



MINISTERIO DE SALUD

Normativa - 128

MANUAL PROCESO DE ATENCIÓN DE ENFERMERÍA DEL SECTOR SALUD

Managua, Nicaragua - 2014



MINISTERIO DE SALUD

MANUAL PROCESO DE ATENCIÓN DE ENFERMERÍA DEL SECTOR SALUD

Managua, Nicaragua - 2014

**N
YW
49
0149
2014**

Nicaragua. Gobierno de Reconciliación y Unidad Nacional
Ministerio de Salud / **Normativa 128: Manual Procesos de
Atención de Enfermería.**
Managua: MINSa, 2014

44 p.;

(Contiene Resolución Ministerial No.###-2014)

Anexo: Formulario Guía de Valoración de Enfermería; Historia de Salud Familiar y Comunitaria; Lista de Problemas de Salud Según Prioridad; Estructura del Diagnóstico de Enfermería con sus Componentes; Plan de Cuidados; Flujograma Aplicación del Proceso de Atención de Enfermería)

1. Cuidados Básicos de Enfermería
2. Atención de Enfermería-normas
3. Procesos de Enfermería
4. Personal de Enfermería
5. Planificación de Atención al Paciente
6. Atención Dirigida al Paciente
7. Calidad de Atención de la Salud
8. Manejo de Atención al Paciente
9. Promoción, Ponencia y Rehabilitación de Salud en Enfermería (descriptor local)

Ficha Catalográfica Elaborada por la Biblioteca Nacional de Salud.

©MINSa. 2014

Contenido

INTRODUCCIÓN:	1
OBJETIVOS.....	3
SOPORTE JURÍDICO	4
POLÍTICAS DE OPERACIÓN:.....	6
ASPECTOS CONCEPTUALES	7
CAMPO DE APLICACIÓN Y OBJETO DE LA NORM	11
FUNDAMENTACIÓN TEÓRICA DEL PROCESO DE ATENCION DE ENFERMERÍA.....	12
DESCRIPCION DE LOS PROCEDIMIENTOS:	23
METODOLOGÍA PARA EVALUAR LA APLICACIÓN DEL PROCESO DE	29
ATENCIÓN DE ENFERMERIA.....	29
BIBLIOGRAFÍA:	30
ANEXOS.....	32

INTRODUCCIÓN:

El Ministerio de Salud como ente rector del Sector Salud impulsa la mejora de la calidad de atención en los servicios de salud, mediante la implementación de normativas que constituyen procesos encaminados al fortalecimiento de la calidad del cuidado de enfermería, con énfasis en la seguridad del paciente mediante la aplicación del proceso de Atención de Enfermería, por considerarse como el Método científico para el cuidado de enfermería al brindar los cuidados a la persona, con acciones dirigidas hacia la familia y la comunidad través de una atención sistematizada a las personas que requieren atención en los servicios de salud.

En este documento se destaca la teórica de Enfermería Dorotea Orem Enfermera americana que aporta al desarrollo de la práctica de Enfermería y como investigadora impulsa estudios sobre análisis de los fundamentos metafísicos y epistemológicos en la que concluyó que la visión de los seres humanos como seres dinámicos, unitarios que viven en sus entornos que están en proceso de conversión y que poseen libre voluntad; así como otras cualidades humanas esenciales; aportó con numerosas experiencias formativas y en detalle explicó la teoría de la acción en las perspectivas de la persona como actor o agente deliberado la teoría Orem etiqueta su teoría del déficit del autocuidado como una teoría general compuesta por tres teorías:

Teoría del autocuidado, teoría del déficit del autocuidado y la teoría de sistemas de enfermeros que describe las relaciones que hay que mantener para que se produzca el cuidado enfermero.

Los estamentos que dirigen a los recursos humanos de Enfermería: Servicio Gremio y Docencia han establecido alianzas con Organizaciones no gubernamentales a fin de continuar fortaleciendo las competencias del personal de Enfermería para mejorar la salud de las familias y comunidad como lo orienta el Modelo de Salud Familiar y Comunitario Actualmente la sociedad experimenta transformaciones profundas, que inciden en el ejercicio de las profesiones sanitarias que obligan a los profesionales de enfermería mantener actualizados los conocimientos científicos y técnicos para brindar cuidados de calidad, que evidencien cambios en la práctica de enfermería; por lo tanto es necesario

contar con un documento regulatorio que debe estar actualizado a la luz de los avances en el cuidado y a la demanda de la población.

El presente Manual está dirigido al personal de enfermería que labora en los establecimientos de salud con el propósito de poner en práctica los conocimientos propios de la profesión, además, ofrece directrices para potenciar los cuidados a la persona, familia y comunidad mediante la aplicación del pensamiento crítico de la enfermera/o.

En el año 2000, la Dirección de Enfermería del Ministerio de Salud elaboró y capacitó sobre las herramientas del Cuidado de Enfermería para su aplicabilidad en los servicios de salud; así mismo las Escuelas formadoras de Recursos Humanos de Enfermería bajo la Rectoría de la Universidad Nacional Autónoma (UNAN), Managua, incluyeron en los planes de estudios los Modelos, Teorías y el Proceso de Atención de Enfermería con el objetivo de potenciar el conocimiento científico incursionando a los estudiantes de enfermería en este proceso de cambio y actualización de la curricula.

En el año 2006, el Ministerio de salud de Nicaragua y la Agencia de Cooperación Internacional del Japón, (JICA) firmó un convenio, para desarrollar el proyecto de Fortalecimiento de la Educación Básica y Permanente de Enfermería que conforman cuatro componentes: Desarrollo Curricular, Integración Docencia Servicio, Proceso de Atención de Enfermería Hospitalaria y Comunitaria.

La creación del Manual permitirá a la enfermera/o gerenciar el cuidado de enfermería por lo cual se requiere de una nueva cultura de trabajo donde el acto de cuidar es una reciprocidad entre las personas que reciben la atención y quienes la brindan; por tanto es necesario que la enfermera/o actúe mediante los roles de autonomía y colaborativo para la toma de decisiones desde el punto de vista del cuidado de enfermería.

OBJETIVOS

GENERAL

Garantizar que el personal de enfermería aplique el Proceso de Atención de Enfermería, para la mejora de la calidad del cuidado al paciente, familia y comunidad que requieren atención en los establecimientos de salud.

ESPECÍFICOS:

1. Facilitar al personal de enfermería instrumentos prácticos y operativos para la elaboración del Proceso de Atención de Enfermería
2. Desarrollar competencias en el personal de Enfermería en el cuidado del paciente, con acciones dirigidas hacia la familia y comunidad mediante la aplicación del Proceso de Atención de Enfermería.
3. Fortalecer la Educación Básica y Permanente de Enfermería profundizando los conocimientos para brindar cuidados de calidad.
4. Promover el autocuidado en los pacientes, familias y comunidades mediante acciones de promoción, prevención y rehabilitación de la salud.

SOPORTE JURÍDICO

Las leyes del país tienen un marco conceptual basado en la máxima expresión que es la Constitución Política de Nicaragua, esta Ley expresa en su:

Capítulo I,

Arto. 59. Los nicaragüenses tiene derecho, por igual a la salud. El estado establecerá las condiciones básicas para su promoción, protección, recuperación y rehabilitación.

Arto. 70. La familia es el núcleo fundamental de la sociedad y tiene derecho a la protección de ésta y del estado.

La Ley General de Salud Ley 423, la cual en su Título II. Capítulo I. de las competencias del Ministerio de Salud.

