

# Guía de metodología y diagnósticos de enfermería

Grupo Regional de Metodología y Diagnósticos de Enfermería de la  
Sociedad de Enfermería de Atención Primaria de Asturias



**SEAPA**



SERVICIO DE SALUD  
DEL PRINCIPADO DE ASTURIAS

Guía de  
Metodología y Diagnósticos  
de Enfermería



Guía de  
Metodología y Diagnósticos  
de Enfermería

***SEAPA***  
SOCIEDAD DE ENFERMERÍA DE  
ATENCIÓN PRIMARIA ASTURIAS

## Autoras

Marta María GONZÁLEZ PISANO

Dolores MIRÓN ORTEGA

Yolanda COTIELLO CUERIA

Delia PEÑACOBIA MAESTRE

Rosa María IGLESIAS RIVERO

Silvia ARIAS BARRIENTOS

Rosario SÁNCHEZ FERNÁNDEZ

Aurora GONZÁLEZ DONATE

Ana GONZÁLEZ PISANO

María Jesús RODRÍGUEZ GARCÍA

Agradecemos la colaboración de Juan CÁRDENAS VALLADOLID,  
por las valiosas adaptaciones y modificaciones a la guía.

© las autoras

Depósito legal: AS-3 702/2002

Grafinsa. Oviedo

# ÍNDICE

Prólogo . . . . .	9
Introducción . . . . .	13
1. Proceso de atención de enfermería . . . . .	14
2. Valoración . . . . .	17
2.1. Recogida de datos . . . . .	17
2.2. Validación de los datos . . . . .	19
2.3. Organización de los datos . . . . .	19
2.4. Entrevista . . . . .	19
2.5. Valoración inicial por patrones función de M. Gordon . . . . .	24
2.6. Escalas de valoración . . . . .	28
3. Diagnóstico enfermero . . . . .	33
3.1. Diagnósticos enfermeros de uso prevalente en Atención Primaria de Salud . . . . .	36
4. Planificación . . . . .	38
4.1. Objetivos/resultados . . . . .	38
4.2. Intervenciones . . . . .	40
4.3. Registro . . . . .	42
4.4. Evaluación . . . . .	44
5. Ejecución . . . . .	46
Anexos	
I. Caso práctico de valoración focalizada . . . . .	49
II. Caso práctico de valoración general . . . . .	50
Bibliografía. . . . .	54
Índice analítico. . . . .	55



## PRÓLOGO

El momento actual que vive la enfermería comunitaria en nuestro país hace presagiar un futuro de esperanza. Esta *Guía de Metodología y Diagnósticos de Enfermería* es el ejemplo de trabajo bien hecho y que apunta hacia el desarrollo y avances de futuro. Las décadas de los 80 y 90 fueron un duro campo de aprendizaje preparatorio, pero entrar en el tercer milenio con unas expectativas como las actuales anima a continuar y, en este sentido, la propuesta de prologar esta publicación es un aliciente porque significa dar el respaldo y reconocimiento al trabajo de unas compañeras cuya obra estimula por el rigor de su planteamiento.

Cuando la Organización Mundial de la Salud propuso en su día trabajar con un enfoque de salud y preventivo, el papel de la enfermera de atención primaria en el sistema de salud cambió de forma sustancial. Desde un trabajo de ayuda y soporte a labores más burocráticas y centradas en la enfermedad, hasta el desarrollo actual de todo un catálogo de competencias propias dentro de la cartera de servicios, con intervenciones tanto paliativas como preventivas y de seguimiento y atención domiciliaria. Podemos afirmar que se han roto los esquemas de la rutina en la enfermería comunitaria, que ha asumido un papel protagonista y participa de forma responsable y autónoma en la atención sanitaria de la población que le es asignada.

En el año 2000 la oficina regional europea de la OMS recomendó en el marco político, en materia de salud, un concepto nuevo, la enfermera de familia, advirtiéndole que jugará un papel clave en el equipo multidisciplinar para la consecución de los 21 objetivos fijados para el siglo XXI. La enfermera de familia deberá poseer múltiples competencias; por reflejar algunas me referiré a las que se proponen en el documento sobre la definición del rol de la enfermera de familia:

Deben dar consejo sobre los estilos de vida y los factores de riesgo relacionados con los comportamientos, así como ayudar a las familias sobre las cuestiones que se refieren a la salud... Gracias a sus conocimientos de salud pública y de cuestiones sociales, así como de otras instituciones sociales, ellas pueden diagnosticar los efectos de los factores socioeconómicos sobre la salud de la familia y orientarles hacia la institución más competente. (EUR/00/5019309/13 00075 27 Enero 2000).

Si, además de responder a las nuevas demandas de competencias profesionales, la enfermería comunitaria es capaz de trabajar en base a una metodología y utilizando las clasificaciones enfermeras más conocidas (NANDA, NOC y NIC), se facilitan los registros y se promueve la adopción de sistemas de clasificación homólogos. Con esta utilización de la metodología y las taxonomías enfermeras en atención primaria, estamos dando inicio al registro de las evidencias de los resultados obtenidos con los cuidados. Estos trabajos promueven la investigación básica. Se trata de ampliar y mejorar los registros del proceso de atención de enfermería, para mejorar los resultados de los cuidados y en consecuencia la atención a la población.

Un camino sin duda apasionante el que ha iniciado el equipo de enfermeras que han elaborado este Manual. Se preocupan e interesan por mejorar la práctica profesional y la calidad de los cuidados, centran el interés de su trabajo en el impacto que la utilización rigurosa del método de atención de enfermería tendrá para el usuario, para el equipo y para la población.

Se trata de un manual que principalmente pretende ser, y sin duda lo es, una herramienta útil para la práctica clínica. Entre sus méritos a resaltar también está la fundamentación teórica, ya que se han respetado y hecho compatibles los enfoques teóricos y prácticos. La base teórica se aborda desde el manejo de los patrones funcionales de salud de Marjory Gordon y la claridad en su exposición, enlaza de forma muy directa con la experiencia de las autoras en la práctica y la utilización de las nuevas taxonomías enfermeras, de resultados (NOC) y de intervenciones (NIC).

Si persistimos en el trabajo con rigor metodológico, el encuentro primaria especializada será ineludible y la continuidad de cuidados pasará a ser una excelente realidad.

Mercedes UGALDE APALATEGUI  
Presidenta de la Asociación Española de Nomenclatura,  
Taxonomía y Diagnósticos de Enfermería (AENTDE)  
Barcelona Noviembre 2002

Guía de  
Metodología y Diagnósticos  
de Enfermería



## INTRODUCCIÓN

Una guía es la recopilación con principios o recomendaciones sistemáticamente desarrolladas para ayudar en la toma de decisiones a clínicos y pacientes en situaciones diarias específicas.

El actual desarrollo de los servicios sanitarios nos obliga a consolidar un método de trabajo científico en la práctica diaria de los profesionales de enfermería.

El grupo de trabajo de metodología enfermera de la Sociedad de Enfermería de Atención Primaria de Asturias pretende que éste sea un pequeño manual sencillo y práctico que sirva de base para trabajar diariamente aplicando el método científico a los cuidados de enfermería (PAE).

Debemos ser conscientes de lo importante que es aunar esfuerzos e iniciativas, y trabajar conjuntamente. Tener un mismo método de trabajo, un mismo lenguaje, unas herramientas comunes de trabajo y un registro uniforme. Ello aportará sin duda beneficios a todos los niveles: asistencia, docencia, investigación y gestión.

Para facilitar y unificar la aplicación del proceso enfermero, esta guía/manual basa su contenido en la valoración general del paciente por patrones funcionales de M. Gordon, la taxonomía NANDA II para la formulación de los diagnósticos enfermeros y las nuevas taxonomías NOC y NIC para la fase de planificación (objetivos e intervenciones).

Con esta sencilla guía no pretendemos sino animar a todos los enfermeros asturianos a trabajar y mejorar los cuidados que día a día prestamos, y que son sin duda nuestra razón de ser profesional.

En el ánimo de ser práctica, hemos omitido mucha información del proceso de enfermería, resaltando siempre los aspectos más prácticos de la metodología enfermera.

Para ampliar conocimientos sobre el tema, es de gran ayuda la lectura de la bibliografía que recomendamos.

## 1. PROCESO DE ATENCIÓN DE ENFERMERÍA

Muchas y muy variadas definiciones se han hecho del término enfermería, pero hay una que especialmente define la razón de usar el proceso de atención de enfermería como método habitual de trabajo: "La enfermería es la disciplina que, sustentada en el método científico, proporciona los cuidados necesarios para tratar las respuestas humanas relacionadas con la salud."

Previo al desarrollo del método, mostramos un esquema del proceso enfermero:

PROCESO DE ATENCIÓN DE ENFERMERÍA	ATENCIÓN PRIMARIA
Valoración: Patrones funcionales de M. Gordon	Proteger, promover la salud
Diagnóstico de enfermería: Nanda II	Prevenir la enfermedad
Planificación de cuidados:	Curación
Objetivos: NOC	Reinserción
Intervenciones: NIC	Autocuidado
Registro	Participación ciudadana
Ejecución	
Evaluación	

Creemos que es el momento oportuno para dar este paso, y no quedarnos rezagados con respecto a otras autonomías, donde la aplicación del proceso enfermero y los planes de cuidados forman parte de la práctica diaria.

Por tanto, os animamos a participar activamente en este proyecto, que nos ayudará a mejorar la calidad de los cuidados impartidos, aumentar nuestra valoración personal y conseguir un mayor reconocimiento por parte de los pacientes y de la administración.

«Ayudar al individuo a llevar a cabo y mantener por sí mismo acciones de autocuidado para conservar la salud y la vida, recuperarse de la enfermedad y afrontar las consecuencias de ésta.»

El trabajo habitual enfermero con metodología, implica:

#### A. PARA LA PROFESIÓN

- Permite la investigación y el desarrollo de sus bases teóricas, aportando efectividad a la práctica.
- Consigue avances en el desarrollo de nuestra profesión al aumentar los conocimientos.
- Demuestra de forma concreta el ámbito de la práctica enfermera.
- Proporciona un método organizado para asignar cuidados de enfermería.
- Centra nuestro campo de actuación.

#### B. PARA LOS ENFERMEROS

- Supone cambios en la conducta profesional y mejora la calidad de los cuidados.

Inicialmente:

- El tiempo de aplicación de este método es mayor.
- Se posee una información insuficiente.
- Hay dificultades para expresarse correctamente en un lenguaje común.
- Existe ausencia de registros adecuados y unificados para todos los profesionales de enfermería.

En la práctica habitual:

- Aumenta la satisfacción laboral.
- Fomenta un mejor desarrollo de la relación enfermera-paciente.
- Evita la frustración de las actuaciones basadas en el ensayo error.
- Desarrolla las capacidades cognoscitivas, técnicas e interpersonales.
- Fomenta el desarrollo profesional y la investigación.
- Obtiene resultados medibles.
- Propicia una mejor comunicación.

#### C. PARA EL USUARIO

- Supone una participación de forma activa en los cuidados, implicándose en las 5 fases del proceso.
- Fomenta la continuidad de los cuidados.
- Mejora la calidad de los cuidados.
- Favorece que los cuidados sean personalizados.

#### D. PARA EL EQUIPO

- Facilita que el equipo de atención primaria conozca la labor enfermera.
- Favorece una mayor coordinación interdisciplinar.

**E. PARA LA POBLACIÓN**

- Que identifique y demande este método de trabajo como requisito de calidad en enfermería.
- Mejora su accesibilidad a los cuidados enfermeros.
- Aumenta su capacidad para el autocuidado y su autonomía.

## 2. VALORACIÓN

La valoración es la primera etapa del proceso de enfermería; se define como el proceso organizado y sistemático de recogida de datos sobre el estado de salud de una persona, familia o comunidad, a través de diferentes fuentes. Es el primer contacto que tenemos con el usuario.

La valoración inicial permite a la enfermera recoger datos sobre los problemas de salud que faciliten la realización de actuaciones de enfermería dirigidas al logro de unos objetivos.

