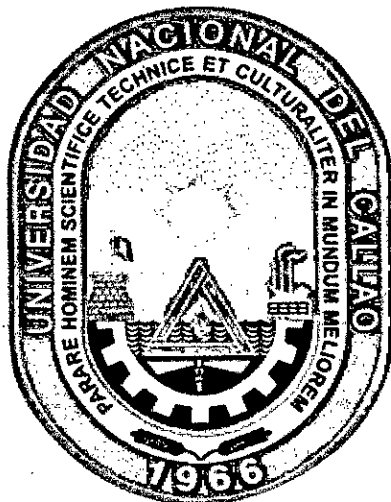


**UNIVERSIDAD NACIONAL DEL CALLAO**  
**FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD**  
**ESCUELA PROFESIONAL DE ENFERMERÍA**



**IMPLEMENTACION DEL DIAGNOSTICO DE ENFERMERIA SEGÚN  
TAXONOMIA DE LA NANDA EN EL SERVICIO DE EMERGENCIA DEL  
HOSPITAL REGIONAL III JOSE CAYETANO HEREDIA, PIURA  
2011 – 2016**

**INFORME DE EXPERIENCIA LABORAL PROFESIONAL PARA OPTAR  
EL TITULO DE SEGUNDA ESPECIALIDAD PROFESIONAL DE  
ENFERMERIA EN EMERGENCIAS Y DESASTRES**

**CECILIA DE LOURDES MENDOZA GUERRERO**

**CALLAO, 2017**

**PERÚ**

## HOJA DE REFERENCIA DEL JURADO

### MIEMBROS DEL JURADO:

- Dra. BERTHA MILAGROS VILLALOBOS MENESES : PRESIDENTA
- Mg. MARÍA ELENA TEODOSIO YDRUGO : SECRETARIA
- Dra. AGUSTINA PILAR MORENO OBREGÓN : VOCAL

Nº de Libro : 03

Nº de Acta de Sustentación: 194 - 2017

Fecha de aprobación: 30 de Junio de 2017

Resolución de Decanato Nº 1651-2017-D/FCS de fecha 26 de Junio de 2017 de designación de Jurado Examinador de Informe Laboral para la obtención del Título de Segunda Especialización Profesional.

## ÍNDICE

	Pág.
<b>INTRODUCCION</b>	2
<b>I.- PLANTEAMIENTO DE LA INVESTIGACIÓN</b>	4
1.1 Identificación del Problema	4
1.2 Objetivos de la Investigación	6
1.3 Justificación	6
<b>II.- MARCO TEÓRICO</b>	10
2.1 Antecedentes del estudio	10
2.2 Marco Conceptual	17
2.3 Definición de Términos	17
<b>III.- EXPERIENCIA PROFESIONAL</b>	29
3.1 Recolección de Datos	29
3.2 Experiencia Profesional	29
3.3 Procesos realizados en el tema del informe	34
<b>IV.- RESULTADOS</b>	37
<b>V.- CONCLUSIONES</b>	44
<b>VI.- RECOMENDACIONES</b>	45
<b>VII.- REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS</b>	46
<b>ANEXOS</b>	48

## INTRODUCCION

El presente informe de Experiencia Profesional titulado: **IMPLEMENTACION DEL DIAGNOSTICO DE ENFERMERIA SEGÚN TAXONOMIA DE LA NANDA**, tiene como finalidad describir el proceso desarrollado durante los años 2011 hasta 2016 acerca de la implementación del diagnóstico de Enfermería en el servicio de Emergencia del Hospital Regional Cayetano Heredia de Piura.

Nuestra profesión está sufriendo en los últimos años, cambios que demanda la necesidad de definir un ámbito de actuación propio, en el que se identifique la contribución específica de la Enfermería a los cuidados de salud del paciente. Tradicionalmente hemos seguido un modelo de trabajo que no ha dado solución a las respuestas humanas del paciente crítico, olvidando, que la esencia de la Enfermería de Emergencias es, como en cualquier otro ámbito, el cuidado oportuno, integral, eficaz y eficiente del paciente, cuidado tal en el que los diagnósticos de enfermería NANDA se constituyen como eje principal de cambio. Una herramienta capaz de evidenciar "El cuidado de enfermería" lo constituye la utilización de un lenguaje uniformizado en los registros de enfermería como son Los Diagnósticos de Enfermería NANDA y, considerado como un instrumento de desempeño de la enfermera en todas partes del mundo y que a su vez tiene una exigencia de tipo legal.

En el Perú, dentro del ámbito educativo, se han venido implementando la utilización de los Diagnósticos NANDA, pero han encontrado vacíos en su aplicación en el ámbito asistencial por tener un lenguaje no muy claro y por haberse desarrollado en otros contextos.

La universalización del lenguaje enfermero a través de los Diagnósticos de Enfermería NANDA mejorando así los registros de enfermería, constituyen un reto para el Profesional de Enfermería, que nos va a permitir establecer nuevas perspectivas al desarrollo del derecho a la mejor atención de salud de nuestros usuarios, a la mejora de la calidad científico-técnica de la profesión, al mantenimiento del estatus profesional y a nuevas investigaciones relacionadas con el presente tema.

## **I. PLANTEAMIENTO DE LA INVESTIGACIÓN**

### **1.1. Descripción de la Situación Problemática**

En los servicios de Urgencias y Emergencias existen un gran flujo de pacientes con patologías propias de esa especialidad, donde destacamos aquel objetivo de: Optimizar los procesos asistenciales en los servicios de emergencia, bajo los criterios de calidad y oportunidad

Dentro de la emergencia hospitalaria, enfermería como profesión disciplinaria y científica cumple un rol muy importante basado en el cuidado del paciente o usuario que requiere atención oportuna y de calidad. Para lo cual debemos aplicar el PAE (proceso de atención de enfermería) el cual debe quedar plasmado dentro de nuestras anotaciones de enfermería; y para poder respaldarnos legalmente en cada atención que brindamos es que debemos registrar todas nuestras actividades en las notas de enfermería.

Considerando la importancia que implica la nota de enfermería en nuestra diaria labor en el campo asistencial; pues es necesario que todas las acciones que se llevaron a cabo queden bien registradas para poder establecer el logro satisfactorio de los problemas y necesidades del usuario; el logro de objetivos y la resolución del diagnóstico inicial de enfermería.

La nota de enfermería, es un documento legal que forma parte del expediente clínico de cada usuario (a); sirve como registro de la información que se ha obtenido al realizar las diferentes acciones al cliente. Son notas de progreso que brindan información para resolver sus problemas.

Estas anotaciones de enfermería se deben realizar en cada turno, con el objetivo de que cada persona encargada del (la) usuario (a) reciba una información total de la asistencia que se le ha brindado y pueda valorar la evolución del estado de salud, exámenes y estudios por realizar.

Será una guía en la valoración médica y el equipo interdisciplinario involucrado en la atención del usuario (a).

Como es un documento legal, si el personal se ve involucrado en un problema legal, éste será analizado y sellado hoja por hoja, por tal razón una completa nota de enfermería será su defensora. Sin errores: Relacionadas con el diagnóstico del usuario(a); Intervenciones y respuestas del individuo a éstas

Considerándose así, las anotaciones de enfermería como parte fundamental de nuestro quehacer diario, es entonces que desde que laboro en este servicio y antes de ello, cuando estaba en formación académica, se viene utilizando las anotaciones de enfermería narrativas dentro de nuestras actividades asistenciales diarias.

Debiendo tener en cuenta que el servicio de emergencia es un área muy congestionada, y donde la demanda supera la oferta del personal es que se nos hacía imposible luchar por plasmar nuestro quehacer con las especificaciones actuales de la NANDA sobre diagnósticos de enfermería.

Por tal motivo es que ha a partir de esa lucha de implementar un lenguaje homogéneo en nuestro quehacer diario según como lo estipula la NANDA (nuestra mayor organización de Enfermería) es que se comenzó a trabajar (a partir del año 2010) con los diagnósticos de enfermería según etiquetas diagnósticas de la NANDA, previa valoración de enfermería, para la cual se diseñó y rediseño hojas de valoración según patrones funcionales, para poder llegar así a un diagnóstico en el paciente tratado.

## 1.2. Objetivo de la Investigación

Describir la implementación de los diagnósticos de enfermería según taxonomía NANDA en el servicio de emergencia del Hospital regional Cayetano Heredia - Piura

## 1.3. Justificación

En los servicios de Urgencias y Emergencias existen un gran flujo de pacientes con patologías propias de esa especialidad, donde destacamos aquel objetivo de: Optimizar los procesos asistenciales en los servicios de emergencia, bajo los criterios de calidad y oportunidad. Dentro de este objetivo, enfermería como profesión disciplinaria y científica tiene mucho que aportar, ya que la aplicación del PAE se utiliza como un instrumento



específico para mejorar la calidad de la asistencia de enfermería, lo cual precisa acciones de excelencia para su valoración, tratamiento y recuperación al alta donde se meriten los conocimientos y habilidades de cuidados de enfermería para procedimientos específicos. Las características particulares que acompañan a la asistencia de urgencia y emergencia nos obliga a la adaptación del PAE para esta especialidad sin violar los fundamentos científicos que originaron su aparición en el campo de la enfermería profesional, ni aquellos que hoy nos trazamos para mejorar su algoritmo. En esta contextualización actual el lenguaje enfermero ha alcanzado con un grado de consenso y estandarización bastante elevado, gracias a las diferentes taxonomías y clasificaciones internacionales, que reflejan las etapas del proceso de la práctica de enfermería.

Diferentes autores han concluido que las enfermeras deben formarse mejor en cuanto al uso de los diagnósticos de enfermería, los signos y los síntomas, así como la etiología. (1) (2) (3) Las investigaciones realizadas en países como Canadá concluyeron que las enfermeras tenían dificultades para establecer un diagnóstico y un alto porcentaje de ellos (44%), no se basaron en los factores etiológicos. (4)

Para lograr calidad en la práctica y uniformidad en los diagnósticos, intervenciones y resultados de enfermería, las enfermeras deben profundizar en el conocimiento de las distintas taxonomías para poder

implementar este conocimiento en la planificación de los cuidados de enfermería. (5)

Los estudios indican que la utilización de las taxonomías de Diagnósticos, intervenciones y resultados de enfermería, puede conducir a mejoras cualitativas de la atención, pero se necesitan más estudios que lo reafirmen. Por otro lado, otros autores (6) concluyen, que según los resultados de sus estudios, deben realizarse más investigaciones que se centren en la implementación de las taxonomías NANDA, NIC y NOC, a través de registros informatizados y que contemplen los nexos entre las tres taxonomías.

Los profesionales de la enfermería estamos obligados a prestar cuidados de la máxima calidad posible, con el convencimiento de que la utilización de los Diagnósticos de Enfermería aumentará esa calidad, debe persuadirnos para su utilización, pero esto es una decisión que nadie puede tomar por nosotros. El éxito de esta empresa no sólo nos afecta a los profesionales, sino que abre nuevas perspectivas al desarrollo del derecho a la mejor salud de nuestros clientes, vuestro compromiso es el único que puede conducir a esta profesión al lugar que se merece en la sociedad.

Por lo anteriormente expuesto es que se inició en nuestro servicio de emergencia del Hospital Regional Cayetano Heredia-Piura, la implementación en el uso de los diagnósticos de enfermería según etiquetas NANDA, teniendo como base de apoyo la Valoración de

Enfermería, para lo cual se diseñó modelos de valoración, que se han ido modificando posteriormente con el fin de mejorar la implementación de los diagnósticos de enfermería.

