstas pueden ser controladas por el entrevistador en la mayoría de los casos. Tres tipos de interferencias:

- **Interferencia cognitiva:** Consisten en que el problema del paciente no es percibido o comprendido por el entrevistador.
- **Interferencia emocional:** Es frecuente, consiste en una reacción emocional adversa del paciente o del entrevistador. Los estados emocionales extremos como ansiedad, depresión, miedo a una enfermedad grave o a lo desconocido, dolor o malestar. Por parte del profesional, agresividad, excesiva valoración de sí mismos, excesiva proyección sobre los pacientes e incluso de responsabilización de las obligaciones, (Borrell)⁸,
- **Interferencia social:** En este caso las diferencias sociales conllevan en el profesional una menor conexión emocional a una menor implicación, y a prestar menor información al paciente.

Las técnicas verbales son:

- El interrogatorio permite obtener información, aclarar respuestas y verificar datos.
- La reflexión o reformulación, consiste en repetir o expresar de otra forma lo que se ha comprendido de la respuesta del paciente, permite confirmar y profundizar en la información.
- Las frases adicionales, estimula la continuidad del proceso verbal de la entrevista.
- Las técnicas no verbales: Facilitan o aumentan la comunicación mientras se desarrolla la entrevista, estos componentes no verbales son capaces de transmitir un mensaje con mayor efectividad incluso que las palabras habladas, las más usuales son:
 - Expresiones faciales,
 - La forma de estar y la posición corporal,
 - Los gestos.

Para finalizar la entrevista y siguiendo a Briggs, J. y Gazda G.M.⁹ concretaremos las cualidades que debe tener un entrevistador: empatía, calidez, concreción, y respeto.

- **Empatía:** Entendemos por empatía la capacidad de comprender (percibir) correctamente lo que experimenta nuestro interlocutor, Cibanal. Pero Borrell, nos aporta que no basta con comprender al cliente, si no es capaz de transmitirle esa comprensión. La empatía pues consta de dos momentos, uno en el que el entrevistador es capaz de interiorizar la situación emocional del cliente, Y otro en el que le da a entender que la comprende.

⁸ [Http:// ctoenfermería.com](http://cto enfermería.com)

⁹ Prieto Ramírez. D.(2002) La salud como valor social. Cuaderno de Bioética. España. edit. interamericana.

- **Calidez:** Es la proximidad afectiva entre el paciente y el entrevistador. Se expresa solo a nivel no verbal
- **Respeto:** Es la capacidad del entrevistador para transmitir al paciente que su problema le atañe, y que se preocupa por él preservando su forma de pensar, sus valores ideológicos y éticos Borrell¹⁰. En palabras de Cibanal¹¹, implica el aprecio de la dignidad y valor del paciente y el reconocimiento como persona.
- **Concreción:** Es la capacidad del entrevistador para delimitar los objetivos mutuos Y compartidos de la entrevista, Borrell.

Cibanal¹² nos aporta una quinta característica del entrevistador: La autenticidad, ésta supone que «uno es él mismo cuando lo que dice está acorde con sus sentimientos».

2.6.5 La observación:

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

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

2.6.6 La exploración física:

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

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

- **Inspección:** es el examen visual cuidadoso y global del paciente, para determinar estados o respuestas normales o anormales. Se centra en las características físicas o los

¹⁰ Ética y Enfermería. (2010) .Disponible en: http://usuarios.lycos.es/cepreional3/c_etica_enfermeria.htm.

¹¹ Ferreiro C(2009). Consideraciones sobre la ética y perfil profesional. Cuaderno de Bioética.

¹² <Http://www.usuario.multimania.es/jelello/curso%Metodologia%20Cuidados/NOC.pdf> BIBLIOGRAFIA NOC.

comportamientos específicos (tamaño, forma, posición, situación anatómica, color, textura, aspecto, movimiento y simetría).

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

Una vez descritas las técnicas de exploración física pasemos a ver las diferentes formas de abordar un examen físico: 1) céfalo-caudal, 2) por sistemas/aparatos corporales y 3) por patrones funcionales de salud:

1. Desde la cabeza a los pies: Este enfoque comienza por la cabeza y termina de forma sistemática Y simétrica hacia abajo, a lo largo del cuerpo hasta llegar a los pies.
2. Por sistemas corporales o aparatos, nos ayudan a especificar que sistemas precisan más atención.
3. Por patrones funcionales de salud, permite la recogida ordenada para centrarnos en áreas funcionales concretas.

La información física del paciente que se obtiene es idéntica en cualquiera de los métodos que utilicemos.

2.6.7 Validación de datos:

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

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

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

Organización de los datos:

Es el cuarto paso en la recogida de datos, en esta etapa se trata de agrupar la información, de forma tal que nos ayude en la identificación de problemas, el modo más habitual de organizar los datos es por necesidades humanas Maslow¹³, o por patrones funcionales Gordon¹⁴, etc. La información ya ha sido recogida y validada, ahora los datos se organizan mediante categorías de información. Estas categorías ya las hemos visto en el apartado de examen físico y como habíamos apuntado, para el establecimiento de la agrupación, se debe elegir la que más se adapte al modelo desarrollado en cada centro asistencial, etc.

Los componentes de la valoración del paciente que hemos seleccionado como necesarios hoy en día son:

- Datos de identificación.
- Datos culturales y socioeconómicos.
- Historia de salud: Diagnósticos médicos, problemas de salud; resultados de pruebas diagnósticas y los tratamiento prescritos.
- Valoración física
- Patrones funcionales de salud.

La valoración mediante patrones funcionales (funcionamiento) se realiza en términos mensurables y no abstractos (necesidades), en este sentido los patrones funcionales de salud facilitan la valoración, aunque no por ello hay que entender que la valoración de los patrones funcionales es opuesta a la valoración de necesidades; antes al contrario, se complementan, Tomás Vidal en 1994¹⁵.

Aquí aportaremos que los diagnósticos de enfermería nos ayudan en la tarea de fundamentar los problemas detectados en las necesidades humanas, esto es, nos confirmarán la carencia de las necesidades básicas. Este tipo de fundamentación debería ser estudiado profundamente.

¹³ Leddy, Susan. Pepper J. Mae. (2003) .Bases Conceptuales de la Enfermería Profesional. Organización Panamericana de la salud. New York. P 381

¹⁴ [Http://www. Teorías de enfermería Nursing.kanger.com/nepep](http://www.Teorías de enfermería Nursing.kanger.com/nepep)

¹⁵ [Http://www. Teorías de enfermería Nursing.kanger.com/nepep](http://www. Teorías de enfermería Nursing.kanger.com/nepep)

2.6.8 Documentación y registro de la valoración:

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

- Constituye un sistema de comunicación entre los profesionales del equipo sanitario.
- Facilita la calidad de los cuidados al poder compararse con unas normas de calidad.
- Permite una evaluación para la gestión de los servicios enfermeros, incluida la gestión de la calidad.
- Prueba de carácter legal
- Permite la investigación en enfermería
- Permite la formación pregrado y postgrado

Las normas que Iyer¹⁶, establece para la correcta anotación de registros en la documentación son:

A) Deben estar escritos de forma objetiva, sin prejuicios, juicios de valor u opiniones personales, también hay que anotar (entre comillas), la información subjetiva que aporta el paciente, los familiares y el equipo sanitario.

B) Las descripciones e interpretaciones de los datos objetivos se deben apoyar en pruebas y observaciones concretas.

C) Se deben evitar las generalizaciones y los términos vagos como, normal, regular, etc.

D) Los hallazgos deben describirse de manera meticulosa, forma, tamaño, etc.

E) La anotación debe ser clara y concisa.

F) Se escribirá de forma legible y con tinta indeleble. Trazar una línea sobre los errores.

G) Las anotaciones serán correctas ortográfica y gramaticalmente. Se usarán solo las abreviaturas de uso común.

¹⁶ [Http:// ctoenfermería.com](http://ctoenfermería.com)

2.7 Diagnóstico:

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

Diagnóstico de enfermería real se refiere a una situación que existe en el momento actual. Problema potencial se refiere a una situación que puede ocasionar dificultad en el futuro.

Un diagnóstico de enfermería no es sinónimo de uno médico.

Si las funciones de Enfermería tienen tres dimensiones, dependiente, interdependiente e independiente, según el nivel de decisión que corresponde a la enfermera, surgirán problemas o necesidades en la persona que competirán a un campo u otro de actuación:

- La dimensión dependiente de la práctica de la enfermera incluye aquellos problemas que son responsabilidad directa del médico que es quien designa las intervenciones que deben realizar las enfermeras. La responsabilidad de la enfermera es administrar el tratamiento médico prescrito.
- La dimensión interdependiente de la enfermera, se refiere a aquellos problemas o situaciones cuya prescripción y tratamiento colaboran las enfermeras y otros profesionales de la Salud. Estos problemas se describirán como problemas colaborativo o interdependiente, y son complicaciones fisiológicas que las enfermeras controlan para detectar su inicio o su evolución y colaboran con los otros profesionales para un tratamiento conjunto definitivo
- Dimensión independiente de la enfermera, es toda aquella acción que es reconocida legalmente como responsabilidad de Enfermería, y que no requiere la supervisión o dirección de otros profesionales. Son los Diagnósticos de Enfermería. (D.E.)

Los pasos de esta fase son:

1.- Identificación de problemas:

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

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

2.7.1 Componentes de los categorías diagnósticos aceptadas por la NANDA¹⁷:

Hay que considerar la importancia de los beneficios específicos de una taxonomía diagnóstica en los distintos ámbitos del quehacer profesional. La Asociación Española de Enfermería Docente (AEED) en 1993, elaboró un documento en el que especificaba estos beneficios:

- **Investigación:** Para poder investigar sobre los problemas de Salud que los profesionales de enfermería estamos capacitados para tratar, es necesario que los mismos estén bien definidos y universalizados, a fin de que los resultados de las investigaciones, puedan ser comprendidos y aplicados por otros enfermeros. Es evidente que esto no es posible llevarlo a cabo sin disponer de un lenguaje común previo que aúne los criterios y facilite la comunicación e intercambio de datos.

En este momento los Diagnósticos enfermeros pueden contribuir a la consolidación de la disciplina en Enfermería mediante líneas de investigación dirigidas a:

- Determinar la compatibilidad de una taxonomía con cada uno de los modelos conceptuales.
 - Validar en distintos ámbitos culturales las características definitorias y los factores relacionados de los Diagnósticos de Enfermería aceptados.
 - Comparar la eficacia de las diversas intervenciones propuestas ante un mismo Diagnóstico.
 - Realizar el análisis epidemiológico de los diagnósticos que presenta una población determinada
 - Identificar nuevas áreas de competencia en Enfermería, o completar las ya identificadas, mediante el desarrollo y validación de nuevos Diagnósticos.
- **Docencia:** la inclusión de los Diagnósticos de Enfermería en el curriculum básico debe iniciarse y continuarse de forma coherente, y prolongarse de forma progresiva a lo largo de todo el curriculum permite:

¹⁷ Ugalde Apalategui. M (2011). Diagnósticos de Enfermería. Taxonomía NANDA. Traducción, revisión y comentarios. Madrid: Masson.

- Organizar de manera lógica, coherente Y ordenada los conocimientos de Enfermería que deberían poseer los alumnos
 - Disponer de un lenguaje compartido con otros profesionales, con los enfermeros docentes y con los propios alumnos, lo cual facilita enormemente la transmisión de ideas y conceptos relacionados con los cuidados.
- **Asistencial:** El uso de los Diagnósticos en la práctica asistencial favorece la organización y profesionalización de las actividades de enfermería, al permitir:
 - Identificar las respuestas de las personas ante distintas situaciones de Salud
 - Centrar los cuidados brindados en las respuestas humanas identificadas a través de una valoración propia
 - Aumentar la efectividad de los cuidados al prescribir actuaciones de Enfermería específicas orientadas a la resolución o control de los problemas identificados.
 - Organizar, definir y desarrollar la dimensión propia del ejercicio profesional
 - Delimitar la responsabilidad profesional, lo que como beneficio secundario crea la necesidad de planificar y registrar las actividades realizadas.
 - Diferenciar la aportación enfermera a los cuidados de Salud de las hechas por otros profesionales.
 - Unificar los criterios de actuación ante los problemas o situaciones que están dentro de nuestra área de competencia.
 - Mejorar y facilitar la comunicación inter e interdisciplinar.
- **Gestión:** Algunas de las ventajas que comportan la utilización de los Diagnósticos de Enfermería en este ámbito son:
 - Ayudar a determinar los tiempos medios requeridos, Y por tanto, las cargas de trabajo de cada unidad o centro, al facilitar la organización y sistematización de las actividades de cuidados.
 - Permitir, como consecuencia, una mejor distribución de los recursos humanos y materiales.
 - Favorece la definición de los puestos de trabajo, ya que ésta podría incluir la habilidad para identificar y tratar los Diagnósticos de Enfermería que se dan con mayor frecuencia.
 - Posibilitar la determinación de los costes reales de los servicios de Enfermería, y consecuentemente, los costes reales de los cuidados brindados al usuario.
 - Facilitar el establecimiento de criterios de evaluación de la calidad de los servicios de Enfermería brindados en un centro o institución.

- Identificar las necesidades de formación para grupos profesionales específicos.

Los componentes de las categorías diagnósticas, aceptadas por la NANDA para la formulación y descripción diagnóstica, en 1990 novena conferencia se aceptaron 90 categorías diagnósticas. Cada categoría diagnóstica tiene 4 componentes:

1. **Etiqueta descriptiva o título:** ofrece una descripción concisa del problema (real o potencial). Es una frase o término que representa un patrón.
2. **Definición:** expresa un significado claro y preciso de la categoría y la diferencia de todas las demás.
3. **Características definitorias:** Cada diagnóstico tiene un título y una definición específica, ésta es la que nos da el significado propiamente del diagnóstico, el título es solo sugerente.
4. Las características que definen los diagnósticos reales son los signos y síntomas principales siempre presentes en el 80-100% de los casos. Otros signos y síntomas, que se han calificado como secundarios están presentes en el 50-79% de los casos, pero no se consideran evidencias necesarias del problema.
5. **Factores etiológicos y contribuyentes o factores de riesgo:** Se organizan entorno a los factores fisiopatológicos, relacionados con el tratamiento, la situación y la maduración, que pueden influir en el estado de salud o contribuir al desarrollo del problema. Los diagnósticos de enfermería de alto riesgo incluyen en su enunciado los factores de riesgo, por ejemplo es:
 - F. Fisiopatológicos (biológico y psicológicos): shock, anorexia nerviosa
 - F. de Tratamiento (terapias, pruebas diagnósticas, medicación, diálisis, etc.)
 - De medio ambiente como, estar en un centro de cuidados crónicos, residuos tóxicos, etc.
 - Personales, como encontrarnos en el proceso de muerte, divorcio, etc.
 - F. de Maduración: paternidad/maternidad, adolescencia, etc.

2.8 Tipos de diagnósticos:

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

- **Real:** representa un estado que ha sido clínicamente validado mediante características definitorias principales identificables. Tiene cuatro componentes: enunciado, definición

características que lo definen y factores relacionados. El enunciado debe ser descriptivo de la definición del Diagnóstico y las características que lo definen Gordon¹⁸. El término "real" no forma parte del enunciado en un Diagnóstico de Enfermería real. Consta de tres partes, formato PES: problema (P) + etiología, factores causales o contribuyentes (E) + signos/síntomas (S). Estos últimos son los que validan el Diagnóstico.

- **Alto Riesgo:** es un juicio clínico de que un individuo, familia o comunidad son más vulnerables a desarrollar el problema que otros en situación igual o similar. Para respaldar un Diagnóstico potencial se emplean los factores de riesgo. La descripción concisa del estado de Salud alterado de la persona va precedido por el término "alto riesgo". Consta de dos componentes, formato PE: problema (P) + etiología/factores contribuyentes (E).
- **Posible:** son enunciados que describen un problema sospechado para el que se necesitan datos adicionales. La enfermera debe confirmar o excluir. Consta de dos componentes, formato PE: problema (P) + etiología/factores contribuyentes (E).
- **De bienestar:** juicio clínico respecto a una persona, grupo o comunidad en transición desde un nivel específico de bienestar hacia un nivel más elevado. Deben estar presentes dos hechos: deseo de un nivel mayor de bienestar y estado o función actual eficaces. Son enunciados de una parte, conteniendo sólo la denominación. No contienen factores relacionados.

Lo inherente a estos Diagnósticos es un usuario o grupo que comprenda que se puede lograr un nivel funcional más elevado si se desea o si se es capaz. La enfermera puede inferir esta capacidad basándose en los deseos expresos de la persona o del grupo por la Educación para la Salud.

Podemos añadir un quinto tipo:

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

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

¹⁸ M. Gordon, K. Avant, H. Herdman, L. Hoskins, M. Lavin, S. Sparks. NANDA Nursing Diagnoses: Definitions & Classification 2009-2011. Ed Harcourt, S.A

- Unir la primera parte (P) con la segunda (E) utilizando " relacionado con" mejor que "debido a" o "causado por". No quiere significar necesariamente que hay una relación causa-efecto directa.
- La primera parte del Diagnóstico identifica la respuesta de la persona, y no una actividad de Enfermería.
- Redactar en términos convenientes y aconsejables desde el punto de vista legal
- Escribir el Diagnóstico sin emitir juicios de valor, sino basarse en datos objetivos y subjetivos que se hayan recogido y validado con el usuario.
- Evitar invertir el orden de las partes del Diagnóstico, puede llevar a un enunciado confuso.
- No mencionar signos y síntomas en la primera parte del Diagnóstico.
- No indique el Diagnóstico de Enfermería como si fuera un Diagnóstico médico.
- No escriba un Diagnóstico de Enfermería que repita una orden médica.
- No rebautice un problema médico para convertirlo en un Diagnóstico de Enfermería.
- No indique dos problemas al mismo tiempo, dificulta la formulación de los objetivos.

2.9 Planificación de los cuidados de enfermería:

Una vez hemos concluido la valoración e identificado las complicaciones potenciales (problemas interdependientes) y los diagnósticos enfermeros, se procede a la fase de planeación de los cuidados o tratamiento enfermero. En esta fase se trata de establecer y llevar a cabo unos cuidados de enfermería, que conduzcan al cliente a prevenir, reducir o eliminar los problemas detectados. La fase de planeación del proceso de enfermería incluye cuatro etapas, Carpenito ¹⁹ e Iyer²⁰.

2.9.1 Etapas en el plan de cuidados.

- Establecer prioridades en los cuidados. Selección. Todos los problemas y/o necesidades que pueden presentar una familia y una comunidad raras veces pueden ser abordados al mismo tiempo, por falta de disponibilidad de la enfermera, de la familia, posibilidades reales de intervención, falta de recursos económicos, materiales y humanos. Por tanto, se trata de ordenar jerárquicamente los problemas detectados.
- Planteamiento de los objetivos del cliente con resultados esperados. Esto es, determinar los criterios de resultado. Describir los resultados esperados, tanto por parte de los individuos y/o de la familia como por parte de los profesionales.

¹⁹ Carpenito L. Diagnósticos de Enfermería. Aplicación a la práctica clínica. La Habana: Editorial Científico-Técnica;.(Ed. Revolucionaria). 2010.

²⁰ [Http:// ctoenfermería.com](http://ctoenfermería.com)

Son necesarios porque proporcionan la guía común para el equipo de Enfermería, de tal manera que todas las acciones van dirigidas a la meta propuesta. Igualmente formular objetivos permite evaluar la evolución del usuario así como los cuidados proporcionados.

Deben formularse en términos de conductas observables o cambios mensurables, realistas y tener en cuenta los recursos disponibles. En el trato con grupos familiares hay que tener en cuenta que el principal sistema de apoyo es la familia, sus motivaciones, sus conocimientos y capacidades así como los recursos de la comunidad. Se deben fijar a corto y largo plazo.