Al ser la valoración un proceso continuo, los datos posteriores indican a la enfermera si ha surgido algún problema adicional en su estado de salud.

Esta fase proporciona una base sólida que fomenta la administración de una atención individualizada de calidad. Se necesita una valoración adecuada y sistematizada para facilitar el diagnóstico enfermero y el tratamiento de las necesidades humanas.

La mayoría de los autores proponen para la valoración enfermera en atención primaria la *Guía de patrones funcionales de salud* de Marjory Gordon, basándose en que la recogida de datos se realizará de manera completa, organizada y permitirá hacer una valoración en cualquier edad y situación de salud.

La fase de valoración consta de cinco etapas consecutivas:

- Recogida de datos.
- Validación de datos.
- Organización de los datos.
- Identificación de patrones funcionales o disfuncionales.
- Registro de datos.

### 2.1. RECOGIDA DE DATOS

Es un proceso continuado que se inicia con el primer encuentro del usuario y continúa en cada encuentro subsiguiente hasta que se produce el alta.

#### CLASIFICACIÓN

La enfermera debe recoger sistemáticamente toda la información necesaria para el diagnóstico de las alteraciones de los patrones funcionales de salud de la persona. Durante esta fase se recogerán datos de varios tipos: subjetivos, objetivos, antecedentes, actuales, generales y focalizados.

Los datos subjetivos y objetivos proporcionan información específica en relación con el nivel de salud de la persona y ayudan a localizar los problemas. Los datos actuales y antecedentes ayudan en todo el proceso a establecer referencias en cuanto al tiempo y los patrones o pautas habituales de comportamiento.

#### FUENTES DE DATOS

Los datos se obtendrán:

- Directamente del usuario (entrevista, observación, exploración física...)
- Indirectamente de familiares, de otros proveedores de salud, de la historia clínica...

Hay tres fases:

- Antes de ver al usuario (datos activos o historia clínica).
- En presencia del usuario (entrevista y exploración).
- Después de la cita con el usuario (consulta interdisciplinar).

#### MÉTODOS PARA LA RECOGIDA DE DATOS

- Entrevista.
- Observación.
- Exploración física: inspección, palpación, percusión, auscultación.

El tipo de datos, la fuente y el método de recogida de los mismos deben estar reflejados en la historia.

Dada la importancia y trascendencia de realizar una buena entrevista, desarrollaremos aspectos y pautas básicas al final de ésta etapa de valoración.

#### TIPOS DE VALORACIONES

**VALORACIÓN GENERAL:** contempla todos los aspectos de salud del individuo. Es una "foto" de su estado de salud actual. Para realizarla, se suelen usar herramientas estandarizadas para la recogida sistemática de datos, basándose en:

- Necesidades, problemas y situaciones de salud más prevalentes en el entorno.
- Marco de referencia enfermero usado (Henderson, Orem, Marjory Gordon).
- Requerimientos institucionales (cartera de servicios).

**VALORACIÓN FOCALIZADA:** contempla los datos concretos, valora un aspecto específico del estado de salud del individuo.

## 2.2. VALIDACIÓN DE LOS DATOS

Confirmar siempre que sea posible los datos con el paciente, a fin de verificar que hemos comprendido lo correcto.

Consiste en asegurar que la información recogida es veraz y completa, evitando errores y conclusiones precipitadas.

## 2.3. ORGANIZACIÓN DE LOS DATOS

Agrupamiento sistemático en categorías de información obtenida y validada para obtener una imagen clara de la situación.

La organización de los datos, según los patrones funcionales de Marjory Gordon, está basada en que toda persona tiene unas “secuencias de comportamiento a través del tiempo”.

Los patrones se irán configurando a medida que se va obteniendo información de la persona y estarán abiertos a las modificaciones que determine la nueva información obtenida del cliente (lo que denominamos situación de salud). Se tendrá también en cuenta si procede la valoración de la situación familiar y el entorno social en los patrones correspondientes.

Los datos, según los patrones funcionales, se agruparán según las definiciones de cada patrón, que mostramos en un cuadro en páginas posteriores.

Para facilitar el registro en papel, hemos diseñado una hoja de recogida de datos que mostramos a continuación. Adjunta a la misma, se encuentra un compendio de las escalas de valoración que se precisan en la valoración inicial.

Para facilitar el registro en la historia clínica informatizada (OMI Planes de Cuidados), se han diseñado once carpetas de recogida de datos correspondientes a los patrones funcionales.

Un tapiz de planes y un asistente diagnóstico facilitarán el registro de todo el proceso.

## 2.4. ENTREVISTA

La entrevista es un instrumento de valoración, basado en técnicas humanas como la observación o la comunicación, que nos aportan datos del individuo. Los objetivos finales de la entrevista son:

- La obtención de datos para completar la valoración.
- La identificación de problemas.
- Una ayuda concreta que potencie la autonomía del cliente.

**CÓMO ESTABLECEREMOS UNA RELACIÓN DE CONFIANZA**

Antes de iniciar la entrevista, es preciso que:

- Nos organicemos.
- No nos fiemos tan sólo de la memoria.
- Marquemos tiempos.
- Aseguremos la intimidad.
- Nos mantengamos atentos.
- Revisar historia previa.

Al comienzo de la entrevista es necesario que:

- Nos presentemos dando nuestro nombre.
- Verifiquemos el nombre de la persona y preguntemos cómo le gusta que la llamen.
- Explicamos la finalidad o propósito de la entrevista.

Durante la entrevista, es imprescindible que:

- Dediquemos toda la atención a la persona.
- Evitemos prisas.

**CÓMO DEBEMOS DE ESCUCHAR**

- De forma empática.
- Con frases suplementarias cortas que estimulen a continuar: “Ya veo”, “Y...y”.
- Escuchemos los sentimientos tanto como las palabras.
- Estando atentas a posibles contradicciones, entre lenguaje verbal y no verbal.
- Dejando que acabe sus frases.
- Evitando que la entrevista se desvíe de su objetivo.
- Permitiendo que haya pausas en la conversación (respetando los silencios).
- Utilizando el parafraseo: repetir la información que recibimos del paciente para saber si hemos entendido lo mismo que él nos quiso decir.

**CÓMO FORMULAREMOS LAS PREGUNTAS**

- Abordando el propósito de consulta (problema principal).
- Usando terminología comprensible.
- Haciendo preguntas con verbos como diga, explique, describa, elabore, construya.
- Preguntando de lo general a lo particular.
- Haciendo preguntas abiertas.

**CÓMO DEBEREMOS DE OBSERVAR**

- Usando los sentidos.
- Fijándose en la imagen del paciente: apariencia, modales, lenguaje corporal.
- Siendo conscientes de los estereotipos que pueden condicionarnos.

**CÓMO TERMINAREMOS LA ENTREVISTA**

- Haciendo un resumen de los problemas o preocupaciones más importantes.
- Ofreciéndose uno mismo como recurso.
- Acabando con una nota positiva y estimulando a la persona a convertirse en participante activo.
- Sugiriendo una nueva entrevista.
- Estableciendo y clarificando conjuntamente las metas del proceso de planificación.

**CARACTERÍSTICAS DEL ENTREVISTADOR**

- Al recibir: cordialidad.
- En la forma de escuchar: empatía, concentración, respeto.
- En la forma de hablar: asertividad, comunicación eficaz, persuasión, reactividad.

**ACCIONES A EVITAR**

- El dar órdenes.
- El reprochar y amenazar.
- El moralizar, evaluar, culpabilizar.
- El aconsejar, el dar soluciones inmediatas.
- El juzgar, criticar.
- El adular, aprobar.
- El consolar, el no dar importancia.

## DATOS QUE SE RECOGEN EN LOS PATRONES FUNCIONALES

### I. PERCEPCIÓN Y MANTENIMIENTO DE LA SALUD

#### CÓMO SE CUIDA

Describe lo que el cliente hace por su salud.

- Motivo de consulta.
- Antecedentes personales.
- Estado de salud: enfermedades, intervenciones quirúrgicas, vacunas, alergias conocidas.
- Higiene personal.
- Problemas: grado de información y actitud sobre su enfermedad y sus cuidados.
- Aspectos preventivos:
  - Hábitos tóxicos.
  - Tratamiento farmacológico.
  - Medicinas alternativas.
  - Automedicación.

#### OBSERVACIÓN

- Aspecto general (aseado/desaseado).
- Habilidad de relaciones (tranquilo...).

### II. NUTRICIONAL–METABÓLICO

#### CÓMO SE ALIMENTA

Describe el consumo de comida y líquidos en relación con sus necesidades metabólicas y según la disponibilidad de alimentos.

#### VALORAR

- Número de comidas/día (horarios).
- Tipo de dieta (características).
- Dificultades en la masticación, deglución, digestión.
- Cambios recientes de peso.
- Ingesta de líquidos/día. Tipo.
- Elaboración de alimentos.
- Suplementos nutritivos.
- Relación enfermedad/alimentación. Repercusiones.
- Presencia/ausencia (alteraciones alimentarias).

#### OBSERVACIÓN/EXPLORACIÓN

- Talla.
- Peso.
- IMC.
- Temperatura corporal.
- Integridad de piel: mucosas, pelo, uñas y dientes.

### III. ELIMINACIÓN

#### CÓMO ELIMINA

Describe la función excretora (intestinal, urinaria y transpiración).

- Eliminación intestinal: frecuencia, dificultad, incontinencia, aspecto, medidas auxiliares.
- Eliminación urinaria: frecuencia, dificultad, incontinencia, aspecto, medidas auxiliares, revisiones.
- Transpiración: alteración.

#### OBSERVACIÓN/EXPLORACIÓN

Ostomías, catéteres, hemorroides, fístulas...

### IV. ACTIVIDAD–EJERCICIO

#### CÓMO SE MUEVE

Describe el patrón de ejercicio, actividad, ocio y recreo.

Incluye actividades de la vida diaria que requieren un gasto de energía.

- Riesgos laborales.
- Actividad de la vida diaria: índice de Katz, barreras arquitectónicas, caídas...
- Ocio/recreo (hobbies, tiempo libre).
- Factores que condicionan la actividad: déficit neuromuscular, disnea, espasmos musculares con el ejercicio, etc.

#### OBSERVACIÓN/EXPLORACIÓN

- Pulso, presión arterial, respiraciones/minuto.
- Masa muscular, fuerza, constitución corporal.

### V. SUEÑO–DESCANSO

#### CÓMO DESCANSA

Describe el patrón de sueño, descanso y relajación durante las 24 horas. Incluye la percepción de la calidad/cantidad de sueño y descanso, y la percepción del nivel de energía.

#### VALORAR

- Un riesgo para su seguridad (lesión).
- Sueño (horas/día, problemas, medidas auxiliares).
- Descanso (al despertar, durante el día y tiempo).

#### OBSERVACIÓN

Cansancio, ojeras, ojos cansados, bostezos.

**DATOS QUE SE RECOGEN EN LOS PATRONES FUNCIONALES**

**VI. COGNITIVO-PERCEPTIVO**

**CÓMO SE RELACIONA CON EL EXTERIOR**

Describe el patrón senso-perceptivo y cognitivo. Incluye la adecuación de los sentidos (vista, tacto...) y la compensación o prótesis usadas para los problemas.

- Nivel de instrucción (capacidad de aprendizaje).
- Nivel de conciencia.
- Orientación témporo-espacial.
- Órganos de los sentidos (prótesis, revisiones).
- Dolor (localización y control, entender, memorizar).
- Valoración del estado mental.
- Factores de riesgo para la integridad corporal.
- Habilidades del lenguaje, memoria y toma de decisiones.

**OBSERVACIÓN**

Comportamiento general. Valorar órganos de los sentidos.

**VII. AUTOESTIMA Y AUTOPERCEPCIÓN**

**CÓMO SE VE**

Describe el concepto de sí mismo y su percepción.

- Humor y autoestima (opinión de sí mismo, identidad, imagen corporal, satisfacción).
- Autopercepción (cómo se ve, qué le preocupa).

**OBSERVACIÓN/EXPLORACIÓN**

Percepción de habilidad cognitiva, afectiva y física.