Se trata entonces de contribuir a la actualización del conocimiento del profesional de enfermería sobre la clasificación y estructura de los diagnósticos NANDA, que continua cada año haciendo revisiones y actualizaciones de la taxonomía y poniéndola a disposición de todos los profesionales de Enfermería en el mundo, para dirigir la estandarización de lenguaje de los diagnósticos de enfermería, lo que implica una continua capacitación para el desarrollo de esta área. Estudios sobre la estructura de la taxonomía II ayudarán a promover la calidad de los cuidados de enfermería, beneficiando de esta manera a nuestros pacientes o usuarios que son la razón de ser de nuestra profesión. Es trabajo difícil, pero con la práctica y la experiencia se mejorará las habilidades y competencias tanto intelectuales y técnicas como interpersonales, permitiendo así identificar y estructurar adecuados diagnósticos que serán la base para las intervenciones de enfermería. (7)

## II. MARCO TEÓRICO

### 2.1 Antecedentes del estudio

Los diagnósticos de enfermería, con el paso del tiempo y el estudio en profundidad de las nuevas tendencias, han sufrido una importante transformación. Actualmente, existen trabajos de colaboración entre enfermeras de distintos países para la difusión, validación y utilización del sistema de clasificación de los diagnósticos de enfermería. En consecuencia, está teniendo lugar una conjunción de esfuerzos en el nivel internacional que, sin duda, va a tener gran trascendencia para el desarrollo del ejercicio profesional.

Tomando en cuenta la evolución histórica respecto a los Registros de Enfermería, podemos decir que, durante el siglo XIX, las anotaciones de enfermería eran narrativas. En el siglo XX pasaron a ser Notas de Enfermería formatizadas y ya en siglo XXI los Registros de Enfermería son formatizados e informatizados, con el uso de taxonomías en software.

Durante los años ochenta y principios de los noventa, las principales organizaciones relacionadas con la salud y algunos países occidentales empezaron a desarrollar normas y reglamentos expresando que el proceso de atención de enfermería debe incorporarse en la documentación de enfermería (Organización Mundial de la Salud, 1982; Consejo Internacional de Enfermeras – Clark J, 1994; American Joint

Comisión on Accreditation of Hospital Nursing Service Standard, 1991; United Kingdom Central Council, 1993).

Figueroa Balseca, N. (2016) Diagnósticos de enfermería NANDA 2015 – 2017 en pacientes de la Estrategia Sanitaria Nacional de Prevención y Control de la tuberculosis del Centro de Salud Santa Fe, Callao. Cuyo objetivo es: Identificar los diagnósticos de enfermería NANDA 2015 - 2017 más frecuentes de los pacientes de la Estrategia Sanitaria de Control de Tuberculosis del Centro de Salud Santa Fe Callao en el periodo de abril del 2013 – abril del 2016. Material y método: Estudio de enfoque cuantitativo, tipo descriptivo exploratorio, de corte transversal y retrospectivo. El universo estuvo constituido por 102 diagnósticos de enfermería de 53 historias clínicas de los pacientes de la Estrategia Sanitaria de Control y Prevención de la Tuberculosis. Se utilizó como técnica la observación y como instrumento la ficha de anotación de diagnósticos de enfermería. En los resultados: De los 102 diagnósticos identificados evidenciados a través de etiquetas diagnósticas, el 54% (55) están referidos a diagnósticos focalizados en el problema; el 38% (39) diagnósticos de promoción de la salud y el 8% (8) a diagnósticos de riesgo. Dentro de los diagnósticos de enfermería focalizados en el problema en los pacientes con Tuberculosis, se observa con mayor proporción el diagnóstico de déficit de conocimiento con el 21% (21), dentro de los diagnósticos de enfermería de riesgo en los pacientes con Tuberculosis, se observa con mayor frecuencia el diagnóstico de riesgo

de desequilibrio nutricional: inferior a las necesidades corporales y riesgo de contaminación respectivamente con el 4% (04), respectivamente y dentro de los diagnósticos de enfermería de promoción de la salud en los pacientes con Tuberculosis, se observa con mayor frecuencia el diagnóstico de disposición para mejorar la gestión de la salud con el 32% (33). Y dentro de las conclusiones: Dentro de los tipos de diagnósticos de enfermería evidenciados a través de etiquetas diagnósticas encontrados en los pacientes con tuberculosis, destaca los diagnósticos de enfermería focalizados en el problema, seguido de los diagnósticos de enfermería en promoción de la salud y en un tercer lugar los diagnósticos de enfermería de riesgo.

Aliaga Sánchez R. (2015) Diagnósticos de enfermería NANDA y los registros de enfermería en los servicios de emergencia del Hospital Nacional Daniel A. Carrión”, tiene como objetivo general: Demostrar en qué medida se relaciona los diagnósticos de Enfermería NANDA y los Registros de Enfermería en los Servicios de EMG del HNDAC- Callao período 2015. El estudio es de tipo No experimental, nivel básico, método descriptivo – explicativo, diseño descriptivo correlacional; la población del estudio estuvo constituida por 40 Profesionales de Enfermeras Asistenciales de los servicios de Emergencia del Hospital Nacional Daniel A. Carrión – Callao, teniendo como muestra no probabilística de carácter inducido a la misma cantidad de profesionales de enfermería. Dentro de los resultados se observa que el 80% de enfermeras en servicio de

emergencia si utilizan los Diagnósticos de Enfermería NANDA en los registros de Enfermería. El Diagnóstico de Enfermería NANDA tiene como objetivo mejorar el registro de Enfermería en los servicios de Emergencia y mejoran la práctica del cuidado en los servicios de Emergencia, así lo mencionan el 72.50% de enfermeras encuestadas. Otro resultado impactante es que el 62.50% de enfermeras encuestadas si utiliza la etiqueta diagnóstica NANDA en el registro de Enfermería en los pacientes hospitalizados en emergencia.

Llegando a la conclusión que los diagnósticos de Enfermería NANDA se relacionan significativamente con los registros de Enfermería en los Servicios de Emergencia del HNDAC período 2015, lo cual favorece a los propósitos del trabajo desarrollado. (8)

Peralta Ugarte J., Rafael Romero M., Saravia Neira L., Musayón Oblitas Y., Mayorca Carmelo C. (2011); en el servicio de medicina del Hospital Nacional Arzobispo Loayza, sobre Enunciados diagnósticos enfermeros más frecuentes, que cumplen con la taxonomía II NANDA. Con el Objetivo de identificar los enunciados diagnósticos enfermeros más frecuentes, que cumplen los criterios de la taxonomía II de North American Nursing Diagnosis Association (NANDA), registrados en las notas de enfermería por las enfermeras del Servicio de Medicina. Este fue un estudio descriptivo, observacional y transversal; con una población de estudio que estuvo conformada por todos los diagnósticos de enfermería descritos en los registros de enfermería de cada historia clínica durante

24 horas entre los meses de julio a septiembre del 2011. Los resultados fueron: el 73,6% de diagnósticos cumplían con la etiqueta según la taxonomía II de NANDA; el 34,7% de diagnósticos con las características definitorias; el 44,1% de diagnósticos con los factores relacionados o de riesgo, y el 33,7% de diagnósticos que cumplen con las tres dimensiones. Se identificó doce diagnósticos reales, de los cuales los más frecuentes fueron: 82 diagnósticos de dolor agudo relacionado con agente lesivo biológico 19,3 %; 16 diagnósticos de ansiedad relacionada con cambios en el estado de salud 3,8%, y otros. (9)

Concluyéndose que la presente investigación contribuyó a fortalecer y desarrollar un lenguaje estandarizado de la práctica diagnóstica mediante la identificación de las debilidades que se evidencian en la identificación de los diagnósticos NANDA, dando un mayor contenido científico al trabajo de enfermería y al desarrollo de la profesión de acuerdo con la priorización de los diagnósticos NANDA.

De Souza Santos A., Costa Da Silva M., Lima de Souza N., Miranda Mota G., Feitosa de Françan D. (2012). En Brasil en un estudio sobre Diagnósticos de enfermería de recién nacidos con sepsis en una Unidad de Terapia Intensiva Neonatal cuyos objetivos: elaborar los Diagnósticos de Enfermería de recién nacidos con sepsis en una unidad neonatal y caracterizar el perfil de los neonatos y de las genitoras. Método: se trata de un estudio transversal y cuantitativo; la muestra fue constituida por 41 neonatos. Se realizaron exámenes físicos y se consultaron las ficha



médicas utilizando un instrumento apropiado. La elaboración de los Diagnósticos de Enfermería siguió un proceso de inferencia diagnóstica y se basó en la North American Nursing Diagnosis Association 2012-2014. Resultados: las genitoras tenían cerca de 25 años, un promedio bajo de consultas prenatal y varias complicaciones en el embarazo; los recién nacidos fueron predominantemente prematuros y de muy bajo peso al nacer. Cinco Diagnósticos de Enfermería fueron preponderantes y todos los neonatos presentaron Riesgo de choque séptico y Riesgo de desequilibrio del volumen de líquidos. Conclusión: los Diagnósticos de Enfermería de neonatos con sepsis pueden orientar la formulación de planes asistenciales específicos. El estudio contribuye con la generación de nuevos conocimientos y encontró varias relaciones entre los Diagnósticos de Enfermería y las variables seleccionadas en la caracterización de los neonatos que merecen ser elucidadas con más detalles a partir de nuevas investigaciones sobre el tema.

Miranda Da Silva M., Orineu Esteves L., Chagas Moreira M. (2010), realizaron un estudio sobre Perfil de Diagnósticos de Enfermería en Cuidados paliativos oncológicos, cuya finalidad de este estudio fue trazar el perfil de diagnósticos de enfermería en el contexto de la hospitalización en cuidados paliativos oncológicos y las respectivas intervenciones de enfermería. El estudio fue de corte transversal, retrospectivo y cuantitativo; con una población de estudio de 280 registros de personas hospitalizadas entre julio y diciembre del año 2010. Donde se definió que

para estandarizar los diagnósticos de enfermería se puede utilizar las taxonomías, establecida por la clasificación de la Asociación Norte Americana de Diagnósticos de Enfermería (NAN-DA), creada en 1982 a partir de investigaciones de la práctica basada en evidencias. (10)

Respecto a los resultados; los registros de diagnósticos de enfermería fueron identificados en un 96.5 % de las fichas. Entre los principales diagnósticos de enfermería se destacaron aquellos con el déficit del autocuidado, la movilidad física afectada, el riesgo de integridad de la piel perjudicada, el riesgo de infección, la nutrición desequilibrada (inferior a las necesidades corporales), la fatiga, la mucosa oral perjudicada y el dolor. Concluyéndose que partir de este perfil y de las principales intervenciones de enfermería, se evidenció la prevalencia de individuos con déficit importante de autocuidados, parcialmente o totalmente dependientes del cuidado de enfermería, lo que lleva a la discusión sobre la cantidad de recursos humanos adecuada a la calidad de la atención de enfermería prestada, y a las necesidades de nuevas discusiones para fomentar este nuevo paradigma del cuidado.

Los estudios que trazan el perfil de diagnósticos de enfermería han contribuido con la SAE (sistematización de la atención de enfermería), reglamentada en Brasil por la Resolución No 358/2009 del Consejo Federal de Enfermería, las etapas del proceso de enfermería contribuyen al cuidado personalizado y contextualizado, y consecuentemente a su calidad. (11)

Por lo anteriormente expuesto, es necesario desarrollar actividades de acuerdo con los principios de la normatividad asistencial, con actitud correcta, técnica y científica, es decir, acorde con los principios y el nivel actual de desarrollo de la ciencia de enfermería y los nuevos perfiles de salud de la población, utilizando medios como son los registros de enfermería para la aplicación del Proceso de Atención de Enfermería y las Taxonomías NANDA, NOC, NIC; que se ha convertido en un logro de nuestra profesión debido al alcance científico y epistemológico en la ciencia de enfermería.

