

**UNIVERSIDAD DE LOS ANDES - ENFERMERÍA BÁSICA**  
**APLICACIÓN DEL PROCESO ENFERMERO – EJERCICIO: ESTUDIO DE CASO**  
**ENFERMERÍA BÁSICA**

EL PROCESO ENFERMERO (PE)	RESPUESTA HUMANA
El Proceso Enfermero (PE), es considerado una valiosa herramienta en el desempeño del profesional de la enfermería. Comprende una serie de pasos sistematizados, que permiten la administración del cuidado a partir de la identificación de respuestas humanas. (Alfaro, 1999).	Es la forma en que la persona responde a un estado de salud o enfermedad, representando todos aquellos fenómenos que tienen que ver con el profesional de enfermería. Esta forma de responder incluye reacciones fisiológicas del organismo, percepciones, sentimientos y conductas que presentan tanto los individuos sanos como enfermos. Las respuestas humanas, son individuales y múltiples por obedecer a la naturaleza propia de cada persona y surgen como resultado de las necesidades del ser humano, de la interacción con el entorno y de los problemas que origina la pérdida de la salud. (Iyer, 1999).

**FASES DEL PROCESO ENFERMERO**

<b>1 VALORACIÓN</b>	Es la primera fase del proceso enfermero. Se define como el proceso organizado y sistemático de recoger y recopilar datos sobre el estado de salud del usuario a través de diversas fuentes: La fuente primaria es el sujeto de atención (Usuario, Familia y Comunidad) cuya información se obtiene a través de entrevistas y exploración física. La fuente secundaria la representan: entrevistas a personas significativas, entrevistas a profesionales que participan en la atención del usuario, registros clínicos de enfermería y el expediente del usuario (historia clínica, exámenes de laboratorio, interconsultas, notas de evolución). A continuación, se presenta una guía práctica para determinar algunos de los aspectos de salud que se deben valorar en cada uno de los patrones. (Ordenación de datos según los <b>SISTEMAS Y PATRONES DE FUNCIONALIDAD: I RESPIRATORIO; II CARDIOVASCULAR; III DIGESTIVO / NUTRICIÓN; IV GENITO / URINARIO; V COGNITIVO / PERCEPTIVO; VI MOTORA; VII INTEGRIDAD CUTÁNEA / LINFÁTICA; VIII NEUROSENSORIAL; IX AFRONTAMIENTO / RELACIONES; X SEXUALIDAD / REPRODUCCIÓN.</b>
---------------------	---

<b>2 DIAGNÓSTICO ENFERMERO</b>	<p><b>DEFINICIÓN DE DIAGNÓSTICO ENFERMERO (DxE)</b></p> <p>Son muchas las definiciones que podemos encontrar en los diferentes textos, intentando dar una respuesta concreta sobre qué es un diagnóstico enfermero, pero todas ellas están basadas en la identificación de las respuestas humanas a los problemas de salud, que las enfermeras(os) en el ejercicio de su profesión, basada en sus conocimientos, experiencia y responsabilidad legal están capacitadas(os) para tratar independientemente.</p> <p>La A.N.A. (1999), en su propia definición de la profesión destaca la importancia de los DxE.: <i>“la enfermería es el diagnóstico y tratamiento de las respuestas humanas a los problemas de salud reales o potenciales”.</i></p> <p>En la última conferencia la N.A.N.D.A., (ob.cit), establece los componentes de las categorías diagnósticas aceptadas para la formulación y descripción diagnóstica. Para el periodo 2007-2008 esta asociación aprobó 188 categorías diagnósticas. Cada categoría diagnóstica tiene 4 componentes:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• <b>Etiqueta descriptiva o título:</b> ofrece una descripción concisa del problema (real o potencial). Es una frase o término que representa un patrón.</li> <li>• <b>Definición:</b> expresa un significado claro y preciso de la categoría y la diferencia de todas las demás.</li> <li>• <b>Características definitorias:</b> 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. 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.</li> <li>• <b>Factores relacionados:</b> Se organizan en torno 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.</li> </ul>
--------------------------------	---

**TIPOS DE DIAGNÓSTICOS.** Antes de indicar la forma de enunciar los diagnósticos establezcamos que tipos de diagnósticos existen. La N.A.N.D.A (2003), reconoce **tres tipos** de diagnósticos:

**Diagnóstico 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, citada por Griffith 1996). 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.

**Diagnóstico de Riesgo:** Es un juicio clínico sobre un individuo, familia o comunidad que son más vulnerables a desarrollar el problema que otros en situación igual o similar. Para respaldar este diagnóstico 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 N.A.N.D.A., no enuncie el problema en términos de riesgo, la descripción concisa del estado de salud de la persona va precedido por el término "Riesgo".

**Diagnóstico de Salud:** 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(o) puede inferir esta capacidad basándose en los deseos expresos de la persona o del grupo por la educación para la salud.