- Postura corporal, movimiento, contacto visual, voz.

**VIII. ROL-RELACIONES**

**CÓMO SE RELACIONA CON LOS DEMÁS**

Describe el rol que desempeña la persona en sus relaciones. Incluye la percepción de responsabilidad en su situación actual, la satisfacción o preocupaciones familiares, en el trabajo o en las relaciones sociales y las responsabilidades relacionadas con su rol.

- Con quién vive. Quién depende de él/ella. De quién depende.
- A quién pide ayuda en caso de necesidad.
- Relaciones familiares, amistad.

**VALORACIÓN SOCIOFAMILIAR:** identifica barreras de comunicación.

**IX. SEXUALIDAD-REPRODUCCIÓN**

**CÓMO VIVE SU SEXUALIDAD**

Describe la satisfacción o insatisfacción con la sexualidad, así como el patrón reproductivo.

- Antecedentes (menarquia, menopausia, fórmula menstrual, metrorragias, G-A-V).
- Anticoncepción (métodos, inicio de relaciones coitales, problemas de relación, problemas de reproducción, revisiones, conductas de riesgo).

**OBSERVACIÓN/EXPLORACIÓN**

Mamas, axilas, genitales.

**X. ADAPTACIÓN-TOLERANCIA AL ESTRÉS**

**CÓMO REACCIONA**

Describe el patrón general de adaptación y la efectividad en términos de tolerancia al estrés.

Incluye la reserva o capacidad de resistir retos a la auto imagen, modos de llevar el estrés, sistemas de soporte utilizados como la familia y la habilidad percibida de control y manejo de las situaciones.

- Toma de decisiones.
- Forma de abordar crisis, cambios vitales y problemas.
- Qué hace en momentos de tensión (cómo reacciona).
- Utilización de ayuda profesional o grupos de apoyo.

**XI. VALORES-CREENCIAS**

**CÓMO SE SIENTE**

Describe los valores, metas o creencias (incluyendo las espirituales) que guían a la persona en sus elecciones y decisiones.

Lo percibido como importante en la vida y cualquier conflicto percibido en los valores, las creencias o las expectativas relacionadas con la salud.

## 2.5. VALORACIÓN INICIAL POR PATRONES FUNCIÓN DE M. GORDON

### PATRONES FUNCIONALES DE SALUD DE M. GORDON

Fecha:.....

Nombre y apellidos: .....

Fecha de nacimiento:..... N.º H.ª:.....

#### PERCEPCIÓN DE SALUD. CONTROL DE SALUD. CÓMO SE CUIDA. FECHA:

Antecedentes personales .....

Antecedentes familiares .....

Motivo de consulta/programas de salud .....

Vacunas .....

Medicación/automedicación/T tos (O<sub>2</sub>) .....

Revisiones periódicas de salud .....

Alergias ..... Tabaco ..... Alcohol ..... Drogas .....

Cómo valora su salud: Excelente  Buena  Normal  Regular  Mala

Conocimientos de su enfermedad .....

Conocimientos de los cuidados.....

Conducta ante su salud (adherencia medidas higiénico dietéticas, estilos de vida, actividades de promoción y prevención) .....

Accidentes/caídas: No  Sí

Ingresos hospitalarios: No  Sí

Imagen personal: Adecuado  Descuidado  Extravagante  Meticuloso  Sucio

Higiene/Seguridad vivienda .....

¿Qué es importante para usted y en qué cree que podemos ayudarle?.....

**Test de Barber (<75 años) ..... Escala de remisión al trabajador social..... Test de Cage.....**

#### PATRÓN NUTRICIONAL-METABÓLICO. CÓMO COME. FECHA:

T.ª ..... Peso..... Talla ..... IMC.....

Horario: Desayuno  Media mañana  Comida  Merienda  Cena  Resopón

¿Pica entre horas? No  Sí  ¿Dónde? .....

Grupos de alimentos (veces por semana)

Leche y derivados		Verduras y hortalizas		Grasas		Suplementos	
Pan, arroz, patatas, pasta, cereales		Carne y huevos		Frutas		Restricciones	
		Pescados		Dulces		Intolerancias/ Alergias	
Legumbres							

Preferencias/gustos .....

Ingesta de líquidos/día: .....

- Pérdida/ganancia de peso: No  Sí
- Dificultad de masticación: No  Sí
- Dificultad de deglución: No  Sí
- Dificultad de digestión: No  Sí

Problemas de la piel/mucosas (úlceras, sequedad, eczemas, psoriasis...) .....

**Escala de Norton modificada (si precisa) .....**

- Dolor: No  Sí
- Prurito: No  Sí
- Eritema: No  Sí
- Entumecimiento: No  Sí
- Cicatrización: Normal  Tórpida  Queloides

Pelo .....

Uñas .....

Problemas dentales .....

**PATRÓN ELIMINACIÓN. CONTROL DE SALUD. CÓMO ELIMINA. FECHA:**

N.º de deposiciones/día .....

Consistencia .....

Ayudas laxantes .....

N.º de micciones/día ..... Noche .....

Incontinencia: Heces  Orina (urgencia, esfuerzo o funcional).....

Problemas de próstata: No  Sí  .....

Control urológico .....

¿Ostomias, sondas, colectores, dispositivos de absorción? .....

Sudor: Copioso  Normal

**PATRÓN ACTIVIDAD-EJERCICIO. CÓMO SE MUEVE. FECHA:**

TA.....

FC .....

FR .....

Ejercicio físico: No  Sí  Tipo..... Frecuencia .....

Actividad laboral: Ligera  Moderada  Intensa  Riesgos .....

Actividades de ocio .....

**Índice de Barthel (fecha y puntuación) .....**

**Escala de Lawton/Brody (fecha y puntuación) .....**

Problemas que interfieren:

Fatiga/disnea: No  Sí

Dolor: No  Sí

Otros (claudicación, varices...) .....

Estabilidad en la marcha: No  Sí

Alteración del equilibrio: No  Sí

Movilidad independiente: No  Sí



**PATRÓN SEXUALIDAD-REPRODUCTIVIDAD. CÓMO VIVE SU SEXUALIDAD. FECHA:**

Menarquia: ..... Ciclos/duración/ritmo ..... Dismenorrea ..... Gav ..... Menopausia.....  
 Sangrado vaginal postmenopáusico ..... Citología (fecha/resultado) .....  
 Mamografía (fecha/resultado) .....  
 Métodos anticonceptivos ..... Problemas fertilidad.....  
 Nivel de satisfacción en las relaciones sexuales (1-5).....  
 Disfunciones sexuales .....  
 ¿Tiene o ha recibido información/educación sexual? .....

**PATRÓN ADAPTACIÓN TOLERANCIA AL ESTRÉS. CÓMO REACCIONA. FECHA:**

Acontecimientos vitales relevantes en los últimos 2 años (Ej. adaptación al traslado)

(Si la respuesta anterior es positiva) Te causa:

Amenaza: No  Sí   
 Preocupación: No  Sí   
 Ansiedad/miedo : No  Sí   
 Sobreprotección: No  Sí   
 Crecimiento: No  Sí   
 Lo niegas: No  Sí   
 Te autolesionas: No  Sí   
 Abusas de sustancias: No  Sí

¿Acontecimientos vitales relevantes hace más de dos años? No  Sí

¿Cómo lo afrontaste? .....

Éxito en la resolución del problema (1-5)

Se adaptó a los cambios .....

Cambios en el estilo de vida .....

**PATRÓN VALORES-CREENCIAS. CÓMO SE SIENTE. FECHA:**

¿Cómo se siente? .....

En las elecciones de tu vida, los valores/creencias te ayudan? No  Sí

Se enfrentan tus creencias con tu salud o con el tratamiento? No  Sí

**OTROS**

Algo que quiera añadir/comentar.....

Algo que quiera preguntar .....

De todos los problemas que me ha contado, ¿cuál es el que más le preocupa? .....

## 2.6. ESCALAS DE VALORACIÓN

### 1. DIRECTRICES PARA LA PUNTUACIÓN NUMÉRICA DE LA ESCALA DE NORTON MODIFICADA

<p><b>A. ESTADO FISICO GENERAL</b></p> <p><b>BUENO 4</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>–Nutrición: persona que realiza 4 comidas diarias. Toma todo el menú, una media de 4 raciones de proteínas y 2.000 Kcal. I.M.C. entre 20 y 25 (% estándar 90).</li> <li>–Ingesta líquidos: 1.500-2.000 cc/día (8-10 vasos).</li> <li>–Temperatura corporal: de 36 a 37° C.</li> <li>–Hidratación: persona que tiene peso mantenido con relleno capilar rápido, mucosas húmedas, rosadas y recuperación rápida del pliegue cutáneo por pinzamiento.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>–Hidratación: edemas generalizados, piel seca y escamosa. Lengua seca y pastosa. Persistencia de pliegues cutáneos por pinzamiento.</li> </ul>
<p><b>MEDIANO 3</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>–Nutrición: persona que realiza 3 comidas diarias. Toma más de la mitad del menú, una media de 3 raciones de proteínas /día y 2000 Kcal. I.M.C. &lt;=20 &lt;25 (% estándar 80).</li> <li>–Ingesta de líquidos: 1.000-1.500 cc/día (5-7 vasos).</li> <li>–Temperatura corporal: de 37 a 37,5 C.</li> <li>–Hidratación: persona con relleno capilar lento y recuperación lenta del pliegue cutáneo por pinzamiento.</li> </ul>	<p><b>B. ESTADO MENTAL</b></p> <p><b>ALERTA 4</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>–Paciente orientado en tiempo, lugar y personas.</li> <li>–Responde adecuadamente a estímulos: visuales, auditivos y táctiles.</li> <li>–Comprende la información.</li> <li>VALORACIÓN: solicitar al paciente que refiera su nombre, fecha, lugar y hora.</li> </ul>
<p><b>REGULAR 2</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>–Nutrición: persona que realiza 2 comidas diarias. Toma la mitad del menú, una media de 2 raciones de proteínas/día y 1.000 Kcal. I.M.C. &gt;= 50 (% estándar 70).</li> <li>–Ingesta de líquidos: 500-1.000 cc/día (3-4 vasos).</li> <li>–Temperatura corporal: de 37,5 a 38°C.</li> <li>–Hidratación: ligeros edemas, piel seca y escamosa. Lengua seca y pastosa.</li> </ul>	<p><b>APÁTICO 3</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>–Aletargado, olvidadizo, somnoliento, pasivo, torpe, perezoso.</li> <li>–Ante un estímulo despierta sin dificultad y permanece orientado.</li> <li>–Obedece órdenes sencillas.</li> <li>–Posible desorientación en el tiempo y respuesta verbal lenta, vacilante.</li> <li>VALORACIÓN: dar instrucciones al paciente como: tocar con la mano la punta de la nariz.</li> </ul>
<p><b>MUY MALO 1</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>–Nutrición: persona que realiza 1 comida diaria. Toma un tercio del menú, una media de 1 ración de proteínas/día y menos de 1.000 Kcal. I.M.C. &gt;= 50 (% estándar 60).</li> <li>–Ingesta de líquidos: &lt;500cc/día (&lt;3 vasos).</li> <li>–Temperatura corporal: &gt; 38,5°C -&lt; de 35,5° C.</li> </ul>	<p><b>CONFUSO 2</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>–Inquieto, agresivo, irritable, dormido.</li> <li>–Respuesta lenta a fuertes estímulos dolorosos.</li> <li>–Cuando despierta, responde verbalmente pero con discurso breve e inconexo.</li> <li>–Si no hay estímulos fuertes vuelve a dormirse.</li> <li>–Intermitente desorientación en tiempo, lugar y/o personas.</li> <li>VALORACIÓN: pellizcar piel, pinchar con aguja.</li> </ul> <p><b>A) ESTUPOROSO Y B) COMATOSO 1</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>–Desorientación en tiempo, lugar y personas.</li> <li>a) Despierta sólo a estímulos dolorosos, no hay respuesta verbal. Nunca está totalmente despierto.</li> <li>b) Ausencia total de respuesta, incluso la respuesta refleja.</li> <li>VALORACIÓN: presionar en el tendón de Aquiles. Comprobar si existe reflejo corneal, pupilar y faríngeo.</li> </ul>

