



COLEGIO DE ENFERMERAS (OS) DEL ESTADO DE VERACRUZ A.C

FUNDADOR DE LA FEDERACIÓN MEXICANA DE COLEGIOS DE ENFERMERÍA A.C

EDUCACION CONTINUA

BASES EPISTEMOLÓGICAS PARA LA ELABORACIÓN DE PLANES DE CUIDADOS.
(INTERRELACIÓN NANDA, NOC, NIC.)



ANTOLOGÍA

AUTOR: LIC. ENF. MANUEL CHAGALA GARCÍA
OCTUBRE 2010

EDUCACIÓN CONTINUA

BASES EPISTEMOLÓGICAS PARA LA ELABORACIÓN DE PLANES DE CUIDADOS. (INTERRELACIÓN NANDA, NOC, NIC.)

ANTOLOGÍA

Compilador:

LIC. ENF. MANUEL CHAGALA GARCÍA

Diseño Gráfico.

LIC. ENF. JESUS DE LARREA FARIAS.

**COLEGIO DE ENFERMERAS (OS) DEL ESTADO DE VERACRUZ A.C.
FUNDADOR DE LA FEDERACIÓN MEXICANA DE COLEGIOS DE ENFERMERÍA A.C.**

EDUCACIÓN CONTINUA

DIRECTORIO DE FUNCIONARIOS

(CONSEJO DIRECTIVO)

Dra. Norma Alicia Riego Azuara

Presidenta

Dra. Claudia Beatriz Enríquez Hernández

Vicepresidenta

Enf. Margarita Hernández Rosiles

Secretaria

L. E. Jesús De Larrea Farías

Prosecretario

Mtra. Silvia Santos Arceo

Tesorera

L. E. María Francisca Herrera Chiquito

Secretaria del Exterior

L. E. Manuel Chagala García

Coordinador de Educación Continua

El material que se pone a su disposición es para apoyar la enseñanza del profesional de enfermería en la **COORDINACIÓN DE EDUCACIÓN CONTINUA DEL COLEGIO DE ENFERMERAS (OS)**, por consiguiente es necesario que sea utilizado en asesoría académica y / o tutorías con personal autorizado por Educación Continua del Colegio de Enfermeras (os) del Estado de Veracruz.



Edición: Octubre del 2010 **D.R EDUCACIÓN CONTINÚA Y DESARROLLO PROFESIONAL.** COLEGIO DE ENFERMERAS (OS) DEL ESTADO DE VERACRUZ A.C. Juan Enríquez 1197 Altos Veracruz, Ver.

Las lecturas que se presentan en esta antología, son artículos parciales de los originales y se utilizan sólo con propósitos educativos y sin intención de lucro. El precio que se cobre es para recuperar el costo conforme a lo establecido en los artículos 1° y 18°, inciso d) de la Ley Federal de Derechos de Autor.

INDICE DE CONTENIDO:	Pág.
PRESENTACIÓN:.....	6
UNIDAD I. Evolución Histórica del Cuidado.....	7
• Conceptualización del cuidado de Enfermería a partir de la evolución histórica.....	8
• Tecnologías del Cuidado.....	14
UNIDAD II. Principales Modelos y Teorías de Enfermería.....	21
• V. Henderson.(Definición de Enfermería).....	26
• Dorothea E. Orem. (Teoría del Déficit de Autocuidado).....	28
• Nola j. Pender. (Modelo de Promoción de la Salud).....	32
UNIDAD III . Proceso de Atención de Enfermería (PAE).	
• El Proceso Atención de Enfermería y sus etapas.....	38
1. Valoración.....	39
2. Diagnostico (NANDA).....	40
3. Planeación. (NOC)Plan de Cuidados de Enfermería (PLACE).....	48
4. Ejecución Y Evaluación. (NIC).....	53
5. Interrelación. NANDA, NOC, NIC.....	59
• Formato para la elaboración de planes de cuidados de enfermería, con interrelación, NANDA,NOC,NIC.....	61
ANEXOS:	
• Instrumentos metodológicos para la recolección de datos con base:.....	67
1. Modelo de Virginia Henderson. (14 Necesidades).....	68
2. Clasificación de los diagnósticos de Enfermería en Función de las 14 Necesidades.....	77

PRESENTACIÓN:

Evidenciar la aplicación del Proceso de Atención de Enfermería en el contexto de salud actual permite develar el nivel de apropiación teórica y práctica de la metodología profesional como una forma de aproximación a los problemas de salud que puedan presentar las personas (pacientes), con el propósito de orientar y organizar las acciones de cuidado en un marco lógico de pensamiento que promueva la autonomía profesional, la actuación de acuerdo a las prioridades, la interpretación precisa de los problemas de la persona (paciente) y su familia y la articulación de los elementos de la gestión, con el objeto de proveer cuidados científicos, humanos, éticos, eficientes y eficaces.


Cabe aclarar que la práctica de enfermería ha ido cambiando con la aplicación de dicho método de prestación de cuidados, la incorporación de sistemas estandarizados de lenguaje y diagnósticos propios incorporando la taxonomía NANDA, intervenciones NIC y por último la incorporación de la Clasificación NOC que contiene criterios de resultado sensibles a la práctica de enfermería con indicadores específicos.

Es por ello que a través de la presente compilación de este material se pretende crear una gama de conocimientos para que los profesionales en enfermería estipulen su actividad y reflexionen acerca de la disciplina de enfermería.

Esperamos que estas lecturas contribuyan a innovar tu pensamiento y cualidades entre las personas a quienes vendes el cuidado.

EVOLUCIÓN HISTÓRICA DEL CUIDADO:





**Conceptualización del Cuidado de
Enfermería a partir de la Evolución
Histórica**

Chagala, G. Manuel., De Larrea, F. Jesús.
“Conceptualización del Cuidado de Enfermería a
partir de la Evolución Histórica” Veracruz, Ver.
2010.

INTRODUCCIÓN.

Para comprender el objeto de estudio de enfermería se hace necesario entender mejor el origen y el pasado de la práctica del cuidado, valorar el sentido original y la intencionalidad de los cuidados para sentir la necesidad de fomentar, promover y desarrollar la calidad de vida de los seres humanos con respecto a la salud y a la enfermedad.

Entender el cuidado a partir del origen de la humanidad, que fueron proporcionados particularmente por mujeres alrededor de la fecundidad, con la llegada de la era cristiana y la aparición de la medicina científica, no se valoró su saber inicial y fue modificándose profundamente su concepción no permitiendo una renovación de conocimientos, lo que dio como resultado que la función de cuidar se convirtiera en una función subalterna desprovista de todo reconocimiento social y económico, hasta el día en que bajo el impacto de la presión medica se transforma en una presión habitual a espaldas de los cuidadores, encerrados en un rol donde los cuidados se transforman en tratamiento, debido al pensamiento medico hegemónico que predominó incluso, hasta el momento actual.

El presente trabajo parte de la explicación del cuidado como objeto de estudio de la enfermería, detallando la evolución histórica del cuidado enfermero y los elementos que participan en la construcción del proceso de cuidados.

Se espera que los docentes y alumnos, retomem el cuidado de enfermería, como punto de partida en la profundización del conocimiento en todas y cada una de las asignaturas de los cursos Postécnico.

OBJETIVO.

Identificar los elementos históricos del cuidado que permitan construir una base conceptual de la Enfermería como disciplina profesional, con la finalidad de identificar el devenir histórico de la enfermería.

CONCEPTUALIZACIÓN.

1. ORIGEN DE LOS CUIDADOS DE ENFERMERÍA.

El término anglosajón "nurse" con el que se designa a la enfermera, se deriva de dos palabras latinas, "nutrire" (alimentar) y "nutrix" (mujer que cría) este análisis del término anglosajón contribuye en gran medida a la clarificación del significado histórico del concepto de enfermería.

El término "enfermería" es mucho más reciente pues es coetánea al término "enfermedad" (del latín "infirmas") y tal vez por ello paradójicamente define de forma más concreta la actividad del cuidador restringiéndola la misma a los cuidados de los enfermos lo cual ha llevado a confusión a la hora de interpretar demasiado estrecha una actividad ancestral que desde sus orígenes se ha ocupado de tareas que iban mucho más allá del mero cuidado de enfermos.

En consecuencia cabe afirmar que desde los orígenes del hombre las actividades de enfermería tienen su reflejo en los cuidados más elementales que son los relacionados con la supervivencia de esta situación se deducen dos factores trascendentales en la historia de la enfermería:

El gran protagonismo de la mujer y la importancia de los cuidados directamente implicados en la satisfacción de necesidades de supervivencia.

2. ESENCIA DEL CAMPO Y OBJETO DE LA HISTORIA DE LA ENFERMERÍA.

Según la RAE "Campo" es el ámbito real o imaginario propio de una actividad o de un conocimiento. El "campo de la enfermería" es pues, como parcela de estudio el fenómeno humano y la sociedad en que se desarrolla. Campo que comparte con otras disciplinas.

El "Objeto" es la forma particular de llevar a cabo dicho estudio, ello le confiere a la enfermería, identidad propia y la diferencia de otras disciplinas.

Definir a la Enfermería como ciencia y arte, arrastra consigo una tradición que se remonta al origen mismo de los pueblos, es decir de la sociedad. Porque la Enfermería es mucho más que un oficio, es una ciencia debido al cumulo de conocimientos que la fundamentan, un método para el cuidado, una tecnología que permite la concreción de una práctica social; como arte la enfermería tiene un sustento Estético, Ético y Filosófico dándole ubicación en las disciplina socio humanista. De allí que existe una clara distinción entre la **medicina**, entendida como *el arte de curar*, y la **enfermería**, entendida como *el arte de cuidar*.

3. ACONTECIMIENTO, TIEMPO E HISTORIA DE LA ENFERMERÍA. INTERPRETACIÓN DEL TIEMPO Y SU INFLUENCIA EN EL CONCEPTO DE HISTORIA.

Niveles Del Tiempo Histórico (según Braudel-1968) el tiempo histórico es el momento en el que se produce el hecho histórico, y éste es susceptible de diferentes medidas.

La historia de la enfermería ha de ocuparse de clarificar como se han interpretado en diferentes sociedades y épocas ideas trascendentes como la vida y la muerte la salud y la enfermedad y desde el punto de vista de la vida cotidiana debe acometer la tarea de buscar los significados que en cada momento histórico, de larga, mediana y corta duración.

- ✓ **Duración Larga.** Está relacionado con cambios importantes en las condiciones de vida de las personas, de las sociedades, de la economía, de la estructura y formas de vida, en resumen con épocas históricas. Ej: La Edad Media.
- ✓ **Duración Media.** Se trata de encuadrar ese hecho histórico y relacionarlo con otros acontecimientos que les rodea. Generalmente está relacionado con la vida de un personaje, una legislatura o un reinado. Ej: Durante el mandato de George Bush.
- ✓ **Duración Corta.** Es el momento, día o la fecha en que se produce el acontecimiento. Ej: 11 de Septiembre de 2001.

Según se conciba el tiempo de una forma u otra, variará el concepto de la historia, así como la explicación y el análisis de la misma. Para hablar de historia de la enfermería, podemos establecer tres niveles diferentes de temporalidad histórica:

1. Historia episódica: el análisis se realiza con base a un gran acontecimiento ocurrido. La historia de la enfermería se narra alrededor de un acontecimiento concreto. Por ejemplo: tras una campaña bélica o tras una epidemia.

2. Historia coyuntural: el análisis se realiza en un tiempo más dilatado, en un ciclo de tiempo. La historia de la enfermería se narra alrededor de ese ciclo de acontecimientos. Por ejemplo: la enfermería en la II República Española.

3. Historia estructural: el análisis se realiza con base a la interpretación temporal de acontecimientos de gran duración. La historia de la enfermería se narra alrededor de las relaciones entre los elementos y los factores que delimitan períodos estables de la historia.

De la identificación y estudio de las características de las estructuras señaladas se puede llegar al establecimiento de cuatro grandes fases de la enfermería. (Tabla 1).

1. Fase Tribal Domestica
2. Fase Religioso Institucional.
3. Fase Pre profesional
4. Fase Profesional.



Tabla 1.- FASES HISTÓRICAS Y ESTRUCTURAS DE LA ENFERMERIA			
FASES	ESTRUCTURA	OBJETIVO SOCIAL	PARADIGMA SOCIAL
Tribal Domestica	Unidad funcional	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Tribus ✓ zonas subdesarrolladas o no de civilizadas. 	Mujer que cuida y cría.
Religiosa Institucional	Marco Funcional	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Ordenes Clericales. ✓ servir y de la salvación eterna, a través del cuidado a los más necesitados 	Amor y caridad
Pre profesional	Elemento funcional	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Etapa oscura. ✓ Trabajo medico ✓ Dotación y Mantenimiento institucional investigación de la patología. ✓ Proceso Atención de Enfermería con enfoque en la patología. ✓ surgimiento de carreras técnicas en enfermería, dirigidas por médicos. ✓ Proyectos de nivelación académicas. 	Asistente o ayudante del médico.
Profesional	Evolución	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Cubrir las necesidades en salud de la persona, familia y/o comunidad. 	No se ha producido de forma uniforme en todos los países, existiendo notables diferencias entre países y continentes.
<p>Argumentación Documental.</p> <p>No debemos olvidar que esta es una división genérica y que nos ayudará descriptivamente, pero que no está marcada exactamente en el tiempo, ya que en la actualidad conviven la "Fase Religioso - Institucional" (órdenes clericales controlan instituciones donde se prestan cuidados) con la "Fase Profesional" (hay instituciones seculares que prestan cuidados), así como considerar que la profesionalización de la enfermería no se ha producido de forma uniforme en todos los países, existiendo notables diferencias entre países y continentes.</p> <p>Autor: Lic. Enf. Manuel Chagala García</p>			

CONCLUSIÓN

La historia de la enfermería resulta imprescindible para la identificación de las coordenadas científicas de la disciplina y, asimismo, contribuye a un proceso de integración en la taxonomía científica que resulta coherente con la naturaleza histórico-antropológica de los cuidados.

El objeto sujeto de la enfermería es el hombre de forma aislada o en sociedad desde la perspectiva de los cuidados implicados en el proceso de satisfacción de necesidades.

Los cuidados que tienen como función la continuidad, la conservación o mantenimiento de la vida y los cuidados relacionados con la necesidad de atender todo aquello que obstaculiza la vida deberán ser el objeto de estudio de la formación y práctica de la enfermería lo que implica que esté presente tanto en la teoría como en la práctica en vez de darle énfasis a los signos y síntomas de la enfermedad, toda vez que el cuidado debe ser el imperativo moral de enfermería. Pensar en un trabajo de enfermería sin la noción del cuidado es pensar en otra cosa menos en enfermería.

Es recomendable que durante la formación de recursos humanos en enfermería para el proceso de la construcción disciplinar es necesario partir del estudio de la historia del cuidado, todo ello se traducirá en diversas prácticas profesionales orientadas al dominio del objeto de estudio de la enfermería: el cuidado de la persona en la experiencia humana de salud.



“TECNOLOGÍAS DEL CUIDADO”

Chagala, G. Manuel. “Tecnologías del Cuidado” Veracruz, Ver. 2008.

**Colegio de Enfermeras(os) del Estado de Veracruz
Fundador de la Federación Mexicana de Colegios de Enfermería A.C
Educación Continua**

TECNOLOGÍAS DEL CUIDADO

Por: Manuel Chagala García
chagarza77@yahoo.com.mx

Con el transcurso de los años se ha llegado a identificar como enfermera a cualquier persona que brinde cuidados. La suposición de que es un arte innato de cualquier mujer, ha obstaculizado el desarrollo de un concepto de enfermería como profesión.

Actualmente, enfermería está inmersa en una etapa de cambios importantes tanto en sus bases teóricas como en el replanteamiento de su práctica profesional, vive un momento de desafíos y oportunidades únicos, donde el desarrollo tecnológico ha invadido esta hermosa profesión pensando que es el único medio para alcanzar la salud. Se debe rescatar la visión integral de salud, y demostrar que enfermería tiene un rol único con conceptos fundamentales básicos y una práctica profesional específica. El foco de atención de enfermería es el cuidado y cuidar ante todo, es un acto de vida, en el sentido de que cuidar representa una infinita variedad de actividades dirigidas a mantener y conservar la vida y permitir que ésta se reproduzca y continúe.

Los cuidados de enfermería tienen la finalidad de permitir a las personas desarrollar su capacidad de vivir o esforzarse en compensar la alteración de las funciones lesionadas por la enfermedad, buscando la forma de suplir la disminución física, afectiva o social que conlleva ésta última. Entendiendo al cuidado como el eje de atención de enfermería, es necesario plantear la base teórica fundamental que sustente el conocimiento enfermero.

El proceso de cuidar comienza por un acto de reflexión de las necesidades vitales y sus respuestas, por lo tanto es obligatorio demandar conocimientos de todos los dominios que hablen del hombre y la infinita variedad de actividades humanas. Esto nos hace recurrir en primera instancia a la base fundamental de las ciencias: la filosofía, entendida ésta como la ciencia cuyo objeto de estudio es el ser (todo) en cuanto a sus últimas causas a la luz natural de la razón.

Según Collier los cuidados que se proporcionan con instrumentos de alta tecnologías son probablemente la mejor imagen de la atención enfermera, ya que aúnan los aspectos tecnológicos con la mirada profesional humana y social que precisa una persona con problemas que requieren una alta intensidad de cuidado sin embargo todo ello no basta con la simple mirada de otros profesionistas, que su óptica no da más que la de un material avanzado, tecnología e incluso una máquina que trabaje por ellos. En cuanto a la Enfermería las tecnologías se constituyen en el paradigma emergente el cual está en fase de construcción, entendido este como la aplicación de la técnica y la tecnología constituyendo un punto de partida para "el hacer" al proporcionar cuidados, resolver situaciones y contribuir al bienestar del hombre y al mantenimiento de la vida.

Por su parte COLLIER, propone tres grandes elementos que intervienen en la construcción del proceso del cuidado de enfermería; **Conocimientos, Tecnologías, Valores y Creencias.**

CONOCIMIENTOS:

Hay que considerar 2 aspectos que son:

- **Las fuentes de conocimientos utilizadas:** El proceso de cuidar comienza por un acto de reflexión de las necesidades vitales y la búsqueda del tipo de respuesta que hay que dar, es necesario apelar a conocimientos diversos y de diferente naturaleza.

El acto de reflexionar comprende dos tiempos:

- Descubrir a la persona a partir de lo que dice, esto se consigue por medio de interrogatorios estereotipados y sistemáticos, se clasifica a la persona en una categoría más que comprender lo que dice respecto a su contexto de vida.
- Descifrar lo que las personas o los grupos intentan decir y confrontarlo con las fuentes del saber que orientan su significado.
- Su modo de organización y utilización.

PRIMERA FUENTE DE CONOCIMIENTOS: LA PERSONA O EL GRUPO AFECTADO.

La primera fuente de conocimiento es LA PERSONA o el grupo que se expresa sobre el problema. Pero para descubrir, entender y comprender lo que nos dicen las personas que solicitan cuidados, es necesario volver a aprender a ver y volver a aprender el lenguaje.

VOLVER APRENDER A VER. Es volver a aprender la comunicación no verbal, es la capacidad de descubrir la multitud de pequeños signos que transmite una persona por su mirada, su cara, su vestido, su postura, así como los signos que provienen de su entorno social, del espacio donde ella se sitúa.

VOLVER A APRENDER LOS LENGUAJES COLOQUIALES. El lenguaje profesional es diferente al lenguaje coloquial, las personas nos hablan de lo que ya no pueden hacer por sí misma, esencialmente en términos de preocupación o dificultad. Esto nos da la clave de sus preocupaciones pero el lenguaje profesional no lo puede entender se dice que este ha perdido las referencias simbólicas que dan sentido a lo que dice la gente, no comprende y no transpone nada más que lo que se refiere a las normas de lo normal y de lo patológico.

