

# LIBRO DE TEXTO

## Enfermería

ELABORACIÓN DE PROCESO DE  
ATENCIÓN DE ENFERMERÍA

AUTORES:

ALEXANDER CERVANTES

MAYDA HERNÁNDEZ

RUTH TOVAR

GABRIEL CASTRO

# LIBRO DE TEXTO

## Enfermería

Instituto Superior Tecnológico Consulting Group Ecuador – Esculapio (ISTCGE)

Av. 10 de Agosto e Ignacio de San María

<https://web.istcge.edu.ec/>

Rector: Mgtr. Ramón Pineda

Directora Académica: Ph.D Yemala Castillo

Tel. 0987067892

[direccionacademica@istcge.edu.ec](mailto:direccionacademica@istcge.edu.ec)

Título original: **LIBRO DE TEXTO ENFERMERÍA: ELABORACIÓN DE PROCESO DE ATENCIÓN DE ENFERMERÍA (PAE)**

Primera Edición, septiembre 2024

© Autores: Alexander Miguel Cervantes Cabezas, Mayda Nathalie Hernández Varela, Ruth Ebelia Tovar Rodríguez y Gabriel David Castro Colmenárez

© Editorial ISTCGE

I.S.B.N.: 978-9942-7300-5-3

#### **PUBLICADO DIGITALMENTE POR:**

Editorial Instituto Superior Tecnológico Consulting Group Ecuador – Esculapio



#### **DERECHOS RESERVADOS**

Todos los derechos reservados. Queda prohibida, sin la autorización escrita del titular de los derechos de autor, la reproducción total o parcial de esta obra por cualquier medio, ya sea impreso, digital, electrónico, o cualquier otro formato conocido o por conocer. Cualquier uso no autorizado, incluyendo su distribución, comunicación pública, transformación o cualquier otra forma de explotación, estará sujeto a las sanciones civiles y penales establecidas en la ley vigente.

#### **CITACIÓN:**

Cervantes, A, Hernández, M, Tovar, R, & Castro, G. (2024) libro de texto enfermería: elaboración de proceso de atención de enfermería (PAE). Quito: ISTCGE.

Publicación arbitrada por el Instituto Superior Tecnológico Consulting Group Ecuador – Esculapio. Pares de revisión: Lcda. Andrea Suárez y Ph.D Eddybelleth Castillo.

# ÍNDICE

INTRODUCCIÓN .....	4
DATOS GENERALES DE LA CARRERA.....	3
DESARROLLO DE LOS CONTENIDOS .....	7
REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS .....	58

# INTRODUCCIÓN

La presente guía permitirá al estudiante de la carrera Técnico en Enfermería, desarrollar habilidades teórico-prácticas para la elaboración de Procesos de Atención de Enfermería (PAE).

El Proceso de Atención de Enfermería es un marco sistemático y organizado, utilizado por los profesionales de enfermería para brindar cuidados individualizados y centrados en el paciente.

Este proceso se basa en una serie de pasos interrelacionados que guían al profesional de la Enfermería, en la provisión de cuidados holísticos y efectivos. A través de su aplicación, se busca mejorar la calidad de la atención, promover la salud y el bienestar del paciente, así como prevenir complicaciones.

Profesionalmente, proporciona a las ciencias de la Enfermería una base sólida para establecer mecanismos de profesionalización, dándole un sentido a las intervenciones del profesional de enfermería bajo un fundamento científico.

Este proceso cuenta con cinco etapas definidas e interconectadas que serán detalladas en el presente trabajo:

1. **Valoración:** En esta etapa inicial, se recopila información completa y precisa sobre el paciente, incluyendo datos demográficos, historial médico, síntomas actuales, necesidades físicas, emocionales y sociales, así como cualquier otro factor relevante para su cuidado.

2. **Diagnóstico:** Una vez que se recopila la información, se realiza un análisis para identificar problemas de salud, necesidades y potenciales riesgos para el paciente. Los diagnósticos de enfermería se formulan en términos de respuestas humanas a problemas de salud.
3. **Planificación:** En esta etapa, se determinan los objetivos de los cuidados individuales específicos para abordar los problemas de salud, durante la valoración y el diagnóstico. Se deben incluir metas realistas y medibles a la situación individual del paciente.
4. **Ejecución:** Durante esta fase, se lleva a cabo el plan de cuidados diseñado, lo que implica la ejecución de las intervenciones planificadas para abordar las necesidades del paciente.
5. **Evaluación:** La última etapa del proceso de atención de enfermería, implica la revisión y evaluación continua de la respuesta del paciente a las intervenciones de enfermería. En ella se determina si se han alcanzado las metas establecidas, si se requieren modificaciones en el plan de cuidados y si se han logrado mejoras en el estado de salud del paciente.

## DATOS GENERALES DE LA CARRERA

- **Nombre:** TÉCNICO EN ENFERMERÍA
- **Modalidad:** Presencial
- **Descripción:** La carrera de Enfermería busca formar profesionales que se encuentren calificados para desempeñar sus actividades asistenciales y administrativas en los distintos centros y niveles que conforman el sistema de salud, velando por el bienestar de la comunidad y todas las personas que la conforman, aplicando técnicas, conocimientos, habilidades y valores de cuidado y autocuidado enfocadas en el fortalecimiento del bienestar de la población con la prevención de enfermedades y promoción de la salud, impulsando los estilos de vida saludables.
- **Perfil de egreso:**
  - ✓ Aplica cuidados de la salud sexual y reproductiva para atender las necesidades de la madre, el niño y el adolescente.
  - ✓ Realiza actividades de asepsia y antisepsia para mantener en condiciones adecuadas a los pacientes post parto.
  - ✓ Identifica procesos fisiopatológicos conforme las enfermedades identificadas, que pueden ser de carácter transmisibles y no transmisibles, para determinar el cuadro del paciente, así como su historial de salud y suministrar insumos para el proceso adecuado de toma de decisiones considerando el origen de cada individuo.

- ✓ Emplear protocolos de cuidado de enfermería para los pacientes, sean estos individuales y colectivos en coordinación con sus superiores para resguardar la integridad del paciente.

# ORIENTACIONES GENERALES PARA EL ESTUDIO DE LA GUÍA

Las siguientes orientaciones te permitirán desarrollar de forma dinámica y oportuna la asignatura, por lo que es importante que tomes en cuenta estas recomendaciones:

1. La lectura es el principal apoyo en el modelo de educación, por lo que es el principal medio para desarrollar la estructura cognitiva requerida para su formación.
2. Organice su tiempo: orientar sobre la creación de un horario de estudio que se adapte a sus responsabilidades y preferencias, esto permite establecer metas semanales y distribuye el tiempo de estudio de manera equitativa entre las distintas asignaturas.
3. Desarrolle los trabajos propuestos con interés, procurando pensar en el uso práctico para su desarrollo profesional.
4. Se recomienda consultar fuentes de información y recursos disponibles, como libros de texto, material en línea, bibliotecas, laboratorios, y cualquier otro recurso que la asignatura pueda requerir.
5. Participar en clases y actividades: se recomienda asistir y participar activamente en las clases. Se sugiere provechar para hacer preguntas, discutir temas y colaborar con compañeros.
6. Deberá tener curiosidad en todo aquello que sea nuevo para usted, investigue toda la terminología nueva que se contemple en la materia.



7. Utilizar técnicas de estudio efectivas como: resúmenes, mapas conceptuales, flashcards, para encontrar la que mejor se adapte al estilo de aprendizaje de los estudiantes.
8. Repasar regularmente los conceptos aprendidos para fortalecer la comprensión de la asignatura a largo plazo.
9. Discutir temas con compañeros puede proporcionar diferentes perspectivas y mejorar la comprensión.
10. Tomar apuntes durante las clases y organizar la información de manera clara, esto facilitará la revisión y estudio posterior.
11. Finalmente, refuerce los conocimientos por medio de consultas o repasos luego de cada clase.

# DESARROLLO DE LOS CONTENIDOS

## HISTORIA Y PERSPECTIVA ACTUAL DE LA ENFERMERIA

Las actividades de enfermería, tiempo atrás, seguían un paradigma paternalista médico-enfermero, percibiendo al personal de enfermería desde una visión netamente asistencial y de apoyo para el profesional de medicina; pero, gracias al surgimiento de varias profesionales teorizantes y de la alta



especialidad, actualmente en varios países las ciencias de la enfermería, han adquirido rasgos de independencia y profesionalización, lo que les ha permitido desarrollarse de forma individualizada y autónoma.

Las oportunidades que brinda la enfermería son variadas y pueden observarse en los cuatro campos de acción del profesional: Cuidado Directo, Docencia, Investigación y Administración.

La ANA (American Nursing Association) en el 2010, define a la enfermería como la ciencia dedicada a la protección, promoción y optimización de la salud y las capacidades; la prevención de la enfermedad y de la lesión; el alivio del sufrimiento, por medio del diagnóstico y tratamiento de la respuesta humana, ante la presencia de una patología.

El Proceso de Atención de Enfermería (PAE) es la prueba palpable del carácter científico de las intervenciones en el cuidado del paciente y la comunidad y es la principal herramienta de desarrollo profesional.