Arto. 1 Objeto de Ley: La presente Ley tiene por objeto tutelar el derecho que tiene toda persona de disfrutar, conservar y recuperar su salud, en armonía como lo establecido en las disposiciones legales y normas especiales.

Arto.2 El Ministerio de salud es el órgano competente para elaborar, aprobar, aplicar, supervisar y evaluar normas técnicas, formular políticas, planes, programas, proyectos, manuales e instructivos que sean necesarios para su aplicación

Arto.4 Rectoría: Corresponde al Ministerio de Salud como ente rector del Sector, coordinar, organizar, supervisar, controlar, regular, ordenar y vigilar las acciones en salud, sin perjuicio de las funciones que deba ejercer frente a las instituciones que conforman el sector salud, en concordancia con lo dispuesto en disposiciones legales especiales.

Normativas de Enfermería con Resolución Ministerial O71 Integración Docencia Servicio, Guías de Cuidado de Enfermería Embarazo, Parto Puerperio y Recién Nacido NO 030 y sin resolución Ministerial: Manual de Funciones Básicas de Enfermería de

Hospitales, Funciones del personal de Enfermería que labora en el I Nivel, Técnicas y Procedimientos de Enfermería, Estándares para la Calidad de Atención, Protocolos de Acogida al Paciente, Reglamento de enfermería y la Normativa 070 Norma Metodológica para la elaboración de Normas, Manuales y Protocolos del sector salud.

Capítulo II De los deberes y Ámbito de Aplicación del Código de Ética Enfermería

El Código de ética de enfermería se fundamenta en el respeto de los derechos humanos del individuo, familia y comunidad. Por tanto el personal de Enfermería dará cumplimiento a los deberes en su ámbito de aplicación en el:

Arto.2: El profesional de enfermería debe brindar asistencia a toda persona que lo necesite, según su competencia.

Arto.4: El profesional de enfermería deberá ser defensor/a de los derechos de los pacientes y promoverá una cultura de buen trato en las Unidades de Salud.

Arto. 8: Es deber respetar la vida humana en todas sus fases desde la concepción hasta la tercera edad brindando los cuidados especiales en éstas etapas.

Arto. 9: Guardar toda información confiada por el paciente durante el ejercicio de sus funciones.

Los siguientes Estándares de Enfermería para el Mejoramiento de la Calidad de los servicios de enfermería se encuentran:

Estándar No. 3: Enfermería aplica el Proceso de Atención de Enfermería a pacientes familia y comunidad priorizados.

Estándar No. 7: continuidad del cuidado en salud: describe que todo paciente egresado de un establecimiento de salud se le dará continuidad y seguimiento a su tratamiento para mantener la salud, el bienestar y la vida.

POLÍTICAS DE OPERACIÓN:

El Manual Proceso de Atención de Enfermería debe ser aplicado en los diferentes niveles de atención del MINSA, que atienden a personas, familia y comunidad con eficiencia, eficacia, calidad y calidez para la promoción, fomento y rehabilitación de la salud; por tanto La práctica de Enfermería garantiza

1. Que la dignidad y los derechos del paciente sean respetados durante el Proceso de Atención de Enfermería.
2. Que la seguridad del paciente se garantice en los diferentes procedimientos médico-quirúrgicos que enfermería realiza.
3. El fortalecimiento de la aplicación de valores humanísticos, espirituales y éticos favorece los procesos de atención al paciente.
4. La aplicación del cuidado integral implica acciones de promoción de la salud, prevención de la enfermedad de la persona, familia y comunidad.
5. Las acciones de promoción y prevención para el auto cuidado de las personas y familias modifican formas en los estilos de vida saludables.
6. El personal de enfermería aplica el Proceso de Atención de Enfermería a los pacientes en los diferentes ciclos de vida priorizados.
7. Producir cambios positivos en el estado de salud del paciente cuando se causan limitaciones durante el proceso de salud y enfermedad.

ASPECTOS CONCEPTUALES

Enfermería: Profesión considerada como una ciencia porque posee un cúmulo de Conocimientos científicos, cuya razón es el cuidado de la salud del ser humano en todas las etapas del ciclo de vida tomando en consideración los aspectos biológicos, Psicológico, social y espiritual a través del proceso de Atención de Enfermería como Método de trabajo científico. Además centra su actividad científica en la investigación y la docencia.

- **Cuidado de Enfermería:** Conjunto de acciones claramente definidas y organizadas que Enfermería brinda a la persona, familia y la comunidad con el fin de ayudar a satisfacer las necesidades físicas, psicológicas, sociales que en continua integración con su entorno viven experiencias de salud o enfermedad sustentadas en el Modelo de Salud Familiar y Comunitario del MINSA.
- **Proceso de Atención de Enfermería:** Método científico que utiliza el personal de Enfermería para brindar los cuidados a la persona, familia y la comunidad sana o enfermas a través de una atención sistematizada que configura una serie de pasos sucesivos que se relacionan entre sí, cuyo objetivo principal es constituir una estructura que pueda cubrir las necesidades reales o potenciales, compuesta por cinco etapas; valoración, diagnóstico, planificación, ejecución y evaluación.
- **NANDA:** Asociación Norteamericana de Diagnósticos de Enfermería(cuyo objetivo es estandarizar los diagnósticos de Enfermería a nivel internacional)
- **Diagnósticos de Enfermería:** Es el juicio clínico sobre las respuestas de un individuo, familia o comunidad a problemas de salud/procesos vitales reales o potenciales. Los diagnósticos de Enfermería proporcionan la base para seleccionar las intervenciones de Enfermería destinadas a conseguir resultados de lo que es responsable el personal de Enfermería.

- **Taxonomía:** es el estudio de los principios generales de la clasificación científica de los diagnósticos de Enfermería.
- **Autocuidado:** Acción que realiza el ser humano de manera independiente con el fin de mantener la vida, la salud y el bienestar.
- **Rol Autónomo:** Actuación propia de la disciplina de enfermería, mediante la cual los profesionales aplican cuidados basados en un cuerpo de conocimientos para la toma de decisiones mediante el desarrollo del pensamiento crítico.
- **Rol Colaborativo:** Decisión conjunta y complementaria de la enfermera/o y otros profesionales, es decir se trata de compartir saberes, búsqueda de acuerdos con un objetivo y visión común, teniendo presente que el objeto principal de las acciones es el ser humano.
- **Ciencia:** Cuerpo de conocimientos propios de una disciplina como las habilidades y metodología que hacen progresar dicha disciplina.
- **Capacidad de Autocuidado:** Habilidades desarrolladas por la enfermera/o para realizar de manera efectiva intervenciones haciendo uso del pensamiento crítico.
- **Enfermera:** persona que ha recibido preparación durante un periodo de tiempo establecido por una Universidad y que las faculta para brindar cuidados de enfermería a personas sanas o enfermas y realizar funciones de promoción de la salud, prevención de las enfermedades e intervenir cuando se ve afectado por la enfermedad.
- **Entorno:** Condiciones y fuerzas externas que afectan la vida y el desarrollo de la persona.
- **Empatía.** Capacidad para comprender correctamente lo que experimenta nuestro interlocutor.