La introducción de todos estos conocimientos en los programas de formación no es significativa y puede llegar rápidamente a la saciedad si no nos conduce a comprender y descubrir mejor al hombre vivo, situado en su medio ambiente inmediato, insertado en el universo cosmológico, fundamento razón de ser única de los cuidados de enfermería. Alrededor del serbio cultural enfrentando al combate vida muerte adquiriendo sentido el conjunto de conocimientos que pueden contribuir a los cuidados de enfermería. "Si la vida es un conjunto de funciones que resisten a la muerte, entonces es importante explorar lo que nos hace vivir la muerte y morir de vida".

Comprender lo vivo es descubrir su red de interferencias, los conceptos y características fundamentales de:

- La energía: No hay vida sin energía.
- Los tipos de energía son energía psíquica, energía física y energía afectiva.
- El espacio: No hay vida que no se inserte en un espacio.
- El tiempo: la irreversibilidad del tiempo, el tiempo como instante, como duración, como frecuencia y como ritmo. La comprensión del tiempo en distintas edades y en distintas etapas de la vida.

El concepto de umbral

- El mantenimiento de la vida.
- La variabilidad de los umbrales en función de las culturas, de las personas.

Concepto de información, de programación

- Información biológica: la herencia genética.
- Información cultural
- Información e instituciones.

Por lo tanto es importante descubrir los conceptos fundamentales de la realidad antropo social, de la realidad socio-cultural que son: El concepto de cultura, de ritos, mitos, de imagen corporal, instituciones, estatus función rol, de medio de condiciones de vida, los fenómenos de autoridad y poder.

ORGANIZACIÓN Y UTILIZACIÓN DE LOS CONOCIMIENTOS. Ningún conocimiento podría escapar a lo que caracteriza a los sistemas vivos, es decir a pasar a los diferentes estadios de transformación y de estructuración.

EL MÉTODO. Es el que orienta la organización de los conocimientos y su utilización. El método es el camino emprendido por cualquier conocimiento para hacernos conocer, es decir para permitirnos “nacer con”.

DILUCIÓN- ACCIÓN. De lo anterior expuesto se deduce que los conocimientos solo pueden ser útiles y fuentes de desarrollo si son el encuentro de la experiencia vivida con todo aquello que puede alimentar, nutrir y enriquecer esta experiencia para darle sentido y permitir regenerarse y volver a crearse.

TECNOLOGÍAS:

Por tecnología hay que entender un arte, un conocimiento de los instrumentos, es decir de todo lo que muestra su elaboración, su creación, la justificación de su utilización apropiada y de manera de servirse de ella. La técnica corresponde únicamente a la forma de utilizar tal o cual instrumento. Es un procedimiento que es un objeto de aprendizaje y crea un instrumento. Siguiendo este orden de ideas, a continuación se mencionan las tecnologías más utilizadas en enfermería que se pueden entender como el arte de cuidar.

EL CUERPO: Es el primer instrumento usado para una persona que presta cuidados y que sigue siendo el instrumento principal de dichos cuidados, es el vínculo, el mediador de los cuidados. Mediante el uso del cuerpo se pueden prestar cuidados a otra persona, el uso de los sentidos. El **TACTO** primer sentido utilizado en la prestación de cuidados, primero a través de la madre y luego a través de todos los que prestan cuidados. (tocar, sentir, dar masaje, relajar y no solo para coger los instrumentos (jeringas, baumanómetros, etc.), el **OIDO** trasmite los mensajes es el

vehículo de la escucha, la **VISTA** situada a la persona en su entorno, descubre caras, descifra los mensajes enviados por el cuerpo según este doblado, nervioso, angustiado etc.

TECNOLOGÍA PARA EL MANTENIMIENTO DE LA VIDA (CARE): Son de gran variedad y deben ser objeto de la imaginación y la creatividad sirven para garantizar el mantenimiento de la vida cotidiana como son la alimentación, el vestido, el aseo, la evacuación, etc. Son los **CUIDADOS CARE**, estos son los cuidados de costumbres habituales o cuidados de conservación y mantenimiento de la vida, este se inscribe en los seres vivos desde el principio de los tiempos, los cuidados nacen a partir de **necesidades básicas**, como proteger recursos, territorio, alimentarse. **CARE** representa todos los cuidados permanentes y cotidianos que tiene como única función mantener la vida reaprovisionándola de energía en forma de alimentos o de agua, comer, evacuar, levantarse, moverse, desplazarse, respirar (N. hidratación y eliminación e Higiene, N. higiene y protección de la piel, N. moverse y mantener una buena postura y N. oxigenación) de calor de luz, o de naturaleza afectiva o psicológica (N. termorregulación, N. comunicación). Estos cuidados están basados en todo tipo de hábitos, de costumbres y creencias. (N. vivir según sus creencias y valores).

TECNOLOGÍA DE CURACIÓN (CURE): Han invadido progresivamente el campo de los cuidados de Enfermería y van desde los instrumentos más sencillos hasta las maquinas más complejas, “la utilización de estos instrumentos y de estas técnicas corresponden más a los cuidados prescritos por los médicos y llevados a cabo por el profesional de enfermería. Los **CUIDADOS CURE**, son los cuidados de curación o tratamiento de la enfermedad **CURE** garantiza la continuidad de la vida curando todo aquello que la obstaculice. (Monitorización de signos vitales, administración de medicamentos, etc.)

TECNOLOGÍA DE INFORMACIÓN: En el proceso de prestar cuidados, los profesionales de enfermería emplean también unas técnicas de transmisión de información, concretamente la utilización del Proceso Atención de Enfermería sin dejar de mencionar los modelos y las teorías que se fundamentan en una visión humanista como lo es el caso de las 14 necesidades de V. Henderson que son de suma importancia para sustentar la práctica y que le permite al profesional de Enfermería prestar cuidados de una forma racional, lógica y sistemática, donde puede planear, ejecutar y evaluar la prestación del cuidado de Enfermería. Los conocimientos utilizados por una profesión deben constituir su patrimonio y deben generar otros conocimientos y servir como fundamentos para toda la evolución profesional

CREENCIAS Y VALORES:

Si los conocimientos y las tecnologías son propios de un oficio, para realizar un trabajo o para proporcionar un servicio, una profesión tiene una creencia Según indica Colliere, el origen de las prácticas de cuidados está ligado a las intervenciones maternas que aseguraban la continuidad de la vida y de la especie. La alimentación, como necesidad básica que implica suplencia y ayuda (por parte de la madre o sustituta) en los primeros estadios evolutivos del hombre es considerada como la práctica de cuidados más antigua. Los cuidados durante millares de años no fueron propios de un oficio, ni menos de una profesión determinada. Estaban ligados a la mujer, históricamente vinculados a las actividades de cuidar la vida y preservar la especie, en cambio los hombres eran asociados a actividades relacionadas a la defensa y salvaguardar los recursos. Los cuidados eran dirigidos al cuerpo en forma global, es decir, cuerpo y espíritu. Posteriormente con la llegada del cristianismo se da supremacía al

espíritu, aparecen las mujeres cuidadoras consagradas. Después de la edad media, los cuidados serán ejercidos por mujeres de clase baja y de dudosa reputación. En este período todas las labores relacionadas al cuidado eran consideradas una ocupación inferior e indeseable. Con el avance de la ciencia, las nuevas tecnologías en el ámbito médico hicieron necesarios más colaboración, surgiendo el concepto de mujer cuidadora- auxiliar del médico, cuya labor estaba apegada en estricto a las indicaciones médicas. Los conocimientos adquiridos por las cuidadoras en ese entonces eran transmitidos por los médicos, fundamentalmente en áreas de patologías y diversas técnicas. El estilo de pensamiento se acercaba al religioso, en un intento de recuperar la imagen cristiana de los cuidados de antaño, reforzando un modelo vocacional y disciplinar del ejercicio del quehacer.

FUNDAMENTOS DE LAS CREENCIAS

Las creencias son una forma de fundamento integrado, interiorizado a partir de las costumbres. Todos nosotros adquirimos modelos por el modo de vida de la madre durante la gestación.

Las costumbres representan en si mismas y desde el principio de la humanidad todo un conjunto de formas de hacer que crean formas de ser enfocadas a asegurar la continuidad de la vida. Basada en su origen en tanteos, ensayos y errores se elaboran respecto a lo BUENO y lo MALO.

Todas las creencias se basan en los conceptos del BIEN y del MAL a partir de la interpretación simbólica de hacer las cosas que dan lugar a una forma de ser en un universo desarrollado.

Todo lo que no es considerado como BUENO es decir saludable para la vida está prohibido para proteger al grupo de todo lo que pueda perjudicar y por lo tanto causar la muerte.

Costumbres y creencias están reglamentadas por el tiempo que las marca un ritmo, las acentúa a merced del día o de la noche las dispersas al filo de las estaciones, las repite, las recuerda y las conmemora en forma de ritos. Las costumbres y las creencias constituyen el elemento que representa la permanencia y estabilidad del grupo. Los valores están vinculados a las costumbres y las creencias, siendo el valor el grado de importancia y estimación social que se atribuye a tal o cual creencia, lo que hace que el grupo necesita protegerla y defenderla para así mantenerla.

CONCLUSIÓN:

A manera de conclusión se establece que los cuidados de enfermería están marcados por los conocimientos, tecnologías, las creencias y los valores con los que están vinculados tanto los que requieren cuidados como los que los procuran. Todos ellos se encuentran bajo la influencia del conjunto de valores predominantes transmitidos por el sistema social, valores a los que se puede adherir sin preguntas, o de los que se pueden proponer comprender su significado, su razón de ser, su forma de expresarse, sus apremios y sus limitaciones, para intentar determinar lo que orienta y sustenta su acción.

Todo proceso de aplicación de cuidados se inserta en un sistema de creencias y valores de los que son portadores las personas que participan en los cuidados, tanto las personas cuidadas como los cuidadores; por eso es importante comprender mejor el funcionamiento de las creencias, su naturaleza, la forma en que se transmiten y se modifican, todo ello para tomar conciencia de la variedad de sistema de creencias y de valores que pueden influir en la concepción de los cuidados y su incidencia sobre la práctica de los mismos.

Modelos y Teorías en Enfermería



Chagala, G. Manuel. "Resumen de textos seleccionados para su utilización en el Curso Taller Planes de Cuidados de Enfermería, PLACE,s" Veracruz, Ver. 2010

PRINCIPALES TEORIAS Y MODELOS DE ENFERMERÍA.

Marriner A. 1999 y Benavent Amparo desde su perspectiva en la clasificación de las teorías y modelos, nos permiten observar la diferencia entre los elementos comunes de éstas, primero en términos generales se hará referencia a la **filosofía de enfermería** la cual a través del análisis, el razonamiento y la argumentación define el significado de los fenómenos observados, siendo éstas las que precedieron y contribuyeron en la construcción de modelos teóricos y al desarrollo de los conocimientos de la ciencia y sus métodos, mientras que el **modelo conceptual** ofrece un nuevo marco de referencia para sus seguidores, es decir nos indica como observar e interpretar a los fenómenos que son de interés dentro de nuestra disciplina, incluye aspectos importantes como el entorno y la salud de los seres humanos, proponiendo líneas maestras de conducta y **las teorías de enfermería** llamadas de nivel medio se refieren a aspectos concretos de las situaciones que se presentan, resultan más precisas y se ocupan de responder a preguntas prácticas específicas dentro de la enfermería, maneja factores tales como el grupo de edad de la persona, situación familiar, estado de salud, la colocación de la persona y lo más importante la acción de la enfermera.

Las teorías y modelos conceptuales no son realmente nuevas para la enfermería, han existido desde que Nightingale en 1859 propuso por primera vez sus ideas acerca de la enfermería. Así como Nightingale tuvo sus propias ideas de la enfermería todos los profesionales de enfermería tienen una imagen privada de la práctica de enfermería y esta influye en las decisiones y guía las acciones que tomamos (fawcett, 1996).

Sin embargo, estas ideas globales de lo que entendemos por enfermería, ha sido organizado por fawcett (1996) a través de lo que denomina "Estructura del conocimiento", donde sitúa al metaparadigma, filosofías, modelos conceptuales, teoría e indicadores empíricos en una estructura descendente que vincula el mundo abstracto con el mundo concreto. ¿Qué entendemos por metaparadigma?. Son los conceptos globales del fenómeno de interés de la disciplina de enfermería; Persona, Salud, entorno y enfermería, los cuales han sido conceptualizados de manera diferente por distintas enfermeras para dar lugar a la generación de modelos conceptuales. En este esquema de la estructura conceptual, la filosofía se encuentra ubicada en una línea staff, como un conjunto de creencias, valores y lo que las enfermeras asumen como verdadero, respecto al fenómeno de interés para la disciplina "El cuidado", por lo que indirectamente modifican lo que cada enfermera en su contexto propio de trabajo entiende por; persona, salud, entorno y enfermería. Lo anterior da pie, al desarrollo de modelos conceptuales, estos son definidos como un conjunto de conceptos abstractos y generales, así como proposiciones que se integran para dar un significado. Incorporan observaciones empíricas, intuiciones de los estudiosos, deducciones combinadas con las ideas creativas del campo de la investigación (fawcett, 1996).

Esto quiere decir que los modelos conceptuales son un conjunto de conceptos que explican de manera general el fenómeno del cuidado, pero los modelos conceptuales son más complejos y generales que las teorías, estos otorgan una explicación muy amplia sobre algunos fenómenos de interés para la enfermería. Los modelos en general presentan visiones de ciertos fenómenos del mundo, pero representan solo una aproximación o simplificación de

aquellos conceptos considerados relevantes para la comprensión del acontecimiento. Son representaciones de la realidad de la práctica y representan los factores implicados y la relación que guardan entre sí. Se convierten en un instrumento que permanentemente recuerda los distintos aspectos del cuidado de enfermería y la relación entre los factores físicos, psicológicas que se debe tener en cuenta al brindar estos cuidados. (fawcett, 1996).

Estos modelos ofrecen una visión global de los parámetros generales de la enfermería que incluyen ideas sobre la naturaleza y el papel de la persona (paciente) y de la enfermera, sobre el entorno o cultura en donde se desarrolla la enfermería, sobre el objeto o función de la enfermería, cual es el cuidado de la salud y sobre las acciones o intervenciones de enfermería. Todos estos conceptos se pueden caracterizar de la siguiente forma:

- ✓ La persona que recibe los cuidados.
- ✓ El entorno en el que existe la persona.
- ✓ El concepto de salud, como meta de la persona en el momento de su interacción con la enfermera.
- ✓ Las propias acciones de enfermería.

Entre los modelos conceptuales están el modelo del “Déficit de autocuidado”, de Dorotea Orem; el “Modelo de Adaptación” de Sor Calixta Roy, el “modelo de Sistemas Comportamentales” de DorothyJonson, “Los Cuatro Principios de conservación” de Myra Astrid Levine.

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

Entre las teorías se encuentran “La enfermera Psicodinamica” de HildegardPeplau, “Adopción del papel maternal” de Ramona Mercer y “Modelo de Promoción de la salud” de Nola Pender

Las teorías son un conjunto de conceptos interrelacionados que permiten describir, explicar y predecir el fenómeno de interés para la disciplina, por lo tanto se convierten en un elemento indispensable para la práctica profesional, ya que facilitan la forma de describir y explicar y predecir el fenómeno del cuidado. Tanto los modelos conceptuales como las teorías están elaboradas por conceptos y fawcett (1996) los define como palabras que describen imágenes mentales de los fenómenos, no se limitan a un grupo, situación e individuo en particular, son generales, estos se relacionan para explicar distintos fenómenos de interés para la disciplina como lo hicieron: Orem sobre el déficit de autocuidado, Roy; adaptación y estímulo, Henderson; Necesidades básicas, Pender; Conducta promotora de salud y Neuman, Estresores. Para comprender y estudiar estos conceptos teóricos es necesario el uso de indicadores empíricos, que son los instrumentos reales, condiciones y procedimientos experimentales que se usan para observar o medir los conceptos de una teoría, estos vinculan el mundo abstracto con el mundo concreto, son la única forma de conectar los aspectos teóricos con la práctica.

Es importante saber que cada teoría estudia un aspecto limitado de la realidad. Por lo tanto es necesario contar con muchas teorías que estudien todos los fenómenos relacionados con el cuidado de enfermería. No todos los modelos y teorías se aplican a todas las situaciones en las que esté involucrada enfermería, sino solo a una pequeña parte de todos los fenómenos de interés para la enfermería.

Lo anterior quiere decir que así como para una enfermera del área de psiquiatría le interesaría la aplicación del Modelo de Relaciones Interpersonales de Peplau, para una enfermera clínica le interesará aplicar el Modelo de Déficit

de Autocuidado de Orem y para una enfermera comunitaria el Modelo de Promoción a la Salud de Pender, sin embargo es importante aclarar que no ayudara a resolver todos los problemas suscitados en cada una de estas áreas, sino facilitara el entendimiento de algunos aspectos de la práctica desarrollada.

Los modelos y teorías de enfermería se aplican para facilitar la práctica de enfermería en la Investigación, Educación, administración y práctica clínica. En relación a la educación, los modelos y teorías guían el proceso general para elaborar un plan de estudios; los programas y las actividades de enseñanza aprendizaje.

En la administración; provee una estructura sistemática para observar las situaciones e interpretar las situaciones administrativas del cuidado de enfermería de manera muy particular. En la práctica clínica; proveen guías generales para la práctica con un enfoque y organización basada en los conceptos propuestos por el modelo conceptual y en el método de trabajo de enfermería o Proceso Atención Enfermería (PAE). Es fundamental enmarcar, que la aplicación de los modelos y teorías de enfermería debe estar basado en el método de trabajo de enfermería o PAE.

En relación a la investigación; las teorías y modelos de enfermería facilitan la organización del conocimiento y guían al investigador con respecto al problema a estudiar, metodología, instrumentos, procedimientos, diseño, plan de análisis y todo el proceso de investigación. Al guiar el proceso de investigación bajo el enfoque de una teoría o modelo conceptual se podrá garantizar el obtener resultados con posibilidades de ser generalizados no solo a los sujetos de estudio sino a otros sujetos con características similares, debido a que estos enfoques fueron creados a partir de observaciones repetidas. La investigación a su vez evalúa a la teoría, ya que se puede desechar o realizar modificaciones con base a los resultados obtenidos. Los modelos conceptuales son una base del ejercicio de la Enfermería y contienen en sí mismos los postulados y valores que forman los cimientos teóricos en que se apoya el concepto de los "cuidados". Estos postulados constituyen el cómo y el porqué de la profesión de Enfermería. Los profesionales de Enfermería basan su Práctica en un modelo o marco conceptual de los cuidados de enfermería.

Todo modelo conceptual de Enfermería debe incluir:

- ✓ Descripción de la persona que recibe la atención de Enfermería (usuario).
- ✓ Descripción general de la naturaleza del medio ambiente que rodea a la persona (usuario) incluyendo el contexto sociocultural.
- ✓ Naturaleza de la profesión: la Enfermería se concibe como una disciplina de ayuda, con énfasis en las relaciones interpersonales enfermera- persona (usuario). Lo que permite establecer que en enfermería la persona interactúa como participante de las intervenciones.
- ✓ Salud: este concepto articula los tres anteriores, constituye el objeto de la Enfermería que es promover, prevenir, recuperar y/o mantener en un nivel óptimo la salud en las personas.

DESARROLLO DE LAS TEORIAS DE ENFERMERIA

La ciencia de la enfermería se derivó principalmente de las ciencias sociales, biológicas y médicas a partir de los años 60, del siglo XX un número mayor de profesionales se dedicó a desarrollar modelos de enfermería, que brindan las bases para elaborar teorías y avanzar en el conocimiento de la profesión.