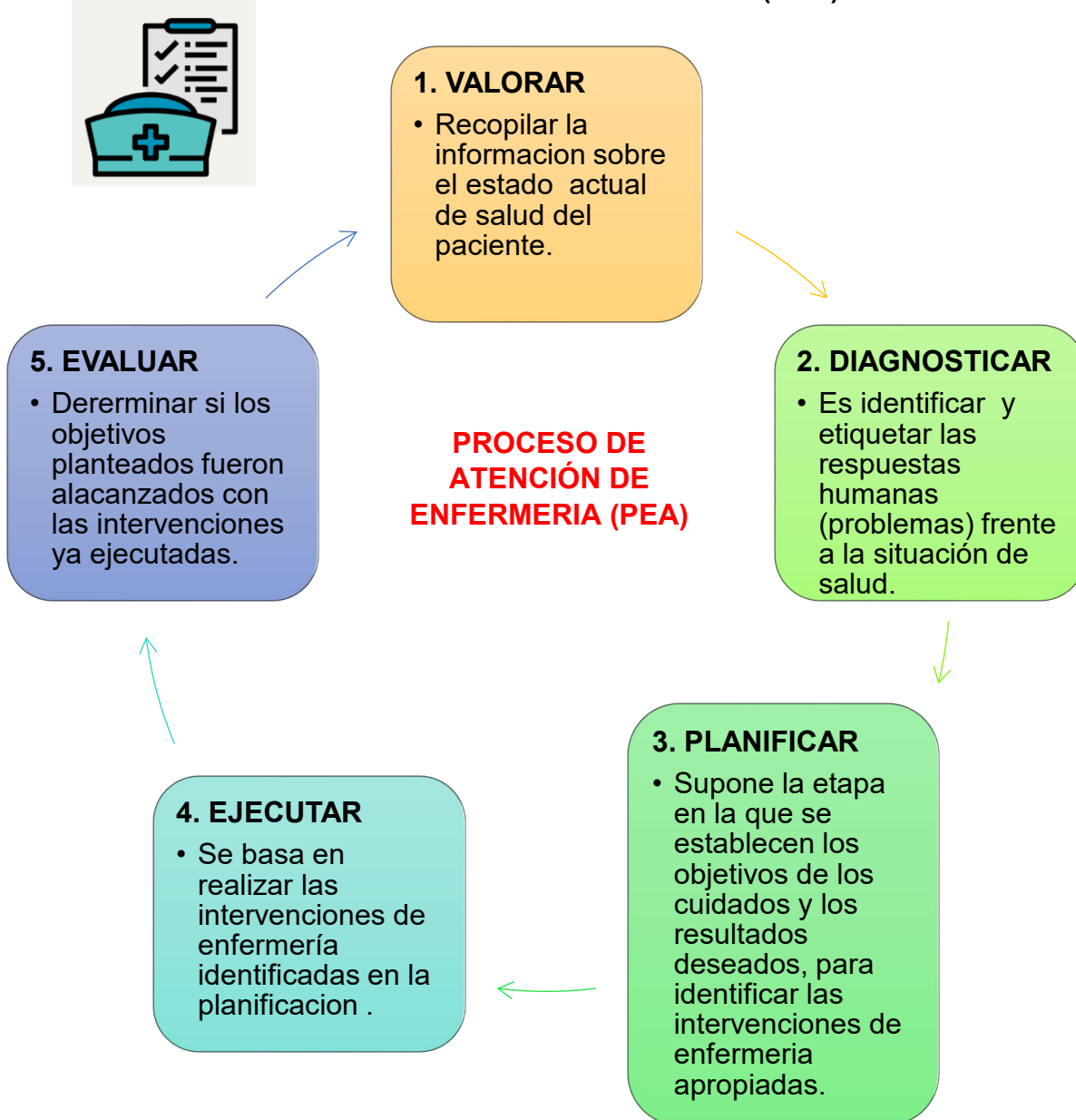
El desarrollo de las clasificaciones y diagnósticos enfermeros se remonta al año 1973 Kristine Gebbie y Mary Ann Lavin, enfermeras norteamericanas que impulsaron la creación de grupos de profesionales de enfermería que se dedicaron a la creación de diagnósticos de enfermería; luego de unos años, Callista Roy se uniría a esta propuesta, así, en 1978 y 1980 consolidó estos trabajos y fueron expuestos en una conferencia con el nombre de “Patrones del Hombre Unitario”.

Para 1982, se funda la North American Nursing Diagnosis Association (NANDA), donde se incorpora un mayor número de miembros estadounidenses y canadienses al equipo de trabajo, para el desarrollo de diagnósticos de enfermería. La primera edición de diagnósticos, se publicaron con una clasificación en orden alfabético. En 1988, se empieza a desarrollar la primera taxonomía de los diagnósticos enfermeros, y a la par, en 1992, inició el desarrollo de las taxonomías de Nursing Outcomes Classification (NOC) y Nursing Interventions Classification (NIC) en la Universidad de Iowa. Es destacable que en el año 1997 se da la primera reunión de estos tres grupos NANDA. NOC y NIC. Para el año 2024, existen versiones actualizadas de la taxonomía NANDA (2021-2023), las cuales, hasta el momento, cuentan con 267 diagnósticos enfermeros, clasificados en varios dominios y clases.

El profesional de enfermería, en la actualidad, cuenta con varios espacios de acción profesional y que, con experiencia y alta especialidad, puede desarrollar varias funciones, razón por la cual es llamado a una constante formación y aprendizaje y actualización. En

este sentido, países desarrollados como Canadá y Estados Unidos, cuentan con especialidad que facultan al profesional de enfermería (con una formación de pregrado de cuatro años o más) para realizar una extensión de sus funciones y ser capaces de dar diagnósticos médicos, establecer planes terapéuticos y medios de estudios, sin la necesidad de la autorización de un profesional médico. Esta alta especialidad denominada (Enfermería de Práctica Avanzada) le brinda al profesional de Enfermería, independencia profesional.

## ETAPAS DEL PROCESO DE ATENCIÓN DE ENFERMERIA (PEA)



## USO DE TAXONOMIAS INTERNACIONALES NANDA, NOC Y NIC.

El uso de las taxonomías y el manejo de los libros es esencial para el desarrollo de un PAE, pues de esta manera nos ceñimos a las clasificaciones internacionales.

### NANDA (North American Nursing Diagnosis Association):

Este libro clasifica los problemas o respuestas humanas frente a las diferentes patologías, los mismos se clasifican en tres niveles:

- ✓ **Dominios:** Un dominio es una esfera de actividad, estudio o interés. La taxonomía cuenta con 13 Dominios.
- ✓ **Clases:** Una clase es una subdivisión de un grupo mayor una división de personas o cosas por su calidad, rango o grado. (Roget, 1980). La taxonomía cuenta con 46.
- ✓ **Diagnósticos de Enfermería:** Juicio clínico en relación a una respuesta humana frente a problemas de salud / procesos vitales reales o vulnerabilidad para esa respuesta, de una persona, familia, grupo o comunidad o comunidad. El diagnóstico enfermero proporciona la base para la selección de las intervenciones de enfermería, destinadas a lograr los objetivos de los que el enfermero es responsable. Al momento en la última edición 2021-2023, existe 267 diagnósticos.

Es esencial entender que según la taxonomía de la NANDA, en un diagnóstico tenemos ciertos acápites a reconocer y que se muestran en la siguiente imagen:

Dominio 12 • Clase 1 • Código de diagnóstico 00133

## Dolor crónico

Foco del diagnóstico: dolor

Aprobado en 1986 • Revisado en 1996, 2013, 2017 • Nivel de evidencia 2.1

### Definición

Experiencia sensorial y emocional desagradable asociada con daño tisular real o potencial, o descrita en términos de dicho daño (Asociación Internacional para el Estudio del Dolor); aparición repentina o lenta de cualquier intensidad desde leve a grave, constante o recurrente sin un final anticipado o predecible, y con una duración superior a 3 meses.

### Definir características

- Capacidad alterada para continuar actividades.
- anorexia
- Evidencia de dolor mediante el uso de una lista de verificación de comportamiento del dolor estandarizada para aquellos que no pueden comunicarse verbalmente
- Expresa fatiga
- Expresión facial de dolor.
- Informe proxy de cambios de actividad
- Informe proxy de comportamiento doloroso
- Reporta ciclo de sueño-vigilia alterado
- Informa la intensidad utilizando una escala de dolor estandarizada
- Informa las características del dolor utilizando un instrumento de dolor estandarizado
- Enfocado en uno mismo

### Factores relacionados

- Índice de masa corporal por encima de lo normal
- rango de edad y sexo
- Fatiga
- Patrón de sexualidad ineficaz
- Agente de lesiones
- desnutrición
- Uso prolongado de la computadora
- Trastorno psicológico
- Manipulación repetida de cargas pesadas
- Aislamiento social
- Vibración de cuerpo entero

### Población en riesgo

- Personas mayores de 50 años
- Personas con historial de abuso
- Personas con antecedentes de mutilación genital
- Personas con antecedentes de sobreendeudamiento
- Personas con antecedentes de posturas de trabajo estáticas.
- Personas con antecedentes de abuso de sustancias
- Personas con antecedentes de ejercicio vigoroso
- Mujeres

Comodidad

1. Etiqueta diagnóstica
2. Definición
3. Características definitorias
4. Factores relacionados y población de riesgo

Estas secciones son importantes de identificar pues, de esta manera, podremos armar nuestro diagnóstico enfermero que se revisará en las siguientes secciones.

## NOC (Nursing Outcomes Classification)

Este libro nos permite establecer los resultados que queremos conseguir con la aplicación de las intervenciones y cómo establecer metas reales para nuestro plan de cuidados.