- **Formato PES.** Fórmula para el registro de los diagnósticos de enfermería, siendo sus componentes **el problema** o respuesta humana, manifestado por el individuo, familia y/o comunidad, **la etiología**, factores etiológicos que han influido en el cambio experimentado por el individuo en su estado de salud y los **signos y síntomas** manifestaciones del individuo ante el problema, conocidas como características definitorias.
- **Holístico:** Abordaje integral de la persona desde una percepción bio- psicosocial.
- **Práctica:** Actuar de una persona que se relaciona con sus habilidades y destrezas basadas estas en su nivel de conocimiento.
- **Persona:** Ser humano que posee necesidades físicas, emocionales o sociológicas a quien la enfermera/o realiza actividades con el propósito de resolver problemas y brindarle un cuidado profesional para recuperar o mantener su salud.
- **Plan de Cuidados:** Producto final de la planificación de los cuidados de enfermería.
- **Requisito del Autocuidado:** Representan los objetivos determinados del autocuidado, es decir son las razones por las que se emplea el autocuidado; expresan los resultados deseados.
- **Salud:** Grado de bienestar continuo gracias a la utilización de todas las capacidades de la persona.
- **Teoría:** Conjunto de conceptos, definiciones, y proposiciones que permiten una visión sistemática de los fenómenos, estableciendo para ello las relaciones específicas entre los conceptos a fin de escribir, explicar, y/o controlar fenómenos acontecidos en un momento determinado.
- **Patrones Funcionales:** Constituye una herramienta esencial para la valoración de enfermería, primera etapa del Proceso de Atención de Enfermería.

- **Estamento:** Se describe como un conjunto de individuos que comparten ciertas características y que se diferencian del resto de los grupos. Los estamentos sociales se estructuran en forma piramidal, ocupando la cima aquellos que están compuestos por menos miembros que poseen mayor poder

CAMPO DE APLICACIÓN Y OBJETO DE LA NORMA

CAMPO DE APLICACIÓN:

El presente Manual será aplicado por el personal de enfermería que labora en los establecimientos de salud y de cumplimiento obligatorio, con el propósito es fortalecer los cuidados de Enfermería que se brinda a la persona, familia y comunidad en sus diferentes ciclos de vida de forma integral fomentando el autocuidado mediante acciones de promoción, prevención, curación y rehabilitación de la salud en la población que requiere atención.

POBLACIÓN OBJETO:

Pacientes que acuden a los establecimientos de salud a quienes las enfermeras y enfermeros aplicarán ésta herramienta científica con el fin de fortalecer la calidad del cuidado en todos los escenarios en que se desarrolla enfermería.

FUNDAMENTACIÓN TEÓRICA DEL PROCESO DE ATENCION DE ENFERMERÍA

El Proceso de Atención de Enfermería es un método científico que permite a la enfermera/o intervenir en los problemas de salud real o potencial identificados en el paciente, familia y comunidad. Se caracteriza por la sistematización lógica para predecir los resultados del cuidado de Enfermería mediante la promoción, prevención y mantenimiento del auto cuidado.

Las teorías de enfermería en la práctica, traen beneficios a la disciplina, y contribuyen a diferenciarla de otras profesiones de la salud.

Teoría General de Enfermería Según Dorotea Orem:

1. Teoría del Auto cuidado: Describe porqué y el cómo las personas cuidan de sí mismas.
2. Teoría del Déficit de Auto cuidado: Describe y explica como la enfermería puede ayudar a las personas.
3. Teoría de los Sistemas de Enfermeros: Describe y explica las relaciones que hay que mantener para que se produzca el cuidado enfermero.

Requisitos de auto cuidado:

1. Universales
2. Para el desarrollo
3. Desviación de la salud

Los Universales tienen la función de:

- Mantenimiento de aporte suficiente de aire
- Mantenimiento de aporte suficiente de agua
- Mantenimiento de aporte suficiente de alimentos
- Provisión de cuidados asociados con los procesos de eliminación y excreción.
- Mantenimiento del equilibrio entre la actividad y el reposo

- Mantenimiento del equilibrio entre la soledad y la interacción humana
- La prevención de peligros para la vida, el funcionamiento y el bienestar humano.
- La promoción del funcionamiento y desarrollo dentro de los grupos sociales de acuerdo con el potencial humano, el conocimiento de las limitaciones humanas y el deseo humano de ser normal.

Requisitos de auto cuidado de desarrollo:

- Provisión de condiciones que fomentan el desarrollo
- Implicación en el desarrollo.
- Prevenir los efectos de las condiciones y de las situaciones vitales que pueden afectar de manera negativa el desarrollo humano.

Requisitos de auto cuidado en caso de desviación de la salud:

Estos requisitos existen para aquellas personas que están enfermas o sufren alguna lesión con formas específicas de estados o trastornos patológicos, incluido los defectos y las discapacidades y para los individuos que están siendo sometidos a un diagnóstico y tratamiento médico.

Las características de la desviación de la salud como condiciones que se expanden a lo largo del tiempo determinan los tipos de exigencias de cuidado que precisan las personas.

Déficit de Auto cuidado: Es un término que expresa la relación entre las capacidades de acción de las personas y sus necesidades de cuidado.

Sistemas de Enfermería: son las secuencias de las acciones prácticas consideradas de la enfermera/o que actúan de acuerdo con las acciones de las necesidades terapéuticas de autocuidado de los pacientes para proteger y regular el ejercicio o desarrollo de la actividad de autocuidado de los pacientes.

En el sistema completamente compensatorio: La acción de la enfermera/o es que cumple con el autocuidado terapéutico del paciente, compensa la incapacidad del paciente de comprometerse a desempeñar un autocuidado, es decir sirve de apoyo y lo protege.

En lo que respecta al sistema parcialmente compensatorio: La acción de la enfermera/o es que desarrolla algunas medidas de autocuidado para el paciente compensa las limitaciones de autocuidado del paciente, ayuda al paciente adecuadamente, regula la actividad del autocuidado y el paciente acepta el cuidado y la ayuda de la enfermera.

En relación al sistema de apoyo Educativo: La acción de la enfermera/o es que regula el ejercicio y el desarrollo de la actividad del autocuidado y el paciente lo cumple con el autocuidado.

Beneficios para aplicar el Proceso de Atención de Enfermería:

1. Contribuye en el tratamiento de los problemas de salud reales y potenciales.
2. Reduce estancia hospitalaria y costos.
3. Mejora la comunicación entre el equipo multidisciplinario.
4. Evidencia la calidad del cuidado.
5. Promueve la Participación del paciente, familia y comunidad en el plan terapéutico.
6. Promueve la satisfacción de la persona familia y comunidad.
7. Adopta estilos de vida saludable.
8. Fomenta el auto cuidado.

ETAPAS DEL PROCESO DE ATENCIÓN DE ENFERMERÍA:

I. Etapa de Valoración de Enfermería

Recolección de datos del estado de salud de la persona, familia y comunidad que conduce a la identificación de Problemas.

- **Tipos de datos**

Subjetivos (S): Percepciones, sentimientos e ideas del paciente de su estado de salud.

Objetivos (O): Información observable, se pueden comprobar, mediante la valoración.

Documentales (D): Información obtenida en los registros escritos.

- **Fuentes de datos**

Primaria o directa: Persona, familia y la comunidad fuente principal de datos

Secundaria o indirecta: Personal de salud, familia, organizaciones comunales, registros escritos.

- **Métodos de recolección de datos**

Entrevista aplicando guía de Valoración de los 11 patrones funcionales de salud: Define 11 patrones de actuación relevantes para la salud de los pacientes, las familias y la comunidad, así como modelos y teorías según necesidades identificadas. En el siguiente cuadro se detalla la información que se debe recolectar en cada patrón.

