

**PROPUESTA DE MODELO DE ATENCIÓN DE ENFERMERÍA - HOSPITAL
GENERAL DE MEDELLÍN.**

Diana Marcela Cardona Gómez

Yury Noreña Duque

Asesora: Luz Estela Varela Londoño

Gestión de enfermería II

Hospital General de Medellín

Universidad de Antioquia

Facultad de Enfermería

2013

AGRADECIMIENTOS

A todo el personal que conforma el hospital General de Medellín, ya que con su apoyo continuo lograron hacernos sentir parte de su institución de la manera más acogedora posible, en especial a las áreas de coordinación de enfermería y calidad y planeación, pues cada uno de sus integrantes aportaron a nuestro desarrollo personal y profesional por medio del acompañamiento en este proceso de practica académica.

A las tutoras de calidad, quienes al contarnos sus experiencias de vida contribuían a forjar metas y sueños que quedaron contruidos a partir de la realización de esta práctica, además debemos reconocer el trabajo de nuestra docente asesora Luz Estela Varela Londoño la que armándose de mucha paciencia tuvo un acompañamiento y seguimiento continuo durante este tiempo y con especial cariño a nuestra Universidad de Antioquia, a la que queremos expresarle infinitas gracias por formarnos como profesionales dispuestas a servir al ser humano de corazón.

He aquí el fruto de nuestro arduo trabajo, ante todo buscando el fortalecimiento de la profesión y llevando el sello de nuestra Alma Mater.

TABLA DE CONTENIDO

INTRODUCCIÓN

JUSTIFICACIÓN

1. OBJETIVOS

1.1. OBJETIVO GENERAL

1.2. OBJETIVOS ESPECÍFICOS

2. METODOLOGÍA.....1

3. REFERENTE TEÓRICO.....5

3.1. CAPÍTULO 1. EL PROCESO DE ATENCIÓN DE ENFERMERÍA COMO HERRAMIENTA BASE PARA EL DESARROLLO DISCIPLINAR DE LA PROFESIÓN.....5

3.1.1. FASES DEL PROCESO DE ATENCIÓN DE ENFERMERÍA.....6

3.1.1.1. VALORACIÓN.....6

3.1.1.2. DIAGNÓSTICOS DE ENFERMERÍA.....8

3.1.1.2.1. Componentes de un diagnóstico.....8

3.1.1.2.2. Metodología para la definición de diagnósticos de enfermería.....9

3.1.1.2.3. Clasificación de los diagnósticos de enfermería.....13

3.1.1.3. PLANIFICACIÓN.....14

3.1.1.4. EJECUCIÓN.....17

3.1.1.5. EVALUACIÓN.....18

3.1.2. CARACTERÍSTICAS DEL PROCESO DE ATENCIÓN DE ENFERMERÍA – PAE.....19

3.2. CAPITULO 2. ALGUNAS PERSPECTIVAS TEÓRICAS DE ENFERMERÍA.....20

3.3. CAPITULO 3. VALORACIÓN DE ENFERMERÍA.....	28
3.3.1. ANAMNESIS.....	29
3.3.2. VALORACIÓN FÍSICA.....	30
3.3.2.1. VALORACIÓN DE LAS NECESIDADES BÁSICAS (Virginia Henderson).....	31
3.3.2.1.1. Respirar normalmente.....	31
3.3.2.1.2. Comer y beber normalmente.....	32
3.3.2.1.3. Eliminar por todas las vías corporales.....	34
3.3.2.1.4. Moverse y mantener posturas adecuadas.....	34
3.3.2.1.5. Necesidad de dormir y descansar.....	37
3.3.2.1.6. Escoger la ropa adecuada. Vestirse y desvestirse.....	36
3.3.2.1.7. Mantener la temperatura corporal dentro de los límites normales.....	37
3.3.2.1.8. Mantener la higiene corporal y la integridad de la piel.....	38
3.3.2.1.9. Evitar los peligros ambientales y evitar lesionar a otras personas.....	38
3.3.2.1.10. Comunicarse con los demás expresando emociones, necesidades, temores u opiniones.....	39
3.3.2.1.11. Vivir de acuerdo con sus propios valores y creencias.....	39
3.3.2.1.12. Ocuparse en algo de tal forma que su labor tenga un sentido de realización personal.....	40

3.3.2.1.13. Participar en actividades recreativas.....	40
3.3.2.1.14. Aprender, descubrir o satisfacer la curiosidad que conduce a un desarrollo normal y utilizar los recursos disponibles.....	40
3.4. CAPITULO 4. IMPLEMENTACIÓN DE ESCALAS AVALADAS INTERNACIONALMENTE PARA OBJETIVIZAR LA VALORACIÓN DE ENFERMERÍA.....	41
3.4.1. Índice de Barthel.....	41
3.4.2. Escala de Braden.....	44
3.4.3. Escala de Tromp (riesgo de caídas múltiples).....	47
3.4.4. Evaluación del dolor.....	48
3.4.5. Evaluación neurológica.....	49
3.4.6. Registro de valores de glucometría.....	51
3.5. CAPITULO 5. IMPLEMENTACIÓN DEL EQUIPO DE RESPUESTA RÁPIDA HGM.....	54
3.5.1. Abordaje primario (ABC) ERR.....	57
3.6. CAPITULO 6. RUTA CRÍTICA: MODELO DE ATENCIÓN DE ENFERMERÍA- HOSPITAL GENERAL DE MEDELLÍN.....	59
4. CONCLUSIONES.....	62
5. RECOMENDACIONES.....	64
6. REFERENTES BIBLIOGRÁFICOS.....	65
7. BIBLIOGRAFÍA CONSULTADA.....	69
8. ANEXOS.....	72

INTRODUCCIÓN

“Para curar hay que conocer la enfermedad, para CUIDAR hay que conocer la persona” E. Najera

Brindar atención segura y con calidad al paciente se ha convertido en el objetivo principal del Hospital General de Medellín, tal como aparece en la Misión Institucional: “El Hospital General de Medellín es una Empresa Social del Estado que presta servicios de salud hasta la alta complejidad, centrados en la seguridad del paciente, brindando afecto, confianza, satisfacción y promoviendo el desarrollo científico, docente e investigativo así como las buenas prácticas de gestión”

En este sentido la atención a los pacientes y sus familias está orientada por unos valores institucionales que rigen el funcionamiento del mismo, los cuales son: compromiso, justicia, honestidad, respeto, responsabilidad, rectitud, seguridad y transparencia; para brindar el cuidado de calidad, se hace necesaria la utilización de estos principios y valores, ya que contribuyen a la existencia de empatía de persona a persona y de esta manera a facilitar el acercamiento entre ambos, logrando el primer paso de interacción entre profesional - paciente, que da inicio al proceso para el mejoramiento de su estado de salud.

El hospital general de Medellín se ha caracterizado a lo largo de su historia por esforzarse en brindar una atención segura y de calidad, lo que se ha buscado fortalecer con el desarrollo de nuevas estrategias que propenden por el mejoramiento continuo de la prestación de servicios de salud, dentro de estas estrategias se encuentra la generación de un Modelo de Atención de Enfermería que caracterice al HGM, con el fin de reconocer el liderazgo y la competencia que debe identificar al profesional de enfermería de la institución.

Este trabajo presenta una propuesta de Modelo de Atención de Enfermería para el Hospital General de Medellín desarrollado por estudiantes de Gestión II (Octavo semestre) de la Facultad de Enfermería de la Universidad de Antioquia durante

su práctica académica con la asesoría de la profesora Luz Estella Varela Londoño, en el segundo semestre del año 2012, el trabajo se estructuró en 6 capítulos desarrollados de la siguiente manera: se inicia con el reconocimiento del Proceso de atención de enfermería PAE como herramienta que permite el desarrollo disciplinar de la profesión y el fortalecimiento de la misma, luego se rescatan algunas perspectivas teóricas de enfermería, que por medio de una corta revisión bibliográfica conforman el segundo capítulo, esto, con el fin de mostrar las bases científicas que respaldan la labor de enfermería a lo largo de la historia, mirado desde diferentes perspectivas.

En el tercer capítulo se enuncia la valoración de enfermería y todos sus componentes, partiendo del papel del profesional para realizar este proceso basado en la interacción humana y los valores institucionales; en el cuarto capítulo se propone la implementación de escalas avaladas internacionalmente con el fin de guiar la valoración y que éstas se conviertan en una herramienta imprescindible que guíe este proceso, además en el capítulo siguiente se propone también la creación e implementación del equipo de respuesta rápida ERR HGM por medio del cual se detecten según unos signos de alarma establecidos, los pacientes en riesgo de presentar un paro cardiorrespiratorio. Se finaliza con la creación de un esquema de ruta crítica que guíe el quehacer de enfermería en la institución, pues basado en los valores y principios institucionales el profesional debe, según la interacción humana brindar atención al paciente por medio del proceso de atención de enfermería de manera fácil, concreta y efectiva.

De esta manera se reconocerá al HGM como un referente institucional en cuanto a la aplicación de un modelo propio de enfermería que permite la atención integral al paciente, basada en la interacción humana, la seguridad del mismo y la calidad de la prestación del servicio de salud.

JUSTIFICACIÓN

La práctica de Enfermería a nivel hospitalario, pretende cuidar a las personas hospitalizadas y sus familias, desde una perspectiva holística y humana, que involucre los conocimientos científicos, teóricos y prácticos necesarios para hacerla más segura, en este sentido se hace preciso utilizar metodologías que estructuren el pensamiento y configuren el cuerpo de conocimientos propio, que permita guiar el quehacer de la práctica profesional y genere un lenguaje común, que favorezca el proceso de atención de enfermería.

Teniendo en cuenta que el paciente es un ser bio-psico-social, dicha atención debe estar orientada, además de velar por la seguridad, al logro de la oportunidad y la satisfacción en la atención de los usuarios con calidad.

Al disponer de un modelo estructurado y sistematizado propio de la profesión, las instituciones prestadoras de servicios de salud, tendrían la capacidad de fortalecer la calidad de la atención de enfermería, puesto que los cuidados están direccionados a la satisfacción de las necesidades identificadas en los pacientes, basándose en sustentos teórico – metodológicos que respalden la atención, teniendo como prioridad la individualización de la persona y su familia.

La implementación de modelos de atención de enfermería busca contribuir al reconocimiento de la profesión y a la estructuración de procesos de cuidado al ser humano, pues además de favorecer la identidad gremial, sirven como base para el desarrollo disciplinar de enfermería. Entre otros beneficios de la utilización de modelos de atención establecidos están: brindar una base común de pensamiento entre profesionales, promulgar una unidad de lenguaje que favorezca la eficiencia, asertividad y competencia de los cuidados brindados.

El hospital General de Medellín, desde sus inicios ha tenido como objetivo principal la atención a los enfermos; en los últimos años, y gracias a las iniciativas

del mejoramiento de la calidad en la atención se han direccionado a la meta de brindar una atención oportuna, eficiente, segura e integral, con el fin de que el paciente se reintegre a su vida habitual con las menores limitaciones posibles, es aquí entonces, donde se resalta la importancia del personal de enfermería para el cumplimiento de estos objetivos de atención.

En la investigación realizada por los estudiantes de enfermería de la Universidad Católica de Manizales UCM **“FACTORES RELACIONADOS CON LA APLICABILIDAD DEL PROCESO DE ATENCIÓN DE ENFERMERÍA (P.A.E.) POR PARTE DE LOS PROFESIONALES DE ENFERMERÍA DEL HOSPITAL GENERAL DE MEDELLÍN, AÑO 2012”** que establecía como objetivo principal describir los factores que favorecen o limitan la aplicación del Proceso de Atención de Enfermería (P.A.E.) por parte de los profesionales de Enfermería del Hospital General durante el año 2012, se concluyó entre otras cosas, que actualmente los profesionales de enfermería inmersos en el trabajo se insertan en las dinámicas institucionales dejando de lado la identidad que se otorga en el ejercicio profesional y evaden la incorporación de modelos de atención como estrategia para brindar cuidado a los pacientes, además reconocen la importancia de la aplicabilidad que tiene el PAE como herramienta fundamental y sistemática ya que es un proceso que permite brindar cuidado holístico, humanizado y biopsicosocial; priorizando necesidades y estandarizando planes de cuidados sin dejar de lado la individualidad que caracteriza al ser humano.

Establecen además que se ven limitados para la implementación del mismo en sus labores, pues la demanda de pacientes es alta y consideran que tienen poco tiempo para hacerlo, reconocen el modelo de Virginia Henderson y sus 14 necesidades como la herramienta que elegirían a la hora de realizar la valoración de enfermería, pues resaltan que su desarrollo es acorde a las necesidades de la institución y manifiestan tener conocimiento sobre el mismo.

Es así como por medio de esta propuesta de modelo de atención de enfermería se pretende reflejar el aporte de un modelo sistemático y organizado propio del Hospital General de Medellín, producto de sus percepciones, acerca de cómo se ha venido desarrollando su implementación en los últimos años en la institución, un modelo con el que los profesionales de enfermería, fortalezcan el liderazgo como actitud básica para el desarrollo de la práctica profesional, que contribuya a facilitar la labor de enfermería, con la que el personal de enfermería estén en la capacidad de realizar la valoración de los pacientes basado en el modelo de las 14 necesidades de Virginia Henderson, mediante la entrega de turno, la ronda médica y de enfermería, que les permita identificar los pacientes de riesgo, reconocer signos de alerta sobre alteraciones que puedan poner en riesgo la vida de las personas, con esta primera fase del proceso de enfermería, priorizar necesidades de atención, proponer diagnósticos de enfermería y ejecutar acciones de cuidado acorde a las necesidades de cada paciente de manera oportuna y segura y finalmente evaluar los resultados de las intervenciones.

De esta manera se reafirma que el paciente y su familia son la razón de ser del cuidado de enfermería y el centro de atención hospitalaria, frente a los cuales es necesario definir criterios claros de cuidado, teniendo como base principal los protocolos y lineamientos institucionales que fortalezcan la trayectoria del Hospital General de Medellín: atención excelente y calidad de vida.

1. OBJETIVOS

1.1. OBJETIVO GENERAL

Estructurar la propuesta de Modelo de Cuidado de Enfermería para el HGM Luz Castro de Gutiérrez, con base en los postulados de la disciplina de Enfermería.

1.2. OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Reconocer el PAE como estrategia disciplinar que guía el cuidado de enfermería.
- Describir algunas de las perspectivas teóricas de enfermería que aportan al modelo de cuidado de enfermería para el Hospital General de Medellín.
- Favorecer la incorporación de modelos de Valoración disciplinares de la enfermería, en el cuidado de los pacientes que ingresan al HGM.
- Incorporar el uso de escalas avaladas internacionalmente que permitan objetivizar la valoración de enfermería.
- Proponer un esquema de ruta crítica para la implementación del Modelo de cuidado de enfermería del HGM.

2. METODOLOGÍA

Este proyecto será desarrollado a partir de la implementación de diferentes fases, por medio de las cuales se pretende brindar una estructura lógica y organizada y que permita validar la propuesta mediante una adecuada contextualización y un amplio marco referencial y teórico que soporte la misma.

FASE DE DIAGNÓSTICO

La realización de este proyecto surgió con base a los resultados que se dieron con el trabajo realizada por los estudiantes de la Universidad de Antioquia y la Universidad Católica de Manizales en su proyecto de gestión en el 2012, donde se indagaban los factores relacionados con la aplicabilidad del proceso de atención de enfermería (P.A.E.) por parte de los profesionales de enfermería del Hospital General de Medellín.

La investigación generó como resultados principales los siguientes: el personal de enfermería del HGM reconoce la importancia de aplicar el proceso de atención de enfermería en el ejercicio profesional y reconocen el PAE como un proceso que permite brindar un cuidado holístico, humanizado y biopsicosocial al usuario, que ayuda a priorizar y estandarizar los cuidados, proporcionando satisfacción y seguridad en el proceso de atención. Pero al momento de implementar esta metodología en la realización de sus funciones, se evidencian ciertas limitaciones en cuanto al tiempo que disponen para el cuidado de los pacientes, seguido por la sobrecarga laboral.

Uno de los aspectos que favorecen la aplicación del proceso de atención de enfermería PAE, es que el personal de enfermería se muestra motivado y reconoce la importancia de la aplicación de este, igualmente reconocen el modelo propuesto por Virginia Henderson, donde definen las 14 necesidades como una estrategia que favorece la aplicación del PAE, pues lo consideran apropiado y acorde a la institución, ya que puede permitir brindar un cuidado integral y holístico a los usuarios, además de ser la teórica que más conocen para los procesos de atención de enfermería del HGM.

FASE DE PRIORIZACIÓN

Con base en los resultados obtenidos en la fase anterior, la coordinación de enfermería del HGM decide realizar una propuesta de modelo de atención de enfermería propio del Hospital, en compañía de los estudiantes de gestión de la Universidad de Antioquia (semestre 2012-2).

BÚSQUEDA, ANÁLISIS Y CONSOLIDACIÓN DE LA BIBLIOGRAFÍA CONSULTADA

Para la realización de esta propuesta de modelo de atención de enfermería del HGM, se revisaron diversas fuentes bibliográficas relacionadas con el Proceso de Atención de Enfermería, algunas teóricas de enfermería, el Modelo de Virginia Henderson, escalas de valoración implementadas por el HGM y otros propuestos como el índice de Barthel y la estrategia de los equipos de respuesta rápida, entre otras, todas en relación con el cuidado de enfermería.

El desarrollo de este proyecto se estructura a través de seis capítulos principales que integran los conceptos básicos que el profesional de enfermería debe tener en cuenta para la implementación del modelo de atención de enfermería del HGM, los cuales fueron propuestos y enunciados con el fin de guiar al personal de enfermería en el desarrollo disciplinar, brindando una atención integral, basada en la interacción humana y la calidad optima, característica principal de la institución.

En vista de que el personal de enfermería del HGM reconoce el modelo de Virginia Henderson como una propuesta que se adapta al proceso de atención de enfermería de dicha institución, se decide realizar una propuesta de valoración, basada en las 14 necesidades básicas planteadas por esta teórica de enfermería.

En la valoración, se incluye la propuesta de la implementación de los equipos de respuesta rápida en el HGM, con los cuales se pretende fortalecer la valoración realizada por el personal de enfermería, permitiendo así la identificación del paciente en riesgo para evitar el suceso de eventos críticos como el paro cardiorespiratorio.

De la misma manera, se propone un esquema de ruta crítica que el personal de enfermería del HGM debe seguir, para garantizar la prestación del cuidado

de enfermería de calidad, basados en la interacción humana, teniendo en cuenta los valores corporativos y los que como profesionales de enfermería deben poseer como conocimiento disciplinar.

FASE DE DIVULGACIÓN INSTITUCIONAL

Luego de realizar la propuesta de modelo de cuidado de enfermería del Hospital General de Medellín, se presenta dicha propuesta a la enfermera encargada de la coordinación de enfermería Luz Estella González y al grupo de tutores de calidad, conformado por enfermeros de diferentes servicios del hospital, con el fin de que estos, den su punto de vista y sus aportes a dicha propuesta, para pasar luego a la implementación del modelo, la cual será realizada por los estudiantes de gestión que llegan próximamente a la institución de la Universidad de Manizales.

En esta fase, se realizará una evaluación de la percepción de los enfermeros sobre este modelo de atención de enfermería, con el fin de identificar la aceptación que esta propuesta puede crear en el personal de enfermería y así mismo, determinar la estrategia para la implementación.

Luego de presentar la propuesta, se seleccionará el servicio en el cual se realizará la prueba piloto, donde se capacitará a todo el personal de enfermería sobre el desarrollo óptimo del proceso de atención de enfermería, incluyendo cada uno de sus componentes. Este paso será realizado por los estudiantes de la universidad católica de Manizales que realizarán el empalme de esta propuesta.

Según los resultados que se den luego de la realización de la prueba piloto, se procederá a capacitar a todo el personal de enfermería del Hospital General de Medellín en el manejo y desarrollo del proceso de atención de enfermería y se implementará en todos los servicios del hospital.

