



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO



ESCUELA NACIONAL DE ENFERMERÍA Y OBSTETRICIA

PROCESO DE ATENCIÓN DE ENFERMERÍA
APLICADO A PACIENTE FEMENINA CON ALTERACIÓN
DE COMUNICACIÓN Y EVITAR PELIGROS MANIFESTADOS
POR AUTO Y ETERO AGRESIÓN

QUE PARA OBTENER EL TÍTULO DE
ENFERMERA GENERAL

PRESENTA:

VILLANUEVA HINOJOSA AYDEE

NÚMERO DE CUENTA: 95225807

DIRECTORA DE TESIS
LEO. MARIA DEL CONSUELO DE LOS REYES GARCIA

CIUDAD DE MÉXICO, 2017



Universidad Nacional
Autónoma de México



UNAM – Dirección General de Bibliotecas
Tesis Digitales
Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS ©
PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

Todo el material contenido en esta tesis esta protegido por la Ley Federal del Derecho de Autor (LFDA) de los Estados Unidos Mexicanos (México).

El uso de imágenes, fragmentos de videos, y demás material que sea objeto de protección de los derechos de autor, será exclusivamente para fines educativos e informativos y deberá citar la fuente donde la obtuvo mencionando el autor o autores. Cualquier uso distinto como el lucro, reproducción, edición o modificación, será perseguido y sancionado por el respectivo titular de los Derechos de Autor.

- PROCESO DE ENFERMERIA PAC CON ALTERACION EN LA NECESIDAD DE COMUNICACIÓN Y EVITAR PELIGROS MANIFESTADOS POR AUTO Y ETERO AGRESION.

INDICE:

1.- INTRODUCCIÓN

2.-JUSTIFICACION

3.-OBJETIVOS

4.-METODOLOGÍA

5. MARCO TEORICO

5.1 ANTECEDENTES HISTORICOS

5.2 DEFINICION DE ENFERMERÍA

5.3 PARADIGMA

5.4 METAPARADIGMA

5.5 PROCESO DE ATENCIÓN DE ENFERMERÍA

5.6 MODELO DE VIRGINIA HENDERSON

6.- MARCO REFERENCIAL

6.1 PRESENTACION DEL CASO

6.2 VALORACION DE LAS 14 NECESIDADES DEL CASO

7.- JERARQUIZACION DE LAS NECESIDADES

8.- PLAN DE INTERVENCIONES DE ENFERMERÍA

9.- PLAN DE ALTA

10.- CONCLUSIONES

11.- ANEXOS

12.- GLOSARIO

1. INTRODUCCION

El proceso de atención de enfermería nos apoya para brindar una atención

Integral a nuestros pacientes al atender a los individuos, sin olvidar que estos son seres que merecen respeto, es necesario tener un adecuado control y continuidad del cuidado que se ha de proporcionar para así mismo brindar una atención de calidad.

La enfermería es una disciplina profesional orientada hacia la práctica y es considerada como ciencia dedicada a las actividades de la prevención, rehabilitación, atención y a la satisfacción de las necesidades del paciente, en el, proceso salud-enfermedad, además de actividades administrativas y de investigación científica.

Actualmente la población mundial está ocasionando que los individuos en su trascendencia entre su independencia para atender sus necesidades y ser autosuficiente llega a un deterioro que paulatinamente los lleva a una soledad y estrés y por falta de familiares ocasiona que lleguen a esta enfermedad y síntomas.

Este trabajo contiene los aspectos teóricos y metodológicos, la valoración y la planeación de las intervenciones de enfermería que se realizó en el hospital psiquiátrico Dr. Héctor Hernán Tovar Acosta.

2. JUSTIFICACION

El presente proceso de Atención de Enfermería es una herramienta metodológica que le permite a la enfermera adquirir un pensamiento crítico que en su trabajo cotidiano le permita ejecutar sus cuidados con calidad para poder descubrir las necesidades alteradas cómo persona, así como su historia de vida, sus familiares y amigos.

Este estudio de caso se ha realizado por que así se podrán conocer las medidas para integrar al individuo a la vida cotidiana con ayuda del equipo de salud y los familiares.

Es satisfactorio que al realizar este proceso se favorezcan al paciente y su familia mediante acciones de enfermería con un enfoque científico y humanístico.

Así mismo el presente es con el propósito de obtener el Título de Enfermera General.

3. OBJETIVOS

OBJETIVOS GENERALES

- ◆ Elaborar un proceso de atención de enfermería que apoye en un paciente a retomar su funcionalidad y así mismo adaptarse a la sociedad.
- ◆ Obtener el título profesional de enfermería por medio de la elaboración del presente proceso.

OBJETIVOS ESPECÍFICOS:

- ◆ Identificar los problemas y/o necesidades que afectan al paciente mediante acciones que permitan su autocuidado.
- ◆ Realizar la valoración para formular los diagnósticos de enfermería como parte la planeación de las intervenciones de enfermería.
- ◆ Proporcionar cuidados de enfermería individualizados, oportunos, a todo paciente mediante acciones que se basen en técnicas y procedimientos mejorando la calidad de atención integral en base a sus necesidades y problemas.

4. METADOLOGIA

Los instrumentos y técnicas que se utilizaron para realizar el proceso de atención de enfermería fueron los siguientes:

La entrevista, historia clínica, valoración, planeación, ejecución y la evaluación.

Se le pidió su autorización al paciente y familiar para la realización de este

Trabajaó.

5. MARCO TEORICO

5.1.- ANTECEDENTES HISTORICOS

La primera teoría de enfermería nace con Florence Nightingale, a partir de ahí nacen nuevos modelos, cada uno de ellos aporta una filosofía para entender la enfermería y el cuidado.

Desde sus orígenes era considerada como una ocupación basada en la práctica y en el conocimiento común, no era considerada como una ciencia, el conocimiento científico aparece con la primera teoría de enfermería.

Florence Nightingale (1820 – 1910) Fundo una escuela de enfermeras y es considerada como fundadora de las escuelas de enfermeras profesionales.

Sus aportaciones pueden considerarse a dos niveles:

a) En el ámbito general de la disciplina enfermera:

- Inicio la búsqueda de un cuerpo de conocimientos propios de la enfermería
- Organizo las enseñanzas y la educación de la profesión.
- Inicio la investigación en enfermería y fue la primera en escribir sobre la disciplina.

b) aportaciones asociadas:

- inicio las organizaciones de la enfermería militar.
- Fue la primera en utilizar la estadística, la epidemiología y los conceptos de higiene, saneamiento dentro de la enfermería

5.2 DEFINICION DE ENFERMERIA

La enfermería es el diagnóstico y el tratamiento de las respuestas humanas ante problemas de salud reales o potenciales.

La profesión de enfermería a través del tiempo ha quedado identificada por la sociedad como cumplidora en su desempeño para ser reconocida como una profesión independiente. Ya que las Intervenciones de enfermería se realizan en beneficio de los pacientes

Los profesionales de enfermería tienen la capacidad para realizar su propia valoración, elaboración de diagnósticos enfermeros, realización de planes de acción, priorizando necesidades para evitar que la vida de los pacientes se encuentre en peligro, hacer ejecución de esas intervenciones planeadas y realizar evaluaciones de las respuestas humanas.

5.3 PARADIGMA

Se define a las grandes corrientes del pensamiento o maneras de ver y comprender el mundo. Estos pensadores han precisado los paradigmas dominantes del mundo

Disciplina

Es un área de investigación y de práctica marcada por una perspectiva única por una manera distinta de examinar los fenómenos.

PARADIGMA DE LA CATEGORIZACION

Los fenómenos son en categorías, clases o grupos definidos, considerados como elementos aislables o manifestaciones.

En la ciencia de la salud busca el factor causante de la enfermedad, dos orientaciones de la enfermería: una centrada en la salud pública y otra centrada en la enfermedad.

PARADIGMA DE LA INTEGRACION.

Los elementos y las manifestaciones de un fenómeno e integrado el contexto específico que se sitúa. Este paradigma ha inspirado la orientación enfermera hacia la persona .

PARADIGMA DE LA TRANSFORMACION

Representa un cambio de mentalidad sin precedentes. Entiende cada fenómeno como único en el sentido de que no se puede parecer totalmente a otro. Este paradigma es la base de una apertura de la ciencia. La enfermería hacia el mundo ha inspirado las nuevas concepciones de la disciplina.

El pensamiento enfermero es una visión lineal única, ha denominado las ideologías y la formación en curso de este siglo, así como en todas las esferas de actividades. Las enfermeras han detectado que la experiencia de salud y enfermedad sobrepasa la linealidad y la clasificación.

Muy pronto han considerado a la persona en su globalidad en interacción con el entorno.

La relación particular entre los conceptos, cuidados, persona, salud y entorno constituyen el núcleo de la disciplina.

5.4 METAPARADIGMA

Es la perspectiva más global de una disciplina, representa el gran marco teórico, dentro del cual son elaboradas estructuras más restringidas.

El metaparadigma identifica los fenómenos propios de la disciplina y la perspectiva general adoptada para observarlos.

DISCIPLINA

Ha sido definida como una perspectiva única, una forma diferenciada de ver los fenómenos lo que definitivamente delimita los límites y naturaleza de sus investigaciones. Una disciplina incluye una rama específica de conocimientos y la forma en que un orden y unas normas son aplicadas al conocimiento.

La disciplina de enfermería incluye el contenido de cuatro patrones de conocimiento diferenciados e íntimamente relacionados entre sí:

Conocimiento empírico, conocimiento ético, conocimiento estético y conocimiento personal.

El conjunto de las teorías de estos cuatro patrones, así como las estrategias de investigación utilizadas para elaborarlas, constituye la totalidad del conocimiento enfermero, el cual está en continua evolución a causa de los cambios y avances que se generan a partir de las investigaciones.

TEORIA

Es una articulación coherente, organizada y sistematizada de un conjunto de afirmaciones relacionadas con preguntas significativas para una disciplina, que son comunicadas en una explicación integral que tiene sentido.

Es una representación simbólica de los aspectos de la realidad que son descubiertos o ideados con el propósito de describir, explicar, predecir o prescribir acontecimientos, situaciones, condiciones o relaciones.

Las teorías tienen conceptos que están relacionados con los fenómenos de la disciplina, al relacionar estos conceptos entre sí se constituyen afirmaciones teóricas.

FENOMENO

Son todos los aspectos de la realidad que pueden ser experimentados o sentidos de forma consciente.

Los fenómenos de una disciplina son todos los aspectos que inciden en su área de competencia.

Un fenómeno es un término, descripción o nivel, usado para identificar una idea acerca de un acontecimiento, una situación, un proceso o un grupo de acontecimientos o situaciones.