PATRONES FUNCIONALES	VALORA
1. Percepción-mantenimiento de la salud	<ul style="list-style-type: none">• Percepción del estado general de salud y bienestar.• Seguimiento de prácticas sanitarias preventivas.
2. Nutricional- metabólico	<ul style="list-style-type: none">• Patrones de aportes de alimentos y líquidos, equilibrio de líquidos y electrolitos, capacidad general para la curación.
3. Eliminación	<ul style="list-style-type: none">• Patrones de la función excretora (intestinal, vesical y cutánea) y percepción del paciente.
4. Actividad/ejercicio	<ul style="list-style-type: none">• Patrón de ejercicio, actividad, entretenimiento, recreación y actividades vitales diarias; factores que interfieren con el patrón personal deseado.
5. Reposo/sueño	<ul style="list-style-type: none">• Patrones de sueño y periodos de descanso-relajación durante las 24 horas del día; cantidad y calidad de éstos.
6. Cognitivo/perceptivo	<ul style="list-style-type: none">• Adecuación de la percepción sensorial, como la

PATRONES FUNCIONALES	VALORA
	visión, audición, gusto, olfato, tacto, percepción del dolor, capacidades funcionales cognitivas.
7. Autopercepción-auto concepto	<ul style="list-style-type: none"> • Actitudes sobre el yo, percepción de habilidades, imagen corporal, identidad, sensación general de estimación personal y patrones emocionales.
8. Rol/relaciones	<ul style="list-style-type: none"> • Percepción de los principales roles y responsabilidades en la situación de vida actual.
9. Sexualidad/reproducción	<ul style="list-style-type: none"> • Percepción de satisfacción o insatisfacción con la sexualidad. Etapa reproductiva y patrón de reproducción.
10. Afrontamiento-tolerancia al estrés	<ul style="list-style-type: none"> • Patrones generales de afrontamiento, tolerancia al estrés, sistemas de soporte y capacidad percibida para controlar y manejar las situaciones.
11. Valores/creencias	<ul style="list-style-type: none"> • Valores, objetivos o creencias que guían las elecciones o la toma de decisiones.

Entrevista aplicando Historia de Salud Familiar y Comunitaria (MOSAF): Para la aplicación del Proceso de Atención de Enfermería se utilizan los instrumentos como ejes trazadores para la atención: promoción, prevención de enfermedades, curación y rehabilitación de la salud.

Guía de valoración de requisitos de autocuidado universales en la comunidad:

Estos se concentran en las demandas de autocuidado. Consiste recolectar información sobre; aire, agua, alimentos, eliminación, actividad, descanso, soledad e integración social, prevención de riesgo y promoción de la actividad humana y el entorno que identifique la existencia de contaminantes u otros que pudieran influir en la salud de las personas, familias y comunidades.

- **Técnica de recolección de datos**

1. Entrevista clínica:

Formal: Consiste en una comunicación con un propósito específico, en la cual la enfermera utiliza los diferentes instrumentos de recolección de la información.

Informal: Es la comunicación que se realiza entre la enfermera/o y el paciente durante el proceso de atención con el objeto de fortalecer los datos que le ayudarán a establecer las necesidades reales o potenciales.

2. Observación:

La enfermera/o mediante el uso de los sentidos puede obtener información tanto del paciente como de cualquier otra fuente, también es importante la observación del entorno que lo rodea.

3. Exploración Física.

Se utiliza las técnicas: inspección, palpación, percusión y auscultación.

• **Validación de los datos.**

La enfermera/o debe reconocer que la información que se ha recopilado es verdadera, es decir que se pueden medir como: peso, talla.

• **Visita domiciliar:**

Constituye una acción importante que realiza el personal de enfermería, para intervenir oportunamente en la reducción de los factores de riesgos a la salud según ciclos de vida.

- **Organización, análisis, e interpretación de datos**

Consiste en ordenar problemas de salud por patrones afectados, identificando requisitos de autocuidado según el modelo de Dorothea Orem, para brindar un análisis de cada problema y de esta forma guiar la priorización e intervención de enfermería.

- **Síntesis de datos**

Consiste en la integración de los datos relacionados en los que enfermería desarrolla el razonamiento científico para demostrar la relación de hallazgos encontrados en las características del desarrollo humano, en los aspectos físico, cognoscitivo, psicosocial y espiritual. También relaciona patrones funcionales afectados con la fisiopatología, terapéutica y resultados de laboratorio.

II ETAPA DIAGNÓSTICA DE ENFERMERÍA

Proporciona la base para la elección de intervenciones de Enfermería.

Para el proceso de diagnósticos de Enfermería se utiliza el listado de la NANDA¹

- **Diagnóstico Real:** Describe la respuesta humana a procesos vitales y estado de salud del individuo, familia y comunidad. Ejemplo:

“Dolor agudo R/C procedimiento quirúrgico, secundario a apendicetomía, E/P expresión facial y verbal de dolor”

- **Diagnóstico de Riesgo:** Describe repuestas humanas a estados de salud y procesos vitales que pueden desarrollarse en una persona, familia o comunidad vulnerable, tiene únicamente factores de riesgo. Ejemplo:

“Riesgo de caídas secundario a prótesis en extremidades inferiores”.

- **Diagnóstico de Promoción de la Salud:** pensamiento sobre sobre la motivación y deseo de una persona, familia, grupo o comunidad de aumentar su bienestar y actualizar su potencial de salud que se manifiesta en su disposición a mejorar conductas de salud específicas. Ejemplo:

¹ Los criterios definidos para la utilización de los Diagnósticos de la **NANDA**:

1. Desarrollo del pensamiento crítico de la Enfermera/o a través de la investigación.
2. Valoración de los patrones funcionales de la salud del paciente.
3. Identificación de poblaciones de riesgo.
4. Intervenciones de Enfermería.
5. Mejora la calidad del cuidado de Enfermería.

“Déficit de actividades recreativas R/C entorno desprovisto de actividades recreativas secundario a hospitalización prolongada, E/P expresa sentirse aburrido, desea tener algo que hacer”.

- **Diagnóstico de salud:** Describe respuestas humanas a niveles de salud de una persona, familia o comunidad, que están en disposición de mejorar. Ejemplo:
“Disposición para mejorar los procesos familiares evidenciado por desempeño en las tareas familiares”.

DIAGNÓSTICO DE ENFERMERÍA, SEGÚN FORMATO PES (ver anexo 5)

- **P:** Corresponde al **problema** o respuesta humana ante la enfermedad.
- **E:** Corresponde a la **etiología** o factores relacionados que están ocasionando la respuesta.
- **S:** se refiere a los **signos y síntomas** (signos-subjetivos y síntomas-objetivos)

III ETAPA DE PLANIFICACIÓN:

Determina lo que debe hacer Enfermería para atender los problemas de salud del paciente y se considera:

Fijación de prioridades:

- **Prioridad Alta:** Problema de riesgo importante, donde se ve amenazada la vida del paciente, familia, comunidad.
- **Prioridad Media:** Problemas que amenazan la salud del paciente.
- **Prioridad Baja:** Problema que dificultan el funcionamiento normal.

Establecimiento de objetivos:

El establecer los objetivos permite evaluar el progreso del paciente y la actuación de Enfermería:

Para alcanzar los resultados esperados se consideran:

- **Objetivo a corto plazo:** Se alcanza en horas, días hasta una semana.
- **Objetivo a mediano plazo:** Oscila entre una semana y un mes.

- **Objetivo a largo plazo:** Se alcanza en más de un mes.

ACTIVIDADES QUE INCLUYE LAS INTERVENCIONES DE ENFERMERÍA:

✓ **INTERVENCIONES DE ENFERMERÍA**

Estrategias concretas elaboradas por la enfermera/o para prevenir, curar, controlar y lograr los objetivos establecidos.

✓ **INTERVENCIONES DEL PACIENTE:**

Es la intervención del paciente en su autocuidado para integrarse en su propio cuidado, el paciente debe conocer sobre su estado de salud actual, factores de riesgo y plan terapéutico a seguir, esto contribuirá a la práctica de estilos de vida saludables.