En la séptima edición del libro, contamos con una sección denominada Taxonomía NOC; en éste, es posible observar cómo se plantean los objetivos según su dominio y clase. Seguidamente, se presenta un resumen de los posibles objetivos a establecer cómo se observa en la siguiente imagen:

56 Segunda parte Taxonomía NOC					
(1) Dominio I: Salud funcional Resultados que describen la capacidad y realización de las actividades básicas de la vida					
Nivel 1 Dominio					
Nivel 2 Clases					
Nivel 3 Resultados					
	<table border="1"> <thead> <tr> <th>A-Mantenimiento de la energía Resultados que describen la recuperación, conservación y gasto de la energía de una persona</th> <th>B-Crecimiento y desarrollo Resultados que describen la maduración física, emocional y social de una persona</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>0002-Conservación de la energía 0003-De cansancio 0006-Energía psicomotora 0008-Fatiga: efectos nocivos 0007-Nivel de fatiga 0001-Resistencia 0004-Sueño 0005-Tolerancia de la actividad</td> <td>0117-Adaptación del prematuro 0118-Adaptación del recién nacido 0110-Crecimiento 0122-Desarrollo adulto de mediana edad 0123-Desarrollo adulto joven 0121-Desarrollo adulto mayor 0120-Desarrollo infantil: 1 mes 0100-Desarrollo infantil: 2 meses 0101-Desarrollo infantil: 4 meses 0102-Desarrollo infantil: 6 meses 0103-Desarrollo infantil: 12 meses 0104-Desarrollo infantil: 2 años 0105-Desarrollo infantil: 3 años 0106-Desarrollo infantil: 4 años 0107-Desarrollo infantil: 5 años 0108-Desarrollo infantil: segunda infancia 0109-Desarrollo infantil: adolescencia 0113-Envejecimiento físico 0112-Estado fetal: durante el parto 0111-Estado fetal: prenatal 0119-Funcionamiento sexual 0114-Maduración física: femenina 0115-Maduración física: masculina 0116-Participación en juegos</td> </tr> </tbody> </table>	A-Mantenimiento de la energía Resultados que describen la recuperación, conservación y gasto de la energía de una persona	B-Crecimiento y desarrollo Resultados que describen la maduración física, emocional y social de una persona	0002-Conservación de la energía 0003-De cansancio 0006-Energía psicomotora 0008-Fatiga: efectos nocivos 0007-Nivel de fatiga 0001-Resistencia 0004-Sueño 0005-Tolerancia de la actividad	0117-Adaptación del prematuro 0118-Adaptación del recién nacido 0110-Crecimiento 0122-Desarrollo adulto de mediana edad 0123-Desarrollo adulto joven 0121-Desarrollo adulto mayor 0120-Desarrollo infantil: 1 mes 0100-Desarrollo infantil: 2 meses 0101-Desarrollo infantil: 4 meses 0102-Desarrollo infantil: 6 meses 0103-Desarrollo infantil: 12 meses 0104-Desarrollo infantil: 2 años 0105-Desarrollo infantil: 3 años 0106-Desarrollo infantil: 4 años 0107-Desarrollo infantil: 5 años 0108-Desarrollo infantil: segunda infancia 0109-Desarrollo infantil: adolescencia 0113-Envejecimiento físico 0112-Estado fetal: durante el parto 0111-Estado fetal: prenatal 0119-Funcionamiento sexual 0114-Maduración física: femenina 0115-Maduración física: masculina 0116-Participación en juegos
A-Mantenimiento de la energía Resultados que describen la recuperación, conservación y gasto de la energía de una persona	B-Crecimiento y desarrollo Resultados que describen la maduración física, emocional y social de una persona				
0002-Conservación de la energía 0003-De cansancio 0006-Energía psicomotora 0008-Fatiga: efectos nocivos 0007-Nivel de fatiga 0001-Resistencia 0004-Sueño 0005-Tolerancia de la actividad	0117-Adaptación del prematuro 0118-Adaptación del recién nacido 0110-Crecimiento 0122-Desarrollo adulto de mediana edad 0123-Desarrollo adulto joven 0121-Desarrollo adulto mayor 0120-Desarrollo infantil: 1 mes 0100-Desarrollo infantil: 2 meses 0101-Desarrollo infantil: 4 meses 0102-Desarrollo infantil: 6 meses 0103-Desarrollo infantil: 12 meses 0104-Desarrollo infantil: 2 años 0105-Desarrollo infantil: 3 años 0106-Desarrollo infantil: 4 años 0107-Desarrollo infantil: 5 años 0108-Desarrollo infantil: segunda infancia 0109-Desarrollo infantil: adolescencia 0113-Envejecimiento físico 0112-Estado fetal: durante el parto 0111-Estado fetal: prenatal 0119-Funcionamiento sexual 0114-Maduración física: femenina 0115-Maduración física: masculina 0116-Participación en juegos				

Al identificar el código, es posible encontrar la etiqueta NOC en orden alfabético, un ejemplo de ello, se muestra en la imagen siguiente:

**Conocimiento: cuidados de la ostomía** 1829

**Definición:** Grado de conocimiento transmitido sobre el mantenimiento de una ostomía de eliminación.

PUNTUACIÓN DIANA DEL RESULTADO: Mantener a \_\_\_\_\_ Aumentar a \_\_\_\_\_

**PUNTUACIÓN GLOBAL DEL RESULTADO**

	Ningún conocimiento	Conocimiento escaso	Conocimiento moderado	Conocimiento sustancial	Conocimiento extenso	
	1	2	3	4	5	
Indicadores:						
02902 Propósito de la ostomía	1	2	3	4	5	NA
09311 Funcionamiento de la ostomía	1	2	3	4	5	NA
02909 Materiales necesarios para cuidar la ostomía	1	2	3	4	5	NA
02915 Procedimiento para cambiar la bolsa de ostomía	1	2	3	4	5	NA
02908 Pauta para cambiar la bolsa de la ostomía	1	2	3	4	5	NA
02905 Cómo medir un estoma	1	2	3	4	5	NA
02907 Complicaciones relacionadas con el estoma	1	2	3	4	5	NA
02916 Procedimiento para vaciar la bolsa de ostomía	1	2	3	4	5	NA
02903 Cuidados de la piel alrededor de la ostomía	1	2	3	4	5	NA
02904 Técnica de irrigación	1	2	3	4	5	NA
02910 Identificación de los alimentos flatulentos	1	2	3	4	5	NA
02911 Modificaciones en la dieta	1	2	3	4	5	NA
02912 Necesidades de ingesta líquidos	1	2	3	4	5	NA
02913 Mecanismos de control del olor	1	2	3	4	5	NA
02914 Modificaciones en las actividades diarias	1	2	3	4	5	NA
02917 Grupos de apoyo disponibles	1	2	3	4	5	NA

**Taxonomía:** Conocimiento y conducta de salud (IV) **Clase:** Conocimientos sobre promoción de la salud (S) 3.ª edición 2004, revisado 2008, 2013

**BIBLIOGRAFÍA:**  
 Brad, D., & Heischer, L. (2000). Changing an ostomy appliance. *Nursing*, 30(11), 51-53.  
 Potts, H.S. (2001). Teaching the adult ostomy patient. *Journal of Wound, Ostomy, and Continence Nursing*, 28(1), 47-54.  
 Janspec, J. (2000). A practical ostomy guide. *RN*, 63(11), 61-68.

1. Nombre de la etiqueta NOC
2. Definición
3. Indicadores de Evaluación (Son los criterios que encontramos en la valoración que van a ser intervenidos y evaluados luego de los cuidados.)
4. Puntuación Diana (Es una escala que permite medir la condición actual del indicador y la intención de mejorar o mantener esta condición, con los cuidados proporcionados)
5. Taxonomía
6. Bibliografía.

## NIC (Nursing Interventions Classification)

Este libro nos permite establecer las intervenciones que queremos conseguir con la aplicación de las intervenciones y cómo establecer metas reales para nuestro plan de cuidados.

En la séptima edición del libro, contamos con una sección denominada Taxonomía NIC y es posible observar cómo se plantean los objetivos, según su dominio y clase. En la siguiente imagen, se puede observar un resumen de los posibles objetivos a establecer.

30 Segunda parte Taxonomía de las intervenciones de enfermería

Nivel 1 Dominios	1. FISIOLÓGICO: BÁSICO Cuidados que apoyan el funcionamiento físico		
Nivel 2 Clases	A. Control de actividad y ejercicio	B. Control de la evacuación	C. Control de inmovilidad
Nivel 3 Intervenciones	Intervenciones para organizar o ayudar en la actividad física y la conservación y el gasto de energía  5612 Enseñanza: ejercicio prescrito S* 0140 Fomentar la mecánica corporal 0200 Fomento del ejercicio 0201 Fomento del ejercicio: entrenamiento de fuerza 0202 Fomento del ejercicio: estiramientos 0180 Manejo de la energía 0221 Terapia de ejercicios: ambulación 0226 Terapia de ejercicios: control muscular 0222 Terapia de ejercicios: equilibrio 0224 Terapia de ejercicios: movilidad articular	Intervenciones para establecer y mantener las pautas regulares de evacuación intestinal y urinaria y controlar las complicaciones resultantes de pautas alteradas  0466 Administración de enema 1804 Ayuda con el autocuidado: micción/defecación F 0430 Control intestinal 0410 Cuidados de la incontinencia intestinal 0412 Cuidados de la incontinencia intestinal: encopresis Z 0610 Cuidados de la incontinencia urinaria 0612 Cuidados de la incontinencia urinaria: enuresis Z 0480 Cuidados de la ostomía L 0620 Cuidados de la retención urinaria 1876 Cuidados del catéter urinario 0470 Disminución de la flatulencia 0560 Ejercicios del suelo pélvico 0570 Entrenamiento de la vejiga urinaria 0600 Entrenamiento del hábito urinario 0440 Entrenamiento intestinal 0550 Irrigación de la vejiga urinaria 0460 Manejo de la diarrea 0590 Manejo de la eliminación urinaria 0450 Manejo del estreñimiento/impactación fecal 0630 Manejo del pesario 0490 Manejo del prolapso rectal 0640 Micción estimulada 0580 Sondaje vesical 0582 Sondaje vesical: intermitente	Intervenciones para controlar el movimiento corporal restringido y las secuelas  1806 Ayuda con el autocuidado: transferencia F 0840 Cambio de posición 0846 Cambio de posición: silla de ruedas 0940 Cuidados de tracción/inmovilización 0740 Cuidados del paciente encamado 0762 Cuidados del paciente escayolado: mantenimiento 0764 Cuidados del paciente escayolado: yeso húmedo 0910 Inmovilización 6580 Sujeción física V 0970 Transferencia
	0100 a 0399	0400 a 0699	0700 a 0999

\*Las letras indican otra clase donde la intervención también está incluida.