FASE DE IMPLEMENTACIÓN

En esta fase, se realizará una prueba piloto en alguno de los servicios del Hospital General de Medellín, en el cual se capacitará al personal de enfermería en el desarrollo adecuado del proceso de atención de enfermería

con cada una de sus fases y posteriormente se implementará la propuesta del modelo de atención de enfermería y se evaluará el cumplimiento de los objetivos propuestos al realizar este modelo, a través de la construcción de indicadores que permitan evidenciar la pertinencia de este, entre los cuales se pueden resaltar: adherencia a guías y protocolos de la institución, tiempo de respuesta al llamado de enfermería, disminución de complicaciones relacionadas con la atención al usuario, eventos adversos derivados de la atención de enfermería y satisfacción del paciente, así mismo valorar la proporción de quejas y reclamos relacionados directamente con la atención de enfermería .

Según los resultados obtenidos en esta prueba piloto, se realizará la implementación del modelo de atención de enfermería en todos los servicios del Hospital General de Medellín, para lo cual se realizará la capacitación a todo el personal de enfermería de la institución, en el desarrollo del proceso de atención de enfermería.

FASE DE EVALUACIÓN Y SEGUIMIENTO

Para la evaluación y seguimiento de los resultados obtenidos en la implementación del modelo de atención de enfermería del Hospital General de Medellín, se propone utilizar el ciclo PHVA, ya que este representa un ciclo dinámico por medio del cual se realiza la evaluación de manera continua y permite identificar las oportunidades de mejora en el proceso, de manera que se puedan realizar las intervenciones oportuna y continuamente, además, permite una valoración sistemática y organizada, mejorando así la calidad en la prestación de servicios.

Finalmente, se pretende promover la incorporación a la historia clínica electrónica (SAP) de algunos elementos del modelo de atención de enfermería del HGM, en el cual se puede evidenciar la calidad del cuidado brindado.

3. REFERENTE TEÓRICO

3.1. CAPITULO 1. EL PROCESO DE ATENCIÓN DE ENFERMERÍA COMO HERRAMIENTA BASE PARA EL DESARROLLO DISCIPLINAR DE LA PROFESION.

La Enfermería como disciplina profesional, requiere implementar una forma estructurada de acciones y procedimientos que permitan llevar a cabo un cuidado a los pacientes, caracterizado por dar respuesta a una serie de situaciones de salud que pueden ser problemáticas para las personas.

Estas acciones y procedimientos, van encaminados a solucionar o minimizar los problemas relacionados con la salud de las personas y están caracterizados por ser actuaciones ordenadas y sistémicas, por medio de la aplicación de un método de resolución de problemas.

Es por esto, que para llevar a cabo las funciones propias de la enfermería, es necesario el orden y estructuración de aquellas actividades que posibilitan el análisis y la solución de las situaciones en las cuales se va a intervenir.

Esta ordenación y estructuración de las actividades, se lleva a cabo mediante la aplicación del método científico denominado Proceso de Atención de Enfermería (PAE), el cual permite a la enfermería, prestar cuidados de una forma racional, lógica y sistemática (2).

Es importante señalar, que el PAE tiene un enfoque holístico, considerando tanto los problemas físicos como los efectos de los mismos sobre el funcionamiento de la persona como ser individualizado. El mantenimiento de este enfoque asegura que se cubran las necesidades únicas y ayuda a la enfermera ha adaptar las intervenciones al individuo (y familia) en vez de hacerlo a la enfermedad.

El Proceso de Atención de Enfermería tiene sus orígenes cuando, por primera vez, fue considerado como “proceso”, esto ocurrió con Hall (1955), Jhonson (1959), Orlando (1961) y Wiedenbach (1963), consideraron un proceso de tres etapas (valoración , planeación y ejecución) ; Yura y Walsh (1967), establecieron cuatro (valoración, planificación, realización y evaluación); y Bloch (1974), Roy (1975), Aspinall (1976) y algunos autores más, establecieron las cinco actuales al añadir la etapa diagnóstica.

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

3.1.1. FASES DEL PROCESO DE ATENCIÓN DE ENFERMERÍA

3.1.1.1. VALORACIÓN

Es la primera fase del proceso de Enfermería, ésta fase incluye la recopilación de datos de la persona, familia y entorno, sus necesidades y problemas, las respuestas humanas, limitaciones, incapacidades, etc. que se producen ante ellos. Es también, un proceso planificado, sistemático, continuo y deliberado de recogida e interpretación de información que permite determinar la situación de salud que están viviendo las personas y su respuesta a esta.

La validación y la organización de los datos, se realiza según clasificaciones conceptuales. Es el banco de datos imprescindible para tomar decisiones, siendo estos confirmados y organizados antes de identificar los problemas clínicos y/o diagnósticos de enfermería.

Los tipos de datos que se pueden recolectar por medio de la valoración pueden ser:

- subjetivo (no se pueden medir y son propios de cada paciente. Se refieren a lo que la persona dice que siente o percibe. Solamente el afectado los describe y verifica).
- Objetivos (se pueden medir por cualquier escala o instrumento), entre estos se encuentran los signos vitales y los signos del paciente.
- Datos históricos o de antecedentes: son aquellos hechos que han ocurrido anteriormente y comprenden hospitalizaciones previas, enfermedades crónicas o patrones y pautas de comportamiento. Ayudan a referenciar los hechos en el tiempo.
- Actuales: son datos sobre el problema de salud actual (3).

Los métodos para obtener datos son los siguientes:

- **Entrevista Clínica:** Es una de las técnicas que apoyan en la valoración, ya que gracias a ella se pueden obtener datos muy importantes. Existen dos tipos de entrevista, ésta puede ser formal o informal. La entrevista formal consiste en una comunicación con un propósito específico, en la cual la enfermera realiza la historia del paciente. El aspecto informal de la entrevista es la conversación entre enfermera y paciente durante el curso de los cuidados.

Las finalidades de estas entrevista son: Obtener información específica y necesaria para el diagnóstico de enfermería y la planificación de los cuidados, facilitar la relación enfermera/paciente, permitir al paciente informarse y participar en la identificación de sus problemas y en el planteamiento de sus objetivos, y también, ayudar a la enfermera a

determinar que otras áreas requieren un análisis específico a lo largo de la valoración.

- **La observación:** implica la utilización de los sentidos para la obtención de información tanto del paciente, como de cualquier otra fuente significativa y del entorno, así como de la interacción de estas tres variables. La observación es una habilidad que precisa práctica y disciplina. Los hallazgos encontrados mediante la observación serán posteriormente confirmados o descartados.
- **La exploración física:** La actividad final de la recolección de datos es el examen físico. Debe explicarse al paciente en qué consiste el examen y pedir permiso para efectuarlo. Se centra en determinar en profundidad la respuesta de la persona al proceso de la enfermedad, obtener datos para poder establecer comparaciones y valorar la eficacia de las actuaciones, confirmar los datos subjetivos obtenidos durante la entrevista. Para esto se utilizan cuatro técnicas específicas: inspección, palpación, percusión y auscultación (4).

Al igual que en la valoración, por medio de la entrega de turno también se logran identificar aspectos que permiten priorizar la valoración de los pacientes.

El cambio de turno es el procedimiento por medio del cual se recibe informe de cada uno de los pacientes que se encuentran en el servicio, este incluye: diagnóstico, evolución, tratamiento, actividades y exámenes realizados y/o pendientes. Además, se reciben los elementos existentes en el inventario del servicio o informe de alguna novedad ocurrida con los mismos.

Los objetivos del cambio de turno son:

- Reportar informe sobre el estado general del paciente.
- Realizar una observación directa al paciente para identificar necesidades.
- Verificar su estado actual y los cambios presentados durante el turno.
- Informar las actividades de enfermería, procedimientos médicos y exámenes de diagnóstico que se realizaron y/o están pendientes.
- Elaborar el plan de cuidados de enfermería, de acuerdo a las necesidades del paciente.
- Informar y dar continuidad de las actividades de enfermería del tratamiento a realizarse en el paciente, procedimientos médicos y

exámenes de diagnósticos que se le realizaron o que quedan pendientes.

- Informar, entregar equipos asignados al servicio verificando novedades como: (daños, pérdidas o solicitudes realizadas a mantenimiento).

3.1.1.2. DIAGNÓSTICOS DE ENFERMERÍA

En esta etapa se produce la identificación de los problemas interdependientes y de los Diagnósticos de enfermería.

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

“El diagnóstico enfermero es un juicio clínico sobre la respuesta de un individuo, familia o comunidad a sus problemas de salud, reales o potenciales y a procesos vitales. El diagnóstico enfermero proporciona la base para la selección de intervenciones, para el logro de objetivos para los que la enfermera es responsable”. NANDA 1994.

La creación de un diagnóstico de enfermería pasa por una serie de etapas:

1. Recolección de datos: recogida de datos relevantes para desarrollar un diagnóstico basado en la identificación de un problema real o potencial.
2. Detección de señales/patrones: cambios en el estado físico (p. ej., gasto urinario disminuido etc).
3. Establecimiento de hipótesis: alternativas posibles que podrían haber causado señales o patrones previos.
4. Validación: pasos necesarios para desestimar otras hipótesis, y para simplificarlas en un solo problema.
5. Diagnóstico: decisión sobre el problema basado en la validación.

3.1.1.2.1. COMPONENTES DE UN DIAGNÓSTICO:

Etiqueta diagnóstica: Proporciona un nombre al diagnóstico. Es un término o frase concisa que representa el problema. Puede, incluir calificativos (angustia, agudo, alterado, crónico, deficiente, disfuncional, potencial de mejora).

Factores relacionados: Factores que parecen mostrar algún tipo de relación o causa del problema.

Características definitorias: Son claves observables. Corresponde a los signos y síntomas (evidencias), solo corresponden a los diagnósticos reales y de bienestar.

Factores de Riesgo: Factores ambientales y elementos fisiológicos, psicológicos, genéticos o químicos que incrementan la vulnerabilidad de un individuo, familia o comunidad ante un evento no saludable. No evidencian signos y síntomas

Factores relacionados: condiciones y/o circunstancias que contribuyen al desarrollo/mantenimiento de un diagnóstico de enfermería.

3.1.1.2.2. METODOLOGÍA PARA LA DEFINICIÓN DE DIAGNÓSTICOS DE ENFERMERÍA

METODO TAXONÓMICO: Es un método que pretende el análisis y clasificación de las regularidades de los fenómenos, que se basa en identificar la esencia de estos fenómenos bajo un criterio lógico que responda a la verdad de cómo estas se organizan o interrelacionan.

PATRONES FUNCIONALES: configuración de comportamientos mas ó menos comunes a todas las personas, que contribuyen a su salud , calidad de vida y al logro de su potencial humano; que se dan de una manera secuencial a lo largo del tiempo y proporcionan un marco para la valoración con independencia de la edad , el nivel de cuidados ó la patología (5).

DOMINIO: Es una esfera de actividad, estudio o interés. Son acciones que el personal de enfermería está legalmente autorizado para realizar. También se refiere a los diagnósticos que están autorizados a formular.

CLASE: Es una subdivisión de un grupo mayor; una división de las personas o cosas por su calidad, rango o grado. (Roget, 1980).

Según la NANDA (North American Nursing Diagnosis Association), la clasificación de los diagnósticos de enfermería por patrones funcionales con sus correspondientes dominios, se da de la siguiente manera:

Dominio 1 Promoción de la salud: Toma de conciencia del bienestar o normalidad de las funciones y estrategias usadas para mantener el control y fomentar el bienestar y la normalidad del funcionamiento.

Clase 1: Toma de conciencia de la salud: Reconocimiento del bienestar y funcionamiento normal.

Clase 2: Manejo de la salud: Identificación, control, realización e integración de actividades para mantener la salud y el bienestar.

Dominio 2 Nutrición: Actividades de ingerir, asimilar y usar los nutrientes a fin de mantener y reparar los tejidos y producir energía.

Clase 1: Ingestión: Introducción a través de la boca de alimentos y nutrientes en el cuerpo.

Clase 2: Digestión: Actividades físicas y químicas que convierten los alimentos en sustancias apropiadas para su absorción y asimilación.

Clase 3: Absorción: Acto de captar los nutrientes a través de los tejidos corporales.

Clase 4: Metabolismo: Procesos físicos y químicos que se producen en los organismos y células vivas para el desarrollo y uso de protoplasma, la producción de productos de desecho y energía, y la liberación de energía para todos los procesos vitales.

Clase 5: Hidratación: Captación y absorción de líquidos y electrolitos.

Dominio 3 Eliminación: Secreción y excreción de los productos corporales de desecho.

Clase 1: Sistema urinario: Procesos de excreción y secreción de orina.

Clase 2: Sistema gastrointestinal: Expulsión y excreción de productos de desecho del intestino.

Clase 3: Sistema tegumentario: Proceso de secreción y excreción a través de la piel.

Clase 4: Sistema pulmonar: Eliminación de los derivados de los productos metabólicos, secreciones y material extraño de los pulmones y bronquios.

Dominio 4 Actividad/reposo: Producción, conservación, gasto o equilibrio de los recursos energéticos.

Clase 1: Reposo/sueño: Sueño, descanso, tranquilidad o inactividad.

Clase 2: Actividad/ejercicio: Movimiento de partes del cuerpo (movilidad), hacer un trabajo o llevar a cabo acciones frecuentemente (pero no siempre) contra resistencia.

Clase 3: Equilibrio de la energía: Estado de armonía dinámica entre el aporte y el gasto de recursos.

Clase 4: Respuestas cardiovasculares/respiratorias: Mecanismos cardiovasculares que apoyan la actividad/reposo.

Dominio 5 Percepción/cognición: Sistema de procesamiento de la información humana incluyendo la atención, orientación, sensación, percepción, cognición y comunicación.

Clase 1: Atención: Disponibilidad mental para percatarse de algo u observar.

Clase 2: Orientación: Conciencia del tiempo, el espacio y las personas.

Clase 3: Sensación/percepción: Recepción de información visual, auditiva, gustativa, olfatoria, táctil y cinestésica a través de los sentidos, así como la comprensión de tales datos que conduce a la identificación, asociación y patrón de reconocimiento.

Clase 4: Cognición: Uso de la memoria, el aprendizaje, pensamiento, solución de problemas, abstracción, juicio, introspección, capacidad intelectual, cálculo y lenguaje.

Clase 5: Comunicación: Enviar y recibir información verbal y no verbal.

Dominio 6 Autopercepción: Conciencia del propio ser.

Clase 1: Autoconcepto: Percepción o percepciones sobre la totalidad del propio ser.

Clase 2: Autoestima: Valoración de la propia valía personal, significación, capacidad y éxito.

Clase 3: Imagen corporal: Imagen mental del propio cuerpo.

Dominio 7 Rol/relaciones: Conexiones y asociaciones negativas y positivas entre personas o grupos de personas y los medios por los que se demuestran tales conexiones.

Clase 1 Roles de cuidador: Patrones de conducta socialmente esperados de las personas que brindan cuidados sin ser profesionales de la salud.

Clase 2: Relaciones familiares: Asociaciones de personas relacionadas biológicamente o por elección propia.

Clase 3: Desempeño del rol: Calidad del funcionamiento de acuerdo con los patrones socialmente esperados.

Dominio 8 Sexualidad: Identidad sexual, función sexual y reproducción.

Clase 1: Identidad sexual: Forma de ser una persona específica respecto a la sexualidad o el género.

Clase 2: Función sexual: Capacidad o habilidad para participar en las actividades sexuales.

Clase 3: Reproducción: Cualquier proceso por el que se producen nuevos individuos (personas).

Dominio 9 Afrontamiento/tolerancia al estrés: Forma de hacer frente a los acontecimientos/procesos vitales.

Clase 1: Respuesta postraumática: Reacciones tras un trauma físico o psicológico.

Clase 2: Respuestas de afrontamiento: Procesos para manejar el estrés ambiental.

Clase 3: Estrés neurocomportamental: Respuestas conductuales que reflejan la función nerviosa y cerebral.

Dominio 10 Principios vitales: Principios que subyacen en las reacciones, pensamiento y conductas sobre los actos, costumbres o instituciones contemplados como verdaderos o poseedores de un valor intrínseco.

Clase 1: Valores: Identificación y jerarquización de los objetivos finales o modos de conducta preferidos.

Clase 2: Creencias: Opiniones, expectativas o juicios sobre actos, conductas o instituciones considerados verdaderos o poseedores de un valor intrínseco.

Clase 3: Congruencia de las acciones con los valores/creencias: Congruencia o equilibrio entre los valores, las creencias y las acciones.

Dominio 11 Seguridad/protección: Ausencia de peligro, lesión física o trastorno del sistema inmunitario, evitación de las pérdidas y preservación de la protección y seguridad.

Clase 1: Infección: Respuestas de huésped a la infección por gérmenes patógenos.

Clase 2: Lesión física: Lesión o daño corporal.

Clase 3: Violencia: Empleo de una fuerza o poder excesivos de modo que provoque lesión o abuso.

Clase 4: Peligros ambientales: Fuentes de peligro en el entorno.

Clase 5: Procesos defensivos: Procesos mediante los que la persona se auto protege de lo que no es ella misma.

Clase 6: Termorregulación: Procesos fisiológicos de regulación del calor y la energía corporales con el objetivo de proteger el organismo.

Dominio 12 Confort: Sensación de bienestar o comodidad física, mental o social.

Clase 1: Confort físico: Sensación de bienestar o comodidad.

Clase 2: Confort ambiental: Sensación de bienestar o comodidad en el propio entorno.

Clase 3: Confort social: Sensación de bienestar o comodidad en las situaciones sociales.

Dominio 13 Crecimiento/desarrollo: Aumento o mejora de las dimensiones físicas, sistemas corporales y logro de las tareas de desarrollo acordes con la edad.

Clase 1: Crecimiento: Aumento o mejora de las dimensiones físicas o madurez de los sistemas corporales.

Clase 2: Desarrollo: Logro, falta de logro o pérdida de las tareas de desarrollo.

3.1.1.2.3. CLASIFICACIÓN DE LOS DIAGNÓSTICOS DE ENFERMERÍA

Los tipos de diagnósticos que existen, según el eje 7 «Estado de Diagnóstico» que está publicado en NANDA Internacional 2009-2011, son los siguientes:

DIAGNÓSTICO DE ENFERMERÍA REAL: Describe respuestas humanas a procesos vitales/estados de salud que existen en un individuo, familia o comunidad. Está apoyado por características definitorias (manifestaciones, signos y síntomas). Consta de tres partes: etiqueta diagnóstica, factores relacionados y características definitorias.

DIAGNÓSTICO DE ENFERMERÍA DE RIESGO: Describe respuestas humanas a estados de salud/procesos vitales que pueden desarrollarse en un individuo familia o comunidad vulnerables. Está apoyado por factores de riesgo que contribuyen al aumento de la vulnerabilidad. Consta de enunciado en dos partes: Etiqueta diagnóstica y factores de riesgo.

DIAGNOSTICO DE ENFERMERÍA DE SALUD (BIENESTAR): Describe respuestas humanas a niveles de salud en un individuo familia comunidad que están en disposición de mejorar. Consta de dos partes: Etiqueta diagnóstica y características definitorias.

Las partes que componen el diagnostico de enfermería real, de riesgo o de salud, se definen de la siguiente manera:

- Etiqueta diagnóstica: es el problema identificado. Ofrece una descripción concisa del estado (real o potencial) de la salud del individuo.
- Factores relacionados: es la etiología, respuesta humana al estímulo, causa del problema. Nunca será el diagnóstico médico. Son aquellas situaciones clínicas y personales que pueden modificar el estado de salud o influir en el desarrollo de un problema.
- Características definitorias: grupo de signos y síntomas que se asocian al problema, que se expresan u observan en la respuesta de una persona.

Se usa “relacionado con” para unir el problema con la causa, etiología o factor relacionado y “manifestado por” o “evidenciado por” para incluir los signos y síntomas que evidencian el diagnóstico.

La causa, etiología o factores relacionados van a dirigir las intervenciones de enfermería. Cuanto más exacta y específica sea su descripción, más claras y pertinentes serán las intervenciones posteriores.