✓ **INTERVENCIONES DE LA FAMILIA:**

Es la intervención del núcleo familiar en el cuidado del paciente para integrarse en el cuidado del paciente, la familia debe conocer el estado de salud actual, factores de riesgo y plan terapéutico a seguir, ésta contribuirá a la práctica de estilos de vida saludables y al alcance de resultados esperados.

IV ETAPA DE EJECUCION:

Es la puesta en práctica de las actividades planificadas, la enfermera/o tiene la responsabilidad de coordinar acciones con el paciente, familia y otros miembros del equipo.

V ETAPA DE EVALUACIÓN:

Es la etapa final del proceso de Atención de Enfermería en la que oportunamente la enfermera/o determina los cambios en la situación de salud del paciente, comparando los resultados esperados obtenidos de las intervenciones según la respuesta humana del paciente y los objetivos planteados.

En el abordaje de las etapas del Proceso de Atención de Enfermería es importante recordar que la persona es un conjunto dinámico de relaciones establecidas entre factores fisiológicos, psicológicos, socioculturales, de desarrollo intelectual y espiritual, los que están presentes en las diferentes etapas de la vida y sufren modificaciones según los

cambios biopsicosociales. Por lo tanto es necesario tomar en consideración las características de las personas durante la prestación de los cuidados de enfermería en los diferentes ciclos de vida; por ende se debe valorar conocimientos sobre los aspectos físicos, cognitivos, psicosociales y espirituales, ya que los niños y adultos experimentan cambios fisiológicos al cual se enfrentan a ciertas circunstancias y percepciones de la salud, conducta ante la misma son un factor importante para el mantenimiento de un estado saludable.

La enfermera actúa como educadora y facilitadora, ayudando a las personas a formar hábitos de vida saludables que contribuyen a la adaptación de los cambios impuestos desde la niñez, la edad adulta y madura de una forma subsecuente, incluyendo los efectos del envejecimiento y la alteración de los procesos familiares.

Cuidar la salud de las personas es el factor común del trabajo del personal de enfermería, hay ciertos rasgos, actitudes y maneras que permiten a la enfermera realizar bien su trabajo, por lo descrito anteriormente se hace necesario incluir las características de las personas en sus diferentes etapas de la vida al aplicar el Proceso de Atención de Enfermería.

En el Proceso de Atención de Enfermería El Modelo de Salud Familiar y Comunitario se retoman instrumentos, así como los ejes trazadores para la atención con enfoque de promoción, prevención de enfermedades, curación y rehabilitación de la salud, asegurando que los servicios lleguen al mismo tiempo y se realicen en los territorios donde las personas y/o grupos poblacionales lo necesiten.

Con el Modelo la visita domiciliar constituye una acción importante que realiza el personal de enfermería, para intervenir oportunamente en la reducción de los factores de riesgos a la salud, y una oportunidad para identificar riesgos, según ciclos de vida, de tal forma que se realice un proceso mediante planes de cuidados que conlleven intervenciones eficaces, evaluar el cuidado y demostrar cambios significativos en el cuidado de enfermería.

PRINCIPIOS EN QUE SE FUNDAMENTA EL MODELO DE SALUD FAMILIAR Y COMUNITARIO

1. El respeto a los principios legales, culturales, morales y religiosos de la población.
2. El papel integrador de la familia con relaciones basadas en el respeto solidaridad, igualdad de derechos y responsabilidades entre el hombre y la mujer.
3. El respeto a la diversidad étnica y el derecho que tiene cada comunidad para preservar y desarrollar su propia identidad cultural riesgos para la dispensarización de las familias.

Por lo tanto se considera un desafío avanzar en la implementación de teorías de enfermería con la aplicación del Proceso de Atención de Enfermería Comunitario y fortalecer las acciones del Modelo de Salud Familiar y Comunitario.

DESCRIPCION DE LOS PROCEDIMIENTOS:

Aspectos Organizativos para la Aplicación del Proceso de Atención de Enfermería

La aplicación del Proceso de Atención de Enfermería permite a las enfermeras/os, planificar y ejecutar cuidados de una forma racional, lógica y sistemática. Se implementa como una estrategia para obtener la calidad en el cuidado del paciente con diferentes Patologías o problemas de salud.

Para su aplicación se hace necesario el manejo de cada uno de los formatos establecidos según los pasos de aplicación en cada etapa del proceso que a continuación se describen:

Etapa de valoración:

1. Formulario de datos básicos de enfermería según los once patrones funcionales.
2. Organización de datos.
3. Análisis e interpretación de datos.
4. Síntesis de datos.

Etapa diagnóstica:

5. Lista de los diagnósticos de enfermería y problemas interdependientes.

Etapa de planificación, ejecución y evaluación:

6. Plan de cuidados.

DATOS BÁSICOS DE ENFERMERIA, SEGÚN LOS ONCE PATRONES FUNCIONALES (*Ver anexo 1*)

Patrón percepción de la salud.

Debe especificar Diagnóstico, antecedentes médico, familiares, farmacológicos, automedicación, motivo de consulta, historia de la presente enfermedad, resultado de los procedimientos médicos (exámenes especiales y de laboratorio), tratamiento médico, sensibilidad a los sabores, describir la dimensión y distribución de la vivienda, uso o no de tren de aseo, tipo de agua, existencia de letrina, aguas negras,

existencia de zonas (afluentes fábricas, ríos, vertederos) Condición de trabajo: especificar la realización de las tareas familiares de casa y quien las efectúa.

Patrón Nutricional – Metabólico

Describe el patrón de consumo de alimentos y líquidos relativo a las necesidades metabólicas e indicadores de aporte de nutrientes.

Horas habituales de comida, tipos y cantidad de alimentos, líquidos ingeridos, preferencia de alimentos, uso de suplementos dietéticos o vitamínicos. También se hace referencia a la existencia de lesiones cutáneas en la piel como cicatrices de cirugías anteriores, manchas estrías, estado de uñas, cabello, membranas mucosas, dientes, talla, peso, temperatura corporal. Estos se anotan en la columna de datos objetivos para confirmar datos subjetivos.

Patrón Eliminación

Describe los patrones de la función excretora (intestinal, vesical y piel), rutina o uso de laxantes para eliminación intestinal (consistencia y cantidad), características de la orina, uso de sonda: número de la sonda, fecha de colocación y cualquier ayuda empleada para la excreción urinaria y si el paciente presenta dificultad para llevar a cabo ésta función.

En observaciones registrar datos del examen físico (peristaltismo, distensión, dolor abdominal, hábito urinario, flatulencias, evidencia de agrandamiento del hígado o anexos utilizando las técnicas del examen físico; así mismo describir resultados de exámenes efectuados.

Patrón Actividad-Ejercicio

Describe el ejercicio, actividad, tiempo libre, recreación, la existencia de limitación para la movilidad en algunos de los miembros, actividades habituales diarias, día típico del paciente.

Al realizar el examen físico en este patrón se valora capacidad de auto cuidado con independencia, marcha, postura, ausencia de alguna parte del cuerpo (especificar), fuerza muscular, pulso respiración, presión arterial, revisar sistema músculo

esquelético valorando antecedentes o presencia de dolor muscular (comienzo, localización y fenómenos asociados) temblor, atrofia, flacidez, espasticidad. Además se valora el sistema neurosensorial que se complementa en el patrón 6 y 7.

Patrón Sueño-Reposo

Describe los patrones de sueño, descanso y relajación durante las 24 horas del día. Se debe anotar lo que refiere el paciente, alteraciones y método utilizado para conciliarlo.