Creo conveniente considerar dentro de este punto de antecedentes, que la aplicación del Proceso de Atención de Enfermería a las especialidades ya no debe ser una opción sino una necesidad para mejorar la calidad del cuidado enfermero y evidenciar la parte científica de nuestra profesión. Encontrándose así, también, trabajos de investigación relacionados a una especialidad de Enfermería específica; como el anteriormente mencionado: sobre Perfil de Diagnósticos de Enfermería en Cuidados paliativos oncológicos.

## 2.2 Marco conceptual

El registro de los cuidados de enfermería, integrados en la historia clínica del paciente, constituye uno de los elementos fundamentales en la atención sanitaria, que realizan los profesionales de enfermería. Del mismo modo, los registros de los cuidados de enfermería constituyen la

principal fuente de información sobre la asistencia sanitaria que prestan los profesionales de enfermería, al igual que para otros profesionales. Esto conlleva una responsabilidad a nivel profesional y legal, que precisa de una práctica basada en el rigor científico que garantice la mejor calidad asistencial posible.

Para el cuidado de enfermería, la utilización de las taxonomías NANDA, NIC y NOC facilita a los profesionales de enfermería la planificación de los cuidados al utilizar un lenguaje estandarizado, así como, un marco de análisis y reflexión en la toma de decisiones. La NANDA (North American Nursing Diagnosis Association) proporciona una clasificación diagnóstica que sirve de herramienta, a través de la cual, se unifica internacionalmente el lenguaje de enfermería sin importar las barreras idiomáticas o culturales. El diagnóstico enfermería es un referente metodológico de los cuidados dentro del proceso de atención de enfermería, tiene una importancia fundamental por representar la identificación del problema que atenderá el personal de enfermería, el que servirá de base para elegir las intervenciones de enfermería que permitan conseguir los resultados esperados; es un juicio clínico sobre las respuestas de la persona, familia o comunidad a problemas de salud o de procesos vitales reales o potenciales. El diagnóstico real de acuerdo con la NANDA incluye una etiqueta, la definición del diagnóstico, las características definitorias (signos y síntomas) y factores relacionados

(causales o asociados); el diagnóstico potencial incluye la etiqueta, la definición y los factores de riesgo asociados. (12)

La aplicación del método científico en la práctica asistencial de enfermería, el Proceso de Atención de Enfermería(PAE), permite brindar y ofrecer cuidados de forma racional, lógica y sistemática, lográndose como producto final, que las acciones independientes, dependientes e interdependientes se ejecuten de forma intencionada, tengan un orden específico y aseguren el mejor cuidado posible a los necesitados de salud.

El proceso de atención de enfermería, es el método de trabajo utilizado por las enfermeras para prestar cuidados de una forma racional, lógica y sistemática. (13) Muchos otros autores nos definen y hablan de qué es y en qué consiste este proceso, pero básicamente todos concluyen que es el método a implementar en la prestación de cuidados y que se compone de cinco fases: valoración, diagnóstico, planificación, ejecución y evaluación.

Durante los años ochenta y principios de los noventa, las principales organizaciones relacionadas con la salud y algunos países occidentales empezaron a desarrollar normas y reglamentos expresando que el proceso de atención de enfermería debe incorporarse en la documentación de enfermería (Organización Mundial de la Salud, 1982; Consejo Internacional de Enfermeras – Clark J, 1994; American Joint

Comisión on Accreditation of Hospital Nursing Service Standard, 1991; United Kingdom Central Council, 1993).

El proceso enfermero, también denominado proceso de enfermería (PE) o proceso de atención de enfermería (PAE), es un método sistemático de brindar cuidados humanistas eficientes centrados en el logro de resultados esperados, apoyándose en un modelo científico realizado por un profesional de enfermería. Es un método sistemático y organizado para administrar cuidados individualizados, de acuerdo con el enfoque básico de que cada persona o grupo de ellas responde de forma distinta ante una alteración real o potencial de la salud. Originalmente fue una forma adaptada de resolución de problemas, y está clasificado como una teoría deductiva en sí misma. (14)

El uso del proceso enfermero permite crear un plan de cuidados centrado en las respuestas humanas. El proceso enfermero trata a la persona como un todo; el paciente es un individuo único, que necesita atenciones de enfermería enfocadas específicamente a él y no solo a su enfermedad. El proceso enfermero es la aplicación del método científico en la práctica asistencial de la disciplina, de modo que se pueda ofrecer, desde una perspectiva enfermera, unos cuidados sistematizados, lógicos y racionales. El proceso enfermero le da a la profesión la categoría de ciencia.

El sistema más utilizado actualmente para realizar los diagnósticos de enfermería es el de las categorías diagnósticas de la NANDA (North

American Nursing Diagnosis Association), para aquellos problemas de salud que se encuentran dentro del campo específico de enfermería. Es importante diferenciar un diagnóstico de enfermería de un problema interdependiente, ambos son problemas de salud, pero los diagnósticos de enfermería únicamente hacen referencia a situaciones en que la enfermera (o) puede actuar en forma independiente. Para la NANDA, el diagnóstico de enfermería es: un juicio clínico sobre las respuestas del individuo, familia o comunidad a los problemas reales o potenciales de salud o procesos de vida. Los diagnósticos de enfermería aportan las bases para la elección de las actuaciones de enfermería, para conseguir los resultados por lo que es responsable. Se trata entonces de la identificación de un problema de salud, susceptible de prevenirse, mejorarse o resolverse con el cuidado de enfermería. Para su formulación los profesionales de enfermería requieren habilidades de pensamiento crítico, para interpretar los datos obtenidos durante la valoración, la identificación de los problemas del paciente y los aspectos positivos de este. Las actividades que preceden a esta fase son el insumo necesario para la formulación de los diagnósticos de enfermería, así como la planificación de las intervenciones, que es tercera fase. Los diagnósticos de enfermería son reales, de promoción de la salud, riesgo, y síndrome.

(15)

La NANDA, define el diagnóstico de enfermería como:

*"...un juicio acerca de la respuesta del individuo, familia, comunidad o problemas de salud, procesos vitales reales o potenciales. Esto significa que el diagnóstico de enfermería no es una observación sino una interpretación, análisis y juicio de una serie de observaciones".*

El diagnóstico de enfermería se estructura a partir de tres componentes esenciales: problema de salud, factores etiológicos o relacionados, características definitorias o serie de signos y síntomas.

El primer componente de un diagnóstico es el problema, un estado o proceso relacionado con la salud, manifestado por el individuo, la familia o la comunidad. El problema está expresado en términos claros y concisos, en dos o tres palabras que representan una serie de signos y síntomas.

El segundo componente de un diagnóstico comprende el probable factor que ocasiona o mantiene el problema de salud del cliente. Estos factores pueden ser comportamientos del cliente, del entorno, o una interacción de ambos. Los factores relacionados son la base para establecer las acciones de enfermería con el fin de resolver el problema. Un diagnóstico tiene una serie de características que son indicadores de la situación de salud. Algunas están siempre presentes en la mayoría de los clientes con el problema y son llamadas características definitorias.

Se puede evidenciar que los diagnósticos de enfermería son ideas creadas por enfermeras para describir o explicar observaciones clínicas, cuentan con bases teóricas precisas, así como conocimiento y habilidad



por parte del profesional. Se requiere seguir un proceso donde se recoge la información, se interpreta, se agrupa, se analiza y se ubica en una etiqueta (problema de salud) que representa la mayoría de los datos recogidos. A medida que se avanza en el conocimiento se estructuran los conceptos y las categorías derivadas del conocimiento conceptual, como se ha demostrado en cada una de las reuniones de la NANDA cada dos años.

### Taxonomía NANDA

Es el sistema clasificatorio en el que aparecen ordenados actualmente los diagnósticos de enfermería aprobados por la NANDA.

Se trata de una estructura clasificatoria de dos niveles:

- Para la elaboración del nivel más general de la taxonomía, se utilizaron los Patrones Funcionales de Salud como base del desarrollo, pasando a denominarse Dominios.
- Para la elaboración del nivel más concreto de la taxonomía, se definieron dentro de cada Dominio las Clases correspondientes.

La taxonomía II de la NANDA consta de 13 Dominios y 46 Clases.

### Estructura de la taxonomía II NANDA

Presenta una forma multiaxial con siete ejes. Un eje se define se define como la respuesta humana que se considera en el proceso diagnóstico.

Los siete ejes que aparecen de forma explícita o implícita, son:

- El concepto diagnóstico. Se trata de la raíz del diagnóstico. Es el elemento principal en la formulación del diagnóstico. Ejemplo: Dolor, nutrición, etc.
- El tiempo. Delimita la duración del diagnóstico. Ejemplo: Agudo, crónico, etc.
- La unidad de cuidados. Define la población a la que va dirigida el diagnóstico. Ejemplo: Individuo, familia, etc.
- Las etapas del desarrollo. Indica el estado del desarrollo en el que se encuentra el individuo al que va dirigido el diagnóstico. Ejemplo: Adolescente, anciano, etc.

## BASE TEÓRICA

Existen diversos tipos de valoración dependiendo del modelo enfermero; en nuestro servicio de Emergencia se ha optado por el modelo de los Patrones Funcionales de Marjory Gordon.

Marjory Gordon define los patrones como una configuración de comportamientos más o menos comunes a todas las personas, que contribuyen a su salud, calidad de vida y al logro de su potencial humano; que se dan de una manera secuencial a lo largo del tiempo y proporcionan un marco para la valoración con independencia de la edad, el nivel de cuidados o la patología. De la valoración de los patrones funcionales se obtiene una importante cantidad de datos relevantes de la persona (físicos, psíquicos, sociales, del entorno), de una manera

ordenada, lo que facilita a su vez el análisis de los mismos. La valoración se realiza mediante la recogida de datos subjetivos, objetivos, la revisión de la historia clínica ó informes de otros profesionales. Se deben evitar las connotaciones morales (bueno- malo), hacer presunciones, interpretar subjetivamente o cometer errores a la hora de emitir un resultado de patrón. Los 11 patrones son una división artificial y estructurada del funcionamiento humano integrado, no deben ser entendidos de forma aislada; la interrelación que se da entre ellos es lógica, las personas somos un todo sin compartimentar, todo influye en todo (el entorno, la cultura, el nivel social, los valores, las creencias.). Algunos patrones comparten información y ciertos datos pueden estar presentes en más de un patrón, no siendo necesario registrarlos de forma repetitiva.

### Marjory Gordon

Teórica y profesora estadounidense, que creó una teoría de valoración de enfermería conocida como patrones funcionales de salud de Gordon (Gordon's functional health patterns). Fue líder internacional en esta área de conocimiento en enfermería.

Fue la primera presidenta de la NANDA.<sup>1</sup> Ha sido miembro de la Academia Americana de Enfermería desde 1977 y fue nombrada como una «Leyenda Viviente» por la misma organización en 2009.

La doctora Gordon fue profesora emérita de enfermería en el Boston College, en Chestnut Hill, Massachusetts. Fue exalumna de la Escuela de Enfermería del Hospital Monte Sinaí. Obtuvo su licenciatura y máster en

el Hunter College de la Universidad de la Ciudad de Nueva York, y su doctorado en el Boston College.

Falleció el 29 de abril de 2015 en la ciudad de Boston, Massachusetts (USA).

El sistema de valoración diseñado por Marjory Gordon en los años 70 cumplió todos los requisitos necesarios para la realización de una valoración enfermera eficaz, por lo que constituye una herramienta útil para la valoración con cualquier modelo disciplinar enfermero.