Los diagnósticos de enfermería se diferencian de los diagnósticos médicos, pues se relacionan directamente con las necesidades afectadas y los problemas de atención al paciente, que necesitan y se benefician de actos de enfermería. Son complementarios de los diagnósticos médicos.

Un diagnóstico de enfermería adecuado y válido determina el resultado sensible a la actuación enfermera. Estos resultados guían la selección de intervenciones que probablemente producirán el efecto terapéutico deseado. De nuevo, las intervenciones tratarán bien los factores relacionados (o factores de riesgo) o bien las características definitorias.

Para esto, se plantean los objetivos y metas que el personal de enfermería se planteará con el fin de intervenir en el problema presentado.

En este caso, el objetivo que se plantea, se refiere a aquellos instrumentos de medición del plan de cuidados que permiten realizar la evaluación. Responden a dos interrogantes: ¿Qué se desea conseguir?, ¿Cuándo se espera conseguirlo? Estos objetivos permiten dirigir las intervenciones.

A continuación, se presentan los componentes de los objetivos:

- Sujeto: persona que se espera que alcance el objetivo/resultado.
- Verbo: qué acciones debe llevar a cabo esa persona para lograr el objetivo/resultado.
- Condición: bajo qué circunstancias esa persona llevará a cabo las acciones.
- Criterio de realización: grado o estándar de consecución.
- Momento: tiempo en el cual se cumplirá el objetivo.

3.1.1.3. PLANIFICACIÓN

Es la etapa en la que se elabora el plan de cuidados adecuado a la situación. Se desarrollan estrategias para prevenir, minimizar o corregir los problemas, así como para promocionar la Salud.

Para esto, se llevan a cabo las siguientes etapas:

- Establecer prioridades en los cuidados, donde se realiza una selección de los problemas y/o necesidades que se presentan.

- Planteamiento de los objetivos con resultados esperados: Esto es, determinar los criterios de resultado. Describir los resultados esperados, tanto por parte de los individuos y/o de la familia como por parte de los profesionales. En este caso las acciones van dirigidas a la meta propuesta, así como el hecho de formular objetivos permite evaluar la evolución del usuario de la misma manera que los cuidados proporcionados.

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

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

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

Para un Diagnóstico de Enfermería real, las actuaciones van dirigidas a promover un mayor nivel de bienestar, monitorizar la situación. Para un Diagnóstico de Enfermería de alto riesgo las intervenciones tratan de reducir o eliminar los factores de riesgo, prevenir la presentación del problema, monitorizar su inicio.

Para un Diagnóstico de Enfermería posible, las intervenciones tratan de recopilar datos adicionales para descartar o confirmar el Diagnóstico. Para los problemas que deben ser tratados de manera interdisciplinaria, es necesario monitorizar los cambios, controlarlos con intervenciones prescritas por la enfermera o el médico y evaluar la respuesta.

- Documentación y registro: Es necesario que aquellas actividades que serán realizadas en el cuidado de los pacientes, queden documentadas en el plan de cuidados que desarrollará el personal encargado del

cumplimiento de estas, con el fin de dar consecución a este plan de cuidados.

La clasificación de los resultados de enfermería NOC (Nursing Outcomes Classification), pretende “Definir el receptor de los cuidados; pormenorizar que describen los resultados; en qué niveles de abstracción se deben desarrollar y cómo deben plantearse; describir resultados que procedan de acciones de cuidados enfermeros y sean el resultado de los diagnósticos enfermeros identificados y finalmente cómo y cuándo se realizará la medición de los resultados” (6).

La taxonomía NOC tiene 5 niveles:

1. Dominio.
2. Clase.
3. Resultado.
4. Indicadores.
5. Medidas.

Actualmente (2009-2011) NOC tiene: 7 dominios, 31 clases y 385 resultados.

DOMINIOS NOC:

- Dominio I. Salud funcional: resultados que describen la capacidad y realización de las tareas básicas de la vida.
- Dominio II. Salud fisiológica: resultados que describen el funcionamiento orgánico.
- Dominio III. Salud psicosocial: resultados que describen el funcionamiento psicológico y social.
- Dominio IV. Conocimiento y conducta en salud: resultados que describen actitudes, comprensión y acciones con respecto a la salud y a la enfermedad.
- Dominio V. Salud percibida: resultados que describen impresiones sobre la salud individual.
- Dominio VI. Salud familiar: resultados que describen el estado de salud, conducta o el funcionamiento en salud de la familia en conjunto o de un individuo como miembro de la familia.
- Dominio VII. Salud comunitaria: resultados que describen la salud, el bienestar y el funcionamiento de una comunidad o población.

El planteamiento de las actividades a realizar, se puede proponer a través de las intervenciones de enfermería NIC (Nursing Interventions Classification), siendo esta la relación ordenada de las actuaciones que las enfermeras llevan a cabo en el desempeño de su papel cuidador o, como señalan McCloskey y Bulechek, “la Clasificación de Intervenciones Enfermeras es una clasificación

normalizada completa de las intervenciones que realizan los profesionales de enfermería”(7).

La taxonomía NIC tiene 3 niveles:

- Campos.
- Clases.
- Intervenciones.

Actualmente (2009-2011) NIC tiene: 7 campos, 30 clases, 542 intervenciones y más de 12.000 actividades.

CAMPOS NIC:

- Campo 1: Fisiológico Básico. Cuidados que apoyan el funcionamiento físico.
- Campo 2: Fisiológico Complejo: Cuidados que apoyan la regulación homeostática.
- Campo 3 Conductual: Cuidados que apoyan el funcionamiento psicosocial y facilitan los cambios de estilo de vida.
- Campo 4 Seguridad: Cuidados que apoyan la protección contra peligros.
- Campo 5 Familia: Cuidados que apoyan a la unidad familiar.
- Campo 6 Sistema sanitario: Cuidados que apoyan el uso eficaz del sistema de prestación de asistencia sanitaria.
- Campo 7 Comunidad: Cuidados que apoyan la salud de la comunidad.

3.1.1.4. EJECUCIÓN

Es la realización o puesta en práctica de los cuidados programados. En este caso, las actuaciones de enfermería, son aquellas intervenciones específicas que van dirigidas a ayudar al paciente al logro de los resultados esperados. Para ello se elaborarán acciones focalizadas hacia las causas de los problemas, es decir, las actividades de ayuda deben ir encaminadas a eliminar los factores que contribuyen al problema.

El tipo de actividades de enfermería se clasifican según las necesidades de los pacientes como:

- Dependientes: Son las actividades relacionadas con la puesta en práctica de las actuaciones médicas. Señalan la manera en que se ha de llevar a cabo una prescripción médica.
- Interdependientes: Son aquellas actividades que la enfermería lleva a cabo junto a otros miembros del equipo de salud. Estas actuaciones

pueden implicar la colaboración de asistentes sociales, nutricionistas, fisioterapeutas médicos, etc.

- Independientes: Son aquellas actividades de la enfermería, dirigidas hacia las respuestas humanas que está legalmente autorizada a atender, gracias a su formación y experiencia práctica, son actividades que no requieren la prescripción previa del médico.

Las características de dichas actividades de enfermería deben ser coherentes con el plan de cuidados, es decir, no estarán en desacuerdo con otros planes terapéuticos de otros miembros del equipo. Además, deben basarse en principios científicos. Serán individualizadas para cada situación en concreto.

Los cuidados de un paciente difieren de los de otro, aunque tengan diagnósticos de enfermería y diagnósticos médicos iguales o similares, van acompañadas de un componente de enseñanza y aprendizaje y comprenderán la utilización de los recursos apropiados.

Desde un punto de vista funcional, la enfermería planifica actuaciones en las diferentes áreas de la salud, la enfermedad y el desarrollo humano, la promoción de la salud, la prevención de las enfermedades, el restablecimiento de la salud, la rehabilitación y el acompañamiento en los estados terminales.

3.1.1.5. EVALUACIÓN

Las actividades de esta fase determinan el progreso del paciente hacia los objetivos, es la comparación planificada y sistematizada entre el estado de salud del paciente y los resultados esperados.

Evaluar, es emitir un juicio sobre un objeto, acción, trabajo, situación o persona, comparándolo con uno o varios criterios. Los dos criterios más importantes que valora la enfermería, en este sentido, son: la eficacia y la efectividad de las actuaciones.

La evaluación actúa como mecanismo de retroalimentación y de control para todo el proceso, posibilita el movimiento en el ciclo completo del proceso y da idea de globalidad.

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

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

Además, pretende identificar las necesidades reales y potenciales del paciente, familia y comunidad, establecer planes de cuidados individuales, familiares o comunitarios y actuar de manera que permita cubrir y resolver los problemas, prevenir o curar la enfermedad y evitar las complicaciones en el marco de la seguridad.

3.1.2. CARACTERÍSTICAS DEL PROCESO DE ATENCIÓN DE ENFERMERÍA –PAE.

Entre las características principales del PAE están las siguientes:

- Tiene una finalidad: Se dirige a un objetivo.
- Es sistemático: Implica partir de un planteamiento organizado para alcanzar un objetivo.
- Es dinámico: Responde a un cambio continuo.
- Es interactivo: Basado en las relaciones recíprocas que se establecen entre la enfermera y el paciente, su familia y los demás profesionales de la salud.
- Es flexible: Se puede adaptar al ejercicio de la enfermería en cualquier lugar o área especializada que trate con individuos, grupos o comunidades. Sus fases pueden utilizarse sucesiva o conjuntamente.
- Tiene una base teórica: El proceso ha sido concebido a partir de numerosos conocimientos que incluyen ciencias y humanidades, y se puede aplicar a cualquier modelo teórico de enfermería (8).

3.2. CAPITULO 2. ALGUNAS PERSPECTIVAS TEÓRICAS DE ENFERMERIA

Los modelos y teorías de enfermería son aproximaciones conceptuales que se van adecuando a las necesidades identificadas en algún área determinada, todos ellos dependiendo de su origen, sustentan el quehacer de una profesión.

En el caso de la enfermería mucho se ha dicho acerca de los objetivos de la profesión, entre varias aportaciones se puede definir como un disciplina orientada al cuidado del ser humano, en contraste con otras áreas afines a la salud dirigidas principalmente a curar.

El cuidado se constituye como el objeto de estudio de la práctica de enfermería. Según Doris Grinspun, “Enfermería es el arte y la ciencia del cuidado integrado y comprensivo, en el cual la enfermera(o), junto con la persona beneficiaria de estos cuidados, identifican metas comunes para realizar y mantener la salud” (9).

Las teorías como se mencionaba anteriormente, reflejan las diferentes visiones acerca de la enfermería, sobre la naturaleza de sus objetivos, los métodos y la forma particular de abordar al ser humano como sujeto de cuidado; además se basan en la interacción de la salud con el medio ambiente y con el medio social.

Las ventajas del uso de estas teorías está basado principalmente en la orientación de la práctica profesional, para favorezca el desarrollo de conocimientos científicos de sustento que permita estandarizar las corrientes alrededor de la profesión. Su uso en todas las sub-áreas de aplicación de enfermería posibilita la racionalidad del cuidado, disminuye la suposición y lleva al quehacer más allá de la técnica instrumental a la reflexión sobre el cuidado y a la indagación que promueva la investigación y el desarrollo de nuevo conocimiento.

El uso de las teorías provee un significado sistemático de la profesión, es decir influye en la práctica de tal manera que brinda una base común de pensamiento entre profesionales y promulga una unidad de lenguaje que favorece la eficiencia, la asertividad y la competencia para brindar los cuidados.

Las teorías de enfermería tienen diferentes niveles de desarrollo según su contenido y objetivo, así, la Metateoría, la cual se centra en aspectos generales, incluye un análisis del propósito, el tipo, la propuesta y la crítica de fuentes y métodos para el desarrollo de la misma.; los Metaparadigmas en los cuales se desarrolla un contenido abstracto y de ámbito general, además intentan explicar una visión global útil para la comprensión de los conceptos y principios; las Teorías de Medio Rango: tienen como objetivo fenómenos o conceptos específicos, tales como el dolor y el estrés; son de ámbito limitado, pero lo suficientemente generales como para estimular la investigación; y por último, Las Teorías Empíricas: se dirigen al objetivo deseado y las acciones específicas necesarias para su realización, son definidas brevemente.

Es importante aclarar la diferencia entre un modelo y una teoría, pues esta radica en el nivel de desarrollo alcanzado; las teorías muestran un ámbito menos extenso que los modelos y son más concretas en su nivel de abstracción, se centran en el desarrollo de enunciados teóricos para responder a cuestiones específicas de enfermería.

Según la teórica Afaf Meleis las fuentes fundamentales de las teorías de nuestra profesión son: la práctica de enfermería en su extensión total, el paradigma biomédico, la experiencia del personal, la practica ideal de la enfermería, el PAE con sus diagnósticos e intervenciones y las ciencias básicas; además de esto sugiere que los conceptos y definiciones aceptados por la misma profesión se relacionan con el manejo de los fenómenos del dominio y que de esta manera sustentan estas teorías de enfermería. Es por esto que se ha decidido reunir varias perspectivas teóricas con el fin de identificar sus definiciones y fundamentos y de esta manera ampliar las bases científicas en el conocimiento del quehacer de la profesión de enfermería.

Virginia Henderson desarrolló su modelo conceptual influenciada por la corriente de integración y está incluido dentro de la escuela de necesidades. Los componentes de esta escuela se caracterizan por utilizar teorías sobre las necesidades y el desarrollo humano mundialmente conocidas (A. Maslow, E.H. Erikson y J. Piaget.) para conceptualizar y definir la persona, y porque aclara la ayuda a la función propia de las enfermeras. De acuerdo con este modelo la

persona es un ser integral en la cual se desarrollan componentes biológicos, psicológicos, espirituales y socioculturales que interactúan entre ellos haciendo que el ser humano desarrolle firmemente su potencial. Define el entorno como el postulado que mas evoluciona en el tiempo, pues se constituye en una naturaleza dinámica. El profesional de enfermería entonces en este modelo está destinado a satisfacer las necesidades que se vean deterioradas en el ser humano, pues la salud necesariamente requiere independencia en la realización de las actividades básicas, además define la necesidad como un requisito y no como una carencia, por esto estableció 14 necesidades básicas del ser humano, que según ella constituyen el elemento integrador de aspectos físicos, sociales psicológicos y espirituales. Ellas son:

1. Respirar normalmente.
2. Alimentarse e hidratarse.
3. Eliminar por todas las vías corporales.
4. Moverse y mantener posturas adecuadas.
5. Dormir y descansar.
6. Escoger ropa adecuada, vestirse y desvestirse.
7. Mantener la temperatura corporal.
8. Mantener la higiene y la integridad de la piel
9. Evitar peligros ambientales y lesionar a otras personas.
10. Comunicarse con los demás para expresar emociones, temores.
11. Vivir de acuerdo con los propios valores.
12. Ocuparse en algo que su labor tenga un sentido de realización personal.
13. Participar en actividades recreativas.
14. Aprender, descubrir o satisfacer la curiosidad que conduce al desarrollo y a la salud normal.

Para suplirlas entonces define los cuidados básicos como un conjunto de intervenciones de enfermería flexionadas y deliberadas, basadas en un juicio terapéutico consolidado, razonado y teóricamente sólido, y dirigidas tanto a aumentar, mantener o recuperar la independencia (10).

El Modelo de Adaptación de Roy por ejemplo, conceptúa a las personas como sistemas abiertos, que mantienen interacción continua con su ambiente, ocurriendo cambios internos y externos. Las personas reciben estímulos constantemente, que exigen respuestas, que pueden ser adaptativas, contribuyendo a la integridad de la persona, o ineficaces, dificultando esa integridad. A medida en que se transcurre en este modelo, la autora define el término “estímulo” como aquello que desencadena una respuesta -el foco de interacción entre sistema humano y ambiente-, originándose en el ambiente externo (estímulo externo) y en el ambiente interno (estímulo interno). Describe tres clases de estímulos que interactúan con las personas: focal, contextual y residual.

Los estímulos focales se constituyen en internos y externos más inmediatos al sistema humano, los contextuales son aquellos presentes en la situación que favorecen el efecto del estímulo focal, pueden ser entonces los factores de ambiente que puedan relacionarse con el sistema humano, y los residuales son también factores ambientales pero sus efectos no están tan definidos en el sistema humano.

Los cambios circunstanciales pueden también alterar la definición de los diferentes estímulos pues pueden ocurrir variaciones en la categorización, esto podría complejizar la utilización de este modelo por lo cual es necesario ampliar profundamente el componente teórico que la autora propone con el fin de esclarecer la utilización del mismo.

Siguiendo con el eje del cuidado al ser humano, la teoría general de Dorothea Orem está sustentada en seis ejes conceptuales (autocuidado, demanda terapéutica de autocuidado, agencia de autocuidado, déficit de autocuidado, agencia de enfermería y sistemas de enfermería) y en un concepto periférico (factores condicionantes básicos).

La teoría de autocuidado básicamente es la práctica individual que realizan las personas con el fin de mantener su vida, salud y bienestar propendiendo principalmente por la satisfacción de necesidades de supervivencia; la demanda de autocuidado se define a su vez como la cantidad y el tipo de

acciones o actividades que la persona estaría en capacidad de realizar para alcanzar los requisitos de autocuidado. Si esta demanda resulta ser superior a la capacidad de la persona surge el déficit de autocuidado. (11)

La teoría de los sistemas de enfermería articula las teorías anteriores porque señala de que manera la enfermería contribuirá a superar el déficit y a que el individuo recupere el autocuidado. Los sistemas que se proponen son: el sistema totalmente compensatorio, en el cual requiere que se actúe en lugar del individuo, el sistema parcialmente compensatorio, donde se evidencia que solo requiere ayuda en actividades terapéuticas y el sistema de apoyo educativo cuando el paciente puede aprender a realizar su autocuidado bajo instrucciones, pero requiere apoyo emocional.

Teniendo en cuenta estos conceptos, en los cuales se habla del ambiente en el que se desarrolla el ser humano es importante también profundizar en la teoría de Leiniger, quien propone un modelo de cuidado de enfermería basado en la transculturalidad del ser humano, la autora propone que personas de culturas diferentes pueden ser una guía de información y orientación a los profesionales para recibir la clase de cuidado que se considere necesario para los demás. (12)

Los cuidados culturales son los medios holísticos más amplios que permiten el conocimiento, la explicación e interpretación de los fenómenos de enfermería y de esta manera orienta su práctica. Su misma autora refiere que esta teoría consolida la enfermería como una disciplina que da respuestas centradas basadas en el mundo multicultural como bases fundamentadoras del cuidado al ser humano.

Teniendo presente que se está hablando de persona cabe resaltar la teoría del cuidado humano propuesta por Watson quien ha estudiado el cuidado de enfermería con enfoques filosóficos (existencial – fenomenológico) y con una base netamente espiritual, y ve el cuidado como un ideal moral y ético de la enfermería, dicho de otro modo, el cuidado humano en relación terapéutica básica entre los seres humanos; es relacional, trans-personal e intersubjetivo, lo que permite la articulación de sus premisas teóricas, conjuntamente con las premisas básicas de la ciencia de la enfermería:

Premisa 1. El cuidado ha existido en todas las sociedades. La actitud de asistencia se ha transmitido a través de la cultura de la profesión como una forma única de hacer frente al contexto. La oportunidad que han tenido las enfermeras de obtener una formación superior y de analizar los asuntos de su profesión, han permitido a la enfermería combinar su orientación de humanidad con las bases científicas correspondientes.

Premisa 2.” La claridad de la expresión de ayuda y de los sentimientos, es el mejor camino para experimentar la unión y asegurar que algún nivel de comprensión sea logrado entre la enfermera-persona y paciente-persona “Jean Watson

Premisa 3. “El grado de genuinidad y sinceridad de la expresión de la enfermera, se relaciona con la grandeza y eficacia del cuidado” Watson. La enfermera que desea ser genuina debe combinar la sinceridad y la honestidad dentro del contexto del acto de cuidado.