Describir conducta durante la entrevista (somnolencia o estado de alerta).

Patrón cognoscitivo-perceptivo

Percepción sensorial: indicar el aspecto comprometido, registrando las palabras referidas por el paciente, registrar lo encontrado en el examen físico que refleje orientación o desorientación y las capacidades cognitivas y sensoriales.

Dolor: describir con palabras textuales del paciente.

En el sistema neurológico se valora: Audición, visión, olfato, tacto y reflejos.

Estado mental: lenguaje (compruebe si puede leer y observe orientación en las tres esferas (tiempo, lugar y persona)).

Patrón autopercepción-auto concepto

Registre lo que el paciente expresa como preocupación, conocimientos de su enfermedad, medicamentos recibidos, cambios ocurridos en su cuerpo desde el inicio de su enfermedad y si han afectado sus actividades diarias, percepción del presente y el futuro, actitudes y comportamiento que reflejen el estado emocional.

Valorar en el examen físico: contacto visual, tono de voz, conversación, postura corporal, estado general y autoestima.

Patrón Roll-Relaciones

Incluye la percepción del paciente referidas a los principales roles y responsabilidades en su situación actual, satisfacción o alteraciones en la familia, relaciones sociales.

Se detalla el Familiograma (Ficha Familiar)

Patrón Sexualidad-Reproducción

Se utiliza las técnicas de palpación e Inspección se anota fecha de última menstruación. Indicar la presencia de problemas menstruales, anotar última fecha de citología la existencia de anomalías, Indagar si la paciente práctica autoexploración de mamas, valorar la revisión vaginal con espéculo y aprovechar la toma de citología, en caso contrario brindar recomendaciones. En mujeres que no han tenido relaciones sexuales realizar solamente inspección de genitales externos, presencia de ganglios linfáticos inguinales y otros.

En el hombre se explora testículo presencia de ganglios, lesiones, secreciones describir si existen preocupaciones sexuales y anotar como lo expresa el paciente, valorar presencia de hernia, masa en la próstata, coloración anormal, así mismo valorar el sistema urinario.

Patrón de afrontamiento y tolerancia al estrés.

Se describe la adaptación, efectividad y tolerancia al estrés, capacidad de resistir amenazas de la integridad en la persona, formas de manejar el estrés, medios de apoyo familiar y otras. Se registran situaciones difíciles que el paciente haya experimentado últimamente, reacciones presentadas en estas situaciones y que medidas ha utilizados para la minimización del problema.

Patrón valores-creencias

Describe los modelos de valores morales, creencias espirituales y sobre la medicina natural que guían las elecciones y decisiones, incluye lo visto como importante en la vida.

1. ORGANIZACIÓN DE DATOS (ver anexo 2)

Es necesario examinar la información a la luz de un esquema o modelo conceptual de enfermería. La enfermera obtiene los datos en forma sistemática por medio de la guía de valoración de los once patrones funcionales, en ella indaga la información

proporcionada por el paciente, familia, examen físico y expediente clínico. La organización se lleva a cabo agrupando datos objetivos y subjetivos. Estos datos se organizan por patrones, únicamente los alterados.

2. ORGANIZACIÓN ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN DE DATOS (ver anexo 3)

- Ordenar los datos escribiendo el número y nombre de cada patrón, luego los datos subjetivos y al final los objetivos.
- Escribir la interpretación que realiza la enfermera, utilizando parámetros y estándares existentes para relacionar lo normal de lo anormal, mediante el análisis. Así como los Requisito de autocuidado del modelo de OREM
- Realizar y registrar el análisis de los datos subjetivos basados en lo que dice el paciente.
- En caso de interpretar datos similares, aclarar la relación entre uno y otro, anotando el número de los cuales se hace referencia.
- Cuando se desarrolla habilidad para la interpretación de datos se podrá hacer por escrito solo con los datos prioritarios, también se puede hacer una combinación de ellos en una sola interpretación.

1. LISTA DE PROBLEMAS DE SALUD (Ver anexo 4)

Indicaciones para el llenado:

- Anotar el número que corresponda al orden priorizado del problema, es decir en orden ascendente, el número 1 será el de mayor importancia o prioridad alta, hasta llegar al número que representa la prioridad baja indicando que la atención para este diagnóstico puede esperar, sin que el paciente se complique.
- Se debe redactar el diagnóstico de enfermería de acuerdo al formato (PES) si es real, de promoción de la salud, de bienestar o de riesgo.
- Escribir las complicaciones potenciales, reales y a continuación los que no están presentes.

2. PLAN DE CUIDADOS DE ENFERMERÍA (Ver anexo 6)

Componentes:

Diagnóstico de enfermería:

Describe el diagnóstico de enfermería según el patrón de salud afectado, para intervenir.

Objetivos: debe tomarse en cuenta los de dominio cognoscitivo, afectivo y psicomotor.

Resultados Esperados: deben ser realistas (alcanzables), coherentes y evaluarse constantemente según la evolución del problema, también describen las respuestas específicas planificadas.

Intervenciones de la enfermera/o, paciente y la familia

Ejecución: La enfermera/o, paciente y familia ejecutan intervenciones de enfermería planificadas.

Evaluación: La enfermera/o evaluará la efectividad de las intervenciones de enfermería aplicadas al paciente según el plan de cuidados, tomando en cuenta el logro de objetivos y los resultados esperados, interviniendo en el mantenimiento, modificación o finalización del mismo.

METODOLOGÍA PARA EVALUAR LA APLICACIÓN DEL PROCESO DE ATENCIÓN DE ENFERMERÍA.

Para evaluar la aplicación del Proceso de Atención de Enfermería la responsable de enfermería en coordinación con miembros de los comités locales de cada institución realizarán monitoreo de las actividades realizadas por el personal de enfermería capacitado, los criterios a evaluar serán:

- Aplicación de Procesos de Atención de Enfermería.
- Estructuración del Proceso de Atención de Enfermería.
- Aplicación de planes de cuidado.
- Evaluación de planes de cuidado.
- Cumplimiento del plan de educación permanente.
- Encuesta de opinión rápidas para valorar la satisfacción del paciente que se le aplicó el Proceso de Atención de Enfermería.

BIBLIOGRAFÍA:

1. Alfaro-Lefevre, Rosalinda: Aplicación del Proceso Enfermero, fomentar el cuidado en colaboración. Quinta edición. ELSEVIER MASSON S.L, Barcelona España. 2003.
2. Asociación de Enfermeras/os Nicaragüenses Código de Ética de Enfermería edición especial abril 2008
3. García. G. María de Jesús, EL PROCESO DE ENFERMERÍA Y EL MODELO DE VIRGINIA HENDERSON, propuesta para orientar la enseñanza y la práctica de enfermería, segunda II edición. Editorial progreso, S.A. DE C.V. México D.F. 2004.
4. Gordon Marjory, PhD, RN, FAAN. Manual de diagnósticos de enfermería décima Edición. ELSEVIER España, S.A. 2003.
5. Gordon Marjory, PhD, RN, FAAN. Manual de diagnósticos de enfermería. 11ª Edición. Editorial McGraw-Hill. Interamericana de España, S.A.U. 2007.
6. López Arce Alma, El currículo en la educación superior un enfoque post moderno, basado en competencias. Primera edición. Publicaciones Cruz O. Universidad panamericana, S.A. México D.F 2006.
7. López de Murcia Nuria Patricia. Fundamento Teórico para Aplicar el Proceso de Atención de Enfermería con la Persona Adulta. Segunda edición. Grafi color S.A de C.V. El Salvador 2008.
8. Moran/Mendoza. Proceso de Enfermería Modelo sobre interacción terapéutica y usos de los lenguajes NANDA, CIE y CRE. Segunda edición. Editorial Trillas S.A de CW. México DF. 2006.
9. Ministerio de Salud Dirección de Enfermería Estándares para el Mejoramiento de la calidad de los servicios de enfermería. II nivel de Atención. Managua-Nicaragua. Septiembre del 2004.
10. Ministerio de Salud Reglamento Interno de Enfermería Managua, Nicaragua 1995
11. Ministerio de Salud Norma Metodológica para la elaboración de Normas, Manuales, Guías y Protocolos del Sector Salud, Managua Nicaragua, 2011.