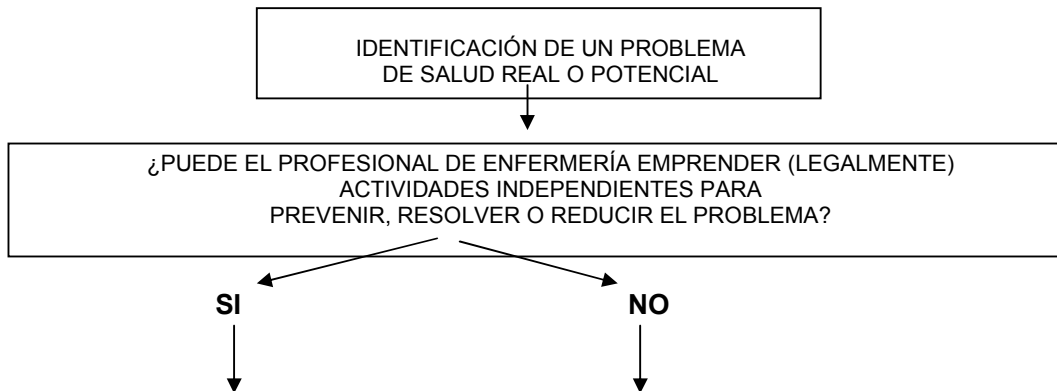
Debido a los problemas que generaba la interpretación de los *diagnósticos posibles*, fueron retirados ya que hacían uso de la intuición del personal y era difícil establecer acuerdos entre las enfermeras(os). Es recomendable seguir explorando la posibilidad de perfeccionar la presencia de los diagnósticos enfermeros posibles.

A la hora de escribir un diagnóstico enfermero 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.
- Para los diagnósticos reales y potenciales unir la segunda y tercera parte del diagnóstico con la frase "Manifestado por".
- 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.

PROBLEMA  
INTERDEPENDIENTE

Es un juicio sobre la respuesta fisiopatológica del organismo a problemas de salud real y potencial en donde la enfermera(o) es responsable de su predicción, prevención y tratamiento en colaboración con el equipo sanitario. Estos problemas se describirán también como problemas colaborativos o interdependientes, y son complicaciones fisiológicas que las enfermeras(os) controlan para detectar su inicio o su evolución y colaboran con los otros profesionales para un tratamiento conjunto definitivo. Los problemas interdependientes se relacionan con la patología, con la aplicación del tratamiento prescrito por el médico y con el control tanto de la respuesta a éste como de la evolución de la situación patológica, lo que los sitúa en el ámbito de la interdependencia con otros profesionales. En la redacción de los problemas interdependientes se utiliza terminología médica, por consiguiente no debe emplearse las categorías diagnósticas de la N.A.N.D.A.



DIAGNOSTICO ENFERMERO PROBLEMA INTERDEPENDIENTE

**EJEMPLOS DE DIAGNÓSTICO ENFERMERO Y PROBLEMA INTERDEPENDIENTE**

<b>Diagnóstico Enfermero:</b>	A.-Déficit de autocuidado: baño-higiene relacionado a inmovilidad física manifestado por incapacidad para al W. C y realizar la higiene posterior. B.-Duelo disfuncional relacionado con pérdida corporal (extremidad inferior derecha), manifestado por tristeza, llanto, dificultad para expresar los sentimientos y dificultad para conciliar el sueño. C.-Riesgo de infección relacionado con enfermedad crónica y desnutrición. D.-Riesgo de estreñimiento, relacionado con permanencia en cama, poca ingesta de líquidos e ingesta de dieta con escaso residuo.
<b>Problemas Interdependientes:</b>	A.-Insuficiencia respiratoria relacionada a enfermedad pulmonar obstructiva crónica manifestado por disnea, taquipnea, cianosis y aleteo nasal. B.-Hipertensión relacionada a insuficiencia renal crónica, manifestado por tensión arterial de 180/120 mm Hg, cefalea, palpitaciones y mareos. C.-Riesgo de hemorragia relacionado a cirugía abdominal extensa. D.-Riesgo de crisis convulsivas relacionado a hipertermia.