Define 11 patrones de actuación relevantes para la salud de las personas, las familias y las comunidades. Se trata de configuraciones de comportamientos, más o menos comunes a todas las personas, que contribuyen a su salud, calidad de vida y al logro de su potencial humano. Los patrones funcionales son una herramienta de valoración muy útil, y son 11:

1. Patrón percepción de la salud-manejo de la salud
2. Patrón nutricional-metabólico
3. Patrón eliminación
4. Patrón ejercicio-actividad
5. Patrón sueño-descanso
6. Patrón cognitivo-perceptivo
7. Patrón autoconcepto
8. Patrón rol-relaciones
9. Patrón sexualidad-reproducción

10. Patrón afrontamiento-tolerancia al estrés

11. Patrón valores-creencias

He considerado esta teoría porque cumple todos los requisitos necesarios para la realización de una valoración de enfermería eficaz, por lo que constituye una herramienta útil para la enfermería. La cual sostiene que el comportamiento de las personas contribuye a una calidad de vida, logrando así, la persona; desarrollar su potencial humano. Estos once patrones funcionales a los que hace referencia esta Teoría nos permite obtener en forma ordenada y estructurada el funcionamiento humano integrado, considerando a las personas como un todo.

### 2.3 Definición de términos

- a. Diagnóstico de enfermería: El diagnóstico de Enfermería consiste en identificar las respuestas negativas y establecer las modificaciones que debe introducir la enfermería para que los cambios se produzcan.
- b. Diagnóstico de enfermería (NANDA): Es un juicio clínico sobre las respuestas de una persona o grupos a procesos vitales/problemas de Salud reales o potenciales que proporcionan la base de los cuidados para el logro de los objetivos, de los que la enfermera es responsable. (NANDA).
- c. El diagnóstico de enfermería (Carpenito): Es una explicación que describe un estado de salud o una alteración real o potencial en los procesos vitales de una persona (fisiológico, psicológico,

sociológico, de desarrollo y espiritual). La enfermera utiliza el proceso de enfermería para identificar y sintetizar los datos clínicos y para disponer intervenciones de enfermería que reduzcan, eliminen o prevengan (promoción de la salud) las alteraciones de la salud que pertenezcan al dominio legal y educativo de la enfermería.

- d. Taxonomía NANDA: Es el sistema clasificatorio en el que aparecen ordenados actualmente los diagnósticos de enfermería aprobados por la NANDA.
- e. NANDA: Es la asociación de enfermeras americanas (*North American Nursing Diagnosis Association*), que desde 1973 viene trabajando en la elaboración, actualización y difusión de una clasificación de diagnósticos de enfermería que actualmente es una referencia a nivel mundial.
- f. Implementar: La palabra implementar permite expresar la acción de poner en práctica medidas y métodos, entre otros, para concretar alguna actividad, plan o misión, entre otras alternativas. Se trata de la realización de una aplicación, o bien la ejecución de una idea, plan, diseño, modelo científico, estándar, especificación o política, entre otros.

### **III. EXPERIENCIA PROFESIONAL**

#### **3.1. Recolección de datos**

Los datos que se han recolectado para el presente informe se tomaron aleatoriamente de las historias clínicas revisadas, del año 2011 al 2016 de los pacientes que acudieron al servicio de emergencia para una atención. Se contó con el apoyo del Área de Archivo, la cual me proporciono las historias clínicas. Así como también de las áreas de estadística, admisión de emergencia y coordinación de enfermería de emergencia.

#### **3.2. Experiencia profesional**

El servicio de Emergencia del Hospital III José Cayetano Heredia-hospital de alta complejidad y referencial, es una unidad crítica que se encuentra bajo la dependencia del Departamento de Emergencias y Cuidados Intensivos, tiene una población asegurada, atiende una población referida de las provincias de Piura y del Departamento de Tumbes, así como pacientes del Convenio Marco Institucional entre SIS y EsSalud, FAP, FOSPOLI, SOAT. Que requieren de atención de mayor resolución de la Región Grau y Tumbes.

El Hospital Regional José Cayetano Heredia de nivel III es el de mayor nivel de la Región, cabe recordar que inicio sus actividades en el año 1974 siendo un hospital de IPSS y en 1987 fue integrado con el MINSA, lo que aumento la atención de pacientes asegurados y no asegurados. Nuestro hospital cumple con las funciones de eficiencia, eficacia,

efectividad y evaluación oportuna a pesar de la alta afluencia de pacientes en promedio de 300 atenciones diarias (2016), hace que la capacidad de nuestro servicio no cubra esta demanda, según estadísticas indican que la demanda va incrementándose y es así que tenemos un servicio colapsado con condiciones no favorables, incrementando la insatisfacción del usuario y el equipo de salud que no se abastece pero que hace todo lo humanamente posible para brindar una atención de calidad.

El servicio de Emergencia del hospital Cayetano Heredia cuenta con un gran equipo multidisciplinario, sumando un total de 124 trabajadores entre profesionales y no profesionales de la salud, incluyendo al personal administrativo y de limpieza. Cuenta con diversas áreas como son los Tópicos de medicina y Cirugía, área de shock trauma, área de observación de medicina I y II, área de UCE (unidad de cuidados Especiales), área de observación de cirugía, área de tópico de pediatría, UCE pediátrica y observación de pediatría, área de tópico y observación de ginecoobstetricia y actualmente (2017) se ha implementado el área de dengue.

Como Licenciada de Enfermería, inicié mis actividades laborales en el año 2002 en el Centro Medico El Alto, que pertenece a la jurisdicción de la provincia de Talara. En este establecimiento realice actividades netamente preventivo-promocionales en el adulto, adulto mayor, niño-adolescente y mujer. Teniendo que llevar bajo la responsabilidad



asignada los diferentes programas preventivos, trabajando a la par con la comunidad.

Durante cinco años permanecí en dicho establecimiento, el cual me permitió adquirir experiencia profesional en dichas áreas preventivo – promocional.

En el año 2007, me trasladaron a la ciudad de Piura, al hospital Regional – nivel III “Cayetano Heredia”, donde inicié mis labores asistenciales en el área de UCI, es aquí que me doy cuenta que la actividad de enfermería asistencial es la que me gusta y la que más se adapta a mi razón de ser Enfermera, en esta área permanecí solo unos meses y luego me rotaron al servicio de Emergencia, en el cual permanezco hasta la actualidad, asumiendo diferentes funciones asistenciales y administrativas como:

- Utilizar los conceptos teóricos y el conocimiento de los cuidados de enfermería como base para la toma de decisiones en la práctica enfermera de urgencias y emergencias.
- Impulsar líneas de investigación que sean relevantes para el diagnóstico, las intervenciones y los resultados en urgencias y emergencias.
- Adoptar actitudes concordantes con el Código Deontológico de la Enfermería.
- Realizar la recogida y análisis de datos de salud o enfermedad de la persona, familia o comunidad, de forma continua y sistemática, en base al marco conceptual de enfermería adoptado para la

prestación de cuidados enfermeros en el ámbito de urgencias y emergencias y en base al conocimiento científico, la concepción de los cuidados enfermeros, los componentes de la situación y la percepción del paciente y su ecosistema.

- Realizar los pertinentes planes de atención de enfermería estandarizados para su posterior aplicación mediante planes de atención individualizados basados en los diagnósticos enfermeros formulados y evaluar de forma eficaz y rápida las respuestas humanas que se generen ante los problemas de salud reales y/o potenciales que amenazan la vida o no permitan vivirla con dignidad.
- Evaluar y modificar, si hay pertinencia, los planes de cuidados basándose en las respuestas del paciente, de la resolución de los objetivos y de los resultados medidos.
- Prestar atención integral a la persona, para resolver individualmente o como miembros de un equipo multidisciplinar, los problemas de salud que le afecten en cualquier estadio de la vida con criterios de eficiencia y calidad.
- Utilizar con destreza y seguridad los medios terapéuticos y de apoyo al diagnóstico que se caracterizan por su tecnología compleja.

- Establecer una relación terapéutica eficaz con los usuarios para facilitarles el afrontamiento adecuado de las situaciones que padezcan.
- Participar activamente en el equipo multidisciplinar aportando su visión de experto en el área que le compete.
- Formular, implementar y evaluar los estándares, guías de acción y protocolos específicos para la práctica de la Enfermería en Urgencias y Emergencias.
- Gestionar los recursos asistenciales con criterios de eficiencia y calidad
- Proporcionar educación sanitaria a los usuarios para que adquieran conocimientos de prevención de riesgos y adquieran hábitos de vida saludables.
- Asesorar al equipo de salud en todos los aspectos relacionados con Urgencias y Emergencias.
- Asumir responsabilidades y compromisos en materia de formación de los futuros enfermeros.

Siendo así que dentro de las múltiples funciones que desempeño como enfermera en el servicio de emergencia es que se impulsó la implementación de los diagnósticos de enfermería según los establece la NANDA.

Nuestro trabajo a diario como enfermeros nos exige tener una misión y visión como profesionales las cuales son las siguientes:

- **Visión**

Nuestra visión como enfermeros es ser líderes en la prestación de servicio de salud con calidad y calidez a pacientes en situación de emergencia, transformar nuestro estilo de trabajo y dar a conocer un excelente profesionalismo impulsando la implementación de valores humanos con los pacientes, y sus familiares de tal manera que sientan la satisfacción de sentirse atendidos dignamente y encuentren las expectativas que la institución les debe garantizar.

- **Misión**

El servicio de enfermería en el área de emergencia del hospital III José Cayetano Heredia –EsSalud tiene como misión brindar la primera atención especializada con calidad y calidez al paciente, familia y comunidad de la región Grau de la manera dinámica y continua, mediante acciones e intervenciones preventivo promocionales, recuperativas y/o rehabilitación aplicando técnicas y exámenes de diagnósticos que garanticen el mayor beneficio al menor costo así como la satisfacción plena de las necesidades del usuario.

### 3.3. Procesos realizados en el tema del informe

Para la implementación de los Diagnósticos de Enfermería según la NANDA, en el servicio de emergencia, se realizaron en nuestro servicio varias reuniones de trabajo (a partir de año 2011) entre los colegas,

diseñando diversos modelos de valoración de enfermería, así como también se inició la implementación de los diagnósticos, a través de fichas diseñadas dentro del plan de cuidados de enfermería.

Durante los primeros meses se nos hizo difícil buscar el diagnóstico adecuado para cada paciente, para lo cual diseñamos en un compendio anillado con los principales diagnósticos utilizados en los pacientes de la emergencia, el cual se distribuyó en las diferentes áreas del servicio.

Este compendio lo utilizamos por mucho tiempo hasta que se nos hizo práctico y efectiva su utilización, logrando acertar cada vez más con los diagnósticos principales de los pacientes.

Se desarrollaron diversas hojas de valoración de enfermería basándose en patrones funcionales, que nos ayudó a reconocer con precisión el diagnóstico idóneo para nuestro paciente. Diversas reuniones se desarrollaron para poder elaborar nuestras hojas de valoración, disponiendo de nuestras horas libres, que nos permitieron mejorar en nuestra valoración y diagnósticos de enfermería.

Actualmente efectivizamos nuestra hoja de valoración según patrones funcionales y cada profesional enfermero describe su diagnóstico de enfermería según la NANDA.

#### Aportes - Innovaciones – Limitaciones

Desde el punto de vista metodológico y práctico: la implementación de los diagnósticos de enfermería según la NANDA nos ha permitido sistematizar nuestro trabajo como enfermeros, a través de nuestra hoja de

valoración según patrones funcionales y a través del plan de cuidados con diagnósticos de enfermería e intervenciones según diagnóstico planteado. Logrando de esta manera un lenguaje homogéneo entre los profesionales de enfermería.

Considero una innovación en todo este proceso de implementación de diagnósticos: El diseño de nuestra hoja de valoración (según patrones funcionales) y el plan de cuidados con intervenciones de enfermería ya descritas, que nos permiten chequear las actividades por cada turno durante las veinte y cuatro horas del día, abreviando y sistematizando nuestro tiempo durante el registro de enfermería.

Y una de las limitaciones en todo este proceso de mejora es la falta de predisposición del personal profesional de enfermería del área de emergencia pediátrica, que en su mayoría son enfermeras con más de veinte años de servicio, las cuales no se han integrado a este proceso por diversos factores, que serían materia de otra investigación.

