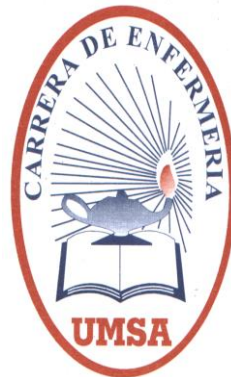




UNIVERSIDAD MAYOR DE SAN ANDRÉS
FACULTAD DE MEDICINA, ENFERMERÍA,
NUTRICIÓN, TECNOLOGÍA MÉDICA

UNIDAD DE POST GRADO
ESPECIALIDAD MÉDICO QUIRÚRGICO



**IMPLANTACIÓN DEL PROCESO ENFERMERO EN LA ATENCION DEL
CUIDADO DE LA SALUD HUMANA EN PACIENTES DE MEDICINA INTERNA
DEL HOSPITAL DE COROICO A PARTIR DEL TERCER TRIMESTRE DE LA
GESTION 2008**

**PROPUESTA DE INTERVENCIÓN PARA OPTAR POR EL TITULO DE ESPECIALISTA
EN ENFERMERÍA MEDICO QUIRURGICO**

TUTOR: DAEN Jorge Sainz Saavedra MD, MPH

COORDINADORA: MG SP. Iblin Elizabeth Enríquez Flores

**AUTORAS: AMANDA ELENA LOMA ALVARES
ESTHER MOLLINEDO SUNTURA**

La Paz, mayo 2008

RESUMEN.

Las dimensiones de la práctica de enfermería han evolucionado en respuesta a los cambios científicos y tecnológicos, educativos y políticos experimentados por la sociedad. La práctica de la enfermería ha sido definida por los dirigentes de la misma por organizaciones profesionales y por colegios profesionales.

El proceso de enfermería es el método por el que se aplican los sistemas teóricos de enfermería a la práctica real. Proporciona la base para cubrir las necesidades individualizadas del usuario de la familia y de la comunidad. Esta organizado en cinco etapas: Valoración, diagnóstico, planificación, ejecución y evaluación, el proceso de enfermería se ha caracterizado como intencionado sistemático dinámico interactivo flexible y basado en teorías.

El proceso de enfermería exige como requisito previos, opiniones conocimientos y habilidades. Las opiniones forman el sistema teórico sobre el que basa la práctica de enfermería. Los conocimientos y habilidades constituyen los instrumentos para la valoración el diagnóstico la planificación la ejecución y la evaluación.

El uso del proceso de enfermería tiene consecuencias para el profesional de enfermería para el cliente y para el profesional de enfermería en particular. En sentido profesional el proceso de enfermería define el alcance de la práctica de la enfermería e identifica las directrices de la asistencia de enfermería. El cliente se beneficia del uso del proceso de enfermería ya que le asegura la calidad de asistencia a tiempo que estimula al cliente a participar en la misma.

Por lo tanto se implementara el modelo de Virginia Henderson, según las 14 necesidades básicas.

De acuerdo a encuestas realizadas a las profesionales de enfermería en el Hospital de Coroico un 62% aplica solo planes de cuidado parcialmente, el 100% muestra interés para poder aplicarlo dicho instrumento y consideran que es importante.

INDICE

| | |
|---|----|
| I. INTRODUCCIÓN | 1 |
| II. DISEÑO TEORICO | 2 |
| 1. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA | 2 |
| 1.1. Formulación de problema | 3 |
| 2. OBJETIVOS | 4 |
| 2.1. Objetivo general | 4 |
| 2.2. Objetivos específicos | 4 |
| 3. JUSTIFICACIÓN | 5 |
| III. MARCO TEÓRICO | 6 |
| 1. Marco referencial | 6 |
| 2. Marco conceptual | 7 |
| 2.1. Definición | 7 |
| 2.2. Proceso de atención de enfermería | 9 |
| 2.3. Objetivo del proceso | 10 |
| 2.4. Características del proceso enfermero | 10 |
| 3. Etapas del Proceso de atención de enfermería | 12 |
| 3.1. Valoración | 12 |
| 3.2. Diagnostico | 19 |
| 3.3. Planificación | 26 |
| 3.4. Ejecución | 35 |
| 3.5. Evaluación | 36 |

| | |
|--|----|
| 4. VARIABLES DE ESTUDIO | 39 |
| 4.1. dependientes | 39 |
| 4.2. independientes | 39 |
| IV. DISEÑO METODOLOGICO | 39 |
| 1. tipo de estudio | 39 |
| 2. universo, muestra y unidad de análisis | 40 |
| 3. tipo de muestra | 40 |
| 4. Método de recolección de datos | 40 |
| 5. análisis de los resultados | 41 |
| 5. PRESUPUESTO | 47 |
| 6. CRONOGRAMA DE ACTIVIDADES | 48 |
| V. METODOLOGÍA DE LA PROPUESTA DE INTERVENCION | |
| 1. Introducción | 49 |
| 2. Objetivo general | 50 |
| 3. Objetivos específicos | 50 |
| 4. Diagnostico situacional | 50 |
| 5. Estrategias de solución | 50 |
| 6. Plan de acción | 51 |
| 7. Intervención | 52 |
| 8. Resultados | 55 |
| BIBLIOGRAFÍA | |
| ANEXO | |

AGRADECIMIENTO

Agradecemos a Dios por habernos dado la oportunidad de continuar nuestros estudios en el post grado, así como a la UMSA muy especialmente a DAEN JORGE SAINZ SAAVEDRA MD, MPH por guiarnos desinteresadamente en este trabajo.

DEDICATORIA

Dedicamos el presente trabajo a nuestra querida familia por habernos brindado paciencia y apoyo en todo este tiempo.

I. INTRODUCCIÓN.

El profesional de enfermería como prestador de atención sanitaria cubre las necesidades totales del cliente. Desde entonces han a perecido varios factores que han alterado las dimensiones de la practica de la enfermería como cambios sociales científicos o tecnológicos docentes económicos y políticos, durante el proceso evolutivo el hilo central que ha mantenido es el enfoque del profesional de enfermería en las necesidades totales del cliente. El papel que desempeña el profesional de enfermería en la prestación de estos servicios secundarios a pasado de prestador a coordinador. Esto permite al profesional de enfermería concentrarse en el conjunto de conocimientos exclusivos de la enfermería en cuanto a la resolución de los problemas del cliente

El proceso de enfermería es el instrumento científico del profesional de enfermería lo que le permite administrar los cuidados individualizados en la atención de la salud humana, en forma holística, también sirve en el proceso educativo, en la formación de recursos humanos.

En la actualidad en el Hospital de Coroico no se tiene el antecedente del uso del proceso de atención de enfermería, por lo tanto se ve la necesidad de implantar dicho instrumento para mejorar las intervenciones en forma individual al paciente de acuerdo a la necesidad o problemas encontrados.

II. DISEÑO TEORICO.

1. 1. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA.

Al ser una institución de segundo nivel de atención, se quiere mejorar la calidad de atención hacia el paciente, con la guía del proceso de enfermería como instrumento y al mismo tiempo que la profesional de enfermería cumpla su función independiente, porque el trabajo de la enfermera es en base a planes de cuidados que incluyen los cinco pasos del proceso enfermero, desde una valoración hacia una evaluación.

La enfermera tiene como papel esencial gestionar y brindar cuidados a la salud humana, pacientes, familias de forma holística. Pero al realizar la práctica profesional intrahospitalaria se detecta una incongruencia entre lo teórico y lo real pues se observa a la enfermera durante la mayor parte del tiempo, realizando múltiples procedimientos de rol interdependiente, haciendo así que el rol independiente no se realiza en forma efectiva, lo que hace notar que no existen iniciativas propias para resolver problemas reales y potenciales que manifiesta el paciente durante el tiempo de estancia hospitalaria.

Demostrándose así la falta de una guía del proceso de enfermería en el Hospital de Coroico y que este sea parte del expediente clínico del paciente en el sentido de que proporcionará el mecanismo por que el profesional de enfermería utilizará sus opiniones, conocimientos y habilidades para diagnosticar y tratar la respuesta del cliente a los problemas reales y potenciales.

1. 2. FORMULACIÓN DEL PROBLEMA.

¿Es necesario implantar un diseño del proceso de enfermería como modelo de atención del cuidado a la salud humana en pacientes del servicio de medicina interna del Hospital de Coroico a partir del tercer trimestre de la gestión 2008?

2. OBJETIVOS.

2. 1. Objetivo general

Implantar un diseño (guía) del proceso de enfermería como modelo de atención del cuidado a la salud humana en pacientes del servicio de medicina interna del Hospital de Coroico a partir del tercer trimestre de la gestión 2008.