Al identificar el código, es posible encontrar la etiqueta NIC en orden alfabético, un ejemplo de ello, se muestra en la siguiente imagen:

**Manejo de electrolitos: hiperfosfatemia**

2005

**Definición:** Favorecer el equilibrio de fosfato sérico y prevenir las complicaciones derivadas de sus niveles superiores a los deseados.

**Actividades:**

- Controlar la evolución de los niveles séricos de fósforo (p. ej., fósforo inorgánico) en poblaciones de riesgo (p. ej., pacientes que reciben quimioterapia, pacientes con ingesta alta de fosfatos, pacientes con ingesta alta de vitamina D).
- Realizar un control exhaustivo de los niveles de fosfato en los pacientes que presentan trastornos con efectos crecientes sobre los niveles de fósforo (p. ej., insuficiencia renal aguda y crónica, hipoparatiroidismo, cetoacidosis diabética, acidosis respiratoria, necrosis muscular profunda, rabdomiólisis).
- Obtener muestras para el análisis de laboratorio de los niveles de fosfato y de electrolitos asociados (gasometría arterial y niveles en suero y orina), según corresponda.
- Observar si hay desequilibrios de electrolitos asociados a la hiperfosfatemia.
- Vigilar si hay manifestaciones de hiperfosfatemia (p. ej., sensaciones de hormigueo en las puntas de los dedos y alrededor de la boca, anorexia, náuseas, vómitos, debilidad muscular, hiperreflexia, tetania, taquicardia).
- Vigilar si hay síntomas de calcificaciones de tejidos blandos, articulaciones y arterias (p. ej., oliguria, alteración de la visión, palpitaciones).
- Administrar medicamentos quelantes del fosfato y diuréticos por prescripción con las comidas para disminuir la absorción del fosfato de la dieta, según corresponda.
- Aliviar los efectos gastrointestinales producidos por la hiperfosfatemia.
- Evitar el estreñimiento derivado de los medicamentos quelantes del fosfato.
- Evitar laxantes y enemas que contengan fosfato.
- Administrar suplementos de calcio y vitamina D por prescripción para reducir los niveles de fosfato, según corresponda.

- Evitar alimentos ricos en fosfato (productos lácteos, cereales integrales, nueces, frutas secas o verduras y vísceras), según corresponda.
- Preparar al paciente para la diálisis (ayudar en la colocación del catéter para la diálisis), según corresponda.
- Poner en práctica medidas para la prevención de crisis comiciales.
- Instruir al paciente y/o a la familia sobre las medidas realizadas para tratar la hiperfosfatemia.
- Enseñar al paciente y/o a la familia los signos y síntomas de una hipocalcemia inminente (p. ej., cambios de la diuresis).

1.ª edición 1992; revisada en 2008

**Bibliografía:**

- American Association of Critical-Care Nurses. (2006). *Core curriculum for critical care nursing* (6th ed.) [J. G. Alspach, Ed.]. St. Louis, MO: Saunders Elsevier.
- American Heart Association (2002). *Advanced cardiovascular life support (ACLS) provider manual*. Dallas, TX: Author.
- American Nephrology Nurses' Association. (2005). *Nephrology nursing standards of practice and guidelines for care* [S. Burrows-Hudson & B. Prowant, Eds.]. Pitman, NJ: Author.
- Cullen, L. (1992). Interventions related to fluid and electrolyte balance. *Nursing Clinics of North America*, 27(2), 569-597.
- Oncology Nursing Society (1996). *Statement on the scope and standards of oncology nursing practice*. Washington, DC: American Nurses.
- Parker, J. (Ed.). (1998). *Contemporary nephrology nursing*. Pitman, NJ: Anthony J. Jannetti.
- Smeltzer, S. C., & Bare, B. G. (2004). *Brunner & Suddarth's textbook of medical-surgical nursing* (10th ed.). Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins.
- Springhouse Corporation (2004). *Just the facts: Fluids and electrolytes*. Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins.

1. Nombre de la etiqueta NIC (Intervenciones) y código
2. Definición
3. Actividades de enfermería (En esta lista se pueden identificar actividades independientes e interdependientes de enfermería)
4. Bibliografía

## **PRIMERA ETAPA: VALORACIÓN**

### **DEFINICIÓN:**

Es un proceso sistemático y continuo mediante el cual, el personal de enfermería recopila, organiza y analiza información relevante sobre el estado de salud de un paciente. Esta valoración se lleva a cabo utilizando diversas técnicas y herramientas, con el objetivo de identificar las necesidades de cuidado del paciente y planificar intervenciones adecuadas. En definitiva, consta de tres etapas: observación, entrevista y exploración física.

### **OBSERVACIÓN**

Es la primera herramienta para la valoración, pues comprende un análisis superficial de la condición del paciente, utilizando solo el sentido de la vista, reflejando las condiciones o características más notorias en el paciente, al momento de realizar la valoración.

### **ENTREVISTA**

Es un método centrado en obtener datos completos para recopilar la información necesaria a fin de fomentar una relación con el paciente de manera empática y eficiente, pues de esta forma es posible obtener datos subjetivos (lo que refiere el paciente). Se pueden realizar dos tipos de preguntas:

TIPO DE PREGUNTAS	EJEMPLO
<b>PREGUNTAS ABIERTAS</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• “Dígame ¿cómo se siente?”</li> <li>• “Dígame ¿cuál es su molestia?”</li> <li>• “¿Me puede describir que es lo que siente en este momento?”</li> </ul>
<b>PREGUNTAS CERRADAS</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• “¿Dígame en qué zona le duele?”</li> <li>• “¿Cree que la medicación está haciendo efecto?”</li> <li>• “¿Usted vive sólo?”</li> <li>• “En la escala del 1 al 10, ¿cómo evaluaría su dolor?”</li> </ul>

Recuerde que usted puede obtener los datos, a través de varias fuentes de información:

#### FUENTES PRIMARIAS

- El paciente
- Familia y los cuidadores

#### FUENTES SECUNDARIAS

- La historia clínica
- El equipo de salud

## EXPLORACIÓN FÍSICA

### Signos Vitales:

Los signos vitales (SV) son valores que permiten estimar la efectividad de la circulación, de la respiración y de las funciones neurológicas basales y su réplica a diferentes estímulos fisiológicos y patológicos.

- ✓ Frecuencia cardiaca:
- ✓ Frecuencia respiratoria
- ✓ Presión arterial
- ✓ Saturación
- ✓ Temperatura

### Medidas Antropométricas:

Proviene de los términos griegos *anthropos* (hombre) y *metrikos* (medida) término que hace referencia al estudio cuantitativo de las relaciones y extensión de anatómicas.

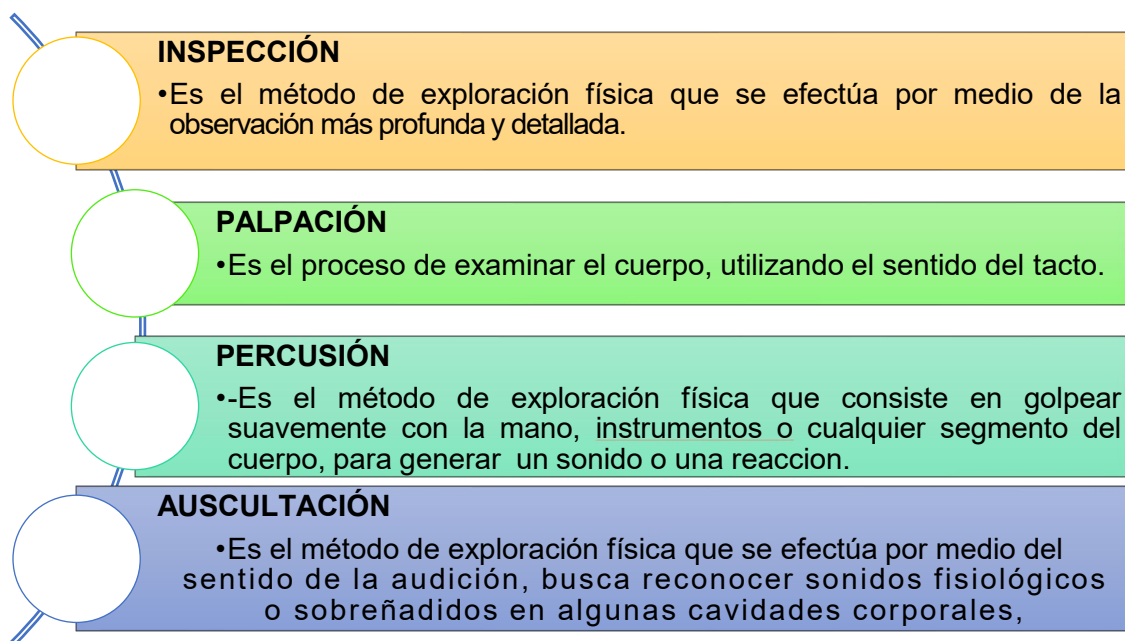
- ✓ Estatura
- ✓ Longitud
- ✓ Peso
- ✓ Perímetros
  - Abdominal
  - Cefálico
  - Torácico

- Braquial
- Pantorrilla

**NOTA:** La longitud se toma en niños menores de dos años o personas con incapacidad para mantener la bipedestación en cuanto a los perímetros dependen de la edad y la necesidad para el grupo etario.

## TÉCNICAS DE EXPLORACIÓN FÍSICA

La exploración física debe ser realizada según el esquema secuencial y ordenado pudiendo ser por aparato y sistemas o cefalocaudal, el segundo es el más utilizado.