Por último es importante que los objetivos se decidan y se planteen de acuerdo con la familia y/o la comunidad, que se establezca un compromiso de forma que se sientan implicadas ambas partes, profesional y familia/comunidad.

- Elaboración de las actuaciones de enfermería, esto es, determinar los objetivos de enfermería (criterios de proceso). Determinación de actividades, las acciones especificadas en el plan de cuidados corresponden a las tareas concretas que la enfermera y/o familia realizan para hacer realidad los objetivos. Estas acciones se consideran instrucciones u órdenes enfermeras que han de llevar a la práctica todo el personal que tiene responsabilidad en el cuidado del paciente. Las actividades propuestas se registran en el impreso correspondiente y deben especificar: qué hay que hacer, cuándo hay que hacerlo, cómo hay que hacerlo, dónde hay que hacerlo y quién ha de hacerlo.

Para un Diagnóstico de Enfermería real, las actuaciones van dirigidas a reducir o eliminar los factores concurrentes o el Diagnóstico, promover un mayor nivel de bienestar, monitorizar la situación.

Para un Diagnóstico de Enfermería de alto riesgo las intervenciones tratan de reducir o eliminar los factores de riesgo, prevenir la presentación del problema, monitorizar su inicio.

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

- Documentación y registro.

2.9.2 Determinación de prioridades:

Es un paso en la fase de planeación en la que se debe priorizar, qué problemas serán los que se incluyan en el plan de cuidados y por tanto tratados, éstos deben consensuarse con el cliente, de tal forma que la no realización de este requisito puede conducirnos a errores y a pérdidas de tiempo, por el contrario su uso nos facilitará aun más la relación terapéutica.

Se trata de establecer las necesidades que son prioritarias para el paciente. Creemos que es de interés indicar aquí, que bajo una concepción holístico-humanista, la insatisfacción de las necesidades básicas provoca la enfermedad, Maslow ²¹, esta carencia coloca a la persona en un estado de supervivencia, a pesar de ello y en determinadas ocasiones de libre elección, la persona prefiere satisfacer unas necesidades, privándose de otras.

Es obvio añadir que son problemas prioritarios las situaciones de emergencia, como problemas de carácter bio-fisiológico, con excepción de la urgencia en los procesos de morir.

Por lo tanto daremos preferencia a aquellos diagnósticos de enfermería y complicaciones potenciales, referidos a las necesidades que el paciente da prioridad consensuadamente con la enfermera/o. En realidad las actividades que la enfermería desarrolla con y para las personas tienen suma importancia dentro del campo asistencial y del desarrollo humano, ya que les ayuda a detectar, reconocer y potenciar sus propios recursos, esto es satisfacer sus necesidades humanas, Maslow ²², favorece en gran medida la recuperación de la enfermedad.

Queremos hacer hincapié en la importancia que tienen las acciones de promoción de la salud enfocadas desde el cambio de estilo de vida, actividades que son exclusivamente responsabilidad de la enfermería y que aún no se han asumido.

2.9.3 Planteamiento de los objetivos:

Una vez que hemos priorizado los problemas que vamos a tratar, debemos definir los objetivos que nos proponemos con respecto a cada problema, teniendo presente que los objetivos sirven para:

- Dirigir los cuidados.
- Identificar los resultados esperados.
- Medir la eficacia de las actuaciones.

²¹ B. Kozier, G. Erb (2004). Enfermería Fundamental. Conceptos, procesos y práctica. Madrid, Ed Mac Graw Hill-Interamericana.

²² B. Kozier, G. Erb (2004). Enfermería Fundamental. Conceptos, procesos y práctica. Madrid, Ed Mac Graw Hill-Interamericana.

Lo que se pretende con los objetivos de las actuaciones enfermeras es establecer qué se quiere conseguir, cómo, cuándo y cuánto.

Existen dos tipos de objetivos:

- Objetivos de enfermería o criterios de proceso.
- Objetivos del paciente/cliente o criterios de resultado.

Normas generales para la descripción de objetivos.

- Escribir los objetivos en términos que sean observables y puedan medirse.
- Describir los objetivos en forma de resultados o logros a alcanzar, y no como acciones de enfermería.
- Elaborar objetivos cortos.
- Hacer específicos los objetivos.
- Cada objetivo se deriva de sólo un diagnóstico de enfermería.
- Señalar un tiempo específico para realizar cada objetivo.

Objetivos de enfermería:

Estos objetivos dirigen las actuaciones enfermeras hacia tres grandes áreas para ayudar al paciente:

- A encontrar sus puntos fuertes, esto es, sus recursos de adaptación adecuados para potenciarlos.
- A buscar nuevos sistemas y recursos de adaptación.
- A conocer su estilo de vida y ayudarle a modificarlo, si no fuera competente para el cambio, bien por una disminución de los recursos propios o por una inadecuación de los mismos.

Los objetivos de enfermería no se suelen escribir en el plan de cuidados, a excepción de que sea para los alumnos, en cualquier caso deben responder a preguntas sobre: capacidades limitaciones y recursos del individuo que se pueden fomentar, disminuir/aumentar o dirigir.

Es interesante la consideración de Brunner y Suddarth,²³ en la que nos dice que «la identificación de las actuaciones apropiadas y los objetivos afines dependen de que la enfermera reconozca los

²³ . [Http://enfermeros.jimdo.com/que-es-la-enfermeria/proceso-de-atencion/PAE](http://enfermeros.jimdo.com/que-es-la-enfermeria/proceso-de-atencion/PAE).

puntos fuertes del paciente y sus familiares; de su comprensión de los cambios fisiopatológicos que sufre el enfermo y de su sensibilidad a la respuesta emocional, psicológica e intelectual del sujeto a la enfermedad.» Esta consideración nos aporta la idea de comprensión de lo que la persona hace, piensa y siente con respecto a él mismo, a la enfermedad, al medio que le rodea, etc., esto es, reconocer y comprender sus sistemas de vida y sus recursos.

Los objetivos de enfermería se describen en el tiempo a:

- **Objetivos a corto plazo:** Son los resultados que pueden lograrse de modo favorable y rápido, en cuestión de horas o días. Estos son adecuados especialmente para establecer la atención inmediata en situaciones de urgencia cuando los pacientes son inestables y los resultados a largo plazo son inciertos.
- **Medio plazo:** para un tiempo intermedio, estos objetivos son también intermedios, de tal forma que, podamos utilizarlos para reconocer los logros del paciente y mantener la motivación.
- **Objetivos a largo plazo:** Son los resultados que requieren de un tiempo largo. Existen dos tipos:
 - Uno, abarca un período prolongado y requiere de acciones continuas de enfermería, que median directamente entre el objetivo y su logro.
 - Otro, se obtiene mejor a través de una secuencia de objetivos a corto plazo. Este segundo tipo no requiere de la acción directa de enfermería, dado que las acciones de enfermería acompañan a los objetivos a corto plazo.

Objetivos del cliente/paciente:

Al describir los objetivos debemos entender que estamos prefijando los resultados esperados, esto es, los cambios que se esperan en su situación, después de haber recibido los cuidados de enfermería como tratamiento de los problemas detectados y responsabilidad de la enfermera/o. Los objetivos del cliente se anotan en términos de lo que se espera que haga el cliente, esto es, como conductas esperadas.

Las principales características de los objetivos del cliente son tres:

- Deben ser alcanzables, esto es, asequibles para conseguirlos.
- Deben ser medibles, así se describen con verbos mensurables del tipo de, afirmar, hacer una disminución, hacer un aumento, toser, caminar, beber, etc.

- Deben ser específicas en cuanto a contenido (hacer, experimentar o aprender) y a sus modificadores (quién, cómo, cuándo, donde, etc.). Así, al verbo se le añaden las preferencias e individualidades, Ejemplo: el paciente caminará (verbo) por el jardín (dónde) después de comer (cuándo) durante 15 minutos (cuánto).

Los contenidos se describen como verbos y como ya hemos dicho que sean mensurables. En cuanto a los objetivos cuyo contenido es el área de aprendizaje quisiéramos aportar los ámbitos que B. Bloom ²⁴ hace del aprendizaje, referidos como objetivos de la educación.

- **Cognoscitivos:** estos objetivos se fundamentan en la memoria o reproducción de algo adquirido mediante el aprendizaje, así como objetivos que precisan actividad de carácter intelectual (determinación de problemas, reestructuración), Los objetivos abarcan desde un mero repaso a la alta originalidad.
- **Afectivos:** son objetivos que hacen hincapié en la tensión sentimental, una emoción o cierto grado de simpatía o repulsa. Oscilan entre una simple atención a la toma de conciencia de gran complejidad. Son objetivos que describen intereses, actitudes, concepciones, valores y tendencias emotivas,
- **Psicomotores:** estos objetivos se proponen el desarrollo muscular o motor, ciertas manipulaciones de materias u objetos, o actos que precisan coordinación neuromuscular, Son habilidades.

La lectura de Bloom nos ayuda a conocer y adquirir habilidad para describir de una manera correcta los objetivos en el área del aprendizaje.

Actuaciones de enfermería:

Las actuaciones enfermeras son aquellas intervenciones específicas que van dirigidas a ayudar al paciente al logro de los resultados esperados. Para ello se elaborarán acciones focalizadas hacia las causas de los problemas, es decir, las actividades de ayuda deben ir encaminadas a eliminar los factores que contribuyen al problema Iyer²⁵.

El paciente y los familiares deben participar, siempre que sea posible, en las decisiones relativas a las intervenciones enfermeras encaminadas al logro de los objetivos para identificar las intervenciones es aconsejable conocer los puntos fuertes y débiles del paciente y sus familiares, como se explicó anteriormente.

²⁴ [Http://www.usuario.multimania.es/jelollo/curso%20Metodologia%20Cuidados/NOC.pdf](http://www.usuario.multimania.es/jelollo/curso%20Metodologia%20Cuidados/NOC.pdf) BIBLIOGRAFIA NOC.

²⁵ Iyer PW, Taptich BJ.(2000). Proceso y Diagnósticos de Enfermería. 4 ed. México. McGraw-Hill; Interamericana.

Del modelo bifocal de los diagnósticos de enfermería, podríamos decir que se desprende la responsabilidad del tratamiento tanto, de los diagnósticos enfermeros como de las complicaciones fisiológicas, para ello, el modelo establece dos tipos de prescripciones: enfermera y médica:

- **Prescripciones enfermeras:** Son aquellas en que la enfermera puede prescribir independiente para que el personal de enfermería ejecute la prescripción. Estas prescripciones tratan y controlan los diagnósticos enfermeros.
- **Prescripciones médicas:** Son actuaciones prescritas por el médico, representan tratamientos de problemas interdisciplinarios que la enfermera inicia y maneja

La enfermera/o toma decisiones independientes tanto en los diagnósticos de enfermería como en los problemas interdisciplinarios.

En la elaboración de actividades han de tenerse presente los recursos materiales, desde la estructura física del servicio hasta su equipamiento; también hay que tener en cuenta, los recursos humanos, en la cantidad y la cualificación de los distintos estamentos que van a intervenir con nosotros; también influyen los recursos financieros.

Vamos a ver ahora el tipo de actividades de enfermería, Iyer²⁶.

- **Dependientes:** Son las actividades relacionadas con la puesta en práctica de las actuaciones médicas. Señalan la manera en que se ha de llevar a cabo una actuación médica
- **Interdependientes:** Son aquellas actividades que la enfermera lleva a cabo junto a otros miembros del equipo de salud. Estas actuaciones pueden implicar la colaboración de asistentes sociales, expertos en nutrición, fisioterapeutas médicos, etc.
- **Independientes:** Son aquellas actividades de la enfermería dirigidas hacia las respuestas humanas que está legalmente autorizada a atender, gracias a su formación y experiencia práctica Son actividades que no requieren la orden previa de un médico.

Las características de las actuaciones de enfermería son, según Iyer²⁷, las que siguen:

- Serán coherentes con el plan de cuidados, es decir, no estarán en desacuerdo con otros planes terapéuticos de otros miembros del equipo.

²⁶ Iyer PW, Taptich BJ. (2000). Proceso y Diagnósticos de Enfermería. 4 ed. McGraw-Hill; Interamericana.

²⁷ Iyer PW, Taptich BJ. (2000). Proceso y Diagnósticos de Enfermería. 4 ed. McGraw-Hill; Interamericana.

- Estarán basadas en principios científicos. Recordemos los paradigmas de salud sobre los que se basa contemporáneamente la enfermería, empírico-analítico, hermenéutico-interpretativo y socio-crítico, éstos fundamentan las decisiones y actuaciones enfermeras.
- Serán individualizados para cada situación en concreto. Los cuidados de un paciente difieren de los de otro, aunque tengan diagnósticos enfermeros y médicos iguales o similares.
- Se emplearán para proporcionar un medio seguro y terapéutico.
- Van acompañadas de un componente de enseñanza y aprendizaje.
- Comprenderán la utilización de los recursos apropiados.

Desde un punto de vista funcional la enfermería planifica actuaciones en las diferentes áreas de la salud, la enfermedad y el desarrollo humano:

- Promoción de la salud.
- Prevenir las enfermedades ,
- Restablecer la salud
- Rehabilitación.
- Acompañamiento en los estados agónicos.

A este tipo de actividades hay que añadir las actividades de estudio, diagnóstico y tratamiento de la enfermedad delegadas por la medicina, por ejemplo realización de pruebas diagnósticas, aplicación de fármacos, etc.

Las acciones más habituales de la planificación de los cuidados de enfermería integrales, en torno a los diferentes tipos de diagnóstico enfermero y a los problemas interdependientes son:

El diagnóstico enfermero real:

- Reducir o eliminar factores contribuyentes.
- Promover mayor nivel de bienestar.
- Controlar el estado de salud.

Para el diagnóstico enfermero de alto riesgo:

- Reducir o eliminar los factores de riesgo,
- Prevenir que se produzca el problema.
- Controlar el inicio de problemas.

Para el diagnóstico enfermero posible:

- Recoger datos adicionales que ayuden a confirmar o excluir un diagnóstico.

Para el diagnóstico enfermero de bienestar:

- Enseñar conductas que ayuden a conseguir mayor nivel de bienestar.

Para problemas interdependientes:

- Controlar los cambios de estado del paciente.
- Manejar los cambios de estado de salud.
- Iniciar las actuaciones prescritas por la enfermera V el médico.

La determinación de las actuaciones de enfermería que son necesarias para resolver o disminuir el problema, requiere de un método. Los pasos a seguir son los que siguen:

- Definir el problema (diagnóstico).
- Identificar las acciones alternativas posibles.
- Seleccionar las alternativas factibles.

El segundo paso de este método consiste en desarrollar todas las soluciones o alternativas posibles. El éxito de las actuaciones de enfermería dependerá de la capacidad del profesional para elegir actividades y posteriormente desarrollar las más adecuadas para obtener los resultados esperados, solución del problema/diagnóstico posibles.

Veremos de manera resumida y genérica las acciones de enfermería que encontramos en un plan de cuidados:

- Realizar valoraciones de enfermería para identificar nuevos problema/diagnósticos de enfermería
- Realizar la educación para la salud del paciente para capacitarle en conocimientos, actitudes y habilidades.
- Aconsejar acerca de las decisiones de sus propios cuidados.
- Consulta y remisión a otros profesionales.
- Realización de acciones terapéuticas específicas de enfermería
- Ayudar a los pacientes a realizar las actividades por si mismos.

Y también, la determinación de actividades de enfermería para los problemas interdependientes, según Carpenito²⁸ es:

- Realizar valoraciones frecuentes para controlar al paciente y detectar complicaciones.
- Remitir la situación al profesional adecuado cuando existan signos y síntomas de complicaciones potenciales, y
- Ejecutar las actividades interdependiente de enfermería prescritas por el médico (por ejemplo: lavado de sonda nasogástrica cada 2 horas con suero fisiológico).

Las directrices específicas para los cuidados de enfermería se denominan órdenes de enfermería y se componen de los siguientes elementos, según Iyer²⁹:

- La fecha.
- El verbo, con los calificativos que indiquen claramente la actuación.
- Especificación de quién (sujeto).
- Descripción de qué, dónde, cuándo, cómo y cuánto
- Las modificaciones a un tratamiento estándar
- La firma

Para terminar este apartado, digamos que, las actuaciones de enfermería son aquellas actividades que necesariamente deben hacerse, para obtener los resultados esperados, y deben definirse para cada diagnóstico de enfermería y problema interdependiente.

Documentación en el plan de cuidados de enfermería:

La última etapa del plan de cuidados es el registro ordenado de los diagnósticos, resultados esperados y actuaciones de enfermería ello se obtiene mediante una documentación.

El plan de cuidados de enfermería, según Griffith-Kenney y Christensen³⁰, "es un instrumento para documentar y comunicar la situación del paciente/cliente, los resultados que se esperan, las estrategias, indicaciones, intervenciones y la evaluación de todo ello". Las finalidades de los planes de cuidados están dirigidas a fomentar unos cuidados de calidad, mediante:

- Los cuidados individualizados,
- La continuidad de los cuidados,

²⁸ Carpenito L.J (2010). Diagnósticos de Enfermería. Aplicación a la práctica clínica. La Habana: Editorial Científico-Técnica; Ed.(Revolucionaria).

²⁹ Iyer PW, Taptich BJ. (2000) Proceso y Diagnósticos de Enfermería. 4ra ed.McGraw-Hill; Interamericana.

³⁰ Carpenito L.J(2010) Diagnósticos de Enfermería. Aplicación a la práctica clínica. La Habana: Editorial Científico-Técnica;.(Ed. Revolucionaria).

- La comunicación, y
- La evaluación, Bower³¹.

Para la actualización de los planes de cuidados hay que tener en cuenta que todos los elementos de los planes de cuidados son dinámicos, por lo que se precisa de una actualización diaria de los diagnósticos, resultados esperados y las actuaciones, que ya no tengan validez deben ser eliminados.

2.9.4 Partes que componen los planes de cuidados:

Los planes de cuidados deben tener los siguientes registros documentales:

- Diagnósticos de enfermería/problemas interdependientes.
- Objetivos del cliente para el alta a largo plazo (criterios de resultado)
- Ordenes de enfermería (actividades).
- Evaluación (informe de evolución).

Hunt³² desarrolló tres documentos para recoger toda la información necesaria para enfermería:

- Hoja de admisión que recoge la información de la valoración.
- Documento donde se registra: Los problemas del paciente, los objetivos del plan de cuidados y las acciones de enfermería.
- Documento de evaluación

De una manera u otra, en la actualidad, todos los planes de cuidados utilizan estos documentos.

2.9.5 Tipos de planes de cuidados:

Tipos de planes de cuidados: individualizados, estandarizados, estandarizados con modificaciones y computarizados.

- **Individualizado:** Permiten documentar los problemas del paciente, los objetivos del plan de cuidados y las acciones de enfermería para un paciente concreto se tarda más tiempo en elaborar.

³¹Wilkows C.Hermans. (2006).Principios generales del proceso de atención de enfermería .editorial McGrawhill. La habana.
³²J.C. McCloskey, G.M. Bulechek, Editors. Clasificación de intervenciones de Enfermería. Tercera edición. Ed. Harcourt, S.A.

- **Estandarizado:** Según Mayers³³, «un plan de cuidados estandarizado es un protocolo específico de cuidados, apropiado para aquellos pacientes que padecen los problemas normales o previsibles relacionados con el diagnóstico concreto o una enfermedad»
- **Estandarizado con modificaciones:** Este tipo de planes permiten la individualización, al dejar abiertas opciones en los problemas del paciente, los objetivos del plan de cuidados y las acciones de enfermería.
- **Computarizado:** Requieren la informatización previa de los diferentes tipos de planes de cuidados estandarizados, son útiles si permiten la individualización a un paciente concreto.