## IV. RESULTADOS

CUADRO 4.1

### DISTRIBUCIÓN DE NÚMERO DE ATENCIONES SEGÚN TIPO DE SEGURO POR MESES DEL AÑO 2014

Area/Mes	2014					
	Tópico de medicina		Tópico de cirugía		Tópico de pediatría	
	asegurado	no asegurado	asegurado	no asegurado	asegurado	no asegurado
Enero	2611	21	670	16	1152	21
Febrero	1720	15	567	8	750	15
Marzo	1658	20	546	13	783	18
Abril	1746	22	702	7	992	13
Mayo	1955	19	670	6	1263	16
Junio	1962	19	696	7	1307	14
Júlio	1423	21	574	13	1230	19
Agosto	1525	10	493	6	997	7
Septiembre	1492	15	508	0	1107	19
Octubre	1563	21	602	3	1119	12
Noviembre	1429	23	430	1	1059	11
Diciembre	1517	12	470	6	1100	10
Total	20601	218	6928	86	12859	175

Fuente: Libro de registro de enfermería de ingreso mensual de pacientes.

Del presente cuadro observamos que en el año 2014 ingresaron un total de 40867 usuarios al servicio de emergencia, donde la mayor afluencia de ha sido en el tópico de medicina con un total de 20819 usuarios, que corresponden a un 50.9 % del total de atenciones del año 2014.

## CUADRO 4.2

### DISTRIBUCIÓN DE NÚMERO DE ATENCIONES SEGÚN TIPO DE SEGURO POR MESES DEL AÑO 2015

Área/Mes	2015					
	Tópico de medicina		Tópico de cirugía		Tópico de pediatría	
	asegurado	no asegurado	asegurado	no asegurado	asegurado	no asegurado
Enero	1470	11	504	2	966	20
Febrero	1388	15	582	2	886	14
Marzo	1600	9	621	9	1071	18
Abril	1879	6	549	3	1441	9
Mayo	2038	14	622	3	1336	16
Junio	1808	8	369	0	1094	10
Julio	2143	10	566	0	976	10
Agosto	1843	13	413	10	806	6
Septiembre	1949	14	421	1	906	3
Octubre	1998	15	640	6	991	11
Noviembre	1369	2	586	0	1006	29
Diciembre	1457	8	623	1	885	25
<b>Total</b>	<b>20942</b>	<b>125</b>	<b>6496</b>	<b>37</b>	<b>12364</b>	<b>171</b>

**Fuente:** Libro de registro de enfermería de ingreso mensual de pacientes al servicio de emergencia.

Del presente cuadro observamos que en el año 2015 ingresaron un total de 40135 usuarios al servicio de emergencia, donde la mayor afluencia de usuarios ha sido en el tópico de medicina con un total de 21067 usuarios, que corresponden a un 52.5 % del total de atenciones del año 2015.



CUADRO 4.3

DISTRIBUCIÓN DE NÚMERO DE ATENCIONES SEGÚN TIPO DE SEGURO POR MESES DEL AÑO 2016

Área/Mes	2016					
	Tópico de medicina		Tópico de cirugía		Tópico de pediatría	
	asegurado	no asegurado	asegurado	no asegurado	asegurado	no asegurado
Enero	1552	13	597	12	1032	13
Febrero	1333	4	619	6	1007	13
Marzo	571	3	1890	15	1445	10
Abril	1714	13	592	1	1116	11
Mayo	1723	17	419	0	1077	4
Junio	1305	13	308	2	1111	15
Julio	1399	13	431	1	1006	3
Agosto	1393	7	592	2	165	0
Septiembre	1427	14	459	17	150	7
Octubre	1412	25	725	8	149	11
Noviembre	1566	22	683	21	139	17
Diciembre	1668	7	687	4	119	8
Total	17063	151	8002	89	8516	112

Fuente: Libro de registro de enfermería de ingreso mensual de pacientes al servicio de emergencia.

Del presente cuadro observamos que en el año 2016 ingresaron un total de 33933 usuarios al servicio de emergencia, donde la mayor afluencia de usuarios ha sido en el tópico de medicina con un total de 17214 usuarios, que corresponden a un 50.7 % del total de atenciones del año 2016.

CUADRO 4.4

DISTRIBUCIÓN PORCENTUAL DEL NÚMERO DE ATENCIONES DE  
PACIENTES SEGÚN TIPO DE SEGURO DEL AÑO 2014-2016

	2014		2015		2016	
	N	%	N	%	N	%
Asegurado	40388	99%	39802	99%	33581	99%
No asegurado	479	1%	333	1%	352	1%
Total	40867	100%	40135	100%	33933	100%

Fuente: Libro de registro de enfermería de ingreso mensual de pacientes al servicio de emergencia.

En este cuadro comparativo podemos observar que las atenciones desde el año 2014 al 2016 han disminuido. Y más del 90% de los pacientes que son atendidos son asegurados (99%) y solo un 1% no son asegurados.

#### CUADRO 4.5

### PORCENTAJE DEL REGISTRO DE ENFERMERÍA, UTILIZANDO DIAGNÓSTICO DE ENFERMERÍA SEGÚN NANDA POR ÁREA DEL SERVICIO DE EMERGENCIA DE LOS AÑOS 2011 -2016

Área	% de diagnóstico enfermería (2016)	% de diagnóstico enfermería (2015-2014)	% de diagnóstico enfermería (2013-2012)	% de diagnóstico enfermería (2011)
Tópico(medicina y cirugía)	95%	70%	50%	20%
Área observación: I y II	100%	100%	70%	30%
Área UCE	100%	100%	100	100%
Área pediatría	0%	0%	0%	0%
Área dengue	90%	60%	40%	0%

Fuente: Área de archivo; revisión de historias clínicas.

En el presente cuadro podemos observar que desde el año 2011 en que se inició la implementación de los diagnósticos de enfermería en el servicio de emergencia ha aumentado significativamente la elaboración de los diagnósticos hasta llegar a un 100% en algunas áreas de emergencia, como UCE, Observación I y II.

Cabe resaltar también que en el área de emergencia pediátrica no se realizan aun diagnósticos de enfermería según la NANDA.

CUADRO 4.6

DESCRIPCIÓN DE LA IMPLEMENTACIÓN DE LOS DIAGNÓSTICOS DE ENFERMERÍA EN LOS REGISTROS DE ENFERMERÍA ENTRE LOS AÑOS 2011 – 2016

Año	2011	2012	2013	2014 – 2015	2016
Registro de enfermería	Se elaboraban notas de enfermería narrativas.	Se empezó a describir los diagnósticos dentro de las notas de enfermería. Los diagnósticos de enfermería con el factor relacionado. La valoración del paciente no era registrada.	Elaboramos las primeras hojas de valoración según patrones funcionales y continuamos describiendo los diagnósticos de enfermería con el factor relacionado.	Se elaboraron otras hojas de valoración de enfermería teniendo en cuenta siempre los patrones funcionales. Se continuó describiendo los diagnósticos de enfermería con el factor relacionado. A pesar de tener la hoja de valoración se observó que no era utilizada.	Hoja de valoración Diagnóstico de enfermería descrito considerando sus tres componentes: problema de salud, factores etiológicos o relacionados, características definitorias o serie de signos y síntomas. Las intervenciones de enfermería están descritas para chequear en cada turno.

Fuente: Elaboración propia

CUADRO 4.7

PREVALENCIA DE DIAGNOSTICOS DE ENFERMERIA EN EL  
SERVICIO DE EMERGENCIA DEL HRCH 2016

DIAGNOSTICO PROPUESTO	NRO	%
Riesgo de desequilibrio electrolítico	1	3
Limpieza ineficaz de las vías aéreas	4	13
Disminución del gasto cardiaco	1	3
Deterioro del intercambio gaseoso	10	33
Dolor	7	23
Riesgo de déficit de volumen de líquido	3	10
Protección ineficaz	2	7
Riesgo de perfusión tisular cerebral ineficaz	1	3
Patrón respiratorio ineficaz	1	3
Total	30	100

Fuente: Registros de enfermería

En el presente cuadro destacamos los diagnósticos de mayor prevalencia, como lo son: deterioro del intercambio gaseoso con un 33% y dolor con un 23%, correspondiente al mes de noviembre del año 2016.

## V. CONCLUSIONES

- a. La implementación de los diagnósticos de enfermería ha sido relevante en todo este proceso de mejora, ya que actualmente se desarrollan los diagnósticos de enfermería en un 90% de todos los pacientes que ingresan a nuestra emergencia diariamente.
  
- b. En la revisión que se hizo en todas las áreas de emergencia, se encontró que en el área de emergencia pediátrica, aun no se implementan los diagnósticos de enfermería según la NANDA, continúan realizando notas de enfermería narrativas.
  
- c. Se describen los diagnósticos de enfermería según la NANDA en el plan de cuidados, pero aún estamos en proceso de implementar las etiquetas NIC y NOC.

## **VI. RECOMENDACIONES**

- a. Que el profesional de enfermería del servicio de emergencia desarrolle en un 100% los diagnósticos de enfermería según etiquetas NANDA.
  
- b. Motivar al personal de emergencia pediátrica a sensibilizarse con este proceso de mejora y así pueda desarrollar su valoración pediátrica, así como sus diagnósticos según la NANDA.
  
- c. Continuar con nuestras reuniones de servicio con la finalidad de implementar las etiquetas NIC y NOC

## VII. REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS

1. COURTENS A, ABU-SAAD H. PulMed. [Online]; 1998 [cited 2017 enero 10. Available from:  
<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/9782907>.
2. DELANEY C, MOORHEAD S. PulMed. [Online].; 1997 [cited 2017 enero 5. Available from:  
<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/9624993>.
3. EHRENBERG A, EHNFORSS M. PulMed. [Online].; 1999 [cited 2016 diciembre 15. Available from:  
<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/10633692>.
4. HIGUCHI K, DULBERG C, DUFF V. PubIMed. [Online].; 1999 [cited 2016 diciembre 20. Available from:  
<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/10786554>.
5. CONNIE D, KEELA H, MERIDEAN M. International Journal of Nursing Terminologies and Classifications. [Online].; 2008 [cited 2016 diciembre 22. Available from:  
<http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1111/j.1744-618X.2000.tb00401.x/pdf>.
6. MÜLLER-STAUß M, NEEDHAM I, ODEMBREIT M. PubMed. [Online].; 2007 [cited 2017 febrero 10. Available from:  
<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/17430533>.
7. CAYETANO HEREDIA U. Revista Enfermería Herediana. [Online].; 2016 [cited 2017 ENERO 25. Available from:  
<http://www.upch.edu.pe/vrinve/dugic/revistas/index.php/RENH>.
8. ALIAGA SÁNCHEZ A. Diagnósticos de enfermería Nanda y los registros de enfermería en los servicios de emergencia del Hospital Nacional Daniel A. Carrión. [Online].; 2015 [cited 2017 Febrero 15. Available from:

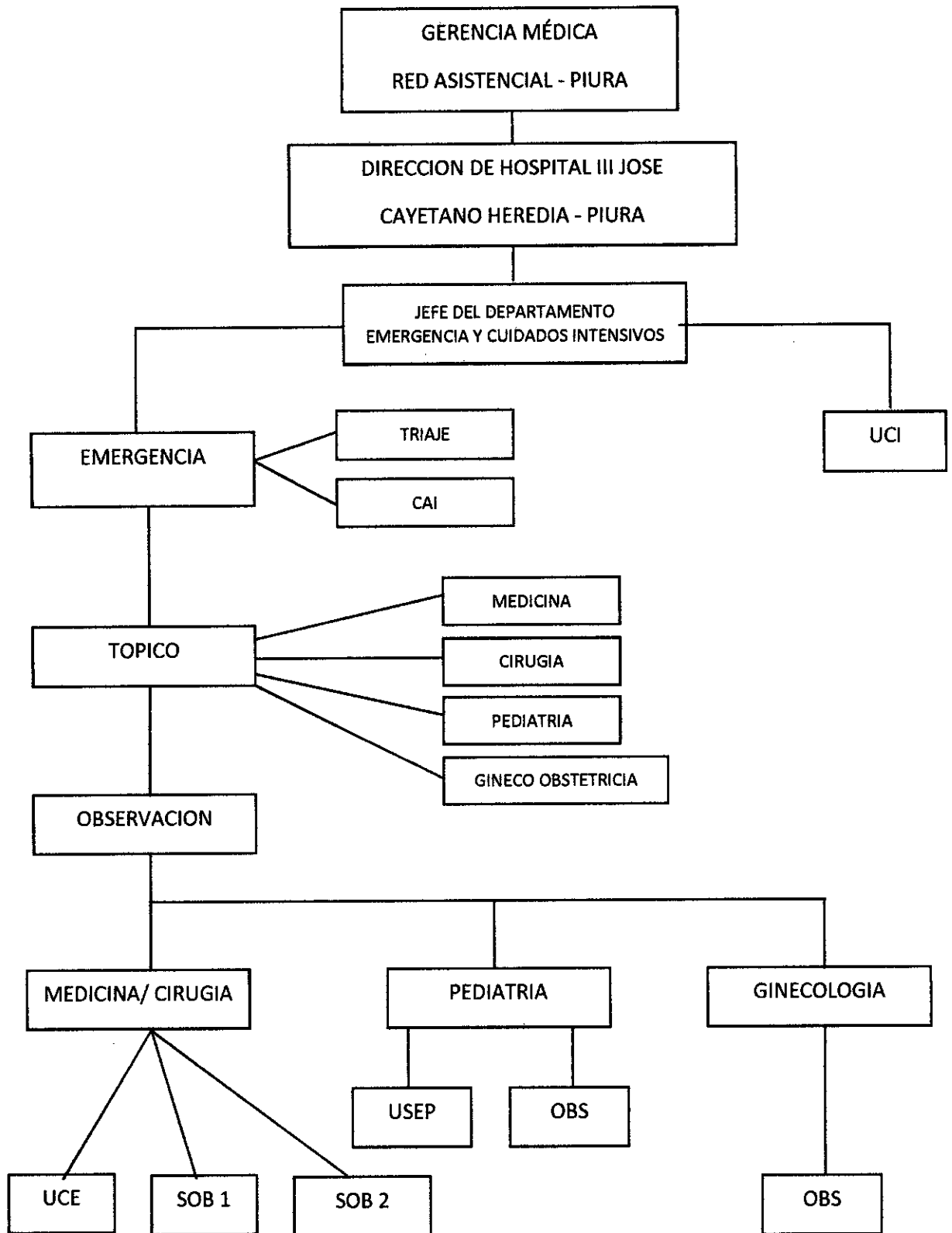


<http://webcache.googleusercontent.com/search?q=cache:E5Nolczn9FoJ:repositorio.autonoma.edu.pe/bitstream/autonoma.edu.pe/12/3/RUTH%20AMERICA%20ALIAGA%20SANCHEZ%20-%20ENFERMERIA%20NANDA%20Y%20LOS%20REGISTROS%20DE%20ENFERMERIA.pdf+&c>.

9. PERALTA UGARTE J, RAFAEL ROMERO M, SARAIVIA NEIRA L. Enunciados diagnósticos enfermeros más frecuentes, que cumplen con la taxonomía II NANDA. [Online].; 2011 [cited 2017 ENERO 12. Available from:  
<http://faenf.cayetano.edu.pe/images/pdf/Revistas/2012/febrero/03%20TAXONOMIA%20II%20NANDA.pdf>.
10. DA SILVA MM, ESTEVES LO, CHAGAS MOREIRA. Perfil de diagnósticos de enfermería en cuidados paliativos oncológicos. [Online].; 2010 [cited 2016 DICIEMBRE 10. Available from:  
[http://www.scielo.cl/pdf/cienf/v19n1/art\\_05.pdf](http://www.scielo.cl/pdf/cienf/v19n1/art_05.pdf).
11. CONSELHO FEDERAL E. COFEN. [Online].; 2009 [cited 2016 DICIEMBRE 10. Available from:  
[http://www.cofen.gov.br/resoluco-cofen-3582009\\_4384.html](http://www.cofen.gov.br/resoluco-cofen-3582009_4384.html).
12. JOHNSON M, BULCHEK G. Interrelaciones NANDA, NOC y NIC. SEGUNDA ed. JOHNSON M, BULCHEK G, editors. MADRID: ELSEVIER; 2007.
13. GARCIA MARTIN , SELLAN SOTO MC. Fundamentos teóricos y metodológicos de enfermería Jarama Td, editor. MADRID: Lebosend; 1995.
14. FERNANDEZ FERRIN C, NAVARRO GOMEZ MV. De la teoría a la práctica: El Pensamiento de Virginia Henderson en el Siglo XXI. Tercera ed. España: Masson; 2005.

# ANEXOS

## ORGANIGRAMA DEL DEPARTAMENTO DE EMERGENCIAS Y CUIDADOS INTENSIVOS



**DISTRIBUCIÓN DEL PERSONAL PROFESIONAL Y NO PROFESIONAL  
DEL SERVICIO DE EMERGENCIA AÑO 2016.**

AREA DE EMERGENCIA	PERSONAL	CANTIDAD POR TURNO	TOTAL
JEFATURA MEDICA	MEDICO	01	01
COORDINADORA DE ENFERMERIA	ENFERMERA	01	01
CONSULTORIO DE ATENCION INMEDIATA	MEDICO	02	02
TOPICO DE MEDICINA Y SCHOK TRAUMA	MEDICO	02	10
	ENFERMERA	02	10
	TEC. DE ENFERMERIA	01	05
TOPICO DE CIRUGIA	MEDICO CIRUJANO	02	10
	ENFERMERA	01	05
OBSERVACION I	MEDICO (UCE)	01	05
	ENFERMERA	01	05
	TEC. DE ENFERMERIA	01	05
UCE	MEDICO (OBS 01)		
	ENFERMERA	01	05
	TEC. DE ENFERMERIA	01	05
EMERGENCIA PEDIATRICA	MEDICO PEDIATRA	01	05
	ENFERMERA	01	05
	TEC. DE ENFERMERIA	01	05
EMERGENCIA GINECOLOGICA	MEDICO GINECOLOGO	01	05
OBSERVACION II	MEDICO	01	05
	ENFERMERA	01	05
	TEC. DE ENFERMERIA	01	05
ALMACEN DE EMREGENCIA	TEC. DE ENFERMERIA	01	01
SERVICIO DE AMBULANCIA	CONDUCTOR	01	05
AREA DE ADMISION	DIGITADORES	01	05
LIMPIEZA	OPERARIO	01	03
SEGURIDAD	AGENTE DE VIGILANCIA	03	06

**DISTRIBUCIÓN DEL NÚMERO DE CAMAS SEGÚN ÁREA DEL  
SERVICIO DE EMERGENCIA AÑO 2016**

AREA	N° CAMAS
UCE	5
Sala de observación I	15
Sala de observación II	13
Sala de observación Cirugía	10
Sala de observación pediatría	9
UCEP (pediatría)	1
Tópico de emergencia Pediátrica	1
Tópico de medicina	7
Tópico de Cirugía	5
Emergencia ginecológica	3

## CUADRO COMPARATIVO ENTRE EL NIC Y NOC.

NIC	NOC
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Clasificación de Intervenciones de Enfermería.</li> <li>• Son tratamientos efectuados por los enfermeros para la consecución de los resultados.</li> <li>• Las intervenciones incluidas en esta clasificación son válidas para su utilización en todos los ámbitos donde se desarrolle el enfermero.</li> <li>• Incluye tanto las intervenciones independientes como las intervenciones de cuidados directos e indirectos.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Clasificación de resultados de Enfermería.</li> <li>• Ordena y clasifica los resultados sensibles a las intervenciones del enfermero.</li> <li>• Permite evaluar la calidad de los cuidados proporcionados y medir los resultados obtenidos en los pacientes.</li> <li>• Los resultados de la NOC están desarrollados para su utilización en todos los ámbitos donde el enfermero proporcione sus cuidados.</li> </ul>

# MODELOS DE HOJAS DE VALORACIÓN Y PLAN DE CUIDADO DE ENFERMERÍA DISEÑADA DURANTE LOS AÑOS 2011 - 2016



Mano de Cuidados de Enfermería

HOSPITAL III JOSE CAYETANO HEREDIA  
SERVICIO: EMERGENCIA

Nombres y apellidos: \_\_\_\_\_ Diagnóstico: \_\_\_\_\_ N° cama: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_

Mañana **S** .....  
Tarde **S** .....  
Noche **S** .....

Diagnóstico de Enfermería	Objetivos	Intervenciones de Enfermería	M	T	N	Evaluación	Observaciones

T. Mañana-Enfermera:..... T. Tarde-Enfermera..... T. Noche-Enfermera:.....

## INTERVENCIONES DE ENFERMERIA

2°

INTERVENCIONES	M	T	N
CFV y Saturación de O2			
Valorar Patrón Respiratorio			
Valorar Asimetría Torácica			
Auscultar Campos Pulmonares			
Administrar O2 suplementario			
Posición que facilite la Ventilación/Perfusión			
Participar en la Intubación			
Cuidados del TOT			
Aspirar secreciones			
Monitoreo de AGA			
Nebulizaciones			
Cambios de dispositivos oxígeno/Ventilatorio			
Monitoreo Ventilatorio			
Vigilar signos de congestión			

INTERVENCIONES	M	T	N
CFV y Saturación de O2			
Valorar estado neurológico y Respuesta Pupilar			
Mantener cabeza en ángulo 30°			
Mantener línea neutra			
Administrar diurético osmótico			
Administrar protector neurológico: fenitoína			
Administrar lo indicado, sedoanalgesia			
Coordinar toma de TAC cerebral			
Monitoreo PVC			
Mantener T° adecuada			
Control y Mantenimiento de Glicemia			
Fluidoterapia Endovenosa			
Control Diuresis/BHE			
Vigilar signos de alarma			

3°

4°

INTERVENCIONES	M	T	N
CFV, Monitoreo Cardíaco Estático			
Control de EKG			
Valorar Ritmo Sinusal			
Valorar PAM			
Valorar Dolor Torácico			
Valorar Llenado Capilar			
Uso apropiado de Inotrópico			
Control de enzimas cardíacas			
Preparar para RCP			

INTERVENCIONES	M	T	N

TURNO	EVALUACION DE ENFERMERIA	ENFERMERO RESPONSABLE
M.		
T		
N		



**PROCESO DE ATENCIÓN DE ENFERMERÍA EN EMERGENCIA**

ADULTO: \_\_\_\_\_

INGRESA EN: \_\_\_\_\_

INDICADOR	INDICADOR	INDICADOR	INDICADOR
Mediana			
Tarifa			
Valor			

Ulcera	Ulcera	Ulcera	Ulcera
1 grado			
2 grado			
3 grado			
4 grado			

DIAGNÓSTICO	Subjetivo	Objetivo	Examen físico
Mañana			
Tarde			
Noche			

Medida	Efecto	Medida	Efecto	Medida	Efecto
Mañana					
Tarde					
Noche					

Intercambios	M	T	N

Ox. Enfermería

- 1- \_\_\_\_\_
- 2- \_\_\_\_\_
- 3- \_\_\_\_\_

ACCIONES DE ENFERMERÍA	M	T	N
Reposición de líquidos y electrolitos			
Cambios de posición			
Aspiración de secreciones			
Protección de la piel			
Ejecución de procedimientos			
Apoyo emocional y consejo			