2. 2. Objetivos específicos

1. Analizar el conocimiento de las enfermeras sobre el proceso enfermero y su relación con la aplicación en la práctica profesional.
 2. Elaborar propuesta de guía del proceso de enfermería para pacientes de Medicina Interna.
 3. Realizar la validez del contenido de la guía del proceso de enfermería.
-

3. JUSTIFICACIÓN

El proceso de enfermería es el instrumento fundamental en el desempeño profesional de la enfermería.

El presente estudio es elaborado por la imperiosa necesidad de proporcionar información actualizada y para la unificación de criterios sobre el manejo del proceso de enfermería, mediante la aplicación de la guía diseñada como instrumento.

El mejoramiento continuo es una estrategia de gestión de calidad ya que en el transcurso de su formación de pre grado el estudiante de enfermería es capacitado durante cinco años sobre el manejo y llenado del proceso de enfermería, durante la vida profesional dicho instrumento ya no es aplicado, por lo tanto el profesional no cumple con el rol independiente solo se basa en cumplir el rol dependiente (derivada) e interdependiente, por lo tanto disminuye la calidad de atención de enfermería. Por lo mismo es menester implantar una guía del proceso de enfermería para las profesionales de enfermería e incursionar para su aplicabilidad, en el caso del Hospital de Coroico en el transcurso del ejercicio profesional de enfermería se evidencia la necesidad de implantar una guía del proceso de enfermería con el objetivo de contribuir en la mejora de atención de calidad y calidez, que la enfermera pueda cumplir su rol.

III. MARCO TEORICO.

1. MARCO REFERENCIAL

El Hospital de Coroico se encuentra en la Provincia Nor Yungas del departamento de La Paz es un hospital de referencia de segundo nivel de atención que cuenta con las especialidades básicas y servicio de hospitalización.

Breve reseña Histórica: El Hospital de Coroico se crea un 6 de marzo de 1990, por que en los yungas no existía un Hospital de segundo Nivel, solo se contaba con Centros de Salud gracias al Proyecto Socio comunitario y de Salud y el apoyo del Fondo de Solidaridad Italia a cargo de Don Mario Pique, quien confió este proyecto al Padre Camilo Rufino.

La construcción de este Hospital fue a Cambio del desarrollo alternativo, por que ninguna región de los Yungas no aceptaban el Desarrollo Alternativo, Coroico si acepto este desarrollo alternativo por esa razón se construyo este Hospital de Segundo Nivel de Atención.

El equipamiento se realiza gracias al fondo de solidaridad Italiana incluido técnicos para capacitación.

La parte Administrativa esta confiada a alas hijas de Santa Ana, por sus experiencias en el campo de la salud, se inicio con la administración de dos hermanas Dos Bolivianas y dos Italianas, desde la fundación hasta hoy ellas están encargadas de la administración.

En 1996 con la Ley de Municipalidades, el Hospital fue entregado al Municipio de Coroico, en convenio con Centro de Solidaridad Italiana e Hijas de Santa Ana, bajo un convenio interinstitucional, con la administración de la Hijas de Santa Ana. Para dar una sostenibilidad el Hospital se crea una ONG Boliviana para garantizar el funcionamiento de la Institución y representada con el Comité Interyungueño e Hijas de Santa Ana.

El hospital de Coroico, es un hospital de segundo nivel de atención, cuenta con especialidades básicas de medicina Interna, cirugía, ginecología, pediatría, traumatología, odontología, extensión comunitaria (salud comunitaria),

emergencias, cuentas con servicios de exámenes complementarios Rayos X, laboratorio, ecografías.

El departamento de enfermería esta conformada por jefe de enfermeras, enfermera encargada de salud publica, enfermera del área quirúrgica, enfermeras de plantas (5) distribuidas por turnos mañana, tarde y noche A – B y una Lic. Volante, con 6 horas de jornada laboral de martes a domingo y contamos con 12 auxiliares de enfermería distribuidas de la siguiente manera: en consultorio externo, emergencia, salud pública, área quirúrgica, hospitalización.

2. MARCO CONCEPTUAL:

2. 1. DEFINICIONES:

Existen en la actualidad diferentes definiciones del Proceso de Enfermería:

Alfaro: lo define como “un método sistemático y organizado para administrar cuidados de enfermería individualizados” ya que cada persona responde de forma distinta ante una alteración real o potencial.

Marriner: añade “que es el conjunto de una serie de pasos que intenta lograr un resultado en particular con base en la planeación y ejecución sistemática de los cuidados de enfermería”.

Yura y Walsh (1988) arman que el “Proceso de Enfermería es una serie designada de acciones que pretenden cumplir con el propósito de enfermería”. Este propósito es conservar el estado óptimo de salud del cliente y en caso de cambiar este estado proporcionar la cantidad y calidad de los cuidados de enfermería que requiera su estado para recuperar la salud, en caso de no poder recuperar la salud el Proceso de Enfermería debe contribuir a la calidad de vida del cliente, aumentando los recursos para alcanzar la mayor calidad de vida posible durante el máximo tiempo posible.

2. 2. PROCESO DE ATENCION DE ENFERMERÍA

Este término aparece en los escritos de enfermería a mediados de 1955, cuando Lidia Hall describía a la enfermería como un proceso distinto, sin embargo su descripción tardó varios años en tener aceptación como parte del cuidado integral de enfermería. Jhonson (1959), Orlando (1961) y Wiedenbach(1963), desarrollan in proceso de tres fases diferentes que contenía elementos rudimentarios del proceso de cinco fases actual. Posteriormente en 1967, Yura y Walsh crearon un primer texto que describía un proceso con cuatro fases: valoración, planeación, ejecución y evaluación. Bloch en 1974 y Roy en 1975 añadieron la etapa de diagnóstico dando lugar a un proceso de cinco fases.

Desde ese momento, el proceso de enfermería ha sido legitimizado como el sistema de la práctica de la enfermería. La ANA utilizo el proceso de enfermería como guía para el desarrollo de las pautas de la asistencia.

Aunque el Proceso de Enfermería está siendo utilizado por las enfermeras desde hace dos décadas, ha sido en los últimos 5 - 10 años que se ha experimentado un enorme desarrollo. Linda Carpenito, señala que la maestría y eficiencia de la actuación de enfermería dependen de la utilización exacta del Proceso de Enfermería, así mismo complementa que una enfermera experta en esta técnica de solución de problemas puede actuar con habilidad y éxito con sus clientes en cualquier escenario donde se desarrolle su práctica.

En la actualidad existen diversas publicaciones sobre el Proceso de Enfermería que muestran diferentes enfoques de su aplicación, pero son escasos los que profundizan en cada una de sus etapas.

Del PE se habla continuamente pero se utiliza poco. En nuestro medio por ejemplo, las facultades de enfermería del país lo enseñan teóricamente y lo aplican parcialmente en las prácticas a usuarios hospitalizados delimitándolos por grupos o divisiones por ciclo vital humano. Dentro de estas rotaciones los estudiantes elaboran planes de atención con base en el proceso; sin embargo, el

poco tiempo dedicado a las prácticas dificulta la ejecución de esas actividades creando en ocasiones sentimientos de frustración al no poder ejecutar su plan.

Proporciona ventajas para el paciente:

- *Continuidad en la atención:* el enfermo no tiene que seguir repitiendo sus inquietudes a cada uno de los profesionales que lo asisten pues el plan de cuidado proporciona esta información.
- *Calidad de atención:* la entrevista de ingreso realizada por el enfermero permite la elaboración de un plan de atención que servirá como guía para otros enfermeros y estudiantes. La evaluación y revisión continuas aseguran un nivel de atención de acuerdo con la situación de salud del individuo.

Los nuevos profesionales son los encargados de promover, aplicar y evaluar los beneficios o dificultades que el proceso les ocasione y así decidir si se continúa por el mismo camino o si hay que cambiar de método. Teniendo en cuenta la demanda de calidad y de restricción de costos es necesario proporcionar nuevas estrategias para el cuidado de enfermería. Una de estas corresponde al manejo de caso. Este es un sistema en el cual el plan de cuidado de enfermería y el de cuidados médicos se combinan en un documento, proporcionando atención de calidad en términos de costo. Zander en 1988 denomina este planteamiento como “La segunda generación de planes de enfermería.”

El Proceso de Enfermería fomenta la innovación y creatividad a la hora de solucionar los problemas de atención de enfermería. Esto evita el aburrimiento que podría deberse a un enfoque repetitivo orientado a una tarea.