Kahl 1991³⁴ nos indican que con la informatización de los servicios de salud, la documentación tiende a disminuir. Veamos cuales son los objetivos de la informatización de los planes de cuidados, mediante la revisión de autores que hace Serrano Sastre, M.R.³⁵, recoge de autores como Hannah 1988³⁶, Hoy³⁷, Kahl 1991³⁸ y otros, los objetivos para informatizar los planes de cuidados de enfermería, y estos son:

- Registrar la información de manera rápida, clara y concisa
- Recabar la información precisa sobre el estado de salud, que permite una óptima planificación de los cuidados, su revisión y la mejora del plan,
- Facilitar la continuidad de los cuidados, tanto en el hospital como la comunicación con otros servicios de salud.
- Evitar la repetición de los datos.
- Facilitar datos a la investigación y a la educación.
- Posibilitar el cálculo del coste-beneficio del servicio hospitalario.

Los beneficios que se obtienen tras la informatización de la documentación enfermera son según Kahl³⁹:

- Eliminación del papeleo.
- Los planes de cuidados mantienen su flexibilidad y son personalizados.
- Los datos incluidos son más relevantes y más exactos.

³³ [Http:// www.doyma.es.com](http://www.doyma.es.com)

³⁴ M. Johnson, M. Maas, S. Moorhead, Editors. Clasificación de Resultados de Enfermería. Segunda edición. Ed. Harcourt, S.A.

³⁵ Universidad Nacional de Colombia. Facultad de enfermería. Dimensiones del Cuidado. Unibiblos. Bogotá. 1998.

³⁶ <http://www.r-e-a-l.org/subredes-condetica>.

³⁷ B. Kozier, G. Erb, (2004). Enfermería. Conceptos, procesos y práctica. Madrid, Ed Mac Graw Hill-Interamericana, .

³⁸ M. Johnson, M. Maas, S. Moorhead, Editors. Clasificación de Resultados de Enfermería. Segunda edición. Ed. Harcourt, S.A.

³⁹ M. Johnson, M. Maas, S. Moorhead, Editors. Clasificación de Resultados de Enfermería. Segunda edición. Ed. Harcourt, S.A.

2.10 Ejecución:

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

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

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

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

2.11 Evaluación:

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

Los dos criterios más importantes que valora la enfermería, en este sentido, son: la eficacia y la efectividad de las actuaciones, Griffith y Christensen⁴⁰.

El proceso de evaluación consta de dos partes:

- Recogida de datos sobre el estado de salud/problema/diagnóstico que queremos evaluar.

⁴⁰ J. Hernández Conessa, M. Esteban Albert(2005) .Enfermería, Teoría y Método. Madrid, Ed Mac Graw Hill- Interamericana.

- Comparación con los resultados esperados y un juicio sobre la evolución del paciente hacia la consecución de los resultados esperados.

La evaluación es un proceso que requiere de la valoración de los distintos aspectos del estado de salud del paciente. Las distintas áreas sobre las que se evalúan los resultados esperados (criterios de resultado), son según Iyer las siguientes áreas:

1.- Aspecto general y funcionamiento del cuerpo:

- Observación directa, examen físico.
- Examen de la historia clínica

2.- Señales y Síntomas específicos

- Observación directa
- Entrevista con el paciente.
- Examen de la historia

3.- Conocimientos:

- Entrevista con el paciente
- Cuestionarios (test),

4.- Capacidad psicomotora (habilidades).

- Observación directa durante la realización de la actividad

5.- Estado emocional:

- Observación directa, mediante lenguaje corporal y expresión verbal de emociones.
- Información dada por el resto del personal

6.- Situación espiritual (modelo holístico de la salud) :

- Entrevista con el paciente.
- información dada por el resto del personal

Las valoraciones de la fase de evaluación de los cuidados enfermeros, deben ser interpretadas, con el fin de poder establecer conclusiones, que nos sirvan para plantear correcciones en las áreas estudio, veamos las tres posibles conclusiones (resultados esperados), a las que podremos llegar:

- El paciente ha alcanzado el resultado esperado.
- El paciente está en proceso de lograr el resultado esperado, nos puede conducir a plantearse otras actividades.
- El paciente no ha alcanzado el resultado esperado y no parece que lo vaya a conseguir. En este caso podemos realizar una nueva revisión del problema, de los resultados esperados, de las actividades llevadas a cabo.

De forma resumida y siguiendo a M, Caballero⁴¹ la evaluación se compone de:

- Medir los cambios del paciente/cliente.
- En relación a los objetivos marcados.
- Como resultado de la intervención enfermera
- Con el fin de establecer correcciones.

La evaluación se lleva a cabo sobre las etapas del plan, la intervención enfermera y sobre el producto final.

A la hora de registrar la evaluación se deben evitar los términos ambiguos como «igual», «poco apetito», etc., es de mayor utilidad indicar lo que dijo, hizo y sintió el paciente. La documentación necesaria se encontrará en la historia clínica,

Una característica a tener en cuenta en la evaluación es, que ésta es continua, así podemos detectar como va evolucionando el cliente y realizar ajustes o introducir modificaciones para que la atención resulte más efectiva.

2.12 TAXONOMIA NIC, NOC NANDA

NIC⁴²: Es un instrumento en el cual se encuentra una clasificación normalizada y completa de las intervenciones que realizan los profesionales en enfermería.

La Clasificación de Intervenciones de Enfermería (NIC) es una clasificación normalizada de intervención que realizan los profesionales de enfermería.

⁴¹ Griffit JW, Christensen PJ.(2005). Proceso de Atención de Enfermería. Aplicación de teorías, guías y modelos. México: El Manual Moderno.

⁴² M. Johnson, G. Bulechek, J. McCloskey Dochterman, M. Maas, S. Moorhead, Editors. Diagnósticos enfermeros, resultados e intervenciones. Interrelación NANDA, NOC, NIC. Ed Harcourt, S.A. 2009-2011.

Intervención de enfermería: todo tratamiento basado en el conocimiento y juicio clínico que realiza un profesional de enfermería para favorecer el resultado esperado del paciente.

Incluye intervenciones:

- Directas: tratamiento realizado a través de la interacción con el paciente.
- Indirectas: tratamiento realizado lejos del paciente pero en su beneficio.

Todas las intervenciones están dirigidas a la persona, familia y comunidad.

Las intervenciones incluyen:

La esfera fisiológica

- Tratamiento de enfermedades
- Prevención de enfermedades
- Fomento a la salud

NOC: La traducción de la sigla NOC, es CRE (Clasificación de los Resultados de Enfermería).

La NOC es una sigla definida como "estado del cliente después de una intervención de enfermería por Johnson y Maas⁴³.

Los resultados estandarizados fueron desarrollados para medir los efectos de las intervenciones de cuidados se utilizan en todos los ajustes y con todas las poblaciones del cliente. Por lo que pueden medir estado del cliente con varios acontecimientos de la salud extendidos demasiado los períodos del cuidado.

Hay siete dominios del NOC, que describen la respuesta deseada del cliente: La salud funcional, salud psicosocial, conocimiento de la salud y comportamiento, percepción de salud, salud de la familia, y salud de la comunidad.

⁴³ M. Johnson, G. Bulechek, J. McCloskey Dochterman, M. Maas, S. Moorhead, Editors. Diagnosticos enfermeros, resultados e intervenciones. Interrelacion NANDA, NOC, NIC. Ed Harcourt, S.A.2009-2011.

NANDA.

En 1973 surge un grupo de enfermeras integrado por teóricas, docentes, gestoras y asistentes quienes responden al reto de identificar categorías de problemas que deberían considerarse diagnósticos de enfermería del cual nace la N.A.N.D.A. (Asociación Norte Americana de los diagnósticos de enfermería)⁴⁴.

Es el Juicio clínico sobre las respuestas humanas de una persona, familia o comunidad a problemas de salud reales y de riesgo, en donde la enfermera es responsable de su predicción, prevención y tratamiento.

Los diagnósticos están dentro del ámbito independiente de la práctica profesional ya que se refieren a situaciones que la enfermera identifica, valida y trata independientemente, siendo ella la responsable del logro del resultado deseado; por lo tanto únicamente en los diagnósticos enfermeros deben utilizarse las categorías diagnósticas de la N.A.N.D.A.

El diagnóstico es el paso final del proceso de valoración o la segunda fase.

Es un enunciado del problema real o en potencia del paciente que requiera de la intervención de enfermería con el objeto de resolverlo o disminuirlo.

En esta etapa se va a exponer el proceso mediante el cual estaremos en condiciones de establecer un problema clínico y de formularlo para su posterior tratamiento, bien sea diagnóstico enfermero o problema interdependiente.

El diagnóstico se lleva a cabo a través de los siguientes pasos:

Identificación de problemas de salud reales y potenciales que constituyen la base del plan de cuidados. También hay que identificar los recursos que son esenciales para desarrollar un plan de cuidados eficiente.

- Identificación de las causas de dificultad.
- Identificación de los signos y síntomas específicos.

Formulación de diagnósticos de enfermería y problemas dependientes e interdependientes.

⁴⁴ M. Johnson, G. Bulechek, J. McCloskey Dochterman, M. Maas, S. Moorhead, Editors. Diagnosticos enfermeros, resultados e intervenciones. Interrelacion NANDA, NOC, NIC. Ed Harcourt, S.A.2009- 2011.

Tipos de diagnósticos.

Antes de indicar la forma de enunciar los diagnósticos establezcamos que tipos de diagnósticos hay. La NANDA (2009)⁴⁵ reconoce dos tipos de diagnósticos:

Real: Representa un estado que ha sido clínicamente validado mediante características definitorias principales identificables.

Tiene tres componentes: enunciado, definición características que lo definen y factores relacionados.

Problema (P) + Etiología (E) + Signos y Síntomas (S)

Potencial o de riesgo: Es un juicio clínico que un individuo, familia o comunidad son más vulnerables a desarrollar el problema que otros en situación igual o similar.

Para respaldar un diagnóstico potencial se emplean los factores de riesgo.

Consta de dos componentes, formato PE:

Problema (P) + etiología/factores contribuyentes (E). En caso que la clasificación de la NANDA no enuncie el problema en términos de riesgo, la descripción concisa del estado de salud de la persona va precedido por el término "Riesgo".

Construcción del Diagnóstico de Enfermería.

Identifique las respuestas humanas que puede presentar la persona ante un problema de salud, proceso vital o manejo terapéutico; pueden ser de tipo fisiológico, de percepción, de sentimientos y de conductas ejemplo: Protección inefectiva

- Referirse a la segunda parte de la Taxonomía II de Diagnósticos
- Enfermeros: Definiciones y clasificación NANDA.
- Situarse en el esquema de dominios y clases.

Seleccione él o los **dominios** correspondientes a la función vital o en riesgo potencial. Ejemplo: dominio No. 11 Seguridad/protección.

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

⁴⁵M. Johnson, G. Bulechek, J. McCloskey Dochterman, M. Maas, S. Moorhead, Editors. Diagnosticos enfermeros, resultados e intervenciones. Interrelacion NANDA, NOC, NIC. Ed Harcourt, S.A. 2009.

Seleccione la **etiqueta diagnóstica** que corresponda. Ejemplo:

- **Dominio 11** seguridad/protección.
- **Clase 2** Lesión física.
- Etiqueta Diagnóstica (ED)----- Protección inefectiva.
- **Código 000043.**

Nota: Los códigos son utilizados en planes de cuidados de enfermería manejados con programas de informática.

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

Nota: La taxonomía está construida de forma multi-axial (siete ejes), el elemento principal determina la respuesta humana en donde se clasifica. Ejemplo

Protección inefectiva. En donde **protección** corresponde al eje 1 concepto diagnóstico e **inefectiva** corresponde al eje 3 Juicio. Por lo cual se buscará alfabéticamente en la “**P**” de Protección y no en la “**I**” de inefectiva.

Cuando localice la etiqueta diagnóstica encontrará lo siguiente:

Etiqueta Diagnóstica (ED)----- Protección inefectiva

- Año en la que fue aceptada la etiqueta diagnóstica en la NANDA
- Nivel de evidencia (NDE)
- Número de código. Ejemplo: 000043.

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

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

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

La construcción lógica de un **diagnóstico real** es: Etiqueta

- Diagnóstica (ED), Factor Relacionado (FR) y Características
- Definitivas (CD).
- La construcción lógica de un **diagnóstico de riesgo** es: Etiqueta

- Diagnóstica (ED) y Factor de Riesgo (FR).

La construcción lógica de un **diagnóstico de salud o bienestar** es:

- Etiqueta Diagnóstica (ED) y Características Definitivas (CD).

Los conectores **relacionados con** (R/C) y **manifestado por** (M/P) son empleados para darle construcción semántica a la oración del diagnóstico. Ejemplo: Protección inefectiva R/C proceso infeccioso pulmonar M/P fiebre, aumento de leucocitos y esputo purulento.

Tanto los factores relacionados y las características definitivas serán seleccionados según la prioridad correspondiente al plan de cuidados de enfermería que se está elaborando

Nota: Todos los diagnósticos de riesgo tienen como característica principal que las etiquetas diagnósticas inician con **riesgo de** y los diagnósticos de salud inician con **disposición para**.

Selección de Resultados.

Los resultados representan los estados, conductas o percepciones del individuo, familia o comunidad ante la intervención del profesional de enfermería. Para su selección utilizar la Clasificación de Resultados de Enfermería (NOC).

La búsqueda del resultado esperado se puede realizar de cuatro formas:

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

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

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

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

- **Resultado y código.** Ejemplo: Severidad de la infección, código 0703
- **Dominio y clase** (no aplican para este lineamiento)
- **Escala.** Cada resultado debe tener implícita la escala de medición a utilizar; aunque se puede dar el caso que los resultados utilicen la misma escala de medición. Ejemplo:

Severidad de la infección, su escala de medición es: grave 1, sustancial 2, moderado 3, leve 4, ninguno 5. (Existen trece tipos de escala tipo likert)

Destinatario de los cuidados y fuente de datos (no aplican para este lineamiento).

Definición. Sirve como referente para interpretar el resultado (no aplica para este lineamiento)

Puntuación diana del resultado. Es un primer puntaje basado en la valoración clínica previa a la intervención de enfermería (**mantener a:**) y un segundo puntaje hipotético basado en lo esperado posterior a la intervención de enfermería (**aumentar a:**).

Nota: Ambos puntajes solo pueden ser determinados en la atención individualizada a la persona, familia o comunidad expresada en los registros clínicos de enfermería.

Seleccione los **indicadores**. Unidades medibles derivadas de la respuesta humana y serán seleccionados con base a las características definitorias del diagnóstico o factor relacionado.

Ejemplo: esputo purulento, fiebre y aumento de leucocitos.

Nota: Algunos indicadores dependiendo del estado de salud de la persona podrán no aparecer en la lista de indicadores propuestos por la NOC por lo que es recomendable incluirlos, sustentándolos con un nivel de evidencia científica.

Selección de intervenciones de enfermería.

Las intervenciones de enfermería son los tratamientos basados en el criterio y el conocimiento clínico que realiza un profesional de enfermería para mejorar los resultados de la persona, familia o comunidad.

La selección de las intervenciones se realizará con base en la **Clasificación de Intervenciones de Enfermería NIC**.

Se puede realizar de tres formas:

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

La estructura de este lineamiento emplea la selección de intervenciones por Relación NIC-NANDA

Buscar por orden alfabético la etiqueta diagnóstica en las **Intervenciones de la NIC relacionadas con los diagnósticos de la NANDA** en la 4ª. parte del libro, en donde encontrará:

- Etiqueta diagnóstica. Ejemplo: Protección inefectiva
- Definición de la etiqueta diagnóstica

- Intervenciones de enfermería sugeridas u opcionales adicionales para la resolución del problema.

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

Ejemplo: administración de medicamentos I.V., protección contra las infecciones.

- Busque las intervenciones seleccionadas por orden alfabético ubicadas en la clasificación.
- Una vez identificada seleccionar las actividades de enfermería acordes a la infraestructura, recursos y competencia profesional.
- Para llevar a cabo las actividades planeadas es importante considerar la aceptación del paciente.

Nota: Si se considera alguna intervención o actividad no incluida en la Clasificación de Intervenciones de Enfermería se podrá registrar en el plan de cuidados de enfermería siempre y cuando tengan nivel de evidencia clínica.

CAPITULO III.

3. DISEÑO DE INVESTIGACIÓN.

CAPITULO III

3. DISEÑO DE INVESTIGACIÓN

3.1 Justificación.

El motivo de realizar esta investigación es porque nos hemos dado cuenta que el personal de enfermería aun no logra integrar de manera prioritaria las necesidades del paciente, ya que la formulación de los diagnósticos de enfermería es un cambio total para brindar un cuidado holístico hacia el paciente a pesar de que ya han recibido capacitación periódicamente, no se da cuenta que al realizarlo podrá tener las herramientas para ofrecer cuidados oportunos además que estos serán de calidad y de calidez de esta manera cubrirá las necesidades del paciente, familia y comunidad.

Es por ello la importancia de contar con el conocimiento de cómo llevar a cabo cada una de las etapas del proceso enfermero para poder identificar y analizar de manera eficaz cada una de las necesidades del paciente, y así manejar un vinculo enfermera – paciente, el cual fomenta el desarrollo en el personal de enfermería y una mejor atención individualizada del paciente

3.2. Planteamiento del problema.

El proceso atención enfermero es un método sistémico y organizado para administrar cuidados de enfermería individuales e integrales, familiares y de comunidad, el cual consta de cinco etapas: valoración, diagnostica, planeación, ejecución y evaluación, pero el personal de enfermería del Hospital Juárez de México aun no logra en su totalidad dar un enfoque de cambio hacia el cuidado holístico del paciente integrando sus conocimientos y habilidades para brindar un cuidado de calidad con calidez cubriendo cada una de sus necesidades y así favorecer a su recuperación, por ello es que se realiza la siguiente investigación:

¿Conocimiento del personal de enfermería sobre la formulación correcta de los diagnósticos de enfermería con la interacción NANDA NOC-NIC en el Hospital Juárez de México en el servicio de pediatría, medicina interna sur y oncología hospitalización?

3.3 Objetivos:

3.3.1 General.

Conocer cuál es el nivel de conocimientos del personal de enfermería sobre la formulación de los diagnósticos de enfermería con la interacción NANDA NOC-NIC en el hospital Juárez de México en el servicio de medicina sur, pediatría y oncología.

3.3.1 Específicos.

- Lograr que el personal de enfermería se dé cuenta de la importancia de realizar correctamente los diagnósticos de enfermería.
- Concientizar al personal sobre la importancia de registrar en la hoja de enfermería de manera correcta los diagnósticos.
- Fomentar al personal de enfermería para que tenga un mayor desarrollo intelectual.

3.4 Hipótesis.

Si el personal de enfermería posee mayor conocimientos sobre la formulación correcta de los diagnósticos de enfermería entonces será más fácil para ella proporcionar un cuidado integral al paciente.