Siguiendo con la línea de ser humano como receptor de cuidado, Rosemarie Parse en su modelo teórico del desarrollo de la teoría de la evolución humana, anota que la base de la enfermería es el humanismo sobre el positivismo. En su definición de salud acepta la naturaleza unitaria del hombre como una síntesis de valores, entre otras cosas como un modo de vida. La salud existe cuando el hombre estructura el significado de las situaciones, es por lo tanto, un proceso de ser y de realizar. (13) De este modo sugiere que el cuidado de enfermería se base en acciones centradas en la participación cualitativa de la persona.

La importancia de ver al ser humano como un todo fue profundizada por Martha Rogers, teórica de enfermería en su modelo basado en el ser humano unitario, donde describe el proceso vital del ser humano caracterizado por la unidireccionalidad, la sensibilidad, y el desarrollo como un sistema abierto. De esta manera afirma que la enfermera asiste al individuo promoviendo una interacción armónica entre el hombre y el ambiente para alcanzar el máximo

potencial de salud. Este modelo influenció además a la construcción de otro encaminado a la salud directamente, construido por Margaret Newman, pues los supuestos de la salud son un modelo unitario de la totalidad y abarca tanto la enfermedad como el patrón de desarrollo humano; incluye también la conciencia como manifestación de un patrón de evolución de la interacción persona-ambiente. Se basa en conceptos principales como: movimiento, tiempo, espacio y conciencia relacionándose entre sí.

Por otro lado, en 1972 Betty Newman sintetiza el conocimiento a partir de varias disciplinas e incorpora sus propias creencias filosóficas en su reconocido Modelo de Sistemas, la utilización de este modelo en la práctica profesional facilita el planteamiento total, unificado y dirigido a un objetivo para el cuidado del paciente, priorizando la atención multidisciplinaria para evitar la fragmentación del cuidado del paciente.

Levine por su parte desarrolló un marco para la práctica de enfermería basado en cuatro principios de conservación, los cuales son: energía, integridad estructural, integridad social e integridad personal; este modelo subraya algunas intervenciones de enfermería basado en los fundamentos científicos de cada uno de estos principios, donde se ve a las personas de forma holística (como ya se ha mencionado en diferentes modelos revisados anteriormente) teniendo en cuenta sus ambientes internos y externos.(14)

Identifica además 4 niveles de integración que contribuyen a mantener la completitud del ser humano: la lucha o la huida, la respuesta al estrés, la respuesta receptiva y la respuesta inflamatoria, resumiéndolo con una afirmación donde enuncia que la estabilidad individual está organizada por la disponibilidad de respuestas y procesos de adaptación de cada persona en particular, la enfermera debe entonces, tomar las decisiones basado en la situación que comparte con el paciente en un momento determinado.

Se decidió incluir en este capítulo, además del cuidado de enfermería en las instituciones de salud, el cuidado que se puede brindar fuera de ellas al ser humano en las diferentes etapas del ciclo vital, como por ejemplo, el aporte que realiza Ramona Mercer en su propuesta de modelo de adopción del rol

maternal, en la que la madre constituye un proceso de interacción y desarrollo con su hijo y a medida que se relaciona con él adquiere experiencia en su cuidado y a su vez experimenta la alegría y la gratificación de su papel. La aplicabilidad de esta propuesta en el cuidado de enfermería radica en que se puede valorar, planificar, implantar y evaluar el cuidado al binomio, madre e hijo ayudando a simplificar este proceso para facilitar la aplicación del mismo.

Nola Pender afirma que promover un estado óptimo de salud es un objetivo que debe anteponerse a las acciones preventivas, pues se identifican diversos factores que influyen en la toma de decisiones y las acciones que se tienen en cuenta para prevenir la enfermedad. Concluyó también que los factores cognoscitivos y perceptuales de los individuos se modifican a menudo por diferentes ámbitos, como lo son: situacionales, personales e interpersonales, esto tiene como producto la participación de conductas que favorecen la salud.

Por último, se hace necesaria la mención de Joyce Travelbee quien generando el modelo de relación de persona a persona (interacción humana) resalta la importancia del entendimiento, la adaptación, la experiencia, la percepción y el sentimiento del personal de enfermería para con los pacientes, menciona además, la importancia que tiene el reconocimiento del individuo en todas las situaciones, especialmente en situación de enfermedad, teniendo como base del cuidado las características culturales del mismo. Propone de esta manera dos funciones fundamentales del personal de enfermería: ayudar a los individuos, familias y comunidades a adaptarse al estrés de la enfermedad y el sufrimiento y contribuir con los cuidados brindados a encontrar el significado de la enfermedad, pues así mismo se permite al individuo hacer frente a los problemas creados a partir de esta circunstancia. (15)

3.3. CAPITULO 3. VALORACIÓN DE ENFERMERÍA

La valoración de enfermería ha sido definida como un proceso planificado, sistemático, deliberado y continuo de recolección de información para determinar la situación de salud del paciente y su respuesta a esta. Teniendo en cuenta que es un “proceso” se puede deducir que está constituido por pasos o fases que le confieren complejidad e integridad, se dice entonces, que debe ser planificado, dejando de lado la improvisación y diseñando un modelo que sea sistemático, lo que hace que requiera un orden y un método para su realización; igualmente debe constituirse como un proceso continuo y que precise una actitud reflexiva y consciente por parte de quien la ejecuta.

Como principal fuente indiscutible acerca de la información de los pacientes de una institución se establece el cambio de turno de enfermería, éste, tiene especial importancia ya que es el único equipo de los que intervienen en la atención al paciente que está con él de manera permanente y continua.

El cambio de turno, por lo general es un proceso comunicativo entre dos grupos de profesionales y auxiliares de enfermería, las que entregan y las que reciben, por medio del cual se busca dar a conocer la evolución del paciente durante las últimas horas, de esta manera se pueden establecer las necesidades prioritarias de cada uno de los pacientes que se encuentren en el servicio, contribuyendo al direccionamiento de los cuidados de enfermería de acuerdo a la valoración realizada por el grupo de enfermería.

La entrega y recibo de turno es un factor clave y herramienta principal del profesional a la hora de desarrollar su práctica en un servicio de asistencia.

La valoración de enfermería del ser humano, no debe ser orientada a la determinación de la situación de salud únicamente, sino, al modo de responder ante este estímulo, incluyendo la respuesta al mismo, la forma de actuar y comportarse. La realización de este proceso por parte de enfermería conlleva desde el inicio a la toma de decisiones importantes, pues permite establecer que información es verdaderamente relevante, que necesidades detectadas pueden intervenir desde la profesión y cuál debe ser su enfoque, teniendo en cuenta la importancia de los conocimientos científico-técnicos, las habilidades y

las conceptualizaciones de enfermería las creencias y valores de quien lleva a cabo esta valoración.

Este proceso constituye una acción activa en su totalidad para la cual se debe disponer no solo de conocimientos sino de voluntad y concienciación como se mencionaba anteriormente, pues de no ser así se desvía el objetivo principal de la valoración limitándose a la recolección de datos sin la observación integral al paciente; el cual debe ser visto desde diferentes entornos, enfocados en una concepción holística considerando 4 componentes esenciales: biológico, espiritual, psicológico y social, contemplando como valor agregado importante, las relaciones interpersonales que se puedan establecer entre quien valora y quien es valorado, así mismo el contexto situacional en el que se realiza este proceso.

3.3.1. ANAMNESIS

Esta etapa de la valoración se refiere a la reunión de la información útil, necesaria y completa acerca del estado de salud del ser humano a valorar, esta información es directamente proporcionada por el paciente, familiares o acompañantes durante la entrevista clínica, se centra principalmente en datos subjetivos relacionados con el estado de salud en general, comprendiendo antecedentes familiares y personales, signos y síntomas que él experimenta en su proceso, experiencias previas relacionadas con el proceso salud-enfermedad que sirven de base para el análisis enfermero. Los datos referidos por el paciente conforman una ayuda en cuanto a la identificación y priorización de necesidades, de esta manera permite planificar y redireccionar el cuidado de enfermería.

En el momento de la recolección de la información se deben tener en cuenta 2 aspectos principales que influyen en la calidad de la misma, como lo son: la fuente de la información (paciente, familiares o acompañantes, historia clínica u otro profesional de la salud) y el tipo de datos (objetivos y subjetivos). (16)

Cuenta con unos componentes básicos generales que pueden variar dependiendo de una valoración específica, estos son:

- Datos de identificación: nombres y apellidos completos, número de identificación, edad, sexo, raza, ocupación, estado civil, escolaridad, dirección, nombre del acompañante o de quien da la información, religión y teléfono.
- Motivo de Consulta: palabras textuales de la persona que consulta.
- Enfermedad Actual: se usa para ampliar el motivo de consulta, evolución y tratamientos que se está realizando.
- Antecedentes Personales: Que enfermedades ha sufrido, si es alérgico a algún medicamento, si ha tenido cirugías.
- Antecedentes Familiares: Se destacan las enfermedades que hayan sufrido padre o madre que sean importantes.

3.3.2. VALORACIÓN FÍSICA

En la práctica profesional de enfermería es necesario conocer el estado físico del paciente con el fin de correlacionar los datos suministrados por la persona y evidenciar de manera objetiva el estado actual. El personal de enfermería, en general, adopta de forma expresa o no un modelo conceptual, de esta manera se le otorga fundamento científico a las acciones y se contribuye al desarrollo disciplinar de la profesión. Para la realización de una valoración no solo física del paciente sino de manera integral abarcando sus esferas emocionales y sociales se propone la utilización del modelo de Virginia Henderson, esta decisión basada en el estudio investigativo realizado por los estudiantes de la UCM donde relatan que la mayoría del personal de enfermería considera apta esta teórica para su utilización dentro del HGM

Principios para la realización de la valoración física

- Respetar la privacidad e intimidad de la persona evaluada.
- Evitar corrientes de aire durante la valoración física, que puedan alterar la temperatura del paciente.
- Crear un ambiente de empatía, confianza y comunicación con la persona a la cual se le realizará la valoración.

3.3.2.1. VALORACIÓN DE LAS NECESIDADES BÁSICAS (Virginia Henderson)

3.3.2.1.1. RESPIRAR NORMALMENTE

Incluye la necesidad de circulación y perfusión

Signos vitales: Conocer los valores normales de estos.

- Presión arterial: (Sistólica, diastólica, palpatoria, auscultatoria, presión de pulso y PAM).
- Pulso: amplitud, ritmo, elasticidad de la pared, frecuencia, llenado.
- Temperatura: axilar.
- Respiración (Frecuencia, duración y forma).

Tabla 1. Sistema cardiaco y arterial

INSPECCIÓN	PALPACIÓN	AUSCULTACIÓN
Simetría del tórax Movimiento del tórax	Espacios intercostal	Focos: aórtico, pulmonar, tricúspides, mitral, accesorio Ruidos: S ₁ , S ₂ , S ₃ , S ₄
Color y trofismo de la piel, pulsos y temperatura de la piel.	Pulsos Temporal superficial, facial, carotideo, humeral: braquial, radial, cubital, aorta abdominal, femoral, poplíteo, pedio, tibial, posterior. Frecuencia, Ritmo, Amplitud Y Llenado capilar.	Auscultación de soplos

Sistema Respiratorio. Se debe tener en cuenta el trabajo respiratorio, la ventilación y el intercambio gaseoso. **(Exámenes de laboratorio y ayudas diagnósticas)**

Tabla N. 2 Valoración sistema respiratorio

INSPECCIÓN	PALPACIÓN	PERCUSIÓN	AUSCULTACIÓN
Simetría Forma del tórax Tipo de Respiración.	Expansión torácica. Frémito táctil (33) Palpación	Sonoridad, Matidez, timpanismo.	Respiración traqueal Murmullo vesicular Broncovesicular Frémito vocal o auscultatorio(S3)

Exámenes que complementan la valoración de esta necesidad.

Electrocardiograma, ecocardiografía cardiaca, perfusión miocárdica, prueba de esfuerzo y holter, arteriografía, coronariografía, enzimas cardíacas, pruebas de coagulación, Hb y Hto, Rx de tórax, Tac de tórax, espirometria, gases arteriales.

3.3.2.1.2. COMER Y BEBER NORMALMENTE

Incluye: apetencia a los alimentos, los hábitos nutricionales, la masticación, la deglución, el metabolismo y la absorción de los alimentos. Y las prácticas culturales que tiene esa persona en relación con esta necesidad. Aspecto general, facies, estado nutricional: $IMC = \text{Peso kg} / \text{talla}^2 \text{ en mts.}$, Índice arterial Ct/HDL, perímetro abdominal.

Tabla N. 3 Valoración del Abdomen.

INSPECCIÓN	PALPACIÓN	PERCUSIÓN	AUSCULTACIÓN
<p>Piel y red venosa superficial</p> <p>9 zonas abdominales</p> <p>4 cuadrantes abdominales</p> <p>Simetría y contorno del abdomen.</p> <p>Región anal y perianal.</p>	<p>Realizarla en dirección de las manecillas del reloj, iniciando por la cresta ilíaca derecha y dejando por ultimo las zonas dolorosas.</p> <p>Superficial, de la pared abdominal y músculos.</p> <p>Profunda, de hígado, bazo, riñones, vejiga,</p>	<p>Hígado</p> <p>Bazo</p> <p>Estomago</p> <p>Colon</p> <p>Se encontrará: matidez o timpanismo según la estructura de cada órgano.</p>	<p>Auscultar en los 4 cuadrantes, por 15 segundos en cada uno. Se espera escuchar 5 ruidos peristálticos (borborismos) por minuto.</p> <p>La auscultación se debe hacer antes de la palpación y la percusión.</p>

Exámenes que complementan la valoración de la necesidad de comer y beber

Perfil lípidico, glicemia, electrolitos, perfil Hepático y bilirrubinas, amilasas, fosfatasa alcalina, albúmina, ferritina, vitamina B12, Rx de abdomen, estudios con medio de contraste (esófago hasta colón), ecografía y TAC de abdomen, resonancia magnética de abdomen, colangiografía y CEPRE, endoscopia y colonoscopia

3.3.2.1.3. ELIMINAR POR TODAS LAS VÍAS CORPORALES

Tener en cuenta los hábitos relacionados con la eliminación, valor en cm de pérdidas por orina y Heces, pérdidas insensibles, GU del adulto, cada cuanto hace deposición y en qué cantidad.

Exámenes que complementan la valoración de Eliminar por todas las vías

Citoquímico y cultivo de orina, coprológico y coprocultivo, creatinina 24 horas, urografía excretora, eco renal, creatinina, BUN, TFG.

3.3.2.1.4. MOVERSE Y MANTENER POSTURAS ADECUADAS

Se debe tener en cuenta el estado neurológico del adulto, el estado de los músculos, las articulaciones y el sistema óseo; además de su postura y marcha.

- Movimiento del cuello. Motricidad y funcionalidad de todas las estructuras del cuello.
- Cadenas ganglionares: occipitales, retro y preauriculares, submentoniana, submaxilar, pre y pos esternocleidomastoideo, supraclavicular.
- Laringe, tráquea, tiroides.
- Columna cervical.

Sistema Motor. Se evalúan a través de los pares craneanos.

Tabla N. 4 Evaluación de los pares craneales

Par Craneano	Evaluación
II	Óptico. Se evalúa a través de la agudeza visual, visión de los colores, campimetría y los reflejos pupilares (directo y consensual)
III	MOC. Músculo Recto del ojo, elevador del párpado. Se evalúa explorando los movimientos oculares.
IV	Troclear o patético (motor ocular oblicuo). Oblicuo superior del ojo. Se evalúa la capacidad de mover el ojo de arriba hacia abajo y de adentro hacia afuera.
V	Trigémino. Es un nervio mixto, es decir con funciones sensitivas y motoras. Se observa sensibilidad de la cara, debilidad y movimiento de los músculos faciales y que controlan la mandíbula.
VI	MOE (Motor ocular externo). Recto externo del ojo. Se determina la capacidad de mover el ojo hacia afuera desde la línea media.
VII	Facial. Nervio mixto. Se observa la capacidad de abrir la boca, mostrar los dientes y apretar con fuerza los ojos.
VIII	Auditivo. Tiene 2 ramas. Audición con un diapasón si es posible.
IX	Glosofaríngeo. Se determina la capacidad de deglución.
X	Neumogástrico Y/o vago. Se comprueba ronquera en la voz, capacidad de deglución y reflejo vagal.
XI	Espinal. Inerva los músculos esternocleidomastoideo y el trapecio. Debilidad o ausencia de movimiento de los hombros.

- **Fuerza Muscular:** Se debe hacer de manera comparativa en ambos lados del cuerpo de manera céfalo caudal, se evalúa músculos de la cara, cuello, los Ms Ss, el tronco y los Ms Is, siempre examinando la capacidad que tiene el adulto de vencer la fuerza de la gravedad y la puesta por el examinador.
- **El tono muscular,** es la resistencia involuntaria al movimiento pasivo realizado por el examinador. Se puede apreciar a partir de examinar la fuerza del músculo, cuando este realiza un movimiento.
- **Coordinación y marcha.** Plantea la ejecución precisa de los movimientos corporales. Depende de la integralidad del aparato visual, laberinto, cerebelo y vías de interacción cerebral y medular. Se puede evaluar con el movimiento dedo nariz, talón rodilla.
- **Estado de las articulaciones y huesos.** Se realiza céfalo caudal evaluando, tanto el estado anatómico como el funcional de huesos, músculos, articulaciones de todo el cuerpo.
Se debe evaluar en todas las articulaciones los movimientos de: extensión y flexión, abducción y aducción, flexoextensión y pronosupinación, pronación, rotación.
- **Sensibilidad.** Es recogida por los receptores de la piel y transmitida por los fascículos espinotalámicos de SNC, que se distribuyen de manera horizontal y circular en la cara, cuello, tronco y extremidades.
Puede ser:
 - Superficial (táctil, dolorosa y térmica).
 - Profunda. (Vibratoria y propiocepción).
 - Discriminativa. (localización de puntos)

Exámenes que complementan la valoración de la necesidad de movimiento

RX, electromiografía, pruebas de líquido cefalorraquídeo, electroencefalograma, artrografía y artroscopia, TAC de articulaciones y huesos, Gammagrafía, electrolitos (Na, Ca y K)

3.3.2.1.5. NECESIDAD DE DORMIR Y DESCANSAR

Se evalúa haciendo las siguientes preguntas

- ¿Tiene alguna alteración fisiológica que altera el sueño?
- ¿Tiene alguna alteración psicológico que le altere el sueño?
- Horas que duerme habitualmente/día
- ¿Logra descansar con las horas que duerme?
- ¿Cambia de horarios de sueño frecuentemente?
- ¿Necesita ayuda farmacológica para dormir?

3.3.2.1.6. ESCOGER LA ROPA ADECUADA. VESTIRSE Y DESVESTIRSE

Tener en cuenta

- Tipo de ropa que usa.
- Capacidad para seleccionar la ropa que va a usar
- Capacidad para vestirse sin ayuda
- Tipo de calzado que usa

3.3.2.1.7. MANTENER LA TEMPERATURA CORPORAL DENTRO DE LOS LÍMITES NORMALES

Valorar la temperatura, percepción de temperatura que manifiesta el paciente sobre la temperatura ambiental,

Exámenes que complementan la valoración de la necesidad de temperatura

Glóbulos blancos, neutrofilos y macrófagos, anticuerpos antinucleares, PCR, urocultivo, hemocultivos, inmunoglobulinas

3.3.2.1.8. MANTENER LA HIGIENE CORPORAL Y LA INTEGRIDAD DE LA PIEL

Indagar:

- Hábitos de higiene (Frecuencia con la que se baña – tipo de higiene de piel, mucosas y anexos)
- Estado de la Piel y los anexos.
- Color (pálida, cianosis)
- Textura (hidratación).

3.3.2.1.9. EVITAR LOS PELIGROS AMBIENTALES Y EVITAR LESIONAR A OTRAS PERSONAS

Órganos de los sentidos:

- Estado de los ojos: estructura, movimientos, agudeza visual, campimetría, presión intraocular.
- Oídos, Estructura externa e interna, función auditiva.
- Nariz (Estructura y función).