La teoría proporciona los conocimientos necesarios para perfeccionar la práctica diaria mediante la descripción, explicación, predicción y control de los fenómenos.

La enfermería es una disciplina práctica y por lo tanto las ideas innovadoras deben surgir de la práctica con una buena fundamentación teórica, en relación con las necesidades de cuidado para mantener la salud de los individuos y de la sociedad.

Las teorías son verificadas y validadas a través de la investigación y proporcionan una orientación para esa investigación.

Características:

Las teorías deben reunir, al menos, las siguientes características:

- ✓ Deben ser lógicas, relativamente simples y generalizables.
- ✓ Deben estar compuestas por conceptos y proposiciones.
- ✓ Deben relacionar conceptos entre sí.
- ✓ Deben proporcionar bases de hipótesis verificables.
- ✓ Deben ser consistentes con otras teorías, leyes y principios válidos.
- ✓ Pueden describir un fenómeno particular, explicar las relaciones entre los fenómenos,
- ✓ Predecir o provocar un fenómeno deseado.
- ✓ Pueden y deben ser utilizadas por la enfermería para orientar y mejorar la práctica.

Niveles de desarrollo de la teoría:

- ✓ Las Metateoría: se centra en aspectos generales, incluyendo el análisis del propósito, el tipo, la propuesta y la crítica de fuentes y métodos para el desarrollo de la teoría
- ✓ Los Metaparadigmas: son de contenido abstracto y de ámbito general; intentan explicar una visión global útil para la comprensión de los conceptos y principios clave (por Ej. La Teoría General de Enfermería de Orem o el Modelo de la Adaptación de Roy)
- ✓ Las Teorías de Medio Rango: tienen como objetivo fenómenos o conceptos específicos, tales como el dolor y el estrés; son de ámbito limitado, pero lo suficientemente generales como para estimular la investigación.
- ✓ Las Teorías Empíricas: se dirigen al objetivo deseado y las acciones específicas necesarias para su realización, son definidas brevemente.

CLASIFICACION DE LAS TEORIAS

Según el enfoque - AfafMeleis en 1.985* (Profesora de la Universidad de California)

TIPOS DE TEORIAS	FOCO	EXPONENTES
Teorías de Necesidades	Se enfoca en lo que las enfermeras hacen.	Dorotea Orem, Abdellah y Col. Y Virginia Henderson.
Teoría de Interacción	Se dirige a ver como la enfermera realiza o conduce el cuidado	Teoría de King, Paterson y Zedral
Teoría de Resultados	Se centra en los resultados del cuidado y en la naturaleza del receptor del cuidado	DorotyJonson, Levine, Martha Rogers, Sor Calixto Roy

ANALISIS DE LAS PRINCIPALES MODELOS Y TEORIAS.



**VIRGINIA HENDERSÓN.
DEFINICIÓN DE ENFERMERÍA.**

VIRGINIA HENDERSON. “DEFINICIÓN DE ENFERMERÍA”

Virginia Hendersón se graduó en la ArmySchool of Nursing en 1921. Su interés por la enfermería surgió de la asistencia al personal militar enfermo y herido durante la I Guerra Mundial.

Henderson desarrolla sus ideas motivada por sus preocupaciones sobre las funciones de las enfermeras y su situación jurídica.

En 1955 publicó su “Definición de Enfermería”, en 1966 perfiló su Definición en el libro: “TheNature of Nursing”.

METAPARADIGMAS:

Persona: Individuo que necesita de la asistencia para alcanzar un salud e independencia o para morir con tranquilidad. Considera a la familia y a la persona como una unidad. Influida por el cuerpo y por la mente. Tiene unas necesidades básicas que cubrir para su supervivencia. Necesita fuerza, voluntad o conocimiento para lograr una vida sana.

Entorno: Sin definirlo explícitamente, lo relaciona con la familia, abarcando a la comunidad y su responsabilidad para proporcionar cuidados. La sociedad espera de los servicios de la enfermería para aquellos individuos incapaces de lograr su independencia y por otra parte, espera que la sociedad contribuya a la educación enfermera. La salud puede verse afectada por factores:

- ✓ Físicos: aire, temperatura, sol, etc
- ✓ Personales: edad, entorno cultural, capacidad física e inteligencia.

Salud: La define como la capacidad del individuo para funcionar con independencia relación con las catorce necesidades básicas, similares a las de Maslow.

✓ **Siete están relacionadas con la fisiología:**

1. N. Oxigenación.
2. N. Nutrición e Hidratación.
3. N. Eliminación.
4. N. Moverse y mantener una postura adecuada.
5. N. Descanso y Sueño.
6. N. Usar Prendas de Vestir Adecuadas.
7. N. Termorregulación.

✓ **Dos con la seguridad:**

8. N. Higiene y protección de la piel.
9. N. Evitar Peligros.

✓ **Dos con el afecto y la pertenencia:**

10. N. Comunicación.
11. N. Valores y Creencias.

✓ **Tres con la autorrealización:**

12. N. Trabajar y Realizarse.
13. N. Actividades Recreativas.
14. N. Aprendizaje.

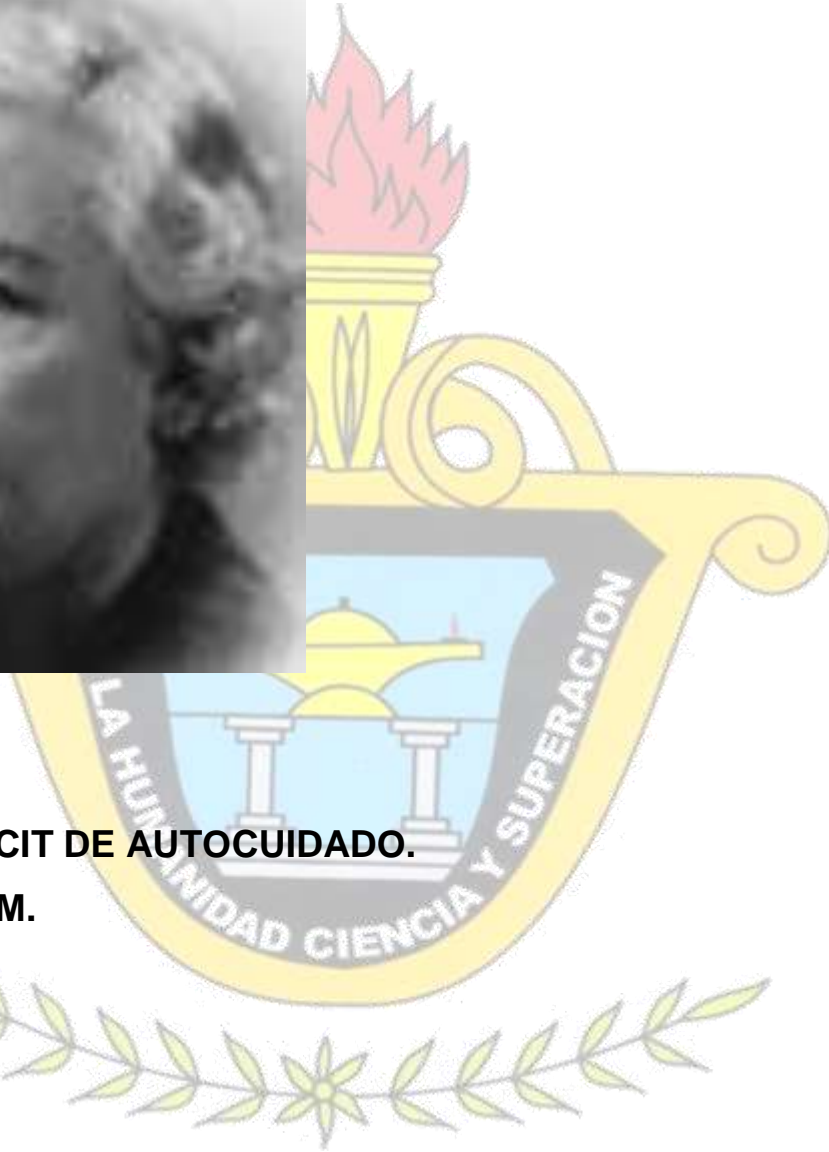
Enfermería: La define como la ayuda principal al individuo enfermo o sano para realizar actividades que contribuyan a la salud o a la recuperación y hacerlo de tal manera que lo ayude a ganar independencia a la mayor brevedad posible o a tener una muerte tranquila. La persona con suficiente fuerza, voluntad o conocimiento realizaría estas actividades sin ayuda. Requiere un conocimiento básico de ciencias sociales y humanidades, además de las costumbres sociales y las prácticas religiosas. Ayuda a la persona (paciente) a satisfacer las 14 necesidades básicas. Implica la utilización de un "plan de cuidado enfermero" por escrito. Desde nuestro punto de vista esta teoría es congruente, ya que busca la independencia de la persona a través de la promoción y educación en la salud, en las personas sanas y en las enfermas a través de los cuidados de enfermería.

Epistemología: Aunque la mayor parte de su teoría está basada, como así define en su libro, "The.Nature of Nursing", en las ciencias de la fisiología, medicina, psicología y física, también utiliza la observación de su práctica diaria para dar forma a su teoría.

El profesional de enfermería requiere trabajar de manera independiente con otros miembros del equipo de salud. Las funciones de la enfermera son independientes de las del médico, pero utiliza el plan de cuidados de este para proporcionar el cuidado al paciente. Identificación de tres modelos de función enfermera:

- ✓ Sustituta: Compensa lo que le falta al paciente.
- ✓ Ayudante: Establece las intervenciones clínicas.
- ✓ Compañera: Fomenta la relación terapéutica con la persona (paciente) y actúa como un miembro del equipo de salud.

Establece la necesidad de elaborar un Plan de Cuidados de Enfermería por escrito, basándose en el logro de consecución de las 14 necesidades básicas y en su registro para conseguir un cuidado individualizado para la persona.



**TEORÍA DEL DEFICIT DE AUTOCUIDADO.
DOROTEA E. OREM.**

Chagoya, G. Rodolfo J. Hernández H. Justina.
Mendoza G. Gloria, Portugal M. Ma. Del Rocío.
Análisis de la Teoría de "Deficit de Autocuidado"
Por : Alumnos del curso Postécnico, Enfermería
Quirúrgica. ENEO- UNAM. Veracruz, Ver.
Marzo 2010

TEORÍA DEL DÉFICIT DE AUTOCUIDADO DOROTHEA OREM

INTRODUCCIÓN

La enfermería como profesión se desenvuelve desde mediados del siglo XIX cuando se desarrollan los primeros conceptos de salud y enfermedad en relación con enfermería. Dentro de los trabajos científicos más destacados se encuentra el de Dorothea E. Orem publicado en los años 70's donde plantea "La Teoría del Déficit de Autocuidado" a su vez subdividida en Teoría de Autocuidado, Teoría de los Sistemas de Enfermería y Teoría de Déficit de Autocuidado,

La teoría nace a partir de datos empíricos, observación, atención y cuidados que proporcionaba el personal de enfermería a las personas hospitalizadas, enfocándose en que la persona necesita estímulos para mantener la salud y bienestar por sí misma. Para crear este modelo conceptual no se basa en una teórica mas que en otra, sino que fue el conjunto de todas con las que había tenido contacto y la experiencia misma lo que le sirvió de fuente teórica.

DESARROLLO

Dorothea E. Orem, nació en Baltimore en el año 1914, educada con las Hijas de la Caridad de S. Vicente de Paúl. Se graduó en 1930. Muere un 22 de junio de 2007.

Esta autora define el autocuidado como la práctica de actividades que las personas emprenden con el objetivo de arreglar su situación temporal, a fin de seguir viviendo, mantener la salud, prolongar el desarrollo personal y conservar su bienestar.

Orem publica en los años 70's su Teoría del Déficit de Autocuidado, la cual se divide en tres sub-teorías mencionadas a continuación.

La **Teoría de déficit de autocuidado** describe y explica las causas que pueden provocar dicho déficit, así mismo determina cuándo y por qué se necesita de la intervención de la enfermera, por tanto el déficit de autocuidado es la falta o una capacidad no adecuada del individuo para realizar todas las actividades necesarias que garanticen un funcionamiento saludable. La **Teoría de los Sistemas de Enfermería**, sugiere que la enfermería es una acción humana en sistemas de acción formados por enfermeras, que a través del ejercicio de su profesión con personas con limitaciones de salud plantean problemas de autocuidado o cuidado dependiente, los sistemas de enfermería están ordenados según la relación de dependencia enfermera-persona, ya sea totalmente compensador, parcialmente compensador y/o de apoyo educativo, por otra parte la **Teoría de Autocuidado** la define como una función humana reguladora aplicable por cada individuo que permite entender las necesidades y limitantes de acción de cada persona que pueda beneficiarse de la enfermera, al autocuidado debe aprenderse y aplicarse de forma deliberada y continua en el tiempo, siempre correspondiendo a las necesidades de regulación de cada individuo.

Orem define la meta de la enfermería como: " Ayudar al individuo a llevar a cabo y mantener por sí mismo acciones de autocuidado para conservar la salud y la vida, recuperarse de la enfermedad y/o afrontar las consecuencias de dicha enfermedad". Además afirma que la enfermera puede utilizar cinco métodos de ayuda: actuar compensando déficits, guiar, enseñar, apoyar y proporcionar un entorno para el desarrollo.

Con base en lo anterior podemos decir que el personal de enfermería actúa cuando la persona, por cualquier razón no puede auto cuidarse.

Los métodos de asistencia de enfermería que Orem propone, se fundamentan en la relación de ayuda y/o suplencia de la enfermera hacia la persona y son:

1.- Actuar en lugar de la persona, por ejemplo en el caso de la persona inconsciente.

2.- Ayudar u orientar a la persona ayudada, por ejemplo en el de las recomendaciones sanitarias a las mujeres embarazadas.

3.- Apoyar física y psicológicamente a la persona ayudada. Por ejemplo, aplicar el tratamiento médico que se halla prescrito.

4.- Promover un entorno favorable al desarrollo personal, por ejemplo, las medidas de higiene en la escuela.

5.- Enseñar a la persona que se ayuda; por ejemplo, la educación a una persona colostomizado en cuanto a la higiene que debe realizar.

Así mismo Orem define un conjunto de conceptos globales que identifican los fenómenos particulares de interés para su teoría, metaparadigma, el cual se muestra a continuación:

Salud: estado de integridad de los componentes del sistema biológico y de los modos de funcionamiento biológico, simbólico y social del ser humano.

Entorno: no se describe con precisión pero menciona que representa todos los factores externos que influyen sobre la decisión de la persona de emprender los auto cuidado o sobre su capacidad para ejercerlos.

Persona: concibe al ser humano como un organismo biológico, racional y pensante, con capacidad para conocerse a fin de llevar a cabo acciones de auto cuidado y el cuidado dependiente.

Enfermería: la enfermera deberá ayudar a la persona a avanzar en el camino para conseguir responsabilizarla de sus auto cuidado.

El modelo de Orem demuestra que cuando las capacidades de una persona son inadecuadas o insuficientes para satisfacer las necesidades de auto cuidado terapéutico la enfermera debe diseñar y aplicar un sistema de enfermería que compense las limitaciones expresada, para ello se mencionan 8 Requisitos Universales, los cuales se deben satisfacer las necesidades vitales básicas a través del auto cuidado o cuidado dependiente de las personas:

- 1.- Mantenimiento de un ingreso suficiente de aire.
- 2.- Mantenimiento de una ingesta suficiente de agua.
- 3.- Mantenimiento de una ingesta suficiente de alimentos.
- 4.- Provisión de cuidados asociados con procesos de eliminación urinaria e intestinal.
- 5.- Equilibrio entre actividades y descanso.
- 6.- Equilibrio entre soledad y la comunicación social.
- 7.- Prevención de peligros para la vida.
- 8.- Funcionamiento y trato del logro de la Normalidad.

Es importante mencionar que la teoría de déficit de auto cuidado es aplicable en los tres niveles de atención a la salud; la Teoría de los Sistemas de Enfermería aplicada en un área quirúrgica se lleva a cabo de la siguiente manera:

Periodo preoperatorio, la persona recibe tanto cuidados parcialmente compensadores como de apoyo educativo ya que se encuentra consciente y coopera con los mismos.

Periodo trans-operatorio se brindan cuidados totalmente compensadores debido al estado de conciencia de la persona.

Periodo post-operatorio se le dan cuidados totalmente compensadores, parcialmente compensadores y de apoyo educativo de acuerdo al momento de recuperación en el que la persona se encuentre.

Un ejemplo de la aplicación de la teoría en el Proceso Atención de Enfermería se muestra a continuación: cuando la persona es egresado de un quirófano entra inmediatamente al área de recuperación quirúrgica, en ese momento la

enfermera aplica la valoración, apoyándose de los requisitos universales, posteriormente crea un juicio crítico el cual le sirve para la deducción de diagnósticos de enfermería, mismos que nos llevaran a crear y aplicar un plan de acción para restablecer la situación de la persona, por último se evalúan los resultados de dichas acciones y en caso de no obtener los resultaos deseados se inicia nuevamente.

CONCLUSIÓN

El desarrollo del modelo de D. Orem nos permite actuar, guiar, apoyar, desarrollar, enseñar a la persona y su familia el auto cuidado, asimismo supone trabajar con aspectos relacionados con la motivación y el cambio de comportamiento teniendo en cuenta aspectos novedosos al momento de la atención, haciendo de la educación la herramienta principal de trabajo.

Las capacidades que se deben de tomar en cuenta durante la aplicación de la teoría de D. Orem son el Conocimiento, Aptitud, Actitud.



NOLA J. PENDER.

MODELO DE PROMOCIÓN DE LA SALUD.



Hernández, A. Eva., Meza, H. Mariana., Vicencio, A. Susana y Mendoza, H. Adriana. "Análisis del modelo de Promoción de la Salud".

Alumnos del Curso Postécnico, Enfermería Quirúrgica. ENEO-UNAM: Veracruz. Ver. Marzo 2010

ANÁLISIS DEL MODELO DE NOLA J. PENDER “PROMOCIÓN DE LA SALUD”.

INTRODUCCIÓN

Las teorías y modelos conceptuales no son algo nuevo para la enfermería, han existido desde que Nightingale en 1859 propuso por primera vez sus ideas acerca de la enfermería. Así como Nightingale tuvo sus propias ideas de la enfermería todos los profesionales de enfermería tienen una imagen personal de la práctica de enfermería y esta influye en las decisiones y guía las acciones que tomamos (Fawcett, 1996).

Sin embargo, estas ideas globales de lo que entendemos por enfermería, ha sido organizado por Fawcett (1996) a través de lo que denomina "Estructura del conocimiento", donde sitúa al meta paradigma, filosofías, modelos conceptuales, teoría e indicadores empíricos en una estructura descendente que vincula el mundo abstracto con el mundo concreto.

¿Qué entendemos por metaparadigma? Son los conceptos globales del fenómeno de interés de la disciplina de enfermería; Persona, Salud, entorno y enfermería, los cuales han sido conceptualizados de manera diferente por distintas enfermeras para dar lugar a la generación de modelos conceptuales.

En este esquema de la estructura conceptual, la filosofía se encuentra ubicada en una línea personal, como un conjunto de creencias, valores y lo que las enfermeras asumen como verdadero, respecto al fenómeno de interés para la disciplina "El cuidado", por lo que indirectamente modifican lo que cada enfermera en su contexto propio de trabajo entiende por: **persona, salud, entorno y enfermería.**

MODELO DE ATENCIÓN DE ENFERMERÍA DE PROMOCIÓN A LA SALUD DE NOLA PENDER

La Dra. Pender ha revolucionado los conocimientos sobre la promoción de la salud a través de su investigación, su docencia, y sus escritos. Para conocer más de esta teórica podemos decir que es una enfermera máster, doctora en psicología y educación, receptora de premios y reconocimientos honoríficos.