El proceso de atención de enfermería (PE) exige del profesional habilidades y destrezas afectivas, cognoscitivas y motrices para observar, valorar, decidir, realizar, evaluar e interactuar con otros. Así mismo, se hace necesario el conocimiento de las ciencias biológicas, sociales y del comportamiento. Todo esto es indispensable para ayudar a los sujetos de atención, a través de la aplicación del proceso de enfermería, a alcanzar su potencial máximo de salud. El PE

requiere una actividad especial y continua con el sujeto de atención porque trata de mejorar la respuesta humana.

2. 3. Objetivos del Proceso.

- Establecer una base de datos.
- Identificar las necesidades reales y potenciales del paciente, familia y comunidad.
- Determinar:
 - o Las prioridades de los cuidados.
 - o Poner en práctica los objetivos.
 - o Evaluar los resultados esperados.
- Establecer un plan de cuidados programando las actividades de enfermería.
- Determinar la eficacia con respecto a los resultados esperados.
- Establecer planes de cuidados individuales, familiares o comunitarios.
- Valida las observaciones con el cliente y de forma conjunta utilizan el proceso de enfermería.

2. 4. Características del proceso de enfermería.

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.

- Tiene una **finalidad**: Se dirige a un objetivo, conseguir cuidados de calidad dirigidos al cliente, familia y comunidad.
 - 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.
- **Universal**. Pues se adapta a todos los campos de enfermería (atención primaria, Hospital,...)
- **Individual**. Porque permite prestar cuidados individualizados centrándose en la persona y no en la tarea.
- **Interpersonal**. El proceso exige que el personal de enfermería se comunica directa e individualmente con el paciente.
- **Continuo**. Porque exige una evaluación y modificación continua de forma sistemática del proceso dependiendo de toda la información que conforma en todo el día.

Ventajas del proceso de enfermería con respecto al paciente.

- Permite dar cuidados integrales de forma individual y continua asegurando la calidad de cuidados.
- El plan de cuidados está centrado en las 'respuestas humanas' y no en tratar a la enfermedad.
- Fomenta el establecimiento de objetivos comunes.
- Estimula la participación del paciente a participar en las decisiones relativas al cuidado de su propia salud.
- Evita la reiteración de información del paciente a cada enfermero/a.
- Logra una continuidad de los cuidados.

Ventajas del proceso de enfermería para el equipo de enfermería.

- Constituye un instrumento para evaluar continuamente la calidad del proceso.
 - Permite realizar las actividades de forma eficaz y eficiente y dirigida a los objetivos planteados.
 - Hace posible la investigación en enfermería.
 - Facilita la comunicación entre profesionales de enfermería.
-

- Permite trabajar de forma ordenada y con los mismos criterios.
- Racionaliza el tiempo, el trabajo y los recursos. Aumenta la satisfacción de los profesionales de enfermería ante la consecución de los resultados.
- Coordina los esfuerzos de todo el equipo de enfermería.
- Previene de acciones legales.

3. ETAPA DEL PROCESO DE ENFERMERIA

1. Valoración:

Es la primera fase proceso de enfermería, consta de dos componentes : recogida de datos y documentación. 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.

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.

Es primordial seguir un orden en la valoración, de forma que, en la práctica, la enfermera adquiriera un hábito que se traduzca en no olvidar ningún dato, obteniendo la máxima información en el tiempo disponible de la consu1ta de Enfermería. La sistemática a seguir puede basarse en distintos criterios:

- Criterios de valoración siguiendo un orden de "cefalocaudal":
 - Criterios de valoración por "sistemas y aparatos":
-

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.
- Sentido común.
- Flexibilidad.

Tipos y fuentes de datos

Tipos de datos

Subjetivos. La percepción individual de una situación o una serie de acontecimientos.

Objetivos. Información susceptible de ser observada y medida.

Históricos. Situaciones o acontecimientos que se han producido en el pasado.

Actuales. Situaciones o acontecimientos que se están produciendo en el momento.

Fuentes de datos

Primarias. Información obtenida directamente del cliente.

Secundarias. Información sobre un cliente obtenida de otras personas, documentos o registros.

Métodos para obtener datos:

Entrevista Clínica:

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 clínica tiene que ser comprendida desde dos ámbitos:

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

La entrevista puede verse interrumpida por los ruidos, entendiendo por esto no solamente los ruidos audibles sino también, la imagen global que ofrece el centro sanitario. Tres tipos de interferencias:

- o Interferencia cognitiva: Consisten en que el problema del paciente no es percibido o comprendido por el entrevistador.
-

- o Interferencia emocional Es frecuente, consiste en una reacción emocional adversa del paciente o del entrevistador.
- o Interferencia social: En este caso las diferencias sociales conllevan en el profesional una menor conexión emocional a una menor implicación, y a prestar menor información al paciente.

Las técnicas verbales son:

- o El interrogatorio permite obtener información.
- o La reflexión o reformulación.
- o Las frases adicionales, estimula la continuidad del proceso verbal de la entrevista.
- o Las técnicas no verbales: Las más usuales son:
 - o Expresiones faciales,
 - o La forma de estar y la posición corporal,
 - o Los gestos,
 - o El contacto físico,
 - o La forma de hablar.

Para finalizar la entrevista y siguiendo a Briggs, J. (1985) y Gazda G.M. (1975) concretaremos las cualidades que debe tener un entrevistador: empatía, calidez, concreción, y respeto.

- Empatía: 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.
 - 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 Borrell (1989).
-

- **Concreción:** Es la capacidad del entrevistador para delimitar los objetivos mutuos Y compartidos de la entrevista, Borrell (1989).

B) La observación:

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.

C) 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.

La enfermera utiliza cuatro técnicas específicas: inspección, palpación, percusión y auscultación.

- **Inspección:** es el examen visual cuidadoso y global del paciente, para determinar estados o respuestas normales o anormales. Se centra en las características físicas o los comportamientos específicos (tamaño, forma, posición, situación anatómica, color, textura, aspecto, movimiento y simetría).
 - **Palpación:** Consiste en la utilización del tacto para determinar ciertas características de la estructura corporal por debajo de la piel (tamaño, forma, textura, temperatura, humedad, pulsos, vibraciones, consistencia y movilidad). Esta técnica se utiliza para la palpación de órganos en abdomen. Los movimientos corporales Y la expresión facial son datos que nos ayudarán en la valoración
 - **Percusión:** implica el dar golpes con uno o varios dedos sobre la superficie corporal, con el fin de obtener sonidos. Los tipos de sonidos que podemos diferenciar son: Sordos, aparecen cuando se percuten músculos o huesos. Mates: aparecen sobre el hígado y el bazo. Hipersonoros: aparecen cuando
-

percutimos sobre el pulmón normal lleno de aire Y Timpánicos: se encuentra al percutir el estómago lleno de aire o un carrillo de la cara.

- Auscultación:** consiste en escuchar los sonidos producidos por los órganos del cuerpo. Se utiliza el estetoscopio y determinamos características sonoras de pulmón, corazón e intestino. También se pueden escuchar ciertos ruidos aplicando solo la oreja sobre la zona a explorar.

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

- Cefalocaudal.
- Por sistemas corporales o aparatos.
- Por patrones funcionales de salud, permite la recogida ordenada para centrarnos en áreas funcionales concretas.

Validación de datos:

En comunicación existen técnicas de reformulación que nos ayudan a comprender más fielmente los mensajes del paciente, evitando las interpretaciones.

Se consideran datos verdaderos aquellos datos 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 (Maslow, 1972), o por patrones funcionales (Gordon, 1987), etc. La información ya ha sido recogida y validada, ahora los datos se organizan mediante categorías de información. Estas categorías ya las hemos visto en el apartado de examen físico y como

habíamos apuntado, para el establecimiento de la agrupación, se debe elegir la que más se adapte al modelo desarrollado en cada centro asistencial, etc.

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 (véase tema referente a la garantía de la calidad de los cuidados enfermeros).
- Permite una evaluación para la gestión de los servicios enfermeros, incluida la gestión de la calidad.
- Prueba de carácter legal
- Permite la investigación en enfermería
- Permite la formación pregrado y postgrado

Las normas que Iyer (1989), establece para la correcta anotación de registros en la documentación son:

- 1 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.
 - 2 Las descripciones e interpretaciones de los datos objetivos se deben apoyar en pruebas y observaciones concretas.
 - 3 Se deben evitar las generalizaciones y los términos vagos como, «normal», «regular», etc.
 - 4 Los hallazgos deben describirse de manera metódica, forma, tamaño, etc.
 - 5 La anotación debe ser clara y concisa.
-

- 6 Se escribirá de forma legible y con tinta indeleble. Trazar una línea sobre los errores.
- 7 Las anotaciones serán correctas ortográfica y gramaticalmente. Se usarán solo las abreviaturas de uso común.