<p><b>C. ACTIVIDAD</b> TOTAL 4 –Es totalmente capaz de cambiar de postura corporal de forma autónoma, mantenerla o sustentarla.</p>	<p>SENTADO 2 –La persona no puede caminar, tampoco puede mantenerse de pie, aunque es capaz de mantenerse sentado o puede movilizarse gracias a una silla o sillón. –La persona precisa ayuda humana y/o mecánica.</p>
<p>DISMINUIDA 3 –Inicia movimientos voluntarios con bastante frecuencia, pero requiere ayuda para realizar, completar o mantener alguno de ellos.</p>	<p>ENCAMADO 1 –Dependiente para todos sus movimientos (dependencia total). –Precisa de ayuda humana para conseguir cualquier objeto (comer, asearse, etc.).</p>
<p>MUY LIMITADA 2 –Sólo inicia movilizaciones voluntarias con escasa frecuencia y necesita ayuda para finalizar todos los movimientos.</p>	<p><b>E. INCONTINENCIA</b></p>
<p>INMÓVIL 1 –Es incapaz de cambiar de postura por si mismo, mantener la posición corporal o sustentarla.</p>	<p>NINGUNA 4 –Control de ambos esfínteres. –Implantación de sonda vesical y control de esfínter anal. –Un portador de sonda vesical permanente conlleva un riesgo.</p>
<p><b>D. MOVILIDAD</b> AMBULANTE 4 –Independiente total. –No necesita depender de otra persona. –Capaz de caminar solo, aunque se ayude de aparatos con más de un punto de apoyo o lleve prótesis.</p>	<p>OCASIONAL 3 –No controla esporádicamente uno o ambos esfínteres en 24 horas.</p>
<p>CAMINA CON AYUDA 3 –La persona es capaz de caminar con ayuda o supervisión de otra persona o de medios mecánicos, como aparatos con más de un punto de apoyo (bastones de tres puntos de apoyo, bastón cuádruple, andadores, muletas).</p>	<p>URINARIA O FECAL 2 –No controla uno de los dos esfínteres permanentemente. –Colocación adecuada del colector con atención a fugas, pinzamientos y puntos de fijación.</p> <p>URINARIA+FECAL 1 –No controla ninguno de sus esfínteres.</p>

Índice de 5 a 11, muy alto riesgo; Índice de 12 a 14, riesgo evidente; Índice >14, riesgo mínimo/no riesgo.

**2. TEST SPMSQ DE PFEIFFER (1975)**

- ¿Qué día es hoy? ..... 1
- ¿Qué día de la semana es hoy? .....1
- ¿Dónde estamos (lugar o edificio)?..... 1
- ¿Cuál es su número de teléfono actual o cuál es su dirección? .....1
- ¿Cuántos años tiene? .....1
- ¿En qué día, mes y año nació? .....1
- ¿Cómo se llama el rey de España? .....1
- ¿Quién mandaba antes del rey actual? .....1
- ¿Cómo se llamaba (o se llama) su madre? .....1

- ¿Si a 20 le restamos 3 quedan?
- ¿Y si le sumamos 3? .....1
- Total de Aciertos:
- Total de Errores:
- Se permite 1 error de más si no ha recibido educación. Se permite un error de menos si ha recibido estudios.
- Puntuación normal: 0-2 errores. Deterioro cognitivo leve: 3-4 errores. Deterioro cognitivo moderado: 5-7 errores. Deterioro cognitivo importante: 8-10 errores.

### 3. MINI EXAMEN COGNITIVO DE FOLSTEN MODIFICADO POR LOBO

#### ORIENTACIÓN

Dígame el día ..... fecha .....  
 mes..... estación.....  
 año .....(5)  
 Dígame el hospital (o el lugar) .....  
 ..... Planta.....  
 Ciudad ..... Provincia .....  
 nación.....(5)

#### FUJACIÓN

Repita estas 3 palabras: peseta-caballo-manzana  
 (Repítalas hasta que las aprenda).....  
 .....(3)

#### CONCENTRACIÓN Y CÁLCULO

Si tiene 30 pesetas y me va dando de 3 en 3, ¿cuán-  
 tas le van quedando? .....  
 .....(2)  
 Repita estos números: 5-9-2 (hasta que los aprenda)  
 Ahora hacia atrás.....  
 .....(3)

#### MEMORIA

¿Recuerda las tres palabras que le he dicho antes?  
 .....(3)

#### LENGUAJE Y CONSTRUCCIÓN

Mostrar un bolígrafo. ¿Qué es esto? Repítalo con el  
 reloj .....(2)

Repita esta frase: «En un trigal había cinco perros» .  
 .....(1)

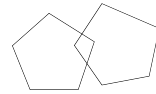
Una manzana y una pera son frutas, ¿verdad? ¿Qué  
 son el rojo y el verde? ¿Qué son el perro y el gato?  
 .....(2)

Coja este papel con la mano derecha, dóblelo por  
 la mitad y póngalo encima de la mesa .....  
 .....(3)

Lea esto y haga lo que dice, «Cierre los ojos» .....  
 .....(1)

Escriba una frase .....  
 .....(1)

Copie este dibujo



.....(1)

Puntuación total .....(35)

Un punto cada respuesta correcta

Nivel de conciencia (marcar) Alerta, obnubilación,  
 estupor, coma

### 4. CUESTIONARIO DE ACTIVIDAD FUNCIONAL

Persona que informa sobre el individuo:

1. ¿Maneja/administra su propio dinero?
2. ¿Puede hacer solo/a la compra (alimentos, ropa, cosas de casa)?
3. ¿Puede prepararse solo/a el café y luego apagar el fuego?
4. ¿Puede hacer solo/a la comida?
5. ¿Está al corriente de las noticias de su vecindario, de su comunidad?
6. ¿Puede prestar atención, entender y discutir las noticias de la radio y programas de TV, libros, revistas?
7. ¿Se acuerda si queda con alguien y de las fiestas

familiares (cumpleaños, aniversarios) o de los días festivos?

8. ¿Es capaz de manejar su propia medicación?

9. ¿Es capaz de viajar solo/a fuera de su barrio y volver a casa?

10. ¿Saluda apropiadamente a sus amistades?

11. ¿Puede salir a la calle solo/a sin peligro?

Puntuación: cada pregunta se puntúa de 0 a 3.

0: normal, nunca lo hizo pero podría hacerlo;

1: con dificultad pero se manejo solo/a, nunca lo hizo y si tuviera que hacerlo ahora tendría dificultad; 2: necesita ayuda pero lo hace; 3: no puede realizarlo.

Una puntuación por debajo de 6 indica normalidad y no dependencia.

**5. TEST DE CAGE**

Positivo a partir de dos respuestas afirmativas:

1. ¿Ha tenido alguna vez la impresión de que debería beber menos?
2. ¿Le ha molestado alguna vez la gente criticándole su forma de beber?
3. ¿Se ha sentido alguna vez mal o culpable por su forma de beber?
4. ¿Alguna vez lo primero que ha hecho por la mañana ha sido beber para calmar sus nervios o librarse de una resaca?

**7. REMISIÓN AL TRABAJADOR SOCIAL**

Se derivará si alguna respuesta es la señalada con \*:

- ¿Necesita ayuda para las actividades de la vida diaria? Sí\* No
- ¿Sale de su domicilio dos o más veces por semana? Sí No\*
- ¿Realiza alguna actividad de ocio o tiempo libre: museos, cine, hogares de la tercera edad, etc.?
- ¿Sus ingresos mensuales son iguales o inferiores a 180 euros por cápita? Sí\* No

**6. ESCALA DE ANSIEDAD DE GOLDBERG**

1. ¿Se ha sentido muy excitado, nervioso o en tensión?
2. ¿Ha estado muy preocupado por algo?
3. ¿Se ha sentido muy irritable?
4. ¿Ha tenido dificultad para relajarse? (Si hay dos respuestas positivas siga preguntando)
5. ¿Ha dormido mal, ha tenido dificultades para dormir?
6. ¿Ha tenido dolores de cabeza o nuca?
7. ¿Ha tenido alguno de los siguientes síntomas: temblores, hormigueos, mareos, sudores, diarrea?
8. ¿Ha estado preocupado por su salud?
9. ¿Ha tenido dificultad para conciliar el sueño, para quedarse dormido?

Total ansiedad: .....

(La puntuación de ansiedad es de 4 ó más).

**8. ESCALA DE DEPRESIÓN GERIÁTRICA DE YESAVAGE. VERSIÓN REDUCIDA**

	Sí	No		Sí	No
1. ¿Está satisfecho/a con su vida?	0	1	10. ¿Cree que tiene más problemas de memoria que la mayoría de la gente?	1	0
2. ¿Ha abandonado muchas de sus actividades e intereses?	1	0	11. ¿Cree que vivir es maravilloso?	0	1
3. ¿Nota que su vida está vacía?	1	0	12. ¿Le es difícil poner en marcha proyectos nuevos?	1	0
4. ¿Se encuentra a menudo aburrido?	1	0	13. ¿Se encuentra lleno/a de energías?	0	1
5. ¿La mayor parte del tiempo está de buen humor?	0	1	14. ¿Cree que su situación es desesperada?	1	0
6. ¿Tiene miedo de que le pase algo malo?	1	0	15. ¿Cree que los otros están mejor que usted?	1	0
7. ¿Se siente feliz la mayor parte del tiempo?	0	1			
8. ¿Se siente a menudo abandonado/a?	1	0			
9. ¿Prefiere quedarse en su casa en lugar de salir y hacer cosas?	1	0			

Puntuación Total:  
 (0-5=Normal; 6-9=Probable depresión; 9=Depresión establecida). Combinar los 1 para saber el total. Comentar al paciente que la respuesta no debe ser muy meditada.

## 9. VALORACIÓN FUNCIONAL. INDICE DE BARTHEL. ACTIVIDADES BÁSICAS DE LA VIDA DIARIA

### BAÑO

- 5. Independiente: se lava completo en ducha o baño. Entra y sale del baño sin una persona presente.
- 0. Dependiente.

### VESTIDO

- 10. Independiente: se quita la ropa. Se ata los zapatos.
- 5. Ayuda: necesita ayuda, pero al menos realiza la mitad de tareas en un tiempo razonable.
- 0. Dependiente.

### ASEO PERSONAL

- 5. Independiente: se lava la cara, manos y dientes. Se afeita.
- 0. Dependiente.

### USO DEL RETRETE

- 10. Independiente: usa el retrete o cuña. Se sienta, se levanta, se limpia y se pone la ropa solo.
- 5. Ayuda: necesita ayuda para mantener el equilibrio, limpiarse o ponerse/quitarse la ropa.
- 0. Dependiente.

### USO DE ESCALERAS

- 10. Independiente: sube o baja escaleras sin supervisión, aunque use la barandilla o bastones.
- 5. Ayuda: necesita ayuda física o supervisión para subir o bajar escaleras.
- 0. Dependiente.

### TRASLADO SILLÓN-CAMA

- 15. Independiente: no necesita ayuda. Si usa silla de ruedas, lo hace independiente.
- 10. Mínima ayuda: necesita una mínima ayuda y supervisión.
- 5. Gran ayuda: es capaz de sentarse, pero necesita mucha asistencia para el traslado.
- 0. Dependiente.

### DEAMBULACIÓN

- 15. Independiente: camina al menos 50 metros solo o con ayuda de bastón o andador.
- 10. Ayuda: puede caminar al menos 50 metros, pero necesita ayuda o supervisión.
- 5. Independiente en silla de ruedas: propulsa su silla de ruedas al menos 50 metros.
- 0. Dependiente.

### MICCIÓN

- 10. Continente: no presenta episodios de incontinencia. Si necesita sonda o colector se cuida solo.
- 5. Incontinente ocasional: episodios ocasionales, con frecuencia <1 vez.
- 0. Incontinente: episodios de incontinencia con frecuencia >1 vez al día.