**Diagnóstico Enfermero vs. Problema Interdependiente**

ASPECTOS A CONSIDERAR	DIAGNÓSTICO ENFERMERO	PROBLEMA INTERDEPENDIENTE
Es un	Juicio clínico	Juicio clínico
Centro de atención	Respuesta humana	Respuesta fisiopatológica
Principal responsable	Enfermería	Médico
Funciones de enfermería	Independiente	Independientes e interdependientes

**TAXONOMÍA II: (13) DOMINIOS (47) CLASES Y (188) DIAGNÓSTICOS ENFERMEROS**

<b>(13) DOMINIOS (1ra. Parte)</b>								
	<b>1</b>	<b>2</b>	<b>3</b>	<b>4</b>	<b>5</b>	<b>6</b>	<b>7</b>	
	<b>Promoción de la salud</b>	<b>Nutrición</b>	<b>Eliminación/ intercambio</b>	<b>Actividad / reposo</b>	<b>Percepción / cognición</b>	<b>Autopercepción</b>	<b>Rol / relaciones</b>	
<b>(47) CLASES Y (188) DIAGNÓSTICOS ENFERMEROS DxE</b>	<b>1</b>	Toma de conciencia de la salud DxE: 00107, 00103, 00002, 00001, 00003.	Ingestión DxE: 00107, 00103, 00002, 00001, 00003.	Sistema urinario DxE: 00016, 00023, 00021, 00020, 00017, 00019, 00018, 00022, 00166, 00176.	Reposo / sueño DxE: 00096, 00165, 00095.	Atención DxE: 00123.	Autoconcepto DxE: 00121, 00125, 00152, 00124, 00054, 00167, 00187, 00174, 00185.	Roles de cuidador DxE: 00061, 00062, 00056, 00057, 00164.
	<b>2</b>	Manejo de la salud DxE: 00082, 00078, 00080, 00081, 00084, 00099, 00098, 00162, 00163, 00186.	Digestión	Sistema gastrointestinal DxE: 00014, 00013, 00011, 00015, 00012.	Actividad / ejercicio DxE: 00040, 00085, 00091, 00089, 00090, 00088, 00097, 00100, 00168.	Orientación DxE: 00127, 00154.	Autoestima DxE: 00119, 00120, 00153.	Relaciones familiares DxE: 00060, 00159, 00063, 00058.
	<b>3</b>	-	Absorción	Sistema integumentario	Equilibrio de la energía DxE: 00050, 00093.	Sensación / percepción DxE: 00122.	Imagen corporal DxE: 00118.	Desempeño del rol DxE: 00106, 00104, 00105, 00055, 00064, 00052.
	<b>4</b>	-	Metabolismo DxE: 00178, 00179.	Sistema pulmonar DxE: 00030.	Respuestas cardiovasculares / respiratorias DxE: 00029, 00033, 00032, 00092, 00094, 00034, 00024.	Cognición DxE: 00126, 00161, 00128, 00129, 00131, 00130, 00184, 00173.	-	-

5	-	Hidratación DxE: 00027, 00028, 00026, 00025, 00160.	-	Autocuidado DxE: 00109, 00108, 00102, 00110, 00182.	Comunicación DxE: 00051, 00157.	-	-
<b>(13) DOMINIOS (2da. Parte)</b>							
	<b>8</b>	<b>9</b>	<b>10</b>	<b>11</b>	<b>12</b>	<b>13</b>	
	<b>Sexualidad</b>	<b>Afrontamiento / tolerancia al estrés</b>	<b>Principios vitales</b>	<b>Seguridad / Protección</b>	<b>Confort</b>	<b>Crecimiento / desarrollo</b>	
<b>1</b>	Identidad sexual	Respuesta postraumática DxE: 00114, 00149, 00142, 00144, 00143, 00141, 00145.	Valores DxE: 00185.	Infección DxE: 00004, 00186.	Confort físico DxE: 00132, 00133, 00134, 00183.	Crecimiento DxE: 00111, 00113, 00101.	
<b>2</b>	Función sexual DxE: 00059, 00065.	Respuestas de afrontamiento DxE: 00148, 00146, 00147, 00137, 00072, 00136, 00135, 00069, 00073, 00074, 00071, 00077, 00158, 00075, 00076, 00172, 00177, 00188.	Creencias DxE: 00068, 00185.	Lesión física DxE: 00045, 00035, 00087, 00155, 00038, 00046, 00047, 00044, 00048, 00036, 00039, 00031, 00086, 00043, 00156.	Confort ambiental DxE: 00183.	Desarrollo DxE: 00111, 00112.	
<b>3</b>	Reproducción	Estrés neurocomportamental DxE: 00009, 00010, 00116, 00115, 00117, 00049.	Congruencia de las acciones con los valores / creencias DxE: 00066, 00067, 00083, 00079, 00170, 00169, 00171, 00175, 00184.	Violencia DxE: 00139, 00151, 00138, 00140, 00150.	Confort social DxE: 00053.	-	
<b>4</b>	-	-	-	Peligros ambientales DxE: 00037, 00180, 00181.	-	-	
<b>5</b>	-	-	-	Procesos defensivos DxE: 00041, 00042, 00186.	-	-	
<b>6</b>	-	-	-	Termorregulación DxE: 00005, 00008, 00006, 00007.	-	-	