2. Diagnóstico:

La lucha de las enfermeras por definir el campo de la profesión y con el objetivo de obtener un status profesional enfocó sus investigaciones hacia el desarrollo del diagnóstico de enfermería. De esta forma la American Nursing Association (ANA) apoyó e impulsó el diagnóstico de enfermería puesto que el campo de acción iba aumentando en la promoción de la salud y por ello se destacaba la necesidad de obtener una comunicación más apropiada entre los profesionales de enfermería y así asegurar la atención y un cuidado integral que es la meta de este proceso.

Definiciones:

Un diagnóstico es básicamente una exposición que identifica la existencia de un estado no deseable.

El D.E. es la expresión del problema de un paciente a la cual se llega haciendo deducciones sobre los datos recogidos. Este problema puede ser recogido por la propia enfermera. **(Mundinger y Jauron)**

El D.E. es un proceso de deducción clínica a través de la observación de los cambios físicos o psicológicos que se producen en el paciente: si se hace correcta e inteligentemente, conducirá a la identificación de las posibles causas de la sintomatología. **(Aspinal)**

El D.E. describe los problemas de salud reales o potenciales que las enfermeras en virtud de su educación y experiencia están capacitadas y autorizadas a tratar.

(Gordon)

El D.E. es una explicación que describe un estado de salud o una alteración real o potencial en los procesos vitales de una persona (fisiológico, psicológico, sociológico, de desarrollo y espiritual). La enfermera utiliza el proceso de

enfermería para identificar y sintetizar los datos clínicos y para disponer intervenciones de enfermería que reduzcan, eliminen o prevengan (promoción de la salud) las alteraciones de la salud que pertenezcan al dominio legal y educativo de la enfermería. **(Carpenito)**

Taxonomía NANDA.

Es la taxonomía más extendida. Surge en los años 70 por las ventajas que conlleva el trabajo en equipo.

Requiere a los profesionales que los datos obtenidos de los enfermeros sean codificados, para ser incluidos luego en una base informática, también requiere que cada disciplina de cuidados que no sean dados por otros miembros del equipo de salud.

En 1973 Kristine Gebbie y Mary Ann Lavin ayudan a constituir la taxonomía NANDA, formando un grupo de trabajo entre enfermeras teórica y asistenciales en la primera conferencia nacional para la clasificación de los diagnósticos, la asistencia era por invitación, y, en grupos, debían generar diagnóstico relacionados con sistemas funcionales específicos, aceptándose o no los diagnósticos por el voto de los asistentes (lo que explica que algunos diagnósticos fuesen aceptados, eliminados después y de nuevo recuperados)

Sor Callista Roy, trabaja desde la tercera conferencia en el desarrollo de la base conceptual del esquema de clasificación y formación de una taxonomía propia, a partir del método inductivo, se estudió la lista alfabética de etiquetas diagnósticas, generando unos patrones que agrupan los diagnósticos habituales, los cuales tiene cuatro niveles de abstracción. Los presentan en la 5ª conferencia, en 1982, en la que se abren las puertas a todos los profesionales enfermeros, creándose oficialmente la NANDA, cuyo objetivo principal es desarrollar y perfeccionar los diagnósticos de enfermería y la formación de una taxonomía diagnóstica propia, descubriendo que es un mero listado alfabético de ordenación sin una base conceptual, Callista Roy presenta la base teórica, que son los nueve patrones del hombre unitario, que son:

- Intercambio, implica el mutuo dar y recibir.
- Comunicación, implica enviar mensajes.
- Relaciones, implica el establecimiento de vínculos.
- Valores, implica la asignación de valores relativos.
- Elección, implica la selección de alternativas.
- Movimiento, implica la actividad.

Percepción, implica la recepción de información.

- Conocimiento, implica comprender el significado asociado a la información.
- Sentimientos/sensaciones, implica el conocimiento subjetivo de la información.

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.

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.

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

- **Investigación:** Para poder investigar sobre los problemas de Salud que los profesionales de enfermería estamos capacitados para tratar, es necesario que los mismos estén bien definidos y universalizados, a fin de que los resultados de las investigaciones, puedan ser comprendidos y aplicados por otros enfermeros. 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.
-

- **Docencia:** la inclusión de los Diagnósticos de Enfermería en el currículo básico debe iniciarse y continuarse de forma coherente, y prolongarse de forma progresiva a lo largo de todo el currículo. Permite:
 - 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 intradisciplinar.
- **Gestión:** Algunas ventajas de los Diagnósticos de Enfermería son:
 - Ayudar a determinar los tiempos medios requeridos, Y por tanto, facilitar la organización y sistematización de las actividades de cuidados.
 - Permitir, 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.

Tipos de diagnósticos:

Cuatro tipos de diagnósticos, 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 (Gordon 1990). El término "real" no forma parte del enunciado en un Diagnostico de Enfermería real. Consta de tres partes, formato PES: problema (P) + etiología, factores causales o contribuyentes (E) + signos/síntomas (S). Estos últimos son los que validan el Diagnóstico.
-

- **Alto Riesgo:** es un juicio clínico de que un individuo, familia o comunidad son más vulnerables a desarrollar el problema que otros en situación igual o similar. Para respaldar un Diagnóstico potencial se emplean los factores de riesgo. 1.a descripción concisa del estado de Salud alterado de la persona va precedido por el término "alto riesgo" . Consta de dos componentes, formato PE: problema (P) + etiología/factores contribuyentes (E).
- **Posible:** son enunciados que describen un problema sospechado para el que se necesitan datos adicionales. La enfermera debe confirmar o excluir. Consta de dos componentes, formato PE: problema (P) + etiología/factores contribuyentes (E).
- **De bienestar:** juicio clínico respecto a una persona, grupo o comunidad en transición desde un nivel específico de bienestar hacia un nivel más elevado. Deben estar presentes dos hechos: deseo de un nivel mayor de bienestar y estado o función actual eficaces. Son enunciados de una parte, conteniendo sólo la denominación. No contienen factores relacionados. Lo inherente a estos Diagnósticos es un usuario o grupo que comprenda que se puede lograr un nivel funcional más elevado si se desea o si se es capaz. La enfermera puede inferir esta capacidad basándose en i los deseos expresos de la persona o del grupo por la Educación para la Salud.

Podemos añadir un quinto tipo:

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

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

- Unir la primera parte (P) con la segunda (E) utilizando " relacionado con" mejor que "debido a" o "causado por". No quiere significar necesariamente que hay una relación causa-efecto directa.
- La primera parte del Diagnóstico identifica la respuesta de la persona, y no una actividad de Enfermería.
- Redactar en términos convenientes y aconsejables desde lo 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 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.

3. 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. La fase de planeación del proceso de enfermería incluye cuatro etapas, Carpenito (1987) e Iyer (1989).

Etapas en el Plan de Cuidados

Determinación de prioridades:

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 (1972), 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 biofisiológico, 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 (1972), favorece en gran medida la recuperación de la enfermedad.

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.

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.

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, en la que nos dice que «la identificación de las actuaciones apropiadas y los objetivos afines dependen de que la enfermera reconozca los 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.

Medio plazo: para un tiempo intermedio, 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.

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.
- Deben ser medibles.
- Deben ser específicas en cuanto a contenido (hacer, experimentar o aprender) y a sus modificadores (quién, cómo, cuándo, dónde, etc.).

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 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.

Intervenciones 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 (Iyer 1989).

El paciente y los familiares deben participar, siempre que sea posible, en las decisiones relativas a las intervenciones enfermeras.

- 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, Iyer (1989).

- Dependientes: Son las actividades relacionadas con la puesta en práctica de las actuaciones médicas.
- 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 Iyer (1989), 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.
- 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.
- 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, entorno 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.

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,

Y también, la determinación de actividades de enfermería para los problemas interdependientes; según Carpenito (1987) son:

- 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 Iyer (1989):

- 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.

Registros 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 Christensen (1986), "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,
- La comunicación, y
- La evaluación, Bower (1982).

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. Los diagnósticos, resultados esperados y las actuaciones, que ya no tengan validez deben ser eliminados.

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 (criterios de resultado)
 - Intervenciones de enfermería.
 - Evaluación (resultados de la evolución del plan).
-

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.
- Estandarizado: Según Mayers (1983), « 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.

4. 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

La ejecución se lleva a cabo en tres etapas: preparación, intervención y documentación.

La primera etapa de la fase de ejecución le exige que se prepare para comenzar las intervenciones de enfermería, esta preparación consiste en una serie de actividades cada una de las cuales exige el uso de razonamiento crítico:

- Revisión de las intervenciones de enfermería para asegurarse de que son compatibles con el plan de cuidados establecidos.
- Análisis del conocimiento de enfermería y de las habilidades necesarias.
- Reconocimiento de las complicaciones potenciales asociadas a actividades de enfermería concretas.
- Proporcionar los recursos necesarios.
- Preparación de un entorno seguro que conduzca a los tipos de actividades necesarias.