Cabe anotar que esta necesidad de movimiento están íntimamente relacionadas con esta necesidad ya que la marcha, la fuerza y la sensibilidad le permite al adulto prevenir diversos peligros.

3.3.2.1.10. COMUNICARSE CON LOS DEMÁS EXPRESANDO EMOCIONES, NECESIDADES, TEMORES U OPINIONES

El sistema neurológico cumple un papel fundamental ya que es el que permite a la persona tomar conciencia del funcionamiento de su cuerpo y la relación con su entorno y con otras personas. Se debe evaluar:

Estado mental:

- **Nivel de conciencia:** alerta, confusión, estupor superficial y profundo, coma.
- **Orientación:** tiempo, espacio, persona.
- **Lenguaje.** Oral y escrito, evaluar expresión, comprensión y vocalización.
- **Memoria.** Inmediata, reciente, remota.
- **Cálculo.** Operaciones matemáticas
- **Juicio.** Refranes populares.

3.3.2.1.11. VIVIR DE ACUERDO CON SUS PROPIOS VALORES Y CREENCIAS

Incluye:

- Raza
- Cultura
- Conformación del núcleo familiar
- Prácticas espirituales y religiosas
- Valores personales que posee
- Percepción de salud que tiene el adulto

3.3.2.1.12. OCUPARSE EN ALGO DE TAL FORMA QUE SU LABOR TENGA UN SENTIDO DE REALIZACIÓN PERSONAL

Tener en cuenta:

- Actividad o trabajo habitual que realiza
- Grado de realización qué experimenta con lo que hace
- ¿Se podría definir como una persona feliz o infeliz y por qué?
- ¿Su estado de salud interfiere con la labor que realiza?
- ¿Se siente útil con labor que realiza?

3.3.2.1.13. PARTICIPAR EN ACTIVIDADES RECREATIVAS

Indagar:

- ¿Participa en actividades de recreativas?
- ¿Le parece importante dedicar tiempo a las recreativas?
- ¿Dispone de recursos en la institución de salud para desarrollar recreativas?

3.3.2.1.14. APRENDER, DESCUBRIR O SATISFACER LA CURIOSIDAD QUE CONDUCE A UN DESARROLLO NORMAL Y UTILIZAR LOS RECURSOS DISPONIBLES

- ¿Sabe qué nivel de salud tiene o que factores de riesgo tiene de enfermarse?
- ¿Sabe cuál es la función de los medicamentos que está tomando?
- ¿Conoce otras medidas desde su medio social para mejorar su salud?
- ¿Qué nivel de formación escolar tiene?
- ¿Qué medios utiliza para aprender?
- ¿Qué Metas tiene para el futuro? (17)

3.4. CAPITULO 4. IMPLEMENTACIÓN DE ESCALAS AVALADAS INTERNACIONALMENTE PARA OBJETIVIZAR LA VALORACIÓN DE ENFERMERÍA

Además de la valoración física y la anamnesis se propone utilizar como apoyo de la valoración de enfermería algunas escalas existentes actualmente en SAP del HGM y otras que se presentan a continuación.

La utilización de escalas de valoración, permite conocer el estado de salud del paciente de forma ordenada, sistemática y fácil. Con una adecuada valoración de los pacientes es posible priorizar la atención de enfermería determinando el nivel de asistencia que necesitan y de esta manera se agiliza la gestión relacionada con los cuidados asistenciales.

A continuación se hará una revisión de algunas escalas avaladas internacionalmente implementadas o no en el Hospital General de Medellín que pueden servir como apoyo para la detección de problemas y el direccionamiento de los cuidados por parte del personal de enfermería.

3.4.1. Índice de Barthel

Mahoney en su artículo Functional evaluation: The Barthel Index, define el IB como una medida genérica que valora el nivel de independencia del paciente con respecto a la realización de algunas actividades básicas de la vida diaria (AVD), mediante la cual se asignan diferentes puntuaciones y ponderaciones según la capacidad del sujeto examinado para llevar a cabo estas actividades.
(18)

También es conocido como índice de discapacidad de Maryland, el cual se ha venido utilizando desde que fue propuesto en el año 1955 y ha dado lugar a múltiples versiones, ha servido además como estándar para la comparación con otras escalas. Este instrumento se ha caracterizado por ser de fácil aplicación, con alto grado de fiabilidad y validez, y tiene la bondad de ser capaz de detectar cambios, fácil de interpretar y cuya aplicación no causa molestias.

La adaptación de esta escala a diferentes ámbitos culturales resulta casi inmediata. A pesar de tener algunas limitaciones, el Índice de Barthel puede recomendarse como un instrumento de elección para la medida de la

discapacidad física o nivel de dependencia, tanto en la práctica clínica como en la investigación epidemiológica y en Salud Pública y cabe anotar además que su uso rutinario puede facilitar su aplicación y es una excelente opción para complementar la valoración del paciente.

El IB es una medida fundamentada sobre bases empíricas, principalmente se caracteriza por la asignación a cada paciente de una puntuación en función de su grado de dependencia para realizar una serie de actividades básicas, las cuales son: comer, trasladarse entre la silla y la cama, aseo personal, uso del servicio sanitario, ducharse, desplazarse (andar en superficie lisa o en silla de ruedas), subir/bajar escaleras, vestirse/desvestirse, control de heces y control de orina; a cada actividad se asignan unos valores que a su vez dependen del tiempo empleado en realizar dicha actividad y la necesidad de ayuda extra para llevarlas a cabo.

Las actividades se valoran de forma diferente, pudiéndose asignar 0, 5, 10 ó 15 puntos. El rango global puede variar entre 0 (completamente dependiente) y 100 puntos (completamente independiente)

Tabla N. 5 Puntuaciones originales de las AVD incluidas en el Índice de Barthel.

Parámetro	Situación del paciente	Puntuación
Total:		
Comer	- Totalmente independiente	10
	- Necesita ayuda para cortar carne, el pan, etc.	5
	- Dependiente	0
Lavarse	- Independiente: entra y sale solo del baño	5
	- Dependiente	0
Vestirse	- Independiente: capaz de ponerse y de quitarse la ropa, abotonarse, atarse los zapatos	10
	- Necesita ayuda	5
	- Dependiente	0
Arreglarse	- Independiente para lavarse la cara, las manos, peinarse, afeitarse, maquillarse, etc.	5
	- Dependiente	0
Deposiciones	- Continencia normal	10

(valórese la semana previa)	- Ocasionalmente algún episodio de incontinencia, o necesita ayuda para administrarse supositorios o lavativas	5
	- Incontinencia	0
Micción (valórese la semana previa)	- Continencia normal, o es capaz de cuidarse de la sonda si tiene una puesta	10
	- Un episodio diario como máximo de incontinencia, o necesita ayuda para cuidar de la sonda	5
	- Incontinencia	0
Uso de los servicios sanitarios	- Independiente para ir al cuarto de aseo, quitarse y ponerse la ropa.	10
	- Necesita ayuda para ir al retrete, pero se limpia solo	5
	- Dependiente	0
Trasladarse	- Independiente para ir del sillón a la cama	15
	- Mínima ayuda física o supervisión para hacerlo	10
	- Necesita gran ayuda, pero es capaz de mantenerse sentado solo	5
	- Dependiente	0
Deambular	- Independiente, camina solo 50 metros	15
	- Necesita ayuda física o supervisión para caminar 50 metros	10
	- Independiente en silla de ruedas sin ayuda	5
	- Dependiente	0
Escalones	- Independiente para bajar y subir escaleras	10
	- Necesita ayuda física o supervisión para hacerlo	5
	- Dependiente	0

Este índice arroja como resultado información global acerca del estado de funcionalidad física del paciente y puntuaciones parciales de cada una de las actividades evaluadas, lo que ayuda a conocer específicamente el estado individual y específico de estas actividades y realizar un seguimiento de la evolución de cada una de ellas a través del tiempo si así se desea.

La interpretación se realiza así: cuanto más cerca de 0 está la puntuación de un paciente, más dependencia tiene; cuanto más cerca de 100 más independencia; Algunos autores han propuesto puntuaciones de referencia

para facilitar la interpretación del IB. Por ejemplo, se ha observado durante la aplicación que una puntuación inicial de más de 60 se relaciona con una menor duración de la estancia hospitalaria y una mayor probabilidad de reintegrarse a vivir en la comunidad después de recibir el alta. Esta puntuación parece representar un límite: con más de 60 casi todas las personas son independientes en las habilidades básicas. (19)

La interpretación sugerida por Shah et al sobre la puntuación del IB es:

0-20: Dependencia total

21-60: Dependencia severa

61-90: Dependencia moderada

91-99: Dependencia escasa

100: Independencia. (20)

Este índice ayuda a orientar los esfuerzos del personal encargado de la atención directa al paciente, que en la mayoría de los casos es el personal de enfermería, para clasificar la necesidad de asistencia o no en relación al nivel de dependencia y capacidad funcional de la persona receptora de los cuidados. Además logra una identificación directa de las necesidades del paciente en cuanto a actividades de la vida diaria, complementando la valoración física y permitiendo priorizar cuidados y delegar funciones objetivizando la labor de enfermería y redireccionando los cuidados inmediatos a los pacientes que así lo requieran.

Se sugerirá la implementación de este índice como herramienta de apoyo para la priorización de los pacientes en el Hospital General de Medellín para facilitar la gestión de enfermería relacionada con la atención al paciente con el fin de definir un plan de cuidados acorde al estado de salud y de dependencia real del paciente.

Con el seguimiento de la estadística de este índice de los pacientes en los servicios, la dirección de enfermería y de la institución podrá conocer de manera objetiva la necesidad de intervenciones de enfermería que se requerirá en un servicio y por tanto las necesidades de personal en los

diferentes servicios y turnos, esto podrá determinar el perfil de los servicios por turno (día y noche), por días de la semana y por la mes, para categorizar el estándar de enfermería por grado de dependencia de los pacientes que se atienden.

3.4.2. Escala de Braden

Las úlceras por presión están definidas por la GNEAUPP como pérdida de la integridad de la piel, generalmente sobre una prominencia ósea producto de la fricción o cizallamiento. Entre los principales factores de riesgo que favorecen aparición y desarrollo están: edad, déficit nutricional, inmovilidad, fricción, diabetes, estado mental y humedad. (21)

Para la unificación en cuanto a la valoración de la piel del paciente y objetivización sobre el riesgo se han implementado mundialmente varias escalas, entre ellas se encuentra la escala de Braden- Bergstrom (1987), una de las más utilizadas en nuestro contexto. El uso continuo de una escala de valoración de riesgo validada, facilitará la identificación del nivel de riesgo global y de los factores de riesgo presentes en el paciente, orientando la planificación de los cuidados.

La escala como tal entonces es la que mejor se adapta a los diferentes niveles asistenciales, y su fácil manejo hace que sea posible identificar a un paciente en riesgo en un tiempo mínimo. Incluye 6 variables (percepción sensorial, exposición a la humedad, actividad, movilidad, nutrición y riesgo de lesiones cutáneas), los tres primeros subíndices miden factores relacionados con la exposición a la presión intensa y prolongada, mientras que los otros tres están en relación con la tolerancia de los tejidos a la misma. Dentro de esta valoración se incluyen 4 puntuaciones, siendo 1 la que objeta a mayor riesgo y 4 a la de menor (3 en el caso de Riesgo de lesiones cutáneas).

Tabla N. 6 Escala de Braden- Bergstrom (22)

	Percepción sensorial	Exposición a la humedad	Actividad	Movilidad	Nutrición	Riesgo y peligro
--	-----------------------------	--------------------------------	------------------	------------------	------------------	-------------------------

						o de lesiones
1	Completamente limitada	Constantemente húmeda	Encamado	Completamente inmóvil	Muy pobre	Problema
2	Muy limitada	Húmeda con frecuencia	En silla	Muy limitada	Probablemente inadecuada	Problema potencial
3	Ligeramente limitada	Ocasionalmente húmeda	Deambula ocasionalmente	Ligeramente limitada	Adecuada	No existe problema aparente
4	Sin limitaciones	Raramente húmeda	Deambula frecuentemente	Sin limitaciones	Excelente	

RIESGO DE UPP
BRADEN-BERGSTROM <13 = ALTO RIESGO
BRADEN-BERGSTROM 13 - 14 = RIESGO MODERADO
BRADEN-BERGSTROM >14 = BAJO RIESGO

En el Hospital General de Medellín se ha venido utilizando la escala de Braden desde abril de 2009 (año en que se implementó la plataforma SAP), es por esto que se considera importante su implementación adecuada en el momento de la valoración del paciente, y además de su diligenciamiento y valoración del riesgo es importante la realización del análisis en cuanto a otros factores intrínsecos y extrínsecos que influyen en el desarrollo de lesiones en la piel del paciente; de esta manera puede lograrse una prevención con mas resultados y un correcto seguimiento a los que ya presenten las lesiones. (Ver imagen N. 1)

Imagen N.1 Escala de Braden en SAP

Fecha Dat. 21.01.2013 Hora Dat. 07:00

Comentarios

PLAN DE CUIDADOS PARA PREVENIR ÚLCERAS POR PRESIÓN: CAMBIOS DE POSICIÓN CADA DOS HORAS SEGÚN PROTOCOLO, CUANDO SU ESTADO LO PERMITA SENTARLO EN SILLA, MANTENERLE LA PIEL LIMPIA Y SECA, LUBRICARLA Y HACERLE MASAJES CON CREMA, MANTENERLA HUMECTADA CON CREMAS, EVITARLE ROCES, USAR SÁBANA DE MOVIMIENTO, PROTEGERLE LAS PROMINENCIAS ÓSEAS CON COJINES DE AGUA Y AIRE, MANTENERLE EL PAÑAL SUELTO, LAS SÁBANAS ESTIRADAS, LIMPIAS Y SECAS, CAMA SIN EXCESOS DE ROPA, DARLE SOPORTE NUTRICIONAL, HACERLE TERAPIA FÍSICA Y RESPIRATORIA.

Percepción Sensorial: Desorientado
Exposición a la Humedad: Urinaria y Fecal
Actividad: Postrado en Cama
Movilidad: Inmóvil
Nutrición: Regular
Roca y Pelgro de Lesiones: Presente
Sumatoria: 14
Tipo de Riesgo: ALTO RIESGO

Regist. Datos Mostr. Datos Limpiar Dat

Fecha	Hora	Fecha Dat.	Hor...	Percepción Sensorial	Exposición a la Humedad	Actividad	Movilidad	Nutrición
21.01.2013	08:46	21.01.2013	07:00	Desorientado	Urinaria y Fecal	Postrado en Cama	Inmóvil	Regular
20.01.2013	20:34	20.01.2013	20:33	Alerta	Urinaria o Fecal	Postrado en Cama	Limitación Import.	Buena

3.4.3. Escala de Tromp (riesgo de caídas múltiples)

La valoración del riesgo de caídas del paciente es una estrategia que se aplica para minimizar el número de estos eventos dentro de las instituciones de salud, se realiza mediante el uso de instrumentos o escalas de valoración con el fin de identificar a los pacientes con mayor riesgo y establecer intervenciones apropiadas para disminuirlo según el nivel que se le otorgue, además puede servir para realizar un adecuado seguimiento de la incidencia de las caídas de los pacientes dentro de una institución, pues estas son consideradas indicador de calidad.

En el Hospital General de Medellín se ha implementado la utilización de la escala de Tromp y Col 2007 (23), la cual evalúa 4 ítems que son: Caídas previas (ítem presente si ha sufrido caídas en los últimos 12 meses): da una puntuación parcial de 5 puntos. Incontinencia urinaria: 3 puntos. Problemas visuales (ítem presente cuando el sujeto no puede reconocer un rostro más allá de los 4 metros de distancia, aunque utilice lentes correctores): 4 puntos. Limitación funcional (ítem presente cuando el paciente sufre dificultades para

subir escaleras, o utilizar vehículos propios o públicos, o no puede cortarse él solo las uñas de los pies): 3 puntos. (Ver Imagen N. 2)

El máximo de puntaje es de 15 puntos, y el corte está establecido en 7 puntos, puntuación a partir de la cual se considera que el riesgo de caídas múltiples es alto.

Tabla N. 7 Escala de riesgo de caídas múltiples (Tromp y Col. 2007)

FACTORES PREDICTIVOS	VALOR	PUNTOS
Caídas previas	5	
Incontinencia urinaria	3	
Problemas visuales	4	
Limitación funcional	3	
PUNTUACIÓN TOTAL		

Imagen N. 2 Escala de riesgo de caídas en SAP

3.4.4. Evaluación del dolor

El dolor, como toda experiencia emocional es subjetiva, solo el propio paciente conoce las características del mismo, es por esto que su valoración debe ser dirigida a la experiencia contada por la persona y la descripción que el mismo le otorgue. Todas las mediciones incluyen un diverso grado de error, sobre todo las que evalúan o cuantifican aspectos subjetivos, ya que los datos y la interpretación tienen como característica principal la arbitrariedad.

Actualmente se encuentra presente en la plataforma SAP del hospital una escala numérica para la evaluación del dolor en los pacientes. Esta escala fue introducida por Downie en 1978. (24) En ésta el paciente debe asignar un valor numérico entre 2 puntos extremos, rango establecido 0 a 10; aunque al paciente se le pide que valore con una puntuación numérica su dolor, el personal que evalúa debe estar atento a cualquier signo o actitud que presente el paciente para de esta manera complementar el resultado. Con esta escala se mide entonces el dolor en base a su intensidad. (Ver imagen N. 3)

La interpretación de los valores es la siguiente:

Tabla N. 7 Valores escala de dolor

VALORES	NIVEL DE DOLOR
0	NINGUNO
1-2-3	LEVE
4-5-6	MODERADO
7-8-9-10	FUERTE

Imagen N.3 Valoración del dolor en SAP

Fecha	Hora	Fecha Dat.	Hor...	Escala del Dolor ...	Escala del Dolor ...	Comentarios	Responsable
21.01.2013	08:44	21.01.2013	07:00	0	3 - Leve		GALLEGO DIAZ, PIE
20.01.2013	20:37	20.01.2013	20:37	0	3 - Leve		OSORIO GOMRZ. ANI

3.4.5. Evaluación neurológica

Además de la valoración física del paciente, debe evaluarse el estado neurológico, en el cual hay dos procesos vitales básicos: la cognición y la conciencia; los procesos de cognición son los que hacen posible relacionar las experiencias pasadas con las presentes, actúan como un regulador de eventos vitales y la conciencia se caracteriza por el despertar y el estar alerta. (25)

La importancia de esta valoración radica en que una adecuada implementación permite al profesional de enfermería identificar los problemas de adaptación y generar un diagnóstico de enfermería, para finalmente brindar un cuidado oportuno y eficaz, que le permita al individuo lograr su adaptación, y a la enfermera evaluar, de manera objetiva y pertinente, el cuidado que está proporcionando.

La valoración neurológica entonces, permite identificar fácilmente los estímulos y las posibles respuestas que pueda tener el paciente con el entorno, de esta manera se pueden analizar en forma completa los mecanismos de enfrentamiento, los cuales se enmarcan principalmente en la cognición ya que, gracias al conocimiento y al hecho de que el individuo se haga consciente de sus propios problemas de adaptación, puede contribuir a mejorarlos e

involucrarse en su proceso de salud por medio de su propia voluntad, a valerse y cuidarse por sí mismo.

En la labor de enfermería existe una fundamentación principal para la planeación del cuidado, esta es la valoración, principalmente debe estar orientada al beneficio del paciente, su familia y las personas que lo rodean, además ésta valoración permite la efectividad de los cuidados proporcionados.

Actualmente se aplica en el HGM un formato de evaluación con el fin de conocer el estado del paciente, en el se evalúan 3 parámetros que son: Tamaño y reactividad pupilar, fuerza de miembros superiores e inferiores, y estado de consciencia, esta valoración no da como resultado un puntaje, sino el registro del estado neurológico actual del paciente así:

Para cada parámetro existen 4 o 5 opciones de respuesta, de acuerdo a lo observado en el paciente.