**LOS 188 DIAGNÓSTICOS ENFERMEROS (NANDA, 2007 – 2008)**  
**Clasificación según Códigos**

<b>Código</b>	<b>Etiqueta</b>	<b>Año</b>
00001	Desequilibrio nutricional por exceso	1975,2000
00002	Desequilibrio nutricional por defecto	1975,2000
00003	Riesgo de desequilibrio nutricional por exceso	1980,2000
00004	Riesgo de infección	1986
00005	Riesgo de desequilibrio de la temperatura corporal	1986,2000
00006	Hipotermia	1986,1988
00007	Hipertermia	1986
00008	Termostregulación ineficaz	1986
00009	Disreflexia autónoma	1988
00010	Riesgo de disreflexia autónoma	1998,2000
00011	Estreñimiento	1975,1998
00012	estreñimiento subjetivo	1988
00013	Diarrea	1975,1998
00014	Incontinencia fecal	1975,1998
00015	Riesgo de estreñimiento	1998
00016	Deterioro de la eliminación urinaria	1973
00017	Incontinencia urinaria de esfuerzo	1986
00018	Incontinencia urinaria refleja	1986,1998
00019	Incontinencia urinaria de urgencia	1986
00020	Incontinencia urinaria funcional	1986,1998
00021	Incontinencia urinaria total	1986
00022	Riesgo de incontinencia urinaria de urgencia	1998
00023	Retención urinaria	1986
00024	Perfusión tisular inefectiva (especificar el tipo: renal, cerebral, cardiopulmonar, gastrointestinal, periférica)	1980,1998
00025	Riesgo de desequilibrio de volumen de líquidos	1998
00026	Exceso de volumen de líquidos	1982,1996
00027	Déficit de volumen de líquidos	1978,1996
00028	Riesgo de déficit de volumen de líquidos	1978
00029	Disminución del gasto cardíaco	1975,1996,2000
00030	Deterioro del intercambio gaseoso	1980,1996,1998
00031	Limpieza ineficaz de las vías aéreas	1980,1996,1998
00032	Patrón respiratorio ineficaz	1980,1996,1998
00033	Deterioro de la respiración espontánea	1992
00034	Respuesta disfuncional al destete del ventilador	1992
00035	Riesgo de lesión	1978
00036	Riesgo de asfixia	1980
00037	Riesgo de intoxicación	1980
00038	Riesgo de traumatismo	1980
00039	Riesgo de aspiración	1988
00040	Riesgo de síndrome de desuso	1988
00041	Respuesta alérgica al látex	1998
00042	Riesgo de respuesta alérgica al látex	1998
00043	Protección inefectiva	1990
00044	Deterioro de la integridad tisular	1986,1998
00045	Deterioro de la mucosa oral	1982,1998
00046	Deterioro de la integridad cutánea	1975,1998
00047	Riesgo de deterioro de la integridad cutánea	1975,1998
00048	Deterioro de la dentición	1998
00049	Capacidad adaptativa intracraneal disminuida	1994
00050	Perturbación del campo de energía	1994,2004
00051	Deterioro de la comunicación verbal	1983,1996,1998
00052	Deterioro de la interacción social	1986
00053	Aislamiento social	1982
00054	Riesgo de soledad	1994
00055	Desempeño inefectivo del rol	1978,1996,1998
00056	Deterioro parental	1978,1998
00057	Riesgo de deterioro parental	1978,1998
00058	Riesgo de deterioro de la vinculación entre los padres y el lactante / niño	1994
00059	Disfunción sexual	1980