### DEPOSICIÓN

- 10. Continente: no presenta episodios de incontinencia. Si usa enemas o supositorios se arregla solo.
- 5. Incontinente ocasional: episodios ocasionales 1 vez/semana. Ayuda para usar enemas o supositorios.
- 0. Incontinencia.

### ALIMENTACIÓN

- 10. Independiente: capaz de usar cualquier instrumento. Come en un tiempo razonable.
- 5. Ayuda: necesita ayuda para cortar, extender la mantequilla.
- 0. Dependiente.

Puntuación Total: .....

(La incapacidad funcional se valora como:

Severa: >45 puntos;

Grave: 45-59 puntos;

Moderada: 60-68 puntos;

Ligera: <80 puntos).

### 3. DIAGNÓSTICO ENFERMERO

En este capítulo abordamos la segunda fase del proceso enfermero: el diagnóstico de enfermería, o lo que es lo mismo, la identificación del problema.

Para llegar al diagnóstico, hemos de interpretar los datos recogidos en la valoración por patrones funcionales de M. Gordon.

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.

También se denomina respuesta humana al diagnóstico enfermero, pues la enfermera centra sus cuidados en cómo las personas responden a sus cambios de salud o a procesos vitales.

La enfermera ha de tener siempre en cuenta al diagnosticar que es responsable del proceso y del plan de cuidados que se deriva del mismo. Por ello ha de ser consciente tanto de los recursos del individuo, familia y comunidad como de sus habilidades, conocimientos propios y experiencia clínica. A medida que aumentan dichos conocimientos, lo hace también su responsabilidad de diagnosticar y tratar.

#### PASOS PARA EMITIR UN DIAGNÓSTICO ENFERMERO

- Pregunte al usuario cuál es su principal problema o preocupación.
- Realice una valoración completa o focalizada por patrones funcionales de salud.
- Escriba una lista completa con los problemas reales o de riesgo que detectó en la valoración. Priorice según su importancia en salud y opinión del paciente.
- Busque otros signos y síntomas o profundice en la valoración para encontrar más claves.
- Una vez encontrado el problema principal, relaciónelo con uno de los diagnósticos aprobados por la NANDA. Para ello, verifique que se cum-

ple al menos una de las características definitorias. Enlace el problema encontrado en un determinado patrón, con el diagnóstico que la NANDA agrupa también en esos mismos patrones. Así resultará más sencillo.

- Determine la causa o etiología del problema (su factor relacionado).
- Identifique los factores de riesgo.
- Formule el diagnóstico.

### ¿CÓMO FORMULAR EL DIAGNÓSTICO ENFERMERO?

- Hay que ser claro y específico. La forma aceptada (que sugiere Gordon) para hacerlo es seguir el formato PES: problema + etiología + signos y síntomas.
- Para escribir el problema, utilizaremos la taxonomía diagnóstica validada y mayoritariamente aceptada: NANDA II (2000).
- Use “relacionado con” para unir el problema con la causa, etiología o factor relacionado.
- Escriba “manifestado por” para incluir los signos y síntomas que evidencian el diagnóstico.

Ejemplo: Alteración de la nutrición por exceso relacionada con ingesta excesiva de azúcares y grasas manifestado por índice de masa corporal de 31.

- Observe los distintos enunciados según el tipo de diagnóstico:
  - Diagnóstico real: Problema, + Causas, + Signos y Síntomas
  - Diagnóstico de riesgo: “Riesgo de”, + problema, + causa
  - Diagnóstico de salud: “Potencial de mejora”, + problema
  - Síndrome diagnóstico: Nombre sólo el síndrome
- Tenga en cuenta que la causa o etiología o factores relacionados van a dirigir las intervenciones enfermeras. Cuanto más exacta y específica sea su descripción, más claras y pertinentes serán las intervenciones posteriores.
- Excepción en la formulación: después del diagnóstico “Déficit de conocimientos” se escriben dos puntos y luego el área de conocimiento donde existe dicho déficit.

Ejemplo: Déficit de conocimientos: técnica de administración de inhaladores.

### TIPOS DE DIAGNÓSTICOS

- Diagnóstico real: describe la respuesta actual de una persona, familia o comunidad a una situación de salud o proceso vital. Su identificación se apoya en la existencia de características definitorias. El problema está presente en el momento de la valoración. Se aconseja escribirlo en formato PES.

- Diagnóstico de riesgo: describe problemas de salud que pueden presentarse en un futuro próximo de no iniciarse medidas de prevención sobre los factores de riesgo.
- Diagnóstico de salud: juicio clínico sobre un individuo, familia o comunidad en transición de un nivel específico de salud a otro más alto.
- Síndrome diagnóstico: es aquel que agrupa un conjunto de diagnósticos (ejemplo: síndrome de desuso, síndrome de estrés por traslado...)
- Problema interdependiente: «problema de salud real o potencial que se centra en la respuesta fisiológica del cuerpo y que los profesionales enfermeros son responsables de identificar y tratar en colaboración con el médico.» (Carpenito).

#### COMPONENTES DE UN DIAGNÓSTICO

Como se indicó, para formular nuestro diagnóstico enfermero hemos de consultar los diagnósticos aceptados de la clasificación taxonómica NANDA II. Se estructura principalmente en los patrones funcionales de M. Gordon y se agrupan los diagnósticos en 13 “dominios de la taxonomía”. La correlación entre patrones funcionales de M. Gordon y dominios taxonómicos es muy similar, lo que facilita enormemente el uso de la taxonomía. La etiqueta diagnóstica consta de:

- Nombre o etiqueta: elemento esencial y fundamental, raíz de la formulación diagnóstica. Puede incluir modificadores. Junto a ella ( ) año en el que se aprobó el diagnóstico, ( ) año en el que se revisó.
- Definición: descripción clara y precisa del problema. Perfil su significado y diferencia los diagnósticos entre sí.
- Características definitorias: grupo de signos y síntomas que se asocian al problema, que se expresan u observan en la respuesta de una persona. Recuerde que al menos una de estas características ha de estar presente para formular un diagnóstico. En los diagnósticos de riesgo, los signos y síntomas no están presentes; son aquellos que la persona puede desarrollar. Ejemplo: riesgo de infección.
- Factores de riesgo: factores y circunstancias que causan o contribuyen a que se desarrolle el problema.
- Factores relacionados: parecen mostrar algún tipo de relación con el diagnóstico enfermero (antecedentes, asociados, contribuyentes...).

Con objeto de facilitar la formulación, adjuntamos (ver Anexo III) los diagnósticos validados de uso más frecuente en atención primaria de salud.

Y para finalizar esta etapa del proceso, pedirles que no olviden y tengan presentes esta máxima: “ser metodológicos pero siempre operativos”.

### 3.1. DIAGNÓSTICOS ENFERMEROS DE USO PREVALENTE EN ATENCIÓN PRIMARIA DE SALUD COD. DX. NANDA II

<p><b>1. PATRÓN PERCEPCIÓN-MANTENIMIENTO DE LA SALUD</b></p> <p>Riesgo de infección 00004</p> <p>Riesgo de lesión 00035</p> <p>Riesgo de asfixia 00036</p> <p>Riesgo de intoxicación 00037</p> <p>Riesgo de traumatismo 00038</p> <p>Protección inefectiva 00043</p> <p>Incumplimiento del tratamiento (especificar) 00079</p> <p>Conductas generadoras de salud (especificar) 00084</p> <p>Mantenimiento inefectivo de la salud 00099</p>	<p>Diarrea 00013</p> <p>Incontinencia fecal 00014</p> <p>Deterioro de la eliminación urinaria 00016</p>
<p><b>2. PATRON NUTRICIONAL-METABÓLICO</b></p> <p>Desequilibrio nutricional por exceso 00001</p> <p>Desequilibrio nutricional por defecto 00002</p> <p>Riesgo de desequilibrio nutricional por exceso 00003</p> <p>Hipotermia 00006</p> <p>Hipertermia 00007</p> <p>Exceso de volumen de líquidos 00026</p> <p>Riesgo de déficit de volumen de líquidos 00028</p> <p>Riesgo de aspiración 00039</p> <p>Deterioro de la mucosa oral 00045</p> <p>Riesgo de deterioro de la integridad cutánea 00047</p> <p>Deterioro de la deglución 00103</p> <p>Lactancia materna ineficaz 00104</p> <p>Lactancia materna eficaz 00106</p> <p>Interrupción de la lactancia materna 00105</p>	<p><b>4. PATRON DE LA ACTIVIDAD-EJERCICIO</b></p> <p>Limpieza ineficaz de las vías aéreas 00031</p> <p>Patrón respiratorio ineficaz 00032</p> <p>Riesgo de síndrome del desuso 00040</p> <p>Deterioro de la movilidad física 00085</p> <p>Déficit de actividades recreativas 00097</p> <p>Deterioro en el mantenimiento del hogar 00098</p> <p>Déficit de autocuidado: alimentación 00102</p> <p>Déficit de autocuidado: baño e higiene 00108</p> <p>Déficit de autocuidado: vestido/acicalamiento 00109</p> <p>Déficit de autocuidado: uso del WC 00110</p> <p>Retraso en el crecimiento y desarrollo 00111</p> <p>Síndrome de estrés de traslado 00114</p>
<p><b>3. PATRÓN DE LA ELIMINACIÓN</b></p> <p>Estreñimiento 00011</p>	<p><b>5. PATRON SUEÑO-DESCANSO</b></p> <p>Deterioro del patrón del sueño 00095</p>
	<p><b>6. PATRON COGNITIVO-PERCEPTIVO</b></p> <p>Trastorno de la percepción sensorial: auditiva 00122</p> <p>Trastorno de la percepción sensorial: gustativa 00122</p> <p>Trastorno de la percepción sensorial: cinestésica 00122</p>

**DIAGNÓSTICOS ENFERMEROS DE USO PREVALENTE EN ATENCIÓN PRIMARIA DE SALUD COD. DX. NANDA II (CONTINUACIÓN)**

Trastorno de la percepción sensorial: olfatoria	00122	Deterioro parental	00056
Trastorno de la percepción sensorial: táctil	00122	Riesgo de deterioro parental	00057
Trastorno de la percepción sensorial: visual	00122	Interrupción de los procesos familiares	00060
Déficit de conocimiento (especificar)	00126	Cansancio del desempeño del rol de cuidador	00061
Trastorno de los procesos del pensamiento	00130	Conflicto del rol parental	00064
Dolor agudo	00132	Duelo disfuncional	00135
Dolor crónico	00133	Duelo anticipado	00136
<b>7. PATRÓN AUTOPERCEPCIÓN-AUTOCONCEPTO</b>		<b>9. PATRON SEXUALIDAD-REPRODUCCIÓN</b>	
Trastorno de la imagen corporal	00118	Disfunción sexual	00059
Baja autoestima crónica	00119	Síndrome traumático de la violación	00142
Baja autoestima situacional	00120	<b>10. PATRON ADAPTACIÓN-TOLERANCIA AL ESTRÉS</b>	
Desesperanza	00124	Negación ineficaz	00072
Impotencia	00125	Afrontamiento familiar incapacitante	00073
Ansiedad	00146	Afrontamiento familiar comprometido	00074
<b>8. PATRON ROL-RELACIONES</b>		Disposición para mejorar el afrontamiento familiar	00075
Deterioro de la comunicación verbal	00051	<b>11. PATRON VALORES- CREENCIAS</b>	
Aislamiento social	00053	Sufrimiento espiritual	0006
Desempeño inefectivo del rol	00055		

## 4. PLANIFICACIÓN

Es la fase en la que determinamos cómo dar los cuidados de enfermería de forma organizada, individualizada y orientada a los objetivos; en la que pensamos una estrategia de cuidados bien definida, que comprende priorizar los problemas del paciente, fijar los objetivos, determinar las actividades y registrar el plan de cuidados.

### 4.1. OBJETIVOS/RESULTADOS

Son los instrumentos de medición del plan de cuidados que permiten realizar la evaluación. Responden a dos interrogantes:

- ¿Qué se desea conseguir?
- ¿Cuándo se espera conseguirlo?

#### ¿PARA QUÉ SIRVEN?

- Dirigen las intervenciones.
- Son factores de motivación.