Tamaño y reactividad pupilar: debe ser observado en cada ojo, y elegir la opción encontrada:

- Normal
- Miótica
- Midriática
- No aplica

Fuerza de las extremidades: Deben evaluarse los 2 miembros superiores e inferiores y registrar la opción acorde al estado de cada uno:

- Normal
- Aumentado
- Disminuido
- Ausente
- No aplica

Estado de consciencia:

- Alerta
- Somnoliento

- Estuporoso
- Coma superficial
- Coma profundo

Además existe un recuadro adicional donde el personal puede registrar información adicional con relación al estado neurológico del paciente, como lo es el caso de administración de medicamentos que influyan en el estado neurológico. (Ver imagen N. 4)

Imagen N. 4 Evaluación Neurológica en SAP

Fecha	Hora	Fecha Dat.	Hor...	T	Pupila OD	Pupila OI	Fza MSD	Fza MSI	Fza MID	Fza MII	Estado Consciencia	Comentarios
21.01.2013	08:45	21.01.2013	07:00		Normales	Normales	Disminu.	Disminu.	Ausente	Ausente	Somnoliento	
20.01.2013	20:36	20.01.2013	20:36		Normales	Normales	Disminu.	Disminu.	Ausente	Ausente	Alerta	
20.01.2013	16:57	20.01.2013	16:50		Normales	Normales	Ausente	Ausente	Ausente	Ausente	Somnoliento	
20.01.2013	08:22	20.01.2013	08:00		Normales	Normales	Ausente	Ausente	Ausente	Ausente	Somnoliento	
19.01.2013	20:05	19.01.2013	20:00		Normales	Normales	Ausente	Ausente	Ausente	Ausente	Somnoliento	
19.01.2013	15:28	19.01.2013	15:28		Normales	Normales	Disminu.	Disminu.	Ausente	Ausente	Alerta	CON SEDACION M
19.01.2013	08:37	19.01.2013	08:36		Normales	Normales	Disminu.	Disminu.	Ausente	Ausente	Alerta	CON SEDACION M
19.01.2013	03:33	19.01.2013	02:00		Normales	Normales	Disminu.	Disminu.	Ausente	Ausente	Alerta	

3.4.6. Registro de valores de glucometría

Como complemento necesario para la valoración de enfermería se encuentra el llevar un registro adecuado de los niveles de glicemia de los pacientes, de esta manera se realiza seguimiento y se conoce el estado del mismo.

Todas las alteraciones relacionadas con los valores de glucosa en sangre conllevan una serie de complicaciones, tanto los valores bajos (hipoglicemia) como los altos (hiperglicemia) generan desordenes metabólicos, por esto es importante que el personal de enfermería conozca los fundamentos básicos acerca de los rangos de valores normales, y además de esto aprenda a identificar signos que den indicio de una posible alteración en curso.

El principal objetivo del registro de estos valores es lograr realizar un seguimiento adecuado y de esta manera intervenir de acuerdo a los valores

encontrados, cabe resaltar la importancia de actuar en compañía del equipo interdisciplinario (Nutrición, Médico, Enfermería) con el fin de que se pueda llevar a cabo un correcto tratamiento. Como valor agregado, permite al personal de enfermería priorizar necesidades en la atención, favoreciendo esto el cuidado integral e individualizado.

El registro de la medición de la glicemia por micrométodo en el HGM se realiza así:

Se deben digitar los campos que solicita el sistema, como lo son: Valor de la glucometría en Mg/dl, el manejo recibido de acuerdo a el valor obtenido escogiendo una de las opciones: Dosis y tipo de insulina (si la tiene prescrita), vía de administración y al igual que los formatos de evaluación anteriores tiene un recuadro en el cual se registran observaciones especiales relacionadas con la nutrición del paciente. (Ver imagen N. 5)

Imagen N.5 Registro de glucometrías en SAP

Fecha	Hora	Fecha Dat.	Hor...	Glucometría	Manejo Recibido	Dosis	Und.	Vía	Observaciones
21.01.2013	12:17	21.01.2013	12:00	136	Otros				NUTRICION ENTERAL A 93CCXhora.
21.01.2013	09:21	21.01.2013	08:00	148	Otros				NUTRICION ENTERAL A 70CCXhora.
21.01.2013	08:45	21.01.2013	07:00	0	0				RECIBE SOPORTE NUTRICIONAL CON FÓRMULA POL.
21.01.2013	04:55	21.01.2013	04:00	102	Otros				
20.01.2013	20:49	20.01.2013	20:00	101	Otros				

3.5. CAPITULO 5. IMPLEMENTACIÓN DEL EQUIPO DE RESPUESTA RAPIDA HGM

Teniendo en cuenta los datos derivados de la valoración del paciente por parte de enfermería, se debe hacer un análisis rápido de éstos con el fin de permitir la identificación de pacientes en riesgo de presentar eventos críticos, por medio de la detección de signos de alarma que ayuden a identificar la evolución del paciente a una condición crítica que ponga en riesgo su vida.

Con el fin de disminuir la incidencia de la mortalidad de los pacientes en las instituciones de salud se han creado los equipos de respuesta rápida ERR, los cuales tienen como función principal optimizar el sistema de atención y los recursos hospitalarios (humanos y tecnológicos) para responder efectivamente ante signos de alarma de deterioro de la condición clínica de los pacientes, ésta respuesta daría paso a identificar, tratar y trasladar a un paciente en caso de ser necesario a un área de atención especializada (UCI) antes de que ocurra el evento crítico o paro cardiorespiratorio. (26)

Estos equipos deben estar preparados para responder a las demandas de atención que hace el personal de enfermería, ya que por lo general en todas las instituciones de salud, es quien se entera de primera mano de los cambios presentados en el estado de salud de los pacientes, pues se caracterizan por la permanencia continua y acompañamiento a los pacientes, permitiendo esto la evaluación recurrente y la detección temprana de posibles alteraciones que puedan presentarse. Debe resaltarse además, la importancia de la capacitación masiva a todo el personal de salud, para que la implementación genere los resultados esperados, pues el equipo de respuesta rápida ERR debe estar preparado día y noche todos los días del año. (27)

La fundamentación científica sobre los ERR ha demostrado que el deterioro y la presencia de signos de alarma en el paciente se presentan más o menos 6.5 horas antes de evento crítico, y la detección oportuna de éstos disminuyen notoriamente la incidencia de la crisis. Buist y colaboradores, por ejemplo demostraron 50% de reducción en la incidencia de paro cardíaco fuera de la terapia intensiva (Unidades de cuidado crítico), en otro estudio Bellomo reportó que las complicaciones postoperatorias que requerían transferencia a la UCI se

reducían en 58%, con disminución en la mortalidad absoluta en 37%. Por otro lado, la implementación de los ERR reduce en 30% la necesidad de traslados a unidades de tercer nivel. (28)

Teniendo en cuenta todo lo anterior se propone la creación del Equipo de Respuesta Rápida HGM, pues se considera que al ser un hospital de tan amplia trayectoria debería implementar en su modelo de atención una estrategia que influya directamente en el beneficio a los pacientes, viéndose el reflejo de los resultados en la disminución de la mortalidad de los mismos.

Para la creación de éste equipo se deben tener en cuenta entonces que los integrantes del mismo deben ser profesionales con experiencia o conocimientos básicos acerca de terapia intensiva, los cuales posean aptitudes y actitudes de liderazgo necesarias para desempeñar esta importante labor. Se recomienda entonces que el equipo esté conformado por profesionales de enfermería, terapia respiratoria y médico intensivista, esto con el fin de fortalecer la interdisciplinariedad de la atención al paciente y de ésta manera cumplir con el objetivo propuesto.

Para la implementación del equipo y las labores de los participantes se establecen unas directrices que rigen el buen funcionamiento del ERR: Fortalecimiento de la comunicación entre profesionales, competencia científico-técnica de quienes conforman el equipo y adherencia los protocolos de la institución (según modelo de atención).

Cabe anotar que cualquier funcionario asistencial del HGM estaría en condición de activar el llamado al ERR teniendo pleno conocimiento de los criterios establecidos para tal fin. Como criterios se conocen los siguientes:

- Dolor torácico de nueva aparición o en reposo.
- Cambios en la función respiratoria (polipnea persistente, cianosis, estridor, etc.)
- Cambio súbito en el estado de alerta.
- Oximetría de pulso < 90% a pesar O₂ suplementario al 100%.
- Frecuencia respiratoria < 12 ó > 30 por minuto.

- Frecuencia cardíaca < 55 ó > 110 por minuto con deterioro hemodinámico.
- Presión arterial media (PAM): < 60 mmHg sin respuesta a volumen.
- Dolor que no responde a medidas analgésicas habituales.
- Síndrome de respuesta inflamatoria sistémica.
- Hipotermia o hipertermia que no responde al tratamiento.
- Hemorragia evidente persistente.
- Agitación y delirio que no responde al tratamiento.
- Crisis convulsivas que no responden al tratamiento. (29)

Para el entendimiento de las funciones y su correcta secuencia en la siguiente tabla se establecen los pasos a seguir para el abordaje primario del ERR:

Tabla N. 8 Abordaje primario ERR

ABORDAJE PRIMARIO (ABC) ERR		
1. Determinar en modo breve el nivel de conciencia		
VIA AÉREA (Descartar obstrucción)	RESPIRACIÓN (Descartar insuficiencia respiratoria)	CIRCULACIÓN (Descartar shock)
2. Buscar		
Disociación toracoabdominal, Esfuerzo respiratorio, uso de músculos accesorios de la respiración, cianosis, sialorrea, edema.	Fr, uso de músculos accesorios de la respiración, esfuerzo respiratorio, expansión torácica, palidez, cianosis.	Cianosis, palidez, piel marmórea.
3. Escuchar		
Calidad de la voz, estridor, ronquido,	Ruidos respiratorios, estertores crepitantes	

disfonía.	inspiratorios	Ruidos cardiacos
4. Sentir		
Uso de músculos accesorios, disociación toracoabdominal, posición de la tráquea	Uso de músculos accesorios, disociación toracoabdominal, distensión abdominal, posición de la tráquea	Pulsos, temperatura cutánea, llenado capilar.
5. Monitorizar		
% SpO2	% SpO2	Continuamente FC y PA
6. Tratar		
Lograr VA (nasal u oral), aporta O2 suplementario.	Aporta O2 suplementario, Valora uso de mascarilla facial con reservorio, valora uso de ventilación mecánica no invasiva.	Garantiza acceso intravenoso, considera aporte de volumen.

3.5.1. Abordaje primario (ABC) ERR

Luego de la identificación del paciente como primera medida se verifica que los criterios de activación sean los adecuados, de ser así, se inicia por la determinación del nivel de conciencia, luego se observa el estado respiratorio y hemodinámico y se clasifica en una de las 3 necesidades principales compuestas por: VIA AÉREA, RESPIRACIÓN Y CIRCULACIÓN, luego se sigue la secuencia numérica: Buscar, escuchar, sentir, monitorizar y tratar, todo esto hasta lograr la estabilización del paciente.

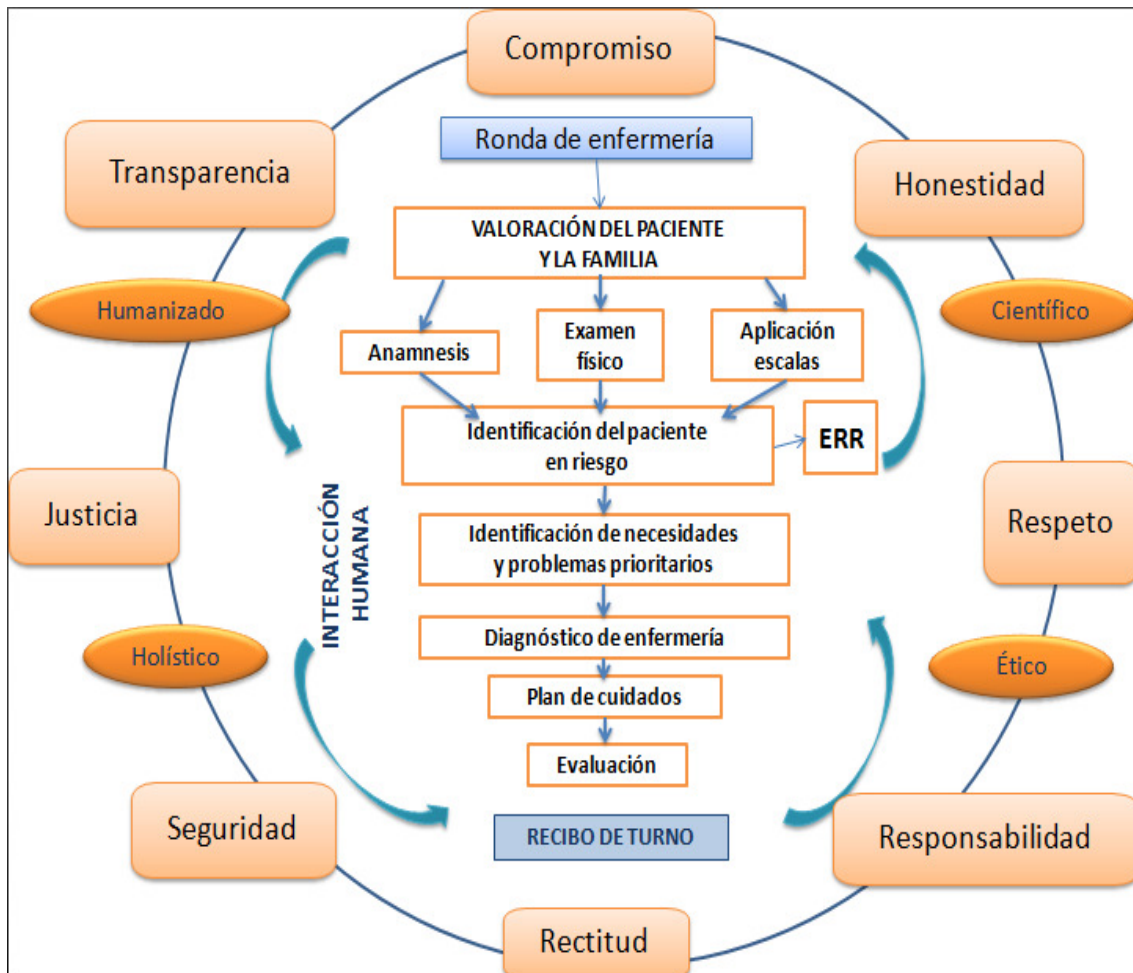
Cabe destacar que entre las intervenciones que realiza el equipo de respuesta rápida para la estabilización del paciente están: oxígeno, ventilación no-invasiva, manipulación vía aérea, intubación, RCP, líquidos IV, medicamentos IV, monitoreo invasivo: catéter central o catéter arterial y pruebas diagnósticas.

Luego de las intervenciones realizadas por el equipo de respuesta rápida se pasa a la toma de decisiones de acuerdo con la evolución del proceso, las cuales, pueden ser: Traslado a la UCI, traslado a un hospital de mayor tecnología, intensificar cuidados paliativos ó código de NO reanimación.

De esta manera, como se mencionaba anteriormente la identificación del paciente en riesgo por los signos y síntomas de alarma puede evitar llegar al evento crítico solo con la organización estratégica del personal, capacitación del mismo y trabajo en equipo.

3.6. CAPITULO 6. RUTA CRÍTICA

MODELO DE ATENCIÓN DE ENFERMERÍA- HOSPITAL GENERAL DE MEDELLÍN



A continuación se propone la siguiente ruta crítica que permitirá al profesional de enfermería del Hospital General de Medellín, brindar un cuidado de enfermería óptimo y de calidad. De la misma manera, se pretende que esta ruta facilite la aplicación del proceso de atención de enfermería, dando así un reconocimiento a la profesión y permitiendo el desarrollo disciplinar.

Al igual que todos los colaboradores del HGM, el personal de enfermería debe contar con unos valores de base que lo caractericen en su quehacer profesional, siendo el compromiso, la honestidad, el respeto, la responsabilidad, la rectitud, la seguridad, la transparencia y la justicia, los que permiten al personal de enfermería, brindar al paciente, la familia y la comunidad, un cuidado mas humanizado, con conocimiento científico sólido, siendo éticos en el cumplimiento de sus funciones y viendo al

sujeto de cuidado como un ser holístico, ya que se mira desde el contexto biopsicosocial, siendo así un cuidado integral.

La primera etapa de este proceso de atención corresponde a la valoración, la cual incluye:

La anamnesis, por medio de la cual se recogerán los datos subjetivos del paciente que permitan la identificación de necesidades manifestadas por este.

El examen físico, que se realizará a través del uso de algún modelo de atención planteado por las teorías de enfermería, en este caso el modelo propuesto por Virginia Henderson de la valoración de las 14 necesidades planteado en el capítulo anterior.

La aplicación de las escalas de valoración que se encuentran implementadas en el sistema SAP, siendo la escala de Braden- Bergstrom, escala de Tromp (riesgo de caídas múltiples), evaluación del dolor, evaluación neurológica y registro de valores de glucometría. Además se propone la inclusión del índice de Barthel, que permite valorar el nivel de dependencia de los cuidados de enfermería por parte del paciente, de esta manera se priorizan las necesidades de atención.

De la misma manera, la valoración permite la verificación de los datos obtenidos y permite identificar a aquellos pacientes que se encuentran en riesgo de presentar complicaciones. Dentro de esta especificación se propone además la implementación del equipo de respuesta rápida ERR HGM con el fin de detectar los posibles signos de alarma que indiquen riesgo de desarrollo de un evento crítico y de esta manera actuar inmediatamente evitando las complicaciones del mismo.

Por medio de estas actividades, se logra recolectar toda la información necesaria acerca del estado de salud del paciente, la cual será analizada con el fin de identificar las fortalezas y debilidades que presente en el momento de la valoración, al igual que las causas de los problemas prioritarios, siendo ésta la segunda etapa.

Como tercera etapa se tiene la formulación de los diagnósticos de enfermería, los cuales describen la situación del sujeto de cuidado y la manera como este responde a dicha situación o estímulo. Estos diagnósticos se encuentran incluidos en el sistema SAP, siendo 201 en total. (Ver anexo N.2)

Luego de analizar los problemas y necesidades y de plantear los diagnósticos de enfermería, surge el plan de cuidados de enfermería, conformando así la cuarta etapa del proceso de atención. En ésta, se identifican los objetivos asociados a los problemas priorizados y se determinan los cuidados y actividades que desarrollará el personal de enfermería con el fin de resolver, reducir o prevenir la situación de riesgo.

Para finalizar los procesos específicos de atención se definió como última etapa la evaluación, por medio de la cual se determinan y describen los criterios que medirán el cumplimiento de los objetivos planteados en la etapa anterior, comprobando así, el grado de consecución de los mismos.

Es importante tener en cuenta que para la realización de este proceso es necesaria la interacción humana entre el personal de enfermería y el paciente, ya que de esta manera se fomenta la empatía, la cual es fundamental en el proceso de atención, pues permite crear un ambiente de confianza entre el cuidador y el paciente, asegurando de esta manera que él mismo manifieste abiertamente sus necesidades, inquietudes, miedos, etc., facilitando de esta manera la priorización de estas necesidades manifestadas previamente.

Posteriormente, este proceso dinámico continua con la entrega de turno establecida por la institución, en la cual al iniciar o terminar la jornada laboral, se entrega y recibe en forma clara y completa, todos los sucesos ocurridos durante el transcurso del turno, informando sobre los cuidados especiales o las novedades presentadas.

El cambio de turno se realiza con el fin de identificar la eficacia del plan de cuidados de enfermería proporcionado y tiene como objetivos principales: garantizar la continuidad del cuidado del paciente al igual que la existencia de los elementos necesarios para su atención, analizar el estado del paciente y su evolución y por ultimo satisfacer las necesidades objetivas y subjetivas de éste.

En el cambio de turno, se debe informar nombre completo del paciente, edad, diagnósticos, especialidad, interconsultante, dieta, si tiene sonda vesical, catéter venoso central, aplicación de escalas de riesgo, infusiones especiales, procedimientos pendientes (curación, cirugía, ayudas diagnósticas, etc.) Finalmente, luego de la entrega de turno, en este proceso se reinicia con la valoración, de tal manera que se permitan identificar los cambios y las nuevas necesidades y problemas prioritarios a intervenir, haciendo del mismo un proceso cíclico, continuo y consecuente. Se adjunta formato de entrega de turno establecido por el HGM para su utilización.