5.5 PROCESO DE ATENCION DE ENFERMERIA

- Valoración: es la primera fase del proceso de Enfermería que consiste en la recogida y organización de los datos que conciernen a la persona, familia y entorno. Son la base para las decisiones y actuaciones posteriores
- Diagnóstico de Enfermería. Es el juicio o conclusión que se produce como resultado de la valoración de Enfermería.
- Planificación. Se desarrollan estrategias para prevenir, minimizar o corregir los problemas, así como para promocionar la Salud.
- Ejecución. Es la realización o puesta en práctica de los cuidados programados
- Evaluación. Comparar las repuestas de la persona, determinar si se han conseguido los objetivos establecidos

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

- Identificar las necesidades reales y potenciales del paciente , familia y comunidad.
- Establecer planes de cuidados individuales, familiares o comunitarios.
- Actuar para cubrir y resolver los problemas, prevenir o curar la enfermedad.

El desarrollo del PAE:

Hace falta una interacción entre el personal de enfermería y el paciente además de tener una serie de capacidades:

- Capacidad técnica (manejo de instrumental y aparataje)
- .
- Capacidad intelectual (emitir planes de cuidados eficaces y con fundamento científico).
- Capacidad de relación (saber mirar, empatía y obtener el mayor número de datos para valorar) .

ETAPA DE VALORACIÓN:

Es la primera fase proceso de enfermería, pudiéndose definir como el proceso organizado y sistemático de recogida y recopilación de datos sobre el estado de salud del paciente a través de diversas fuentes: éstas incluyen al paciente como fuente primaria, al expediente clínico, a la familia o a cualquier otra persona que dé atención al paciente. Las fuentes secundarias pueden ser revistas profesionales, los textos de referencia.

*Las enfermeras y enfermeros deben poseer unos requisitos previos para realizar una adecuada valoración del cliente, estos requisitos previos son:

- Las convicciones del profesional: conforman la actitud y las motivaciones del profesional, lo que piensa, siente y cree sobre la enfermería, el hombre, la salud, la enfermedad, etc. Estas convicciones se consideran constantes durante el proceso.
- Los conocimientos profesionales: deben tener una base de conocimientos sólida, que permita hacer una valoración del estado de salud integral del individuo, la familia y la comunidad. Los conocimientos deben abarcar también la resolución de problemas, análisis y toma de decisiones.
- Habilidades: en la valoración se adquieren con la utilización de métodos y procedimientos que hacen posible la toma de datos.
- Comunicarse de forma eficaz. Implica el conocer la teoría de la comunicación y del aprendizaje.
- Observar sistemáticamente. Implica la utilización de formularios o guías que identifican los tipos específicos de datos que necesitan recogerse.
- Diferenciar entre signos e inferencias y confirmar las impresiones. Un signo es un hecho que uno percibe a través de uso de los sentidos y una inferencia es el juicio o interpretación de esos signos. Las enfermeras a menudo hacen inferencias extraídas con pocos o ningún signo que las apoyen, pudiendo dar como resultado cuidados de Enfermería inadecuados.

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

- Criterios de valoración siguiendo un orden de "cabeza a pies": sigue el orden de valoración de los diferentes órganos del cuerpo humano, comenzando por el aspecto general desde la cabeza hasta las extremidades, dejando para el final la espalda, de forma sistemática.
- Criterios de valoración por "sistemas y aparatos": se valora el aspecto general y las constantes vitales, y a continuación cada sistema o aparato de forma independiente, comenzando por las zonas más afectadas.

Criterios de valoración por "patrones Funcionales de Salud": la recogida de datos pone de manifiesto los hábitos y costumbres del individuo/familia determinando el funcionamiento positivo, alterado o en situación de riesgo con respecto al estado de Salud.

Esta etapa cuenta con una valoración inicial, donde deberemos de buscar:

- Datos sobre los problemas de salud detectados en el paciente.
- Factores Contribuyentes en los problemas de salud.

En las valoraciones posteriores, tenemos que tener en cuenta:

- Confirmar los problemas de salud que hemos detectado.
- Análisis y comparación del progreso o retroceso del paciente.
- Determinación de la continuidad del plan de cuidados establecido.
- Obtención de nuevos datos que nos informen del estado de salud del paciente.

En la recogida de datos necesitamos:

- Conocimientos científicos (anatomía, fisiología,) básicos (capacidad de la enfermera de tomar decisiones)
- .
- Habilidades técnicas e interprofesionales (relación con otras personas) .
- Convicciones (ideas, creencias)
- Capacidad creadora
- .
- Sentido común
- .
- Flexibilidad.

Tipos de datos a recoger:

Un dato es una información concreta, que se obtiene del paciente, referido a su estado de salud o las respuestas del paciente como consecuencia de su estado. Nos interesa saber las características personales, capacidades ordinarias en las actividades, naturaleza de los problemas, estado actual de las capacidades.

Los tipos de datos:

- datos subjetivos: No se pueden medir y son propios de paciente. Lo que la persona dice que siente o percibe. Solamente el afectado los describe y verifica. (Sentimientos)
- datos objetivos: se pueden medir por cualquier escala o instrumento (cifras de la tensión arterial)

- datos históricos - antecedentes: Son aquellos hechos que han ocurrido anteriormente y comprenden hospitalizaciones previas, enfermedades crónicas o patrones y pautas de comportamiento (eliminación, adaptaciones pasadas, etc.). Nos ayudan a referenciar los hechos en el tiempo. (Hospitalizaciones previas)
- datos actuales: son datos sobre el problema de salud actual.

Métodos para obtener datos:**A) Entrevista Clínica:**

Es la técnica indispensable en la valoración, ya que gracias a ella obtenemos el mayor número de datos.

Existen dos tipos de entrevista, ésta puede ser formal o informal. La entrevista formal consiste en una comunicación con un propósito específico, en la cual la enfermera realiza la historia del paciente. El aspecto informal de la entrevista es la conversación entre enfermera y paciente durante el curso de los cuidados.

La entrevista es un proceso que tiene cuatro finalidades, éstas son

- Obtener información específica y necesaria para el diagnóstico enfermero y la planificación de los cuidados.
- Facilitar la relación enfermera/paciente.
- Permitir al paciente informarse y participar en la identificación de sus problemas Y en el planteamiento de sus objetivos Y también.

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

La entrevista consta de tres partes: Iniciación, cuerpo y cierre

- **Iniciación:** Se comienza por una fase de aproximación y se centra en la creación de un ambiente favorable, en donde se desarrolla una relación interpersonal positiva.
- **Cuerpo:** La finalidad de la conversación en esta parte se centra en la obtención de la información necesaria. Comienza a partir del motivo de la consulta o queja principal del paciente y se amplía a otras áreas como historial médico, información sobre la familia y datos sobre cuestiones culturales o religiosas. Existen formatos estructurados o semiestructurados para la recogida sistematizada y lógica de la información pertinente sobre el paciente.
- **Cierre:** Es la fase final de la entrevista. No se deben introducir temas nuevos. Es importante resumir los datos más significativos. También constituye la base para establecer las primeras pautas de planificación.

La entrevista clínica tiene que ser comprendida desde dos ámbitos:

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

La entrevista puede verse interrumpida por los ruidos, entendiéndose por esto no solamente los ruidos audibles sino también, la imagen global que ofrece el centro sanitario. Éstas pueden ser controladas por el entrevistador en la mayoría de los casos. Tres tipos de interferencias:

- **Interferencia cognitiva:** Consisten en que el problema del paciente no es percibido o comprendido por el entrevistador.
- **Interferencia emocional:** Es frecuente, consiste en una reacción emocional adversa del paciente o del entrevistador. Los estados emocionales extremos como ansiedad, depresión, miedo a una enfermedad grave o a lo desconocido, dolor o malestar. Por parte del profesional, agresividad, excesiva valoración de sí mismos, excesiva proyección sobre los pacientes.

- Interferencia social: En este caso las diferencias sociales conllevan en el profesional una menor conexión emocional a una menor implicación, y a prestar menor información al paciente.

Las técnicas verbales son:

- El interrogatorio permite obtener información, aclarar respuestas y verificar datos.
- La reflexión o reformulación, consiste en repetir o expresar de otra forma lo que se ha comprendido de la respuesta del paciente, permite confirmar y profundizar en la información.
- Las frases adicionales, estimula la continuidad del proceso verbal de la entrevista.
- Las técnicas no verbales: Facilitan o aumentan la comunicación mientras se desarrolla la entrevista, estos componentes no verbales son capaces de transmitir un mensaje con mayor efectividad incluso que las palabras habladas, las más usuales son:
 - Expresiones faciales,
 - La forma de estar y la posición corporal,
 - Los gestos,
 - El contacto físico,
 - La forma de hablar.

Para finalizar la entrevista concretaremos las cualidades que debe tener un entrevistador: empatía, calidez, concreción y respeto.

- Empatía: Entendemos por empatía la capacidad de comprender (percibir) correctamente lo que experimenta nuestro interlocutor, no basta con comprender al cliente, si no es capaz de transmitirle esa comprensión. La empatía consta de dos momentos, uno en el que el entrevistador es capaz de interiorizar la situación emocional del cliente, Y otro en el que le da a entender que la comprende.
- Calidez: Es la proximidad afectiva entre el paciente y el entrevistador. Se expresa solo a nivel no verbal
- Respeto: Es la capacidad del entrevistador para transmitir al paciente que su problema le atañe, y que se preocupa por él preservando su forma de

pensar, sus valores ideológicos y éticos. Implica el aprecio de la dignidad y valor del paciente y el reconocimiento como persona.

- **Concreción:** Es la capacidad del entrevistador para delimitar los objetivos mutuos Y compartidos de la entrevista.

nos aporta una quinta característica del entrevistador:

La autenticidad, ésta supone que «uno es él mismo cuando lo que dice está acorde con sus sentimientos».

B) La observación :

En el momento del primer encuentro con el paciente, la enfermera comienza la fase de recolección de datos por la observación, que continua a través de la relación enfermera-paciente.

Es el segundo método básico de valoración, la observación sistemática implica la utilización de los sentidos para la obtención de información tanto del paciente, como de cualquier otra fuente significativa Y del entorno, así como de la interacción de estas tres variables. La observación es una habilidad que precisa práctica y disciplina. Los hallazgos encontrados mediante la observación han de ser posteriormente confirmados o descartados.

C) La exploración física :

La actividad final de la recolección de datos es el examen físico. Debe explicarse al paciente en qué consiste el examen y pedir permiso para efectuarlo.

Exploración física. Se centra en: determinar en Profundidad la respuesta de la persona al proceso de la enfermedad, obtener una base de datos para poder establecer comparaciones y valorar la eficacia de las actuaciones, confirmar los datos subjetivos obtenidos durante la entrevista. La enfermera utiliza cuatro técnicas específicas: inspección, palpación, percusión y auscultación.