00060	Interrupción de los procesos familiares	1982,1998
00061	Cansancio del rol de cuidador	1992,1998,2000
00062	Riesgo de cansancio del rol de cuidador	1992
00063	Procesos familiares disfuncionales: alcoholismo	1994
00064	Conflicto del rol parental	1988
00065	Patrón sexual inefectivo	1986
00066	Sufrimiento espiritual	1978,2002
00067	Riesgo de sufrimiento espiritual	1998,2004
00068	Disposición para mejorar el bienestar espiritual	1994,2002
00069	Afrontamiento inefectivo	1978,1998
00070	Deterioro de la adaptación	1986,1998
00071	Afrontamiento defensivo	1988
00072	Negación ineficaz	1988
00073	Afrontamiento familiar incapacitante	1980,1996
00074	Afrontamiento familiar comprometido	1980,1996
00075	Disposición para mejorar el afrontamiento familiar	1980
00076	Disposición para mejorar el afrontamiento de la comunidad	1994
00077	Afrontamiento inefectivo de la comunidad	1994,1998
00078	Manejo inefectivo del régimen terapéutico	1992
00079	Incumplimiento del tratamiento (especificar)	1996,1998
00080	Manejo inefectivo del régimen terapéutico familiar	1994
00081	Manejo inefectivo del régimen terapéutico de la comunidad	1994
00082	Manejo efectivo del régimen terapéutico	1994
00083	Conflicto de decisiones (especificar)	1988
00084	Conductas generadoras de salud (especificar)	1988
00085	Deterioro de la movilidad física	1973,1998
00086	Riesgo de disfunción neurovascular periférica	1992
00087	Riesgo de lesión perioperatoria	1994
00088	Deterioro de la deambulación	1998
00089	Deterioro de la movilidad en silla de ruedas	1998
00090	Deterioro de la habilidad para la traslación	1998
00091	Deterioro de la movilidad en la cama	1998
00092	Intolerancia a la actividad	1982
00093	Fatiga	1988,1998
00094	Riesgo de intolerancia a la actividad	1982
00095	Deterioro del patrón del sueño	1980,1998
00096	Deprivación de sueño	1998
00097	Déficit de actividades recreativas	1980
00098	Deterioro en el mantenimiento del hogar	1980
00099	Mantenimiento inefectivo de la salud	1982
00100	Retraso en la recuperación quirúrgica	1998
00101	Incapacidad del adulto para mantener su desarrollo	1998
00102	Déficit de autocuidado: alimentación	1980,1998
00103	Deterioro de la deglución	1986,1998
00104	Lactancia materna ineficaz	1988
00105	Interrupción de la lactancia materna	1992
00106	Lactancia materna eficaz	1990
00107	Patrón de alimentación ineficaz del lactante	1992
00108	Déficit de autocuidado: baño / higiene	1980,1998
00109	Déficit de autocuidado: vestido / acicalamiento	1980,1998
00110	Déficit de autocuidado: uso del WC	1980,1998
00111	Retraso en el crecimiento y desarrollo	1986
00112	Riesgo de retraso en el desarrollo	1998
00113	Riesgo de crecimiento desproporcionado	1998
00114	Síndrome del estrés del traslado	1992,2000
00115	Riesgo de conducta desorganizada del lactante	1994
00116	Conducta desorganizada del lactante	1994,1998
00117	Disposición para mejorar la organización de la conducta del lactante	1994
00118	Trastorno de la imagen corporal	1973,1998
00119	Baja autoestima crónica	1988,1996
00120	Baja autoestima situacional	1996,2000
00121	Trastorno de la identidad personal	1978
00122	Trastorno de la percepción sensorial (especificar: visual, auditiva,	1978,1980,

	cinestésica, gustativa, táctil, olfatoria)	1998
00123	Desatención unilateral	1986
00124	Desesperanza	1986
00125	Impotencia	1982
00126	Conocimientos deficientes (especificar)	1980
00127	Síndrome de deterioro en la interpretación del entorno	1994
00128	Confusión aguda	1994
00129	Confusión crónica	1994
00130	Trastorno de los procesos de pensamiento	1973,1996
00131	Deterioro de la memoria	1994
00132	Dolor agudo	1996
00133	Dolor crónico	1986,1996
00134	Náuseas	1998,2002
00135	Duelo disfuncional	1980,1986,2004
00136	Duelo anticipado	1980,1996
00137	Aflicción crónica	1998
00138	Riesgo de violencia dirigida a otros	1980,1996
00139	Riesgo de automutilación	1992,2000
00140	Riesgo de violencia autodirigida	1994
00141	Síndrome postraumático	1986,1998
00142	Síndrome traumático de la violación	1980,1998
00143	Síndrome traumático de la violación: reacción compuesta	1980
00144	Síndrome traumático de violación: reacción silente	1980
00145	Riesgo de síndrome postraumático	1998
00146	Ansiedad	1973,1982,1998
00147	Ansiedad ante la muerte	1998
00148	Temor	1980,1996,2000
00149	Riesgo de síndrome del estrés del traslado	2000
00150	Riesgo de suicidio	2000
00151	Automutilación	2000
00152	Riesgo de impotencia	2000
00153	Riesgo de baja autoestima situacional	2000
00154	Vagabundeo	2000
00155	Riesgo de caídas	2000
00156	Riesgo del síndrome de muerte súbita del lactante	2002
00157	Disposición para mejorar la comunicación	2002
00158	Disposición para mejorar el afrontamiento	2002
00159	Disposición para mejorar los procesos familiares	2002
00160	Disposición para mejorar el equilibrio del volumen de líquidos	2002
00161	Disposición para mejorar los conocimientos (especificar)	2002
00162	Disposición para mejorar el manejo del régimen terapéutico	2002
00163	Disposición para mejorar la nutrición	2002
00164	Disposición para mejorar el rol parental	2002
00165	Disposición para mejorar el sueño	2002
00166	Disposición para mejorar la eliminación urinaria	2002
00167	Disposición para mejorar el autoconcepto	2002
00168	Sedentarismo	2004
00169	Deterioro de la religiosidad	2004
00170	Riesgo de deterioro de la religiosidad	2004
00171	Disposición para mejorar la religiosidad	2004
00172	Riesgo de duelo complicado	2004, 2006
00173	Riesgo de confusión aguda	2006
00174	Riesgo de compromiso de la dignidad humana	2006
00175	Sufrimiento moral	2006
00176	Incontinencia urinaria por rebosamiento	2006
00177	Estrés por sobrecarga	2006
00178	Riesgo de deterioro de la función hepática	2006
00179	Riesgo de glucemia inestable	2006
00180	Riesgo de contaminación	2006
00181	Contaminación	2006
00182	Disposición para mejorar el autocuidado	2006
00183	Disposición para mejorar el bienestar	2006
00184	Disposición para mejorar la toma de decisiones	2006
00185	Disposición para mejorar la esperanza	2006