Cabe resaltar que todos los procesos y etapas tienen como base la interacción humana, fortaleciendo la empatía y el acercamiento personal del paciente para así lograr formar vínculos de cuidado acordes a él y su familia.

4. CONCLUSIONES

- El Proceso de Atención de Enfermería favorece el objetivo principal de la profesión en sí misma, el cual es dar atención de calidad al individuo, familia y comunidad, quienes a la vez, al hacerse conscientes de sus necesidades y problemas, pueden estar en capacidad de participar de este proceso, señalando o realizando actividades para mejorar la salud y conservarla de manera efectiva.
- El PAE constituye una base sistemática y organizada, la cual de manera lógica da secuencia al cuidado de enfermería, convirtiéndose en herramienta fundamental de los profesionales a la hora de la atención al paciente, para que ésta se haga de manera, oportuna, eficaz, efectiva y de calidad requiere la interacción del personal de enfermería con el paciente y su familia, pues la valoración es la base para el planteamiento de las acciones de cuidado.
- La utilización de teóricas de enfermería para sustentar científicamente la práctica de enfermería es imprescindible, pues busca fortalecer el desarrollo disciplinar de la profesión y se garantiza la individualidad de cada paciente teniendo en cuenta factores individuales, familiares y sociales, de esta manera permiten identificar y priorizar necesidades de atención, haciendo del cuidado de enfermería una labor desarrollada de manera científica, técnica y humanizada.
- Los fines de la valoración por parte del personal de enfermería son: querer, saber y poder determinar acertadamente y en cada momento la situación de salud que tiene el ser humano en un momento específico, así mismo la naturaleza de su respuesta a el estímulo de enfermedad, además se convierte en un acto real e importante del cual depende el éxito del mejoramiento del estado de salud del paciente por medio del establecimiento de objetivos claros y definidos de atención.

- El modelo de Virginia Henderson que incluye las 14 necesidades principales del ser humano constituye una herramienta práctica que guía la valoración del profesional de enfermería, permitiendo identificar unas necesidades que deben ser priorizadas y suplidas de manera que el paciente logre la integralidad y se reincorpore de manera satisfactoria y pronta a su contexto, dependiendo de la complejidad de su estado de salud, pues se ve al ser humano como receptor de cuidados basados en la individualidad, integridad, diversidad y especificidad.
- La utilización de escalas de valoración avaladas internacionalmente pueden constituirse para el profesional como una herramienta básica y colaborativa con la que se identifiquen alteraciones de manera sencilla y objetiva que den lugar a la planeación de cuidados específicos e individuales de acuerdo a los resultados de las mismas. Se hace necesaria su utilización, pues puede ayudar a determinar, que tanto debe acompañar el profesional de enfermería al paciente en su realización de necesidades básicas, además de detectar a tiempo posibles pacientes en riesgo.
- La implementación del equipo de respuesta rápida ERR HGM, puede ser el inicio de un complemento al modelo de atención del hospital, por medio del cual se evidencien resultados satisfactorios en cuanto a la identificación de signos de alarma para definir pacientes en riesgo de progresar a un evento crítico, previniendo y tratando a tiempo situaciones que pongan en riesgo la vida del mismo.
- Para el HGM se hace necesario un modelo de atención específico de la profesión de enfermería, proveniente esta idea de la investigación realizada por los estudiantes de la UCM y U de A, en el cual se establezcan criterios claros de atención, teniendo como base el PAE, aplicando una valoración estandarizada que sea acorde a las características de los pacientes de la institución, permitiendo identificar necesidades de atención, detectar pacientes en riesgo y guiando al personal de enfermería al desarrollo de la práctica profesional con una

secuencia metodológica, eficaz, efectiva lógica, y que contribuya principalmente a brindar cuidados de enfermería de calidad basados en la seguridad del paciente.

5. RECOMENDACIONES

PARA EL HOSPITAL GENERAL DE MEDELLÍN

- Implementar el modelo de atención de enfermería propio del HGM que permita la continuidad de los lineamientos básicos del mismo, brindando servicios que beneficien principalmente al paciente basados en la calidad, interacción humana y seguridad del paciente con el fin de establecer metodologías claras como el PAE, herramienta fundamental en el desarrollo de la profesión, haciendo de la institución un referente para las demás.
- Fortalecer el ámbito investigativo por parte de enfermería para de esta manera continuar con la línea de identificación de debilidades en la atención con el fin de que se puedan intervenir de manera oportuna y establecer planes de mejoramiento por medio de elaboración de propuestas y proyectos que beneficien y fortalezcan la calidad del cuidado de enfermería.
- Fomentar en el personal aptitudes y actitudes de aprendizaje para contribuir al mejoramiento de la calidad del servicio prestado favoreciendo la interacción humana teniendo presentes los valores que rigen y caracterizan la institución.
- Continuar con la evaluación y seguimiento continuo como se ha venido haciendo hasta ahora, de manera cercana al desarrollo de los procesos de la institución, asegurando de esta manera el buen funcionamiento y efectividad de los servicios de salud que se brindan a la comunidad que beneficia el HGM.

PARA EL CURSO DE GESTIÓN DEL CUIDADO DE ENFERMERÍA II

- Continuar con la realización de proyectos de gestión en el cuidado de enfermería en los que se refleje la importancia del quehacer profesional y se haga evidente la presencia de los mismos en las instituciones de salud que presentan convenio actualmente con la universidad.
- Mantener activos los convenios con las instituciones actuales, pues se convierten en sitios de aprendizajes muy significativos para los estudiantes acercándonos de manera asertiva al mundo laboral en el cual nos veremos inmersos próximamente.

6. REFERENTES BIBLIOGRÁFICOS

- (1) Zarate RA, La Gestión del Cuidado de Enfermería. Index Enferm [revista en la Internet]. 2004 Jun [citado 2012 Nov. 15] ; 13(44-45): 42-46. Disponible en: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S113212962004000100009&lng=es. <http://dx.doi.org/10.4321/S1132-12962004000100009>.
- (2) Dueñas Fuentes JR. El proceso de atención de enfermería. Guía paso a paso. 4 ed. Barcelona: Springer; 1998. p.29. [citado 2013 Ene. 28] Disponible en: <http://www.terra.es/personal/duenas/pae.htm>
- (3) Ceballos Vasquez PA, desde los ámbitos de enfermería, analizando el cuidado humanizado. Cienc. enferm. [revista en la Internet]. 2010 [citado 2013 Feb 1] ; 16(1): 31-35. Disponible en: http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0717-95532010000100004&lng=es. doi: 10.4067/S0717-95532010000100004.
- (4) Potter PA. Guía profesional de enfermería. Valoración física. Madrid: Interamericana; 1991.
- (5) NANDA Internacional. Diagnósticos enfermeros: definiciones y clasificación 2009-2011. Editorial Elsevier; 2011.
- (6) Johnson, M.; Maas, M.; Moorhead, S. Proyecto de resultados de IOWA. Clasificación de Resultados de Enfermería (CRE). (2ª ed.) Madrid: Harcourt S.A., 2001.
- (7) McCloskey, JC.; Bulechek, GM. Proyecto de intervenciones IOWA. Clasificación de Intervenciones de Enfermería (CIE). (3ª ed.) Madrid: Harcourt S.A., 2001. Cómo se ha llegado a la determinación de los campos y clases.
- (8) Guillén Fonseca Martha. Teorías aplicables al proceso de atención de enfermería en Educación Superior. Rev Cubana Enfermer [revista en la Internet]. 1999 Abr [citado 2013 Feb 01] ; 15(1): 10-16. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-03191999000100002&lng=es.

(9) Grispun, D. Identidad Profesional, Humanismo y desarrollo tecnológico: Oportunidades y desafíos para enfermería. Presentación Magistral VII jornadas de enfermería Instituto de cardiología México .1994

(10) Cisneros, F; Teorías y modelos de enfermería. *Popayan, 2005* [citado 2012 Nov15]. Disponible en: <http://artemisa.unicauca.edu.co/~pivalencia/archivos/TeoriasYModelosDeEnfermeriaYSuAplicacion.pdf>

(11) López AL; Guerrero S, Perspectiva internacional del uso de la teoría general de Orem. *Invest. educ. enferm* [online]. 2006, vol.24, n.2, pp. 90-100. ISSN 0120-5307.

(12) Fornons D, Madeleine Leininger: claroscuro transcultural. *Index Enferm*[online]. 2010, vol.19, n.2-3, pp. 172-176. ISSN 1132-1296. <http://dx.doi.org/10.4321/S1132-12962010000200022>.

(13) Manual DAE de enfermería. EIR. Oposiciones; Fundamentos de enfermería CTO,España 2010. [citado 2012 Nov 15]. Disponible en: http://www.aulaeir.com/pdf/01_fundamentos%20nuevo.pdf

(14) Carvalho da Silva C.M. et al; Diagnósticos de enfermería como instrumentos en la formación del enfermero: una revisión de la literatura. *Enferm. glob*2009, n.17, pp. 0-0. ISSN 1695-6141. [citado 2012 Nov16]. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.4321/S1695-61412009000300020>.

(15) Mejía Lopera ME, Reflexiones sobre la relación interpersonal enfermera-paciente en el ámbito del cuidado clínico. *Index Enferm* [revista en la Internet]. 2006 Nov [citado 2013 Feb 8] ; 15(54): 48-52. Disponible en: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1132-12962006000200010&lng=es. <http://dx.doi.org/10.4321/S1132-12962006000200010>.

(16) Rodríguez García PL, Principios técnicos para realizar la anamnesis en el paciente adulto. *Rev Cubana Med Gen Integr* [revista en la Internet]. 1999 Ago [citado 2013 Feb 10] ; 15(4): 409-414. Disponible en:

http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S086421251999000400011&lng=es.

(17) Arredondo E. Valoración del adulto sano con base en las necesidades básicas de Virginia Henderson. Documento para fines docentes. 2009

(18) Mahoney FI, Barthel DW. Functional evaluation: the Barthel Index. *Md Med J* 1965; 14: 61-65.

(19) Ruzafa J, Valoración de la discapacidad física: el índice de Barthel. *Rev. Esp. Salud Publica* [online]. 1997, vol.71, n.2, pp. 127-137. ISSN 1135-5727.

(20) Shah S; Vanclay F; Cooper B, Improving the sensitivity of the Barthel Index for stroke rehabilitation. *J Clin Epidemiol* 1989; 42: 703-709.

(21) Bergstrom N, Braden B, Laguzza A, Holman V. The Braden scale for predicting pressure sore risk. *Nurs Res* 1987; 36 (4): 205-10.

(22) Enric J, Valorar el riesgo de presentar úlceras por presión: escala de Braden. *Revista Rol de Enfermería*. Barcelona Vol.29, No. 224 p. 23-30

(23) Tromp AM, pluijm SMF, smit JH, Deeg DJH, Bouter LM, Lips P. Fall risk screening teest: a prospective study on predictor for falls in community dwelling elderly. *J clin epidemiol*. 2001;54(8):837-44

(24) Downie WN, et al. Studies with pain rating scales. *Ann Rheum Dis* 1979; 37: 378-81

(25) Venegas B, La valoración neurológica: un soporte fundamental para el cuidado de la enfermería. *Revista Aquichan, Norteamérica*, 2, may. 2009.

(26) Carrillo R, Et al, Equipo de respuesta rápida. *Rev Asoc Mex Med Crit y Ter Int* 2009;23(1):38-46

(27) Lee A, Bishop G, Hillman KM, Daffurn K. The medical emergency team. *Anaesth Intensive Care* 1995;23:183-186

(28) Bellomo R, Goldsmith D, Uchino S. Prospective contro-lled trial of effect of medical emergency team on posto-perative morbidity and mortality rates. *Crit Care Med* 2004;32:916-921

(29) Holanda MS, Domínguez MJ, Castellanos A., Ortiz Melón F, SECI (Servicio Extendido de Cuidados Intensivos): Mirando fuera de la UCI. Med. Intensiva [revista en la Internet]. 2011 Sep [citado 2013 Feb 1] ; 35(6): 349-353. Disponible en: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0210-56912011000600006&lng=es.

7. BIBLIOGRAFÍA CONSULTADA

- Gaviria D. La evaluación del cuidado de enfermería: un compromiso disciplinar. Invest EducEnferm. 2009;27(1):24-33.
- Durán de Villalobos, M.. Teoría de enfermería ¿un camino de herradura? Aquichan, Norteamérica, 7, jul. 2009. [citado 2012 Dic 08] Disponible en: <<http://aquichan.unisabana.edu.co/index.php/aquichan/article/view/110/221>>.
- López AL, Guerrero S. Perspectiva internacional del uso de la teoría general de Orem. Invest. educ. enferm. 2006; (24)2: 90-100
- Mesquita Melo E., Lopes M.V. de O., Carvalho Fernandes A.F., Teixeira Lima F.E., Barbosa I.V.. Teorías de enfermería: importancia de la correcta aplicación de los conceptos. Enferm. glob. [revista en la Internet]. 2009 Oct [citado 2012 Dic 09] ; (17): . Disponible en: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1695-61412009000300017&lng=es. <http://dx.doi.org/10.4321/S1695-61412009000300017>.
- Universidad de Antioquia. Arteaga MV. Proceso de Atención de enfermería. [citado 2012 Dic 05] Disponible en: [\http://aprendeonline.udea.edu.co/lms/moodle/course/view.php?id=502
- Castañeda Montoya M. Duque Cardona, M S. Gaviria Noreña, DL. López López, MV; Maya Maya, MC. Noreña Quiceno, CA et al. Proceso de transformación curricular: la experiencia de la Facultad de Enfermería de la Universidad de Antioquia. 2009. 227 p.
- Castrillón, M. La dimensión social de la práctica de la enfermería. 1ra ed. Medellín- Colombia: Universidad de Antioquia; 1997. p. 38-57.
- Kuerten Rocha Patricia, Lenise do Prado Marta. Modelo de Cuidado: ¿Qué es y como elaborarlo?. Index Enferm [revista en la Internet]. 2008 Jun [citado 2013 Ene 18] ; 17(2): 128-132. Disponible en: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1132-12962008000200011&lng=es. <http://dx.doi.org/10.4321/S1132-12962008000200011>.
- Cid-Ruzafa Javier, Damián-Moreno Javier. Valoración de la discapacidad física: el índice de Barthel. Rev. Esp. Salud Publica

- [revista en la Internet]. 1997 Mar [citado 2013 Ene 28] ; 71(2): 127-137. Disponible en: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1135-57271997000200004&lng=es.
- Varela, LE. Antes del Paro es más seguro”: La enfermería en los sistemas de atención de respuesta rápida SARR y los Equipos de respuesta rápida ERR. Revista de la Asociación Mexicana de Medicina Crítica Y TERAPIA INTENSIVA, Vol. XXIII, Núm. 1 / Ene.-Mar. 2009. pp 38-46
 - Fornons Fontdevila David. Madeleine Leininger: claroscuro transcultural. Index Enferm [revista en la Internet]. 2010 Sep [citado 2013 Ene 15] ; 19(2-3): 172-176. Disponible en: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1132-12962010000200022&lng=es. <http://dx.doi.org/10.4321/S1132-12962010000200022>.
 - López Díaz Alba Lucero, Guerrero Gamboa Sandra. Perspectiva internacional del uso de la teoría general de Orem. Invest. educ. enferm [serial on the Internet]. 2006 Sep [cited 2013 Jan 28] ; 24(2): 90-100. Available from: http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0120-53072006000200010&lng=en.
 - Carvalho da Silva C.M., Lopes de Azevedo S., Cavalcanti Valente G.S., machado T. F. Rosas A.M., Marinho Chrizóstimo M.. Diagnósticos de enfermería como instrumentos en la formación del enfermero: una revisión de la literatura. Enferm. glob. [revista en la Internet]. 2009 Oct [citado 2013 Ene 28] ; (17): . Disponible en: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1695-61412009000300020&lng=es. <http://dx.doi.org/10.4321/S1695-61412009000300020>.
 - Mahoney FI, Barthel DW. Functional evaluation: the Barthel Index. Md Med J 1965; 14: 61-65.

- García Fernández FP; Pancorbo Hidalgo PL; Soldevilla Ágreda J,, Blasco García C, Escalas de valoración del riesgo de desarrollar úlceras por presión. Gerokomos [revista en la Internet]. 2008 Sep [citado 2013 Ene 30] ; 19(3): 136-144. Disponible en: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1134-928X2008000300005&lng=es. <http://dx.doi.org/10.4321/S1134-928X2008000300005>.
- Venegas B; La valoración neurológica: un soporte fundamental para el cuidado de la enfermería. Aquichan, Norteamérica, 2, may. 2009. [citado 2013 Ene. 30] Disponible en: <http://aquichan.unisabana.edu.co/index.php/aquichan/article/view/22/43>
- Carpenito, L J. Diagnóstico de Enfermería, Aplicación a la Práctica Clínica. Interamericana. Mc Graw-Hill. 3ª Edición, Sección uno, El Proceso de Enfermería, p2. 1990.
- McCourt A, American Nurses Association. (1999). ANA CNP II recognition criteria and definitions. Washington DC(1991). In R.M. Carroll-Johnson (Ed.), Classification of nursing diagnoses: Proceedings of the ninth conference (p. 79).
- Association Philadelphia. Pennsylvania North American Nursing Diagnosis. Diagnósticos Enfermeros de la Nanda, 1999-2000. Definiciones y clasificación 1999-2000, 25 aniversario; Harcourt, p 116.
- Phaneuf M. Cuidados de enfermería. El proceso de atención de enfermería. Madrid: Interamericana McGraw-Hill; 1993.
- Alfaro-lefevre R. Aplicación del proceso enfermero. Guía paso a paso. 4ª ed. Barcelona: Springer; 1998.
- Castrillón MC, La dimensión social de la Práctica de enfermería Medellín Yuluka Enfermería 1.997

8. ANEXOS

Anexo N. 1

CRONOGRAMA

FECHAS	NOV. 6-9	NOV. 13- FEB. 8	FEB. 18 - MAR. 1	MAR. 4- ABR. 1	ABR. 2- 15	ABR. 16- 30.
EMPALME DEL PROYECTO	X					
DISEÑO DEL PROYECTO		X				
EXPECTATIVA Y SENSIBILIZACIÓN			X			
LANZAMIENTO DEL PROYECTO				X		
CAPACITACIÓN				X		
IMPLEMENTACIÓN				X		
EVALUACIÓN					X	
RETROALIMENTACIÓN Y SEGUIMIENTO						X

Anexo N. 2

DIAGNÓSTICOS SISTEMA SAP HOSPITAL GENERAL DE MEDELLÍN

1. Alto riesgo de aspiración R/C Disminución de los reflejos de la tos y nauseoso S/A nivel reducido de la consciencia.
2. Alto riesgo de aspiración R/C Alimentación administrada por sonda nasogástrica o nasoyeyunal.
3. Alto riesgo de aspiración R/C Manejo inadecuado de traqueotomía.
4. Alto riesgo de aspiración R/C retraso del vaciamiento gástrico S/A Disminución de la motilidad gastrointestinal.
5. Riesgo de exceso de volumen circulatorio R/C Fallo en los mecanismos reguladores.
6. Riesgo de alteración en la función cardíaca y pulmonar R/C sobrecarga circulatoria S/A ingreso excesivo de líquidos.
7. Déficit en el volumen de líquidos circulante R/C Fallo de los mecanismos compensadores.
8. Gasto cardíaco disminuido R/C Alteración de la frecuencia, ritmo y conducción cardíaca.
9. Riesgo de lesión R/C defectos del funcionamiento del marcapasos S/A rechazo de cuerpo extraño.
10. Intolerancia a la actividad, fatiga R/C Incapacidad del corazón para satisfacer las necesidades de oxígeno.
11. Dolor retroexternal R/C Disminución de oxígeno en sangre S/A Alteración del flujo coronario.
12. Alteración en el patrón respiratorio R/C sobrecarga de líquidos S/A cirugía cardiovascular.
13. Riesgo sanguíneo inadecuado R/C Disminución del gasto cardíaco S/A patología cardíaca.
14. Disminución del gasto cardíaco R/C restricción de la contracción del corazón S/A taponamiento cardíaco.
15. Disminución del gasto cardíaco R/C pérdida de volumen S/A cirugía cardiovascular.