Nació en 1941, en Lansing, Michigan, se dice que la causa de su vocación por ser enfermera fue por que tuvo la oportunidad de ver cómo le proporcionaban a una tía que estaba hospitalizada cuidados de enfermería, fue hija única y sus padres eran dos grandes apasionados de la educación de la mujer este gran apoyo familiar la lleva a ingresar a la Escuela de Enfermería del West Suburban Hospital del Oak Park en Illinois. Recibió su diploma en 1962 y empezó a trabajar en una unidad médico quirúrgica en un hospital de Michigan.

En 1964, obtuvo el BSN (bachillerato de ciencias en enfermería) por la Universidad del estado de Michigan en East Lansing. Un año después (1965) su maestría en arte de enfermería en "Crecimiento y Desarrollo".

En 1969 recibe su doctorado en psicología y educación por la Universidad de Evanston, Illinois., se dice que entonces Pender experimentó una desviación en su pensamiento que la llevó a definir el objetivo de la enfermería como la salud óptima del individuo.

En 1975, Pender publicó un “Modelo conceptual para el comportamiento preventivo en salud” que constituyó una base para estudiar el modo en que las personas toman las decisiones sobre el cuidado de su propia salud dentro del contexto de enfermería. En este artículo identificaba factores que habían influido en la toma de decisiones y las acciones de las personas para prevenir enfermedades., lo que trae como consecuencia a su favor que el Instituto Nacional de Salud financiara un estudio de seis años, en dicho estudio se comprobó la validez del modelo de promoción a la salud el cual Pender llama como un estudio “en evolución”.

En 1981, es admitida como miembro de la American Academy of Nursing, fue presidenta en los años 1991 y 1993; en 1982 se presentó la primera edición del modelo de promoción de la salud en la práctica de enfermería. Actualmente la doctora es profesora erudita de la Universidad de Michigan fungiendo como directora del centro de investigación de enfermería de dicha universidad y se encuentra desarrollando investigaciones centradas en los adolescentes y la salud.

El modelo de promoción a la salud de Pender se basa en la teoría del aprendizaje social de Albert Bandura porque define la importancia de los procesos cognitivos en la modificación del comportamiento y en la de Fishben porque trata sobre la acción razonada, que asegura que la conducta depende de actitudes personales y normas sociales En este modelo Pender nos habla sobre la promoción a la salud, dándonos aspectos muy importantes para fundamentar nuestras acciones en la vida diaria con las personas a nuestro cuidado.

Se entiende que Pender en su modelo de promoción de la salud haciendo referencia a la salud como el estado altamente positivo, no solamente como la ausencia de la enfermedad, la cual tiene más importancia que cualquier otro enunciado general, la persona de forma única por su propio patrón cognitivo-perceptual y su factores variables, por una parte dice que el entorno no se describe con precisión pero se representan las interacciones entre los factores cognitivo-perceptuales y los factores modificantes que influyen sobre la aplicación de conductas promotoras de la salud por la otra define que el bienestar como especialidad de la enfermería ha tenido su máximo en este último periodo y que la responsabilidad personal en los cuidados sanitarios es la base de cualquier plan de reforma de tales cuidados y la enfermera se constituye en el principal agente encargado de motivar a la persona para que mantenga su salud personal.

El modelo se centra principalmente en tres áreas específicas:

1. Los factores cognitivos perceptuales de la persona que se refiere a las percepciones individuales (factores biológico, psicológicos y socioculturales).
2. Los factores modificables (demográficos o sociales)
3. La participación en conductas promotoras de la salud (posibilidad de acción) se refiere al resultado de la acción dirigido a los resultados de salud positiva como el bienestar óptimo, el cumplimiento de la vida personal y la vida productiva. Por ejemplo: dieta sana, control del estrés, ejercicio regular, descanso adecuado, etc.

Los factores cognitivo-perceptivos según la lectura también son definidos como mecanismos primarios de motivación y son:

- ❖ **Importancia de la salud.** Se refiere al valor que cada persona le da a la salud, esto influye en la iniciación o conservación de cierto estilo de vida por ejemplo el hacer ejercicio o cambiar de alimentación.
- ❖ **Control percibido de la salud.** Es la percepción que tenga la persona de lo que es capaz de hacer por su salud dicha percepción lo estimula a continuar con dicho estado de salud. Ejemplo “soy capaz de dejar de fumar por mi salud”.
- ❖ **Auto-eficacia percibida.** La capacidad y la fuerza de la persona es decir la seguridad de que la persona pueda ejecutar con buenos resultados la conducta específica como por ejemplo la abstinencia al cigarro.
- ❖ **Definición de la salud.** La definición que cada persona tenga de la salud desde la ausencia de la enfermedad o de un máximo nivel de bienestar.
- ❖ **Estado de salud percibida.** Cuando la persona quiere sentir estar bien y cree conveniente que un cambio en algún hábito por ejemplo en su alimentación y este quiera adoptar conductas que favorezcan su salud.
- ❖ **Beneficios percibidos de las conductas.** Cuando la persona percibe los beneficios que ha tenido debido a ciertos cambios en sus hábitos alimenticios.
- ❖ **Obstáculos percibidos para las conductas que favorecen la salud.** Por ejemplo podría ser la falta de tiempo para realizar ejercicio o una mala alimentación por decir que todo el día está en el trabajo, el nivel cultural, las creencias de las personas y la cuestión económica.

También el modelo señala otros conceptos adicionales como son:

- ❖ La conducta correspondiente previa es un factor que tiene efectos directos e indirectos.
- ❖ La relación efecto-actividad
- ❖ El compromiso con un plan de acción
- ❖ Las demandas y las preferencias inmediatas contrapuestas.

Podemos decir que este modelo identifica en la persona factores cognitivo-preceptuales que son modificados por las características situacionales, personales e interpersonales, lo cual da como resultado la participación en conductas favorecedoras de salud, cuando existe una pauta para la acción. El modelo de promoción de la salud sirve para identificar conceptos relevantes sobre las conductas de promoción de la salud.

El modelo de Pender continúa siendo perfeccionado y ampliado en cuanto su capacidad para explicar las relaciones entre los factores que se cree influye en las modificaciones de la conducta sanitaria.

Durante el análisis se pudo constatar que el modelo de Pender ha sufrido dos modificaciones en el primero solo identificaba los factores cognitivo perceptivos y en el actual le añadió tres variables en el compromiso que adquiere la persona en comportamientos que fomenten la salud. Las teorías y modelos estudia un aspecto limitado de la realidad sin embargo el contar con diversos modelos y teorías que estudian los fenómenos relacionados con el cuidado de enfermería y tener presente que no todos los modelos y teorías se aplican a todas las situaciones en las que esté involucrada enfermería, sino solo a una pequeña parte de todos los fenómenos de interés para la disciplina.

Lo anterior quiere decir que así como para una enfermera clínica le interesará aplicar el Modelo de Déficit de Auto-cuidado de Orem y a otras el de las catorce necesidades de Henderson para una enfermera comunitaria el Modelo de Promoción a la Salud de Pender le es interesante, sin embargo es importante aclarar que no ayudara a resolver todos

los problemas ocasionados en cada una de estas áreas, sino facilitara el entendimiento de algunos aspectos de la práctica desarrollada.

Además es esencial, la perspectiva que tengamos para elaborar de manera completa el cuidado en la experiencia de la salud humana, un centro de interés unificado que se derive de la unión teórica con el cuidado de la salud tiene el potencial de reclamar la visión compartida de la enfermería por lo que la presencia de promoción, prevención recuperación y rehabilitación forman parte del interés común de la enfermería. A este respecto vale la pena traer al papel un ejemplo del Lic. Manuel Chagala, utilizo para mostrar y evidenciar que la prevención y la promoción de la salud se aplica en los tres niveles de atención y en este caso al referirse a la enfermería quirúrgica dice Chagala las enfermeras quirúrgicas durante el Perioperatorio promueven el manejo y el control del estrés antes de la cirugía, cuidados de la herida quirúrgica, así como la alimentación posterior a la cirugía , todo esto para prevenir complicaciones a futuro haciendo visible con esto la Promoción y Prevención.

En cuanto a su aplicación en las etapas del Proceso Atención de Enfermería podemos mencionar que en la etapa de **valoración y Diagnóstico** es importante el bagaje cultural, ya que es una variable importante, dependiendo de la raza y el origen étnico de la persona, influirán sobre la estructura y funcionamiento de conceptos y valores de la salud.

Se valora la actitud de las personas, las funciones como la capacidad de proporcionar apoyo emocional a los miembros de la familia, para enfrentarse a situaciones o problemas de salud existentes, se valoran los recursos económicos con que cuenta para saber si son suficientes, y su entramado social es lo suficientemente amplio como para proporcionar apoyo.

En la etapa de la **planificación y Ejecución**. Se comprende el establecimiento de objetivos, la planificación de los posibles recursos, externos e internos, es fundamental que el planteamiento de los cuidados sea claramente comprendido y aceptado por la persona y la familia.

En la etapa de la **evaluación** esta se va a centrar en la persona y/o familia, la evaluación es un proceso dinámico, los objetivos y las actuaciones se modifican a demanda.

También se puede afirmar que los modelos conceptuales son un conjunto de conceptos que explican de manera general el fenómeno del cuidado, las teorías son un conjunto de conceptos interrelacionados que permiten describir, explicar y predecir el fenómeno de interés para la disciplina, los modelos conceptuales son más complejos y generales que las teorías, mientras que los modelos otorgan una explicación muy amplia sobre algunos fenómenos de interés para la enfermería como; el auto-cuidado, la promoción a la salud, las relaciones interpersonales, el proceso de adaptación entre otros, las teorías muestran un ámbito menos extenso Tanto los modelos y las teorías están elaboradas por conceptos.

CONCLUSIONES:

Todo evidencia que el modelo de promoción de la salud sirve para identificar conceptos relevantes sobre las conductas de promoción a la salud. Aunque esta teoría sigue siendo perfeccionada y ampliada en cuanto a su capacidad para explicar las relaciones entre los factores que se cree influyen en las modificaciones de la conducta sanitaria. Los fundamentos de Pender sobre el desarrollo humano, la psicología experimental y la educación contribuyen también a esos fundamentos sobre psicología social y teoría del aprendizaje que plasma en su modelo de promoción.

Concluimos también que este modelo no solo lo aplicamos en la persona antes de la enfermedad sino durante la enfermedad y lo más importante que como enfermeras quirúrgicas también podemos llevarlo a cabo dentro del quirófano con la persona durante todas las etapas del peri-operatorio.

Así como también nos permite ratificar que las personas que están a nuestro cuidado son personas con necesidades individuales que tienen derecho a vivir su vida de forma plena. El objetivo primordial de la atención se centra en responder a las necesidades individuales, para lo cual se hace necesario acompañarlos en la identificación de sus necesidades, respetar sus elecciones, para garantizar una atención de calidad y de preservación de su autonomía. Todos estas personas bajo nuestro cuidado tienen derecho a recibir el mejor tratamiento, cuidados y apoyo disponibles, independiente de las diferencias sociales, políticas y económicas; además a la educación y a la participación activa de la persona y los familiares en la prevención, restablecimiento y mantenimiento de la salud.

PROCESO ATENCIÓN DE ENFERMERÍA



LEFEVRE, Alfaro R. "Valoración" Aplicación del proceso de Enfermería. Guía Práctica. 3ª. Edición. Editorial Mosby, Madrid, España 1999, pp 34-78.

PROCESO ATENCIÓN DE ENFERMERÍA

El Proceso de Atención de Enfermería: Es un sistema de planificación y una herramienta indispensable en la ejecución de los cuidados de enfermería, compuesto de cinco pasos: valoración, diagnóstico, planificación, ejecución y evaluación, como todo método, el PAE configura un número de pasos sucesivos que se relacionan entre sí.

La base del Proceso Atención de Enfermería,. Es constituir una estructura que pueda cubrir, individualizando, las necesidades de la persona (paciente), la familia y la comunidad:

- ❖ Identificar necesidades reales y/o potenciales del paciente, familia y comunidad.
- ❖ Establecer planes de cuidados individuales o estandarizados.
- ❖ Actuar para cubrir y resolver problemas, prevenir o curar la enfermedad.

CARACTERÍSTICAS DEL PROCESO ATENCION DE ENFERMERIA

- ❖ Tiene una finalidad: se dirige a un objetivo
- ❖ Es sistemático
- ❖ Dinámico
- ❖ Interactivo
- ❖ Flexible
- ❖ Tiene una base teórica

A continuación haremos una descripción de cada una de las etapas del proceso atención de enfermería.

PRIMERA ETAPA: VALORACIÓN

La valoración es el primer paso del proceso de enfermería y se describe como el proceso organizado y sistemático de recogida de datos procedentes de diversas fuentes para analizar el estado de salud de la persona. Consta de dos componentes recogida de datos y documentación, se considera la clave para continuar con los pasos restantes del proceso.

En la recogida de datos utiliza:

- ❖ Entrevista clínica.
- ❖ Observación
- ❖ Exploración física.

TIPOS DE DATOS

Durante la valoración, el profesional de enfermería recoge cuatro tipos de datos:

- ❖ Subjetivos.
- ❖ Objetivos
- ❖ Históricos
- ❖ Actuales.

Datos subjetivos

La persona, familia o amigos refieren.

Datos objetivos

La enfermera ve-observa-mide.

Datos históricos

Antecedentes. (Acontecimientos o situaciones que han ocurrido en el pasado).

Datos actuales

Datos sobre el problema de salud actual.

FUENTES

- ❖ Fuentes primarias: persona-historia-familia.
- ❖ Fuentes secundarias: bibliografía- artículos-otras referencias.

No verbales: (a) Expresión de la cara (b) Posición corporal (c) Respuesta al contacto (d) El tono y velocidad de la voz.

SEGUNDA ETAPA: DIAGNOSTICO

Esta etapa comprende:

A. Procesamiento de datos.

- a) Clasificarlos según las necesidades de la persona.
- b) Interpretar los datos:
 - ❖ Buscar datos claves que indique riesgos, potencialidades signos y síntomas.
 - ❖ Usar razonamiento inductivo o deductivo. Analizar y Deducir.
- c) Validar la interpretación de los datos. Frente a sus conocimientos y de los demás del grupo profesional o de profesionales afines.

Errores en el procedimiento de datos:

1. En la recolección.
2. En la interpretación.
3. En la falta de conocimientos clínicos.

B. La formulación del diagnóstico:

ESTRUCTURA DEL DIAGNOSTICO DE ENFERMERIA

MODELO (PES)	MODELO (NANDA)	MODELO (V. HENDERSÓN)	MODELO (D. OREM.)
P. Problema:	ED. Etiqueta Diagnostica.	Necesidad Alterada	Requisito Universal Alterado
E. Etiología:	FR. Relacionado Con	Factor Contribuyente	Factor Modificante
S. Signos y Síntomas	CD. Características Definitorias.	Racimos.	Datos Objetivos y subjetivos.
Autor: Manuel Chagala García			

DIAGNÓSTICO DE ENFERMERÍA (NANDA)

TIPOS DE DIAGNÓSTICOS DE ENFERMERÍA

CLASIFICACION NANDA

- * DIAGNÓSTICO REAL
- * DIAGNÓSTICO REAL
- * DIAGNÓSTICO DE BIENESTAR O DISPOSICIÓN (También llamado DE SALUD) DE SALUD)

CARPENITO, LJ

- * DIAGNÓSTICO REAL
- * DIAGNÓSTICO REAL
- * DIAGNÓSTICO DE BIENESTAR
- * SÍNDROME
- * DIAGNÓSTICO POSIBLE

DIAGNÓSTICO REAL

Representa un problema que ha sido clínicamente validado mediante el cumplimiento de características definitorias, es decir evidencias de signos y síntomas propios del diagnóstico.

ENUNCIADO EN TRES PARTES

Etiqueta diagnóstica + r/c factores relacionados + m/p signos y síntomas

Ejemplo:

Deterioro de la Movilidad en la cama. Relacionado con falta de fuerza muscular. Manifestado por disminución de la habilidad para pasar de la posición supina a sentada y cambio de posición por sí mismo en la cama.
La presencia en el enunciado de signos y síntomas valida la existencia de un diagnóstico real.

DIAGNÓSTICO DE RIESGO.

Describe un juicio clínico acerca de la mayor vulnerabilidad de un individuo o grupo a presentar un problema.
Los datos de la persona contienen evidencias de factores relacionados, pero no hay evidencias de las características definitorias (signos y síntomas).
Si las hubiera sería un diagnóstico real, no de riesgo.

ENUNCIADO EN DOS PARTES.

Riesgo de... Etiqueta diagnóstica + r/c factores relacionados.

Ejemplo:

Riesgo de incontinencia urinaria de urgencia. R/C. Efectos de medicamentos.

DIAGNÓSTICO DE BIENESTAR O DISPOSICION (TAMBIÉN LLAMADO DE SALUD)

Juicio clínico respecto a una persona, grupo o comunidad en transición desde un nivel específico de bienestar hacia un nivel más elevado.

ENUNCIADO EN UNA PARTE

Disposición para mejorar.... Etiqueta diagnóstica

Ejemplo:

Disposición para mejorar el desempeño del rol parental.

DIAGNÓSTICO POSIBLE

Para Carpenito estos diagnósticos son opciones que presenta la enfermera para indicar la presencia de algunos datos para confirmar un diagnóstico, aunque en ese momento son insuficientes.

ENUNCIADO EN UNA PARTE

Posible Etiqueta diagnóstica.

Ejemplo:

Posible déficit de autocuidados: vestido / acicalamiento.

SINDROMES DIAGNÓSTICOS

Se usa cuando el diagnóstico se asocia a otros diagnósticos de idéntico peso dentro del problema, formando un grupo.

ENUNCIADO EN UNA PARTE

Síndrome.... Etiqueta diagnóstica.

Ejemplo:

Síndrome traumático de violación.

La estructura del diagnóstico de enfermería la componen tres partes:

P = Problema

E = Etiología

S = Signos y síntomas que lo caracterizan.

El **problema** se identifica durante la valoración y en la fase del procesamiento y análisis de los datos.

La **etiología** son los factores ambientales, socioeconómicos, fisiológicos, emocionales o espirituales, que se creen que están contribuyendo al problema ya sea como factores de riesgo o por que han contribuido ya a producir el problema y si se mantiene sin modificación el problema no se modifica.

Los **signos y síntomas**, se les llama también características que definen al problema esto significa que siempre que se presentan dichos signos y síntomas asociados entre sí en una situación dada, la conclusión diagnóstica a de ser la misma.

PROBLEMAS DE COLABORACION

Son complicaciones fisiológicas que las enfermeras controlan para detectar su inicio o su evolución y colaboran con otros profesionales para su tratamiento.

“Los problemas de colaboración se refieren a ciertas complicaciones fisiológicas, que controla el personal de enfermería, para detectar su aparición o cambios en su estado. Las enfermeras manejan los problemas en colaboración, utilizando intervenciones prescritas por médicos e intervenciones prescritas por el personal de enfermería, para reducir al mínimo las complicaciones de los acontecimientos”

(Carpenito, 1989)

“Problema de salud real o potencial (complicación), que se centra en una respuesta fisiopatología del cuerpo (a un traumatismo, enfermedad, estudios diagnósticos o modalidades terapéuticas) que las enfermeras son responsables de identificar y tratar en colaboración con los médicos”

(Alfaro, 1992)

Ejemplo:

Hemorragia, flebitis, hipoxemia, infección, etc

**COMPARACION ENTRE DIAGNÓSTICOS ENFERMEROS
Y PROBLEMAS DE COLABORACIÓN**

DIAGNÓSTICO ENFERMERO

Respuestas humanas a la enfermedad, o cambios vitales

Principal foco de atención

PROBLEMA DE COLABORACIÓN

Potenciales complicaciones fisiológicas de la enfermedad

DIAGNÓSTICO ENFERMERO

La enfermera

Responsable del problema

PROBLEMA DE COLABORACIÓN

El médico

Diagnostico definitivo

DIAGNÓSTICO ENFERMERO

La autoridad para diagnosticar corresponde a la enfermera

PROBLEMA DE COLABORACIÓN

La autoridad para diagnosticar corresponde al médico

CLASIFICACIÓN DE DIAGNÓSTICOS DE ENFERMERIA

En 1973 un grupo de enfermeras forma el "Grupo Nacional para la Clasificación de Diagnósticos de Enfermería" realizó un esfuerzo por identificar categorías de problemas que deberían considerarse como Diagnósticos de Enfermería. Este grupo compuesto por docentes, teóricas, gestoras y enfermeras asistenciales, se convirtió en 1982 en la "Asociación Norteamericana de Diagnósticos de Enfermería"(NANDA). Desde entonces continúa desarrollando el sistema de clasificación de diagnósticos.