#### OBJETIVOS CENTRADOS EN EL PACIENTE/FAMILIA/COMUNIDAD

- Siempre que sea posible, los objetivos deben consensuarse conjuntamente con el paciente y/o las personas implicadas en su cuidado.
- El sujeto de cualquier objetivo es el paciente y a la hora de determinar aquél hay que centrarlo en éste. Debemos pensar lo que se espera que logre el paciente, y no lo que la enfermera desea conseguir.

#### CARACTERÍSTICAS

- Derivan de los diagnósticos.
- Se registran como conductas mensurables.
- Se formulan conjuntamente con el paciente (cuando sea posible).
- Deben ser realistas respecto a las capacidades actuales y futuras del paciente y a sus recursos.

#### CLASIFICACIÓN

Respecto al tiempo:

- Objetivo a largo plazo. Ejemplo: mantener la integridad cutánea.
- Objetivos a medio plazo. Ejemplo: perder 4 kg/mes.

—Objetivos a corto plazo. Ejemplo: identificar signos y síntomas de hipoglucemia.

Respecto al dominio donde actúan:

—Objetivos cognitivos: relacionados con la adquisición de conocimientos o habilidades intelectuales. Ejemplo: enseñar técnica para el autoanálisis.

—Objetivos afectivos: asociados a cambios de actitudes, sentimientos o valores. Ejemplo: cambiar hábitos alimentarios.

—Objetivos psicomotores: reflejan habilidades motoras. Ejemplo: andar correctamente con muletas.

#### COMPONENTES DE LOS OBJETIVOS

—Sujeto: quien (persona que se espera que alcance el objetivo/resultado).

—Verbo: acciones (qué acciones debe llevar a cabo esa persona para lograr el objetivo/resultado). Deben elegirse verbos mensurables, que describan exactamente lo que se espera ver u oír. (Verbos mensurables: identificar, explicar, perder, describir, comunicar, ganar, hacer, verbalizar, mostrar, realizar, enumerar, andar, demostrar. Verbos no mensurables: saber, pensar, comprender, sentir, entender, aceptar, apreciar).

—Condición: circunstancias (bajo qué circunstancias esa persona llevará a cabo las acciones).

—Criterio de realización: grado o estándar de consecución.

—Momento: tiempo.

Ejemplo. Diagnóstico: lactancia materna ineficaz.

Objetivo: la madre identificará acciones para el mantenimiento eficaz de la lactancia. Sujeto: la madre. Verbo: identificará. Condición: lactancia. Criterio de realización: mantenimiento eficaz. Momento: tiempo de lactancia.

#### CLASIFICACIÓN DE RESULTADOS DE ENFERMERÍA: NOC

Nombra, estandariza y proporciona escalas para medir los resultados de los pacientes dependientes de enfermería.

#### COMPONENTES DE UN RESULTADO NOC

—Etiqueta: denomina de forma concisa el resultado.

—Definición: descripción genérica.

—Indicadores: determinan el estado del paciente en relación con la etiqueta. Pueden utilizarse como resultados intermedios.

—Escala de medida tipo Likert de 5 puntos. Permite cuantificar el resultado.

—Bibliografía: referencias utilizadas en el desarrollo del resultado.

### CARACTERÍSTICAS DE LOS RESULTADOS NOC

- No se exponen como objetivos.
- Los resultados son conceptos variables que proporcionan más información que si se cumple o no un objetivo.
- La enfermera determina con qué intervalo deben ser evaluados según su juicio clínico.
- Los resultados pueden ser tanto positivos como negativos.

### 4.2. INTERVENCIONES DE ENFERMERÍA

Una vez establecidas las prioridades y desarrollados los resultados (objetivos), comienza la siguiente etapa de la fase de planificación: selección de las intervenciones enfermeras, que describan de qué modo la enfermera ayudará al cliente a conseguir los resultados propuestos.

Estas intervenciones se establecen a partir de:

- La información obtenida durante la valoración.
- Las posteriores relaciones de la enfermera con el cliente y la familia.

### DEFINICIÓN

Las intervenciones de enfermería son todo tratamiento, basado en juicio y conocimiento clínicos, que un profesional de la enfermería realiza para conseguir los resultados pactados o aumentar la salud del paciente.

### FINALIDAD

Las intervenciones enfermeras se realizan para:

- Controlar el estado de salud.
- Minimizar los riesgos.
- Resolver o controlar la causa de un problema. Si no se puede, minimizar los efectos de la misma en las personas.
- Desconocido el origen del problema, la finalidad será identificar la causa.
- Promover un óptimo estado de salud e independencia.

### CLASIFICACIÓN

- Intervenciones interdependientes: describen las actividades llevadas a cabo por la enfermera en cooperación con otros miembros del equipo de salud (asistentes sociales, fisioterapeutas, médicos).  
Ejemplo: anciano en situación de riesgo social detectado en la consulta de enfermería del centro de salud. La enfermera se pone en contacto con la asistente social para establecer pautas de actuación conjuntas.

—Intervenciones independientes: Intervenciones indicadas por la enfermera como respuesta a un diagnóstico enfermero. Se basan en los factores relacionados identificados en la declaración del diagnóstico de enfermería. Por tanto, definen las actividades necesarias para eliminar los factores que contribuyen a las respuestas humanas.

Ejemplo: riesgo de caídas relacionado con (R/C) peligros en el hogar. Tras identificar este diagnóstico enfermero, nos planteamos el siguiente objetivo (resultado): la paciente no sufrirá ninguna caída en su casa en los próximos 3 meses.

Las intervenciones de enfermería irían encaminadas a reducir los peligros ambientales en el hogar de la paciente procurando una correcta iluminación de las habitaciones, estableciendo conjuntamente medidas de seguridad (asideros, eliminar o fijar alfombras, utilizar calzado con suela antideslizante, etc.) y procurando mantener un entorno limpio, ordenado y bien ventilado.

El éxito de las intervenciones de enfermería depende de la capacidad que tenga la enfermera de generar y escoger alternativas que muy probablemente sean eficaces.

#### CARACTERÍSTICAS DE LAS INTERVENCIONES

- Ser consecuentes con el plan de cuidados.
- Basarse en principios científicos.
- Individualizadas.
- Utilizarse para proporcionar un ambiente seguro y terapéutico.
- Oportunidad de enseñar–aprender.
- Incluir la utilización de los recursos apropiados.
- Sopesar los riesgos y beneficios.

#### DIRECTRICES PARA REDACTAR LAS INTERVENCIONES

- Las intervenciones de enfermería deben estar fechadas y firmadas, para identificar la fecha de origen.
- Deberán incluir verbos de acción concretos.
- Deberán definir quién, qué, dónde, cuándo, cómo y con qué frecuencia tendrán lugar las actividades identificadas.
- Si se usan planes de cuidados estandarizados, hay que comparar la situación específica de la persona con el plan estándar. Decida qué es aplicable, qué no lo es y qué falta.
- Es decir, es necesario individualizar.

### NIC (CLASIFICACIÓN DE INTERVENCIONES DE ENFERMERÍA)

La organización sistemática de las etiquetas de intervención de enfermería ha dado lugar a una nueva taxonomía: NIC.

La clasificación incluye las intervenciones tanto independientes como interdependientes (de colaboración). La NIC incluye intervenciones de la esfera fisiológica y la psicosocial. Se han incluido intervenciones para el tratamiento de enfermedades, la prevención de enfermedades y para el fomento de la salud. La mayoría son para su utilización en individuos, pero muchas son para uso en familias y, otras, para ser empleadas en comunidades enteras.

Cada intervención está catalogada con una denominación, una definición, una serie de actividades para llevar a cabo la intervención y lecturas de referencia. La edición actual (3.<sup>a</sup>) clasifica 486 intervenciones y más de 12.000 actividades.

### APORTACIONES DE LAS TAXONOMÍAS DIAGNÓSTICAS

- Crear un lenguaje enfermero común.
- Facilitar la comunicación de las enfermeras con otros profesionales; así como entre las enfermeras y los pacientes.
- Sistemas informatizados de información enfermera.
- Evaluar la calidad, efectividad e innovación enfermeras.
- Participar en los cuidados interdisciplinarios.
- Contribuir al desarrollo del conocimiento.
- Construir la ciencia enfermera.

### CLAVES A TENER EN CUENTA EN LAS TAXONOMÍAS

- Resultado que buscamos en el paciente.
- Características y prioridades del paciente.
- Particularidades de la etapa previa del proceso.
- Base de investigación necesaria para la intervención.
- Viabilidad para realizar la intervención.
- Aceptabilidad del paciente.
- Capacitación de la enfermera.

## 4.3. LOS REGISTROS

Registrar es apuntar, anotar datos, información y propósitos. Es esencial en todas las etapas del proceso, pues si no registramos no hay evidencia del trabajo realizado, ni podemos evaluar ni investigar ni conocer el producto. Si no registramos, no hay evidencia de la labor enfermera: somos invisibles.

Debemos registrar para:

- Favorecer la continuidad asistencial.
- Individualizar la atención.
- Facilitar la comunicación con el equipo.
- Disponer de datos para la investigación y la evaluación.

### ¿QUÉ REGISTRAR?

De forma sistemática e individualizada hemos de registrar el proceso enfermero:

- Los datos subjetivos y objetivos de la valoración por patrones funcionales de Gordon.
- Los diagnósticos de enfermería propuestos por NANDA.
- Los objetivos/resultados esperados que integran la NOC.
- Las intervenciones de enfermería y los cuidados realizados reseñados en la NIC.
- Las respuestas o consecuencias de las intervenciones.
- La evaluación.

### ¿DÓNDE/CÓMO REGISTRAR?

En el caso de que trabajemos con la historia clínica en papel (no informatizada), registraremos la valoración inicial y aquellos datos no presentes ya en la historia individual del paciente, en la hoja/anexo de valoración por patrones funcionales.

El diagnóstico, los objetivos, las intervenciones y la evaluación los registraremos en la hoja de curso clínico o seguimiento de la historia clínica individual.

En el caso del registro informático con la aplicación OMI-AP, se registrará en las diferentes carpetas de valoración y en el tapiz de planes de cuidados de enfermería habilitados a tal efecto.

### CLAVES PARA REGISTRAR

Al registrar hemos de:

- Evitar anotar lo mismo en dos sitios distintos.
- Ser claros, concisos y específicos: usar lenguaje estandarizado por la NANDA, NIC, NOC.
- Anotar de forma objetiva, sin emitir juicios de valor, ni interpretar los datos.
- Registrar en la consulta, delante del paciente, y explicarle simultáneamente qué estamos haciendo.

- Dar calidad a nuestros registros: precisos, completos, breves, vocabulario adecuado...
- Letra clara.
- No usar reglas mnemotécnicas.
- No dejar espacios en blanco, trazar una raya en los no usados.

#### 4.4. EVALUACIÓN

La evaluación es la penúltima etapa del proceso de atención de enfermería. Pero al mismo tiempo, afecta a todas las demás. Es la retroalimentación del proceso enfermero.

Evaluar supone recoger datos, compararlos y elaborar/emitir un juicio o una conclusión.

La evaluación ha de ser planificada y sistemática, al igual que todas las demás etapas del proceso.

Todas las etapas del proceso carecerían de significado sin la evaluación: de nada serviría reunir datos sobre la situación de salud de una persona, identificar los problemas relativos a una situación de salud, planificar y ejecutar las acciones si no se evalúa el impacto que producen en el paciente los cuidados y los cambios que se derivan de ellos.

Al evaluar, los profesionales de enfermería dinamizan y actualizan el plan de cuidados, miden la calidad de los cuidados y determinan si los planes han sido eficaces, si necesitan introducir cambios o, por el contrario, si se dan por finalizados.