La segunda etapa de la fase de ejecución, es la revisión de las intervenciones de enfermería diseñado para cubrir la mayor parte de las necesidades físicas o emocionales del cliente su abordaje puede incluir el inicio de acciones dependientes e interdependientes. Las intervenciones diseñadas para cubrir las necesidades físicas y emocionales del cliente son numerosas y variadas, como dependiendo de los problemas individuales específicas.

La tercera etapa de la ejecución es la documentación completa y exacta de los acontecimientos que tiene lugar en esta etapa del proceso de enfermería (numerar pagina)

5. 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 Christensen (1982).

El proceso de evaluación consta de dos partes

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

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.

4. VARIABLES DE ESTUDIO

4.1. Dependientes

Guía del proceso enfermero

4.2. Independientes

- a. Tiempo del ejercicio de la profesión
- b. Importancia de implantar
- c. Uso del proceso enfermero
- d. Sobrecarga de trabajo

IV. DISEÑO METODOLOGICO

1. Tipo de estudio.

1. 1. Según el tiempo de ocurrencia de los hechos y registros de la información: El tipo de estudio a realizarse es prospectivo, por que se realizará la recolección de información de acuerdo como se va desarrollando la investigación.

1. 2. Según al periodo y secuencia del estudio: Por las características del estudio, según la trascendencia de tiempo la recolección de datos clasifica como transversal. Por que por medio de este instrumento de trabajo los datos obtenidos son recolectados en un tiempo determinado de manera simultanea.

1. 3. Según el análisis y alcance de los resultados: Se realizará el análisis e interpretación de los resultados obtenidos por medio de la investigación y se describirá los aspectos cualitativos del personal de enfermería.

1. 4. Según el control que tiene el investigador de las variables: Se trata de un tipo de investigación de intervención, porque se elabora un instrumento a base de los datos obtenidos por medio del estudio en el Hospital de Coroico.

2. Universo, muestra y unidad de análisis.

Se cataloga a las licenciadas en enfermería que son en 8 y que desempeñan su función como profesionales en el Hospital de Coroico.

3. Método de recolección de datos.

3. 1. Encuesta. Este instrumento se quiere aplicar para la recolección de datos e información de los elementos de estudio. Será sistemáticamente ordenada, estructurado y recolectada por la encuesta.

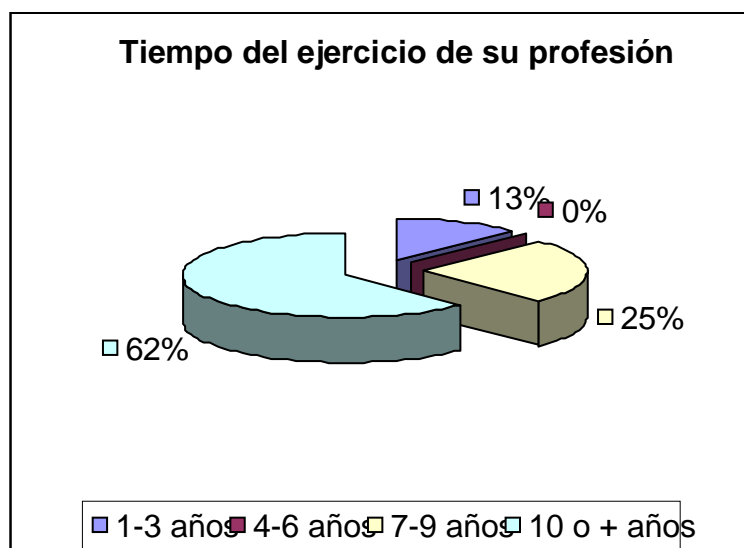
4. Análisis de los resultados:

Cuadro N° 1

Tiempo de ejercicio de la profesión en el Hospital de Coroico

| Experiencia | Nº | % |
|--------------|----------|-------------|
| 1-3 años | 1 | 13% |
| 4-6 años | 0 | 0 |
| 7-9 años | 2 | 25% |
| 10 o + años | 5 | 62% |
| Total | 8 | 100% |

El 62% de las profesionales llevan ejerciendo la profesión por más de 10 años, el 25% entre 7 – 9 años y el 13% en su primer año.



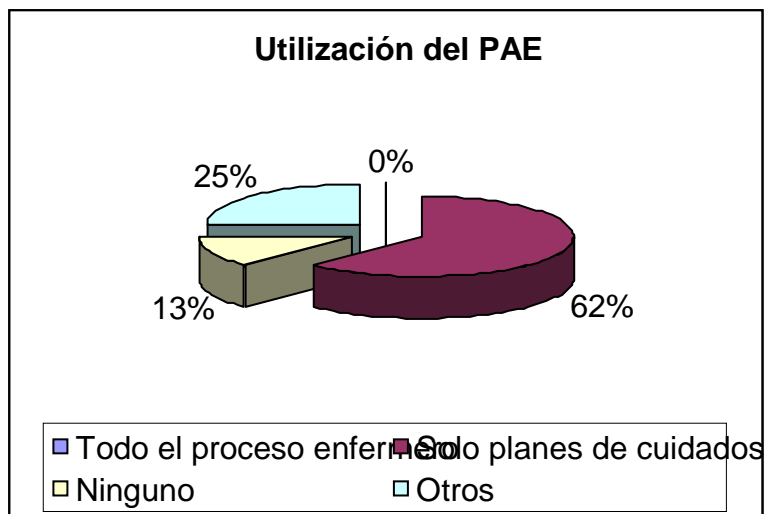
Fuente: Aplicación de cuestionario a enfermeras profesionales

Cuadro N° 2

**Uso del PAE en el Hospital de Coroico en
el servicio de internaciones**

| Uso del proceso | Nº | % |
|---------------------------|----------|-------------|
| Todo el proceso enfermero | 0 | 0 |
| Solo planes de cuidados | 5 | 62% |
| Ninguno | 1 | 13% |
| Otros | 2 | 25% |
| Total | 8 | 100% |

El 62% indica que solo realiza planes de cuidados, que se registra en la hoja de reporte de enfermería y el 38% que lo realizan en forma general que según sus experiencias se lo realiza no siempre de acuerdo a las etapas de PAE.



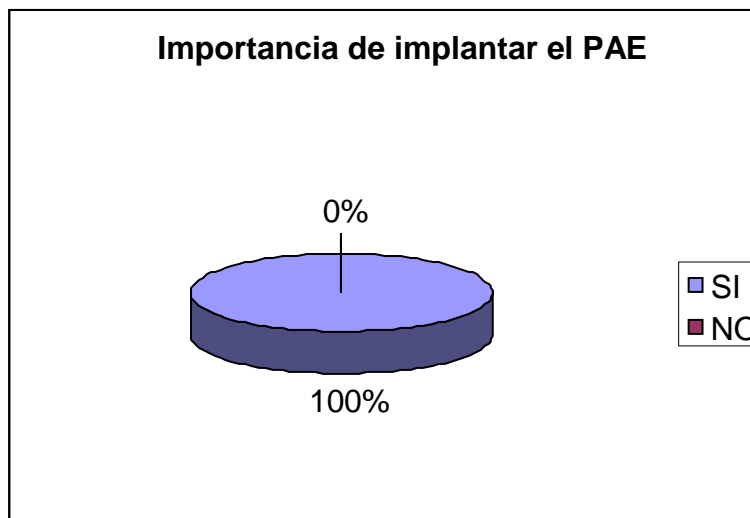
Fuente: Aplicación de cuestionario a enfermeras profesionales

Cuadro N° 3

**Importancia del uso del PAE para
brindar cuidados de calidad y calidez**

| Importancia | Nº | % |
|--------------|----------|-------------|
| SI | 8 | 100% |
| NO | 0 | 0 |
| Total | 8 | 100% |

El 100% considera que es importante el uso del PAE para mejorar la calidad de atención.