3.5 Variables.

3.5.1 Dependiente.

- Enfermera
- Conocimientos del proceso enfermero
- Diagnósticos de enfermería

3.5.2 Independiente.

- Cuidado integral
- Mejor atención
- Formulación correcta

3.5.3 Operacionalización de las variables.

Variable	Concepto.	Dimensiones	Indicadores.
Enfermera	Es una persona que cuida de la salud y el bienestar de la población que tiene a su cargo de forma holística.	Es aquella profesional de la salud que se encarga del cuidado holístico así como de la respuesta humana ofreciendo una atención oportuna en beneficio de la salud del usuario.	<ul style="list-style-type: none"> • Responsabilidad • Habilidad • Líder • Sabiduría • Conocimiento
Conocimientos del proceso enfermero	Es aquello que se debe poseer como profesional de la salud.	Son aquellos que a lo largo de su formación tiene que estarse actualizando y debe de ir aprendiendo.	<ul style="list-style-type: none"> • Organizada • Sistematizada • Destreza • Factibilidad • Profesional
Diagnósticos de enfermería	Proporcionan la base para la elección de las intervenciones enfermeras destinadas a lograr los objetivos que la enfermera establece.	Es la segunda etapa del proceso enfermero que permite gerarquizar las necesidades del usuario.	<ul style="list-style-type: none"> • Favorable para el paciente • Cubrir sus necesidades
Cuidado integral	Es el que ofrece el profesional de la salud que permite el usuario mejore su estado de salud o que no se deteriore	Es aquel que la enfermera ofrece para la recuperación o mejore su estado de salud.	<ul style="list-style-type: none"> • Salud • Recuperación • Mejoría

Mejor atención	Es la calidad que se ofrece en cada intervención de enfermería y el cuidado sea oportuno.	Es cuidado que se ofrece oportunamente en beneficio de la salud del usuario.	<ul style="list-style-type: none"> • Recuperación • Salud • Oportuno • Intervención
Formulación correcta	En una visión global social, resulta totalmente coherente la existencia de los niveles de atención.	Es la realización adecuada y coherente para la resolución de un problema.	<ul style="list-style-type: none"> • Resultado • Coherencia • Visión

3.6 DISEÑO METODOLÓGICO.

3.6.1 Tipo de estudio.

Este estudio descriptivo-cuantitativo-transversal.

- Ya que solo cuenta con una población, la cual se pretende describir en función de un grupo de variables.
- Solo se va utilizar información de tipo cuantitativa mediante un instrumento, con el propósito de recoger, procesar y analizar características que se dan en personas de un grupo determinado.
- La investigación es de tipo transversal, ya que se llevara a cabo de enero a julio del 2012.

3.6.2 Universo.

El personal de enfermería del Hospital Juárez de México que realice los diagnósticos de enfermería además que estén trabajando como operativas en el turno matutino y vespertino en el presente año.

3.6.3 Muestra.

Con 50 enfermeras del servicio de pediatría, medicina sur y oncología hospitalización del turno matutino y vespertino del Hospital Juárez de México.

3.6.4 Tipo de muestra.

No probabilístico, por conveniencia debido a que se seleccionaron a las enfermeras de medicina interna sur, pediatría y oncología del turno matutino y vespertino.

3.6.5 Fórmula para cálculo de muestra.

Donde:

$$n = \frac{Z^2 p q N^2}{N E^2 Z^2 p q}$$

N = es el tamaño de la población.

n = es el tamaño de la muestra.

Z = es el nivel de confianza.

p = es la variabilidad positiva.

q = es la variabilidad negativa.

E = es la precisión o error.

3.6.6 Intervalo de confianza.

0.95%

Valor de P

0.05%

3.6.7 Criterios.

- **Inclusión:** enfermeras que se encuentren presente en el servicio el día que se aplique el instrumento y que lo contenten.
- **No inclusión:** aquellas enfermeras que estén de vacaciones o días de descanso.
- **Exclusión:** aquellas enfermeras que sean de otros servicio y se las veladas.

3.6.8 Sujeto de estudio.

Personal operativo que realicen diagnósticos de enfermería a los pacientes que se encuentran hospitalizados en el servicio de medicina norte y sur en el turno matutino y vespertino del Hospital Juárez de México.

3.6.9 Muestra y muestreo.

Se empleará el método de muestreo probabilístico aleatorio y sistemático. El tamaño de la muestra será para poblaciones finitas con intervalo de confianza.

3.6.10 Modo de recolección.

Por medio de un cuestionario de diez preguntas de opción múltiple, en donde pretendo recolectar información en base a las variables tanto dependiente como independiente.

Procedimiento:

Primera Etapa: Diseño del Instrumento

Se llevo a cabo la elaboración el instrumento con un total de 15 preguntas cerradas dirigidas a enfermeras mediante la cual nos va a permitir conocer el nivel de conocimiento sobre la realización correcta de los diagnósticos de enfermería en el servicio de Medicina Interna sur, pediatría y oncología del turno matutino y vespertino del Hospital Juárez México.

Segunda Etapa: Aplicación de la Prueba Piloto

Con previa autorización de la jefa de servicio se aplicaron 5 instrumentos a las enfermeras del servicio de ginecología del turno matutino arrojando múltiples respuestas.

Tercera Etapa: Aplicación del Instrumento

Se realizaron modificaciones en el instrumento corrigiendo errores de captura; también se modificaron algunas preguntas para que fueran más claras para las enfermeras. Se encuestaron a 50 enfermeras del servicio de Medicina Interna norte y sur con previa autorización de la jefa del servicio.

Cuarta Etapa: Tabulación y Análisis de Datos

Después de la aplicación del instrumento en el servicio de Medicina Interna norte y sur se realizara una sabana en donde se vaciara la información obtenida por medio de paloteo se llevara a cabo la interpretación de los datos de acuerdo a los resultados obtenidos en la cuestionario para posteriormente ejecutar los cuadros y las graficas correspondientes, en el programa Excel, los cuales llevaran titulo y fuente.

3.7 Consideraciones Éticas.

En el ámbito de salud pública, la confidencialidad constituye uno de los elementos más importantes desde el punto de vista de la ética profesional en enfermería, entendida como una forma de "secreto confiado", mediante el cual el profesional está obligado a mantener silencio sobre todo aquello que conozca sobre una persona como resultado de su actividad profesional.

Este deber obliga a la enfermera, y a toda persona que, por su profesión (médicos, auxiliares, técnicos sanitarios u otros especialistas) o situación (administrativos, celadores, estudiantes) tenga conocimiento de materias objeto de secreto.

Este respeto y confianza mutuos posibilitan la comunicación de los propios secretos con la garantía de no ser desvelados. Por otra parte la obligación del secreto coexiste con la obligación de desvelarlo, cuando no hay otra forma de evitar daño al individuo y/o a la sociedad

Principios y virtudes de la práctica de enfermería.

La enfermería profesional hizo suyos los tradicionales principios de la ética médica no dañar y hacer el bien y a ellos añadió los de fidelidad y veracidad.

El primero es sinónimo de amor, respeto y compromiso. Ello significa ser fiel a los intereses de los pacientes que se atienden por encima de cualquier otro interés, siempre que no interfieran con los derechos de otros.

Fidelidad al paciente, entendida como el cumplimiento de las obligaciones y compromisos contraídos con el paciente sujeto a su cuidado, entre las cuales se encuentra el guardar el secreto profesional.

Por su parte, en el Código del Concilio Internacional de Enfermeras, se expresa en los conceptos éticos aplicados a la enfermería, que:

- Son cuatro los aspectos que reviste la responsabilidad de la enfermera: mantener y restaurar la salud, evitar las enfermedades y aliviar el sufrimiento.
- La necesidad de los cuidados de enfermería es universal. El respeto por la vida, la dignidad y los derechos del ser humano son condiciones esenciales de la enfermería. No se hará distinción alguna fundada en consideraciones de nacionalidad, raza, religión, edad, sexo, opinión política o condición social.
- La enfermera asegura los servicios de salud al individuo, a la familia y a la comunidad y coordina sus actividades con otros grupos de profesionales de la salud.

- La enfermera mantendrá reserva sobre la información personal, que reciba y utilizará la mayor discreción para compartirla con otras personas en caso necesario.

En relación con la obligación de guardar secreto sobre todo aquello que conozcamos del paciente fruto de la relación profesional, no cabe duda de que las condiciones en que se desarrolla en nuestros días la práctica profesional, en grandes centros sanitarios, donde es corriente la informatización de los datos, ayudan poco a la confidencialidad. Mantener el secreto es difícil, pero no imposible. Por ello se requiere un esfuerzo adicional en este sentido.

En nuestros días el desarrollo de la comunicación, los archivos, el trabajo en equipo, nos hace llegar a una confidencialidad compartida. Existe un derecho moral de respeto a la integridad del paciente así como que el profesional debe poseer la virtud de la integridad.

Se respeta la dignidad de la persona en el Método Científico de Enfermería, el secreto profesional está vinculado más íntimamente con el silencio del problema del paciente.

4. ANÁLISIS DE DATOS.

En la interpretación de los datos se puede observar en la grafica N° 1 que la edad que predomina en el personal operativo es de un rango de 31 a 40 años con un porcentaje de 44%, a su vez el que menos predomina es el rango de más de 50 años con un porcentaje de 2%.

Grafica N°2: En esta grafica se puede observar que el género femenino predomina con un porcentaje del 88% mientras que el género masculino con el 12%.

Grafica N°3: En esta grafica podemos observar que en el turno matutino se aplicaron mayor número de instrumentos obteniendo un 60%, mientras que el 40% restante pertenece al turno vespertino.

Grafica N°4 En esta grafica observamos que en el servicio de oncología se logro aplicar el mayor numero de instrumentos que corresponde a un 38%, a su vez en el servicio donde se aplicaron menor o instrumentos es en pediatría con en 28%.

Grafica N°5: Podemos observar que esta grafica nos muestra el nivel académico que predomina son enfermeras generales con un 68%, mientras que nivel académico que menos predomina son enfermeras especialistas con un 2%.

Grafica N°6: Como se puede observar el 62% corresponde a las licenciadas en enfermería que si están tituladas mientras que el 38% no son tituladas, además que la mayor parte del personal operativo son generales como se puede ver en al grafica anterior.

Grafica N°7: En esta grafica identificamos que el personal estudiado conoce la definición del proceso de atención enfermero, ya que se obtuvo un 76% con la respuesta correcta, mientras que el porcentaje restante respondieron incorrectamente a la pregunta.

Grafica N°8: Se puede observar en esta grafica que un 56% del personal estudiado si conoce cuál es el objetivo del proceso de atención enfermero, mientras que el porcentaje restante respondió incorrectamente a la pregunta.

Grafica N°9: Esta grafica nos muestra que el 68% del personal estudiado identifica cual es la primera etapa del proceso de atención enfermero, mientras que el porcentaje restante no respondió correctamente a la pregunta.

Grafica N°10: En esta grafica podemos observar que la respuesta correcta solo fue identifica por un 30%, mientras que el 80% no supo la respuesta correcta.

Grafica N°11: En esta grafica se observa que el personal estudiado sabe estructurar un diagnostico real ya que se obtuvo un 88% con la respuesta correcta, mientras que el 12% contesto incorrectamente.

Grafica N°12: Esta grafica nos muestra que el 60% del personal estudiado sabe estructurar un diagnostico de riesgo, mientras que el 30% desconoce la estructuración correcta.

Grafica N°13: En la grafica se muestra que el personal estudiado conoce la formulación correcta de un diagnostico real, ya que los datos obtenidos con la respuesta correcta es de un 78%, y solo el 22% respondió incorrectamente.

Grafica N°14: Esta grafica nos muestra que el 68% del personal estudiado sabe diferenciar entre cada uno de los diagnósticos existentes, mientras que solo el 32% contesto incorrectamente.

Grafica N°15: Se identifica en la grafica que un 34% del personal estudiado si sabe que se realiza en la etapa de planeación, mientras que en su mayoría no identifica lo que se realiza en la planeación.

Grafica N°16: Esta grafica nos muestra que para el personal estudiado el exceso de trabajo es el factor número uno por el cual no llevan a cabo correctamente la aplicación del proceso de atención enfermero ya que los resultados obtenidos nos dan un 64% y solamente el 12% nos refiere que no sabe el manejo del PAE.

5. INTERPRETACIÓN DE DATOS.

El objetivo de esta investigación es saber el conocimiento del personal de enfermería sobre la formulación correcta de los diagnósticos de enfermería con la interacción NANDA NIC-NOC en el Hospital Juárez de México en los servicios de pediatría, medicina interna sur y oncología hospitalización.

Por lo cual se llevó a cabo la elaboración de un instrumento, el cual está integrado por dos bloques; el primer bloque es para obtener datos demográficos que consta de 5 preguntas y la segunda parte es para obtener datos de conocimientos que constan de 10 preguntas de opción múltiple al aplicarlos tenemos como resultados e interpretación lo siguiente.

En la investigación nos muestra la edad del personal de estudio, en donde se observa que el mayor porcentaje de nuestro personal de estudio está en el rango de 31 a 40 años, por lo cual se puede decir que esta en edad productiva laboralmente, donde al experiencia tiene un gran valor profesional, así como la actualización continua de las nuevas tecnologías que cubren las nuevas necesidades específicas de los pacientes.

Tenemos que en menor porcentaje del personal de estudio se encuentra en el rango de 20 a 30 años, lo cual nos indica que los conocimientos son aun más nuevos y recientes.

Finalmente podemos ver que la edad es una gran base para poder conocer, desarrollar y llevar a cabo el proceso de atención enfermera.

Por otra parte tenemos que nuestra mayor población de estudio son mujeres, y en un menor porcentaje son hombres, los cuales se encuentran laboralmente jóvenes, y que sus conocimientos profesionales los llevan de las manos junto a su experiencia profesional.

El mayor porcentaje del personal de estudio se muestra en el turno matutino, y en menor porcentaje corresponde al turno vespertino. Se puede observar que predomina con diferencia que se logró aplicar mayor número de instrumentos en el turno matutino a pesar de que hay mayor demanda de actividades y funciones a realizar en este turno.

Como se puede observar que el servicio con mayor número de instrumentos aplicados es oncología posteriormente el servicio medicina interna sur y en menor cantidad el servicio de pediatría, la importancia de este resultado se basa que el servicio de oncología cuenta con una capacidad de estancia total con sus pacientes, lo cual indica que hay mayor trabajo por realizar, lo que conlleva a cuidados específicos y mayor número de necesidades afectadoras, al igual que de medicina interna sur que también tiene un servicio totalmente ocupado de pacientes, lo que indica mayor número de pacientes a cargo de una enfermera.

En lo referente con el “nivel académico” de aquí la importancia por saber el nivel de preparación con el que cuenta el Hospital de México, ya que el mayor porcentaje son enfermeras generales, posteriormente le sigue licenciadas en enfermería y en un menor porcentaje son auxiliares en enfermería por lo cual se sabe que con mayor preparación logra llevar a cabo un mejor desarrollo y desempeño para la aplicación del proceso de atención enfermero, cubriendo así las necesidades del usuario. De la población en estudio es menor el número de las licenciadas en enfermería.

Integrando el porcentaje mayor del personal estudiado; cuentan con la edad indicada, oportuna y precisa para poder seguir preparándose profesionalmente y así lograr un mejor desempeño laboral y sobre cómo ayudar en una pronta y mejor recuperación del usuario.

Se puede observar que el personal de estudio sabe la definición del método enfermero, se obtuvo en su mayoría las respuestas correctas, lo cual indica que el personal de estudio sabe que es el método enfermero, y en menor porcentaje solo tiene la idea pero no son preciso, es por ello el resultado mayor comparada con este resultado habla de la gran importancia de tener mayor conocimiento, implica tener un mayor resultado en el cuidado holístico del usuario.

En la pregunta en donde habla de la definición del objetivo del método enfermero; el mayor porcentaje del personal estudiado si conoce la definición del objetivo, de esta manera se puede tener como resultado una mejor atención al usuario, mejor calidad de cuidados integrales, así como la aplicación de cada una de las etapas del proceso de atención enfermero.

Se muestra que la mayor parte de nuestra población en estudio identifica cual es la primera etapa del método enfermero, este resultado indica que el personal operativo estudiado si lleva a cabo la etapa principal que es la valoración también se observa que si tienen claro el objetivo por ello si desarrollan cada una de las etapas del método de atención enfermero.

Nos indica que no logran en su totalidad identificar los aspectos correctos de un diagnóstico real ya que el mayor porcentaje de nuestra población en estudio no respondió correctamente, mientras que en menor porcentaje de la población estudiada si respondió la respuesta correcta.

Se observa que si lograron identificar la estructuración correcta de un diagnóstico de real ya que la mayoría contesto correctamente, y al compararla el párrafo anterior, en donde no se obtuvo un porcentaje mayor a la respuesta correcta sino menor; por ello nos podemos dar cuenta que el personal operativo de los servicios estudiados si saben identificar pero no siempre lo llevan a cabo correctamente.

Se muestra que fue la parte mayoritaria quien si saben estructurar un diagnóstico de riesgo y en un menor porcentaje contesto incorrectamente. Esto nos indica que hay mayor facilidad y entendimiento al realizar un diagnóstico de riesgo, ya que al no saber las manifestaciones clínicas y sola el patrón de riesgo, esto facilita la formulación del mismo.

Se obtuvo como resultado una mayor población de estudio quien dio la respuesta correcta lo cual indica que el personal sabe y conoce la estructura de un diagnóstico real, ya que si lo identifico correctamente, al igual que en el resultado anterior hay mayor conocimiento en la formulación de un diagnóstico de riesgo.

En su mayoría sabe diferenciar cada uno de los diferentes diagnósticos que hay, ya que se puede ver que al identificar la estructura de cada diagnóstico, se logra hacer diagnósticos acorde a la patología, manifestaciones, problemas, necesidades del usuario.

El menor porcentaje identifica las actividades que se debe de llevar a cabo en la etapa de planeación, mientras que el resto tiene la idea de las actividades a realizar en la etapa de planeación. Para ello es necesario lograr en su totalidad conocer las actividades que integran la planeación, pues de esta manera se podrá aplicar correctamente el proceso de atención enfermero así como dar un cuidado holístico al usuario.

En cuanto se refiere a los factores que influyen para no aplicar correctamente el PAE; el factor que más influye dentro de esta investigación del personal estudiado es el exceso de trabajo dando como resultado mayoritario, mientras que el menor porcentaje del personal estudiado carece de conocimiento del manejo del PAE.

CONCLUSIONES.

El desarrollo de la investigación, la cual se llevo a cabo de forma organizada, y enfocada al poder conocer cuál es el conocimiento que muestra el personal operativo del Hospital Juárez de México en los servicios de pediatría, medicina interna sur y oncología hospitalización.

Lo cual dio como resultado que la población en estudio si posee las bases sobre el desarrollo del proceso de atención enfermería con la interacción NANDA –NOC y NIC, ya que los resultados arrojados en su mayoría en cada uno de los Items lograron responder correctamente, aunque cabe mencionar que no se tienen los conocimientos completos para la redacción precisa de los diagnósticos por lo cual la hipótesis planteada es verdadera ya que existen otros factores como la carga de trabajo para que no puedan dar un cuidado integral, como se explica detalladamente a continuación.

Se pudo observar que existen diferentes factores por los cuales no se lleva a cabo la elaboración correcta y completa de los diagnósticos, entre los cuales se encuentra con mayor prevalencia el de “la carga de trabajo “este es un factor que influye para que el personal de enfermería no logre aplicar en su totalidad el proceso de atención enfermería dando como resultado no lograr brindar un cuidado holístico al paciente durante su estancia hospitalaria.

Dado que el objetivo principal de llevar a cabo el proceso de atención de enfermería con cada una de sus etapas es lograr ver al paciente de manera holística y en cada una de sus necesidades para lograr una recuperación optima y favoreciendo una mejor calidad de vida, es por ello la importancia de contar con las herramientas del conocimiento, experiencia, innovación y actualización continua, sobre todo no dejar de la mano como buen profesional del área de la salud el aprendizaje diario.

SUGERENCIAS.

Hoy en día el avance de la tecnología así como la innovación le permiten al personal de enfermería poder ir de la mano tanto la experiencia como el conocimiento para lograr brindar un mejor cuidado integral al paciente en sus diferentes etapas del desarrollo del ser humano y así lograr que viva con una mejor calidad de vida y no vea el proceso salud – enfermedad como una desventaja para seguir desarrollándose en sociedad y como persona con todas sus necesidades cotidianas.