- **Inspección:** es el examen visual cuidadoso y global del paciente, para determinar estados o respuestas normales o anormales. Se centra en las características físicas o los comportamientos específicos (tamaño, forma, posición, situación anatómica, color, textura, aspecto, movimiento y simetría).
- **Palpación:** Consiste en la utilización del tacto para determinar ciertas características de la estructura corporal por debajo de la piel (tamaño, forma, textura, temperatura, humedad, pulsos, vibraciones, consistencia y movilidad). Esta técnica se utiliza para la palpación de órganos en

abdomen. Los movimientos corporales Y la expresión facial son datos que nos ayudarán en la valoración

- Percusión: implica el dar golpes con uno o varios dedos sobre la superficie corporal, con el fin de obtener sonidos. Los tipos de sonidos que podemos diferenciar son: Sordos, aparecen cuando se percuten músculos o huesos. Mates: aparecen sobre el hígado y el bazo. Aparecen cuando percutimos sobre el pulmón normal lleno de aire Y Timpánicos: se encuentra al percutir el estómago lleno de aire o un carrillo de la cara.
- Auscultación: consiste en escuchar los sonidos producidos por los órganos del cuerpo. Se utiliza el estetoscopio y se determinan características sonoras de pulmón, corazón e intestino. También se pueden escuchar ciertos ruidos aplicando solo la oreja sobre la zona a explorar.

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

- Desde la cabeza a los pies: Este enfoque comienza por la cabeza y termina de forma sistemática Y simétrica hacia abajo, a lo largo del cuerpo hasta llegar a los pies.
- Por sistemas corporales o aparatos, nos ayudan a especificar que sistemas precisan más atención.
- Por patrones funcionales de salud, permite la recogida ordenada para centrarnos en áreas funcionales concretas.

La información física del paciente que se obtiene es idéntica en cualquiera de los métodos que utilicemos.

VALIDACIÓN DE DATOS :

Significa que la información que se ha reunido es verdadera (basada en hechos). Esto es la debemos asegurarnos de que el paciente quiere indicar lo que de hecho dice. Se consideran datos verdaderos aquellos datos susceptible de ser evaluados con una escala de medida precisa, peso, talla, etc.

Los datos observados y que no son medibles, en principio, se someten a validación confrontando los datos o buscando nuevos datos que apoyen o se contrapongan a los primeros.

ORGANIZACIÓN DE LOS DATOS :

Es el cuarto paso en la recogida de datos, en esta etapa se trata de agrupar la información, de forma tal que nos ayude en la identificación de problemas, el modo más habitual de organizar los datos es por necesidades, o por patrones funcionales etc. La información ya ha sido recogida y validada, ahora los datos se organizan mediante categorías de información. Estas categorías ya las hemos visto en el apartado de examen físico y como habíamos apuntado, para el establecimiento de la agrupación, se debe elegir la que más se adapte al modelo desarrollado en cada centro asistencial, etc.

Los componentes de la valoración del paciente que hemos seleccionado como necesarios hoy en día son:

- Datos de identificación.
- Datos culturales y socioeconómicos.
- Historia de salud: Diagnósticos médicos, problemas de salud; resultados de pruebas diagnósticas y los tratamiento prescritos.
- Valoración física
- Patrones funcionales de salud.

La valoración mediante patrones funcionales (funcionamiento) se realiza en términos mensurables y no abstractos (necesidades), en este sentido los patrones funcionales de salud facilitan la valoración, aunque no por ello hay que entender que la valoración de los patrones funcionales es opuesta a la valoración de necesidades; antes al contrario, se complementan.

Aquí aportaremos que los diagnósticos de enfermería nos ayudan en la tarea de fundamentar los problemas detectados en las necesidades humanas, esto es, nos confirmarán la carencia de las necesidades básicas. Este tipo de fundamentación debería ser estudiado profundamente.

DOCUMENTACION Y REGISTRO DE LA VALORACIÓN:

Es el segundo componente de la fase de valoración y las razones que justifican su uso son de manera esquemática las que siguen:

- Constituye un sistema de comunicación entre los profesionales del equipo sanitario.
- Facilita la calidad de los cuidados al poder compararse con unas normas de calidad (véase tema referente a la garantía de la calidad de los cuidados enfermeros).

- Permite una evaluación para la gestión de los servicios enfermeros, incluida la gestión de la calidad.
- Prueba de carácter legal
- Permite la investigación en enfermería
- Permite la formación pregrado y postgrado

Las normas para la correcta anotación de registros en la documentación son:

A) Deben estar escritos de forma objetiva, sin prejuicios, juicios de valor u opiniones personales, también hay que anotar (entre comillas), la información subjetiva que aporta el paciente, los familiares y el equipo sanitario.

B) Las descripciones e interpretaciones de los datos objetivos se deben apoyar en pruebas y observaciones concretas.

C) Se deben evitar las generalizaciones y los términos vagos como, «normal," «regular", etc.

D) Los hallazgos deben describirse de manera meticulosa, forma, tamaño, etc.

E) La anotación debe ser clara y concisa.

F) Se escribirá de forma legible y con tinta indeleble. Trazar una línea sobre los errores.

G) Las anotaciones serán correctas ortográfica y gramaticalmente. Se usarán solo las abreviaturas de uso común.

FASE DE DIAGNÓSTICO :

Según se utilice el PAE de 4 fases o el de 5 es el paso final del proceso de valoración o la segunda fase. 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. En ella se va a exponer el proceso mediante el cual estaremos en condiciones de establecer un problema clínico y de formularlo para su posterior tratamiento, bien sea diagnóstico enfermero o problema interdependiente.

Diagnóstico de enfermería real se refiere a una situación que existe en el momento actual. Problema potencial se refiere a una situación que puede ocasionar dificultad en el futuro.

Un diagnóstico de enfermería no es sinónimo de uno médico.

Si las funciones de Enfermería tienen tres dimensiones, dependiente, interdependiente e independiente, según el nivel de decisión que corresponde a

la enfermera, surgirán problemas o necesidades en la persona que competirán a un campo u otro de actuación:

- La dimensión dependiente de la práctica de la enfermera incluye aquellos problemas que son responsabilidad directa del médico que es quien designa las intervenciones que deben realizar las enfermeras. La responsabilidad de la enfermera es administrar el tratamiento médico prescrito.
- La dimensión interdependiente de la enfermera, se refiere a aquellos problemas o situaciones cuya prescripción y tratamiento colaboran las enfermeras y otros profesionales de la Salud. Estos problemas se describirán como problemas colaborativo o interdependiente, y son complicaciones fisiológicas que las enfermeras controlan para detectar su inicio o su evolución y colaboran con los otros profesionales para un tratamiento conjunto definitivo
- Dimensión independiente de la enfermera, es toda aquella acción que es reconocida legalmente como responsabilidad de Enfermería, y que no requiere la supervisión o dirección de otros profesionales. Son los Diagnósticos de Enfermería. (D.E.)

Los pasos de esta fase son:

1.- Identificación de problemas:

- Análisis de los datos significativos, bien sean datos o la deducción de ellos, es un planteamiento de alternativas como hipótesis
- Síntesis es la confirmación, o la eliminación de las alternativas.

2 .- Formulación de problemas. Diagnóstico de enfermería y problemas interdependientes.

C. Componentes de los Categorías Diagnósticos aceptadas por la NANDA:

Hay que considerar la importancia de los beneficios específicos de una taxonomía diagnóstica en los distintos ámbitos del quehacer profesional, elaboró un documento en el que especificaba estos beneficios:

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

aplicados por otros enfermeros. Es evidente que esto no es posible llevarlo a cabo sin disponer de un lenguaje común previo que aúne los criterios y facilite la comunicación e intercambio de datos. En este momento los Diagnósticos enfermeros pueden contribuir a la consolidación de la disciplina en Enfermería mediante líneas de investigación dirigidas a:

- Determinar la compatibilidad de una taxonomía con cada uno de los modelos conceptuales.
 - Validar en distintos ámbitos culturales las características definitorias y los factores relacionados de los Diagnósticos de Enfermería aceptados.
 - Comparar la eficacia de las diversas intervenciones propuestas ante un mismo Diagnóstico.
 - Realizar el análisis epidemiológico de los diagnósticos que presenta una población determinada
 - Identificar nuevas áreas de competencia en Enfermería, o completar las ya identificadas, mediante el desarrollo y validación de nuevos Diagnósticos.
- Docencia: la inclusión de los Diagnósticos de Enfermería en el currículum básico debe iniciarse y continuarse de forma coherente, y prolongarse de forma progresiva a lo largo de todo el currículum. Permite:
 - Organizar de manera lógica, coherente Y ordenada los conocimientos de Enfermería que deberían poseer los alumnos
 - Disponer de un lenguaje compartido con otros profesionales, con los enfermeros docentes y con los propios alumnos, lo cual facilita enormemente la transmisión de ideas y conceptos relacionados con los cuidados.
 - Asistencial: El uso de los Diagnósticos en la práctica asistencial favorece la organización y profesionalización de las actividades de enfermería, al permitir:
 - identificar las respuestas de las personas ante distintas situaciones de Salud
 - Centrar los cuidados brindados en las respuestas humanas identificadas a través de una valoración propia

- Aumentar la efectividad de los cuidados al prescribir actuaciones de Enfermería específicas orientadas a la resolución o control de los problemas identificados.
- Organizar, definir y desarrollar la dimensión propia del ejercicio profesional
- Delimitar la responsabilidad profesional, lo que como beneficio secundario crea la necesidad de planificar y registrar las actividades realizadas.
- Diferenciar la aportación enfermera a los cuidados de Salud de las hechas por otros profesionales.
- Unificar los criterios de actuación ante los problemas o situaciones que están dentro de nuestra área de competencia.

Algunas de las ventajas que comportan la utilización de los Diagnósticos de Enfermería en este ámbito son:

- Ayudar a determinar los tiempos medios requeridos, Y por tanto, las cargas de trabajo de cada unidad o centro, al facilitar la organización y sistematización de las actividades de cuidados.
- Permitir, como consecuencia, una mejor distribución de los recursos humanos y materiales.
- Favorece la definición de los puestos de trabajo, ya que ésta podría incluir la habilidad para identificar y tratar los Diagnósticos de Enfermería que se dan con mayor frecuencia.
- Posibilitar la determinación de los costes reales de los servicios de Enfermería, y consecuentemente, los costes reales de los cuidados brindados al usuario.
- Facilitar el establecimiento de criterios de evaluación de la calidad de los servicios de Enfermería brindados en un centro o institución.
- Identificar las necesidades de formación para grupos profesionales específicos.