DIAGNÓSTICOS ENFERMEROS: Definiciones y clasificación NANDA.

Ed. Elsevier. Edición 2005 – 2006

Componentes del diagnóstico

- Etiqueta: nombre.
- Características definitorias: signos y síntomas observables y verificables identificados durante la valoración.
- Factores relacionados: elementos que tiene una relación directa o indirecta con el Diagnóstico Enfermero.
- Factores de riesgo: elementos que aumentan la vulnerabilidad.

Ventajas de utilizar los Diagnósticos Enfermeros.

- El lenguaje de los diagnósticos describe lo que las personas están experimentando.
- Los diagnósticos pueden ser usados para predecir el cuidado que los pacientes necesitan.
- Los diagnósticos pueden vincularse con los resultados e intervenciones con el fin de evaluar el cuidado del paciente.
- Pueden incluirse en los sistemas de información.
- Permite avanzar en el conocimiento de la disciplina enfermera.

TAXONOMIA NANDA (DIAGNÓSTICOS ENFERMEROS: Definiciones y clasificación NANDA.Ed. Elsevier. Edición 2005 – 2006)

El método por el que se organizan los diagnósticos enfermeros es el llamado sistema de clasificación o taxonomía diagnóstica.

La taxonomía diagnóstica tiene tres niveles:

- Dominios:** Un dominio es “una esfera de actividad, estudio o interés”. Hay 13 dominios.
- Clases:** Una clase es “una subdivisión de un grupo mayor; una división de personas o cosas por su calidad, rango o grado”. Hay 46 clases.
- Diagnósticos:** Un diagnóstico es “un juicio clínico sobre la respuesta de un individuo, familia o comunidad a problemas de salud reales o potenciales o a procesos vitales”.

Los diagnósticos enfermeros proporcionan la base para la selección de intervenciones enfermeras para lograr los resultados de los que la enfermera es responsable”.

Hay 167 diagnósticos a los que se han añadido algunos más en la última edición 2005-2006.

DOMINIOS, CLASES Y DIAGNÓSTICOS NANDA

DOMINIOS

CLASES

Promoción de la salud

Toma de conciencia de la salud.

Nutrición

Manejo de la salud

Ingestión

Digestión

Absorción

Metabolismo

Hidratación

Sistema urinario

Eliminación

Sistema gastrointestinal

Sistema integumentario

Sistema pulmonar

DOMINIOS

CLASES

Actividad / reposo

Reposo / sueño

Actividad / ejercicio

Equilibrio de la energía

Respuestas
cardiovasculares /
respiratorias

Atención

Orientación

Percepción / cognición

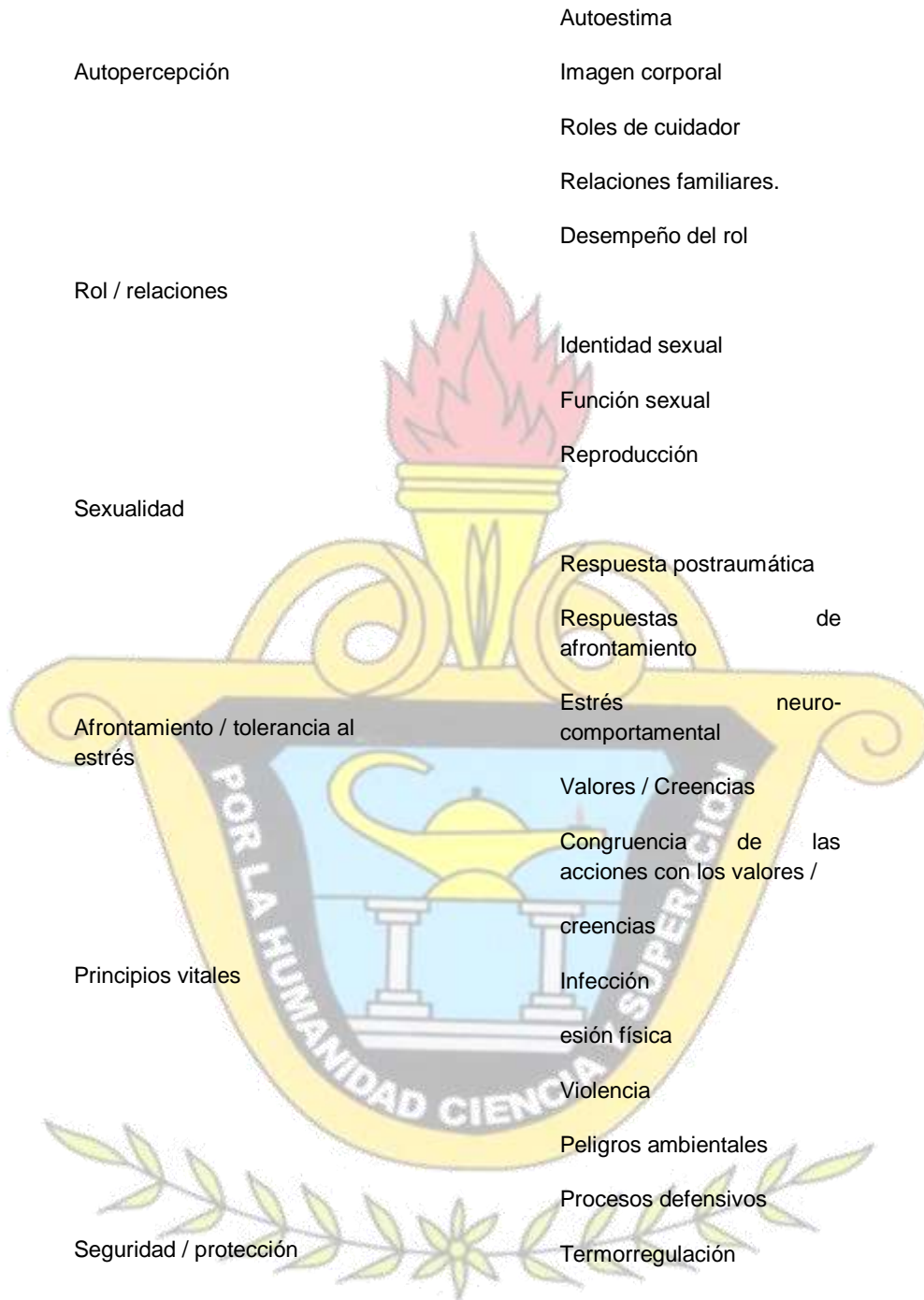
Sensación / percepción

Cognición

Comunicación

Autoconcepto





DOMINIOS	CLASES
Confort	Confort físico
Crecimiento / desarrollo	Confort ambiental
	Confort social
	Crecimiento desarrollo

EJEMPLOS DE DOMINIO, CLASE Y DIAGNÓSTICO:

CLASIFICACIÓN DE DIAGNÓSTICOS DE ENFERMERÍA EJEMPLOS DE DOMINIOS, CLASES Y DIAGNOSTICO

DOMINIO	CLASE	DIAGNÓSTICO
Actividad / reposo	Actividad / ejercicio	0085 Deterioro de la movilidad física
Ingestión Nutrición	Ingestión	0003 Desequilibrio nutricional por defecto.
Percepción / Cognición	Cognición	00126 Conocimientos deficientes (especificar).

FASES DE LA PLANEACIÓN DE CUIDADOS (NOC)

1. establecimiento de prioridades
2. establecimiento de objetivos o resultados esperados en la persona (paciente)
3. establecimiento de intervenciones enfermeras

1. ESTABLECIMIENTO DE PRIORIDADES

- ¿Que problemas necesitan atención inmediata y cuales pueden esperar?
- ¿Que problemas son responsabilidad enfermera y cuales deben referirse a otro profesional?
- ¿Que problemas se tratarán usando planes de cuidados estandarizados?

Según Maslow podemos clasificar las prioridades en cinco apartados:

PRIORIDAD 1 NECESIDADES FISIOLÓGICAS

Problemas que representan una amenaza para la respiración, circulación, nutrición, hidratación, eliminación, regulación térmica, etc.

PRIORIDAD 2 SEGURIDAD Y PROTECCIÓN

Amenaza a la protección y seguridad, como pueden ser los problemas ambientales.

PRIORIDAD 3 AMOR Y PERTENENCIA

Todos aquellos problemas que suponen un atentado contra el sentirse amado, la pertenencia a un grupo, etc.

PRIORIDAD 4 AUTOESTIMA

Se valora como problema todas aquellas situaciones que impiden llevar a cabo actividades habituales.

PRIORIDAD 5 AUTORREALIZACION

Problemas que representa una amenaza para la habilidad de lograr los objetivos personales.

2. ESTABLECIMIENTO DE OBJETIVOS O RESULTADOS ESPERADOS LA PERSONA (PACIENTE)

El proceso enfermero, como característica definitoria, está centrado y dirigido a que el paciente obtenga unos resultados esperados, que buscaremos lograr con la provisión de nuestros cuidados.

Para la formulación de los objetivos usaremos la metodología del libro de la Clasificación de Resultados de Enfermería, más conocido como NOC (Nursing Outcomes Classifications).

CLASIFICACION DE RESULTADOS DE ENFERMERIA (NOC)

Tras la valoración de la persona (paciente) y una vez identificados los problemas de salud y formulado el diagnóstico enfermero, habrá que elegir los resultados e indicadores buscados en el paciente, con el objetivo de resolver estos problemas de salud.

La característica esencial e inherente al proceso enfermero es que este está centrado y dirigido a que el usuario obtenga unos resultados con la provisión de los cuidados.

Los objetivos están centrados en el paciente y deben formularse antes de determinar y ejecutar las intervenciones enfermeras para dirigir estas hacia la consecución de resultados.

Una vez llevadas a cabo las intervenciones enfermeras y actividades adecuadas, se valorará de nuevo el resultado.

Un resultado se define como "Un estado, conducta o percepción individual, familiar o comunitaria que se mide de manera continua en respuesta a una intervención enfermera"

Cada resultado representa un concepto que puede utilizarse para evaluar el estado de un paciente, cuidador familiar, familia o comunidad y los efectos de las intervenciones enfermeras.

Los resultados describen de esta forma, el estado del paciente tras una intervención y sirven pues, como criterio para juzgar el éxito de una intervención enfermera.

El año 1991 se creó un equipo de investigación.

Marion Jonson y MerideanMaas (Profesoras de la Facultad de Enfermería de la University de Iowa) desarrollaron una clasificación de los resultados de las Personas (pacientes) que se correlacionan con los diagnósticos enfermeros.

El trabajo del equipo de investigación dio como resultado la Clasificación de Resultados de Enfermería (NOC) Clasificación global y estandarizada de los resultados de las intervenciones enfermeras, publicada por vez primera en 1997.

La Clasificación de Resultados de Enfermería NOC presenta una terminología estandarizada y medida para los resultados de enfermería consecuencia de las intervenciones enfermeras. Esta clasificación se actualiza continuamente.

Tipos de resultados

En la clasificación los resultados se presentan para su uso a nivel:

- *Individual
- *Familiar y comunitario
- *Poblacional

Importancia de fijar resultados

1. Son los instrumentos de medición del plan de cuidados.
2. El éxito del plan de cuidados depende de si se alcanzaron los resultados esperados.
3. Dirigen las intervenciones, primero se plantean los resultados a conseguir y luego como se conseguirán.
4. Son elementos motivadores, todos los miembros del equipo conocen la meta a conseguir y dirigen sus esfuerzos a ello.

Objetivos de los resultados

1. Resolver el problema de la Persona (paciente), familia o comunidad.
2. Mejorar el problema.
3. Evitar la aparición del problema.

Cada resultado NOC contiene los siguientes elementos:

1. Nombre de identificación y código (etiqueta).
2. Dominio y clase en el que está clasificado y la escala de medida.

Existen 7 dominios:

- Salud Funcional
- Salud Fisiológica
- Salud Psicosocial
- Conocimientos y Comportamientos de Salud
- Salud Percibida
- Salud Familiar
- Salud Comunitaria

La clase hace referencia al bloque de resultados en función de la necesidad alterada, por ejemplo: movilidad, nutrición, eliminación, etc.

* Definición breve y concisa.

* Lista de indicadores para evaluar el estado de la persona (paciente), familiar cuidador o comunidad en relación al resultado.

El indicador es pues, el estado, conducta o percepción del individuo, familia o comunidad más específico que sirve como base para medir un resultado.

Las escalas permiten medir el estado del resultado en cada punto de un continuo, desde el más negativo al más positivo, así como la identificación de cambios en el estado de la persona (paciente) en diferentes puntos.

La clasificación consta de 13 escalas de medición.

Ejemplo: Tipos de escalas

1 = Gravemente comprometido a 5 = No comprometido
1 = Inadecuado a 5 = Completamente adecuado

Ventajas de la NOC

1. Etiqueta y provee medidas para resultados comprensivos que responden a las intervenciones de Enfermería.
2. Define los resultados que se centra en el paciente y pueden ser usados tanto por Enfermería como por otros profesionales.
3. Provee información más específica sobre resultados que los resultados globales del estado de salud.
4. Provee resultados intermedios en el logro de resultados a largo plazo.
5. Provee información cuantificable sobre resultados logrados por el paciente en una organización o sistema sanitario.

TAXONOMÍA NOC (Clasificación de Resultados de Enfermería NOC, Moorhead, Jonson&Maas, 3ª edición 2004).

Es una organización sistemática de resultados en grupos o categorías basada en semejanzas, diferencias y relaciones entre los resultados.

Los resultados NOC se reúnen en una taxonomía codificada que los organiza dentro de un marco conceptual para facilitar su localización.

Están agrupadas en cinco niveles:

7 dominios:

1. Salud Funcional, 2. Salud Fisiológica, 3. Salud Psicosocial, 4. Conocimientos y Comportamientos de Salud, 5. Salud Percibida, 6. Salud Familiar, 7. Salud Comunitaria

31 clases.

330 resultados.

Indicadores.

Medidas.

Todos los elementos de la taxonomía están codificados, incluyendo las escalas de medición.

Cada resultado tiene un código de 4 dígitos; los indicadores se codifican añadiendo dos dígitos más al código de su respectivo resultado.

DOMINIO 1: SALUD FUNCIONAL

CLASES:

A. Mantenimiento de la energía

B. Crecimiento y desarrollo

C. Movilidad

D. Autocuidado

DOMINIO 2: SALUD FISIOLÓGICA

CLASES: E. Cardiopulmonar

F. Eliminación.

G. Líquidos y electrolitos

H. Respuesta inmune

I. Regulación metabólica.

J. Neurocognitiva.

K. Integridad tisular.

L. Nutrición.

DOMINIO 3: SALUD PSICOSOCIAL

CLASES:

M. Bienestar psicológico

N. Adaptación psicosocial

O. Autocontrol

P. Interacción social

Y. Respuesta terapéutica.

DOMINIO 4: CONOCIMIENTO Y CONDUCTA DE SALUD

CLASES:

Q. Conducta de salud

S. Conocimientos sobre salud.

R. Creencias sobre la salud

T. Control del riesgo y seguridad.

DOMINIO 5: SALUD PERCIBIDA

CLASES:

U. Salud y calidad de vida

V. Sintomatología.



E. Satisfacción con los cuidados.

DOMINIO 6: SALUD FAMILIAR

CLASES:

W. Ejecución del cuidador familiar.

Z. Estado de salud de los miembros de la familia.

X. Bienestar familiar.

a. Función sensitiva. D. Ser padre.

DOMINIO 7: SALUD COMUNITARIA

CLASES:

b. Bienestar comunitario

c. Protección de la salud comunitaria

CUARTA ETAPA: EJECUCIÓN DEL PLAN (NIC)

La ejecución del plan se inicia generalmente tan pronto se tiene elaborado el plan, es decir, muy pronto después de la administración y de la preparación de la valoración seguida del diagnóstico.

Esta etapa es tan importante como las demás, el profesional de enfermería, entra en contacto directo con la no solo para aplicar el plan sino para valorar y evaluar el estado de la persona y ajustar el plan. De acuerdo con los planes y la condición de la persona, la ejecución del plan puede estar a cargo de la persona y la familia, de la persona y el profesional de enfermería; el profesional de enfermería; del profesional de enfermería y otros miembros del equipo para actuar bajo la dirección del profesional de enfermería.

En la persona ambulatoria lo ejecuta la persona misma y los miembros de su familia; algunas veces la familia puede participar en el cuidado intrahospitalario.

En esta etapa el proceso de enfermería son muy valiosos los siguientes atributos:

1. Capacidades intelectuales.
2. Capacidades interpersonales.
3. Capacidades técnicas.

ESTABLECIMIENTO DE INTERVENCIONES ENFERMERAS

Las Intervenciones Enfermeras son aquellas actuaciones que van dirigidas a ayudar al paciente al logro de los resultados esperados.

Para ello se elaborarán acciones focalizadas hacia la causa de los problemas, es decir, deben ir encaminadas a eliminarlos factores que contribuyen al problema.

Una intervención se define como "cualquier tratamiento, basado en el conocimiento y juicio clínico, que realiza un profesional de enfermería para favorecer los resultados esperados de la persona (paciente / cliente)".

Las intervenciones enfermeras "incluyen todas las intervenciones ejecutadas por las enfermeras, tanto los cuidados directos como los indirectos, dirigidos a los individuos, la familia o la comunidad, ya sean tratamientos iniciados por las enfermeras, los médicos o por otros profesionales proveedores de cuidados"

(McCloskey&Bulechek, 2004,)

La utilidad de la aplicación de intervenciones enfermeras radica en:

* Permite controlar el estado de salud.

- * Reduce los riesgos de error en la aplicación de los cuidados.
- * Permite resolver, prevenir o manejar mejor los problemas valorados.
- * Promueve una sensación óptima de bienestar físico y espiritual.

CLASIFICACION DE LAS INTERVENCIONES ENFERMERAS (NIC).

La investigación para desarrollar un vocabulario y una clasificación de intervenciones enfermeras comenzó en 1987. Formación de un equipo de investigación conducido por Joanne McCloskey y Gloria Bulechek en la University of Iowa. El equipo desarrolló la Clasificación de Intervenciones de Enfermería (NIC), una clasificación global y estandarizada de las intervenciones que realizan las enfermeras, publicada por vez primera en 1992.

Categorías de intervenciones

La clasificación incluye intervenciones que los enfermeros / las realizan a los pacientes y que se pueden categorizar en:

- *Intervenciones de Enfermería de cuidado directo
- *Intervenciones de Enfermería de cuidado indirecto
- *Intervenciones independientes
- *Intervenciones interdependientes o de colaboración

Intervenciones de Enfermería de cuidado directo:

Consiste en un tratamiento realizado a través de la interacción con la persona (paciente).

La intervención de Enfermería directa comprende acciones de enfermería fisiológicas y psicosociales.

Ejemplos Cuidados de la sonda gastrointestinal.
Cuidados del sitio de incisión.
Cuidados de la ostomía.