Es por ello que a través de los resultados obtenidos de esta investigación y con las bases fundamentadas se sugiere que el personal de enfermería en general del Hospital Juárez de México reciba Curso – Taller de lo que es todo el proceso de atención enfermero, así como las actualizaciones que logren tener al personal operativo capacitado para que puedan desarrollarse en las diferentes áreas hospitalarias , de esta manera el profesional de Enfermería podrá llevar a cabo un mejor cuidado holístico durante su estancia hospitalaria y una mejor calidad de vida hacia el usuario.

También se sugiere que el curso- taller que se lleva a cabo cuente con la estructura completa y entendible hacia el personal de enfermería, dando la oportunidad que este curso sin excepción alguna lo tomen cada uno del personal operativo. Y que su duración sea la necesaria para que pueda tener créditos curriculares.

BIBLIOGRAFÍA.

1. Ackley B.J. ; Ladwig, G.B. (2006). Manual de diagnósticos de Enfermería. Guía para la planificación de cuidados. 7ª edición. Ed. ELSEVIER Colombia. pp 1400.
2. Alfaro-LaFevre, R.(2007) Aplicación del proceso enfermero. Fomentar el cuidado en colaboración. Ed. ELSEVIER. ISBN: 84-458-1208-4
3. Amaro Cano MC. El método científico de enfermería, el proceso de atención y sus implicaciones éticas y bioéticas. Rev.Cubana Enfermer. 2004; 20(1): pp. 1-7.
4. Andrade Cepeda R M, Martínez Rosas N. El Proceso Enfermero para Brindar Atención de Calidad. Desarrollo Científico Enfermero Enero-Febrero, 2004; 12(1): pp. 17-19.
5. Atienza E, Alba A, Delgado M, Vilchez MC, Feria I, Molina A. Aplicación informática para la elaboración de planes de cuidados aplicando el modelo de enfermería Roper-Logan-Tierney, vinculando las taxonomías NANDA, NOC y NIC. Rev. Presencia 2007 jul-dic; 3(6). Disponible en: <http://www.indexf.com/presencia/n6/84articulo.php>.
6. Carpenito LJ.(2000) Planes de cuidado y documentación en enfermería. Madrid: McGraw-Hill, Interamericana ISBN: 84486043001.
7. Carpenito LJ.(2010). Diagnósticos de Enfermería. Aplicación a la práctica clínica. La Habana: Editorial Científico-Técnica; Ed.(Revolucionaria).
8. Charrier J; Ritter B. (2005). El plan de cuidados estandarizado. Un soporte del diagnóstico enfermero. Elaboración y puesta en práctica. 1ª edición. editorial massom. España. pp 236.
9. Duarte CG. Montesinos A N, Sadurní QA, Socilia S I, Aparicio P C (2004) Definición de un catálogo de intervenciones de enfermería y su utilización como hoja de registros de las actividades de enfermería en las consultas de Atención Primaria. Enfermería Clínica,; 8 (5) pp. 203-209.
10. Griffit JW, Christensen PJ. (2005) Proceso de Atención de Enfermería. Aplicación de teorías, guías y modelos. México: El Manual Moderno.
11. Ibáñez A LE, Amaya de Gamarra IC, Céspedes C VM, Visibilidad de la escuela de enfermería en los campos de la práctica. Revista Aquichan 2005; 5: pp. 8-19.
12. Iyer PW, Taptich BJ. (2000). Proceso y Diagnósticos de Enfermería. 4 ed. México. McGraw-Hill; Interamericana.
13. Johnson M. (2011). Interrelaciones nanda, noc y nic. Diagnósticos Enfermeros. 2ª edición. McGraw-Hill, Interamericana. pp 704.
14. Leddy, Susan. Pepper J. Mae. (2003) .Bases Conceptuales de la Enfermería Profesional. Organización Panamericana de la salud. New York. pp 381.
15. Marriner A. (2004). Modelos y teorías de enfermería. Barcelona: Ediciones Rol. pp 305.
16. Mccloskey. (2005) Clasificación de Intervenciones de Enfermería (NIC). Ed. ELSEVIER ISBN: 8481747874

17. Ugalde Apalategui. M (2011). Diagnósticos de Enfermería. Taxonomía NANDA. Traducción, revisión y comentarios. Madrid: Masson.
18. Universidad Nacional de Colombia. (1998)Facultad de enfermería. Dimensiones del Cuidado. Unibiblos. Bogotá. pp238
19. Vázquez JM, Muñoz MA (2007); El Proceso de Atención Enfermería, Teoría y Práctica. Editorial MAD. pp 408.
20. Vielva Asejo Julio (2002). Ética profesional de la Enfermería. 1ªedicion McGrawhill. España.pp258.
21. Walder A. (2009) Manual en la ciencia de enfermería. 7º edición .editorial McGrawhill. España. pp 897.
22. Wilkows C.Hermans (2006).Principios generales del proceso de atención de enfermería .editorial McGrawhill. La habana. pp789.

BIBLIOGRAFIA DE PÁGINAS DE INTERNET.

23. . [Http:// www.doyma.es.com](http://www.doyma.es.com)
24. [Http://www. Teorías de enfermería Nursing.kanger.com/nepep](http://www.Teorías de enfermería Nursing.kanger.com/nepep)
25. [Http:// ctoenfermería.com](http://ctoenfermería.com)
26. .[.Http://www.ome.es/04_01_desacfm?id=391/_en.wiripendia.ord/wiki/teoriasenfer-meras.](http://www.ome.es/04_01_desacfm?id=391/_en.wiripendia.ord/wiki/teoriasenfer-meras)
27. [Http://www.ee.isics.es/servlet/?peganame=ExcelenciaEnfermera/ArticuloEE/ plantilla articulo EE&nemrevista=8&Articulo=119268219696metodología de enfermería Asensio.](http://www.ee.isics.es/servlet/?peganame=ExcelenciaEnfermera/ArticuloEE/ plantilla articulo EE&nemrevista=8&Articulo=119268219696metodología de enfermería Asensio)
28. .[.Http://www.usuario.multimania.es/jelello/curso%Metodologia%20Cuidados/NOC. pdf](http://www.usuario.multimania.es/jelello/curso%Metodologia%20Cuidados/NOC. pdf)
BIBLIOGRAFIA NOC.
29. . [Http://enfermeros.jimdo.com/que-es-la-enfermeria/proceso-de-atencion/PAE.](http://enfermeros.jimdo.com/que-es-la-enfermeria/proceso-de-atencion/PAE)
30. . [Http://www.imss.gob.mx/NR/rdonlyres/AD885C7F-A25C-4B3D-A5B6-B506F59036B1/0/PD3.pdf](http://www.imss.gob.mx/NR/rdonlyres/AD885C7F-A25C-4B3D-A5B6-B506F59036B1/0/PD3.pdf)PAE IMSS.
31. . [Http://scielo.sld.cu/scielo.php?pid=S0864-03192005000100013&script=sci arttext](http://scielo.sld.cu/scielo.php?pid=S0864-03192005000100013&script=sci arttext) Rev Cubana Enfermer v.21 n.1 Ciudad de la Habana ene.-abr.2005,Marie Francoise Colliere.
32. [Http://www.ctoenfermeria.com](http://www.ctoenfermeria.com)
33. [Http://www.gerenciasalud.com/art284.htm#_ftn1.](http://www.gerenciasalud.com/art284.htm#_ftn1)

ANEXOS

CRONOGRAMA DE ACTIVIADES

N°	Actividades a desarrollar	Enero	Febrero	Marzo	Abril	Mayo	Junio	Julio
1	Inicio de la realización del protocolo de investigación							
2	Recopilación del marco teórico.							
3	Elaboración de justificación , planteamiento del problema y objetivos							
4	Diseño metodológico.							
5	Elaboración de instrumento piloto							
6	Aplicación de instrumento piloto.							
7	Aplicación de instrumento final							
8	Tabulación y análisis de datos.							
9	Conclusiones y recomendaciones.							
10	Elaboración de Curso- Taller.							
11	Revisión de tesis.							
12	Entrega de tesis.							



SECRETARIA DE SALUD
HOSPITAL JUÁREZ DE MÉXICO
ESCUELA DE ENFERMERIA
Con estudios incorporados a la UNAM



“CONOCIMIENTO DEL PERSONAL DE ENFERMERIA QUE TIENE SOBRE LOS DIAGNOSTICOS DE ENFERMERIA CON LA INTERACCION NANDA NIC-NOC”.

Objetivo: identificar el conocimiento que enfermería tiene sobre los diagnósticos de enfermería con la interacción NANDA NIC-NOC”.

La información que usted brinde es confidencial y anónima: su uso es con fines de aprendizaje y de difusión científica.

INSTRUCCIONES: Lea cuidadosamente cada pregunta y determine la opción correcta; marque con una “X” su respuesta. Este cuestionario se divide en dos bloques: el primero es para obtener datos socio-demográficos y el segundo para obtener datos de conocimiento general.

Bloque I. Datos socio-demográficos

1.-Edad:

- a) De 20 a 30 años b) De 31 a 40 años c) De 41 a 50 años d) Más de 50 años

2.-Genero:

- a) Femenino b) Masculino

3.-Turno:

- a) Matutino b) Vespertino

4.-Servicio:

- a) Medicina Interna Norte b) Medicina Interna Sur

5.- Nivel profesional de estudios máximo alcanzado:

- a) Auxiliar de enfermería b) Enfermera general
c) Lic. En enfermería Titulada _____
d) Especialista ¿Cuál? _____

Bloque II. Conocimientos generales.

1.- ¿Qué es el método enfermero?

- a) Método sistémico y organizado para brindar cuidados eficaces y eficientes orientados al logro de los objetivos para prestar cuidado de una forma racional, lógico y sistematizado.
- b) Método que actualiza las investigaciones de enfermería en base con las indicaciones médicas.
- c) Método científico dependiente de otras áreas específicas para brindar cuidados.
- d) Método conforme a las intervenciones de la NANDA NIC-NOC.

2.- ¿Cuál es el objetivo del método enfermero?

- a) Es construir una estructura que pueda cubrir individualizando, las necesidades del paciente, la familia y la comunidad.
- b) Establecer planes de cuidados individuales y no a la comunidad ni a la familia.
- c) Evaluar los resultados de los cuidados de enfermería independientes.
- d) identificando las necesidades reales y potenciales basadas en el interrogatorio médico.

3.- Es una etapa del método enfermero en la cual podemos identificar las necesidades del paciente.

- a) Planeación
- b) Valoración
- c) Ejecución
- d) Evaluación

4.- Cuando usted formula un diagnóstico de enfermería usted tiene en cuenta:

- a) Los problemas relacionados con la estructura o función de los órganos o sistemas.
- b) Los problemas de salud identificados desde la perspectiva del paciente.
- c) Respuesta humana ante la enfermedad o procesos vitales.
- d) La patología y sus necesidades

5.- Usted como estructura un diagnóstico de enfermería real.

- a) Relacionado con y manifestado por.
- b) Manifestado por
- c) Manifestado con y relacionado por
- d) Relacionado con

6.- Usted como estructura un diagnóstico de enfermería de riesgo.

- a) Relacionado con y manifestado por.
- b) Manifestado por
- c) Manifestado con y relacionado por
- d) Relacionado con

7.- ¿Cuál de los incisos siguientes es un diagnóstico real?

- a) Déficit de volumen de líquidos relacionado con pérdida activa de volumen de líquidos manifestado por disminución del turgor de la piel.
- b) Riesgo de déficit de volumen de líquidos relacionado con alteración que afecta el acceso de los líquidos.
- c) Deterioro de la eliminación urinaria relacionado con obstrucción anatómica.
- d) Incontinencia urinaria de urgencia manifestada con salida de uresis sin control

8.- Este diagnóstico describe respuestas humanas a nivel de bienestar de una persona, familia o comunidad que estén en disposición para mejorar.

- a) Diagnóstico real
- b) Diagnóstico de riesgo
- c) Diagnóstico promoción a la salud
- d) Diagnóstico bienestar

9.- ¿Cuál de las siguientes actividades realiza usted durante la fase de planeación?

- a) Establecimiento de prioridades
- b) Determinación de los resultados esperados
- c) Planeación de los cuidados de enfermería
- d) Todas las anteriores son correctas

10.- ¿Cuál de estos factores cree que influyen para que no se aplique el proceso de atención de enfermería (o)?

- a) Adaptación a la rutina diaria
- b) Falta de tiempo
- c) Exceso de trabajo
- d) falta de conocimiento del manejo del PAE.

“Gracias por su tiempo y cooperación para la realización de esta encuesta, que será de ayuda para la información que se requiere para dicha investigación de enfermería”.



Cuadro N° 1

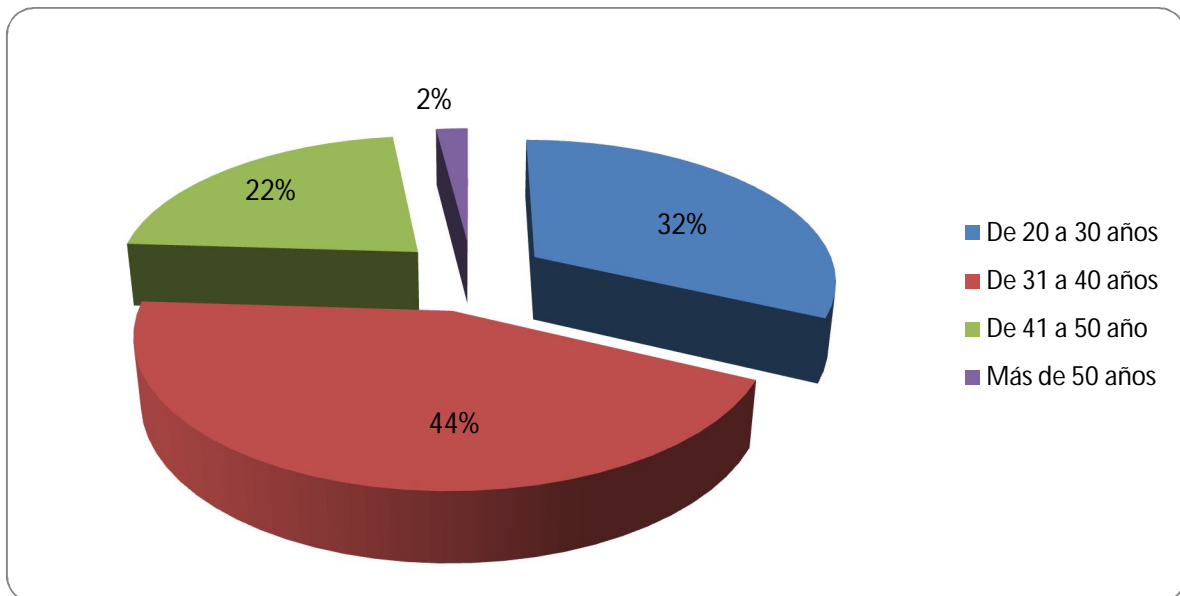
Edad.

VARIABLE	FRECUENCIA	PORCENTAJE
De 20 a 30 años	16	32%
De 31 a 40 años	22	44%
De 41 a 50 año	11	22%
Más de 50 años	1	2%
TOTAL	50	100%

Fuente: instrumento “Conocimiento del personal de enfermería sobre la formulación correcta de los diagnósticos de enfermería con la interacción NANDA NOC-NIC”

Grafica N° 1

Edad.



Fuente: instrumento “Conocimiento del personal de enfermería sobre la formulación correcta de los diagnósticos de enfermería con la interacción NANDA NOC-NIC”



Cuadro N° 2

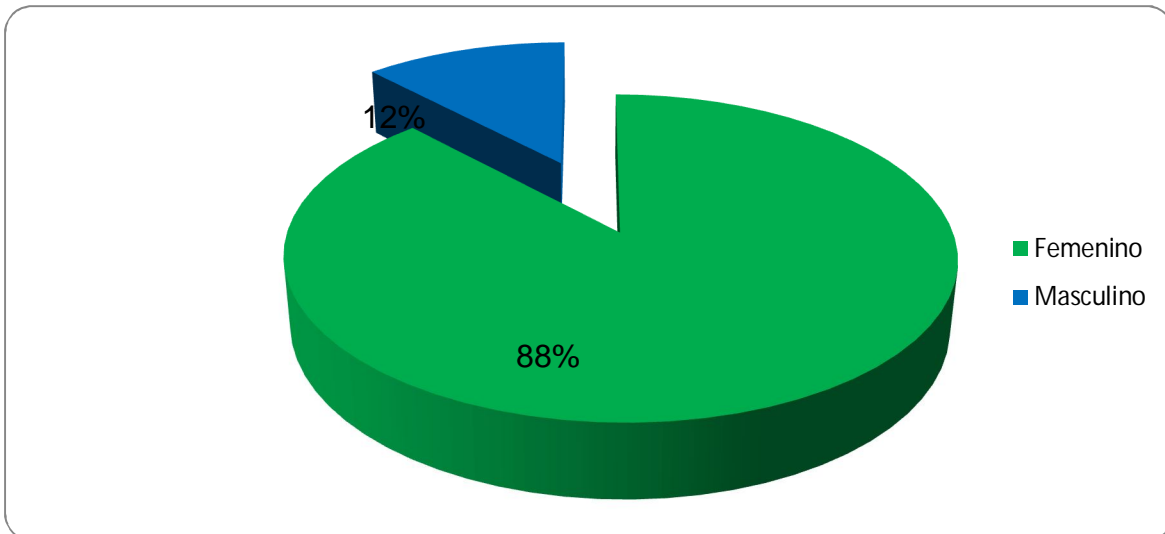
Género.

VARIABLE	FRECUENCIA	PORCENTAJE
Femenino	44	88%
Masculino	6	12%
TOTAL	50	100%

Fuente: instrumento “Conocimiento del personal de enfermería sobre la formulación correcta de los diagnósticos de enfermería con la interacción NANDA NOC-NIC”

Grafica N° 2

Género.



Fuente: instrumento “Conocimiento del personal de enfermería sobre la formulación correcta de los diagnósticos de enfermería con la interacción NANDA NOC-NIC”



SECRETARIA DE SALUD
HOSPITAL JUÁREZ DE MÉXICO
ESCUELA DE ENFERMERIA
Con estudios incorporados a la UNAM



Cuadro N° 3

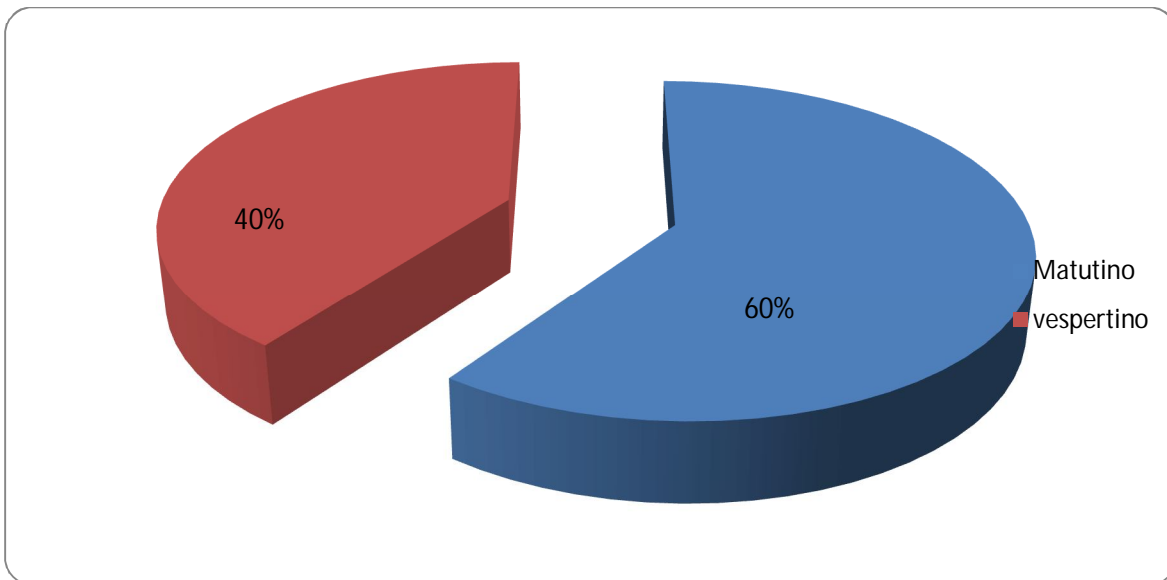
Turno.