Los componentes de las categorías diagnósticas, aceptadas por la NANDA para la formulación y descripción diagnóstica, en 1990 novena conferencia se aceptaron 90 categorías diagnósticas. Cada categoría diagnóstica tiene 4 componentes:

1.- Etiqueta descriptiva o título: ofrece una descripción concisa del problema (real o potencial). Es una frase o término que representa un patrón.

2.- Definición: expresa un significado claro y preciso de la categoría y la diferencia de todas las demás.

3.- Características definitorias: Cada diagnóstico tiene un título y una definición específica, ésta es la que nos da el significado propiamente del diagnóstico, el título es solo sugerente.

4.- Las características que definen los diagnósticos reales son los signos y síntomas principales siempre presentes en el 80-100% de los casos. Otros signos y síntomas, que se han calificado como secundarios están presentes en el 50-79% de los casos, pero no se consideran evidencias necesarias del problema.

5.- Factores etiológicos y contribuyentes o factores de riesgo: Se organizan entorno a los factores fisiopatológicos, relacionados con el tratamiento, la situación y la maduración, que pueden influir en el estado de salud o contribuir al desarrollo del problema. Los diagnósticos de enfermería de alto riesgo incluyen en su enunciado los factores de riesgo, por ejemplo es:

- F. Fisiopatológicos (biológico y psicológicos): shock, anorexia nerviosa
- F. de Tratamiento (terapias, pruebas diagnósticas, medicación, diálisis, etc.)
 - De medio ambiente como, estar en un centro de cuidados crónicos, residuos tóxicos, etc.
 - Personales, como encontrarnos en el proceso de muerte, divorcio, etc.
- F. de Maduración: paternidad/maternidad, adolescencia, etc.

D) Tipos de diagnósticos:

Antes de indicar la forma de enunciar los diagnósticos establezcamos que tipos de diagnósticos hay, pudiendo ser de cuatro tipos, que son: reales, de alto riesgo, de bienestar o posibles.

- Real: representa un estado que ha sido clínicamente validado mediante características definitorias principales identificables. Tiene cuatro

componentes: enunciado, definición características que lo definen y factores relacionados. El enunciado debe ser descriptivo de la definición del Diagnóstico y las características que lo definen. El término "real" no forma parte del enunciado en un Diagnóstico de Enfermería real. Consta de tres partes, formato PES: problema (P) + etiología, factores causales o contribuyentes (E) + signos/síntomas (S). Estos últimos son los que validan el Diagnóstico.

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

Podemos añadir un quinto tipo:

- De síndrome: comprenden un grupo de Diagnósticos de Enfermería reales o potenciales que se suponen que aparecen como consecuencia de un acontecimiento o situación determinados. Los Diagnósticos de Enfermería de Síndrome son enunciados de una parte, con la etiología o

factores concurrentes para el Diagnóstico contenidos en la denominación diagnóstica.

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

- Unir la primera parte (P) con la segunda (E) utilizando " relacionado con" mejor que "debido a" o "causado por". No quiere significar necesariamente que hay una relación causa-efecto directa.
- La primera parte del Diagnóstico identifica la respuesta de la persona, y no una actividad de Enfermería.
- Redactar en términos convenientes y aconsejables desde el punto de vista legal
- Escribir el Diagnóstico sin emitir juicios de valor, sino basarse en datos objetivos y subjetivos que se hayan recogido y validado con el usuario.
- Evitar invertir el orden de las partes del Diagnóstico, puede llevar a un enunciado confuso.
- No mencionar signos y síntomas en la primera parte del Diagnóstico.
- No indique el Diagnóstico de Enfermería como si fuera un Diagnóstico médico.
- No escriba un Diagnóstico de Enfermería que repita una orden médica.
- No rebautice un problema médico para convertirlo en un Diagnóstico de Enfermería.
- No indique dos problemas al mismo tiempo, dificulta la formulación de los objetivos.

PLANIFICACIÓN DE LOS CUIDADOS DE ENFERMERÍA :

Una vez hemos concluido la valoración e identificado las complicaciones potenciales (problemas interdependientes) y los diagnósticos enfermeros, se procede a la fase de planeación de los cuidados o tratamiento enfermero. En esta fase se trata de establecer y llevar a cabo unos cuidados de enfermería, que conduzcan al cliente a prevenir, reducir o eliminar los problemas detectados.

Etapas en el Plan de Cuidados:

- **Establecer prioridades en los cuidados.** Selección. Todos los problemas y/o necesidades que pueden presentar una familia y una comunidad raras veces pueden ser abordados al mismo tiempo, por falta de disponibilidad de la enfermera, de la familia, posibilidades reales de

intervención, falta de recursos económicos, materiales y humanos.. Por tanto, se trata de ordenar jerárquicamente los problemas detectados.

- **Planteamiento de los objetivos del cliente 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.

Son necesarios porque proporcionan la guía común para el equipo de Enfermería, de tal manera que todas las acciones van dirigidas a la meta propuesta. Igualmente formular objetivos permite evaluar la evolución del usuario así como los cuidados proporcionados.

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 actuaciones 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 y/o familia realizan para hacer realidad los objetivos. Estas acciones se consideran instrucciones u órdenes enfermeras que han 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 reducir o eliminar los factores concurrentes o el Diagnóstico, 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 interdisciplinarios tratan de monitorizar los cambios de situación, controlar los cambios de situación con intervenciones prescritas por la enfermera o el médico y evaluar la respuesta.

- **Documentación y registro**

DETERMINACIÓN DE PRIORIDADES:

Es un paso en la fase de planeación en la que se debe priorizar, qué problemas serán los que se incluyan en el plan de cuidados y por tanto tratados, éstos deben consensuarse con el cliente, de tal forma que la no realización de este requisito puede conducirnos a errores y a pérdidas de tiempo, por el contrario su uso nos facilitará aún más la relación terapéutica.

Se trata de establecer las necesidades que son prioritarias para el paciente. Creemos que es de interés indicar aquí, que bajo una concepción holístico-humanista, la insatisfacción de las necesidades básicas provoca la enfermedad, esta carencia coloca a la persona en un estado de supervivencia, a pesar de ello y en determinadas ocasiones de libre elección, la persona prefiere satisfacer unas necesidades, privándose de otras. Es obvio añadir que son problemas prioritarios las situaciones de emergencia, como problemas de carácter fisiológico con excepción de la urgencia en los procesos de morir.

Por lo tanto daremos preferencia a aquellos diagnósticos de enfermería y complicaciones potenciales, referidos a las necesidades que el paciente da prioridad consensualmente con la enfermera/o. En realidad las actividades que la enfermería desarrolla con y para las personas tienen suma importancia dentro del campo asistencial y del desarrollo humano, ya que les ayuda a detectar, reconocer y potenciar sus propios recursos, esto es satisfacer sus necesidades humanas, favorece en gran medida la recuperación de la enfermedad.

Queremos hacer hincapié en la importancia que tienen las acciones de promoción de la salud enfocadas desde el cambio de estilo de vida, actividades que son exclusivamente responsabilidad de la enfermería y que aún no se han asumido.

PLANTEAMIENTO DE LOS OBJETIVOS:

Una vez que hemos priorizado los problemas que vamos a tratar, debemos definir los objetivos que nos proponemos con respecto a cada problema, teniendo presente que los objetivos sirven para:

- Dirigir los cuidados.
- Identificar los resultados esperados.
- Medir la eficacia de las actuaciones.

Lo que se pretende con los objetivos de las actuaciones enfermeras es establecer qué se quiere conseguir, cómo, cuándo y cuánto. Existen dos tipos de objetivos:

- Objetivos de enfermería o criterios de proceso.
- Objetivos del paciente/cliente o criterios de resultado

Normas generales para la descripción de objetivos

- Escribir los objetivos en términos que sean observables y puedan medirse.
- Describir los objetivos en forma de resultados o logros a alcanzar, y no como acciones de enfermería.
- Elaborar objetivos cortos.
- Hacer específicos los objetivos.
- Cada objetivo se deriva de sólo un diagnóstico de enfermería.
- Señalar un tiempo específico para realizar cada objetivo.

*** OBJETIVOS DE ENFERMERÍA:**

Estos objetivos dirigen las actuaciones enfermeras hacia tres grandes áreas para ayudar al paciente:

- A encontrar sus puntos fuertes, esto es, sus recursos de adaptación adecuados para potenciarlos.
- A buscar nuevos sistemas y recursos de adaptación.
- A conocer su estilo de vida y ayudarlo a modificarlo, si no fuera competente para el cambio, bien por una disminución de los recursos propios o por una inadecuación de los mismos.

Los objetivos de enfermería no se suelen escribir en el plan de cuidados, a excepción de que sea para los alumnos, en cualquier caso deben responder a preguntas sobre: capacidades limitaciones y recursos del individuo que se pueden fomentar, disminuir/aumentar o dirigir. Nos dice que «la identificación

de las actuaciones apropiadas y los objetivos afines dependen de que la enfermera reconozca los puntos fuertes del paciente y sus familiares; de su comprensión de los cambios fisiopatológicos que sufre el enfermo y de su sensibilidad a la respuesta emocional¹, psicológica e intelectual del sujeto a la enfermedad.». Esta consideración nos aporta la idea de comprensión de lo que la persona hace, piensa y siente con respecto a él mismo, a la enfermedad, al medio que le rodea, etc., esto es, reconocer y comprender sus sistemas de vida y sus recursos.

Los objetivos de enfermería se describen en el tiempo a:

- Objetivos a corto plazo: Son los resultados que pueden lograrse de modo favorable y rápido, en cuestión de horas o días. Estos son adecuados especialmente para establecer la atención inmediata en situaciones de urgencia cuando los pacientes son inestables y los resultados a largo plazo son inciertos.

- Medio plazo: para un tiempo intermedio, estos objetivos son también intermedios, de tal forma que, podamos utilizarlos para reconocer los logros del paciente y mantener la motivación.

- Objetivos a largo plazo: Son los resultados que requieren de un tiempo largo.

Existen dos tipos:

- Uno, abarca un período prolongado y requiere de acciones continuas de enfermería, que median directamente entre el objetivo y su logro.
- Otro, se obtiene mejor a través de una secuencia de objetivos a corto plazo. Este segundo tipo no requiere de la acción directa de enfermería, dado que las acciones de enfermería acompañan a los objetivos a corto plazo..

OBJETIVOS DEL CLIENTE/PACIENTE :

Al describir los objetivos debemos entender que estamos prefijando los resultados esperados, esto es, los cambios que se esperan en su situación, después de haber recibido los cuidados de enfermería como tratamiento de los problemas detectados y responsabilidad de la enfermera/o. Los objetivos del cliente se anotan en términos de lo que se espera que haga el cliente, esto es, como conductas esperadas.