00186	Disposición para mejorar el estado de inmunización	2006
00187	Disposición para mejorar la capacidad	2006
00188	Tendencia a adoptar conductas de riesgo para la salud	1998, 2006

Una vez concluida la valoración e identificados los Problemas Interdependientes (*problemas interdependientes – complicaciones potenciales*) y los diagnósticos enfermeros, se procede a la fase de planeación de los cuidados o tratamiento enfermero.

### 3 PLANEACIÓN

En esta fase se trata de establecer los cuidados de enfermería, que conduzcan al usuario a prevenir, reducir o eliminar los problemas detectados. La fase de planeación en el proceso enfermero incluye cuatro etapas, *Carpenito (ob. cit)* e *Iyer (ob. cit)*.

#### ETAPAS DEL PLAN DE CUIDADOS

- Establecer prioridades en los cuidados. Selección.
- Planteamiento de los objetivos del usuario con resultados esperados.
- Elaboración de las actuaciones de enfermería.
- Documentación y registro.

#### Actuaciones de Enfermería

Las actuaciones enfermeras son aquellas intervenciones específicas que van dirigidas a ayudar al usuario 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.

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:

##### Para 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 (o riesgo)

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

##### Para el diagnóstico enfermero de bienestar (o de salud)

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

##### Para problemas interdependientes

- Controlar los cambios de estado del usuario.
- Manejar los cambios de estado de salud.
- Iniciar las actuaciones prescritas por la enfermera(o) y el médico.

#### Documentación en el plan de cuidados enfermeros

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 *Alfaro (ob.cit)*, "es un instrumento para documentar y comunicar la situación del usuario, los resultados que se esperan, las estrategias, indicaciones, intervenciones y la evaluación de todo ello".

La finalidad de los planes de cuidados está dirigida a fomentar unos cuidados de calidad, mediante:

- Los cuidados individualizados.
- La continuidad de los cuidados.
- La comunicación y,
- La evaluación.

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 integran los Planes de Cuidados

Los planes de cuidados deben tener los siguientes registros documentales:

- Diagnósticos de enfermería/problemas interdependientes.

- Objetivos del usuario para el alta a largo plazo (criterios de resultado).
- Ordenes de enfermería (actividades).
- Evaluación (informe de evolución).

**Ejemplo de Planes de Cuidados NNN (NANDA – NOC – NIC)  
PLAN DE CUIDADOS ESTÁNDAR: VIH – SIDA**

Diagnósticos NANDA	NOC (resultados)	NIC (intervenciones)
<p><b>00002:</b> DESEQUILIBRIO NUTRICIONAL POR DEFECTO</p> <p><b>R/C:</b> Inapetencia – dificultad en la masticación y la deglución – desconocimiento de patrones alimentarios básicos en su alimentación.</p> <p><b>M/P:</b> Peso corporal inferior en un 20% o más de su peso ideal – palidez de las conjuntivas y mucosas – fragilidad capilar.</p>	<p><b>1612:</b> Control de peso</p>	<p><b>1803:</b> Ayuda con los autocuidados: alimentación</p> <p><b>1100:</b> Manejo de la nutrición</p>
<p><b>00085:</b> DETERIORO DE LA MOVILIDAD FÍSICA</p> <p><b>R/C:</b> Malestar o dolor – disminución de la fuerza, control o masa muscular – desnutrición – contracturas articulares – deterioro cognitivo.</p> <p><b>M/P:</b> Enlentecimiento del movimiento – cambios en la marcha – inestabilidad postural durante la ejecución de las actividades de la vida diaria (AVD).</p>	<p><b>0208:</b> Nivel de movilidad</p>	<p><b>1804:</b> Ayuda con los autocuidados: aseo/eliminación</p> <p><b>1801:</b> Ayuda con los autocuidados: baño/higiene</p> <p><b>1802:</b> Ayuda con los autocuidados: vestir/arreglo personal</p> <p><b>1400:</b> manejo del dolor</p> <p><b>0221:</b> terapia de ejercicios: deambulación.</p>
<p><b>00047:</b> RIESGO DE DETERIORO DE LA INTEGRIDAD CUTÁNEA</p> <p><b>R/C:</b> Alteración del estado nutricional (desnutrición) – inmovilización física – deshidratación – factores mecánicos (fuerzas de cizallamiento) – prominencias óseas.</p>	<p><b>1902:</b> Control del riesgo</p> <p><b>1101:</b> Integridad tisular: piel y membranas mucosas</p>	<p><b>3540:</b> Prevención de las úlceras por presión.</p>
<p><b>00004:</b> RIESGO DE INFECCIÓN</p> <p><b>R/C:</b> Procedimientos invasivos (catéter venoso periférico).</p>	<p><b>0703:</b> Estado infeccioso</p> <p><b>1902:</b> control del riesgo</p>	<p><b>2440:</b> Mantenimiento de dispositivos de acceso venoso (DAV).</p>
<p><b>00038:</b> RIESGO DE TRAUMATISMO</p> <p><b>R/C:</b> Fumar en la cama o cerca de una fuente de oxígeno – debilidad – problemas de equilibrio – falta de educación para la seguridad.</p>	<p><b>1902:</b> Control del riesgo</p>	<p><b>6486:</b> Manejo ambiental: seguridad</p> <p><b>6490:</b> Prevención de caídas</p>