12. Ministerio de salud Dirección de Enfermería Manual de Funciones de Enfermería II Nivel de Atención Managua, Nicaragua 2005
13. Tomey Ann Marriner, Raile Alligood Martha. Modelos y teorías en enfermería. Sexta edición, Elsevier España, S.L, Barcelona España. 2007.
14. T. Heather Herdman, PhD, RN. NANDA Internacional. DIAGNÓSTICOS ENFERMEROS, definiciones y clasificación 2009-2011. ELSEVIER. Barcelona España. S.L. 2010.
15. M.KIM et-al Guía Clínica de Enfermería. Diagnósticos de Enfermería y Plan de Cuidado, Quinta edición, México, 1994.

WEB GRAFÍA

16. Herrera Rodríguez Andrés. Guía para la elaboración de citas y referencias bibliográficas, según el estilo Vancouver. En línea. 2011. Fecha de acceso 11 mayo 2013. URL disponible en: <http://www.biblioteca.udep.edu.pe>.
17. Nicaragua Gobierno de Reconciliación y Unidad Nacional. Ministerio de Salud Nicaragua. Dirección Superior. Comisión Nacional 49 de Normas, Manuales, Guías y Protocolos. Norma metodológica 0783 para la elaboración de normas, manuales, guías, protocolos. En línea. 2011. Fecha de acceso 11 mayo 2012. URL disponible en: <http://www.minsa.gob.ni>
18. Consejo Internacional de Enfermeras WWW aibarra org/Temario /sección 1cap22/capitulo 22 html.

ANEXOS

Anexo 1
GUÍA DE VALORACIÓN DE ENFERMERIA

Instructivo:

El presente formulario tiene como objetivo obtener información del paciente en función de los patrones funcionales de salud, que posteriormente se analizan los datos obtenidos para proceder a organizar, analizar e interpretar las necesidades del paciente.

Perfil del Paciente			
Nombre:	Sexo: F__ M__	Edad: _____	Religión: _____ Fecha de ingreso: _____
Fecha de nacimiento:	Asegurado/a: SI__ NO__		
Condición: Casado/a ____ Soltero/a ____ Unión de hecho estable: ____ Viudo/a ____ Divorciado/a ____			
Escolaridad: _____		Ocupación: _____	
1. Percepción/control de la salud			
Diagnóstico Médico:		Antecedentes farmacológicos:	
Antecedentes Médico quirúrgicos Otros :		Antecedentes familiares:	
Motivo de consulta:		Historia de la presente enfermedad:	
Resultados de procedimientos médicos:		Tratamiento médico:	
Vivienda:(tamaño y estructura del hogar/servicios básicos):		Ambiente (factores de riesgo que afectan la salud):	
Condición del trabajo: (factores de riesgo que afectan la salud):			
2. Nutricional – Metabólico			
Datos Subjetivos		Datos Objetivos	
Preferencia e intolerancia a alimentos:		Peso y Talla actual:	
Habito alimenticio:		Piel: <input type="checkbox"/> erupción <input type="checkbox"/> abrasiones <input type="checkbox"/> lesiones <input type="checkbox"/> otros Cavidad oral: <input type="checkbox"/> lesiones <input type="checkbox"/> prótesis dental <input type="checkbox"/> otros hallazgos Estado e higiene de dientes y mucosa	
Tipo de dieta/dieta especial:			
Dificultad en la Deglución <input type="checkbox"/> cambio en el apetito <input type="checkbox"/> náuseas <input type="checkbox"/> vómitos <input type="checkbox"/> cambio reciente en el peso		Temperatura: Estado de la piel: <input type="checkbox"/> seca <input type="checkbox"/> hidratada <input type="checkbox"/> fría <input type="checkbox"/> pálida <input type="checkbox"/> cianótica <input type="checkbox"/> edema Estado de cabello y uñas: Estado de cavidad oral:	

seca hidratada

3. Eliminación

Datos Subjetivos **Datos Objetivos**

Hábito Intestinal:
Estreñimiento
Diarrea

Aparato Digestivo
 Características de la evacuación: (color, olor, consistencia)

habito urinario:
Urgencia
Disuria

Características de la orina :
Hematuria
Incontinencia
Uso de sonda vesical
Fecha de colocación:

4. Actividad y Ejercicio

Limitación en la capacidad para:
comer/beber
bañarse solo
vestirse/arreglarse
movilidad en la cama
traslado
deambulación
otros
ninguno

- Factores asociados
- Factores agravantes
- Factores mitigantes
- Actividades habituales diarias
- Actividades de recreación

Observaciones:

CAPACIDAD DE ACTIVIDAD/EJERCICIO

1=Independiente 2=Dispositivo de ayuda
 3=Ayuda de persona 4=Ayuda de persona y material
 5=Dependiente/incapacidad.

	1	2	3	4	5
Comer/Beber					
Bañarse					
Vestirse/Acicalarse					
Movilidad en la cama					
Traslado					
Deambulación					
Subir escaleras					

- Aparato respiratorio:
- Aparato cardiovascular:
- Sistema músculo esquelético:

5. Sueño – Reposo

Datos Subjetivos **Datos Objetivos**

Hábitos del sueño

- Horario:
- Dificultad con el sueño:
- Porque:
- Ayuda para dormir:

Observaciones:

6. Patrón Cognitivo – Perceptivo

<p>Percepción sensorial</p> <p><input type="checkbox"/>deterioro visual</p> <p><input type="checkbox"/>deterioro auditivo</p> <p><input type="checkbox"/>deterioro de postura y movimiento corporal</p> <p><input type="checkbox"/>deterioro del gusto</p> <p><input type="checkbox"/>deterioro del tacto</p> <p><input type="checkbox"/>deterioro del olfato</p> <p><input type="checkbox"/>deterioro de reflejos</p> <p><input type="checkbox"/>malestar:</p> <p><input type="checkbox"/>dolor:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Inicio: - duración: - localización: - intensidad: - radiación: - factores asociados: - factores agravantes: - factores mitigantes: <p>Nivel de conciencia y orientación sistema neurológico:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Al examen auditivo: - Al examen visual: - Al examen del gusto: - Al examen del tacto: - Al examen del Olfato: - Al examen del reflejo: 	<p>Nivel de conciencia y orientación:</p> <p>Sistema neurológico</p> <p>Al examen auditivo</p> <p>Al examen visual</p> <p>Al examen del gusto</p> <p>Al examen del tacto</p> <p>Al examen del olfato</p> <p>Reflejo rotuliano</p>
7. Auto percepción Auto concepto	
<p>Descripción de si mismo/a</p> <p>¿Ha sufrido cambios en el cuerpo desde que se enfermo?</p> <p>¿Cómo a influido la parte afectiva de su familia en el proceso de la enfermedad?</p>	<p>Observación :</p>
8. Roll- Relaciones	
Datos Subjetivos	Datos Objetivos