Las principales características de los objetivos del cliente son tres:

- Deben ser alcanzables, esto es, asequibles para conseguirlos.
- Deben ser medibles, así se describen con verbos mensurables del tipo de, afirmar, hacer una disminución, hacer un aumento, toser, caminar, beber, etc.
- Deben ser específicas en cuanto a contenido (hacer, experimentar o aprender) y a sus modificadores (quién, cómo, cuándo, dónde, etc.). Así, al verbo se le añaden las preferencias e individualidades, Ejemplo: el paciente caminará (verbo) por el jardín (dónde) después de comer (cuándo) durante 15 minutos (cuánto).

Los contenidos se describen como verbos y como ya hemos dicho que sean mensurables. En cuanto a los objetivos cuyo contenido es el área de aprendizaje quisiéramos aportar los ámbitos que B. Bloom hace del aprendizaje, referidos como objetivos de la educación.

- Cognoscitivos: estos objetivos se fundamentan en la memoria o reproducción de algo adquirido mediante el aprendizaje, así como objetivos que precisan actividad de carácter intelectual (determinación de problemas, reestructuración), Los objetivos abarcan desde un mero repaso a la alta originalidad.
- Afectivos: son objetivos que hacen hincapié en la tensión sentimental, una emoción o cierto grado de simpatía o repulsa. Oscilan entre una simple atención a la toma de conciencia de gran complejidad. Son objetivos que describen intereses, actitudes, conceptuaciones, valores y tendencias emotivas,
- Psicomotores: estos objetivos se proponen el desarrollo muscular o motor, ciertas manipulaciones de materias u objetos, o actos que precisan coordinación neuromuscular, Son habilidades.

La lectura de Bloom nos ayuda a conocer y adquirir habilidad para describir de una manera correcta los objetivos en el área del aprendizaje.

ACTIVIDADES DE ENFERMERÍA :

Las actuaciones enfermeras son aquellas intervenciones específicas que van dirigidas a ayudar al paciente al logro de los resultados esperados. Para ello se elaborarán acciones focalizadas hacia las causas de los problemas, es decir, las

actividades de ayuda deben ir encaminadas a eliminar los factores que contribuyen al problema.

El paciente y los familiares deben participar, siempre que sea posible, en las decisiones relativas a las intervenciones enfermeras encaminadas al logro de los objetivos. Para identificar las intervenciones es aconsejable conocer los puntos fuertes y débiles del paciente y sus familiares, como se explicó anteriormente.

Del modelo bifocal de los diagnósticos de enfermería, podríamos decir que se desprende la responsabilidad del tratamiento tanto, de los diagnósticos enfermeros como de las complicaciones fisiológicas, para ello, el modelo establece dos tipos de prescripciones: enfermera y médica:

- Prescripciones enfermeras: Son aquellas en que la enfermera puede prescribir independiente para que el personal de enfermería ejecute la prescripción. Estas prescripciones tratan y controlan los diagnósticos enfermeros.

- Prescripciones médicas: Son actuaciones prescritas por el médico, representan tratamientos de problemas interdisciplinarios que la enfermera inicia y maneja. La enfermera/o toma decisiones independientes tanto en los diagnósticos de enfermería como en los problemas interdisciplinarios.

En la elaboración de actividades han de tenerse presente los recursos materiales, desde la estructura física del servicio hasta su equipamiento; también hay que tener en cuenta, los recursos humanos, en la cantidad y la cualificación de los distintos estamentos que van a intervenir con nosotros; también influyen los recursos financieros.

Tipo de actividades de enfermería:

- 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 actuación médica
- Interdependientes: Son aquellas actividades que la enfermera lleva a cabo junto a otros miembros del equipo de salud. Estas actuaciones pueden implicar la colaboración de asistentes sociales, expertos en nutrición.
- Independientes: Son aquellas actividades de la enfermería dirigidas hacia las respuestas humanas que está legalmente autorizada a atender, gracias a su formación y experiencia práctica. Son actividades que no requieren la orden previa de un médico.

Las características de las actuaciones de enfermería son:

- Serán coherentes con el plan de cuidados, es decir, no estarán en desacuerdo con otros planes terapéuticos de otros miembros del equipo.
- Estarán basadas en principios científicos. Recordemos los paradigmas de salud sobre los que se basa contemporáneamente la enfermería, empírico-analítico, hermenéutico-interpretativo y socio-crítico, éstos fundamentan las decisiones y actuaciones enfermeras.
- Serán individualizados para cada situación en concreto. Los cuidados de un paciente difieren de los de otro, aunque tengan diagnósticos enfermeros y médicos iguales o similares.
- Se emplearán para proporcionar un medio seguro y terapéutico.
- Van acompañadas de un componente de enseñanza y aprendizaje.
- Comprenderán la utilización de los recursos apropiados.

Desde un punto de vista funcional la enfermería planifica actuaciones en las diferentes áreas de la salud, la enfermedad y el desarrollo humano:

- Promoción de la salud.
- Prevenir las enfermedades ,
- Restablecer la salud
- Rehabilitación.
- Acompañamiento en los estados agónicos.

A este tipo de actividades hay que añadir las actividades de estudio, diagnóstico y tratamiento de la enfermedad delegadas por la medicina, por ejemplo realización de Pruebas diagnósticas, aplicación de fármacos, etc.

Las acciones más habituales de la planificación de los cuidados de enfermería integrales, entorno a los diferentes tipos de diagnóstico enfermero y a los problemas interdependientes son:

- El diagnóstico enfermero real:
 - Reducir o eliminar factores contribuyentes.
 - Promover mayor nivel de bienestar.
 - Controlar el estado de salud.
- Para el diagnóstico enfermero de alto riesgo:
 - Reducir o eliminar los factores de riesgo,
 - Prevenir que se produzca el problema.
 - Controlar el inicio de problemas.

- Para el diagnóstico enfermero posible:
 - Recoger datos adicionales que ayuden a confirmar o excluir un diagnóstico.
- Para el diagnóstico enfermero de bienestar:
 - Enseñar conductas que ayuden a conseguir mayor nivel de bienestar.
- Para problemas interdependientes:
 - Controlar los cambios de estado del paciente.
 - Manejar los cambios de estado de salud.
 - Iniciar las actuaciones prescritas por la enfermera V el médico.

La determinación de las actuaciones de enfermería que son necesarias para resolver o disminuir el problema, requiere de un método. Los pasos a seguir son los que siguen:

- Definir el problema (diagnóstico).
- Identificar las acciones alternativas posibles.
- Seleccionar las alternativas factibles.

El segundo paso de este método consiste en desarrollar todas las soluciones o alternativas posibles. El éxito de las actuaciones de enfermería dependerá de la capacidad del profesional para elegir actividades y posteriormente desarrollar las más adecuadas para obtener los resultados esperados, solución del problema/diagnóstico posibles,

Veremos de manera resumida y genérica las acciones de enfermería que encontramos en un plan de cuidados:

- Realizar valoraciones de enfermería para identificar nuevos problema/diagnósticos de enfermería
- Realizar la educación sanitaria del paciente para capacitarle en conocimientos, actitudes y habilidades.
- Aconsejar acerca de las decisiones de sus propios cuidados.
- Consulta y remisión a otros profesionales.
- Realización de acciones terapéuticas específicas de enfermería
- Ayudar a los pacientes a realizar las actividades por si mismos.

Y también, la determinación de actividades de enfermería para los problemas interdependientes son:

- Realizar valoraciones frecuentes para controlar al paciente y detectar complicaciones.
- Remitir la situación al profesional adecuado cuando existan signos y síntomas de complicaciones potenciales, y
- Ejecutar las actividades interdependiente de enfermería prescritas por el médico (por ejemplo: lavado de sonda nasogástrica cada 2 horas con suero fisiológico).

Las directrices específicas para los cuidados de enfermería se denominan órdenes de enfermería y se componen de los siguientes elementos:

- La fecha.
- El verbo, con los calificativos que indiquen claramente la actuación.
- Especificación de quién (sujeto).
- Descripción de qué, dónde, cuándo, cómo y cuánto
- Las modificaciones a un tratamiento estándar
- La firma

Para terminar este apartado, digamos que, las actuaciones de enfermería son aquellas actividades que necesariamente deben hacerse, para obtener los resultados esperados, y deben definirse para cada diagnóstico de enfermería y problema interdependiente.

*** DOCUMENTACIÓN EN EL PLAN DE CUIDADOS DE ENFERMERÍA:**

La última etapa del plan de cuidados es el registro ordenado de los diagnósticos, resultados esperados Y actuaciones de enfermería Ello se obtiene mediante una documentación.

El plan de cuidados de enfermería, "es un instrumento para documentar y comunicar la situación del paciente/cliente, los resultados que se esperan, las estrategias, indicaciones, intervenciones y la evaluación de todo ello".

Las finalidades de los planes de cuidados están dirigidas a fomentar unos cuidados de calidad, mediante:

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

Para la actualización de los planes de cuidados hay que tener en cuenta que todos los elementos de los planes de cuidados son dinámicos, por lo que se

precisa de una actualización diaria. Los diagnósticos, resultados esperados y las actuaciones, que ya no tengan validez deben ser eliminados.

PARTES QUE COMPONEN LOS PLANES DE CUIDADOS:

Los planes de cuidados deben tener los siguientes registros documentales:

- Diagnósticos de enfermería/problemas interdependientes.
- Objetivos del cliente para el alta a largo plazo (criterios de resultado)
- Ordenes de enfermería (actividades),
- Evaluación (informe de evolución).

Documentos para recoger toda la información necesaria para enfermería:

- Hoja de admisión que recoge la información de la valoración.
- Documento donde se registra: Los problemas del paciente, los objetivos del plan de cuidados y las acciones de enfermería.
- Documento de evaluación

De una manera u otra, en la actualidad, todos los planes de cuidados utilizan estos documentos.

*** TIPOS DE PLANES DE CUIDADOS :**

Tipos de planes de cuidados: individualizados, estandarizados, estandarizados con modificaciones y computarizados.

- Individualizado: Permiten documentar los problemas del paciente, los objetivos del plan de cuidados y las acciones de enfermería para un paciente concreto. Se tarda más tiempo en elaborar.

- Estandarizado: «un plan de cuidados estandarizado es un protocolo específico de cuidados, apropiado para aquellos pacientes que padecen los problemas normales o previsibles relacionados con el diagnóstico concreto o una enfermedad»

- Estandarizado con modificaciones: Este tipo de planes permiten la individualización, al dejar abiertas opciones en los problemas del paciente, los objetivos del plan de cuidados y las acciones de enfermería.

- Computarizado: Requieren la informatización previa de los diferentes tipos de planes de cuidados estandarizados, Son útiles si permiten la individualización a un paciente concreto.