Intervenciones de Enfermería de cuidado indirecto:

Es un tratamiento realizado lejos del paciente pero en beneficio del mismo.

Incluyen las acciones de cuidados dirigidas al ambiente que rodea al paciente y la colaboración interdisciplinar con otros profesionales.

Estas acciones apoyan y complementan la eficacia de las Intervenciones de Enfermería Directas.

Ejemplos: Interpretación de datos de laboratorio.
Planificación del alta.
Informe de turnos.
Preparación del material

Intervenciones independientes:

Son intervenciones iniciadas por un enfermero/a en respuesta a un diagnóstico de enfermería; se trata de una acción autónoma basada en fundamentos científicos que es ejecutada en beneficio del paciente en una forma previsible relacionada con el diagnóstico de enfermería y los resultados proyectados.

Ejemplos: Cuidados de la incontinencia intestinal.
Prevención de úlceras por presión.

Intervenciones interdependientes o de colaboración:

Son intervenciones iniciadas por el médico en respuesta a un diagnóstico médico, pero llevada a cabo por un profesional de Enfermería (en respuesta a “una orden del médico”).

Los profesionales también pueden llevar a cabo tratamientos iniciados por otros proveedores de cuidados, como farmacéuticos, fisioterapeutas, etc.

Ejemplos:

Administración de medicación parenteral
Manejo de la hiperglucemia.

Las actividades de enfermería son aquellas acciones específicas que realiza la enfermera para llevar a cabo una intervención y que ayudan al paciente a avanzar hacia el resultado deseado.

Las actividades de enfermería se traducen en una acción concreta. Para poner en práctica una intervención se requiere una serie de actividades.

Elementos de las intervenciones.

Las 514 intervenciones que aparecen en la Clasificación de la 4ª edición, lo hacen listadas con:

- * Nombre o etiqueta
- * Definición
- * Grupo de actividades para realizar la intervención.

Las intervenciones se seleccionan en función de diagnósticos de enfermería concretos.

La intervención está dirigida a alterar los factores etiológicos (factores relacionados de la taxonomía NANDA) asociados al diagnóstico.

No siempre es posible cambiar los factores etiológicos y cuando se puede, es necesario tratar los signos y síntomas (características definitorias).

Para los diagnósticos de riesgo la intervención va dirigida a modificarlo eliminar los factores de riesgo.

VENTAJAS DE LA NIC.

- ✓ Estandariza los tratamientos realizados por los enfermeros / as.
- ✓ Facilita la comunicación entre enfermeros, entre enfermeros y otros miembros del equipo de salud y entre enfermeros y pacientes.
- ✓ Describe la práctica de enfermería.
- ✓ Facilita la continuidad del cuidado.
- ✓ Provee a enfermería, de un lenguaje de tratamientos, que es esencial para la historia informatizada.
- ✓ Es útil tanto para la planificación de cuidados como para su documentación.
- ✓ Puede ser actualizada en el nivel de actividades para facilitar los planes de cuidados individualizados.
- ✓ Facilita la toma de decisiones clínicas de los enfermeros y la enseñanza de este proceso a los estudiantes.
- ✓ Permite el estudio de la efectividad y del coste de los tratamientos de enfermería.
- ✓ Facilita a los enfermeros las investigaciones sobre resultados del cuidado.

Cada intervención NIC puede ser vinculada a los diagnósticos NANDA y resultados NOC.

TAXONOMÍA NIC (Clasificación de Intervenciones de Enfermería NIC, J.

McCloskey & G.

Bulechek, 4ª edición 2004)

Las intervenciones están organizadas en:

7 campos: Son el nivel más abstracto y están numerados del 1 al 7.

Son: Fisiológico Básico, Fisiológico Complejo, Conductual, Seguridad, Familia, Sistema Sanitario y Comunidad.

30 clases: Cada campo incluye clases, identificadas por una letra por orden alfabético.

514 intervenciones: Cada clase incluye un grupo de intervenciones relacionadas, cada una con un código único de 4 números.

Más de 12.000 actividades

En la taxonomía solo se utilizan las etiquetas de las intervenciones.

Las intervenciones NIC han sido vinculadas con los Diagnósticos de Enfermería NANDA y con los resultados de Enfermería NOC.

Clasificación taxonómica NIC (campos y clases)

Campo 1. Fisiológico básico.

Cuidados que apoyan el funcionamiento físico.

Clases:

Control de actividad y ejercicio: Intervenciones para organizar o ayudar en la actividad física y la conservación y el grado de energía.

Control de la eliminación: Intervenciones para establecer y mantener las pautas de eliminación intestinal y urinaria regulares y controlar las complicaciones resultantes de pautas alteradas.

Control de inmovilidad: Intervenciones para controlar el movimiento o corporal restringido y las secuelas.

Apoyo nutricional: Intervenciones para modificar o mantener el estado nutricional.

Fomento de la comodidad física: Intervenciones para fomentar la comodidad utilizando técnicas físicas.

Facilitación de los autocuidados: Intervenciones para proporcionar o ayudar en las actividades rutinarias de la vida diaria.

Campo 2. Fisiológico complejo.

Cuidados que apoyan la regulación homeostática.

Clases:

Control de electrolitos y ácido – base: Intervenciones para regular el equilibrio de electrolitos y ácido – base y prevenir complicaciones.

Control de fármacos: Intervenciones para facilitar los efectos deseados de agentes farmacológicos.

Control neurológico: Intervenciones que optimizan las funciones neurológicas.

Cuidados perioperatorios: Intervenciones para proporcionar cuidados antes, durante y después de la cirugía.

Control respiratorio: Intervenciones para fomentar la permeabilidad de las vías aéreas y el intercambio gaseoso.

Control de la piel / heridas: Intervenciones para mantener o restablecer la integridad de los tejidos:

Termorregulación: Intervenciones para mantener la temperatura corporal dentro de unos límites normales.

Control de la perfusión tisular: Intervenciones para optimizar la circulación sanguínea y de líquidos hacia los tejidos.

Campo 3. Conductual.

Cuidados que apoyan el funcionamiento psicosocial y facilitan los cambios de estilos de vida.

Clases:

Terapia conductual: Intervenciones para reforzar o fomentar conductas deseables o modificar conductas indeseables.

Terapia cognitiva: Intervenciones para reforzar o fomentar el funcionamiento cognitivo deseable o modificar el funcionamiento cognitivo indeseable.

Potenciación de la comunicación: Intervenciones para facilitar la expresión y recepción de mensajes verbales y no verbales.

Ayuda para hacer frente a situaciones difíciles: Intervenciones para ayudar a otro a crear sus propias resistencias, para adaptarse a un cambio de función o conseguir un nivel más alto de funcionamiento.

Educación de los pacientes: Intervenciones para facilitar el aprendizaje.

Fomentar la comodidad psicológica: Intervenciones para fomentar la comodidad utilizando técnicas psicológicas.

Campo 4. Seguridad.

Cuidados que apoyan la protección contra peligros.

Clases:

Control en casos de crisis: Intervenciones para proporcionar una ayuda inmediata a corto plazo en casos de crisis fisiológicas o psicológicas.

Control de riesgos: Intervenciones para iniciar actividades de reducción de riesgos y continuar el control de riesgos.

Campo 5. Familia.

Cuidados que apoyan la unidad familiar.

Clases:

Cuidados de un nuevo bebé: Intervenciones para ayudar a la preparación al parto y controlar los cambios psicológicos y fisiológicos antes, durante y después del parto.

Cuidados de crianza de un nuevo bebé: Intervenciones para ayudar a la crianza de los niños.

Cuidados de la vida: Intervenciones para facilitar el funcionamiento de la unidad familiar y fomentar la salud y el bienestar de los miembros de la familia a lo largo de toda la vida.

Campo 6. Sistema sanitario.

Cuidados que apoyan el uso eficaz del sistema de prestación del sistema de asistencia sanitaria

Clases:

Mediación del sistema sanitario: Intervenciones para facilitar el encuentro entre el paciente / familia y sistema de asistencia sanitaria.

Gestión del sistema sanitario: Intervenciones para proporcionar y potenciar los servicios de apoyo para el suministro de cuidados.

Control de la información: Intervenciones para facilitar la comunicación sobre la asistencia sanitaria.

Campo 7. Comunidad.

Cuidados que apoyan la salud de la comunidad.

Clases:

Fomento de la salud de la comunidad: Intervenciones que fomentan la salud de la comunidad.

Control de riesgos de la comunidad: Intervenciones que ayudan detectar o prevenir riesgos sanitarios en el conjunto de la comunidad

EJEMPLO DE CAMPO, CLASE E INTERVENCIONES:

CAMPO: FISIOLÓGICO BÁSICO.(Cuidados que apoyan el funcionamiento básico).

CLASE: **CONTROL DE LA ELIMINACIÓN**(Intervenciones para establecer y mantener las pautas de eliminación intestinal y urinaria regulares y controlarlas complicaciones resultantes de pautas alteradas).

INTERVENCIONES:

1804 Ayuda con los autocuidados: aseo

0410 Cuidados de incontinencia intestinal.

0610 Cuidados de la incontinencia urinaria.

0480 Cuidados de la ostomía.

0620 Cuidados en la retención urinaria.

1876 Cuidados del catéter urinario.

0600 Entrenamiento del hábito urinario

0440 Entrenamiento intestinal

0580 Sondaje vesical

0420 Irrigación intestinal

Etc.

EJEMPLO DE ACTIVIDADES PARA UNA INTERVENCIÓN ENFERMERA

INTERVENCIÓN: 1876 CUIDADOS DEL CATÉTER URINARIO

DEFINICIÓN: Actuación ante una persona (paciente) con un equipo de drenaje urinario.

ACTIVIDADES:

- Mantener un sistema de drenaje urinario cerrado.
- Mantener la permeabilidad del sistema de catéter urinario.
- Irrigar el sistema de catéter urinario mediante técnica estéril, si procede.
- Limpiar la zona dérmica genital a intervalos regulares.
- Limpiar el catéter urinario por fuera del meato.
- Anotar las características del líquido drenado.
- Fijar el catéter supra púbico o de retención, según ordenes.
- Vaciar el dispositivo de drenaje urinario en los intervalos especificados.
- Obtener muestra de orina por el orificio del sistema de drenaje urinario cerrado.
- Observar si hay distensión vesical.
- Etc.

INTERRELACIONES NANDA / NIC / NOC

Las interrelaciones entre los diagnósticos NANDA y lo resultados NOC indican las relaciones entre el problema o estado actual del paciente y los aspectos del problema o estado que se espera resolver o mejorar mediante una o más intervenciones.

Las relaciones entre los diagnósticos NANDA y las intervenciones NIC indican la asociación entre el problema de la persona (paciente) y las acciones enfermeras que resolverán o disminuirán el problema

Las relaciones entre los resultados NOC y las intervenciones NIC indican una asociación parecida a la que existe entre la resolución de un problema y las acciones enfermeras dirigidas a la resolución del mismo, es decir, el resultado sobre el que se espera que influya una intervención.

En la actualidad, la publicación que interrelaciona los diagnósticos enfermeros, los resultados y las intervenciones enfermeras camina por la 2ª edición, publicada en 2007.

(M. Jonson, G. Bulechek, H. Butcher, J.M. Dochterman, M. Maas, S.Moorhead y E. Swanson).



Subsecretaría de Integración y Desarrollo del Sector Salud
Dirección General de Calidad y Educación en Salud
Dirección General Adjunta de Calidad
Dirección de Enfermería
Comisión Permanente de Enfermería. Anexo 7. Formato para la
elaboración de Planes de Cuidados de Enfermería
Mexico, 2010

FORMATO PARA LA ELABORACIÓN DE PLANES DE CUIDADOS DE ENFERMERÍA, CON INTERRELACIÓN, NANDA,NOC,NIC.

NIVEL: II	ESPECIALIDAD: Cirugía	SERVICIO: Quirófano	NECESIDAD ALTERADA: N. Evitar Peligros.			
			PLAN DE CUIDADOS			
DOMINIO: (11) Seguridad/protección CLASE: (2) Lesión			RESULTADOS (NOC): 1902	INDICADORES	ESCALA DE MEDICIÓN	PUNTUACIÓN DIANA
DIAGNÓSTICO DE ENFERMERÍA (ED.FR.CD)			DOMINIO: (IV) Conocimiento y conducta de salud	190201 Reconoce factores de riesgo.	1 Nunca demostrado.	MANTENER A: 2
ETIQUETA DIAGNÓSTICA: Riesgo de lesión intraoperatoria. FACTORES RELACIONADOS: Factores externos físicos (electrocauterio). CARACTERÍSTICAS DEFINITORIAS:			CLASE: (T) Control del riesgo y seguridad	190202 Supervisa los factores de riesgo.	2 Raramente demostrado	
			Control del riesgo	190203 Adapta las estrategias del control del riesgo. 190210 Participa en la identificación sistemática de los riesgos. 190216 Reconoce cambios en el estado de salud.	3 A veces demostrado 4 Frecuentemente demostrado 5 Siempre demostrado	
CLASIFICACIÓN DE LAS INTERVENCIONES DE ENFERMERÍA						
CAMPO: (4) Seguridad		CLASE: (V) Control del riesgo		CAMPO: (4) Seguridad	CLASE: (V) Control del riesgo	
INTERVENCIÓN INDEPENDIENTE: 2920 Precauciones quirúrgicas				INTERVENCIÓN NIC INTERDEPENDIENTE:		
ACTIVIDADES: 1.- verificar correcto funcionamiento del equipo. 2.- Retirar todo el equipo que no sea seguro. 3.- Verificar la integridad de los cables eléctricos. 4.-Verificar que la persona (paciente) no esté en contacto con ningún objeto metálico. 5.-Inspeccionar la piel de la persona (paciente) en el sitio donde se coloco la placa. 6.- Colocar la placa de toma de tierra en una parte de la piel de la persona (paciente) que este seca e intacta y con mínima cantidad de vello, sobre una masa muscular grande y lo más cerca posible del sitio de la operación. 7. Proteger la placa de toma de tierra y la piel de la persona (paciente) que no se mojen. 8.- Observar la piel de la persona (paciente) () si hay lesiones después del uso del electrocauterio. 9.- Anotar la información pertinente en el registro de operaciones.				ACTIVIDADES: 1.- Ajustar las corrientes de coagulación y de corte, según indicaciones médicas o normas de la institución		
REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS: NANDA Diagnostico enfermero, definición y clasificación 2009-2011, Edit.Elsevier, Madrid, España.. Moorhead S, Jonshon M, Mass M, Clasificación de los resultados de Enfermería (NOC) 3ª Edición; Edit. Elsevier-Mosby-Madrid España 2008. Mc Closkey D.J., Bulechek G.M. clasificación de los resultados de Enfermería (NIC) 4ª Edición. Editorial Elsevier- Mosby, Madrid españa2007.						
ELABORO: Hernández Amaya Eva, Meza Huerta Mariana, Torres Pérez Ma. Del Rocio, Vicencio Aguilar Susana.			Asesoró: Lic. Enf. Manuel Chagala García.		FECHA DE ELABORACIÓN: 30/OCTUBRE/2010.	

PLANES DE CUIDADOS

Los planes de cuidados constituyen la expresión escrita del proceso enfermero y es el registro ordenado de los diagnósticos, resultados esperados e intervenciones de enfermería mediante una documentación adecuada.

El plan de cuidados es pues, un instrumento para:

1. Documentar y comunicar la situación del paciente.
2. Asegurar la continuidad de cuidados incorporando a los mismos los lenguajes enfermeros normalizados con los que contamos en la actualidad:

Las etiquetas diagnósticas NANDA, en función de los problemas de salud identificados en la fase de valoración.

Los Resultados NOC y sus indicadores para cada una de las etiquetas diagnósticas NANDA de los planes de cuidados.

Las Intervenciones NIC y sus actividades para cada una de las etiquetas recogidas en los planes de cuidados.

3. Asegurar una comunicación efectiva entre los profesionales de los dos niveles asistenciales (Atención Primaria y Atención Especializada)

TIPOS DE PLANES DE CUIDADOS

- A. Planes de cuidados individualizados.
- B. Planes de cuidados estandarizados.
- C. Planes de cuidados estandarizados con posibilidad de individualización.

Planes de cuidados individualizados.

Permiten documentar los problemas del paciente, los objetivos y las acciones de enfermería para un paciente concreto. Es más lento de elaborar y poco práctico para el trabajo que actualmente se desarrolla en nuestro sistema público.

Planes de cuidados estandarizados.

Son guías o protocolos de cuidados apropiados para aquellos pacientes que padecen los problemas normales o previsibles relacionados con una enfermedad, un procedimiento quirúrgico, diagnóstico o terapéutico. Este tipo de planes de cuidados suelen estar, hoy en día informatizados.

Planes de cuidados estandarizados con posibilidad de individualización.

Se trata de planes estandarizados que permiten añadir, suprimir o modificar datos (relativos a valoración, diagnósticos, resultados o intervenciones enfermeras) en función de las características particulares de cada paciente.

A la hora de estandarizar los cuidados de enfermería uno de los puntos más importantes es la correcta definición del perfil de la persona (paciente) estándar, que permita la correcta asignación del plan de cuidados en función del motivo de ingreso o de asistencia (enfermedad, procedimiento quirúrgico, diagnóstico o terapéutico)

Método Individualizado.

- Valoración inicial (Entrevista / observación / exploración física).
- Detección de Necesidades alteradas mediante diagnósticos de enfermería o problemas de colaboración (NANDA).
- Formulación de objetivos/ resultados con el paciente (NOC).
- Planificación de intervenciones y actividades de enfermería (NIC).
- Ejecución de las actividades conforme a la prescripción y pauta.
- Registro de las actividades realizadas.
- Evaluación continúa.
- Asignación del Plan de Cuidados en función del motivo de ingreso. La valoración inicial es utilizada como método de ajuste del Plan de Cuidados asignado al ingreso en función del proceso asistencial principal.
- Establecimiento de diagnósticos enfermeros (NANDA) / problemas de colaboración, resultados (NOC) e intervenciones enfermeras (NIC), conforme al Plan de Cuidados estandarizado.
- Ejecución de las actividades al conforme Plan de Cuidados estandarizado.
- Registro de las actividades realizadas.
- Evaluación en cada día de estancia de la persona, ajustando el plan estándar.
- La continuidad de cuidados entre los dos niveles asistenciales (Atención Primaria y Atención Especializada), se establece a través del Informe de Enfermería al Alta

CONCLUSIONES:

1. Cualquier plan de cuidados debe contener:

- Diagnósticos de enfermería (NANDA).
- Resultados esperados (NOC).
- Intervenciones prescritas (NIC).
- Evaluación de los resultados (NOC).

2. La aplicación de los planes de cuidados basados en

- NANDA, NIC, NOC, permitirán a los profesionales de enfermería tener un lenguaje común, valorar los resultados de enfermería de modo similar y disminuir la variabilidad en el arte del cuidado diario.

QUINTA ETAPA: EVALUACIÓN

La quinta etapa del Proceso de Enfermería ha sido en muchos casos olvidada, argumentando que no es fácil cumplir con ella, bien por falta de tiempo o porque las etapas que la han precedido tampoco han sido cumplidas a cabalidad.

La evaluación es el proceso para determinar hasta qué punto se han logrado los objetivos, con el fin de trazar las conclusiones y modificar, si procede, el plan de cuidados. La evaluación se realiza intencionadamente y de forma organizada. Es una actividad intelectual en la que los resultados deben compararse con los propósitos establecidos.

La evaluación del plan de cuidados (NOC) no se sitúa en un orden cronológico al final del plan, sino que constituye un proceso continuo de carácter cíclico.