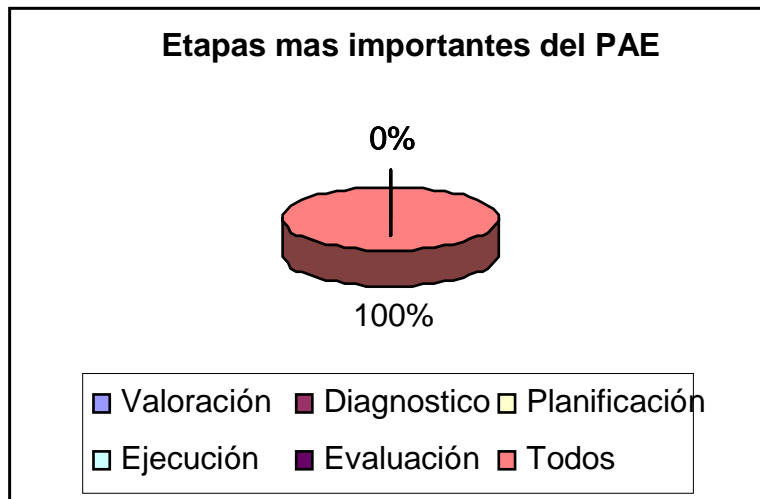
Fuente: Aplicación de cuestionario a enfermeras profesionales

Cuadro N° 4

Etapas mas importantes de PAE

| Etaapa importante del PAE | Nº | % |
|----------------------------------|-----------|-------------|
| Valoración | 0 | 0 |
| Diagnostico | 0 | 0 |
| Planificación | 0 | 0 |
| Ejecución | 0 | 0 |
| Evaluación | 0 | 0 |
| Todos | 8 | 100% |
| Total | 8 | 100% |

El 100% considera que todas las etapas del PAE son importantes durante su aplicabilidad.



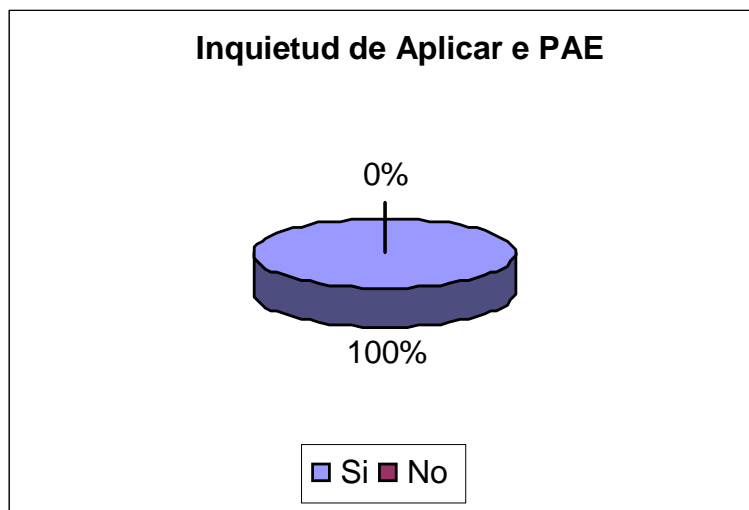
Fuente: Aplicación de cuestionario a enfermeras profesionales

Cuadro N° 5

**Inquietud de aplicar el PAE durante
el desempeño de su profesión**

| Inquietud | Nº | % |
|--------------|----------|-------------|
| Si | 8 | 100% |
| No | 0 | 0 |
| Total | 8 | 100% |

El 100% tiene el interés de aplicar el proceso durante el ejercicio de su profesión.



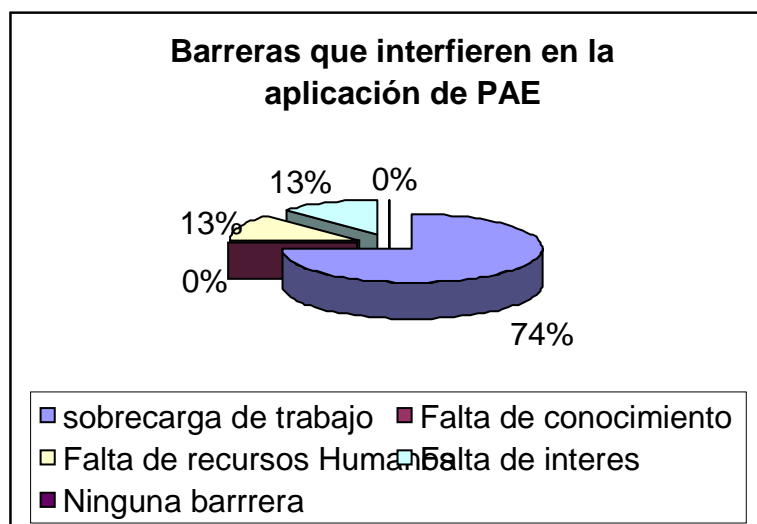
Fuente: Aplicación de cuestionario a enfermeras profesionales

Cuadro N° 6

Barreras que más interfiere para la aplicación del PAE

| Barreras | Nº | % |
|---------------------------|----------|-------------|
| sobrecarga de trabajo | 6 | 74% |
| Falta de conocimiento | 0 | 0 |
| Falta de recursos Humanos | 1 | 13% |
| Falta de interés | 1 | 13% |
| Ninguna barrera | 0 | 0 |
| Total | 8 | 100% |

Dentro las barreras que se mencionó el 74% manifiesta la sobrecarga de trabajo, una también indico por tramites administrativos, el 13% falta de interés y 13% falta de recursos humanos materiales.



Fuente: Aplicación de cuestionario a enfermeras profesionales

6. PRESUPUESTO**Material de escritorio.**

| Detalle | Unidades | Precio unitario | Precio en Bs. |
|-----------------------------|-----------------|------------------------|----------------------|
| Papel bond tamaño carta | 2.000 Unid. | 0.038 | 76.00 |
| Bolígrafos | 10 Unid. | 1.00 | 10.00 |
| Lápices | 10 Unid. | 0.50 | 5.00 |
| Internet | 40 horas | 2.50Bs | 100.00 |
| Disco de 3 ½ Hd | 4 unid. | 3.00Bs | 12.00 |
| Computadora | 200 horas | 2.00 | 400.00 |
| Impresiones | 120 Unid. | 0.50 | 60.00 |
| Fotocopias | 200 Unid. | 0.10ctvs. | 20.00 |
| Encuadernación por anillado | 3 Unid. | 6.00Bs | 18.00 |
| Total | | | 701.00 |

Material de transporte y otros

| Detalle | Unidades | Precio unitario | Precio en Bs. |
|----------------|-----------------|------------------------|----------------------|
| Transporte | | | 200,00 |
| Refrigerio | | | 80,00 |
| Imprevistos | | | 40,00 |
| Total | | | 320,00 |

Gran total

| Detalle | Precio en Bs. |
|--------------------------------|----------------------|
| Material de escritorio | 701,00 |
| Material de transporte y otros | 320,00 |
| Gran total | 1021,00 |

7. CRONOGRAMA DE ACTIVIDADES.

| ACTIVIDADES | Semana abril 2008 | Semana mayo 2008 | Semana junio 2008 |
|--------------------|-------------------|------------------|-------------------|
|--------------------|-------------------|------------------|-------------------|

| | 1 | 2 | 3 | 4 | 1 | 2 | 3 | 4 | 1 | 2 | 3 | 4 |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| Elaboración del protocolo | X | X | | | | | | | | | | |
| Revisión del protocolo | | | X | | | | | | | | | |
| Selección de la muestra | | | X | | | | | | | | X | |
| Realización de encuestas | | | | X | | | | | | | | |
| Coordinación para desarrollar el protocolo | | | | X | | | | | | | | |
| Recolección de datos | | | | | X | | | | | | | |
| Verificación de la información, tabulación y análisis | | | | | | X | X | | | | | |
| Redacción y presentación de borrador, informe final | | | | | | | | X | X | | | |
| Presentación de informe final y defensa | | | | | | | | | | X | X | |
| Seminario taller | | | | | | | | | | | | |

V. METODOLOGÍA DE LA PROPUESTA DE INTERVENCIÓN

1. Introducción

La propuesta es de mejorar la calidad de atención en enfermería en el Hospital de Coroico servicio de internaciones, una vez revisada la situación actual y las tendencias actuales, se ha optado por elegir un modelo para la práctica asistencial basado en el enunciado por Virginia Henderson.

El modelo de Virginia Henderson se ubica en los Modelos de las necesidades humanas que parten de la teoría de las necesidades humanas para la vida y la salud como núcleo para la acción de enfermería. Pertenece a la Tendencia de suplencia o ayuda, Henderson concibe el papel de la enfermera como la realización de las acciones que el paciente no puede realizar en un determinado momento de su ciclo de vital (enfermedad, niñez, vejez), fomentando, en mayor o

menor grado el auto cuidado por parte del paciente, se ubica esta teoría en la categoría de enfermería humanística como arte y ciencia.

- Para este modelo la persona tiene un potencial de cambio, de afrontamiento, de interrelación con los demás y con su entorno, y de capacidad para ocuparse de sus cuidados.
- Afirma que la persona/familia, es precursora de sus propios cuidados para alcanzar la independencia en la satisfacción de las necesidades básicas. La salud deja de ser algo externo, dado por el sistema sanitario, pasando a ser un deber personal y colectivo.
- Propone el proceso enfermero, como metodología adecuada para llevarlo a la práctica.
- El Consejo Internacional de Enfermería adoptó su definición de la función propia de la enfermera.
- Permite usar la taxonomía **NANDA**, para formular los problemas identificados.