La documentación tiende a disminuir, los objetivos para informatizar los planes de cuidados de enfermería, y estos son:

- Registrar la información de manera rápida, clara y concisa
- Recabar la información precisa sobre el estado de salud, que permite una óptima planificación de los cuidados, su revisión y la mejora del plan,
- Facilitar la continuidad de los cuidados, tanto en el hospital como la comunicación con otros servicios de salud.
- Evitar la repetición de los datos.
- Facilitar datos a la investigación y a la educación.
- Posibilitar el cálculo del coste-beneficio del servicio hospitalario.

Los beneficios que se obtienen tras la información de la documentación enfermera son:

- Eliminación del papeleo.
- Los planes de cuidados mantienen su flexibilidad y son personalizados.
- Los datos incluidos son más relevantes y más exactos.

EJECUCIÓN :

La fase de ejecución es la cuarta etapa del plan de cuidados, es en esta etapa cuando realmente se pone en práctica el plan de cuidados elaborado. La ejecución, implica las siguientes actividades enfermeras :

- Continuar con la recogida y valoración de datos.
- Realizar las actividades de enfermería.
- Anotar los cuidados de enfermería Existen diferentes formas de hacer anotaciones, como son las dirigidas hacia los problemas
- Dar los informes verbales de enfermería,
- Mantener el plan de cuidados actualizado.

El enfermero tiene toda la responsabilidad en la ejecución del plan, pero incluye al paciente y a la familia, así como a otros miembros del equipo. En esta fase se realizarán todas las intervenciones enfermeras dirigidas a la resolución de problemas (diagnósticos enfermeros y problemas interdependientes) y las necesidades asistenciales de cada persona tratada

De las actividades que se llevan a cabo en esta fase quiero mencionar la continuidad de la recogida y valoración de datos, esto es debido a que por un lado debemos profundizar en la valoración de datos que quedaron sin comprender, y por otro lado la propia ejecución de la intervención es fuente de

nuevos datos que deberán ser revisados y tenidos en cuenta como confirmación diagnóstica o como nuevos problemas.

EVALUACIÓN :

La evaluación se define como la comparación planificada y sistematizada entre el estado de salud del paciente y los resultados esperados. Evaluar, es emitir un juicio sobre un objeto, acción, trabajo, situación o persona, comparándolo con uno o varios criterios.

Los dos criterios más importantes que valora la enfermería, en este sentido, son: la eficacia y la efectividad de las actuaciones.

El proceso de evaluación consta de dos partes

- Recogida de datos sobre el estado de salud/problema/diagnóstico que queremos evaluar.
- Comparación con los resultados esperados y un juicio sobre la evolución del paciente hacia la consecución de los resultados esperados.

La evaluación es un proceso que requiere de la valoración de los distintos aspectos del estado de salud del paciente:

1.- Aspecto general y funcionamiento del cuerpo:

- Observación directa, examen físico.
- Examen de la historia clínica

2 .- Señales y Síntomas específicos

- Observación directa
- Entrevista con el paciente.
- Examen de la historia

3 .- Conocimientos :

- Entrevista con el paciente
- Cuestionarios (test),

4 .- Capacidad psicomotora (habilidades).

- Observación directa durante la realización de la actividad

5 .- Estado emocional :

- Observación directa, mediante lenguaje corporal y expresión verbal de emociones.
- Información dada por el resto del personal

6 .- Situación espiritual (modelo holístico de la salud) :

- Entrevista con el paciente.

- información dada por el resto del personal

Las valoraciones de la fase de evaluación de los cuidados enfermeros, deben ser interpretadas, con el fin de poder establecer conclusiones, que nos sirvan para plantear correcciones en las áreas estudio, veamos las tres posibles conclusiones (resultados esperados), a las que podremos llegar:

- El paciente ha alcanzado el resultado esperado.
- El paciente está en proceso de lograr el resultado esperado, nos puede conducir a plantearse otras actividades.
- El paciente no ha alcanzado el resultado esperado y no parece que lo vaya a conseguir. En este caso podemos realizar una nueva revisión del problema, de los resultados esperados, de las actividades llevadas a cabo.

De forma resumida la evaluación se compone de:

- Medir los cambios del paciente/cliente.
- En relación a los objetivos marcados.
- Como resultado de la intervención enfermera
- Con el fin de establecer correcciones.

La evaluación se lleva a cabo sobre las etapas del plan, la intervención enfermera y sobre el producto final.

A la hora de registrar la evaluación se deben evitar los términos ambiguos como «igual», «poco apetito», etc., es de mayor utilidad indicar lo que dijo, hizo y sintió el paciente. La documentación necesaria se encontrará en la historia clínica, Una característica a tener en cuenta en la evaluación es, que ésta es continua, así podemos detectar como va evolucionando el cliente y realizar ajustes o introducir modificaciones para que la atención resulte más efectiva.

5.6. MODELO DE VIRGINIA HENDERSON.

1. Respirar normalmente.
2. Comer y beber adecuadamente
3. Eliminar los residuos corporales
4. Moverse y mantener una postura adecuada
5. Descansar y dormir
6. Seleccionar ropa, vestirse y desvestirse apropiadamente
7. Mantener la temperatura dentro del cuerpo de límites normales
8. Mantener el cuerpo limpio y cuidado y proteger el tejido cutáneo
9. Evitar peligros del entorno e impedir que perjudique a otros
10. Comunicarse y expresar emociones, necesidades, temores u opiniones
11. Actuar según los valores y creencias
12. Trabajar y realizarse
13. Participar en actividades de ocio y recreo
14. Aprender, descubrir o satisfacer la curiosidad que conduce el desarrollo normal.

6. MARCO REFERENCIAL

6.1 PRESENTACION PRESENTACION DEL CASO

Fecha de recogida de datos: 21 de Enero 2017.

Presentación del caso: Mujer de 38 años, separada, pensionista, con diagnóstico de Esquizofrenia paranoide que es atendida en Hospital de psiquiatría del IMSS, por un equipo interdisciplinar: Psiquiatra, Enfermería y Trabajadora Social. Antecedentes psiquiátricos y/o psicológicos.

Curso de la enfermedad: En el año 1999 inicia seguimiento en el Hospital de psiquiatría por un episodio de celotipia que evoluciona favorablemente y se procede al alta cinco meses más tarde. Reinicia seguimiento en el año 2002 por aparición de sintomatología psicótica con episodio alucinatorio e ideación delirante. Establecimiento diagnóstico de Esquizofrenia paranoide. En el año 2004, sufre una recaída en relación a abandono del tratamiento, pero tras este episodio se mantiene estabilidad clínica y su funcionamiento global es bueno. En el 2007 reaparecen de nuevo síntomas psicóticos que se mantienen en el tiempo. A finales del 2008 pierde su trabajo y comienza con una etapa de retraimiento social, descuido personal, ánimo depresivo, incumplimiento del tratamiento farmacológico precisando de la ayuda familiar para las actividades de la vida cotidiana y es en ese momento cuando la paciente inicia seguimiento con Enfermería y se decide su derivación a UME (Unidad de Media Estancia), permaneciendo ingresada desde Abril hasta Septiembre de 2009. El alta se produce por una evolución favorable de la paciente y desde este dispositivo se realiza derivación a Centro de día de rehabilitación psicosocial con el objetivo de continuar el trabajo de rehabilitación a donde acude actualmente. Pero poco tiempo después del alta de UME, se evidencia nueva descompensación psicótica. La situación clínica de la paciente ha sido desfavorable en los últimos años y durante el 2013 ha existido un agravamiento de respuesta a los reajustes de tratamiento, por lo que en Junio se inicia tratamiento con Clozapina con el compromiso por parte de su familia, de la supervisión estrecha del tratamiento y por el momento se aprecia mejoría clínica.

6.2 VALORACION DE LAS 14 NECESIDADES DEL CASO

1. Necesidad de comer y beber de forma adecuada. Manifestación de independencia: Ingesta hídrica adecuada (alrededor 1.5 litros/día). Manifestación de dependencia: Apetito aumentado, picotea entre horas. Su dieta habitual es: desayuno (leche con cola-caio), almuerzo (preferencias por los fritos, bocadillos y en algunas ocasiones, una pieza de fruta) y cena (leche con cola-caio). Datos de interés: Obesidad grado I. En numerosas ocasiones, ha tomado la decisión de seguir una dieta pero se cansa y la deja. Actualmente tiene interés en perder peso.

2. Necesidad de eliminación. Manifestación de independencia: Defeca habitualmente una vez al día, heces blandas y sin esfuerzo.

3. Necesidad de moverse y mantener una postura adecuada. Manifestación de independencia: Camina una hora diaria. Realiza ejercicio físico 2 veces en semana en el Centro de Día. Manifestación de dependencia: No se observan. Datos de interés: Le gusta caminar y hacer deporte.

4. Necesidad de dormir y descansar. Manifestación de independencia: Duerme alrededor de siete horas. Sueño reparador. Manifestación de dependencia: No se observan. Datos de interés: No hace siestas.

5. Necesidad de elegir ropas adecuadas, vestirse y desvestirse. Manifestación de independencia: Elige ropa y calzado adecuado. Viste ropa cómoda. Manifestación de dependencia: No se observan. Datos de interés: No se observan.

6. Necesidad de mantener la temperatura corporal dentro de los límites normales, adecuando la ropa y modificando el ambiente. Manifestación de independencia: Se adapta bien a cambios de temperatura. Manifestación de dependencia: No se observan. Datos de interés: No se observan.

7. Necesidad de mantener la higiene corporal y la integridad de la piel. Manifestación de independencia: Aspecto limpio y aseado. Ducha diaria. Manifestación de dependencia: No se observan. Datos de interés: Preocupación por su aspecto físico.

8. Necesidad de evitar los peligros ambientales y evitar lesionar a otras personas. Manifestación de independencia: Practica Chi-kung (terapia complementaria) a diario para el manejo de la ansiedad. No conductas auto y etero agresión. Manifestación de dependencia: Desde hace años, manifiesta autoestima baja, con sentimientos negativos de inferioridad, frustración, desvalorización y con autoevaluación general negativa centrada en su imagen física.

Datos de interés: Conciencia de enfermedad. Adherencia farmacológica y terapéutica con apoyo familiar. Capacidades cognitivas conservadas salvo fallos de memoria (olvidos) que ha mejorado en los últimos meses.

Se aplica Escala de Autoestima y se obtiene un resultado de 14 puntos de un total de 30 (valores inferiores a 15 puntos sugieren una baja autoestima).

9. Necesidad de comunicarse con los demás expresando emociones, necesidades, temores u opiniones. Manifestación de independencia: No se observan. Manifestación de dependencia: Dificultad en las relaciones interpersonales y en el manejo de las emociones. Gran facilidad para enamorarse de los hombres. Sentimientos subjetivos de exclusión que desencadenan procesos de comparación y rivalidad entre los otros.