VARIABLE	FRECUENCIA	PORCENTAJE
Matutino	30	60%
Vespertino	20	40%
TOTAL	50	100%

Fuente: instrumento "Conocimiento del personal de enfermería sobre la formulación correcta de los diagnósticos de enfermería con la interacción NANDA NOC-NIC"

Grafica N°3

Turno.



Fuente: instrumento "Conocimiento del personal de enfermería sobre la formulación correcta de los diagnósticos de enfermería con la interacción NANDA NOC-NIC"



SECRETARIA DE SALUD
 HOSPITAL JUÁREZ DE MÉXICO
 ESCUELA DE ENFERMERIA
 Con estudios incorporados a la UNAM



Cuadro N° 4

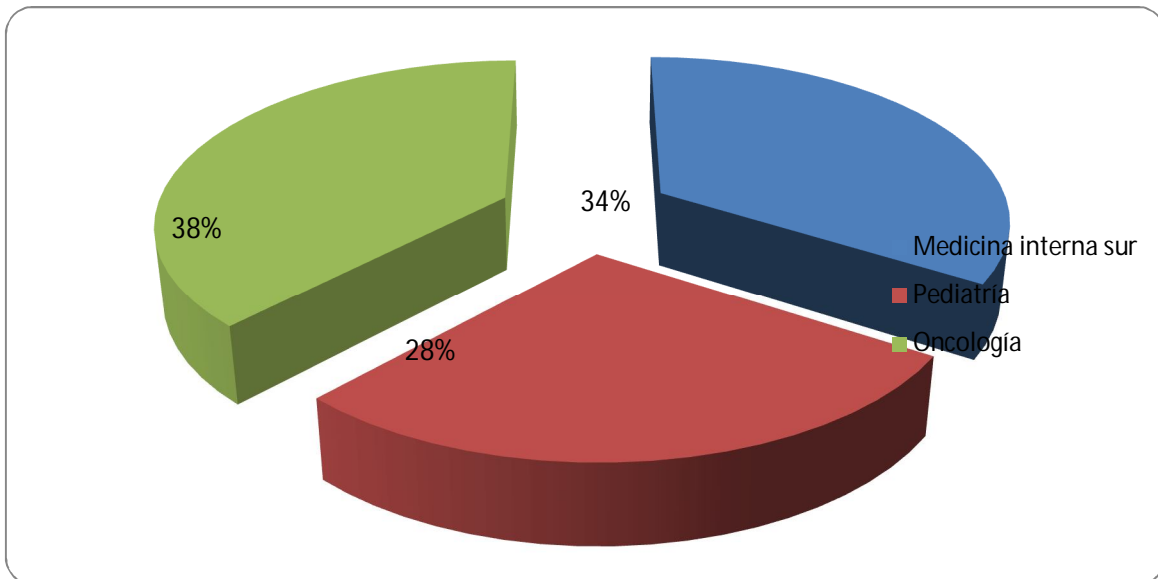
Servicio.

VARIABLE	FRECUENCIA	PORCENTAJE
Oncología	19	38%
Medicina interna sur	17	34%
Pediatría	14	28%
TOTAL	50	100%

Fuente: instrumento “Conocimiento del personal de enfermería sobre la formulación correcta de los diagnósticos de enfermería con la interacción NANDA NOC-NIC”

Grafica N° 4

Servicio.



Fuente: instrumento “Conocimiento del personal de enfermería sobre la formulación correcta de los diagnósticos de enfermería con la interacción NANDA NOC-NIC”



Cuadro N° 5

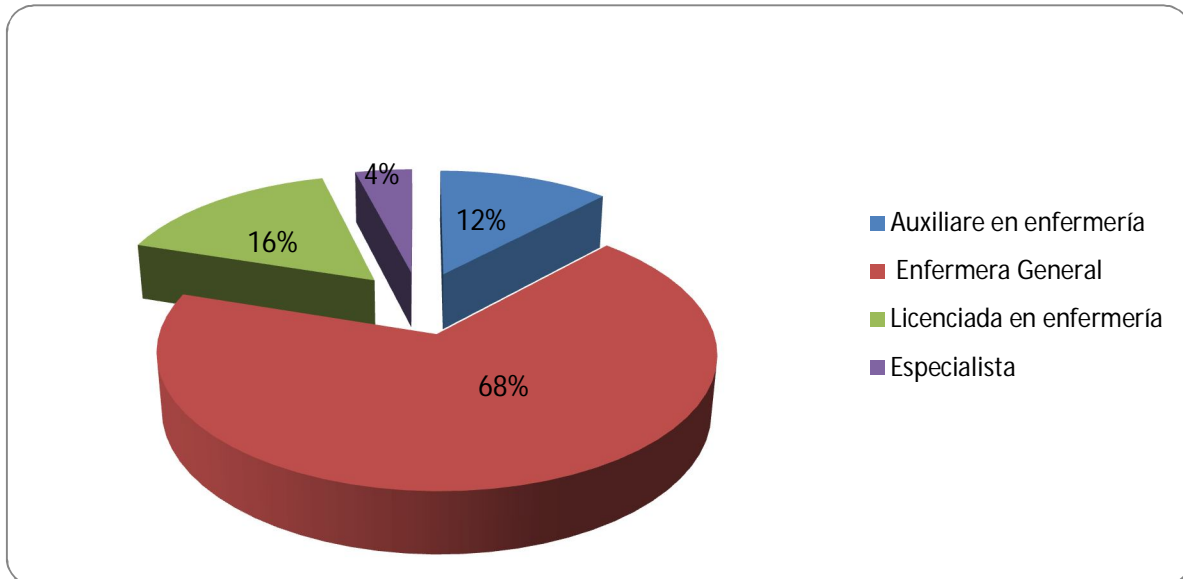
Nivel académico.

VARIABLE	FRECUENCIA	PORCENTAJE
Auxiliare en enfermería	6	12%
Enfermera General	34	68%
Licenciada en enfermería	8	16%
Especialista	2	4%
TOTAL	50	100%

Fuente: instrumento “Conocimiento del personal de enfermería sobre la formulación correcta de los diagnósticos de enfermería con la interacción NANDA NOC-NIC”

Gráfica N° 5

Nivel académico.



Fuente: instrumento “Conocimiento del personal de enfermería sobre la formulación correcta de los diagnósticos de enfermería con la interacción NANDA NOC-NIC”



SECRETARIA DE SALUD
HOSPITAL JUÁREZ DE MÉXICO
ESCUELA DE ENFERMERIA
Con estudios incorporados a la UNAM



Cuadro N° 6

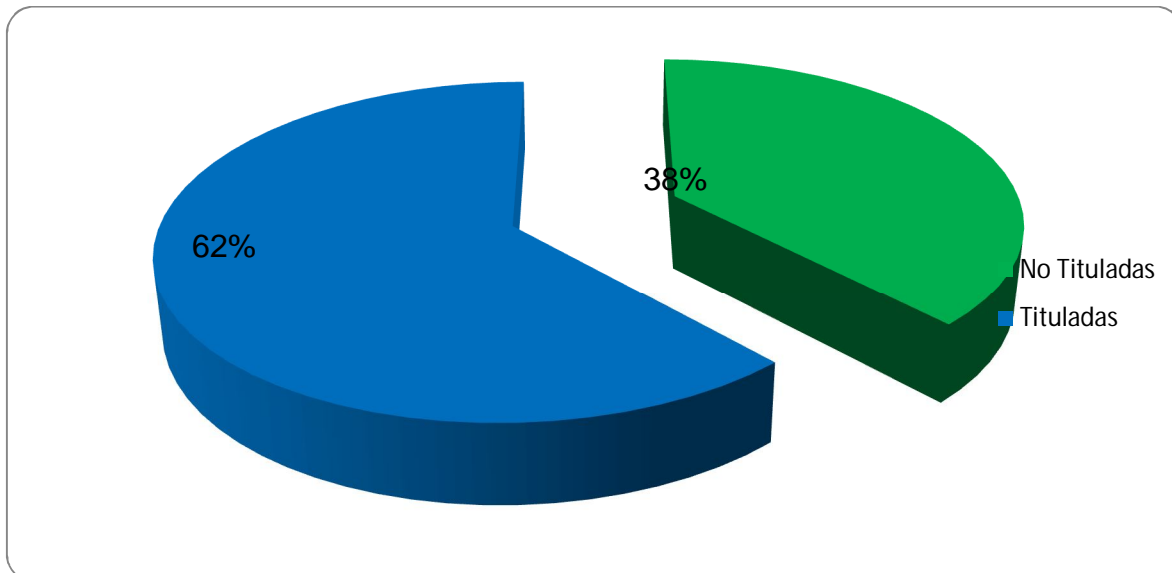
Licenciadas en enfermería tituladas.

VARIABLE	FRECUENCIA	PORCENTAJE
No tituladas	3	38%
Tituladas	5	62%
TOTAL	8	100%

Fuente: instrumento "Conocimiento del personal de enfermería sobre la formulación correcta de los diagnósticos de enfermería con la interacción NANDA NOC-NIC"

Grafica N° 6

Licenciadas en enfermería tituladas.



Fuente: instrumento "Conocimiento del personal de enfermería sobre la formulación correcta de los diagnósticos de enfermería con la interacción NANDA NOC-NIC"



Cuadro N° 7

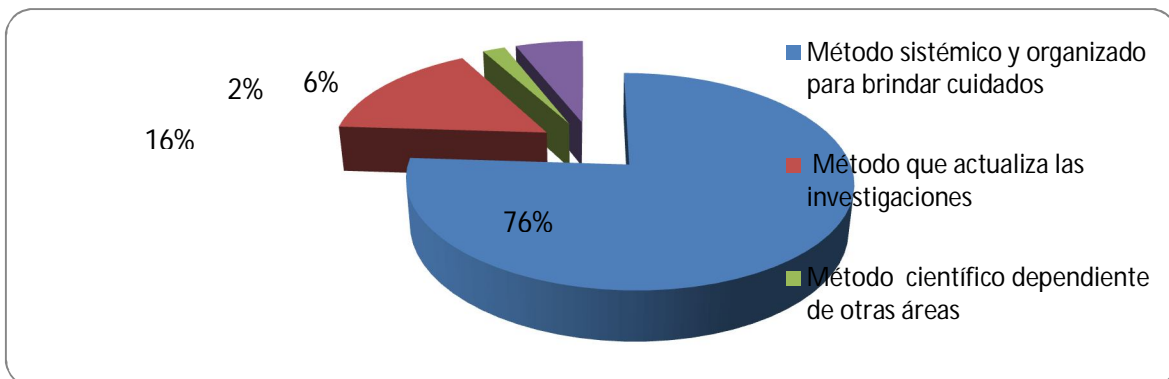
¿Qué es el método enfermero?

VARIABLE	FRECUENCIA	PORCENTAJE
Método sistémico y organizado para brindar cuidados	38	76%
Método que actualiza las investigaciones	8	16%
Método científico dependiente de otras áreas	1	2%
Método conforme a las investigaciones de la NANDA NOC-NIC	3	6%
TOTAL	50	100%

Fuente: instrumento “Conocimiento del personal de enfermería sobre la formulación correcta de los diagnósticos de enfermería con la interacción NANDA NOC-NI”

Grafica N° 7

¿Qué es el método enfermero?



Fuente: instrumento “Conocimiento del personal de enfermería sobre la formulación correcta de los diagnósticos de enfermería con la interacción NANDA NOC-NIC”



Cuadro N° 8

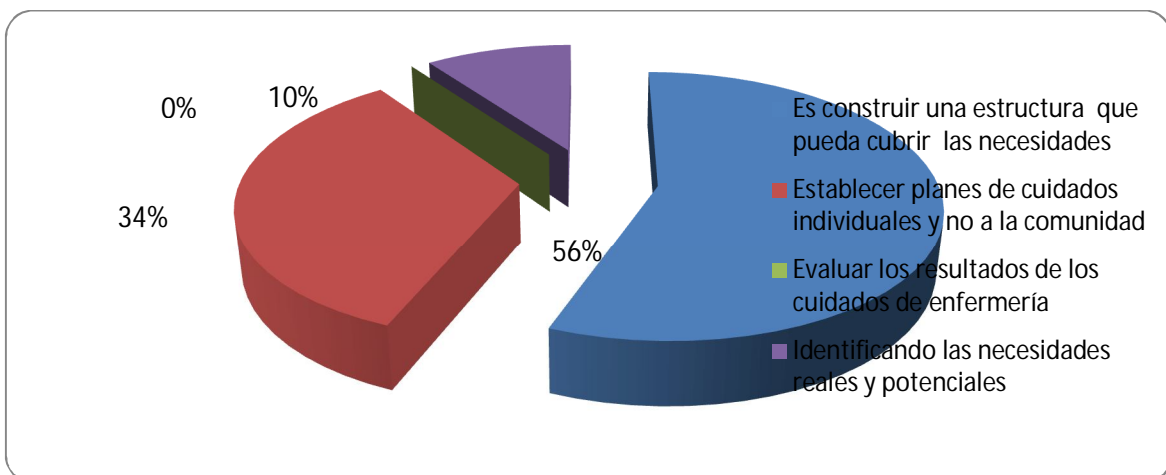
Objetivo del método enfermero.

VARIABLE	FRECUENCIA	PORCENTAJE
Es construir una estructura que pueda cubrir las necesidades	28	56%
Establecer planes de cuidados individuales y no a la comunidad	17	34%
Evaluar los resultados de los cuidados de enfermería	0	0%
Identificando las necesidades reales y potenciales	5	10%
TOTAL	50	100%

Fuente: instrumento “Conocimiento del personal de enfermería sobre la formulación correcta de los diagnósticos de enfermería con la interacción NANDA NOC-NIC”

Grafica N° 8

Objetivo del método enfermero.



Fuente: instrumento “Conocimiento del personal de enfermería sobre la formulación correcta de los diagnósticos de enfermería con la interacción NANDA NOC-NIC”



SECRETARIA DE SALUD
HOSPITAL JUÁREZ DE MÉXICO
ESCUELA DE ENFERMERIA
Con estudios incorporados a la UNAM



Cuadro N° 9

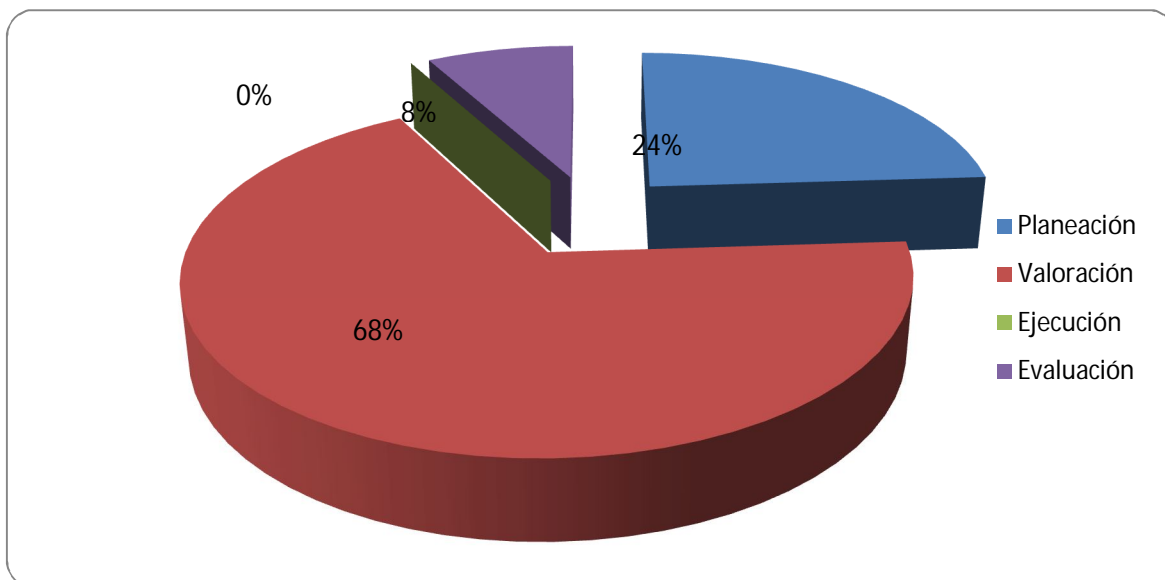
Es una etapa del método enfermero identifica las necesidades.

VARIABLE	FRECUENCIA	PORCENTAJE
Planeación	12	24%
Valoración	34	68%
Ejecución	0	0%
Evaluación	4	8%
TOTAL	50	100%

Fuente: instrumento “Conocimiento del personal de enfermería sobre la formulación correcta de los diagnósticos de enfermería con la interacción NANDA NOC-NIC”

Grafica N° 9

Es una etapa del método enfermero identifica las necesidades.



Fuente: instrumento “Conocimiento del personal de enfermería sobre la formulación correcta de los diagnósticos de enfermería con la interacción NANDA NOC-NIC”



Cuadro N° 10

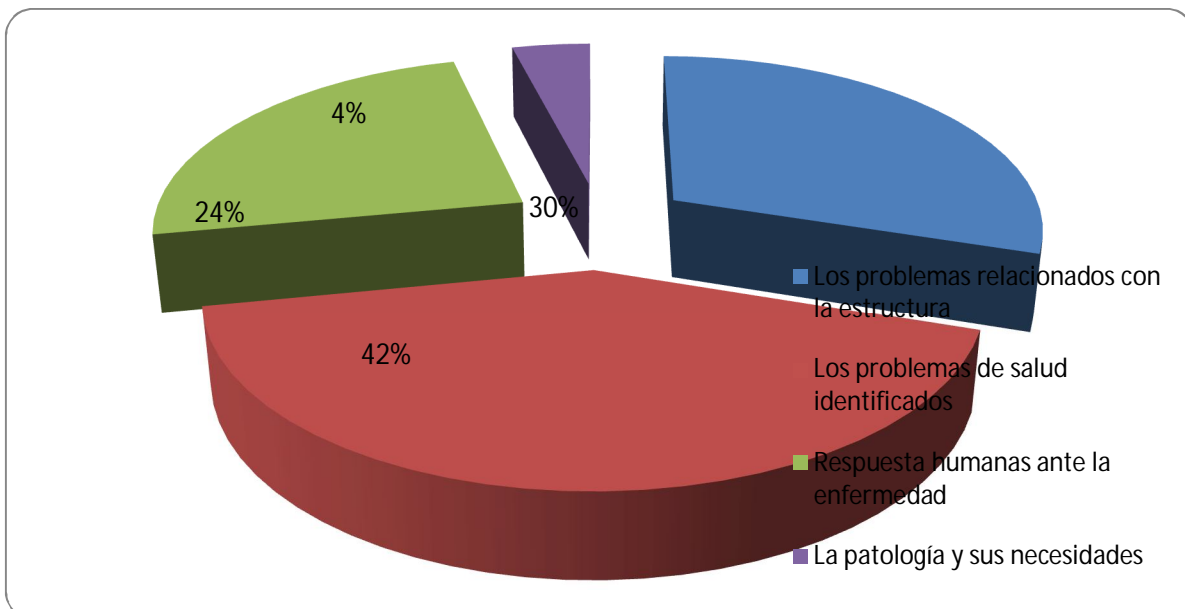
Al formular un diagnostico real tiene en cuenta.