2. Objetivo general

Implantar el proceso de enfermería según modelo de Virginia Henderson, en el Hospital de Coroico servicio de Internaciones, para satisfacción en la atención de la salud humana

3. Objetivos específicos

- Realizar atención integral aplicando el Proceso de Atención de Enfermería como método científico de la profesión en forma individualizada
 - Facilitar la valoración mediante la guía elaborada.
 - Planificar intervenciones individualizadas en el kardex de enfermería elaborada.
-

4. Diagnostico situacional

La enfermera profesional surge de la necesidad de valorar no sólo el conjunto de los conocimientos apropiados y las habilidades y destrezas desarrolladas por una persona, sino de apreciar su capacidad de emplearlas para responder a situaciones resolver problemas y desenvolverse en el mundo. Igualmente, implica una mirada a las condiciones del individuo y disposiciones con las que actúa, es decir, al componente actitudinal y valorativo (saber ser) que incide sobre los resultados de la acción.

Dentro del ámbito de enfermería una de las funciones que debe realizar de forma independiente es mediante la aplicación del proceso de enfermería.

5. Estrategias de solución: la guía como instrumento de la práctica de la profesional de enfermería, para el cuidado de la atención de la salud humana.

6. Plan de acción

TALLER DE IMPLANTACIÓN DEL PAE EN EL HOSPITAL DE COROICO PARA EL SERVICIO DE INTERNACIONES

INTRODUCCIÓN:

Existen distintas experiencias y estrategias a la hora de cambiar la práctica de enfermería. Junto a otros autores también opinamos que trabajar con el método científico como herramientas cualitativas es una herramienta útil ya que permite definir cuales son los problemas a los que enfrenta la enfermera, haciendo uso de este instrumento conseguiremos:

- Una herramienta que facilite el trabajo enfermero.
- La individualización de cuidados.
- La creación de una base de datos esenciales para el desarrollo del conocimiento enfermero.
- Favorecer la “No invisibilidad de la enfermería”

OBJETIVO:

- Constituir una estructura que pueda cubrir las necesidades individuales reales o potenciales del paciente, la familia y la comunidad.
- Motivar al uso del instrumento, como modelo de atención de enfermería.
- Aumentar la satisfacción del trabajo diario de la enfermera
- Mejorar la calidad de atención.

CONTENIDO:

1. Situación general de enfermería

2. contexto general de enfermería

3. PAE: Definición

Etapas de PAE

Valoración

Diagnostico

Planificación

Ejecución evaluación

Realimentación

Trabajo en grupo

Evaluación

Presentación de la propuesta de implantación (guía y Kardex)

METODOLOGÍA:

- Taller (con todo el personal del Hospital)
- Socialización
- Presentación de caso clínico
- Trabajos en grupos mas exposición
- Uso de medios audiovisuales

CRONOGRAMA DEL TALLER

| Hora | Actividad | Responsable |
|---------------|---|---|
| 9:30 | Recepción de asistentes Entrega de material de apoyo | Cursantes especialidad MQ |
| 10:00 a 10:15 | Inauguración | Director del Hospital Y administradora |
| 10:15 a 10:30 | Situación general de enfermería Contexto general de enfermería | Actores |

| | | |
|---------------|---|---------|
| 10:30 a 11:30 | Definición del PAE Etapas del PAE | Actores |
| 11:30 a 12:30 | Refrigerio | Actores |
| 12:00 a 12:15 | presentación de la propuesta de implantación | |
| 12:15 a 13:00 | Presentación de caso clínico y trabajos en grupo y exposición. Practica de llenado del instrumento Trabajo de grupos (personal de enfermería) | Actores |
| 13:00 a 13:30 | Realimentación | Actores |
| 13:30 a 13:45 | Evaluación | Actores |
| 13:45 a 14:30 | Presentación de la propuesta de implantación (guía y Kardex) | Actores |

7. Intervención

Implantar la guía de proceso de enfermería, durante el segundo trimestre de la gestión 2008.

VALORACIÓN SEGÚN LAS NECESIDADES DE VIRGINIA HENDERSON

| Apellido paterno | Apellido materno | Nombre | Edad | Sexo |
|--|------------------|--|----------------------|-------------|
| Estado civil | Religión | Ocupación | Grado de instrucción | |
| Procedencia | Residencia | Persona responsable | Dirección | |
| Fecha de ingreso | Fecha valoración | servicio | cama | Diagnostico |
| 1.- NECESIDAD DE RESPIRAR | | 2.- NECESIDAD DE COMER | | |
| Frecuencia respiratoria:..... Disnea de esfuerzo <input type="checkbox"/> disnea de reposo <input type="checkbox"/> Oxigenoterapia: si <input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/> Mascara <input type="checkbox"/> Cánula nasal <input type="checkbox"/> Presencia de tos si <input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/> Tos seca <input type="checkbox"/> tos productiva <input type="checkbox"/> | | Alimentos que consume con F°..... Hábitos alimenticios: 2 por día <input type="checkbox"/> 3 por día <input type="checkbox"/> 4 por día <input type="checkbox"/> Alteración de pesc <input type="checkbox"/> por defecto <input type="checkbox"/> por exceso <input type="checkbox"/> Dieta prescrita:..... Intolerancia a ingesta <input type="checkbox"/> náuseas <input type="checkbox"/> vómito <input type="checkbox"/> Dificultad: deglución <input type="checkbox"/> masticación <input type="checkbox"/> Falta de piezas dentales <input type="checkbox"/> prótesis dental <input type="checkbox"/> | | |
| 3.- NECESIDAD DE ELIMINACIÓN | | 4.- NECESIDAD DE MOVIMIENTO | | |

| | |
|---|---|
| <p>Evacuación urinaria normal SI NO Frecuencia.....Características..... Sonda vesical <input type="checkbox"/> N°.....fecha..... Problemas comunes: oliguria <input type="checkbox"/> poliuria <input type="checkbox"/> anuria <input type="checkbox"/> disuria <input type="checkbox"/> Nicturia <input type="checkbox"/> piuria <input type="checkbox"/> Evacuación intestinal normal..... Frecuenciacaracterísticas..... Diarrea <input type="checkbox"/> estreñimiento <input type="checkbox"/> incontinencia <input type="checkbox"/> Uso de laxantes: SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> F°..... Uso de enemas: SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> F°.....</p> | <p>FC.....PA..... Grado de movimiento Reposo absoluto <input type="checkbox"/> relativo <input type="checkbox"/> ambulatorio <input type="checkbox"/> Requiere de dispositivo: SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> Silla de ruedas <input type="checkbox"/> Camilla <input type="checkbox"/> Ejercicios: activos <input type="checkbox"/> pasivos <input type="checkbox"/> Tono muscular: Conservado <input type="checkbox"/> Disminuido <input type="checkbox"/> Equilibrio y marcha: Estable <input type="checkbox"/> inestable <input type="checkbox"/> nula <input type="checkbox"/> Perfusión y sensibilidad en Miembro inferior Conservados <input type="checkbox"/> disminuidos <input type="checkbox"/> ausentes <input type="checkbox"/></p> |
| 5.- NECESIDAD DE DORMIR Y DESCANSAR | |
| <p>Patrón habitual de sueño..... Concilia sueño en su unidad si <input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/> Situaciones que influyen en su reposo y sueño Ruidos <input type="checkbox"/> calor <input type="checkbox"/> dolor <input type="checkbox"/> frío <input type="checkbox"/></p> | |
| 6.- N. DE VESTIRSE Y DESVESTIRSE | |
| <p>Puede vestirse y desvestirse solo: si <input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/> Necesita ayuda: si <input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/> Motivo.....</p> | 7.- N. DE MANTENER LA T° CORPORAL |
| <p>Higiene e integridad cutánea Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Necesita ayuda para su higiene Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Frecuencia y hábitos de ducha 1 x semana <input type="checkbox"/> 3 x semana <input type="checkbox"/> otros..... Sequedad de piel: Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/></p> | 9.- NECESIDAD DE EVITAR PELIGROS |
| | <p>Antecedentes de caídas o accidentes (causas) Nivel de conciencia: Normal <input type="checkbox"/> Alerta <input type="checkbox"/> Somnolencia <input type="checkbox"/> Coma <input type="checkbox"/> supor <input type="checkbox"/> Obnubilación <input type="checkbox"/> Orientación: Tiempo <input type="checkbox"/> lugar <input type="checkbox"/> persona <input type="checkbox"/></p> |
| 10.- NECESIDAD DE APRENDER | |
| <p>Valoración sensorial y reflejos. Déficit sensorial <input type="checkbox"/> cognitivo <input type="checkbox"/> dificultad en aprendizaje <input type="checkbox"/> Desorientación <input type="checkbox"/> conciente <input type="checkbox"/> inconciente <input type="checkbox"/> Tiene conocimientos sobre su enfermedad Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Recibió información sobre su enfermedad Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Considera que: Recuperara pronto <input type="checkbox"/> quedara secuelas <input type="checkbox"/> No sabe <input type="checkbox"/></p> | 11.- NECESIDAD DE COMUNICARSE |
| 12.- N. DE VIVIR CON SUS VALORES Y CREENCIAS | 13.- N. DE OCUPARSE DE SU PROPIA REALIZACIÓN |
| | <p>Cambios de conducta: Dependiente <input type="checkbox"/> independiente <input type="checkbox"/> retraído <input type="checkbox"/> Exigente <input type="checkbox"/> manipulador <input type="checkbox"/> Como adopta su estado de salud: Negación <input type="checkbox"/> aceptación <input type="checkbox"/> ira <input type="checkbox"/> Tristeza <input type="checkbox"/> depresión <input type="checkbox"/></p> |
| <p>Que religión profesa..... Creencias y valores Dios <input type="checkbox"/> Virgen Maria <input type="checkbox"/> otros.....</p> | |