BIBLIOGRAFIA COMPLEMENTARIA:

- ALFARO, Rosalinda. Aplicación del Proceso de Enfermería. Guía Práctica. 3 ed. Madrid, MosbyDoyma, 1996.
- CHOMPRES, R.R. Modernización Curricular de los programas de pregrado en Enfermería, Santafé Bogotá, ICFES-ACOFAN, 1997.
- COLLIERE, Marie Francaise. Promover la vida. De la práctica de las mujeres cuidadoras a los cuidados de Enfermería. Barcelona, Interamericana, MC Graw Hill, 1992.
- CORHEL. ¿ Que es el Hombre?. Barcelona, Alianza, 1989.
- DONALDSON, Sue K. et. Al. " La disciplina de Enfermería" en perspectivas en NursingTheory. Philadelphia, Lippincott Company, 1992.
- FAWCETT, Jacqueline. Analysis and evaluations of conceptual models of nursing. Philadelphia, Davis Company. 1995.
- Garcon, Nelly. "Bases Conceptuales de las Teorías y Modelos " en XIV Reunión de Licenciados en Enfermería. Monterrey, Facultad de Enfermería de UANL, Noviembre de 1993 .
- GRINSPUN, Doris, "Identidad Profesional, Humanismo y Desarrollo Tecnológico" es XII Reunión de Licenciados en Enfermería. México, D.F., ENEO-UNAM, Octubre de 1992.
- HACKSPIELLZ, Ma. Mercedes. "Cuidado de Enfermería" en II Reunión latinoamericana en Ética y Biométrica en Enfermería. México, Agosto de 1997.
- HENDERSON A., Virginia. La Naturaleza de la Enfermería. México, Interamericana, McGraw-Hill, 1994.
- ISENBERG, Marjorie A. "Desarrollo de la Teoría de Enfermería y su aplicación a la Practica" en XIV reunión de Licenciados en enfermería. Monterrey, Facultad de Enfermería, UANL. 1993.
- LEDDY, susan. Bases Conceptuales de la Enfermería Profesional. Philadelphia. OPS, 1989.
- MARRINER, Ann. Teorías y Modelos de Enfermería. Madrid, Rol, 1989.
- Moorthead S, Jonshon M, Mass M, Clasificación de los resultados de Enfermería (NOC) 3ª Edición; Edit. Elsevier-Mosby-Madrid España 2008.
- Mc Closkey D.J., Bulechek G.M. clasificación de los resultados de Enfermería (NIC) 4ª Edición. Editorial Elsevier- Mosby, Madrid España 2007.
- NANDA Diagnostico enfermero, definición y clasificación 2009-2011, Edit.Elsevier, Madrid, España..
- OREM, Dorothea. Modelo de Orem. Barcelona, Doyma, 1995.
- SAN MARTIN, Hernán, et. al. Salud Comunitaria. Teoría y Práctica. Madrid, Díaz de Santos, 1998.





UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO
ESCUELA NACIONAL DE ENFERMERÍA Y OBSTETRICIA



SISTEMA DE UNIVERSIDAD ABIERTA

**INSTRUMENTO METODOLÓGICO PARA LA ATENCIÓN DE
ENFERMERÍA CON BASE AL
(MODELO DE VIRGINIA HENDERSON)**



RODRÍGUEZ, J.S. et.al "Instrumento metodológico para la recolección de datos" ENEO-UNAM,SUA 1999.



FICHA DE IDENTIFICACION

Nombre: _____ Edad: _____ Peso: _____ Talla: _____
Fecha de nacimiento: _____ Sexo: _____ Ocupación: _____
Escolaridad: _____ Fecha de admisión: _____ Hora: _____
Procedencia: _____ Fuente de información: _____
Fiabilidad (1-4): _____ Miembro de la familia/persona significativa: _____

VALORACION DE NECESIDADES HUMANAS

1.- NECESIDADES BASICAS DE:

Oxigenación, Nutrición e Hidratación, Eliminación y Termorregulación.

NECESIDADES DE OXIGENACIÓN

▪ **Subjetivo:**
Disnea debido a: _____ Tos productiva/ seca: _____ Dolor asociado con la respiración: _____
Fumador: _____ Desde cuando fuma/cuantos cigarros al día/ varía la cantidad según su estado emocional _____

▪ **Objetivo:**
Respiración: _____ Temp. _____
Tos productiva / seca: _____ Estado de conciencia: _____
Coloración de piel / lechos ungueales / peribucal: _____
Circulación del retorno venoso: _____
Otros _____

NECESIDADES DE NUTRICION E HIDRATAACION

▪ **Subjetivo:**
Dieta habitual (tipo): _____ Numero de comidas diarias: _____
Trastornos digestivos: _____
Intolerancias alimentarias / Alergias: _____
Problema de la masticación y deglución: _____
Patrón de ejercicio: _____

▪ **Objetivo:**
Turgencia de la piel: _____
Membranas mucosas hidratadas / secas: _____
Características de uñas / cabello: _____
Funcionamiento neuromuscular y esquelético: _____

Aspectos de los dientes y encías: _____

Heridas, tipo y tiempo de cicatrización: _____

Otros: _____

NECESIDADES DE ELIMINACION

- **Subjetivo:**

Hábitos intestinales: _____ Características de las heces, orina y menstruación: _____ transparente. _____

Historia de hemorragias / enfermedades renales, otros: _____

Uso de laxantes: _____ Hemorroides: _____
Dolor al defecar / menstruar / orinar: _____

Como influyen las emociones en su patrón de eliminación: _____

- **Objetivo:**

Abdomen características: _____
Ruidos intestinales: _____
Palpación de la vejiga urinaria: _____
Otros: _____

NECESIDADES DE TERMOREGULACIÓN

- **Subjetivo**

Adaptación de los cambios de temperatura: _____
Ejercicio / tipo y frecuencia: _____
Temperatura ambiental que le es agradable: _____

- **Objetivo:**

Características de la piel: _____
Transpiración: _____
Condiciones del entrono físico: _____
Otros: _____

2.- NECESIDADES BÁSICAS DE:

Moverse y mantener una postura, Descanso y sueño, Usar prendas de vestir adecuadas, Higiene y protección de la piel y Evitar peligros.

NECESIDAD DE MOVERSE Y MANTENER UNA BUENA POSTURA

- **Subjetivo:**

Capacidad física cotidiana: _____
Actividades en el tiempo libre: _____
Hábitos de descanso: _____
Hábitos de trabajo: _____

▪ **Objetivo:**

Estado del sistema músculo esquelético. Fuerza: _____

Capacidad muscular. Tono /resistencia/ flexibilidad: _____

Posturas: _____

Necesidad de ayuda para la de ambulación: _____

Dolor con el movimiento: _____

Presencia de temblores: _____ Estado de conciencia: _____

Estado emocional: _____

Otros: _____

NECESIDAD DE DESCANSO Y SUEÑO

▪ **Subjetivo:**

Hora de descanso: _____ Horario de sueño: _____

Hora de descansos: _____ Horario de sueños: _____

Siesta: _____ Ayuda: _____

Insomnio: _____ Debido a: _____

Descansado al levantarse: _____

▪ **Objetivo:**

Estado mental. Ansiedad / estrés / lenguaje: _____

Ojeras: _____ Atención: _____ Bostezos: _____ Concentración: _____

Apatía: _____ Cefaleas: _____

Respuestas a estímulos: _____

Otros: _____

NECESIDADES DE USAR PRENDAS DE VESTIR ADECUADAS

▪ **Subjetivo:**

Influye su estado de ánimo para la selección de sus prendas de vestir: _____

Su autoestima es determinante en su modo de vestir: _____

Sus creencias le impiden vestirse como a usted le gustaría: _____

Necesita ayuda para la selección de su vestuario: _____

▪ **Objetivo:**

Viste de acuerdo a su edad: _____

Capacidad psicomotora para vestirse y desvestirse: _____

Vestido Incompleto: _____ Sucio: _____ Inadecuado: _____

Otros: _____

NECESIDAD DE HIGIENE Y PROTECCION DE LA PIEL

▪ **Subjetivo:**

Frecuencia del baño: _____
Momento preferido para el baño: _____
Cuántas veces se lava los dientes al día: _____
Aseo de manos antes y después de comer: _____
Después de eliminar: _____
Tiene creencias personales o religiosas que limiten sus hábitos higiénicos: _____

▪ **Objetivo:**

Aspecto general: _____
Olor corporal: _____ Halitosis: _____
Estado del cuero cabelludo: _____
Lesiones dermicastipo: _____
(Anoté la ubicación en el diagrama)
Otros: _____

NECESIDAD DE EVITAR PELIGROS

▪ **Subjetivo:**

Que miembros componen la familia de pertenencia: _____
Como reacciona ante situación de urgencias: _____

Conoce las medidas de prevención de accidentes.
Hogar: _____
Trabajo: _____
Realiza controles periódicos de salud recomendados en su persona: _____

Familiares: _____
Como canaliza las situaciones de tensión en su vida: _____

▪ **Objetivo:**

Deformidades congénitas: _____
Condiciones del ambiente en su hogar: _____
Trabajo: _____
Otros: _____

3.- NECESIDADES BASICAS DE:

Comunicación, vivir según sus creencias y valores, trabajar y realizarse, jugar y participar en actividades recreativas, aprendizaje.

NECESIDAD DE COMUNICARSE

▪ **Subjetivo:**

Estado civil: _____ Años de relación: _____ Viven con: _____

Preocupaciones / estrés: _____ Familia: _____

Otras personas que pueden ayudar: _____

Rol en estructura familiar: _____

Comunica problemas debido a la enfermedad/ estado: _____

Cuanto tiempo pasa sola: _____

Frecuencia de los contactos sociales diferentes en le trabajo: _____

▪ **Objetivo:**

Habla claro: _____ Confusa: _____

Dificultad. Visión: _____ Audición: _____

Comunicación verbal/ no verbal con la familia / con otras personas significativas : _____

Otros: _____

NECESIDAD DE VIVIR SEGÚN SUS CREENCIAS Y VALORES

▪ **Subjetivo:**

Creencia religiosa: _____

Su creencia religiosa le genera conflictos personales: _____

Principales valores en la familia: _____

Principales valores personales: _____

Es congruente su forma de pensar con su forma de vivir: _____

▪ **Objetivo:**

Hábitos específicos de vestido. (grupo social religioso): _____

Permite el contacto físico: _____

Presencia de algún objeto indicativo de determinados valores o creencias: _____

Otros: _____

NECESIDAD DE TRABAJAR Y REALIZARSE

▪ **Subjetivo:**

Trabaja actualmente: _____ Tipo de trabajo: _____

Riesgos: _____ Cuanto tiempo le dedica al trabajo: _____

Estas satisfecho con su trabajo: _____ Surenumeración le permite cubrir sus necesidades básicas y/o las de su familia: _____

Esta satisfecho (a) con el rol familiar que juega: _____

▪ **Objetivo:**

Estado emocional / calmado/ansioso/enfadado/temeroso/irritable/inquieto/eufórico: inquieto y ansioso

Otros: _____

NECESIDAD DE JUGAR Y PARTICIPAR EN ACTIVIDADES RECREATIVAS

▪ **Subjetivo:**

Actividades recreativas que realiza en su tiempo libre: _____
La situación de estrés influyen en la satisfacción de esta necesidad: _____
Recursos en la comunidad para su recreación: _____
Ha participado en alguna actividad lúdica o recreativa: _____

▪ **Objetivo:**

Integridad del sistema neuromuscular: _____
Rechazo a las actividades recreativas: _____
Estado de ánimo: Apático / aburrido /participativo: _____
Otros: _____

NECESIDAD DE APRENDIZAJE

▪ **Subjetivo**

Nivel de educación: _____
Problemas de aprendizaje: _____
Limitación cognitivas: _____ Tipo: _____
Preferencias: leer / escribir: _____
Conoce las fuentes de apoyo para el aprendizaje en su comunidad: _____
Sabe como utilizar esas fuentes de apoyo: _____
Interés en el aprendizaje para resolver problemas de salud: _____
Otros: _____

▪ **Objetivos:**

Estado del sistema nervioso: _____
Órganos de los sentidos: _____
Estado emocional: ansiedad, dolor: _____
Memoria reciente: _____
Memoria remota: _____
Otras manifestaciones: _____

CONCLUSIÓN DIAGNOSTICA DE ENFERMERIA

NECESIDAD	FACTOR CONTRIBUYENTE.	GRADO DE DEPENDENCIA	DIAGNÓSTICO DE ENFERMERÍA CON BASE A LA NANDA.
1. Oxigenación			
2. Nutrición e Hidratación			
3. Eliminación			
4. N. Moverse y Mantener una Postura Adecuada.			
5. N. Descanso y Sueño.			
6. N. Usar Prendas de Vestir Adecuadas.			
7. N. Termorregulación			
8. N. Higiene y Protección de la Piel.			
9. N. Evitar Peligros			
10. N. Comunicarse			
11. N. Vivir según sus Valores y Creencias.			
12. N. Trabajar y Realizarse			
13. N. Jugar y Participar en Actividades Recreativas.			
14. N. Aprendizaje.			

Tabla 1. El rubro 2 (factores contribuyente) es adaptado por Lic. Manuel Chagala García

I _____
 PD _____
 D _____

(I) Independiente, (PD) Parcialmente dependiente y (D) Dependiente

Fecha: _____

Hora: _____

Firma: _____

ORGANIZACIÓN DE DATOS CON BASE EN LAS 14 NECESIDADES DEL MODELO DE V. HENDERSON.

INDICIOS POR NECESIDADES ALTERADAS.	(HIPOTESIS DIAGNOSTICA) ANALISIS DE LOS INDICIOS POR NECESIDADES ALTERADAS.	ASIGNACION DE LA NECESIDAD ALTERADA (DEDUCCION) O ETIQUETA DIGANOSTICA NANDA.	FACTORES QUE INFLUYEN O FACTORES RELACIONADOS	DATOS OBJETIVOS O SUBEJTIVOS O CARACTERISITCAS DEFINITORIAS.	IDENTIFICACIÓN DEL TIPO DE DIAGNÓSTICO.
<p>Esta fase incluye la recopilación de datos de la persona- sus necesidades y problemas- y las respuestas humanas- limitaciones, incapacidades, etc.-</p>	<p>Valorar como incide nuestro problema en las 14 necesidades fundamentales, aparte valoramos que porcentaje de las manifestaciones de ese diagnóstico se adapta a nuestro problema, con lo que conseguiremos obtener el problema fundamental de la persona (paciente). Este problema que hace que las 14 necesidades no estén satisfechas.</p>	<p>Deducir mediante el razonamiento critico la necesidad alterada o el diagnostico</p>	<p>Plasmar el factor que está contribuyendo a la alteración de esa necesidad, es importante informar al alumno que para afirmar un buen factor depende en gran medida de la interacción enfermera (o)- persona (paciente) familia y /o comunidad.</p>	<p>Es el conjunto de indicios (datos objetivos y subjetivos), mismos que sirven para identificar si el problema ya esta presente o solo hay riesgo. Es decir si es de riesgo en este rubro se queda sin datos.</p>	<p>Se identificara si el tipo diagnóstico es real, de riesgo o de bien estar.</p>

CUADRO 2, Autor: Manuel Chagala García. (2009)

DIAGNOSTICO DE ENFERMERIA.-

PLAN DE CUIDADOS (FOCO Y MODOS DE INTERVENCION)		
OBJETIVOS	INTERVENCIONES DE ENFERMERIA ROL PROFESIONAL (SUSTITA, AUXILIAR Y COMPAÑERA) DEPENDIENDO DEL GRADO DE DEPENDENCIA, (I.PD.D.)	EVALUACION. (CONSECUENCIAS ESPERADAS)
<p>Varía según el tipo de diagnóstico.</p> <p>Para el Diagnóstico real. Indicara desaparición, reducción y control del problema.</p> <p>Diagnóstico de riesgo. Indicara el mantenimiento de la respuesta de la persona es decir la ausencia del problema.</p> <p>Diagnostico de salud. indicara un aumento o mejora de la respuesta actual</p>	<ul style="list-style-type: none"> Las actividades surgen de la causa que genera los datos objetivos y subjetivos de dependencia. Los modos de intervención o suplencia son clave para las Actividades de los diagnósticos de enfermería. Estos pueden ser: Realizar una actividad por él: sustituir, reemplazar. Ayudarlo a realizar la actividad: completar. Enseñarlo a realizar la actividad: aumentar o añadir. Supervisar la actividad: reforzar. Las intervenciones son individualizadas según los principios fisiológicos, la edad, los antecedentes culturales, el equilibrio emocional y las capacidades físicas e intelectuales. Aunque toda la documentación se realiza en las fases anteriores del proceso, adquiere un valor fundamental en la ejecución; quizás ello sea debido a un principio jurídico muy extendido y de aplicabilidad a nuestro contexto asistencial” lo no escrito no forma parte de la realidad” y por ende no hace visible lo invisible de los cuidados de enfermería, además recordemos que profesionalmente no podemos omitir ninguna intervención de enfermería, es por eso que en el ámbito hospitalario no podemos decir que solo basta escribir en la hoja de enfermería: cuidados generales de enfermería (C.G.E.). Recordemos que cada persona es un ser único e irrepetible y complejo “Virginia Henderson” por lo tanto a así tengamos personas con el mismo problema no se les puede encasillar con los mismos cuidados ya que no todos responden igual además hay que tener presente que si estamos hablando de derechos de la persona tenemos que tomar en cuenta sus hábitos y costumbres mismos que favorecen a mantener la vida y prolongarla (cuidados care) y por supuesto que los cuidados de curación (CURE) son indispensable y de suma importancia sin embargo no los podemos normar para todas las personas a las que les brindamos cuidados. 	<p>Henderson evaluaría a la persona (paciente) según el grado de capacidad de actuación independiente.</p> <p>En este nivel de operación cuando la enfermera, al final del Proceso de Enfermería, compara el estado de salud de de la persona (paciente) con los resultados definidos en el plan de atención.</p> <p>Henderson evaluaría a la persona (paciente) según el grado de capacidad de actuación independiente.</p> <p>Según Henderson los objetivos se habrían conseguido si se hubiera mejorado aunque sea una milésima de independencia, si se hubiera recuperado la independencia o la persona (paciente) recibe una muerte apacible.</p> <p>Además según Henderson en esta parte es donde debemos de enseñar a construir crítica profesional de enfermería debido que en ocasiones la evaluación puede dar un resultado negativo y esto no quiere decir que el diagnostico objetivo e incluso el plan de acción estuvo mal enfocado, puede ser a consecuencia de que la persona ya no tuvo la voluntad o fuerza para sobrevivir.</p>
<p>CUADRO 3, ,Autor : Manuel Chagala García. (2009)</p>		



Chagala, G. Manuel “Clasificación de los Diagnósticos de Enfermería en Función de las 14 necesidades” Colegio de Enfermeras (os) del Estado de Veracruz, Veracruz, Ver. 2009

CLASIFICACIÓN DE LOS DIAGNÓSTICOS DE ENFERMERÍA 2009-2011
EN FUNCION DE LAS 14 NECESIDADES DEL MODELO DE VIRGINIA HENDERSÓN