<p><b>00146: ANSIEDAD</b></p> <p><b>R/C:</b></p> <p>Cambio en el estado de salud – cambio en el entorno – cambio en los patrones de interacción – estrés – necesidades no satisfechas.</p> <p><b>M/P:</b></p> <p>Expresión de preocupaciones – incertidumbre – inquietud – irritabilidad – miedo de consecuencias inespecíficas – trastornos del sueño.</p>	<p><b>1402:</b> Control de la ansiedad</p>	<p><b>7310:</b> Cuidados de enfermería al ingreso</p> <p><b>1850:</b> Fomentar el sueño</p> <p><b>5820:</b> Disminución de la ansiedad.</p>
<p><b>00099: MANTENIMIENTO INEFECTIVO DE LA SALUD</b></p> <p><b>R/C:</b></p> <p>Falta de habilidad para emitir juicios deliberados y completos – deterioro perceptual o cognitivo – afrontamiento individual ineficaz.</p> <p><b>M/P:</b></p> <p>Falta demostrada de conocimientos respecto a las prácticas sanitarias básicas – historia de falta de conductas generadoras de salud.</p>	<p><b>1603:</b> Conducta de búsqueda de la salud</p> <p><b>1302:</b> superación de problemas</p>	<p><b>4480:</b> Facilitar la autorresponsabilidad</p> <p><b>5240:</b> Asesoramiento</p> <p><b>5230:</b> Aumentar el afrontamiento</p> <p><b>1802:</b> ayuda con los autocuidados: vestir/arreglo personal</p> <p><b>1801:</b> ayuda con los autocuidados: baño/higiene</p> <p><b>5440:</b> Aumentar los sistemas de apoyo</p> <p><b>5622:</b> Enseñanza: sexo seguro</p> <p><b>6540:</b> Control de infecciones</p> <p><b>7370:</b> Planificación del alta</p>
<p><b>00097: DÉFICIT DE ACTIVIDADES RECREATIVAS</b></p> <p><b>R/C:</b></p> <p>Entorno desprovisto de actividades recreativas.</p> <p><b>M/P:</b></p> <p>Afirmaciones de la persona de que se aburre, o que desea tener algo que hacer, que leer, etc.</p>	<p><b>1604:</b> Participación en actividades de ocio</p>	<p><b>5360:</b> Terapia de entretenimiento</p>
<p><b>00079: RIESGO DE INCUMPLIMIENTO DEL TRATAMIENTO</b></p> <p><b>R/C:</b></p> <p>Complejidad del tratamiento – falta de conocimientos y habilidades para el régimen propuesto – falta de personas significativas – ideas sobre salud – influencias culturales – sistema de valores individual.</p>	<p><b>1609:</b> Conducta terapéutica: enfermedad o lesión</p>	<p><b>4420:</b> Acuerdo con el usuario</p> <p><b>5602:</b> Enseñanza: proceso de enfermedad</p> <p><b>5616:</b> Enseñanza: medicamentos prescritos</p>
<p><b>COMPLICACIONES POSIBLES</b></p>	<p><b>NIC (intervenciones)</b></p>	
<p>Neumonías Encefalopatías Toxoplasmosis Crisis convulsivas Hemorragias Síndrome de abstinencia Diarreas</p>	<p><b>6650:</b> Vigilancia</p> <p><b>3350:</b> Monitorización respiratoria</p> <p><b>1730:</b> Restablecimiento de la salud bucal</p> <p><b>1400:</b> manejo del dolor</p>	