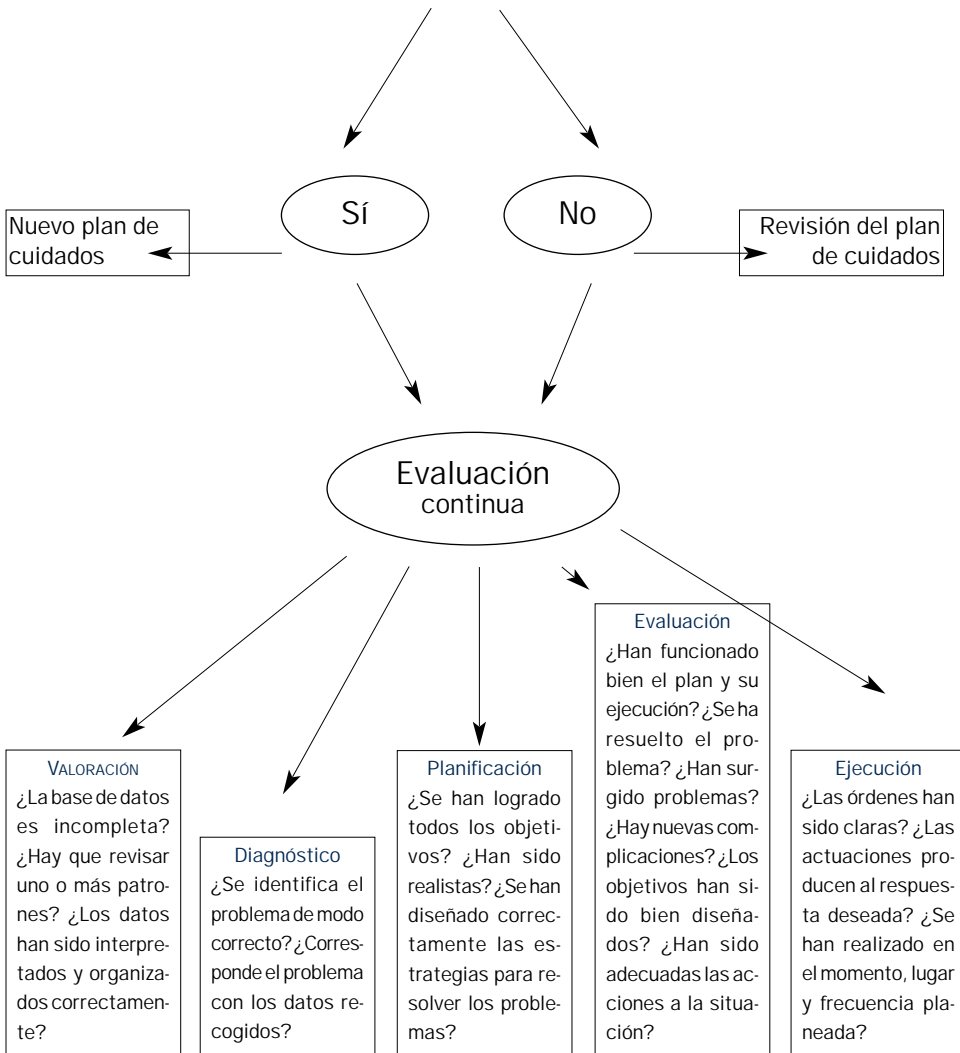
La evaluación está sobre todo enfocada a evaluar la consecución y cumplimiento de los objetivos:

- Objetivos logrados: si no se detectan nuevos problemas, se da por finalizado el plan de cuidados
- Objetivos no logrados: identificar los factores que han imposibilitado el logro de los objetivos.

Los aspectos que contempla la evaluación en cada etapa son:

- Valoración: asegurarse de que se tienen todos los datos y se ha determinado cualquier cambio en el estado de salud.
- Diagnóstico: cerciorarse de que la lista de problemas es exacta y completa, y que los recursos se han identificado.
- Planificación: comprobar si los objetivos y las intervenciones fueron las adecuadas. Verificar si se han conseguido los objetivos.
- Ejecución: determinar si el plan fue ejecutado como se había planificado.

**¿SE LOGRÓ EL OBJETIVO?**



## 5. EJECUCIÓN

La ejecución del plan de cuidados elaborado es finalmente la culminación de nuestro quehacer diario, la puesta en práctica de todo el proceso realizado hasta el momento.

Debemos tener presentes los objetivos a conseguir, las prioridades trazadas y los recursos con los que contamos.

Debemos flexibilizar y saber adaptarnos en el día a día a esos posibles cambios en el paciente que modifiquen o varíen nuestro plan general ya elaborado. El plan trazado es un instrumento, una guía, un camino...

En esta fase, cambiaremos nuestro plan si es preciso, lo amoldaremos nuevamente, derivaremos intervenciones a profesionales de nuestro equipo, fijaremos nuevas prioridades...

En suma, procuraremos el restablecimiento de la salud del paciente y la mejora de la calidad de los cuidados enfermeros, como en cada una de las fases del proceso, fomentando el autocuidado y la independencia de la persona, familia y/o comunidad objeto de nuestros cuidados.

# Anexos



## ANEXO I. CASO PRÁCTICO DE VALORACIÓN FOCALIZADA

### PLAN DE CUIDADOS CON VALORACIÓN FOCALIZADA

A veces, para ser prácticos, necesitamos comenzar a actuar sin perder mucho tiempo en amplias entrevistas. Recabaremos los datos concretos de los patrones afectados para formular un diagnóstico e intervenir, continuando la valoración de los otros patrones en visitas sucesivas.

Alicia tiene 80 años. Está incluida en programa de inmovilizados. Acudo a su domicilio para la administración de un tratamiento médico (Epopen® 3000 S.C.). La paciente demanda ayuda, por lo cual se hace una valoración focalizada.

#### PATRÓN NUTRICIONAL–METABÓLICO:

Presenta irregularidad de horarios.

Tiene poco apetito.

Hace tres comidas al día.

Toma poca fruta y apenas verduras (1 ó 2 raciones por semana).

Legumbres (1 ración cada 2 semanas). Líquidos: 500 cc/día. Le faltan bastantes dientes. Tiene prótesis dental, pero no la quiere utilizar.

#### PATRÓN DE ELIMINACIÓN

Deposiciones cada 4 o 5 días, consistencia dura.

Utiliza laxantes, Duphalac® o Plantaben® a diario.

#### PATRÓN ACTIVIDAD–EJERCICIO

Camina un poco por su casa con ayuda de un bastón.

#### DIAGNÓSTICO DE ENFERMERÍA

Estreñimiento R/C dieta baja en fibra, aporte insuficiente de líquidos, falta de ejercicio, abuso de laxantes M/P deposiciones duras con una frecuencia de 4–5 días.

#### OBJETIVOS

La paciente recuperará un hábito intestinal adecuado en el transcurso de 15 días.

#### PLAN DE CUIDADOS

Encuesta de alimentación previa (conocer hábitos, gustos y preferencias).

Aconsejar una dieta equilibrada incluyendo alimentos ricos en residuos y fibra (cereales, verduras, frutas con piel...).

Beber 2 litros diarios de líquidos.

Explicar los efectos del uso continuado de laxantes. Recomendar su disminución paulatina.

Horario regular (sentarse diariamente al WC relajada, con tiempo, con lectura o música).

Ejercicio: caminar con ayuda del bastón varias veces al día (paseos cortos).

## ANEXO II. CASO PRÁCTICO DE VALORACIÓN GENERAL

### PLAN DE CUIDADOS CON VALORACIÓN GENERAL

Datos iniciales:

Fecha: 31-05-2001

Nombre: PGA

Fecha de nacimiento: 11-02-1911

### VALORACIÓN INICIAL

Percepción/control de la salud (31-05-01):

AF: no recuerda antecedentes familiares de interés.

AP: artrosis generalizada. Osteoporosis. IQ: Extirpación de pólipo benigno en 1956, apendicectomía en 1962, intervención quirúrgica de cataratas. ACV (13-5-2001) hemiparexia izquierda.

Visita domiciliaria tras ingreso hospitalario por ACV para incluir en protocolo de inmovilizada.

Correctamente vacunada del tétanos (1995) y de la gripe (2000).

No fuma. No bebe alcohol. No consume drogas.

No alergias conocidas.

Describe su estado de salud como "jeringado". Ahora ya no puede hacer nada con el brazo y la pierna izquierda. Sólo esperar a ver si la llaman de rehabilitación. Sabe que le dio una trombosis.

Mantiene la conciencia y el conocimiento íntegros.

Tiene pautado tratamiento dietético y farmacológico: Enalapril® (1-0-0), Disgren® (1-0-1), Limovan® (0-0-1).

Mala adherencia al tratamiento farmacológico hasta la actualidad: omite tomas de medicación.

Imagen personal adecuada.

Vive en un cuarto piso sin ascensor. Calefacción de gas cuidada. Buena iluminación. Seguridad no adaptada al nuevo estado de la paciente (ausencia de agarraderas, puntos de apoyo...).

### BARBER

5 (anciano de riesgo).

### NUTRICIONAL/METABÓLICO (31-05-01)

Temperatura: 36,5 °C. Peso: 79Kg Talla: 1,62m. IMC: 30.15 (Obesidad).

Come en su casa. Antes que la familia. Desde el ACV le da su hija la comida. Cuatro comidas al día (desayuno, comida, merienda y cena).

Ingjere:

400 cc leche entera/día.

200 cc manzanilla/día.

40 gr pan/día .

Carne: 0 días/semana.

Pescado: 0 día/semana.

Huevos: 0 semana

Verdura: 7 días a la semana.

Legumbres: nunca.

2/3 piezas de fruta al día.

Dulces/Bollería: 7 días/semana (desayuno y merienda).

Dieta blanda. Comida con poca grasa.

Lácteos en forma de flanes, yogures...

Refiere falta de apetito y malestar de estómago.

No presenta dificultades en la masticación, deglución ni en la digestión.

Piel seca. No heridas.

### NORTON

13 (Riesgo evidente).

### ELIMINACIÓN (31-05-01)

Incontinencia urinaria diurna y nocturna. Usa pañales de incontinencia urinaria. Frecuencia de deposiciones: dos al día de consistencia normal. (Su frecuencia habitual). Sudoración normal.

### ACTIVIDAD/EJERCICIO (31-05-01)

TA: 102/48 mmhg. Fc:72 ppm. Respiración: 32rpm

### ESCALA DE VALORACIÓN FÍSICA DE BARTHEL

2 (muy inválida).

### ESCALA DE VALORACIÓN FUNCIONAL DE BARTHEL DE AVD

30 (incapacidad muy severa).

Tras el ACV, la visten, la peinan, le dan la comida... y permanece durante el día en una silla de ruedas.

Mantiene tonicidad muscular adecuada en parte afecta (izquierda) y en no afecta (derecha). Es diestra.

### OCIO

Radio y T.V. Le gustaba mucho tejer.

### SUEÑO/DESCANSO (3-06-01)

Refiere dormir bien. Se acuesta a las 22 horas y se levanta a las 10 horas.

Duerme siesta de 2,30 a las 5 de la tarde.

Toma un Limovan® por la noche desde hace cuatro años.

### COGNITIVO/PERCEPTIVO (3-06-01)

Estudios primarios. Comprensión y comunicación alterados por hipoacusia bilateral.

Ve mal (presbicia). Usa gafas.

Consciente y orientada.

Lenguaje y memoria conservadas (acordes a la edad).

Refiere dolor en mano izquierda. No toma fármacos para el dolor.

La toma de decisiones la delega en sus hijos.

Pffeifer: 1 (Cognición normal).

### AUTOPERCEPCIÓN/AUTOCONCEPTO (31-05-01)

Se encuentra cansada y débil.

Quejumbrosa.

Dormita en el transcurso de la entrevista. Apática. Asténica.

Esto que la ha pasado es "muy gordo". Ya no hay solución. Ahora es una carga.

Muy baja autoestima. Tiene sentimientos de tristeza y desesperanza.

Yesavage: 7 (probable depresión).

### ROL/RELACIONES (31-05-01)

Buena relación con sus dos hijos, con sus nietos, sobrinos...

Vive sola. Un hijo, nuera y nieta viven en el piso de abajo. La otra hija vive en Oviedo y la visita diariamente (le da la comida). Los otros dos hijos murieron. No la dejan sólo, se turnan para aseo, comida, noche...

Buena red familiar de apoyo. Muy buena colaboración.