1.-N. DE OXIGENACIÓN	Pag
Dominio 4.- Actividad/reposo	115
✚ Deprivación de sueño (00096)	115
✚ Insomnio (00095).....	116
✚ Trastorno del patrón de sueño (00198)	118
✚ Disposición para mejorar el sueño (00165)	119
✚ Déficit de actividades recreativas (00097)	120
✚ Deterioro de la ambulación (00088)	121
✚ Deterioro de la habilidad para la traslación (00090)	122
✚ Deterioro de la movilidad en la cama (00091)	124
✚ Deterioro de la movilidad en silla de ruedas (00089)	125
✚ Deterioro de la movilidad física (00085)	127
✚ Retraso en la recuperación quirúrgica (00100)	128
✚ Sedentarismo (00168)	130
✚ Riesgo de síndrome de desuso (00040)	131
✚ Perturbación del campo de energía (00050)	132
✚ Fatiga (00093)	133
✚ Disminución del gasto cardíaco (00029)	134
✚ Intolerancia a la actividad (00092)	136
✚ Riesgo de intolerancia a la actividad (00094)	137
✚ Patrón respiratorio ineficaz (00032)	138
✚ Riesgo de perfusión gastrointestinal ineficaz (00202)	139
✚ Riesgo de perfusión renal ineficaz (00203)	140
✚ Riesgo de disminución de la perfusión tisular cardíaca (00200)	141
✚ Riesgo de perfusión tisular cerebral ineficaz (00201)	142
✚ Perfusión tisular periférica ineficaz (00204)	143
✚ Respuesta ventilatoria disfuncional al destete (00034)	144
✚ Riesgo de sangrado (00206)	146
✚ Riesgo de shock (00205)	148
✚ Deterioro de la ventilación espontánea (00033)	149
✚ Disposición para mejorar el autocuidado (00182)	150
✚ Déficit de autocuidado : baño 00108)	152
✚ Déficit de autocuidado : uso del inodoro (00110)	153
✚ Déficit de autocuidado : vestido (00109)	154
	71
2.- N. NUTRICION E HIDRATAACION	
Dominio 2.- Nutrición	
✚ Deterioro de la deglución (00103)	73
✚ Desequilibrio nutricional : ingesta inferior a las necesidades (00002)	75
✚ Desequilibrio nutricional : ingesta superior a las necesidades (00001)	76
✚ Riesgo de desequilibrio nutricional: ingesta superior a las necesidades (00003)	77
✚ Patrón de alimentación ineficaz del lactante (00107)	78

✚	Riesgo de deterioro de la función hepática (00178).....	79
✚	Ictericia neonatal (00194)	80
✚	Riesgo de nivel de glucemia inestable (00179)	81
✚	Riesgo de desequilibrio electrolítico (00195)	82
✚	Disposición para mejorar el equilibrio de líquidos (00160)	83
✚	Déficit de volumen de líquidos (00027)	84
✚	Exceso de volumen de líquidos (00026)	85
✚	Riesgo de déficit de volumen de líquidos (00028)	86
✚	Riesgo de desequilibrio de volumen de líquidos (00025)	87
3.- N. DE ELIMINACIÓN		
Dominio 3.- Eliminación e intercambio		
✚	Deterioro de la eliminación urinaria (00016)	91
✚	Incontinencia urinaria de esfuerzo (00017)	93
✚	Incontinencia urinaria de urgencia (00019)	95
✚	Riesgo de incontinencia urinaria de urgencia (00022)	96
✚	Incontinencia urinaria funcional (00020)	97
✚	Incontinencia urinaria por rebosamiento (00176)	98
✚	Incontinencia urinaria refleja (00018)	99
✚	Retención urinaria (00023)	100
✚	Diarrea (00013)	101
✚	Estreñimiento (00011)	102
✚	Estreñimiento subjetivo (00012)	104
✚	Riesgo de estreñimiento (00015)	105
✚	Incontinencia fecal (00014)	107
✚	Motilidad gastrointestinal disfuncional (00196)	108
✚	Riesgo de motilidad gastrointestinal disfuncional (00197)	110
✚	Deterioro del intercambio de gases (00030)	112
4.- N DE MOVERSE Y MANTENER UNA BUENA POSTURA		
Dominio 4.- Actividad/reposo		
✚	Deprivación de sueño (00096)	115
✚	Insomnio (00095)	116
✚	Trastorno del patrón de sueño (00198)	118
✚	Disposición para mejorar el sueño (00165)	119
✚	Déficit de actividades recreativas (00097)	120
✚	Deterioro de la ambulación (00088).....	121
✚	Deterioro de la habilidad para la traslación (00090)	122
✚	Deterioro de la movilidad en la cama (00091)	124
✚	Deterioro de la movilidad en silla de ruedas (00089)	125
✚	Deterioro de la movilidad física (00085)	127
✚	Retraso en la recuperación quirúrgica (00100)	128
✚	Sedentarismo (00168)	130
✚	Riesgo de síndrome de desuso (00040)	131
✚	Perturbación del campo de energía (00050)	132
✚	Fatiga (00093)	133
✚	Disminución del gasto cardíaco (00029)	134
✚	Intolerancia a la actividad (00092)	136
✚	Riesgo de intolerancia a la actividad (00094)	137
✚	Patrón respiratorio ineficaz (00032)	138
✚	Riesgo de perfusión gastrointestinal ineficaz (00202)	139
✚	Riesgo de perfusión renal ineficaz (00203)	140

✚	Riesgo de disminución de la perfusión tisular cardíaca (00200)	141
✚	Riesgo de perfusión tisular cerebral ineficaz (00201)	142
✚	Perfusión tisular periférica ineficaz (00204)	143
✚	Respuesta ventilatoria disfuncional al destete (00034)	144
✚	Riesgo de sangrado (00206)	146
✚	Riesgo de shock (00205)	148
✚	Deterioro de la ventilación espontánea (00033)	149
✚	Disposición para mejorar el autocuidado (00182)	150
✚	Déficit de autocuidado : alimentación (00102)	151
✚	Déficit de autocuidado : baño (00108).....	152
✚	Déficit de autocuidado : uso del inodoro (00110)	153
✚	Déficit de autocuidado : vestido (00109).....	154
5.- N. DE DESCANSO Y SUEÑO		115
Dominio 4.- Actividad/reposo		
✚	Deprivación de sueño (00096)	115
✚	Insomnio (00095)	116
✚	Trastorno del patrón de sueño (00198)	118
✚	Disposición para mejorar el sueño (00165)	119
✚	Déficit de actividades recreativas (00097)	120
✚	Deterioro de la ambulación (00088)	121
✚	Deterioro de la habilidad para la traslación (00090)	122
✚	Deterioro de la movilidad en la cama (00091)	124
✚	Deterioro de la movilidad en silla de ruedas (00089)	125
✚	Deterioro de la movilidad física (00085)	127
✚	Retraso en la recuperación quirúrgica (00100)	128
✚	Sedentarismo (00168)	130
✚	Riesgo de síndrome de desuso (00040)	131
✚	Perturbación del campo de energía (00050)	132
✚	Fatiga (00093)	133
✚	Disminución del gasto cardíaco (00029)	134
✚	Intolerancia a la actividad (00092)	136
✚	Riesgo de intolerancia a la actividad (00094)	137
✚	Patrón respiratorio ineficaz (00032)	138
✚	Riesgo de perfusión gastrointestinal ineficaz (00202)	139
✚	Riesgo de perfusión renal ineficaz (00203)	140
✚	Riesgo de disminución de la perfusión tisular cardíaca (00200)	141
✚	Riesgo de perfusión tisular cerebral ineficaz (00201)	142
✚	Perfusión tisular periférica ineficaz (00204)	143
✚	Respuesta ventilatoria disfuncional al destete (00034)	144
✚	Riesgo de sangrado (00206)	146
✚	Riesgo de shock (00205)	148
✚	Deterioro de la ventilación espontánea (00033)	149
✚	Disposición para mejorar el autocuidado (00182)	150
✚	Déficit de autocuidado : alimentación (00102)	151
✚	Déficit de autocuidado : baño (00108)	152
✚	Déficit de autocuidado : uso del inodoro (00110)	153
✚	Déficit de autocuidado : vestido (00109)	154
		181
6.- NECESIDAD DE USAR PRENDAS DE VESTIR ADECUADAS		
Dominio 6.- Auto percepción		
✚	Disposición para mejorar el autoconcepto(00167)	181
✚	Desesperanza (00124)	182

✚	Riesgo de compromiso de la dignidad humana (00174)	183
✚	Trastorno de la identidad personal (00121)	184
✚	Impotencia (00125)	185
✚	Riesgo de impotencia (00152)	186
✚	Disposición para mejorar el poder (00187)	187
✚	Riesgo de soledad (00054)	189
✚	Baja autoestima crónica (00119)	190
✚	Baja autoestima situacional (00120)	192
✚	Riesgo de baja autoestima situacional (00153)	193
✚	Trastorno de la imagen corporal (00118)	194
	Dominio 12.- Confort	347
✚	Disposición para mejorar el confort (00183)	347
✚	Disconfort(00214)	348
✚	Dolor agudo (00132)	349
✚	Dolor crónico (00133)	350
✚	Náuseas (00134)	351
✚	Aislamiento social (00053)	352
	7.- N. DE TERMORREGULACIÓN	
	Dominio 11.-Seguridad/protección	(303)
✚	Riesgo de infección (00004)	303
✚	Riesgo de asfixia (00036)	304
✚	Riesgo de aspiración (00039)	305
✚	Riesgo de caídas (00155)	306
✚	Deterioro de la dentición (00048)	308
✚	Riesgo de disfunción neurovascular periférica (00086)	309
✚	Deterioro de la integridad cutánea (00046)	310
✚	Riesgo de deterioro de la integridad cutánea (00047)	311
✚	Deterioro de la integridad tisular (00044)	312
✚	Riesgo de lesión (00035)	313
✚	Riesgo de lesión postural perioperatoria (00087)	314
✚	Limpieza ineficaz de las vías aéreas (00031)	315
✚	Deterioro de la mucosa oral (00045)	316
✚	Protección ineficaz (00043)	318
✚	Riesgo de síndrome de muerte súbita del lactante (00156)	319
✚	Riesgo de traumatismo (00038)	320
✚	Riesgo de traumatismo vascular (00213).....	322
✚	Automutilación (00151)	323
✚	Riesgo de automutilación (00139)	325
✚	Riesgo de suicidio (00150).....	326
✚	Riesgo de violencia autodirigida (00140)	327
✚	Riesgo de violencia dirigida a otros (00138)	328
✚	Contaminación (00181)	329
✚	Riesgo de contaminación (00180)	333
✚	Riesgo de intoxicación (00037)	336
✚	Respuesta alérgica al látex (00041)	337
✚	Riesgo de respuesta alérgica al látex (00042)	339
✚	Hipertermia (00007)	340
✚	Hipotermia (00006)	341

✚	Riesgo de desequilibrio de la temperatura corporal (00005)	342
✚	Termorregulación ineficaz (00008)	343
		303

8.- N. DE HIGIENE Y PROTECCION DE LA PIEL

	Dominio 11.-Seguridad/protección	
✚	Riesgo de infección (00004)	303
✚	Riesgo de asfixia (00036)	304
✚	Riesgo de aspiración (00039)	305
✚	Riesgo de caídas (00155)	306
✚	Deterioro de la dentición (00048)	308
✚	Riesgo de disfunción neurovascular periférica (00086)	309
✚	Deterioro de la integridad cutánea (00046)	310
✚	Riesgo de deterioro de la integridad cutánea (00047)	311
✚	Deterioro de la integridad tisular (00044)	312
✚	Riesgo de lesión (00035)	313
✚	Riesgo de lesión postural perioperatoria (0008)	314
✚	Limpieza ineficaz de las vías aéreas (00031)	315
✚	Deterioro de la mucosa oral (00045)	316
✚	Protección ineficaz (00043)	318
✚	Riesgo de síndrome de muerte súbita del lactante (00156)	319
✚	Riesgo de traumatismo (00038)	320
✚	Riesgo de traumatismo vascular (00213)	322
✚	Automutilación (00151)	323
✚	Riesgo de automutilación (00139)	325
✚	Riesgo de suicidio (00150)	326
✚	Riesgo de violencia autodirigida (00140)	327
✚	Riesgo de violencia dirigida a otros (00138)	328
✚	Contaminación (00181)	329
✚	Riesgo de contaminación (00180)	333
✚	Riesgo de intoxicación (00037)	336
✚	Respuesta alérgica al látex (00041)	337
✚	Riesgo de respuesta alérgica al látex (00042)	339
✚	Hipertermia (00007)	340
✚	Hipotermia (00006)	341
✚	Riesgo de desequilibrio de la temperatura corporal (00005)	342
✚	Termorregulación ineficaz (00008)	343

9.- N DE EVITAR LOS PELIGROS

	Dominio 11.-Seguridad/protección	303
✚	Riesgo de infección (00004)	303
✚	Riesgo de asfixia (00036)	304
✚	Riesgo de aspiración (00039)	305
✚	Riesgo de caídas (00155)	306
✚	Deterioro de la dentición (00048)	308
✚	Riesgo de disfunción neurovascular periférica (00086)	309
✚	Deterioro de la integridad cutánea (00046)	310
✚	Riesgo de deterioro de la integridad cutánea (00047)	311
✚	Deterioro de la integridad tisular (00044)	312
✚	Riesgo de lesión (00035)	313
✚	Riesgo de lesión postural perioperatoria (00087)	314
✚	Limpieza ineficaz de las vías aéreas (00031)	315

Autor: Lic. Enf. Manuel Chagala García

• Deterioro de la mucosa oral (00045)	316
• Protección ineficaz (00043)	318
• Riesgo de síndrome de muerte súbita del lactante (00156)	319
• Riesgo de traumatismo (00038)	320
• Riesgo de traumatismo vascular (00213)	322
• Automutilación (00151)	323
• Riesgo de automutilación (00139)	325
• Riesgo de suicidio (00150)	326
• Riesgo de violencia autodirigida (00140)	327
• Riesgo de violencia dirigida a otros (00138)	328
• Contaminación (00181)	329
• Riesgo de contaminación (00180)	333
• Riesgo de intoxicación (00037)	336
• Respuesta alérgica al látex (00041)	337
• Riesgo de respuesta alérgica al látex (00042)	339
• Hipertermia (00007)	340
• Hipotermia (00006)	341
• Termorregulación ineficaz (00008)	343
Dominio 9.- Afrontamiento/tolerancia al estrés	235
• Síndrome de estrés del traslado (00114)	235
• Riesgo de síndrome de estrés del traslado (00149)	236
• Síndrome postraumático (00141)	237
• Riesgo de síndrome postraumático (00145)	238
• Síndrome traumático de la violación (00142)	239
• Aflicción crónica (00137)	240
• Disposición para mejorar el afrontamiento de la comunidad (00076)	241
Afrontamiento defensivo (00071)	242
• Disposición para mejorar el afrontamiento (00158)	244
• Afrontamiento familiar comprometido (00074)	245
• Autor: Lic. Enf. Manuel Chagala García	247
• Afrontamiento familiar (00075)	248
• Afrontamiento ineficaz (00069)	249
• Afrontamiento ineficaz de la comunidad (00077)	250
• Ansiedad (00146)	251
• Ansiedad ante la muerte (00147)	253
• Deterioro de la capacidad de recuperación personal (00210)	256
• Disposición para mejorar la capacidad de recuperación personal (00212)	258
• Riesgo de compromiso de la capacidad de recuperación personal (00211)	260
• Tendencia a adoptar conductas de riesgo para la salud (00188)	262
• Duelo (00136)	264
• Duelo complicado (00135)	266
• Riesgo de duelo complicado (00172)	268
• Estrés por sobrecarga (00177)	269
• Negación ineficaz (00072)	272
• Temor (00148)	274
• Disminución de la capacidad adaptativa intracraneal (00049)	276
• Conducta desorganizada del lactante (00116)	277
• Disposición para mejorar la organización de la conducta del lactante (00117)	279
• Riesgo de conducta desorganizada del lactante (00115)	280

✚	Disreflexia autónoma (00009)	281
✚	Riesgo de disreflexiaautónoma (00010)	282
Dominio 12.- Confort		347
✚	Disposición para mejorar el confort (00183)	347
✚	Disconfort(00214)	348
✚	Dolor agudo (00132)	349
✚	Dolor crónico (00133)	350
✚	Náuseas (00134)	351
✚	Aislamiento social (00053)	352
✚	Disposición para mejorar los procesos familiares (00159)	212
✚	Interrupción de los procesos familiares (00060)	213
✚	Riesgo de deterioro de la vinculación (00058)	214
✚	Conflicto del rol parental (00064)	215
✚	Desempeño ineficaz del rol (00055)	216
✚	Deterioro de la interacción social (00052)	218
✚	Lactancia materna eficaz (00106)	219
✚	Lactancia materna ineficaz (00104)	220
✚	Interrupción de la lactancia materna (00105)	221
✚	Disposición para mejorar las relaciones (00207)	222
Dominio 5.-Percepción/cognición		157
✚	Desatención unilateral (00123)	157
✚	Síndrome de deterioro en la interpretación del entorno (00127)	159
✚	Vagabundeo (00154)	160
✚	Trastorno de la percepción sensorial (especificar: visual, auditiva cenestésica, gustativa, táctil, olfatoria) (00122)	161
✚	Confusión aguda (00128)	162
✚	Riesgo de confusión aguda (00173)	165
✚	Confusión crónica (00129)	168
✚	Conocimientos deficientes (00126)	169
✚	Disposición para mejorar los conocimientos (00161)	170
✚	Deterioro de la memoria (00131)	171
✚	Planificación ineficaz de las actividades (00199)	172
✚	Disposición para mejorar la toma de decisiones (00184)	174
✚	Deterioro de la comunicación verbal (00051)	176
✚	Disposición para mejorar la comunicación (00157)	177
11.- N. DE VIVIR SEGÚN CREENCIAS Y VALORES		287
Dominio 10.- Principios vitales		
✚	Disposición para mejorar la esperanza (00185)	287
✚	Disposición para mejorar el bienestar espiritual (00068)	288
✚	Conflicto de decisiones (00083)	289
✚	Incumplimiento (00079)	291
✚	Sufrimiento moral (00175)	293
✚	Deterioro de la religiosidad (00169)	295
✚	Disposición para mejorar la religiosidad (00171)	296
✚	Riesgo de deterioro de la religiosidad (00170)	297
✚	Sufrimiento espiritual (00066)	298
✚	Riesgo de sufrimiento espiritual (00067)	299
12- N. DE TRABAJAR Y REALIZARSE		
Dominio 13.- Crecimiento/desarrollo		355
✚	Riesgo de crecimiento desproporcionado (00113)	355

Retraso en el crecimiento y desarrollo (00111)	356
Riesgo de retraso en el desarrollo (00112)	357
Deterioro generalizado del adulto (00101)	358
Dominio 8.- Sexualidad	(225)
Disfunción sexual (00059)	225
Patrón sexual ineficaz (00065)	227
Riesgo de alteración de la díada materno/fetal (00209)	229
Disposición para mejorar el proceso de maternidad (00208)	231
13.-N. DE JUGAR Y PARTICIPAR EN ACTIVIDADES RECREATIVAS	
Dominio 7.- Rol/relaciones	199
Cansancio del rol de cuidador (00061)	199
Riesgo de cansancio del rol de cuidador (00062)	202
Deterioro parental (00056)	204
Disposición para mejorar el rol parental (00164)	206
Procesos familiares disfuncionales (00063)	209
Disposición para mejorar los procesos familiares (00159)	212
Interrupción de los procesos familiares (00060)	213
Riesgo de deterioro de la vinculación (00058)	214
Conflicto del rol parental (00064)	215
Desempeño ineficaz del rol (00055)	216
Deterioro de la interacción social (00052).....	218
Lactancia materna eficaz (00106)	219
Lactancia materna ineficaz (00104)	220
Interrupción de la lactancia materna (00105)	221
Disposición para mejorar las relaciones (00207)	222
14.- N. DE APRENDIZAJE	
Dominio 1.- Promoción de la salud	55
Descuido personal (00193)	57
Disposición para mejorar el estado de inmunización (00186)	60
Disposición para mejorar la gestión de la propia salud (00162)	62
Gestión ineficaz de la propia salud (00078)	64
Gestión ineficaz del régimen terapéutico familiar (00080)	67
Deterioro del mantenimiento del hogar (00098)	68
Mantenimiento ineficaz de la salud (00099)	69
Disposición para mejorar la nutrición (00163)	70

Autor: Lic. Enf. Manuel Chagala García