<p><u>Comunicación:</u> Dificultades del habla Si __No __</p> <p>Habla otro idioma : Si __No ____</p> <p>¿Cómo se ha visto afectada la relación con su familia, amigos y otros?</p> <p>¿Qué responsabilidades tiene en el hogar?</p> <p>¿Qué responsabilidades tiene en el hogar?</p> <p>¿De quién recibe más apoyo?</p>	<p><u>Estado del habla</u></p> <p>Normal: Si __No__, Disartria: Si __No__, Afasia: Si __No__</p> <p>Comprensión del lenguaje: Si__ No __</p> <p><i>Familiograma</i></p>
--	---

9. Sexualidad y Reproducción

<p>Menarquía _____ última fecha de menstruación _____ última toma y resultado de Papanicolaou _____ Examen mensual de auto exploración de mama/Testículo _____ Cambios o problemas en sus relaciones sexuales _____</p>	<p><i>Observación :</i></p>
---	------------------------------------

10. Afrontamiento y Tolerancia al Estrés

<p><u>Toma de decisión:</u></p> <p><input type="checkbox"/> independiente <input type="checkbox"/> dependiente</p> <p>¿Ha vivido situaciones difíciles actualmente?</p> <p>¿Cómo ha enfrentado esta situación?</p>	<p><i>Observación:</i></p>
---	-----------------------------------

11. Valores y Creencias

<p>¿Qué tipos de creencias práctica frecuentemente?</p> <p>¿Es importante la práctica religiosa en su vida?</p> <p>¿Cuáles son sus proyectos de vida?</p> <p>¿Cómo maneja situaciones conflictivas?</p>	<p><i>Observaciones:</i></p>
---	-------------------------------------

ANEXO 3

LISTA DE PROBLEMAS DE SALUD SEGÚN PRIORIDAD

Instructivo:

- Reflejar el problema de salud en orden priorizado, es decir en orden ascendente, el número 1 será el de mayor importancia o prioridad alta, hasta llegar al número que representa la prioridad más baja.
- Escribir complicaciones potenciales, reales y a continuación las que no están presente.

Orden de prioridad	Problemas de Salud
1	
2	
3	
4	
5	
6	
7	
8	
9	
10	
11	
12	
13	
14	
15	

ANEXO 4

ESTRUCTURA DEL DIAGNÓSTICO DE ENFERMERIA CON SUS COMPONENTES

Instructivo:

- Se debe redactar el diagnóstico de enfermería de acuerdo al formato (PES) si es real, de promoción de la salud, de bienestar.
- Los diagnósticos de riesgo solo incluyen problema y factor de riesgo.

(P)	(E)	(S)
<p>Problema</p> <p>Respuesta humana</p> <p>→ R/c</p> <p>Dificultad para el auto cuidado R/C</p>	<p>Etiología</p> <p>Factores relacionados o de riesgo</p> <p>→ E/P</p> <p>intolerancia a la actividad física E/P</p>	<p>Signos y Síntomas</p> <p>→</p> <p>Cansancio, fatiga, debilidad.</p>

ANEXO 5
PLAN DE CUIDADOS

Instructivo: El presente Instrumento tiene como objetivo describir las intervenciones de Enfermería para evitar, reducir al mínimo los problemas identificados en el Diagnóstico de Enfermería; por tanto se debe establecer prioridades, fijar resultados con el paciente, escribir las actuaciones de enfermería

Unidad de salud: _____ Servicio _____ N° cama _____ Fecha _____

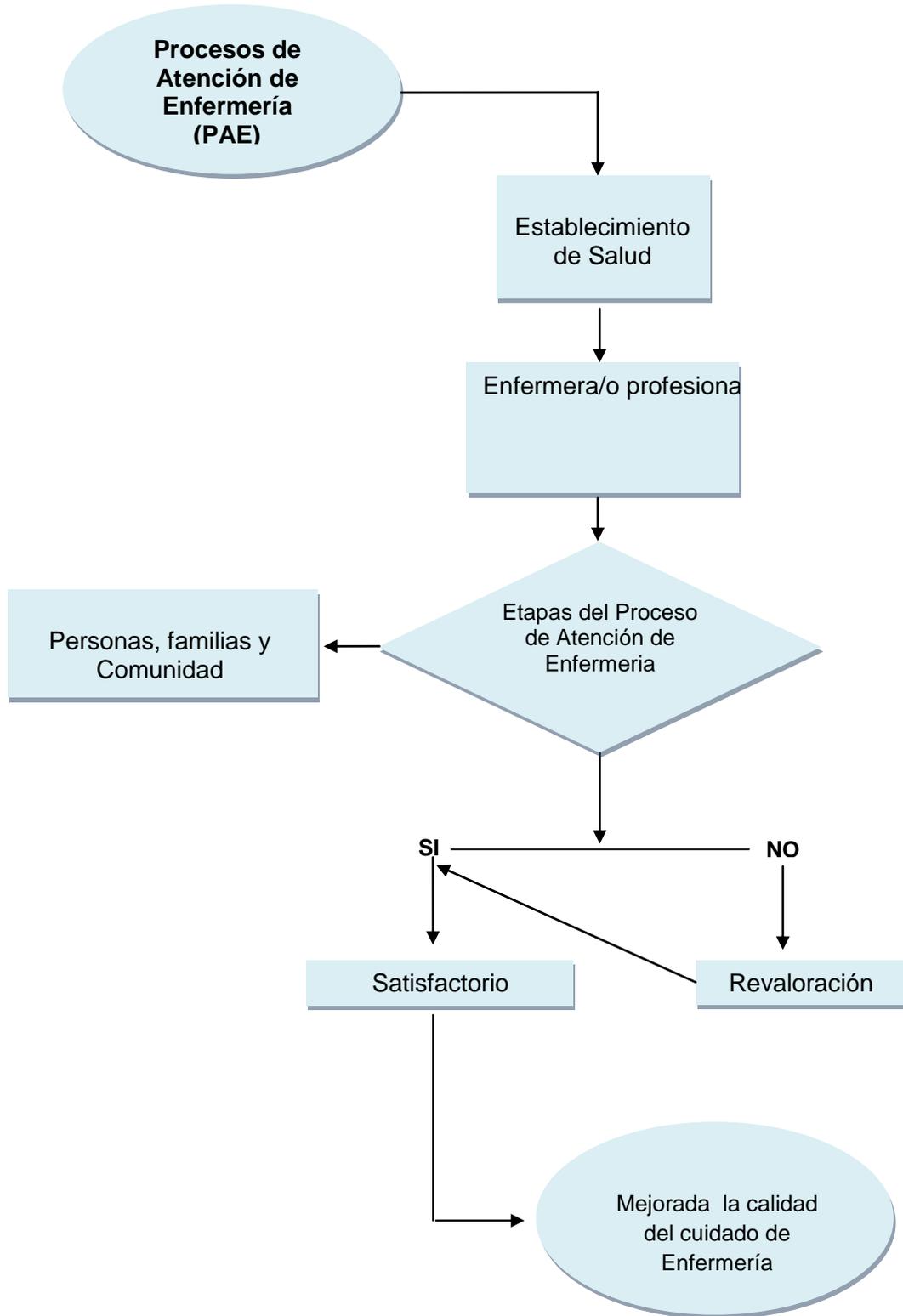
Nombre y apellidos _____ Sexo _____ Edad _____

Diagnóstico de Enfermería _____

OBJETIVO	RESULTADO ESPERADO	INTERVENCIONES	EJECUCIÓN	EVALUACIÓN
		ENFERMERÍA PACIENTE FAMILIA		

ANEXO 6

I. Flujoograma Aplicación del Proceso de Atención de Enfermería





FAMILIA Y
COMUNIDAD
EN
VICTORIAS !