## VALORACIÓN POR PATRONES FUNCIONALES DE MARJORY GORDON

Para culminar con el proceso de valoración, es necesario registrar los datos y organizarlos, a través de sistemas de valoración de enfermería; es así, que contamos con varias

teorizantes de las ciencias de la enfermería y a la luz de su concepción del paradigma enfermero, es posible identificar la situación actual del paciente, con fines académicos y según los criterios de los autores, se recomienda la utilización de los **11 Patrones Funcionales de Marjory Gordon**, quien postula que la salud es el resultado del equilibrio y bienestar en estos patrones, como componentes de la unidad holística del ser humano.

PATRÓN FUNCIONAL	¿QUE VALORAR?	¿QUÉ SE DEBE REGISTRAR?
<p><b>PATRÓN 1. PERCEPCION - MANEJO DE LA SALUD</b></p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Cómo el individuo percibe su salud y bienestar.</li> <li>• Cómo maneja su situación de salud (vacunación, autocuidado, hábitos tóxicos, hábitos de higiene).</li> <li>• Adherencias a tratamientos terapéuticos crónicos.</li> <li>• Si es necesario se puede colocar las indicaciones médicas del plan terapéutico actual (paciente hospitalizado).</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Hábitos higiénicos: personales, vivienda, vestido</li> <li>• Vacunas</li> <li>• Alergias</li> <li>• Percepción de su salud</li> <li>• Conductas saludables: interés y conocimiento</li> <li>• Existencia o no, de alteraciones de salud</li> <li>• Existencia o no, de hábitos tóxicos</li> <li>• Accidentes laborales, tránsito y domésticos</li> <li>• Ingresos hospitalarios</li> </ul>

<p><b>PATRON 2. NUTRICIONAL – METABÓLICO</b></p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Preguntar por el número de comidas y la calidad de la alimentación</li> <li>• Indagar sobre el tipo de dieta consumida (hiposódica, hipercalórica, otras)</li> <li>• Horarios de comida, preferencias, suplementos</li> <li>• Presencia o no de problemas para el proceso de alimentación.</li> <li>• Registro de peso, talla e IMC y su interpretación</li> <li>• Identificar la condición de piel y mucosas.</li> <li>• En el caso de la piel se puede evaluar procesos evidentes tales como: ictericia, cianosis.</li> <li>• Indagar sobre problemas metabólicos de base o identificados en la</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Valoración del IMC.</li> <li>• Valorar tendencia de crecimiento en el paciente pediátrico y hebiátrico.</li> <li>• Valoración de la alimentación:</li> <li>• Recoge el número de comidas, el lugar, el horario, dietas específicas, así como los líquidos recomendados para tomar en el día.</li> <li>• Se deben hacer preguntas sobre el tipo de alimentos que toma, por grupos.</li> <li>• Valoración de problemas en la boca: Si tiene alteraciones bucales (caries, úlceras.) falta de piezas dentales (edéntulo total o parcial)</li> <li>• Valoración de problemas para comer: dificultades para masticar, tragar (disfagia)</li> <li>• Alimentación por sonda.</li> <li>• Valoración de otros problemas digestivos como náuseas o émesis.</li> <li>• Dependencia, Inapetencias, Intolerancias alimenticias</li> <li>• Alergias alimentarias</li> <li>• Valoración de la piel: alteraciones de la piel: fragilidad de uñas y pelo, falta de</li> </ul>
--	---	---

	<p>valoración de enfermería.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• También se pueden identificar los niveles de glicemia según la necesidad clínica del paciente.</li> <li>• Adicionalmente, se pueden poner datos relevantes sobre mecanismos de coagulación o uso de fármacos.</li> </ul>	<p>hidratación, prurito, edemas, lesiones, temperatura, cicatrización, coloración.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Lesiones cutáneas: abscesos, lipomas, verrugas, patología de las uñas, entre otros.</li> <li>• En el caso del paciente neonatal es importante:</li> <li>• Registro de valores de glicemia.</li> </ul>
<p><b>PATRON 3. ELIMINACIÓN</b></p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Se deben valorar las condiciones de las funciones excretoras intestinales, urinarias y de la piel (transpiración).</li> <li>• Se debe observar la presencia de dispositivos invasivos (sondas), o la presencia de orificios de eliminación artificiales quirúrgicos (ostomías).</li> <li>• Se debe valorar la condición de las ostomías e identificar</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• <b>Intestinal:</b> Consistencia, regularidad, dolor al defecar, sangre en heces, uso de laxantes, presencia de ostomías, incontinencia.</li> <li>• Uso de escala de Bristol.</li> <li>• <b>Urinaria:</b> Micciones/día, características de la orina, problemas de micción, sistemas de ayuda (absorbentes, colectores, sondas, urostomías), incontinencias</li> <li>• Cálculo de gasto urinario y pérdidas insensibles.</li> <li>• Balance hídrico</li> <li>• <b>Cutánea:</b> Sudoración copiosa</li> </ul>

	posibles complicaciones.	
<b>PATRÓN 4. ACTIVIDAD – EJERCICIO</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Actividades de ejercicio.</li> <li>• Se debe valorar la condición y respuesta cardiovascular y respiratoria.</li> <li>• Condición de la movilidad.</li> <li>• Identificar la presencia de alteraciones de la movilidad o discapacidades físicas.</li> <li>• Actividades físicas en su tiempo libre.</li> <li>• En el adulto mayor y personas con discapacidad se debe identificar el grado de independencia en las actividades de la vida diaria y actividades instrumentales de la vida diaria.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Valoración del estado cardiovascular: Frecuencia cardiaca o PA anormales en respuesta a la actividad, cambios ECG</li> <li>• Valoración del estado respiratorio</li> <li>• Valorar antecedentes de enfermedades respiratorias</li> <li>• Tolerancia a la actividad</li> <li>• Valoración de la movilidad</li> <li>• Valoración de la fuerza muscular (Escala de Daniels)</li> <li>• Valorar grado de independencia en las actividades de la vida diaria (escala de Katz o Barthel)</li> <li>• Valorar grado de independencia en las actividades instrumentales de la vida diaria (escala Lawton y Brody)</li> <li>• Estilo de vida: Sedentario o activo.</li> </ul>

<p><b>PATRÓN 5. SUEÑO – DESCANSO</b></p>	<p>Describir la capacidad de las personas para conciliar el sueño o relajarse durante las 24 horas.</p> <p>Percepción de la cantidad y calidad del sueño.</p> <p>Percepción del nivel de energía durante el día,</p> <p>Identificar los hábitos de higiene del sueño y si hay le necesidad del consumo de medicación para dormir.</p>	<p>Actividades de relajación durante el día.</p> <p>Hábitos positivos o negativos sobre la higiene del sueño.</p> <p>Uso de fármacos para conciliar el sueño.</p> <p>Presencia de ronquidos o apneas del sueño.</p>
<p><b>PATRÓN 6. COGNITIVO - PERCEPTIVO</b></p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Identificar la condición o la presencia de alteraciones sensoriales (tacto, vista, olfato, gusto, audición).</li> <li>• Identificar el estado de conciencia.</li> <li>• Uso de instrumentos de compensación (audífonos, gafas, otros)</li> <li>• Uso del lenguaje (comprensión)</li> <li>• Identificación de alteraciones en los procesos de</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Nivel de consciencia (Escala de Glasgow) y orientación (persona, espacio y tiempo).</li> <li>• En el paciente pediátrico es posible identificar el nivel de desarrollo con la aplicación del Test de Denver,</li> <li>• Registrar problemas sensoriales (presbicia, hipoacusia, entre otros.)</li> <li>• Identificar problemas del proceso de pensamiento (fuga de ideas, ideas de persecución) o del proceso de aprendizaje.</li> <li>• Identificar la presencia de problemas del lenguaje (afasia), cálculo y memoria.</li> </ul>

	<p>pensamiento y aprendizaje.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Identificar el grado de percepción del dolor.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Identificar y valorar el nivel de dolor percibido (Escala de Valoración Analógica del Dolor)</li> </ul>
<p><b>PATRON 7.</b> <b>AUTO</b> <b>PERCEPCION –</b> <b>AUTO</b> <b>CONCEPTO</b></p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Indagar sobre el autoconcepto y autoestima</li> <li>• Percepción de las capacidades de la persona.</li> <li>• Preguntar sobre el sentido general de auto valía.</li> <li>• Se puede investigar si hay alteraciones de la autopercepción.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Presencia de alteraciones en la autoestima,</li> <li>• Percepción de la imagen corporal.</li> <li>• Sentimiento de auto valía.</li> </ul>
<p><b>PATRÓN 8.</b> <b>ROL -</b> <b>RELACIONES</b></p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Se pregunta sobre la condición de las relaciones en los espacios sociales: pareja, familia, trabajo, escuela, colegio, universidad.</li> <li>• Se indaga sobre la percepción que tiene sobre su rol en sus grupos de desarrollo social.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Se describe cómo la persona se siente con sus relaciones y si éstas son un apoyo para su desarrollo.</li> <li>• Se describen los problemas identificados sobre las relaciones.</li> </ul>

<b>PATRÓN 9. SEXUALIDAD Y REPRODUCCION</b>	<ul style="list-style-type: none"><li>• Se debe identificar el nivel de satisfacción o insatisfacción en la vida sexual.</li><li>• Se indaga sobre el manejo de la salud sexual.</li><li>• Se debe valorar si existe alguna alteración en el aparato genital.</li><li>• En el caso del paciente adolescente, se puede evaluar el desarrollo puberal sexual.</li><li>• En la mujer, se debe valorar la historia ginecobstetricia.</li><li>• En el hombre, se pueden colocar datos sobre el desarrollo sexual masculino.</li><li>• Se indaga sobre los problemas reproductivos como la infertilidad.</li></ul>	<ul style="list-style-type: none"><li>• Se registra si el, o la paciente, refiere problemas de insatisfacción sexual.</li><li>• Se registra presencia de alteraciones genitales (ambigüedad genital, lesiones genitales, etc.)</li><li>• En el paciente hebiátrico es posible evaluar el desarrollo puberal sexual con la escala de Tanner.</li><li>• En la mujer en edad reproductiva no gestante se debe indagar sobre:<ul style="list-style-type: none"><li>- Menarquia</li><li>- Uso de anticoncepción</li><li>- Inicio de vida sexual.</li><li>- Número de parejas sexuales</li><li>- ITS</li><li>- Infertilidad</li></ul></li><li>• En la mujer en edad reproductiva gestante, se debe indagar los datos anteriormente mencionados y, además:<ul style="list-style-type: none"><li>- Gestaciones</li><li>- Abortos</li><li>- Partos cefalovaginales</li><li>- Cesáreas</li><li>- Hijos vivos</li></ul></li></ul>
--	--	--