Estreñimiento TBC Fiebre Candidiasis oral Insomnio Dolor Infección	
<b>REQUERIMIENTOS DIAGNÓSTICOS</b>	<b>NIC (intervenciones)</b>
	<b>4238:</b> Flebotomía: muestra de sangre venosa <b>7820:</b> Manejo de muestras
<b>REQUERIMIENTOS TERAPÉUTICOS</b>	<b>NIC (intervenciones)</b>
	<b>4190:</b> Punción venosa <b>4200:</b> Terapia intravenosa (IV) <b>2313:</b> Administración de medicación. Intramuscular (IM) <b>2314:</b> Administración de medicación: intravenosa (IV) <b>2304:</b> Administración de medicación: oral

#### PLAN DE CUIDADOS (formato modelo)

DIAGNÓSTICO ENFERMERO Y/O PROBLEMA INTERDEPENDIENTE	RESULTADO ESPERADO  USUARIO / ENFERMERO	INTERVENCIONES  (HORARIO)	EJECUCIÓN	EVALUACIÓN
			C.  P.  EP.	RH:  FR:  IE:

**Código de Ejecución:** C = cumplido; P = pendiente; EP = en proceso.

**Código de Evaluación:**

RH = Respuesta Humana (mejoría – progresa – no progresa – en vía de cambio)

FR = Factor Relacionado (abolido – disminuido – se mantiene)

IE = Intervención Enfermera (apropiada – inapropiada)

## 4 EJECUCIÓN

En la fase de ejecución se pone en práctica el plan de cuidados elaborado.

La ejecución, implica las siguientes actividades de enfermería:

- Continuar con la recogida y valoración de datos.
- Realizar las actividades de enfermería.
- Anotar los cuidados de enfermería.
- Dar los informes verbales de enfermería.
- Mantener el plan de cuidados actualizado.

## 5 EVALUACIÓN

La evaluación se define como la comparación planificada y sistematizada entre el estado de salud del usuario 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.

El proceso de evaluación consta de dos partes:

- Recoger datos sobre el estado de salud/problema/diagnóstico que queremos evaluar.
- Comparar estado actual del usuario con los resultados esperados y emitir juicio sobre su evolución.

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

- Aspecto general y funcionamiento del cuerpo.
- Señales y síntomas específicos.
- Conocimientos.
- Capacidad psicomotora (habilidades).
- Estado emocional.
- Situación espiritual (modelo holístico de la salud).
- Entrevista con el usuario.
- 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:

1. El usuario ha alcanzado el resultado esperado.
2. El usuario está en proceso de lograr el resultado esperado, nos puede conducir a plantearse otras actividades.
3. El usuario 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 la evaluación se realiza para:

- Medir los cambios del usuario.
- Comparar los objetivos los objetivos propuestos.
- Revisar los resultados de la intervención enfermera.
- 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 usuario.

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 usuario y realizar ajustes o introducir modificaciones para que la atención resulte más efectiva.

### REFERENCIAS / BIBLIOGRAFÍA

1. Alfaro-Lefevre R. (1999) Aplicación del Proceso Enfermero: Guía paso a paso. 4ta. Edición. Springer. España.
2. \_\_\_\_\_ (1990) Aplicación del Proceso Enfermero. Doyma. Madrid.
3. American Nurses Association (1999) ANA CPN II Recognition Criteria and Definitions. Washington D.C.
4. Carpenito L. (1985) A Guide to Effective Clinical Instruction. 2da. Edición. Aspen Systems Corp, Rockville.
5. \_\_\_\_\_ (1983) Diagnósticos de Enfermería. Interamericana. México.
6. \_\_\_\_\_ (1991) Diagnóstico de Enfermería. 3ra. Edición. Interamericana McGraw-Hill. Madrid.
7. \_\_\_\_\_ (1994) Planes de cuidados y documentación en enfermería. Interamericana McGraw-Hill. Madrid.
8. \_\_\_\_\_ (2000) Diagnósticos de Enfermería. 3ra. Edición. Interamericana McGraw-Hill. México.

9. Griffith J. (1996) PAE Aplicación de Teorías, Guías y Modelos. Manual Moderno. México.
10. Iyer P. (1999) Proceso de Enfermería y Diagnóstico de Enfermería. Interamericana McGraw-Hill. México.
11. NANDA (2003) Diagnósticos Enfermeros Definiciones y Clasificación 2003-2004. Elsevier S.A. España.
12. \_\_\_\_\_ (2005) Diagnósticos Enfermeros. Definiciones y Clasificación 2005-2006. Elsevier S.A. España.
13. \_\_\_\_\_ (2008) Diagnósticos Enfermeros. Definiciones y Clasificación 2007-2008. Elsevier S.A. España.
14. \_\_\_\_\_ (1991) The definition of nursing, diagnosis. In R.M. Carroll-Johnson (Ed.), Classifications of nursing diagnosis: Proceedings of the ninth conference (pp. 65 – 71). Philadelphia: Lippincott.
15. Reed P. (1992) An emerging paradigm for the investigation of spirituality in nursing. Research in Nursing and Health, 15, 349-357.