| 14.- N. DE PARTICIPAR EN ACTIVIDADES RECREATIVAS | OBSERVACIONES |
|---|---------------|
| Hábitos de diversión y distracción habituales | |

IDENTIFICACIÓN DE PROBLEMAS:

.....

SISTEMATIZACIÓN DE PRIORIDADES:

.....

DIAGNÓSTICOS DE ENFERMERÍA:.....

.....

PLANES DE INTERVENCIONES:.....

8. Resultados

Que la enfermera aplique sus conocimientos científicos y pueda desarrollar habilidades y destrezas en forma independiente para resolución de problemas y necesidades del paciente.

BIBLIOGRAFÍAS:

Henry O. Thompson, PH.D, Ed. El Manual Moderno S.A. de C.V- 1984, México. Ética en enfermería (1).

Suzanne C. Smeltzer , RN, EdD, FAAN, Ed. Interamericana, Novena Edición,2002, Principios Éticos y el Proceso de Enfermería.

Gutierrez de Reales E, Jiménez de Esquemaza, T. El Proceso de Enfermería Una Metodología para la Practica, Santa fe Bogota: Orión 1997.

Perez Rodríguez Ma. Teresa, "Ibarra Angélica", Rev. Enfermería IMSS 2006;14 47-50- La Práctica del Proceso de Enfermería... México.

Cardenito, L.J.: "Diagnostico de Enfermería "5ta edición, Ed. Interamericana – Mc Graw Hill, Madrid 1995

B.W. Du Gas. 4ta edición. Interamericana. México, 1986. Tratado de Enfermería práctica.

E-Mail: jajaenr_23@enfermundi.com



ANEXO

UNIVERSIDAD MAYOR DE SAN ANDRES
FACULTAD DE MEDICINA ENFERMERÍA NUTRICIÓN Y TECNOLOGÍA MÉDICA
UNIDAD DE POSTGRADO
ESPECIALIDAD EN ENFERMERÍA MÉDICO QUIRURGICO

1. ¿Cuanto tiempo lleva ejerciendo la profesión?

- 1 -3 años
- 4 – 6 años
- 7 – 9 años
- 10 o mas años

2. ¿En la institución donde trabaja hacen el uso del Proceso Enfermero?

- Todo el proceso enfermero
- Solo planes de cuidados
- Ninguno
- Otros

3. ¿Considera importante la aplicación del proceso enfermero para brindar atención de calidad y calidez al usuario?

- SI NO

4. ¿Cuáles considera que son las etapas mas importantes del proceso enfermero?

- Valoración
- Diagnostico
- Planificación
- Ejecución
- Evaluación
- Otros

5. ¿A tenido la inquietud de aplicar el proceso enfermero durante el desempeño de su profesión?

- SI NO

6. ¿Cual cree que es la barrera que mas interfiere para la aplicación del proceso enfermero?

- Sobrecarga de trabajo
- Falta de conocimiento
- Falta de recursos humanos y materiales
- Falta de interés
- Ninguna barrera

CAUSAS

*Sistema de trabajo
En enfermería*

*Comportamiento
profesional de enfermería*

*Clases de conocimiento
de la enfermera*



COMPETENCIA PROFESIONAL DE ENFERMERIA

Normas Establecidas

Funciones de la enfermería

Socialización del ejercicio profesional

EFFECTOS

KARDEX DE CUIDADOS DE ENFERMERÍA

Dx enfermero Ingreso:.....

Sala: N° de cama:.....

| FECHA / HORA | INTERVENCIONES | TURNOS | | | D/C |
|--------------|----------------|--------|---|---|-----|
| | | M | T | N | |
| | | | | | |
| | | | | | |
| | | | | | |
| | | | | | |
| | | | | | |
| | | | | | |
| | | | | | |
| | | | | | |

Nombre del pcte :..... Responsable:.....

Dx de enfermería de egreso:.....

| ESTRUCTURA DEL MARCO LÓGICO | | | |
|---|--|--|---|
| RESUMEN NARRATIVO DE OBJETIVOS | INDICADORES VERIFICABLES OBJETIVAMENTE | MEDIOS DE VERIFICACIÓN | SUPUESTOS |
| <p>FIN</p> <p>Mejorar la calidad de atención y hacer que la profesión de enfermería sea cada vez más independiente aplicando el proceso enfermero.</p> | <p>El impacto se medirá en los tres meses una vez aplicado el proceso en el servicio de internaciones del Hospital de Coroico.</p> | <p>Tes de encuesta</p> <p>Seminario taller</p> <p>Guía del proceso</p> | <p>Todo el personal participa en el seminario taller</p> <p>Llenaran correctamente la guía de valoración del proceso.</p> |
| <p>PROPÓSITO</p> <p>Implementar el proceso enfermero como modelo en la atención del cuidado de la salud humana en pacientes del Hospital de Coroico durante el primer trimestre de la gestión 2008.</p> | <p>Una vez aplicado este instrumento se lograra que puedan llegar a aplicar un 70% a medida que se socialice y sepan llenar este instrumento se podrá llegar a un 100% previa evaluación para una nueva reformulación de la guía de proceso enfermero.</p> | <p>Video (guía del proceso manejo y llenado)</p> <p>Trabajo en grupo y socialización y llenado del instrumento</p> | <p>Se coordina con la dirección y administración del Hospital y departamento de investigación para el logro de objetivos.</p> |
| <p>COMPONENTES</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Analizar el conocimiento de las enfermeras sobre el proceso enfermero y su relación con la aplicación en la practica profesional. ▪ Elaborar un modelo del proceso enfermero que | <p>Se realizara una encuesta para saber el conocimiento que tiene para su aplicación del proceso enfermero a 8 profesionales de enfermería, durante una semana.</p> <p>Un modelo elaborado para</p> | <p>Observación directa</p> <p>Tabulación y análisis de la encuesta</p> <p>Video (guía del proceso manejo y</p> | <p>Enfermeras dispuestas a mejorar la calidad de atención aplicando este instrumento como guía de valoración del paciente e interactuar independientemente.</p> |

| | | | |
|---|---|---|--|
| <p> cree un rol independiente en la profesión de enfermería.</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Proporcionar un sistema dentro del cual se pueda cubrir las necesidades individuales del cliente familia y comunidad. ▪ Lograr que la profesional de enfermería asuma la responsabilidad del uso del proceso enfermero, para proporcionar atención de calidad y calidez | <p>mejorar y priorizar la actividad de enfermería y cumplir la función independiente en la atención del paciente individualizado.</p> | <p>llenado)</p> <p>Trabajo en grupo y socialización y llenado del instrumento</p> | |
| <p>ACTIVIDADES</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ encuesta ▪ Seminario taller (con todo el personal del Hospital) ▪ Socialización ▪ Presentación de caso clínico ▪ Trabajos en grupos mas exposición ▪ Uso de medios audiovisuales | <p>Material de escritorio e impresiones y transcripciones (12Bs)</p> <p>Disertantes, recursos materiales, refrigerio (377Bs)</p> <p>Sin costo (apoyo de la fundación y Hospital de Coroico)</p> | <p>De acuerdo ala cantidad de participantes se hará una balance de ingresos y egresos</p> | <p>8 encuestas llenadas por personal profesional de enfermería</p> <p>Participaran todo el equipo multidisciplinario en total de 57 personas.</p> <p>Se conformará 3 grupos cada uno con tres integrantes.</p> |