VARIABLE	FRECUENCIA	PORCENTAJE
Los problemas relacionados con la estructura	15	30%
Los problemas de salud identificados	21	42%
Respuesta humanas ante la enfermedad	12	24%
La patología y sus necesidades	2	4%
TOTAL	50	100%

Fuente: instrumento "Conocimiento del personal de enfermería sobre la formulación correcta de los diagnósticos de enfermería con la interacción NANDA NOC-NIC"

Grafica N° 10

Al formular un diagnostico real tiene en cuenta.



Fuente: instrumento "Conocimiento del personal de enfermería sobre la formulación correcta de los diagnósticos de enfermería con la interacción NANDA NOC-NIC"



Cuadro N° 11

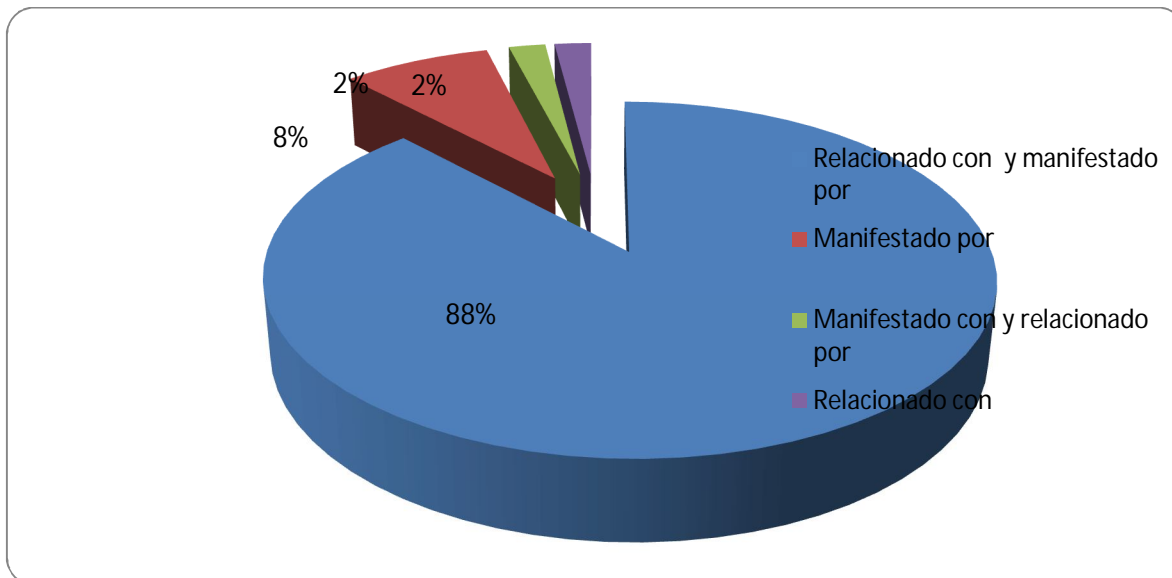
¿Como se estructura en diagnostico real?

VARIABLE	FRECUENCIA	PORCENTAJE
Relacionado con y manifestado por	44	88%
Manifestado por	4	8%
Manifestado con y relacionado por	1	2%
Relacionado con	1	2%
TOTAL	50	100%

Fuente: instrumento “Conocimiento del personal de enfermería sobre la formulación correcta de los diagnósticos de enfermería con la interacción NANDA NOC-NIC”

Grafica N° 11

¿Como se estructura en diagnostico real?



Fuente: instrumento “Conocimiento del personal de enfermería sobre la formulación correcta de los diagnósticos de enfermería con la interacción NANDA NOC-NIC”



Cuadro N° 12

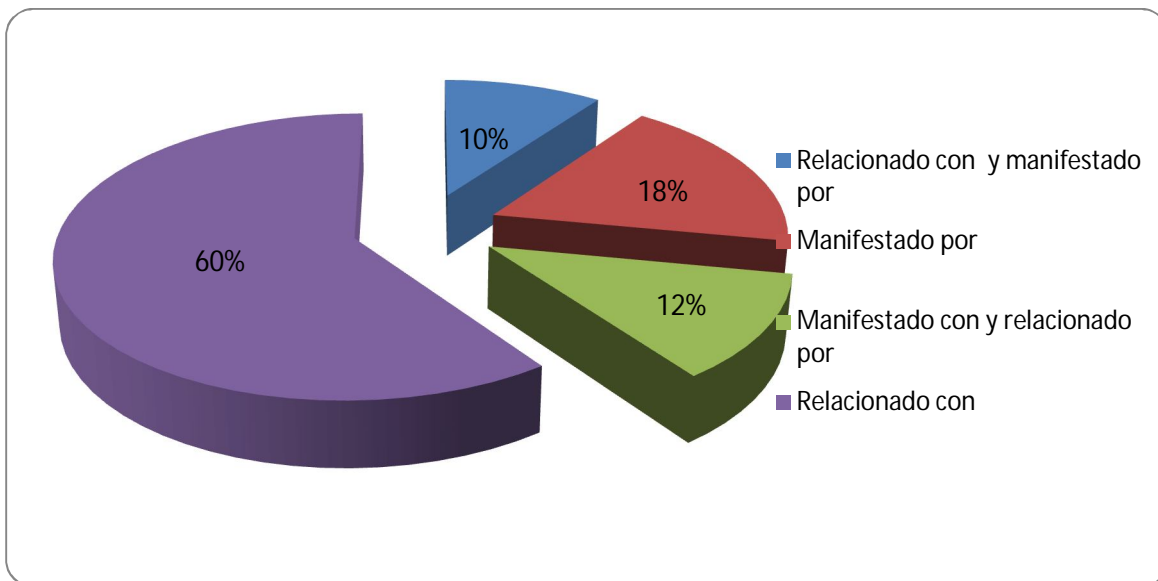
¿Como estructura un diagnostico de riesgo?

VARIABLE	FRECUENCIA	PORCENTAJE
Relacionado con y manifestado por	5	10%
Manifestado por	9	18%
Manifestado con y relacionado por	6	12%
Relacionado con	30	60%
TOTAL	50	100%

Fuente: instrumento “Conocimiento del personal de enfermería sobre la formulación correcta de los diagnósticos de enfermería con la interacción NANDA NOC-NIC”

Grafica N° 12

¿Como estructura un diagnostico de riesgo?



Fuente: instrumento “Conocimiento del personal de enfermería sobre la formulación correcta de los diagnósticos de enfermería con la interacción NANDA NOC-NIC”

Cuadro N° 13

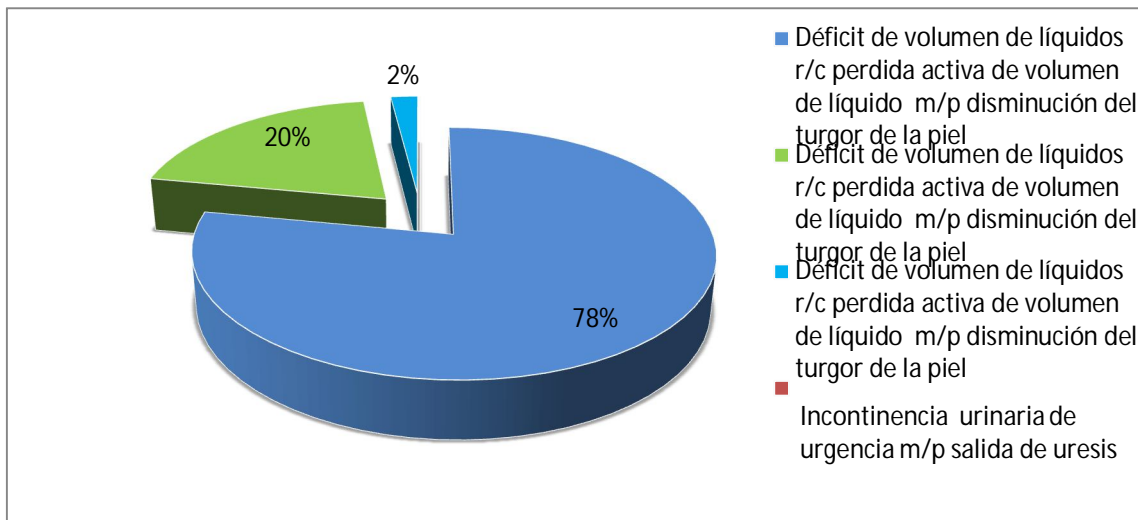
¿Cuál es un diagnostico real?

VARIABLE	FRECUENCIA	PORCENTAJE
Déficit de volumen de líquidos r/c perdida activa de volumen de líquido m/p disminución del turgor de la piel	39	78%
Riesgo de déficit de volumen de líquidos r/c alteración que afecta el acceso de los líquidos	10	20%
Deterioro de la eliminación urinaria con obstrucción anatómica	1	2%
Incontinencia urinaria de urgencia m/p salida de uresis sin control	0	0%
TOTAL	50	100%

Fuente: instrumento “Conocimiento del personal de enfermería sobre la formulación correcta de los diagnósticos de enfermería con la interacción NANDA NOC-NIC”

Grafica N° 13

¿Cuál es un diagnostico real?



Fuente: instrumento “Conocimiento del personal de enfermería sobre la formulación correcta de los diagnósticos de enfermería con la interacción NANDA NOC-NIC”.



SECRETARIA DE SALUD
 HOSPITAL JUÁREZ DE MÉXICO
 ESCUELA DE ENFERMERIA
 Con estudios incorporados a la UNAM



Cuadro N°14

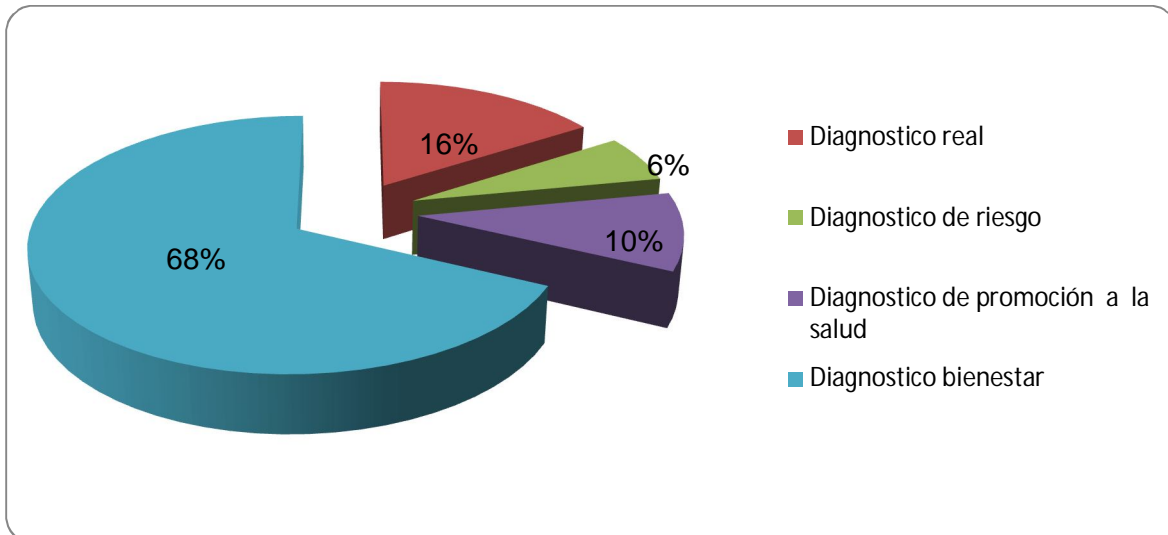
Este diagnóstico describe respuestas humanas de bienestar de una persona, familia o comunidad.

VARIABLE	FRECUENCIA	PORCENTAJE
Diagnostico real	8	16%
Diagnóstico de riesgo	3	6%
Diagnóstico de promoción a la salud	5	10%
Diagnostico bienestar	34	68%
TOTAL	50	100%

Fuente: instrumento “Conocimiento del personal de enfermería sobre la formulación correcta de los diagnósticos de enfermería con la interacción NANDA NOC-NIC”

Grafica N°14

Este diagnostico describe respuestas humanas de bienestar de una persona, familia o comunidad.



Fuente: instrumento “Conocimiento del personal de enfermería sobre la formulación correcta de los diagnósticos de enfermería con la interacción NANDA NOC-NIC”.



Cuadro N° 15

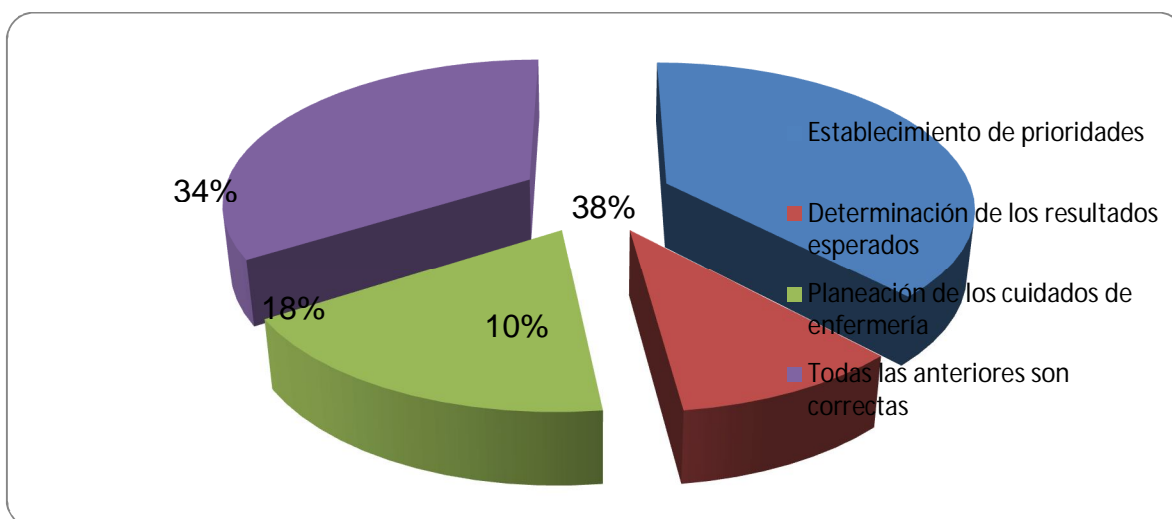
¿Qué actividades se realizan durante la fase de planeación?

VARIABLE	FRECUENCIA	PORCENTAJE
Establecimiento de prioridades	19	38%
Determinación de los resultados esperados	5	10%
Planeación de los cuidados de enfermería	9	18%
Todas las anteriores son correctas	17	34%
TOTAL	50	100%

Fuente: instrumento “Conocimiento del personal de enfermería sobre la formulación correcta de los diagnósticos de enfermería con la interacción NANDA NOC-NIC”

Grafica N° 15

¿Qué actividades se realizan durante la fase de planeación?



Fuente: instrumento “Conocimiento del personal de enfermería sobre la formulación correcta de los diagnósticos de enfermería con la interacción NANDA NOC-NIC”.



Cuadro N° 16

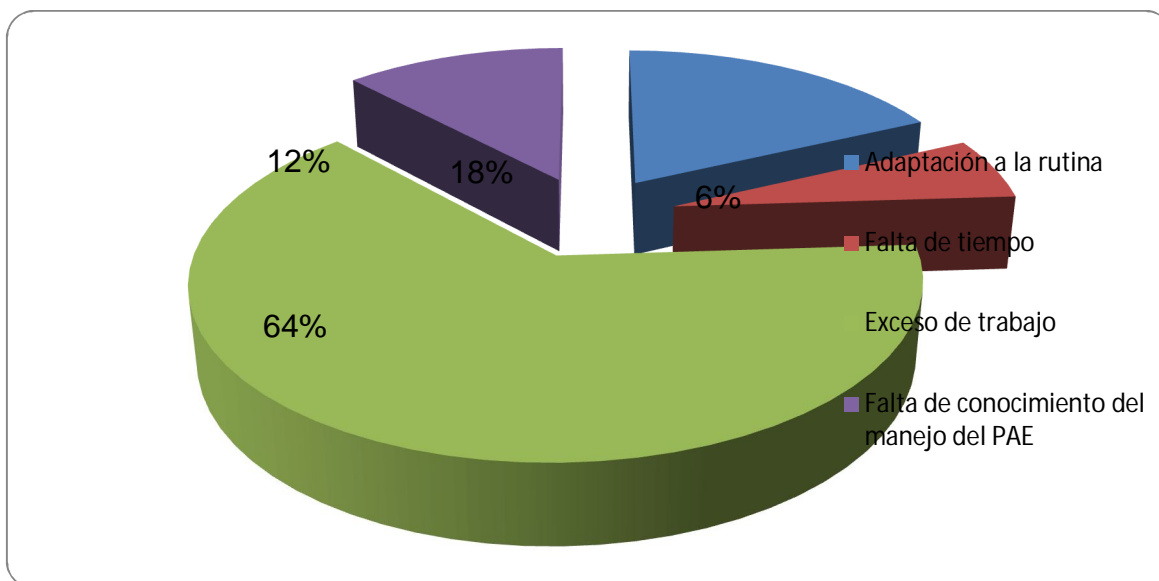
Factores que influyen para que no se aplique el proceso de atención enfermero.

VARIABLE	FRECUENCIA	PORCENTAJE
Adaptación a la rutina	9	18%
Falta de tiempo	3	6%
Exceso de trabajo	32	64%
Falta de conocimiento del manejo del PAE	6	12%
TOTAL	50	100%

Fuente: instrumento “Conocimiento del personal de enfermería sobre la formulación correcta de los diagnósticos de enfermería con la interacción NANDA NOC-NIC”

Grafica N° 16

Factores que influyen para que no se aplique el proceso de atención enfermero.



Fuente: instrumento “Conocimiento del personal de enfermería sobre la formulación correcta de los diagnósticos de enfermería con la interacción NANDA NOC-NIC”

GLOSARIO

Teoría: Es un sistema lógico que se establece a partir de observaciones, axiomas y postulados, y persigue el propósito de afirmar bajo qué condiciones se llevarán a cabo ciertos supuestos.

Para esto, se toma como punto de referencia una explicación del medio idóneo para que las predicciones puedan ser desarrolladas. En base a estas teorías, es posible deducir o postular otros hechos mediante ciertas reglas y razonamientos.

Modelos conceptuales: Son un conjunto de conceptos que explican de manera general el fenómeno del cuidado, pero los modelos conceptuales son más complejos y generales que las teorías, estos otorgan una explicación muy amplia sobre algunos fenómenos de interés para la enfermería como; el auto cuidado, la promoción a la salud, las relaciones interpersonales, el proceso de adaptación, entre otros.

Proceso de enfermería o proceso de atención de enfermería (PAE): Es un método sistemático de brindar cuidados humanistas eficientes centrados en el logro de resultados esperados, apoyándose en un modelo científico realizado por un profesional de enfermería.

Es un método sistemático y organizado para administrar cuidados individualizados, de acuerdo con el enfoque básico de que cada persona o grupo de ellas responde de forma distinta ante una alteración real o potencial de la salud.

Diagnóstico de enfermería: Juicio clínico sobre la respuesta de un individuo, familia o comunidad a problemas de salud reales o potenciales o a procesos vitales. Los diagnósticos enfermeros proporcionan la base para la selección de intervenciones enfermeras para lograr los resultados de los que la enfermera es responsable.

Calidad: Propiedad o conjunto de propiedades inherentes a una cosa, que permiten apreciarla como igual, mejor o peor que las restantes de su especie.

Cuidado: Es la aplicación metodológica y científica de los conocimientos, habilidades y actitudes para conseguir el máximo potencial del ser humano en sus experiencias de salud.

Enfermería: Es una ciencia y arte humanístico dedicada al mantenimiento y promoción del bienestar humano, ha desarrollado una visión integral de la persona, familia y comunidad y una serie de conocimientos, principios, fundamentos, habilidades y actitudes que le han permitido promover, prevenir, fomentar, educar e investigar acerca del cuidado de la salud, por lo tanto

Enfermería es la “Ciencia del Cuidado” basado en el “diagnóstico y tratamiento de las respuestas humanas a la salud y a la enfermedad” considerando el contexto cultural en el que se desarrolla.