Datos de interés: Buena relación con su familia. Tiene una amiga, usuaria del Centro de día con la que mantiene buena relación aunque también ha verbalizado tener celos de ella. Manifiesta estar enamorada de uno de los profesionales que le atienden en el Centro de día al que acude a diario y esta situación ha repercutido en su rehabilitación.

10. Necesidad de vivir de acuerdo con sus propios valores y creencias. Manifestación de independencia: No se observan. Manifestación de dependencia: No se observan. Datos de interés: Creencias católicas. No prácticas religiosas.

11. Necesidad de ocuparse en algo de tal forma que su labor tenga un sentido de realización personal. Manifestación de independencia: Asiste regularmente al Centro de día, realiza las tareas domésticas de su casa y colabora en la limpieza de la casa de sus padres. Manifestación de dependencia: No se observan. Datos de interés: La paciente ha trabajado de forma intermitente en supermercados hasta el 2008. Sus interpretaciones delirantes que le ocasionaban problemas con sus compañeros de trabajo.

12. Necesidad de participar en actividades recreativas. Manifestación de independencia: Le gusta escuchar música, bailar, ver la televisión, salir de paseo y las actividades deportivas. En verano va a la playa. Manifestación de dependencia: No se observan. Datos de interés: Suele quedar con una amiga, para pasear e ir a centros comerciales.

13. Necesidad de aprender, descubrir o satisfacer la curiosidad que conduce a un desarrollo normal y a utilizar los recursos disponibles. Manifestación de independencia: Interés en aprender cosas nuevas. Manifestación de dependencia: No se observan.

7. JERARQUIZACION DE LAS NECESIDADES

Se basó en las necesidades de la paciente a su ingreso y al transcurrir dos días a

su ingreso ya que a simple vista llegó desalineada, poca colaboración, renuente al

personal de enfermería, medico y tratamiento farmacológico se mostró agresiva

verbal y física.

Los familiares la visitan al cuarto día de ingreso y mostraron poco interés por la

paciente ya que en días anteriores los había agredido y no dejaba que se

acercarán a ella.

7. PLAN DE INTERVENCIONES DE ENFERMERIA

1-Disminuir la conducta inhibida; proporcionar una actividad estructurada dirigida a objetivos:

Pasar el tiempo necesario con el paciente, cuando éste no pueda responder verbalmente o lo haga en forma incoherente. Dirigir nuestro interés y cuidado.

Prometer sólo aquello que se pueda cumplir en forma realista.

Brindarle la oportunidad para que aprenda que sus sentimientos son válidos y no difieren mucho de los demás

Limitar el ambiente del enfermo para aumentar sus sentimientos de seguridad.

Asignar los miembros del equipo terapéutico que atenderán al paciente.

Comenzar con interacciones una a una, y después hacer avances para que el paciente pueda integrarse a pequeños grupos según los tolere (introducirlo lentamente).

Establecer y conservar una rutina cotidiana; explicarle toda variación de ésta al paciente.

2-Aumentar la autoestima del paciente y los sentimientos de valía:

Proporcionarle atención en una forma sincera y con interés.

Apoyarle en todos sus éxitos —cumplimiento de responsabilidades dentro del servicio, proyectos, interacciones con los miembros del equipo terapéutico y otros pacientes, etcétera.

Ayudar al paciente a mejorar su aspecto; auxiliarlo cuando sea necesario par que se bañe, se vista, procure el lavado de sus ropas, etcétera.

Auxiliar al paciente a aceptar la mayor responsabilidad por su aseo personal en la medida que pueda hacerlo

Pasar el tiempo suficiente con el enfermo.

3-Orientar a la paciente en la realidad:

Reorientar al paciente en persona, lugar y tiempo según sea necesario (llamarlo por su nombre, decirle el nombre de la enfermera, indicarle en dónde se encuentra, darle la fecha.

4-Incrementar la capacidad del paciente para diferenciar entre el concepto de si mismo y el ambiente externo:

Ayudar al paciente a distinguir lo real y lo que no lo es. Valorar las percepciones reales del enfermo y corregir los errores de senso-percepción en una forma que esté apegada a los hechos. No argumentar con el paciente la poca validez de sus percepciones ni tampoco darle apoyo para las mismas.

5-Ayudar al paciente a establecer los límites del yo:

Permanecer con el paciente si tiene miedo; a veces tocar al paciente puede resultar terapéutico. Evaluar la eficacia del uso del contacto físico en cada enfermo antes de usarlo en forma consistente.

Ser sencillo, honrado y conciso cuando se hable con el enfermo.

Hablar con el paciente de temas concretos y simples; evitar las discusiones ideológicas o teóricas.

Dirigir las actividades para ayudar al paciente a aceptar la realidad y a mantenerse en contacto con ella; usar la terapia recreativa ocupacional cuando sea apropiado.

6-Asegurar un medio ambiente de seguridad al paciente:

Reafirmar al enfermo que el medio ambiente tiene seguridad explicándole los procedimientos que se siguen en el servicio, las rutinas, las pruebas, etc., en una forma breve y simple.

Proteger al enfermo de tendencias autodestructivas (retirar objetos que puedan utilizarse en conductas autodestructivas).

Percatarse de que el paciente está tramando acciones que sean nocivas para sí mismo y para los demás en respuesta a las alucinaciones auditivas.

7-Conservar un ambiente seguro, terapéutico para los demás pacientes:

Retirar al paciente del grupo si su conducta se vuelve demasiado abigarrada, molesta o peligrosa para los demás.

Ayudar al grupo de enfermos a aceptar la conducta ‘extraña’ del paciente recién llegado: dar explicaciones simples al grupo de pacientes cuando sea necesario (por ejemplo, “el paciente está muy enfermo en este momento; necesita de nuestra comprensión y apoyo”).

Considerar las necesidades de los demás pacientes y planear que por lo menos un miembro del equipo terapéutico se encuentra a disposición de los otros enfermos si es que se necesitan a los demás para atender al paciente recién llegado.

8-Ayudar al paciente a superar su conducta regresiva:

Recordar: La regresión es un retorno propositivo (consciente o inconsciente) a un nivel más bajo de funcionamiento —un intento de eliminar la ansiedad y restablecer el equilibrio.

Evaluar el actual nivel de funcionamiento del enfermo y partir desde ese punto para su atención.

Establecer contacto con el nivel de conducta del enfermo, después tratar de motivarlo a que abandone su conducta regresiva y se integre a una conducta de adulto. Ayudarlo a identificar las necesidades o sentimientos no cumplidos que producen la conducta regresiva. Alentarlo a que exprese estos sentimientos y ayudarle a aliviar la ansiedad.

Establecer objetivos realistas. Marcar los objetivos y expectativas cotidianos.

Procurar que el paciente se percate de lo que de él se espera.

9.- Agresión dirigida a otros.

Dominio 11: seguridad – protección. Clase 03: violencia.

Definición: Riesgos de conductas que la persona demuestre ser lesiva para otros.

Intervención: Registrar al paciente a su ingreso hospitalario. Asignar habitación aislado de sus compañeros. Utilizar utensilios desechables. Colocar sujeción para limitar movilidad física cuando lo requiera. Uso de medicamento para disminuir su agitación.

Criterios de evaluación: Identificar amenazas y violencia contra otros. Identificar sintomatología psicótica, alucinaciones o ideas parabólicas. Identificar conducta antisocial violenta. Reconocer ideas de alucinación y delirantes.

Fundamentación: Ayudar al paciente a identificar y controlar los impulsos, logramos la integración con sus compañeros, personal de salud y su familia. La integración ayuda al paciente a realizar distintas actividades que le permiten tener ocupada su mente y así evitar etero agresión.

Ejecución: Controlar los síntomas que pueden poner al paciente agresivo. Colocar dispositivos de sujeción y explicar que es un medio de protección para ella y los demás. Administración de medicamentos para disminuir su agitación.

Evaluación: El paciente refiere los síntomas de agresión dirigida al personal de salud y compañeros. Nos da la pauta para tomar las medidas necesarias de contención para evitar agresiones dirigidas a los demás.

10.- Ansiedad

Dominio 9: Afrontamiento. Clase 02: Respuesta de Afrontamiento

Definición: Señal de alerta que advierte de un peligro inminente, permite a la persona tomar medidas para afrontar la amenaza.

Intervención: Ayudar al paciente afrontar sus problemas. Ayudar a la adaptación del estado de salud. Ayudar a la disminución de ansiedad.

Criterios de evaluación: Utilizar un enfoque sereno. Comprender la ansiedad del paciente sobre la situación estresante que tiene en ese momento.

Fundamentación: Escuchar al paciente en el momento de ansiedad lo ayuda a sentir tranquilidad. Lo ayuda para que el personal de salud identifique y evite el auto y hetero agresión.

Ejecución: Escuchar al paciente con atención. Crear un ambiente de confianza. Instruir al paciente sobre uso de técnicas de relajación.

Evaluación: Permanecer con el paciente y escucharlo se observa la disminución de estímulos que generan la ansiedad. Logra calmarse y permite la administración de medicamento para disminuir sus síntomas de ansiedad y logra dormir de corrido.

11.- Trastorno de la percepción sensorial auditiva.

Dominio 05: Percepción – Cognición. Clase 03: Sensación.

Definición: Auto control del pensamiento.

Intervención: Mantener un ambiente seguro. Establecer confianza con el paciente. Prestar atención a las alucinaciones para escuchar contenido de daño para el paciente. Proporcionar seguridad y comodidad al y los pacientes cuando no sea capaz de controlar su conducta.

Criterios de evaluación: Identificar contenido de alucinaciones.

Fundamentación: Al escuchar sus alucinaciones del paciente identificamos la agresión que pueda tener hacia ella y sus compañeros. Se le brindan los cuidados necesarios para controlar y manejar sus alucinaciones auditivas.

Ejecución: Vigilar ambiente en caso de haber peligro para su integridad. Observar alteraciones que puedan conducir a una conducta insegura. Comunicar el riesgo del paciente con el personal de salud.

Evaluación: El paciente trata de no hacer caso a las alucinaciones auditivas con ayuda del personal de salud ya que se le escucha e insiste en regresar a la realidad. Se le brindan los cuidados para controlar y manejar sus alucinaciones auditivas.

12.- Auto Agresión.

Dominio 11: Seguridad. Clase 03: Violencia.

Definición: Riesgo de violencia auto dirigida

Intervención: Determinar motivo. Vigilancia continua del paciente. Comunicación de riesgos con el personal de salud. Hacer alianza con el paciente para que nos avise cuando sienta un impulso de auto lesionarse.