		<ul style="list-style-type: none"> <li>- Óbitos fetales</li> <li>- Abortos</li> <li>- Complicaciones en los anteriores embarazos</li> <li>• En la mujer en la etapa de finalización de su periodo reproductivo, se debe indagar: <ul style="list-style-type: none"> <li>- Edad de menopausia</li> <li>- Tiempo de amenorrea</li> <li>- Signos y síntomas de climaterio</li> <li>- Tratamiento hormonal</li> </ul> </li> <li>• En el hombre, se pueden colocar ciertos aspectos tales como: <ul style="list-style-type: none"> <li>- Alteraciones genitales.</li> <li>- Antecedentes de enfermedad urológica (hipertrofia prostática)</li> <li>- Problemas en relación sexual (impotencia, eyaculación precoz)</li> <li>- Signos y síntomas de andropausia.</li> </ul> </li> </ul>
<p><b>PATRÓN 10.</b> <b>ADAPTACIÓN Y TOLERANCIA AL ESTRÉS</b></p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Se indaga sobre la situación actual y la forma sobre afrontar las dificultades.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Nivel de estrés referido</li> <li>• Percepción del manejo de problemas.</li> </ul>

<b>PATRÓN 11. VALORES Y CREENCIAS</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Se indaga sobre los sistemas de valores de la persona.</li> <li>• Se indaga sobre la expresión de espiritualidad.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Se describe cómo la forma en la que el sistema de valores y la espiritualidad ayudan en el proceso de salud enfermedad a la persona y si existe algún conflicto de valores y espiritualidad.</li> </ul>
---	---	--

## **SEGUNDA ETAPA: DIAGNÓSTICO**

### **DEFINICIÓN**

Se trata de la etapa en la que vamos a identificar, priorizar y etiquetar la respuesta humana o problema que se ocasiona, debido al estado de salud-enfermedad que el sujeto de cuidado presenta en este momento.

Es importante entender que el diagnóstico enfermero no es igual al diagnóstico médico, por cuanto presenta algunas características propias, las mismas que se detallan en la siguiente table:

<b>DIAGNÓSTICO ENFERMERO</b>	<b>DIAGNÓSTICO MÉDICO</b>
<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Se centra en identificar y etiquetar los problemas o la respuesta humana derivada de la presencia o ausencia de una patología.</li> <li>2. Se basa en la evaluación de las respuestas del paciente, así como en</li> </ol>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Se centra en identificar y nombrar a la patología o condición médica que afecta al paciente.</li> <li>2. Se basa en la evaluación de signos, síntomas, pruebas diagnósticas y criterios establecidos por la medicina</li> </ol>

<p>el análisis de factores relacionados y factores de riesgo.</p> <p>3. Es dinámico, es decir; las respuestas humanas pueden cambiar en un momento dado, un mismo paciente en un mismo día puede tener un diagnóstico priorizado y luego presentar en pocas horas otro patrón alterado y cambiar la priorización y diagnósticos en periodos cortos de tiempo.</p>	<p>para identificar y clasificar enfermedades.</p> <p>3. Es estático, es decir; el paciente puede permanecer con el mismo diagnóstico durante varios días, meses o hasta ser un diagnóstico crónico permanente.</p>
<p><b>EJEMPLO</b></p> <p>Dolor Agudo <b>RELACIONADO CON</b> agente lesivo biológico (dilatación y borramiento cervical en trabajo de parto)</p> <p><b>MANIFESTADO POR</b> expresión verbal de la paciente <b>EVIDENCIADO POR</b> facies álgicas, Escala EVA 6/10.</p>	<p><b>EJEMPLO</b></p> <p>Embarazo 38,6 semanas + Trabajo de parto fase activa + Ruptura prematura de membranas de 8 horas (O420)</p>

Es necesario reconocer la estructura para formular el diagnóstico de enfermería, en el cual se siguen dos tipos de estructuras, dependiendo del tipo de diagnóstico:

### DIAGNÓSTICO DE ENFERMERIA REAL

Es la respuesta humana o problema que se está presentando en el momento de la valoración de enfermería y que tiene características definitorias, que son manifestadas por el paciente y además, son medibles.

## DIAGNÓSTICO DE ENFERMERIA POTENCIAL

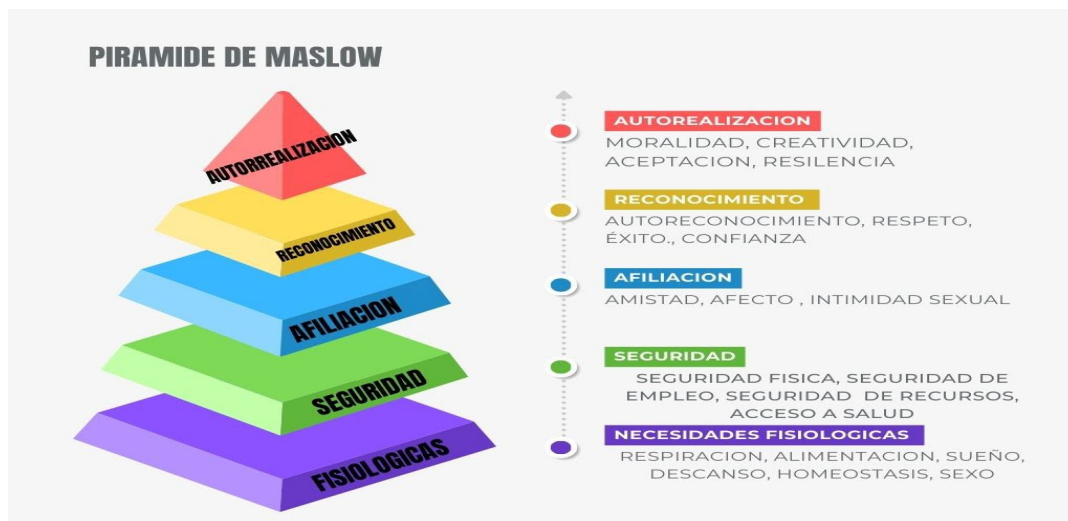
Es la respuesta humana o problema que puede llegar a presentarse el momento de la valoración de enfermería o posterior a ella.

DIAGNÓSTICO REAL	DIAGNÓSTICO POTENCIAL
(Nombre de la etiqueta NANDA) <b>RELACIONADO CON</b> (Factores relacionados, Población de riesgo) <b>MANIFESTADO POR</b> (Características definitorias que el paciente refiere) <b>EVIDENCIADO POR</b> (Características definitorias que el paciente refiere)	(Nombre de la etiqueta NANDA) <b>RELACIONADO CON</b> (Factores relacionados, Población de riesgo)
<b>EJEMPLO:</b> Dolor Agudo <b>RELACIONADO CON</b> agente lesivo biológico (dilatación y borramiento cervical en trabajo de parto) <b>MANIFESTADO POR</b> expresión verbal de la paciente <b>EVIDENCIADO POR</b> facies álgicas, Escala EVA 6/10.	<b>EJEMPLO:</b> Riesgo de caídas <b>RELACIONADO CON</b> deterioro de la deambulacion, edad mayor a 65 años.

Luego de que se obtuvieron los principales diagnósticos, se deben priorizar éstos para trabajar a posterior los cuidados relacionados con esta respuesta humana, para establecer un criterio de priorización se puede basar en varios aspectos:

1. La pirámide de Maslow, es una teoría psicológica humanista que trata sobre los niveles de motivación y necesidades de ser humano, establece que una vez

cumplidas las necesidades más básicas el ser humano busca satisfacer necesidades más complejas.



2. Otro aspecto a tomar en cuenta para la priorización de éstos es el juicio clínico del profesional de enfermería, pues, es de esta manera que se muestra el grado de pensamiento crítico en el que el profesional puede determinar la importancia de cada problema y cuál deberá ser resuelto primero.
3. Otro aspecto, es el determinar si un diagnóstico es real o potencial pues acarrea mayor importancia tratar el problema que se está suscitando en este momento que uno que puede ocurrir. Sin embargo, este criterio de priorización debe ser contrastado con el juicio clínico.

El proceso para priorizar requiere un proceso de discernimiento y contraste de problemas que presente el paciente, como respuesta humana al proceso de salud enfermedad; por ejemplo:

En la etapa de diagnóstico se obtienen estos cuatro diagnósticos de enfermería, en un neonato que ingresa al servicio de Emergencia por un cuadro de hipoglicemia que se mantiene estable, con el apoyo de líquidos intravenosos glucosados:

1. Riesgo de nivel de glucosa en sangre inestable **RELACIONADO CON** ingesta dietética inadecuada (manejo materno inadecuado), lactante bajo peso al nacer.
2. Lactancia materna ineficaz **RELACIONADO CON** conocimiento inadecuado de los padres sobre el proceso de lactancia **MANIFESTADO POR** verbalización sobre el desconocimiento sobre el intervalo de tomas **EVIDENCIADO POR** Incapacidad para succionar el pecho.
3. Volumen de líquido deficiente **RELACIONADO CON** ingesta insuficiente de líquidos **EVIDENCIADO POR** aumento de la frecuencia cardíaca (189 lpm), fontanelas deprimidas.
4. Riesgo de hipotermia neonatal **RELACIONADO CON** Lactancia materna inadecuada, recién nacido con bajo peso al nacer

Luego de obtener en la etapa de Diagnóstico estos cuatro resultados, aplicando los criterios, y bajo la luz del juicio clínico, se deberá priorizar el problema actual:

1. Volumen de líquido deficiente **RELACIONADO CON** ingesta insuficiente de líquidos **EVIDENCIADO POR** aumento de la frecuencia cardíaca (189 lpm), fontanelas deprimidas.