- 16.** Alteración del equilibrio de electrolitos R/C modificaciones en el volumen circulatorio S/A cirugía CV.
- 17.** Dolor R/C irritación pleural S/A sondas torácicas.
- 18.** Alteración del riesgo sanguíneo renal R/C disminución del gasto cardiaco S/A cardiopatía.
- 19.** Hipertermia R/C síndrome pos pericardiotomía.
- 20.** Temperatura por encima de los 38°C R/C medicación/ anestesia S/A tratamiento medico o quirúrgico.
- 21.** Temperatura por encima de los 38°C R/C enfermedad o traumatismo
- 22.** Temperatura por encima de los 38°C R/C déficit del volumen circulatorio.
- 23.** Temperatura por debajo de los 34.6°C R/C enfermedad o traumatismo.
- 24.** Temperatura por debajo de los 34.6°C R/C incapacidad en los mecanismos de termorregulación S/A desnutrición.
- 25.** Alto riesgo de infección R/C inmunidad celular y/o humoral alterada S/A proceso patológico.
- 26.** Alto riesgo de infección R/C lesiones en la piel, destrucción tisular y aumento a la exposición ambiental.
- 27.** Alto riesgo de infección R/C procedimientos invasivos.
- 28.** Riesgo de infección R/C alteración de las barreras naturales S/A inserción de catéter venoso central.
- 29.** Alto riesgo de complicaciones sistémicas R/C deficiencia en la respuesta inmunológica.
- 30.** Deterioro del bienestar R/C dolor, rubor y calor en el punto de inserción del catéter.
- 31.** Deterioro del bienestar R/C dolor S/A trauma.
- 32.** Deterioro del bienestar R/C dolor S/A proceso inflamatorio patológico.
- 33.** Alteración de la integridad cutánea R/C circulación venosa alterada.
- 34.** Alteración de la integridad cutánea R/C estado de nutrición alterado.
- 35.** Riesgo de alteración en la integridad cutánea R/C sensibilidad alterada.
- 36.** Daño del tejido celular subcutáneo R/C extravasación de vena S/A administración de líquidos y/o medicamentos venosos.
- 37.** Alteración de la integridad cutánea R/C fuerzas de cizallamiento y presión continua S/A inmovilidad física.

- 38.** Alteración en el intercambio gaseoso R/C aporte de oxígeno disminuido S/A obstrucción de vía aérea.
- 39.** Alteración en el intercambio gaseoso R/C cambios de la membrana alveolo capilar S/A patología.
- 40.** Alteración en el intercambio gaseoso R/C disminución de la capacidad de transporte de oxígeno S/A pérdidas sanguíneas.
- 41.** Respiración ineficaz R/C trastorno neuromuscular S/A patología o trauma.
- 42.** Respiración ineficaz R/C disminución de la expansión pulmonar S/A proceso inflamatorio, patología o trauma.
- 43.** Limpieza ineficaz de la vía aérea R/C incapacidad de eliminar las secreciones S/A obstrucción.
- 44.** Limpieza ineficaz de la vía aérea R/C aumento de secreciones S/A infección de sistema respiratorio.
- 45.** Disminución del intercambio gaseoso R/C hiperreactividad bronquial.
- 46.** Dolor R/C irritación de vías respiratorias superiores S/A infección.
- 47.** Estreñimiento R/C eliminación de heces duras y secas S/A inmovilidad.
- 48.** Incontinencia intestinal R/C irritación, inflamación o mala absorción intestinal S/A patología.
- 49.** Temperatura por debajo de los 34.6°C R/C incapacidad para regular temperatura S/A prematuridad.
- 50.** Alteración del vínculo padres hijos R/C proceso de hospitalización.
- 51.** Patrón alimentario ineficaz R/C inmadurez del tubo digestivo.
- 52.** Patrón respiratorio ineficaz R/C inmadurez del centro respiratorio.
- 53.** Riesgo de infección R/C inmadurez del sistema inmunológico.
- 54.** Limpieza ineficaz de la vía aérea R/C fatiga y disminución de energías.
- 55.** Alteración en el intercambio alveolo arterial del oxígeno R/C disminución de los eritrocitos circulantes.
- 56.** Riesgo de alteración en la función cardio-respiratoria y en el SNC R/C incremento anormal en la masa de glóbulos rojos.
- 57.** Riesgo de alteración en la función neurológica R/C disminución del aporte de oxígeno.
- 58.** Riesgo de alteración en la función neurológica R/C hemorragia S/A fragilidad capilar por inmadurez.

59. Pérdida progresiva de la capacidad para mantener un patrón respiratorio normal R/C soporte de oxígeno complementario prolongado.
60. Riesgo de pérdida progresiva de la capacidad para mantener un patrón respiratorio normal R/C administración excesiva de líquidos.
61. Pérdida de la función gastrointestinal R/C invasión bacteriana S/A hipoxia.
62. Riesgo de pérdida permanente de una o más funciones del SNC R/C descarga eléctrica súbita anormal paroxística.
63. Riesgo de alteración en la función pulmonar R/C infección S/A presencia de meconio en la vía aérea.
64. Riesgo de alteración en la función pulmonar R/C deficiencia de surfactante pulmonar S/A prematuridad.
65. Riesgo de alteración en la función neurológica R/C disminución de los niveles de glucosa S/A inicio tardío de la vía oral.
66. Riesgo de alteración en la función neurológica R/C aumento de los niveles de glucosa S/A procesos infecciosos.
67. Riesgo de alteración en la función neurológica R/C aumento de los niveles de bilirrubina en sangre.
68. Riesgo de alteración multisistémica R/C recambio de volumen circulante S/A isoimmunización RH y/o incompatibilidad ABO.
69. Patrón respiratorio ineficaz R/C aumento de secreciones en vía aérea S/A infección del tracto respiratorio.
70. Alteración neurológica en el recién nacido R/C síndrome de abstinencia S/A madre drogadicta.
71. Riesgo global R/C antígenos circulantes del virus de la inmunodeficiencia humana (VIH) S/A contagio materno.
72. Alteración de la nutrición por exceso **R/C** ingesta excesiva a las necesidades metabólicas.
73. Alteración de la nutrición por defecto R/C incapacidad para digerir o ingerir alimentos S/A cavidad bucal ulcerada.
74. Alteración de la nutrición por defecto R/C dificultad para absorber nutrientes S/A factores biológicos, psicológicos, económicos.
75. Alto riesgo de infección R/C ruptura de membranas ovulares.
76. Limitación para la lactancia R/C dolor S/A proceso infeccioso de la glándula mamaria.

- 77.** Alteración del vínculo madre hijo R/C hospitalización prolongada.
- 78.** Alteración en la reincorporación de las funciones orgánicas normales R/C posparto S/A desconocimiento de complicaciones.
- 79.** Alteración de la imagen corporal R/C cambios corporales S/A postparto y lactancia.
- 80.** Imposibilidad para la movilidad R/C dolor S/A infección articular.
- 81.** Interrupción de las actividades normales R/C hospitalización prolongada S/A antibioticoterapia.
- 82.** Alto riesgo de infección R/C lesiones en la piel, destrucción tisular y aumento a la exposición ambiental.
- 83.** Trastorno de la movilidad R/C incapacidad de respuesta neuromuscular S/A trauma o patología.
- 84.** Trastorno de la movilidad R/C dolor S/A trauma musculo esquelético.
- 85.** Riesgo de pérdida de la funcionalidad articular R/C manejo ineficaz de las fracturas ligamentarias.
- 86.** Aflicción anticipada R/C cambio en la independencia de su funcionamiento S/A pérdida de la función motora.
- 87.** Déficit neurovascular R/C procedimiento quirúrgico S/A patología o trauma.
- 88.** Dolor y molestia R/C reemplazo total de cadera.
- 89.** Riesgo de luxación de la prótesis R/C complicaciones postoperatorias.
- 90.** Presión alterada del tejido periférico R/C aumento de la presión en un espacio cerrado S/A vendajes y/o yesos.
- 91.** Dolor y molestia física R/C aditamento de tracción que restringe la movilidad.
- 92.** Alteraciones en las funciones biológicas R/C inmovilidad S/A trauma musculo esquelético.
- 93.** Dolor R/C trastorno musculo esquelético.
- 94.** Alteración del intercambio de gases R/C desprendimiento de coagulo S/A patología tromboembólica.
- 95.** Acumulación de liquido en el espacio pericárdico R/C proceso patológico o metástasis.
- 96.** Intolerancia a la actividad física R/C desequilibrio ente ofenda y demanda de oxígeno.

- 97.** Déficit de autocuidado R/C desconocimiento S/A diagnostico reciente de diabetes.
- 98.** Riesgo inminente de muerte R/C incremento anormal de la glucosa en sangre S/A factores desencadenantes.
- 99.** Riesgo de falla multisistémica R/C perdidas sanguíneas S/A alteración hemostática por enfermedad hemorrágica.
- 100.** Alteración de la capacidad de transporte de oxígeno R/C disminución de volumen circulante S/A perdidas activas de sangre.
- 101.** Riesgo de deterioro en la función de órganos blancos R/C aumento de la presión arterial.
- 102.** Riesgo de lesiones R/C debilidad de fuerza muscular S/A enfermedad isquémica.
- 103.** Alteración en las actividades motoras R/C deterioro neurológico S/A enfermedad isquémica.
- 104.** Deterioro neurológico R/C proceso infeccioso de membranas meníngeas.
- 105.** Alto riesgo de sangrado R/C terapia con anticoagulantes.
- 106.** Riesgo de pérdida de la movilidad articular R/C defectos de la coagulación S/A progreso de la enfermedad de base.
- 107.** Riesgo de sangrado R/C disminución del recuento de plaquetas S/A patología de base.
- 108.** Alto riesgo de lesión R/C conducta impulsiva, juicio alterado y conductas disfuncionales.
- 109.** Anorexia y molestias R/C distensión abdominal S/A trastorno de la función hepática.
- 110.** Riesgo de alteración de la integridad de la piel R/C ictericia y edema S/A trastorno de la función hepática.
- 111.** Riesgo de coma hepático R/C acumulación de amoniaco y otros metabolitos tóxicos en sangre S/A trastorno de la función hepática.
- 112.** Hipertermia R/C Proceso inflamatorio hepático.
- 113.** Alteración de los mecanismos de la coagulación y de la destoxificación de fármacos R/C hipertensión portal.
- 114.** Alteración de la función gastrointestinal R/C infección con microorganismos patógenos entéricos S/A inmunosupresión.
- 115.** Riesgo de infección R/C deficiencia del sistema inmunológico.

- 116.** Alto riesgo de infección R/C disminución del conteo de neutrófilos S/A administración de quimioterapia.
- 117.** Alteración de la integridad de la piel R/C reacciones eritematosas y escamaciones húmedas.
- 118.** Alteración de la mucosa oral R/C disminución de la respuesta inmunológica S/A patología de base.
- 119.** Alteración de la nutrición, menor que los requerimientos corporales R/C náuseas, vómitos y anorexia.
- 120.** Dolor e incomodidad R/C la enfermedad y los efectos terapéuticos.
- 121.** Alteración de actividades y tareas R/C baja autoestima S/A cambios en su aspecto y roles.
- 122.** Alto riesgo de complicaciones (síndrome de vena cava superior) R/C enfermedad avanzada.
- 123.** Compresión de la médula espinal R/C metástasis S/A tumor retro abdominal.
- 124.** Riesgo de complicaciones (CID) R/C aumento en el consumo de los factores de la anti coagulación y plaquetas.
- 125.** Ansiedad R/C situación de crisis y la operación inminente.
- 126.** Alteración del volumen de glóbulos rojos circulante R/C pérdidas sanguíneas por TGI.
- 127.** Riesgo de infección en la membrana peritoneal R/C encubrimiento del cuadro clínico S/A administración de analgésicos.
- 128.** Infección de herida quirúrgica R/C déficit de cuidados postquirúrgicos.
- 129.** Distensión R/C demora en el restablecimiento del peristaltismo S/A ayuno prolongado.
- 130.** Retraso a la reincorporación de las funciones gastrointestinales R/C obstrucción S/A procedimiento quirúrgico.

- 131.** Riesgo de evisceración R/C tejido de granulación inelástico S/A herida abierta.
- 132.** Dolor abdominal R/C inflamación S/A proceso patológico.
- 133.** Retraso en las funciones gastrointestinales R/C obstrucción S/A procedimiento quirúrgico.
- 134.** Alteración en el intercambio de gases R/C disfunción pulmonar S/A intervención quirúrgica.
- 135.** Aclaramiento ineficaz de las vías respiratorias R/C disfunción pulmonar S/A cirugía de tórax.
- 136.** Dolor R/C la incisión y la operación.
- 137.** Limitación en la movilidad de las extremidades superiores R/C dolor S/A cirugía de tórax.
- 138.** Alteración del equilibrio hidroelectrolítico R/C pérdida de la barrera de protección cutánea S/A quemaduras.
- 139.** Riesgo de infección R/C pérdida de la integridad de la piel S/A quemaduras de 2º y 3º.
- 140.** Nivel de sodio en sangre disminuido R/C pérdida excesiva de sodio e incremento excesivo de agua.
- 141.** Nivel de sodio en sangre aumentado R/C alimentación hipertónica por sonda.
- 142.** Nivel de potasio en sangre disminuido R/C pérdidas excesivas de potasio S/A patología gastrointestinal.
- 143.** Niveles de calcio aumentados R/C aumento de la liberación por parte de los huesos y de la absorción renal.
- 144.** Disminución del nivel de magnesio en sangre R/C trastorno del funcionamiento intestinal.
- 145.** Aumento del nivel de magnesio en sangre R/C patología renal.

- 146.** Alteración en la eliminación R/C presencia de bacterias S/A cateterismos vesicales.
- 147.** Alteración en la eliminación R/C trastorno motor pos sensorial S/A procedimiento quirúrgico.
- 148.** Alteración en la eliminación R/C trastorno neuromuscular S/A patología o trauma.
- 149.** Molestias y dolor R/C distensión vesical S/A retención urinaria.
- 150.** Riesgo de infección R/C estasis urinaria y el sondeo vesical subsecuente.
- 151.** Alteración de la eliminación urinaria R/C obstrucción del sistema de drenaje
- 152.** Desequilibrio hidroelectrolítico R/C retención de líquidos S/A disfunción o patología renal.
- 153.** Insuficiencia de la respiración R/C disfunción pulmonar neurógena S/A traumatismo cefálico.
- 154.** Riesgo de alteración de la integridad de la piel R/C inmovilidad física S/A trastorno neurológico.
- 155.** Respiración ineficaz R/C inconsciencia S/A trauma o patología.
- 156.** Disminución del riesgo cerebral R/C hipoxia.
- 157.** Riesgo de alteración de la integridad tisular de la cornea R/C inconsciencia.
- 158.** Riesgo de lesiones R/C convulsiones e inquietud.
- 159.** Edema de estructuras cerebrales R/C cirugía intracraneal S/A manipulación.
- 160.** Alteración del volumen hídrico R/C hipertensión intracraneal S/A uso de diuréticos.
- 161.** Perfusión cerebral alterada R/C hipoxia S/A sangrado del aneurisma.
- 162.** Patrón respiratorio ineficaz R/C debilidad de músculos accesorios de la respiración S/A patología infecciosa.

- 163.** Riesgo de alteraciones hemodinámicas R/C obstrucción embólica S/A inmovilización prolongada.
- 164.** Dolor R/C hipoxemia S/A aglutinación de los drepanocitos en vasos de la micro circulación.
- 165.** Infección R/C aumento de la susceptibilidad S/A enfermedad drepanocítica.
- 166.** Respiración ineficaz R/C proceso inflamatorio de origen infeccioso.
- 167.** Aislamiento social R/C naturaleza de la enfermedad.
- 168.** Riesgo de infección de las vías urinarias R/C contaminación S/A cateterismos vesicales.
- 169.** Dolor y molestias R/C posición y estiramiento de músculos S/A cirugía renal.
- 170.** Riesgo de infección R/C obstrucción de las vías urinarias S/A cálculos o edema.
- 171.** Alteración de la función gastrointestinal R/C infección con microorganismos patógenos S/A inmunosupresión.
- 172.** Riesgo de infección R/C inmunodeficiencia.
- 173.** Alteración de la percepción de sensaciones (auditivas y visuales) R/C edema periorbitario.
- 174.** Limitación de la movilidad física R/C reposo forzado S/A reemplazo de cadera.
- 175.** Dolor R/C hemorragia articular y anquilosis subsecuente S/A patología.
- 176.** Riesgo sanguíneo disminuido R/C hemorragia S/A alteraciones de la coagulación.
- 177.** Aclaramiento ineficaz de las vías respiratorias S/A edema, hemorragia o drenaje S/A cirugía de cuello.
- 178.** Riesgo de bronco aspiración R/C limitación en la apertura bucal S/A cirugía de cara o cuello.

- 179.** Riesgo de alteración vascular R/C la inmovilidad S/A procedimiento quirúrgico.
- 180.** Alteración de la percepción R/C miembro fantasma S/A amputación.
- 181.** Alteración de la integridad de la piel R/C amputación.
- 182.** Atención de enfermería en el control de hemorragia pos traumatismo.
- 183.** Atención de enfermería urgente al paciente con hemorragia interna.
- 184.** Atención de enfermería en el control de choque hipovolémico.
- 185.** Atención de enfermería en el tratamiento de heridas en urgencias.
- 186.** Atención de enfermería a pacientes con lesiones por aplastamiento.
- 187.** Atención de enfermería a pacientes con lesiones múltiples.
- 188.** Atención de enfermería en urgencias a pacientes con fracturas.
- 189.** Atención de enfermería a pacientes con reacción anafiláctica.
- 190.** Atención de enfermería a pacientes con intoxicación por ingestión de sustancias.
- 191.** Atención de enfermería a pacientes con intoxicación por inhalación de sustancias.
- 192.** Atención de enfermería a pacientes con mordedura de serpiente.
- 193.** Atención de enfermería a pacientes con cetoacidosis diabética.
- 194.** Atención de enfermería a pacientes con síndrome hipertensivo del embarazo.
- 195.** Atención de enfermería a pacientes con síndrome de hellp.
- 196.** Atención de enfermería a pacientes con hemorragia del tercer trimestre.
- 197.** Dolor, ansiedad R/C episodio de contracción uterina.
- 198.** Prolongación del parto R/C incoordinación de la respiración, relajación y pujo S/A desconocimiento.


199. Alteración del volumen circulante R/C involución inadecuada del útero S/A parto o cesárea.

200. Duelo R/C pérdida del feto.

201. Actividades relacionadas con posparto normal o cesárea.

ANEXO N.3

FORMATO ENTREGA DE TURNO HGM

	ENTREGA DE TURNO DE ENFERMERÍA	ATENCIÓN INTEGRAL EN SALUD ATENCIÓN DEL PACIENTE	CÓDIGO: AIS-API09F01
			VERSIÓN: 01
			FECHA: 15/05/2012

FECHA (DD/MM/AA):

SERVICIO:

CARGO:

UNIDAD	NOMBRE COMPLETO	EDAD	DIAGNOSTICO(S)	ESPECIALIDAD(ES) INTERCONSULTANTE(S)	DIETA(S)	SONDA VESICAL	C.V.C.	ESCALAS DE RIESGO	INFUSIONES ESPECIALES	PENDIENTES: CURACION- PROCEDIMIENTOS- CIRUGIA- AYUDAS DIAGNÓSTICAS
OBSERVACIONES:										

HOSPITAL GENERAL DE MEDELLÍN, ATENCIÓN EXCELENTE Y CALIDAD DE VIDA