### SEXUALIDAD/REPRODUCCIÓN (3-06-01)

Menarquia: 12 años.

Menopausia: 48 años.

Gestaciones/abortos/nacidos vivos: 4/0/4.

No sangrados posmenopáusicos.

### ADAPTACIÓN/TOLERANCIA AL ESTRÉS (31-05-01)

Cambios importantes en los dos últimos años: ACV y hemiparexia izquierda.

Está muy preocupada. Piensa que no va a volver a andar (pese a que la médico rehabilitadora la ha dicho que si pone de su parte sí lo hará). No obstante sigue pendiente de iniciar el tratamiento en rehabilitación (¿Un mes? ¿Dos?)

Pesimismo. Desesperanza. La familia la apoya incondicionalmente. También ayuda a la familia una chica dos horas por las mañanas.

### VALORES/CREENCIAS (3-06-01)

Es creyente y practicante. Fue el cura a verla a casa.

No sabe por qué sigue aquí. Dice que su hora ya llegó, que le queda muy poca vida aquí.

### DIAGNÓSTICO DE ENFERMERÍA

Deterioro de la movilidad física.

R/C deterioro del autocuidado, renuncia a iniciar el movimiento y desconocimiento de capacidades residuales.

M/P descoordinación motora izquierda.

### OBJETIVO GENERAL

La paciente recobrará su máxima capacidad de movilización en el periodo de seis-ocho meses.

### OBJETIVOS ESPECÍFICOS

Conocerá el origen de su hemiparexia y las posibilidades de mejora con rehabilitación en quince días.

Describirá las complicaciones que pueden darse en caso de proseguir la inmovilidad cama/silla de ruedas en un mes (úlceras por presión, estreñimiento, trombosis venosa, articulaciones anquilosadas, disminución de tono y fuerza muscular, trastornos del sueño, autoestima disminuida...).

Conseguirá realizar movimientos de rehabilitación activa progresivamente a partir de los 15 días.

Demostrará técnicas de suplencia con el hemisferio derecho para la realización de AVD (alimentación, higiene...) en un mes.

Discriminará el movimiento, fuerza y posición de las extremidades afectadas.

Tendrá un aumento de la movilización y deambulación de acuerdo con sus capacidades en el tiempo pactado.

Describirá la responsabilidad en sus nuevos cuidados, en su tratamiento farmacológico y en el ejercicio y actividad prescrita al final del proceso de recuperación.

La familia comprenderá la importancia que la paciente actúe de forma independiente en las AVD.

#### Actividades

Enseñanza: consecuencias de la inmovilización: explicar en la primera visita (a la paciente y a su familia) los efectos de la inmovilidad sobre sistemas orgánicos y el motivo de las intervenciones: prevención de nuevos ACV, de espasticidades y dolor, de úlceras por presión...

Insistir en la importancia de mantener las capacidades que posee para mantener independencia en el cuidado de su higiene y alimentación.

Ayuda al autocuidado: dispositivos de adaptación para la higiene (silla en ducha, agarradera en la pared, intimidad...), vestido (ropa amplia, cómoda, velcros...), alimentación (enseres cercanos, agarraderas grandes, pajas, enseres de plástico...). Colocar a mano enseres y útiles de uso más habitual (radio, vaso de agua, pañuelos, y un sistema de llamada...).

Repetir, establecer, ayudar y animar a la paciente en una rutina de autocuidados.

Enseñanza de la actividad/ejercicio prescrito: calentamiento, de forma segura, con ayuda, paulatino, alternando con descansos, pasivos y activos, de AM

(activación muscular), ejercicios isométricos, correcta alineación corporal para evitar contracturas y heridas, cuerpo bien alineado con los pies apoyados....

Mostrar las técnicas claras y sencillas al paciente y a la familia. Adjuntar información escrita. Fundamental la información. Pactar visitas prácticas con ambos.

Fomento del ejercicio: incluir a la familia y a la paciente en la planificación y mantenimiento de un programa de ejercicios. Integrarlos posteriormente en su rutina para recuperar sus capacidades residuales. Como última actividad, y tras el progresivo desarrollo de la musculatura con ejercicios, se enseñará a la paciente el uso de adaptadores (muletas, bastones, andador...) si fuera preciso. Se pactará la elección de alguno de ellos con la familia.

Promover su bienestar global comenzando por la alimentación. La dieta se realizará de forma variada, se incluirán proteínas y se aumentará la ingesta de líquidos hasta un mínimo de 1,5 a 2 litros en forma y gustos de la paciente. Comerá por sí sola, y si es posible al mismo tiempo que alguno de la familia.

Pactar con la paciente actividades y ejercicios que disminuyan su desesperanza y sensación de carga. Que realice todas las actividades que pueda, y las aumente según tolerancia.

Se alentará y reforzará positivamente los avances realizados.

Se motivará tanto a la familia como a la paciente para realizar conjuntamente el programa prescrito.

Se insistirá en la importante repercusión psicológica que el aumento de la independencia tendrá en la paciente.

Se procurará en todo momento que la paciente exprese sus dudas, miedos, deseos o frustraciones.

#### PRIMERA CITA

La paciente y la familia han comprendido los efectos de la inmovilidad sobre sistemas orgánicos y el motivo de las intervenciones.

La paciente come sola, sin ayuda. Enseres a la mano. Plato grande...

Los purés de la comida y cena tienen aporte proteico (carne, pescado o huevo).

La paciente realiza la higiene de cara y peinado sola.

Hace ejercicios de rehabilitación activa y pasiva (ayudada por la familia) "a ratinos", aunque se cansa mucho. También realiza los isométricos enseñados.

Mobiliza sin problemas mano y pierna, ha desaparecido al mover la muñeca el dolor que tenía.

Se pone de pie, guarda el equilibrio el justo tiempo para con pequeños pasos ir a la silla o al cuarto de baño, apoyada en los brazos de quien la ayude. Aún no tiene buen equilibrio ni estabilidad.

La familia ha avisado a un fisioterapeuta particular para que la ayude y les enseñe ejercicios de rehabilitación hasta que le llegue su turno en el hospital.

Ha recuperado el ánimo y las ganas de comer. Manifiesta su deseo de mejorar lo más rápidamente posible para dejar de ser una carga.

Refuerzo muy positivamente, tanto los avances y el esfuerzo de la paciente, como la gran colaboración familiar. Insisto en la lentitud de los procesos de rehabilitación y la necesidad de la constancia y perseverancia para que no desista el ánimo.

#### SEGUNDA CITA

Mejoría. La paciente camina con ayuda a lo largo del pasillo. Acude al baño, a la cocina...

Sigue realizando los ejercicios recomendados.

El fisioterapeuta que va por las tardes le realiza movimientos de movilización activa y pasiva.

La alimentación e ingesta hídrica es adecuada.

No tiene dolor.

Piel hidratada. No heridas.

Se entretiene con las visitas. Una nieta le lee libros que tiene en casa de cuando era joven

Se desespera a veces pues quisiera avanzar más rápido. Le comento que su evolución es muy favorable, que no tenga prisa. Refuerzo positivo de los avances.

#### TERCERA CITA

Alta de plan de cuidados.

La paciente describe los efectos beneficiosos de la movilidad conseguida.

Norton 17 (riesgo mínimo).

Realiza las actividades de la vida diaria de forma casi independiente. Barthel: 65 (incapacidad funcional moderada).

Camina por la casa (no puede bajar escaleras), con ayuda de un bastón.

Ha recuperado las ganas de vivir con su familia, les agradece su apoyo y ha dejado de sentirse una carga inútil. Yesavage: 4 (normal).

## BIBLIOGRAFÍA

- ALFARO-LEFEVRE, R.(1998): *Aplicación del proceso enfermero. Guía paso a paso*. 4.ª Ed. Springer.
- BULECHEK, G.; MCCLOSKEY, J. (2001): *Clasificación de intervenciones de enfermería*. 3.ª Ed. Harcourt.
- CARPENITO, L. (2000): *Manual de diagnósticos de enfermería*. 5.ª Ed. McGraw-Hill Interamericana.
- CONFERENCIA DE BULECHEK, G. (2001): *Haciendo visible la calidad enfermera. NIC y NOC*. Ávila, III Jornadas de Trabajo AENTDE.
- CONFERENCIA DE JONSON, M. (2001): *Haciendo visible la calidad enfermera. NIC y NOC*. Ávila, III Jornadas de Trabajo AENTDE.
- FERNÁNDEZ FERRIN, C.; GARRIDO ABEJAR, M.; SANTO TOMÁS PEREZ, M.; SERRANO PARRA, M.ª D. (1995). *Enfermería Fundamental-Master de Enfermería*. Masson, S.A. Barcelona.
- INSALUD-SECRETARIA GENERAL (1991): *Organización del equipo de atención primaria*. Madrid.
- IYER, P.; TAPTICH, B.; BERNOCCHI-LOSEY, D. (1993): *Proceso de enfermería y diagnóstico de enfermería*. 2.ª Ed. Interamericana.
- JOHNSON, M.; MAAS, M.; MOORHEAD, S. (2001): *Clasificación de resultados de enfermería*. 2.ª Ed. Harcourt.
- LUIS RODRIGO, M.T. (2000): *Los diagnósticos enfermeros*. Masson.
- NANDA. (2001): *Diagnóstico enfermero: definiciones y clasificación 2001-2002*. Harcourt.
- POLO GUTIÉRREZ, A. (1994 ): *Los registros en atención primaria. Información y documentación clínica*.  
-*Fundamentos de enfermería en atención primaria. Colección Enfermería de Postgrado*, Cap. 31, 345-381 Síntesis S.A. Madrid.

## ÍNDICE ANALÍTICO

- Características
  - de las intervenciones 41
  - de los objetivos 38
  - definitorias 34, 35
- Caso práctico
  - de valoración focalizada 49
  - de valoración general 50
- Objetivos
  - componentes 39
  - resultados 38
- Cuestionario de actividad funcional 30
- Datos
  - clasificación 17
  - fuentes 18
  - métodos para la recogida 18
  - organización 18
  - recogida 17
- Diagnóstico
  - de riesgo 34, 35
  - de salud 34, 35
  - de uso prevalente 36
  - definición 35
  - emisión 33
  - enfermero 17, 33, 34, 35, 41, 54
  - etiqueta 35
  - formulación 34
  - nombre 35
  - real 34
  - síndrome 35
  - tipos 34
- Ejecución 46
- Entrevista 19
- Escala
  - de ansiedad de Goldberg 31
  - de depresión geriátrica de Yesavage 31, 51, 53
  - de Norton modificada 25, 28, 50, 53
- Evaluación 44
- Evaluación continua 45
- Factores
  - de riesgo 35
  - relacionados 35
- Formato PES 34
- Índice de Barthel 25, 32, 50, 51, 53
- Intervenciones
  - de enfermería 40
  - finalidad 40
  - independientes 41
  - interdependientes 40
- Mantenimiento de la salud 22
- Mini examen cognitivo de Folsten modificado por Lobo 26, 30
- NANDA II 13, 14, 34-37
- NIC 42, 43, 54
- NOC 10, 13, 39, 40, 43, 54
- Patrones funcionales de salud de M. Gordon
  - actividad–ejercicio 22, 25, 36, 49
  - adaptación–tolerancia al estrés 23
  - autoestima y autopercepción 23, 37, 51
  - cognitivo–perceptual 23, 26
  - control de salud 22, 25
  - eliminación 22, 25, 49, 50
  - nutricional–metabólico 22, 24
  - percepción de salud 22, 24
  - rol–relaciones 23, 26
  - sexualidad–reproducción 23
  - sueño–descanso 22, 26
  - valores–creencias 23, 27
- Planificación
  - de objetivos 38
  - de resultados 38
- Problema interdependiente 35
- Proceso de atención de enfermería 10, 14, 44
- Registros 42, 54
- Remisión al trabajador social 24, 31
- Taxonomía 34
- Test
  - de Cage 24, 31
  - SPMSQ de Pfeiffer 26, 29
- Validación de los datos 19
- Valoración
  - focalizada 18, 46
  - general 13, 18, 48