2. Riesgo de nivel de glucosa en sangre inestable **RELACIONADO CON** ingesta dietética inadecuada (manejo materno inadecuado), lactante bajo peso al nacer.
3. Riesgo de hipotermia neonatal **RELACIONADO CON** Lactancia materna inadecuada, recién nacido con bajo peso al nacer.
4. Lactancia materna ineficaz **RELACIONADO CON** conocimiento inadecuado de los padres sobre el proceso de lactancia **MANIFESTADO POR** verbalización sobre el desconocimiento sobre el intervalo de tomas **EVIDENCIADO POR** Incapacidad para succionar el pecho.

Todos los diagnósticos se relacionan con las respuestas biológicas y aunque algunos son potenciales, tienen mayor importancia clínica que otros; por ejemplo, el segundo diagnóstico a pesar de ser potencial, tiene mayor importancia clínica que el cuarto que es real, ya que se debe mantener una glicemia adecuada en el recién nacido y luego, trabajar en el manejo materno.

### TERCERA ETAPA: PLANIFICACIÓN

En esta etapa se desarrolla el plan de cuidados, se determinan los objetivos y las intervenciones a realizar, aquí se desarrolla el plan de cuidados, el cual, es un instrumento didáctico que plasma estos criterios del proceso de atención de enfermería.



De igual manera, permite establecer cómo las intervenciones de enfermería impactan en el paciente, basado en los resultados que se transforman en una prioridad de investigación en enfermería. Sin embargo, se ha prestado una atención limitada al diseño de intervenciones y al desarrollo de objetivos, como eje fundamental de la mejora del impacto en la evolución del paciente. (Aranda, S. 2007)

En el siguiente ejemplo, es posible mostrar la estructura y elementos de un plan de

## Diagnóstico de Enfermería

- Indicar el patron de Marjory Gordon alterado
- Formular correctamente el diagnóstico real o potencial

## Etiqueta NOC

- Indicadores
- Escala de medición
- Puntuacion diana

## Etiqueta NIC

- Enlistar las actividades de enfermería de cada intervención, priorizando las actividades independientes y luego las interdependientes.
- Colocar el fundamento científico de cada actividad.



PLAN DE CUIDADOS						
NIVEL DE ATENCIÓN	ESPECIALIDAD	SERVICIO	CLASIFICACIÓN DE LOS RESULTADOS DE ENFERMERÍA NOC			
Tercer Nivel	Neonatología	Neonatología				
CÓDIGO: 00044	PATRON FUNCIONAL	AFFECTADO: 1	RESULTADOS NOC	INDICADORES	ESCALAS DE MEDICIÓN	PUNTUACIÓN DIANA AUMENTAR A:
						1 2 3 4 5
			Integridad tisular: piel y membranas	Integridad de la piel	1. Gravemente comprometido 2. Sustancialmente comprometido 3. Moderadamente comprometido	X → X
		Deterioro de la integridad tisular RELACIONADO CON humedad,				



factor mecánico (uso de pañal)  <b>EVIDENCIADO POR</b> lesión tisular s  (dermatitis del pañal).	mucosa		4. Levemente  comprometido  5. No comprometido					
--	--------	--	--	--	--	--	--	--

**CLASIFICACIÓN DE INTERVENCIONES NIC**

1. VIGILANCIA DE LA PIEL

2. ADMINISTRACIÓN DE MEDICACIÓN TÓPICA

ACTIVIDADES	FUNDAMENTO CIENTÍFICO	ACTIVIDADES	FUNDAMENTO CIENTÍFICO
-------------	--------------------------	-------------	-----------------------

- Observar si hay enrojecimiento, calor extremo, edema o drenaje en la piel y las mucosas.
- Observar el color, calor, tumefacción, pulsos, textura y si hay edema y ulceraciones en las extremidades.

- La valoración de la piel, es imprescindible ya que manifiesta el estado hemodinámico, y la integridad cutánea permite mantener la primera barrera de defensa contra las infecciones.
- Evitar la permanencia de zonas de presión que provocan un clampeo vascular principal factor fisiopatológico de las UPP, de



- Valorar el riesgo objetivo de desarrollar úlceras por presión.
- Observar si hay excesiva sequedad o humedad en la piel.
- Observar si hay zonas de presión y fricción.
- Mantener una higiene adecuada de la piel.

- Verificar la prescripción médica

esta forma, también considerar la mínima cantidad de tejido celular subcutáneo en el recién nacido y lactante que predispone al desarrollo de UPP, en este caso, la postura hipotónica agrava el riesgo.

- Valorar el riesgo de UPP con la escala SKIN RISK ASSESSMENT SCALE NEONATAL.
- Proporcionar cambios de posición cada 3 horas.
- El baño del lactante corresponde un proceso que demanda una valoración crítica de enfermería, pues permite mantener una higiene y condición cutánea adecuada.
- La pasta al agua es un compuesto acuoso emulsificante y astringente, constituido por una mezcla de: óxido de zinc, glicerol, talco, caolines suspendidos en agua purificada. Permite la restauración de la integridad cutánea y de la barrera lipídica

- Aplicar los 10 correctos
- Administrar del fármaco de forma que cubra uniformemente con una película fina, la zona requerida.
- Pasta al agua, colocar en cada cambio de pañal.

protectora, además de dar una barrera antiséptica con el uso del óxido de zinc.

## **CUARTA ETAPA: EJECUCIÓN**

La delimitación de los objetivos y de las intervenciones, es el paso fundamental para que el profesional de enfermería brinde una atención enfocada en promover una mejora en la respuesta humana, ante el proceso de salud enfermedad, esta etapa se centra en pasar de lo escrito, a lo operativo.

En la práctica diaria profesional, se deberán tomar en cuenta varios factores que componen el ambiente de cuidado; adicionalmente, el profesional de enfermería debe realizar las siguientes acciones:

- ✓ Valorar nuevamente la condición del paciente, una valoración enfocada en identificar cambios evidentes en el estado de salud del paciente.
- ✓ Implementar las actividades de enfermería, planteadas en el plan de cuidados.
- ✓ Incluir al paciente como eje de la ejecución de cuidados y, además, en las actividades que corresponda, se deberá incluir a la familia, cuidadores y otros profesionales, como apoyo de la dinámica del cuidado.
- ✓ En esta etapa podemos realizar una confirmación de los diagnósticos encontrados en la segunda etapa.

## **QUINTA ETAPA: EVALUACIÓN**

La etapa final del proceso de atención de enfermería, resulta una de las más importantes pues en ésta, vamos a observar como todo nuestro trabajo en las anteriores etapas llega a impactar en el estado del sujeto de cuidado; es así, que nos permite observar si los objetivos planteados fueron alcanzados y si, por el contrario, no pudieron ser alcanzados, se deberá reformular las intervenciones, dándole el carácter cíclico al proceso de cuidados.

Los resultados de los objetivos se registran en esta etapa, que nos permiten identificar la eficiencia y la eficacia de las intervenciones.

La forma más común para registrar la evolución de nuestro proceso de atención es la redacción de informes de enfermería, que en nuestro medio, es común encontrar con el formato SOAPIE:

<b>S</b>	<b>Subjetivo:</b> Se plasma la primera etapa y se coloca todo lo que el paciente refiere al momento de la valoración; se deberá colocar entre comillas las palabras o expresiones exactas del paciente o el cuidador; por ejemplo: “me duele mucho el estómago”, “mi hijo no quiere agarrar el seno y respira muy rápido”, “mi mamá ya no habla, estos días la he sentido muy débil”.
<b>O</b>	<b>Objetivo:</b> Aquí se coloca en una redacción todos los datos obtenidos a través de la valoración, en forma cefalocaudal; es todo aquello que puede ser observado y medido (signos vitales, antropometría, escalas de valoración, datos de la valoración médica).
<b>A</b>	<b>Análisis:</b> En este acápite colocamos únicamente los diagnósticos de enfermería; en el orden de priorización y en ciertas ocasiones se deberán colocar únicamente los diagnósticos más relevantes para la condición clínica.  Por ejemplo:  ✓ Deterioro de la integridad tisular <b>RELACIONADO CON</b> humedad, factor mecánico (uso de pañal) <b>EVIDENCIADO POR</b> lesión tisular (dermatitis del pañal).

<b>P</b>	<b>Planificación:</b> En esta sección se debe colocar las etiquetas NOC en las que hemos trabajado con los diagnósticos.  Por ejemplo:  ✓ Integridad tisular: piel y membranas mucosas
<b>I</b>	<b>Intervenciones:</b> Aquí se debe colocar los nombres de las etiquetas NIC, y si en alguno de estas se necesita especificar actividades que sean prioritarias en el paciente.  Por ejemplo:  ✓ Vigilancia de complicaciones (vigilar sangrado transvaginal, vigilar involución uterina en el puerperio, vigilar signos de descompensación hemodinámica).
<b>E</b>	<b>Evaluación:</b> Finalmente, se detalla la condición del paciente, luego de las intervenciones de enfermería, haciendo énfasis en cómo han mejorado, mantenido o empeorado las condiciones de los problemas detectados en la primera etapa. Algunos autores de la práctica profesional mencionan que en esta sección podemos colocar, si existe, algún pendiente o recomendación para el paciente.

Es importante resaltar, que la etapa de Evaluación es el eje longitudinal del PAE, pues aquí finalizamos el proceso y empezamos uno nuevo, valorando si nuestras intervenciones fueron pertinentes con la condición del paciente y, de ser necesario, podemos cambiar el plan de cuidado, hasta obtener resultados favorables.