Criterios de evaluación: Identificar conductas impulsivas. Ayudar cuando sienta la auto agresión. Retirar objetos que pongan en peligro su integridad. Mantener el compromiso de no autolesionarse.

Fundamentación: Al identificar la causa de auto agresión, se la brindan los cuidados necesarios para evitar lesiones graves que pongan en peligro su vida. Se crean medidas de protección para el paciente.

Ejecución: Hablar con el paciente para identificar la causa. Tener una habitación para una vigilancia continua. Administrar medicamento para disminuir síntomas de auto agresión.

Evaluación: Al identificar la causa de la auto agresión se le brinda la contención verbal a tiempo y lugar. Se la administra medicamento para disminuir la causa.

13.- Insomnio

Dominio 4: Actividad – Reposo Clase 01: Reposo – Sueño.

Definición: Trastorno de la cantidad y calidad del sueño que deteriora el funcionamiento.

Intervención: Ayudar al paciente a limitar el sueño durante el día. Crear actividades que favorezcan al paciente. Tener en cuenta la ubicación del paciente ya que es una habitación de múltiples camas.

Criterios de evaluación: Falta de energía. Malestar físico. Calidad de sueño. Consumo de fármacos. Horas de sueño. Factores ambientales. Crear un ambiente seguro y tranquilo.

Fundamentación: Al establecer rutinas y limitar el sueño durante el día. Favorecer un sueño prolongado. Prolongar el sueño ayuda al paciente a despertar relajada, cooperadora de buen humor y ánimo para tener un día agradable.

Ejecución: Hacer ejercicio y manualidades. Enseñar al paciente a realizar relajación muscular de inducción al sueño. Eliminar situaciones de estrés antes de dormir.

Evaluación: Mantener al paciente ocupado se observa en turno nocturno que se logra inducción al sueño sin problema alguno.

8. PLAN DE ALTA

Se hace un plan de alta adecuado a sus metas, plan de vida, trabajo, necesidades, lugar de procedencia, compromiso de la familia en cuanto ingesta de medicamento.

El familiar debe brindar tiempo en alguna actividad recreativa y manual.

La paciente cuenta con ayuda del personal de salud en el hospital.

Se cuenta con el servicio de terapia ocupacional en el hospital.

Enfermería se encarga de dar indicaciones a la paciente y familiar de toda información

tanto farmacológico, alimentos, rutinas y actividades a realizar en casa.

9. CONCLUSIONES

Los objetivos planteados en este plan de cuidados se han logrado alcanzar en términos de mejora en autoestima, intercambios sociales satisfactorios y hábitos nutricionales.

Las intervenciones de colaboración de riesgo de auto y etero agresión también han sido satisfactorias.

El diagrama que se le da es de esquizofrenia trastorno mental grava que produce un gran deterioro en múltiples áreas de la persona que la padece.

Por otra parte diversas alteraciones relacionadas con la sintomatología negativa se terminan convirtiendo en hábitos de vida no saludables, que habitualmente requieren de una modificación lenta y progresiva para conseguir resultados positivos.

Los resultados obtenidos en esta Intervención y en un periodo corto de tiempo resultan especialmente relevantes y alentadores:

Mejora de la autoestima: la paciente expresa mayor auto aceptación y reconoce algunos aspectos personales positivos.

En la fase de la evaluación en la escala de autoestima fue de 18 puntos.

Intercambios sociales más adecuados y satisfactorios.

La paciente verbaliza estar más integrada y disfruta de las salidas con sus compañeras, personal de salud y personal de terapia ocupacional.

Aún se siguen detectando en ella importantes dificultades de interacción social.

A nivel individual su funcionamiento mejora, mostrándose sonriente y conversadora en la consulta.

Su familia han observado un mejor contacto más cercano y amable.

La paciente bajo dos kilos aunque necesita bajar 25 kilos para alcanzar un peso optimo.

El pacto establecido con ella fue la perdida ponderal progresiva sin marcar una perdida de peso concreta.

De acuerdo a lo expuesto el beneficio potencial que puede tener en la paciente la mejora de la autoestima podrá contribuir a un mejor control de los síntomas psicóticos y una mejora en su funcionamiento vital.

Este plan de cuidados tiene una serie de limitaciones, en primer lugar el periodo de Intervención y evaluación de los resultados es relativamente corto, es probable que diversos aspectos de mejora requieran un periodo considerable mayor.

Sin embargo a pesar de ello los resultados fueron satisfactorios.

10. ANEXOS

La Esquizofrenia es un conjunto de trastornos que se manifiestan por alteraciones características del humor y de la conducta.

Los tipos principales son:

Simple: Se caracteriza por una pérdida lenta e insidiosa de la voluntad, la ambición y los intereses que dan origen al deterioro de los procesos mentales y de las reacciones interpersonales y a un ajuste de nivel inferior de funcionamiento.

Catatónica: Se caracteriza por actividad motora excesiva y a veces violenta y excitación.

Esquizoafectiva : Se caracteriza por una mezcla de síntomas esquizofrénicos y relación o depresión intensas. Paranoide se caracteriza por ideas delirantes de persecución o grandiosidad, alucinaciones a veces religiosidad excesiva y conducta hostil o agresiva.

Crónica indiferenciada: Síntomas esquizofrénicos mixtos junto con alteraciones del pensamiento afecto y conducta.

El pronóstico es mejor:

1) Cuando el paciente tiene antecedentes de buen ajuste social, laboral y sexual.

2) Cuando el inicio de la enfermedad es agudo.

3) Si hubo un evento desencadenante.

Conductas o problemas:

- Conducta retraída o inhibida.
- Conducta regresiva.
- Ansiedad en incremento, agitación.
- Disminución de la autoestima.
- Perdida de los límites del yo.
- Alucinaciones.
- Ideas delirantes.
- Pensamiento desorganizado e ilógico.
- Respuestas emocionales inadecuadas o insuficientes.
- Trastornos de la violación y de la actividad dirigida a objetivos.
- Malas relaciones interpersonales.
- Dificultad para entablar comunicación verbal.
- Exageración.
- Agresión así si u otras personas o propiedades.
- Alteración del sueño.
- Trastornos del apetito, nutrición insuficiente.
- Conflictos sexuales.
- Estreñimiento.
- Trastornos menstruales.

Ideas delirantes:

Son creencias falsas y fijas que no tienen ninguna base en la realidad. Los pacientes pueden tener distintas formas de ideas delirantes.

Algunos pueden tener introversión sobre su estado delirante pero no puede modificarlo.

El paciente trata de llenar alguna necesidad a través de la idea delirante cómo sería un aumento de su autoestima, consecución de seguridad, apoyo, castigo, liberación de la ansiedad asociada con sentimientos culpa, miedo, pérdida y de inferioridad.

Los pacientes especialmente que sufren paranoia pueden tener ideas delirantes fijas, ideas que pueden persistir durante toda su vida.

Muchos pacientes psicóticos tienen ideas delirantes transitorias, las cuales no tienen que persistir todo el tiempo.

Se han identificado tres fases en el proceso del pensamiento delirante:

- Primero: El paciente está totalmente entregado a su ideación delirante.
- Segundo: Con las ideas delirantes coexiste prueba de realidad y confianza en los demás.
- Tercero: El paciente ya no experimenta ideas delirantes.

Recordar: Las ideas delirantes son una protección y podrán ser abandonadas únicamente cuando el paciente se sienta autosuficiente y seguro.

Las ideas delirantes no se encuentran bajo el control del paciente.

- Ideas delirantes.
- Ideas delirantes de grandeza.
- Ideas delirantes de persecución.
- Ideas delirantes de infidelidad.
- Ideas de referencia.
- Ideas delirantes de acusación.
- Ideas delirantes de riqueza.
- Ideas delirantes de pobreza.
- Ideas delirantes de contaminación.
- Ideas delirantes somáticas.
- Ideas delirantes paranoides.
- Ideas delirantes respecto a los hábitos de alimentación y calidad de comida.

Conductas maniacas:

Las conducta maniaca llamada también trastorno afectivo bipolar, se caracteriza por un antecedente de estados de ánimo altos y bajos con periodos de relativa normalidad y funcionamiento afectivo intercalados.

El inicio de la enfermedad suele aparecer entre los 20 y 40 años de edad.

Hay estudios que indican un fuerte componente hereditario de este padecimiento.

Los padres del paciente a menudo tienen antecedentes de alcoholismo.

El paciente por lo general abusa del alcohol a veces en un intento de auto medicarse o bien puede tener ambos problemas- trastorno bipolar afectivo y alcoholismo.

Cada uno de los cuales necesita tratamiento farmacológico.

- Hiperactividad, agitación en incremento.
- Esquemas y planes grandiosos.
- Discurso apresurado.
- Ideas y discursos tangenciales.
- Disminución de la concentración.
- Vestimenta inapropiados.
- Insomnio.
- Fatiga.
- Ingesta deficiente de nutrientes y líquidos.
- Conducta hostil.
- Amenaza de agresión a si mismo y a los demás.
- Alucinaciones.
- Ideas delirantes.
- Actuaciones de impulsos sexuales, conducta seductora.

11. GLOSARIO

Autocuidado: Forma propia de cuidarse a si mismo.

Consciente: Tener conciencia o ser consciente tiene que ver con la habilidad de darse cuenta de uno mismo.

Diagnóstico: Acción y efecto de diagnosticar. Resultado que se arrojan luego de un estudio, evaluación o análisis sobre determinado ámbito u objeto.

Disciplina: Conjunto de reglas de comportamiento para mantener el orden y la subordinación entre los miembros de un cuerpo o una colectividad en una profesión.

Empatía: Participación afectiva de una persona en una realidad ajena a ella, generalmente en los sentimientos de otra persona.

Empírico: Que está basado en la experiencia y la observación de los hechos.

Fenómeno: Cosa inmaterial, hecho o suceso que se manifiesta y puede percibirse a través de los sentidos o del intelecto. Manifestación de una actividad que se produce en la naturaleza y se percibe a través de los sentidos.

Necesidades: Sensaciones de carencia propias de los seres humanos y que se encuentran unidas a un deseo de satisfacción de las mismas.

Perspectiva: La importancia de conformar una perspectiva personal sobre sí mismo. El término de persona se usa como sinónimo de ser humano o de personalidad.

Procedimiento: Es un término que hace referencia a la acción que consiste en proceder, que significa actuar de una forma determinada.

Proceso: Es una secuencia de pasos dispuesta con algún tipo de lógica que se enfoca en lograr algún resultado específico.

Técnica: Se define la manera en que un conjunto de procedimientos, materiales o intelectuales, es aplicado en una ciencia o arte para obtener un resultado determinado.

Volición: Es un sentido general un acto de la voluntad o una acción voluntaria. Lo volitivo es lo relativo a la volición o voluntad.