Método científico: Es el proceso generado por la ciencia, mediante el cual se usan experimentos para contestar preguntas. Partes:

- Observación
- Hipótesis
- Experimentación. Permite conocer el grado de error de nuestras observaciones

Variable: Objeto, proceso o característica que está presente, o supuestamente presente, en el fenómeno que un científico quiere estudiar.

Los objetos, procesos o características reciben el nombre de variables en la medida en que su modificación provoca una modificación en otro objeto, proceso o característica.

Variable independiente: En la verificación experimental, el investigador intenta reproducir artificialmente los fenómenos que se dan de forma espontánea en la realidad y que desea comprender; cuando dispone de una hipótesis que establece un supuesto vínculo causal entre un objeto, proceso o característica (supuesta causa) y el objeto proceso o característica que exige una explicación (el efecto), manipula experimentalmente la primera para ver si se produce el efecto que la hipótesis describía.

Investigación exploratoria: Es considerada como el primer acercamiento científico a un problema. Se utiliza cuando éste aún no ha sido abordado o no ha sido suficientemente estudiado y las condiciones existentes no son aún determinantes.

Investigación descriptiva: Se efectúa cuando se desea describir, en todos sus componentes principales y una realidad.

Investigación correlacional: Es aquel tipo de estudio que persigue medir el grado de relación existente entre dos o más conceptos o variables.

Investigación explicativa: Es aquella que tiene relación causal; no sólo persigue describir o acercarse a un problema, sino que intenta encontrar las causas del mismo. Existen diseños experimentales y no experimentales.

Diseños cuasi experimentales: Se utilizan cuando no es posible asignar al azar los sujetos de los grupos de investigación que recibirán tratamiento experimental.

Investigaciones sincrónicas: Son aquellas que estudian fenómenos que se dan en un corto período.

Investigación cuantitativa: Es aquella que utiliza predominantemente información de tipo cuantitativo directo.

Investigación cualitativa: Es aquella que persigue describir sucesos complejos en su medio natural, con información preferentemente cualitativa.

Población: Es el conjunto de individuos o elementos que le podemos observar, medir una característica o atributo.

Parámetro: Son las medidas o datos que se obtienen sobre la distribución de probabilidades de la población, tales como la media, la varianza, la proporción, etc.

Estadístico: Los datos o medidas que se obtienen sobre una muestra y por lo tanto una estimación de los parámetros.

Error muestral, de estimación o standard: Es la diferencia entre un estadístico y su parámetro correspondiente. Es una medida de la variabilidad de las estimaciones de muestras repetidas en torno al valor de la población, nos da una noción clara de hasta dónde y con qué probabilidad una estimación basada en una muestra se aleja del valor que se hubiera obtenido por medio de un censo completo.

Nivel de confianza: Probabilidad de que la estimación efectuada se ajuste a la realidad. Cualquier información que queremos recoger está distribuida según una ley de probabilidad (Gauss o Student), así llamamos nivel de confianza a la probabilidad de que el intervalo construido en torno a un estadístico capte el verdadero valor del parámetro.

Varianza poblacional: Cuando una población es más homogénea la varianza es menor y el número de entrevistas necesarias para construir un modelo reducido del universo, o de la población, será más pequeño. Generalmente es un valor desconocido y hay que estimarlo a partir de datos de estudios previos.

Principios: Son reglas o normas de conducta que orientan la acción de un ser humano. Se trata de normas de carácter general, máximamente universales.

NANDA: En 1973 surge un grupo de enfermeras integrado por teóricas, docentes, gestoras y asistentes quienes responden al reto de identificar categorías de problemas que deberían considerarse diagnósticos de enfermería del cual nace la N.A.N.D.A. (Asociación Norte Americana de los diagnósticos de enfermería).

NOC: La traducción de la sigla NOC, es CRE (Clasificación de los Resultados de Enfermería).

Los resultados estandarizados fueron desarrollados para medir los efectos de las intervenciones de cuidados se utilizan en todos los ajustes y con todas las poblaciones del cliente. Por lo que pueden medir estado del cliente con varios acontecimientos de la salud extendidos demasiado los períodos del cuidado.

NIC: Es un instrumento en el cual se encuentra una clasificación normalizada y completa de las intervenciones que realizan los profesionales en enfermería

La evaluación es un proceso que requiere de la valoración de los distintos aspectos del estado de salud del paciente. Las distintas áreas sobre las que se evalúan los resultados esperados (criterios de resultado).

CRE: esta se define como la Clasificación de los Resultados de Enfermería.

Indicador: Es un dato que pretende reflejar el estado de una situación, o de algún aspecto particular, en un momento y un espacio determinados. Habitualmente se trata de un dato estadístico (porcentajes, tasas, razones) que pretende sintetizar la información que proporcionan los diversos parámetros o variables que afectan a la situación que se quiere analizar.

Lineamiento: Programa o plan de acción que rige una instrucción. Se trata de un conjunto de medidas, normas y objetivos que deben respetarse dentro de una organización.

Plan de Cuidados: Es un instrumento para documentar y comunicar la situación del paciente/cliente, los resultados que se esperan, las estrategias, indicaciones, intervenciones y la evaluación de todo ello.

Praxis: Es un tipo específico de actividad propia y exclusiva del hombre social, actividad práctica, objetiva y subjetiva a la vez con la cual el hombre produce objetos, transforma la naturaleza y la humaniza, crea sociedad e historia y se transforma a sí mismo.

Registros de Enfermería: Parte esencial que se integran en los expedientes clínicos de cualquier institución hospitalaria, considerados como documento médico legal.

Respuesta humana: Es un patrón de acción o reacción a factores biológicos, familiares, sociales e incluso culturales; todos estos comunes a la especie humana, es decir, son las respuestas de los individuos, familias o comunidades a la interacción con su entorno.

Salud: Proceso de interacción dinámica y multicausal, entendiéndola como una experiencia individual en la que intervienen aspectos físicos, psíquicos y de relación con el medio social.

Taxonomía: Del griego *taxis*, "ordenamiento", y *nomos*, "norma" o "regla", en su sentido más general, la ciencia de la clasificación.

Modelos conceptuales: son un conjunto de conceptos que explican de manera general el fenómeno del cuidado, estos otorgan una explicación muy amplia sobre algunos fenómenos de interés para la enfermería como; el auto cuidado, la promoción a la salud, las relaciones interpersonales, el proceso de adaptación, entre otros.

Teorías: son un conjunto de conceptos interrelacionados que permiten describir, explicar y predecir el fenómeno de interés para la disciplina, por lo tanto se convierten en un elemento indispensable para la práctica profesional, ya que facilitan la forma de describir y explicar y predecir el fenómeno del cuidado.

Valoración: Es la primera fase proceso de enfermería, pudiéndose definir como el proceso organizado y sistemático de recogida y recopilación de datos sobre el estado de salud del paciente a través de diversas fuentes: éstas incluyen al paciente como fuente primaria, al expediente clínico, a la familia o a cualquier otra persona que dé atención al paciente. Las fuentes secundarias pueden ser revistas profesionales, los textos de referencia.

Diagnóstico: Es un enunciado del problema real o en potencia del paciente que requiera de la intervención de enfermería con el objeto de resolverlo o disminuirlo. En ella se va a exponer el proceso mediante el cual estaremos en condiciones de establecer un problema clínico y de formularlo para su posterior tratamiento, bien sea diagnóstico enfermero o problema interdependiente.

Diagnósticos de enfermería reales: Describen problemas y alteraciones de la salud del individuo, validados clínicamente mediante la presencia de signos y síntomas que lo definen.

- ☆ El enunciado de los diagnósticos de enfermería reales, consta de tres partes:
- ☆ Problema de salud (Etiqueta) + Etiología + Sintomatología (Manifestaciones).

Diagnósticos de enfermería de riesgo: Son juicios clínicos que realiza la enfermera en los que valora la existencia de una mayor vulnerabilidad de la persona a desarrollar un problema concreto que el resto de la población en la misma situación.

- ☆ El enunciado de estos diagnósticos consta de dos partes:
Problema de salud (Etiqueta) + Etiología
- ☆ Etiqueta diagnóstica, es una descripción concisa de la alteración del estado de salud, que siempre va precedida por el término "Riesgo de":

- ☆ Etiología, recoge las situaciones que provocan un aumento en la vulnerabilidad a padecer un problema. En el caso de los diagnósticos de riesgo, se denominan "Factores de riesgo".

Diagnósticos de enfermería posibles: Describen problemas sospechados, que necesitan confirmarse con información adicional.

Se trata de una opción disponible para todos los diagnósticos de enfermería.

Es un tipo de diagnóstico especial, ya que describe un estado provisional dentro del proceso para el enunciado de un diagnóstico de enfermería definitivo. Por esta razón, algunos autores no lo reconocen propiamente como un diagnóstico de enfermería. En cualquier caso, se trata de un elemento muy útil para la enfermera en la clínica.

- ☆ El enunciado de estos diagnósticos consta de dos partes:
Problema de salud (Etiqueta) + Etiología
- ☆ Etiqueta diagnóstica, descripción concreta del problema, precedida por el término "Posible":
- ☆ Etiología, se reflejan los datos que llevan a la enfermera a sospechar la existencia del diagnóstico.

Diagnósticos de enfermería de bienestar: Se tratan de juicios clínicos que realiza la enfermera ante situaciones o estados de funcionamiento eficaz, pero con interés en mejorarla.

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

En estos diagnósticos deben estar presentes dos circunstancias obligatoriamente

- Estado o situación de funcionamiento actual eficaz.
- Deseo de un mayor nivel de bienestar.

Para la formulación de estos diagnósticos, es necesario basarse más en los deseos expresos por el cliente, que en los observados, evitando juzgar si su estado actual de salud es suficientemente eficaz o no.

- ☆ El enunciado de estos diagnósticos consta de una única parte:
Problema de salud (Etiqueta)
- ☆ Etiqueta diagnóstica, describe el aspecto concreto del funcionamiento de la salud que se desea mejorar.

Diagnósticos de enfermería de síndrome: Son los diagnósticos que están compuestos por un grupo de diagnósticos reales o de riesgo cuya presencia es previsible como consecuencia de un acontecimiento o situación determinada.

La presencia de un diagnóstico de síndrome no excluye la presencia de otros diagnósticos de enfermería no incluidos en dicho diagnóstico de síndrome.

Este tipo de diagnósticos alerta de la presencia de que está ante una situación compleja, que requiere la realización de valoraciones e intervenciones de enfermería expertas.

☆ El enunciado de estos diagnósticos consta de una única parte:

Problema de salud (Etiqueta)

☆ Etiqueta diagnóstica, describe el problema y suele contener en ella los factores etiológicos o contribuyentes.

Planificación: En esta fase se trata de establecer y llevar a cabo unos cuidados de enfermería, que conduzcan al cliente a prevenir, reducir o eliminar los problemas detectados.

Ejecución: La fase de ejecución es la cuarta etapa del plan de cuidados, es en esta etapa cuando realmente se pone en práctica el plan de cuidados elaborado.

Evaluación: La evaluación se define como la comparación planificada y sistematizada entre el estado de salud del paciente y los resultados esperados. Evaluar, es emitir un juicio sobre un objeto, acción, trabajo, situación o persona, comparándolo con uno o varios criterios.

Actuaciones enfermeras; son aquellas intervenciones específicas que van dirigidas a ayudar al paciente al logro de los resultados esperados. Para ello se elaborarán acciones focalizadas hacia las causas de los problemas, es decir, las actividades de ayuda deben ir encaminadas a eliminar los factores que contribuyen al problema.

El plan de cuidados de enfermería: es un instrumento para documentar y comunicar la situación del paciente/cliente, los resultados que se esperan, las estrategias, indicaciones, intervenciones y la evaluación de todo ello.



SECRETARIA DE SALUD
HOSPITAL JUÁREZ DE MÉXICO
ESCUELA DE ENFERMERIA
Con estudios incorporados a la UNAM



TITULO:

CURSO-TALLER “PROCESO DE ATENCION ENFERMERIA, INTERRELACIÓN
NANDA, NOC-NIC”

PRESENTA:

ARANDA MONROY ANAYELI
SÁNCHEZ RAMÍREZ MARÍA TERESA

2012

INTRODUCCIÓN.

Hoy en día sabemos la importancia de ser profesionales de la salud innovadores ante el desarrollo de las nuevas tecnologías así como de favorecer día a día al paciente, familia y comunidad. Es por ello que nuestro ya conocido “Proceso de Atención de Enfermería” tiene un papel importante para brindar un cuidado de calidad y calidez hacia el paciente pues si recordamos este un sistema de planificación en la ejecución de los cuidados de enfermería, compuesto de cinco pasos: valoración, diagnóstico, planificación, ejecución y evaluación. El cual configura un número de pasos sucesivos que se relacionan entre sí.

Y para poder llevarlo a cabo se debe contar con los conocimientos claros los cuales nos indicaran que nuestro objetivo principal del proceso de enfermería es constituir una estructura que pueda cubrir, individualizándolas, las necesidades del paciente, la familia y la comunidad, así como establecer planes de cuidados individuales, familiares o comunitarios.

Así como la vinculación NANDA, NOC-NIC que nos permitirá poder desarrollar nuestros planes de cuidado de manera específica en cada uno de nuestros pacientes, con necesidades reales y prioritarias.

Es por ello que al transmitir estos conocimientos durante la elaboración del curso-taller lograra que el personal de enfermería logre adquirir mayores conocimientos que serán llevados a la práctica clínica logrando así una mejor atención al paciente.

JUSTIFICACIÓN.

El desarrollo del curso - taller se implementaría con un propósito de modificar esa falta de interacción entre el personal de enfermería y el paciente ya que la aplicación del Proceso de Atención de Enfermería tiene repercusiones sobre la profesión, el cliente y sobre la enfermera; profesionalmente, el proceso enfermero define el campo del ejercicio profesional y contiene las normas de calidad; el cliente es beneficiado, ya que mediante este proceso se garantiza la calidad de los cuidados de enfermería; para el profesional enfermero se produce un aumento de la satisfacción, así como de la profesionalidad. Y el paciente lograra una mejor calidad de vida.

Contando con que el personal de Enfermería lograra mayores conocimientos sobre la interacción NANDA.NOC, NIC identificara necesidades reales del paciente priorizando cada una de ellas y dando un mejor cuidado, se convierte en experta y lograra una mayor satisfacción en el trabajo y un crecimiento profesional.

OBJETIVOS.

- 👉 Logre que el personal de Enfermería identificar necesidades reales del paciente y así brinde una mejor atención y cuidado en su desempeño laboral diario.
- 👉 Motivar al personal de enfermería de Hospital Juárez de México a lograr manejar correctamente cada etapa del proceso de atención enfermería, poniendo énfasis en la elaboración de los diagnósticos de enfermería.
- 👉 Ayudar al personal de enfermería del Hospital Juárez de México para que posea mayor conocimiento para la formulación correcta de los Diagnósticos de enfermería.

PROGRAMACIÓN DESCRIPTIVA.

En septiembre del 2012.

En el Hospital Juárez de México.

Lugar: aula Magna.

Tiempo: 30 horas.

Horario: 8:00am a 14:00pm.

Dirigido: Todo el personal operativo de enfermería.

Costo: \$ 400:00.

PROGRAMACIÓN TEMÁTICA.

Lunes

Inscripciones

Presentación

1. Proceso de Atención de Enfermería

1.1 Concepto de Proceso de Atención de Enfermería (PAE)

1.2 Cuidados Integrales

1.3 Modelos de Cuidados de Enfermería

Receso

1.4 Metodología de elaboración del PAE

1.5 Valoración de Enfermería

1.6 Método para la recogida de datos

Martes

1.7 Aspectos a valorar en las Necesidades Básicas Humanas

1.8 Aspectos a Valorar por Patrones Funcionales de Salud (M. Gordon)

1.9 Dominios y Clases

2. Diagnósticos de Enfermería NANDA

2.1 Diagnósticos enfermeros (Concepto)

Receso

2.2 Definición de diagnósticos (Etiquetas NANDA)

3. Asociación de los diagnósticos enfermeros

3.1 Diagnósticos de Enfermería asociados a Patrones Funcionales de Salud

3.2 Diagnósticos de Enfermería asociados a Dominios y Clases Asociación de los diagnósticos enfermeros

Miércoles

4 Criterios de (Objetivos). NOC-CRE

4.1 Definición de Criterios de Resultado

4.2 Desarrollo de la Clasificación de Resultados de Enfermería (CRE)

Receso

4.3 Clasificación de Resultados de Enfermería (CRE)

4.4 Ejemplificación de Resultados de Enfermería.

Jueves

5. Intervenciones (actividades) NIC-CIE

5.1 Introducción

5.2 Definición de Intervenciones

5.3 Clasificación de Intervenciones de Enfermería (CIE)

5.4 Clasificación de Intervenciones Enfermeras (CIE) no derivadas de diagnósticos enfermeros

Viernes

6. Interrelación NANDA-NOC-NIC

6.1 Introducción

Receso

6.2 Interrelaciones NANDA-NOC-NIC

Evaluación final

Clausura

DESCRIPCIÓN PROGRAMÁTICA

LUNES	MARTES	MIERCOLES	JUEVES	VIERNES
Hora:8:00 a 14:00	Hora:8:00 a 14:00	Hora:8:00 a 14:00	Hora:8:00 a 14:00	Hora:8:00 a 14:00
<p>Inscripciones</p> <p>Presentación</p> <p>1. Proceso de Atención de Enfermería</p> <p>1.1 Concepto de Proceso de Atención de Enfermería (PAE)</p> <p>1.2 Cuidados Integrales</p> <p>1.3 Modelos de Cuidados de Enfermería</p> <p>Receso</p> <p>1.4 Metodología de elaboración del PAE</p> <p>1.5 Valoración de Enfermería</p> <p>1.6 Método para la recogida de datos</p>	<p>1.7 Aspectos a valorar en las necesidades Básicas Humanas</p> <p>1.8 Aspectos a Valorar por Patrones Funcionales de Salud (M. Gordon)</p> <p>1.9 Dominios y Clases</p> <p>2. Diagnósticos de Enfermería NANDA</p> <p>2.1 Diagnósticos enfermeros (Concepto)</p> <p>Receso</p> <p>2.2 Definición de diagnósticos (Etiquetas NANDA)</p> <p>3. Asociación de los diagnósticos enfermeros</p> <p>3.1 Diagnósticos de Enfermería asociados a Patrones Funcionales de Salud</p>	<p>3.2 Diagnósticos de Enfermería asociados a Dominios y Clases</p> <p>Asociación de los diagnósticos enfermeros</p> <p>4. Criterios de (Objetivos). NOC-CRE</p> <p>4.1 Definición de Criterios de Resultado</p> <p>4.2 Desarrollo de la Clasificación de Resultados de Enfermería (CRE)</p> <p>Receso</p> <p>4.3 Clasificación de Resultados de Enfermería (CRE)</p> <p>4.4 Ejemplificación de Resultados de Enfermería.</p>	<p>5. Intervenciones (actividades)</p> <p>NIC-CIE</p> <p>5.1 Introducción</p> <p>5.2 Definición de Intervenciones</p> <p>5.3 Clasificación de Intervenciones de Enfermería (CIE)</p> <p>Receso</p> <p>5.4 Clasificación de Intervenciones Enfermeras (CIE) no derivadas de diagnósticos enfermeros</p>	<p>6. Interrelación NANDA-NOC-NIC</p> <p>6.1 Introducción</p> <p>Receso</p> <p>6.2 Interrelaciones NANDA-NOC-NIC</p> <p>Evaluación final</p> <p>Clausura</p>