## REDACCIÓN DE INFORMES DE ENFERMERÍA CON TÉCNICA SOAPIE

1 EVOLUCIÓN		2 PRESCRIPCIONES FIRMAR AL PIE DE CADA PRESCRIPCIÓN	
FECHA (DIA/MES/AÑO)	HORA	NOTAS DE EVOLUCION	FARMACOTERAPIA E INDICACIONES (PARA ENFERMERÍA Y OTRO PERSONAL)
11/4/2024		INFORME DE ENFERMERIA	
	12:21	<p><b>Subjetivo:</b> Paciente refiere "me duele mucho el vientre desde la mañana y se me pone duro".</p> <p><b>Objetivo:</b> Paciente gestante de 38 semanas, hemo dinámicamente estable: Frecuencia cardiaca: 89 latidos por minuto, Frecuencia respiratoria: 16 respiraciones por minuto, Temperatura: 36,7 grados, Presión arterial: 134/87 milímetros de mercurio, Saturación: 97 por ciento, consciente, orientada en las tres esferas, Glasgow 15/15, facies álgicas, mucosas orales semihúmedas, tórax con expansibilidad adecuada, sin signos de esfuerzo respiratorio, abdomen gestante, refiere percibir movimientos fetales, en el monitoreo se observa producto único vivo frecuencia cardiaca fetal: 128 latidos por minuto, refiere dolor tipo cólico con sensación de contracción EVA 6/10, sin presencia de escurrimiento vaginal al momento, ni sangrado vaginal, médico reporta al tacto dilatación: 5 centímetros y borramiento cervical 60%, sin edema en miembros inferiores.</p> <p>Escala de Norton: Riesgo mínimo Escala de Morse: Bajo riesgo</p> <p><b>Análisis:</b></p>	<p>Todo aquello que el paciente me refiere.</p> <p>Valoración cefalocaudal, se coloca todo lo que puede ser observado y medido.</p> <p>Se coloca el diagnóstico o los diagnósticos más relevantes.</p> <p>Se coloca únicamente el nombre de la etiqueta NOC.</p>



ANEXO 1. FORMATO INSTITUCIONAL PARA EL DESARROLLO DE UN PROCESO DE ATENCIÓN DE ENFERMERÍA (PAE).

<b>INSTITUTO SUPERIOR TECNOLÓGICO CONSULTING GROUP ECUADOR</b>  <b>CARRERA</b> <b>TÉCNICO EN ENFERMERÍA</b> <b>PROCESO DE ATENCIÓN DE ENFERMERÍA</b>			
DATOS DE IDENTIFICACIÓN			
Iniciales de Nombres y Apellidos	Servicio	Número de cama	Número de Identificación
Lugar de Procedencia	Edad	Sexo	Lugar de Residencia
Dirección Domiciliaria	Religión	Peso y Talla	Estado Civil
Nivel de Instrucción	Profesión / Ocupación	Fecha y Hora de Ingreso	Fecha y Hora de la Valoración
Número de Historia Clínica	Diagnóstico Médico		

<b>Profesional de Enfermería responsable</b>	
<b>DATOS HISTÓRICOS</b>	<b>DATOS ACTUALES</b>

**PRIMERA ETAPA: VALORACIÓN**

<b>VALORACIÓN POR PATRONES FUNCIONALES</b>	
<b>PATRÓN 1. PERCEPCION -MANEJO DE LA SALUD</b>	
<b>PATRÓN 2. NUTRICIONAL – METABOLICO</b>	

<b>PATRÓN 3. ELIMINACIÓN</b>	
<b>PATRÓN 4. ACTIVIDAD – EJERCICIO</b>	
<b>PATRÓN 5. SUEÑO – DESCANSO</b>	
<b>PATRÓN 6. COGNITIVO – PERCEPTIVO</b>	
<b>PATRÓN 7. AUTOPERCEPCION – AUTOCONCEPTO</b>	
<b>PATRÓN 8. ROL – RELACIONES</b>	

<b>PATRÓN 9. SEXUALIDAD Y REPRODUCCION</b>	
<b>PATRON 10. ADAPTACIÓN Y TOLERANCIA AL ESTRÉS</b>	
<b>PATRÓN 11. VALORES Y CREENCIAS</b>	
<b>I. <u>VALORACIÓN POR SISTEMAS</u></b>	
<b>SISTEMA HEMODINÁMICO</b>	
<b>SISTEMA NEUROLÓGICO BÁSICO</b>	
<b>SISTEMA RESPIRATORIO</b>	

<b>SISTEMA CARDIOVASCULAR</b>	
<b>SISTEMA GASTROINTESTINAL</b>	
<b>SISTEMA GENITOURINARIO</b>	
<b>SISTEMA MÚSCULO ESQUELÉTICO</b>	
<b>SISTEMA TEGUMENTARIO</b>	

<b>II. <u>SIGNOS VITALES</u></b>					
<b>HORA</b>	<b>TEMPERATURA</b>	<b>FRECUENCIA CARDIACA</b>	<b>PRESIÓN ARTERIAL / PAM</b>	<b>FRECUENCIA RESPIRATORIA</b>	<b>SATURACIÓN DE OXÍGENO</b>
<b>III. <u>DIETA Y BALANCE HÍDRICO</u></b>					
<b>TIPO DE DIETA Y NÚMERO DE COMIDAS AL DÍA</b>					
<b>INGESTA ORAL</b>					
<b>INGESTA PARENTERAL</b>					
<b>TOTAL DE INGESTAS</b>					
<b>DIURESIS</b>					
<b>DRENAJES</b>					
<b>OTROS</b>					
<b>TOTAL DE EXCRETAS</b>					
<b>VALOR DEL BALANCE HÍDRICO</b>					
<b>IV. <u>ESCALAS DE VALORACIÓN</u></b>					
<b>ESCALA DE RIESGO DE UPP</b>					
<b>ESCALA DE RIESGO DE CAÍDAS</b>					

<b>ESCALA DE GLASGOW</b>	
<b>ESCALA VISUAL ANALÓGICA DEL DOLOR</b>	
<b>ESCALA DE FÓVEA DE EDEMA</b>	
<b>OTRAS ESCALAS (COLOQUE LAS QUE REQUIERE SU PACIENTE)</b>	
<b>V. <u>ESTUDIOS COMPLEMENTARIOS Y PARACLÍNICOS</u></b>	
<b>ESTUDIOS DE LABORATORIO</b>	
<b>ESTUDIOS DE IMAGEN</b>	
<b>OTROS ESTUDIOS</b>	

**SEGUNDA ETAPA: DIAGNÓSTICO**

<b>I. ETIQUETA DIAGNÓSTICA (NANDA)</b>	
<b>REALES</b>	<b>PATRÓN FUNCIONAL ALTERADO</b>
<b>POTENCIALES</b>	<b>PATRÓN FUNCIONAL ALTERADO</b>
<b>II. <u>ORDEN DE PRIORIZACIÓN DE DIAGNÓSTICOS</u></b>	
1.	
2.	
3.	
4.	
5.	
6.	
7.	



**TERCERA ETAPA: PLANIFICACIÓN Y CUARTA ETAPA: EJECUCIÓN**

PLAN DE CUIDADOS										
NIVEL DE ATENCIÓN	ESPECIALIDAD	SERVICIO	CLASIFICACIÓN DE LOS RESULTADOS DE ENFERMERÍA NOC							
PATRÓN FUNCIONAL AFECTADO			RESULTADOS NOC	INDICADORES	ESCALAS DE MEDICIÓN	PUNTUACIÓN DIANA AUMENTAR A:				
						1	2	3	4	5
DIAGNÓSTICO ENFERMERO:										
CLASIFICACIÓN DE INTERVENCIONES NIC										
ACTIVIDADES					FUNDAMENTO CIENTÍFICO					

**QUINTA ETAPA: EVALUACIÓN**

<b><u>INFORME DE ENFERMERÍA</u></b>	
<b><u>SUBJETIVO</u></b>	
<b><u>OBJETIVO</u></b>	
<b><u>ANÁLISIS</u></b>	
<b><u>PLANIFICACIÓN</u></b>	

<b><u>INTERVENCIONES</u></b>	
<b><u>EVALUACIÓN</u></b>	
<b><u>FIRMA DE</u></b> <b><u>RESPONSABIIDAD</u></b>	

**CUADRO DE FISIOPATOLOGÍA**

<b><u>NOMBRE DE LA PATOLOGÍA</u></b>	
<b><u>DEFINICIÓN</u></b>	
<b><u>ETIOLOGÍA</u></b>	
<b><u>FACTORES DE RIESGO</u></b>	
<b><u>MANIFESTACIONES CLÍNICAS</u></b>	
<b><u>DIAGNÓSTICO</u></b>	
<b><u>TRATAMIENTO</u></b>	
<b><u>COMPLICACIONES</u></b>	

## REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Aranda, S. (2008). *Designing nursing interventions*. *Collegian*, 15(1), 19–25. doi:10.1016/j.colegn.2007.11
2. Bulechek, G., & Butcher, H. (2017). *Clasificación de Intervenciones de Enfermería* (6th ed.). Barcelona: ELSEVIER
3. Herdman, T. (2021). *Diagnósticos enfermeros*. Barcelona: Edición hispanoamericana.
4. Moorhead, S. (2017). *Clasificación de Resultados de Enfermería* (5th ed.). Barcelona: Elsevier/Mosby.
5. Potter, s. Perry. *Fundamentos de enfermería*. 9° edición (2023). Elsevier

*¡Revolucionando  
tú manera de Aprender!*



Av. 10 de Agosto N35-108 e Ignacio San María.  
098 706 7892  
www.istcge.edu.ec



ISBN: 978-9942-7300-5-3



9 789942 730053