ACCIONES DE ENFERMERÍA	M	T	N
Control de signos vitales			
Monitorización de constantes			
Administración de medicamentos			
Administración de oxígeno			
Administración de líquidos			
Administración de alimentos			

INGRESOS	MAÑANA	TARDE	NOCHE	INGRESOS	MAÑANA	TARDE	NOCHE
VO SIN				QUIN			
REHIDRACION				DESODIO			
TRATAMIENTO				ING			
REMOCHIVADOS				REN			
PRO METABOLICAS				INSER			
OTROS				ASPIR			
SUB TOTAL				SUB TOTAL			
ROTACIONES				TOTAL			
BALANCE HÍDRICO							

MAÑANA

TARDE

NOCHE

NOMBRE DEL PACIENTE: \_\_\_\_\_

EDAD: \_\_\_\_\_

Diagnostico: \_\_\_\_\_



REGISTRO DE ENFERMERÍA - SERVICIO EMERGENCIA ADULTOS - HRUCH

Prioridad de Atención		I ( ) II ( ) III ( ) IV ( )
Grado de Dependencia		I ( ) II ( ) III ( ) IV ( )
<b>DATOS GENERALES:</b>		
Fecha de Ingreso:	Hora de ingreso:	Edad: Tipo de atención: AS ( ) SIS ( ) SOAT ( ) Otros
Diagnóstico: Antecedentes:		
Traído por: Familiar ( ) Policia ( ) Bombero ( ) Medico ( ) Enfermera ( ) Otros:		
Precedencia Referencia ( ) Casa ( ) Otros:		
<b>VALORACIÓN SUBJETIVA:</b>		
<b>VALORACIÓN OBJETIVA:</b>		
Funciones Vitales		P.A.: F.C.: SaO2: T °C: F.R.:
<b>PATRÓN NEUROLÓGICO</b>	<b>PATRÓN RESPIRATORIO</b>	<b>PIEL Y MUCOSAS</b>
Glasgow: RV ( ) RM ( ) RO ( ) TOTAL ( )	Normal	Estado de Higiene Bueno ( ) Malo ( ) Regular ( )
Despierto LOTEP	Polienea	Piel Turbente ( ) Anca ( )
Somnoliento No LOTEP	Taquipnea	coloración Pálida
Estupor	Braquipnea	Cianosis
Coma	Disnea	Ictericia
Pupilas	Apnea	Grado localización
	Crépitos	I
	Subcrépitos	II
Isocóricas ( ) Anisocóricas ( )	Sibilantes	III
Fotorreactivas ( ) Paralíticas ( )	Roncus	IV
Midriática Derecha ( )	Intercoastal	Diaforesis ( ) Equimosis ( )
Izquierda ( )	subcostal	Localización:
Miátrica Derecha ( )	Retracción	Mucosa oral Húmeda ( ) Seca ( )
Izquierda ( )	externa	Tipo localización Grudado
MSD ( ) MSI ( )	Tos Secc productiva	Herida Puntante
MID ( ) MII ( )	Hemoptisis	Cortante
Derecha ( ) Izquierda ( )	Secreciones bronquiales	Puntocortante
Hemiplejía Derecha ( ) Izquierda ( )	Características:	Contusa
Hemiparésis Derecha ( ) Izquierda ( )	Apoyo ventilatorio Método FIO2	Por arma de fuego
Paraplejía ( ) tetraplejía ( )	Medios invasivos:	Grado Localización Estado Unica (I) Múltiple (II)
Convulsiones Tónicas ( ) Clónicas ( )	<b>PATRÓN GENTOURINARIO</b>	Uteras por presión I
<b>PATRÓN CARDIOVASCULAR</b>	Genitales externos Sin alteración	II
Palpable	Edema	IV
No palpable	Hematoxia	Accesos vasculares: VP ( )
Distill	Leucorrea ( )	<b>PATRÓN GASTROINTESTINAL</b>
ritforme	Menorragia ( )	Gingivorragia ( )
intermitente	Marcoseres ( )	Xerocomia ( )
Foves Localización	Prolapso ( )	disfagia ( )
+/+++	Características diuresis	Dispepsia ( )
++/+++	Tenacmo vesical ( )	Mabeorismo ( )
+/+++	Arbor ( ) Pluria ( )	Neumosis ( )
Localización	Coluria ( ) Hematuria ( )	Hematemesis ( )
+/+++	Poliuria	Hipo ( )
Aritmias	Oliguria	Abdomen Blando/daprobable
Ulenido capilar < 2" ( ) > 2" ( )	Anuria	Tabla
Ingurgitación yugular	Frekuensi diuresis Sin alteración ( )	Globuloso
Medios Invasivos:	Potequiuria ( )	Aumentados
PVC:	Disuria ( )	Disminuidos
	incontinencia	Ausentes
	Medios Invasivos	Ruidos Hidroacécos
	Dijos:	Estreñimiento ( )
		Diarrea ( )
		Rectorragia ( )
		Hematoquecia ( )
		Melena ( )
		Incontinencia ( )
		Otros:
		Medios Invasivos:
		<b>CONFORT</b>
		Tipo
		Intensidad
		Localización
		Frecuencia
		Duración
		Intensidad 1-2-3-4-5-6-7-8-9-10
<b>PATRÓN SENTIMIENTOS</b>	<b>PATRÓN COMUNICACIÓN</b>	<b>PATRÓN VALORES</b>
Estresado/a ( )	Comunicación verbal	Religión
Irritable ( )	Comunicación verbal	<b>PATRÓN REPOSO-SUEÑO</b>
Ansioso/a ( )	Mutismo ( )	Sin alteración ( )
Tranquilo/a ( )	Mutismo ( )	Sueño discontinuo ( )
Temeroso/a ( )	Comunicación por gestos	Insomnio ( )
Indiferente ( )	Afásico	Necesidad de medicamentos ( )
Duelo ( )	Comunicación por escritura	
	Visión Sin alteración ( )	
	Deficiente ( )	
	Ceguera ( )	
	Audición Sin alteración ( )	
	Deficiente ( )	
	Sordera ( )	
	Dijos:	
	<b>PATRÓN RELACIÓN</b>	
	Socialización cordial	
	Hostil	
	Expresión de soledad	
	Vista de familia/amigo	
	Preocupado por familia	

Enfermera:  
CEP:

# HOJA DE VALORACIÓN AÑO 2016-2017



## PROCESO DE ATENCIÓN DE ENFERMERÍA

SERVICIO: EMERGENCIA

NOMBRE DEL PACIENTE: \_\_\_\_\_

Edad \_\_\_\_\_

Sexo \_\_\_\_\_

Condición \_\_\_\_\_

Dx Médico \_\_\_\_\_

Ft al Hospital \_\_\_\_\_

Ft al servicio: \_\_\_\_\_

Procedencia \_\_\_\_\_

Condición de Ingreso: Caminando( ) Camilla( ) S. Ruedas( )

G. Dependencia: \_\_\_\_\_

Fecha de Aplicación: \_\_\_\_\_

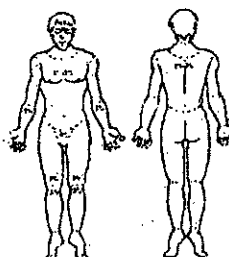
SIGNOS VITALES	PA	FC	FR	T°	S02	PVC	Oxigenoterapia					ESCALA RAMSAY	Escala de Valoración Gingivar			Reactividad Pupilar		Dímetro Pupilar		HGT	Escala de Conciencia
							CEN	MV	MR	TOT	VM		AD	RV	RM	PD	PI	PD	PI		
M																					
T																					
N																					

### VALORACIÓN DE ENFERMERÍA

CONDUCTA	M	T	N	SONDAS	M	T	N	DRENAJES	M	T	N	SECRECIONES	M	T	N	DEPOSICIÓN	M	T	N
Indiferente				NSG/OG				Gástrico				Abundantes				Normal			
Velocido				Foley				Torácico				Escasas				Líquida			
Agitado				Rectal				Paracénasis				Color				Melena			
Asequible				Talla Vesical				Otros				DIGESTIVO	M	T	N	Rectorragia			
RESPIRACIÓN	M	T	N	ABDOMEN	M	T	N	PIEL Y MUCOSAS	M	T	N	Distagia				ORINA	M	T	N
Normal				Depresible				Húmeda				Anorexia				Normal			
Disnea				Distendido				Seca				Hiporexia				Hematuria			
Poápnea				Timpánico				Pálida				Náuseas				Disuria			
Bradipnea				Asfítico				Ictérica				Vómitos				Oliguria			
Apnea				Otorroso				Cianótica				Hematemesis				Anuria			

### IDENTIFICACIÓN DE LESIONES

TIPO DE LESIÓN			
TRAUMÁTICA	( ) Penetrantes ( ) Cortante	( ) Aplastante	( ) Quemaduras
DERMATOLÓGICA	( ) Parasitaria ( ) Por Presión	( ) Bacteriana Grado ( )	( ) Neoplásicas ( ) Otros.....
METABOLICOS	( ) Diabéticas	( ) Colagenosis	
VASCULARES	( ) Arteriales	( ) Venosas	
QUIRÚRGICO	( ) Ostomías	( ) Dehiscente	



Edema	Fovea	Localización
+/+++	Fovea	
++/+++		
+/+/+++		

### BALANCE HÍDRICO ESTRICTO

INGRESOS	M	T	N	EGRESOS	M	T	N
VO/SNG				ORINA			
HIDRATACIÓN				DEPOSICIONES			
TRATAMIENTO				SNG			
HEMODERIVADO				DRENAJE			
OTROS				OTROS			
H2O METABOLICA				PÉRDIDAS INSENSIBLES			
SUB TOTAL				SUB TOTAL			
TOTAL				TOTAL			
BALANCE HÍDRICO							

Dolor	Localización:
	Intensidad: 1-2-3-4-5-6-7-8-9-10

PARESTESIA	MSD ( )	MSI ( )
	MD ( )	MI ( )
HEMPRESIA	Derecha ( )	Izquierda ( )
HEMIPLEJIA	Derecha ( )	Izquierda ( )
PARAPLEJIA ( )	TETRAPLEJIA ( )	
CONVULSIONES	Tónicas ( )	Crónicas ( )

# PLAN DE CUIDADOS AÑO 2016-2017

## PLAN DE CUIDADOS DE ENFERMERÍA

NOMBRE DEL PACIENTE: \_\_\_\_\_ EDAD: \_\_\_\_\_  
 DIAGNOSTICO: \_\_\_\_\_ FECHA DE APLICACIÓN: \_\_\_\_\_  
 DIAGNOSTICOS DE ENFERMERÍA:

1. \_\_\_\_\_
2. \_\_\_\_\_
3. \_\_\_\_\_
4. \_\_\_\_\_

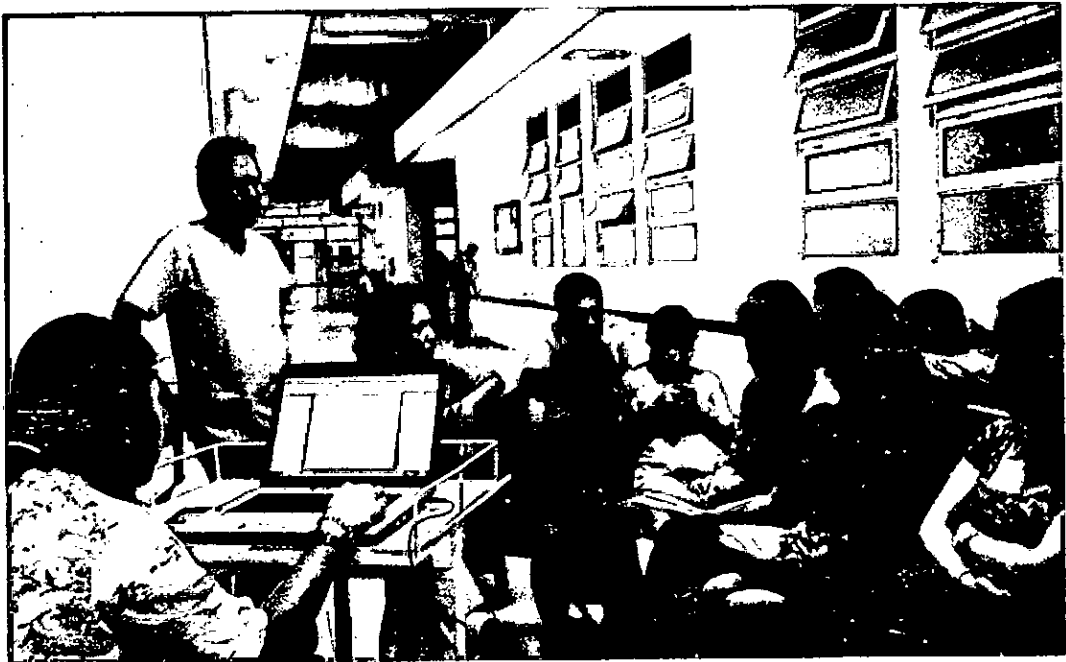
INTERVENCIONES	M	T	N	INTERVENCIONES	M	T	N	INTERVENCIONES	M	T	N
CFV y Saturación de O2				CFV y Saturación de O2				Valorar Abdomen			
Valorar Patrón Respiratorio				Valorar estado neurológico y Respuesta Pupilar				Valorar Ruidos Hidro Aéreos			
Valorar Asimetría Torácica				Mantener cabeza en ángulo 30°				Cuidados de SNG			
Auscultar Campos Pulmonares				Mantener línea nasal				Valorar Sangrado			
Administrar O2 suplementario				Administrar diurético osmótico				Valoración de Oclomias			
Posición que facilite la Ventilación/Perfusión				Administrar protector neurológico: fenitoína				Lavado Gástrico			
Participar en la Intubación				Administrar Ito indicado, sedo analgesia				Medir diámetro Abdominal			
Cuidados del TOT				Coordinar toma de TAC cerebral				Participar en la colocación de STK-BM			
Aspirar secreciones				Monitorar PVC				Lavado Gástrico			
Monitoreo de AGA				Monitorar T° adecuada				Control de Drenaje Gástrico			
Nebulizaciones				Control y Mantenimiento de Glicemia				Control de Hemoglobina			
Cambios de dispositivos oxígeno/Ventilatorio				Fluido Isotónic Enofovensa				Transferir Componente Hemático			
Monitoreo Ventilatorio				Control Diuresis/BHE							
Vigilar signos de Congestión				Vigilar signos de alarma							

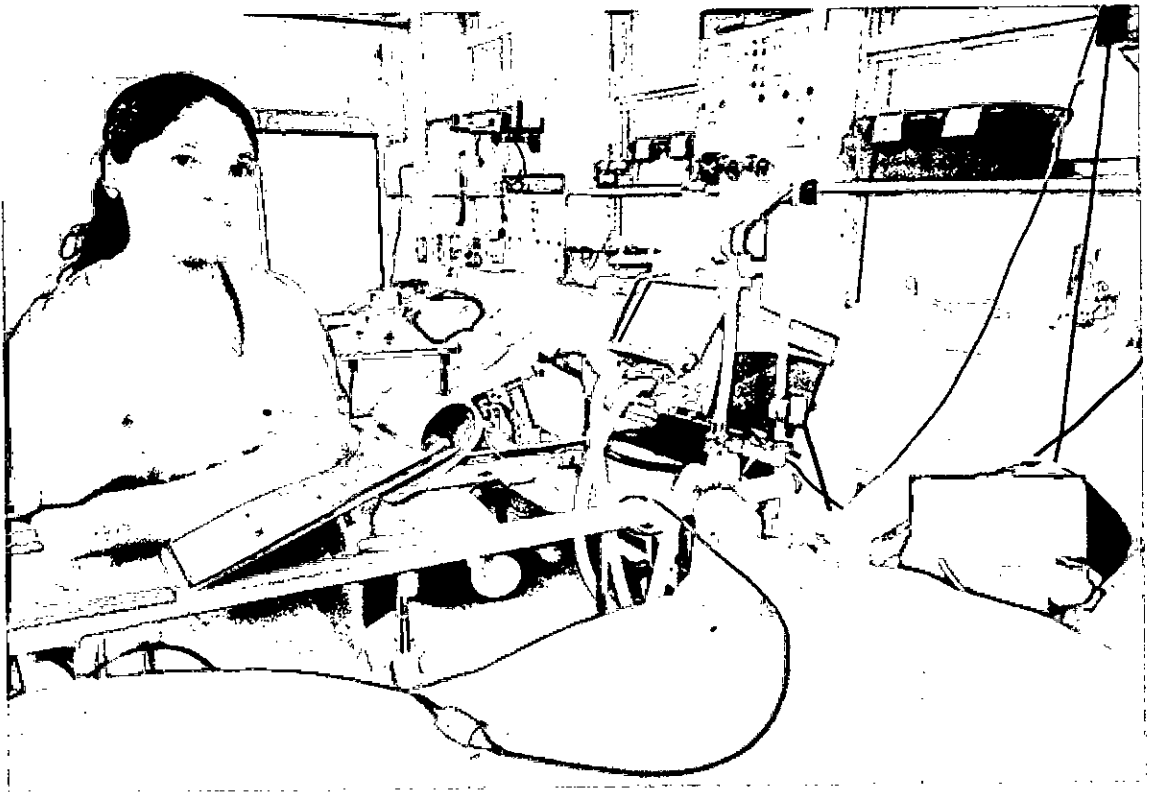
INTERVENCIONES	M	T	N	INTERVENCIONES	M	T	N	INTERVENCIONES	M	T	N
CFV, Monitoreo Cardíaco Estático				Valorar estado de Piel y Mucosas							
Control de EKG				Baño del Paciente e Higiene Bucal							
Valorar Ritmo Sinusal				Cambio de posición C/2 Ps							
Valorar PAM				Color en posición terapéutica							
Valorar Dolor Torácico				Hidratación de la Piel							
Valorar Llenado Capilar				Uso de Colchón Neumático							
Uso apropiado de Inotrópico				Curación de Ulceras							
Control de enzimas cardíacas				Dieta rica en Proteínas							
Preparar para RCP											

TURNO	EVALUACION DE ENFERMERÍA	ENFERMERO RESPONSABLE
M		
T		
N		

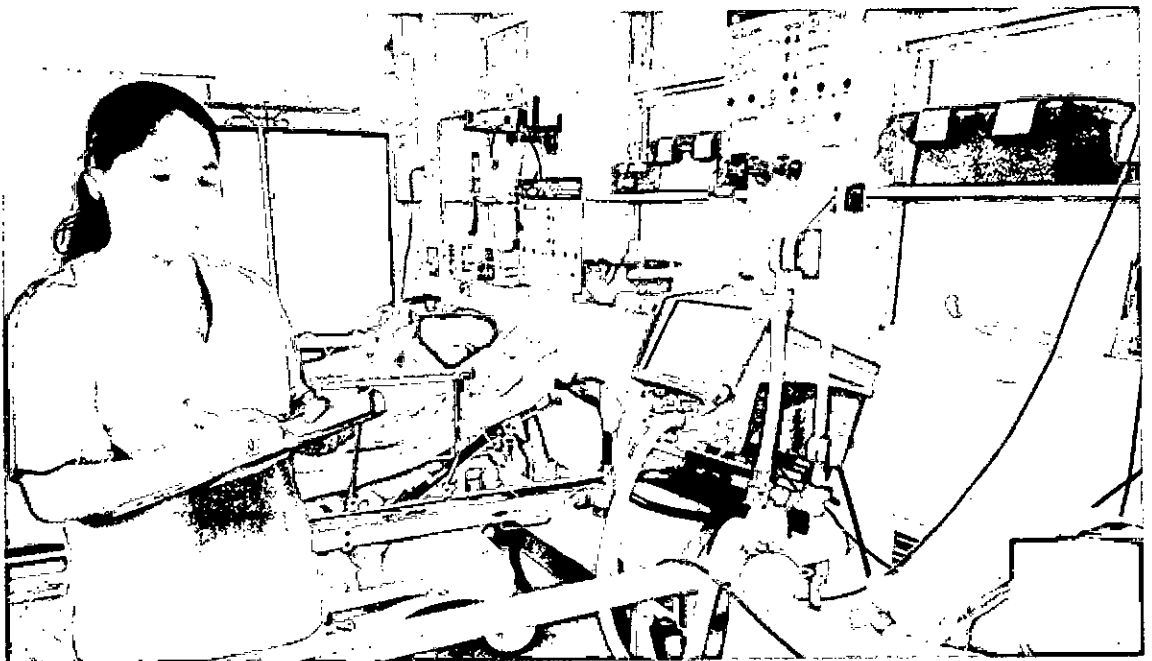


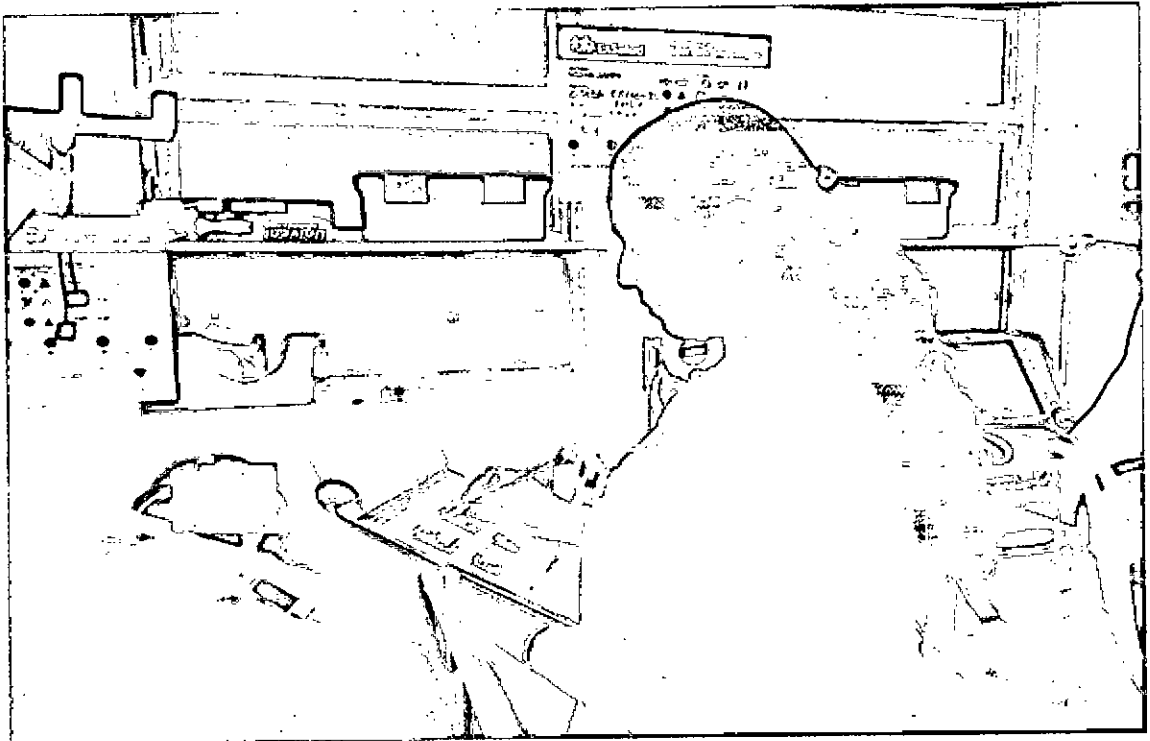
**REUNIONES DE SERVICIO: DISEÑANDO HOJAS DE VALORACION**



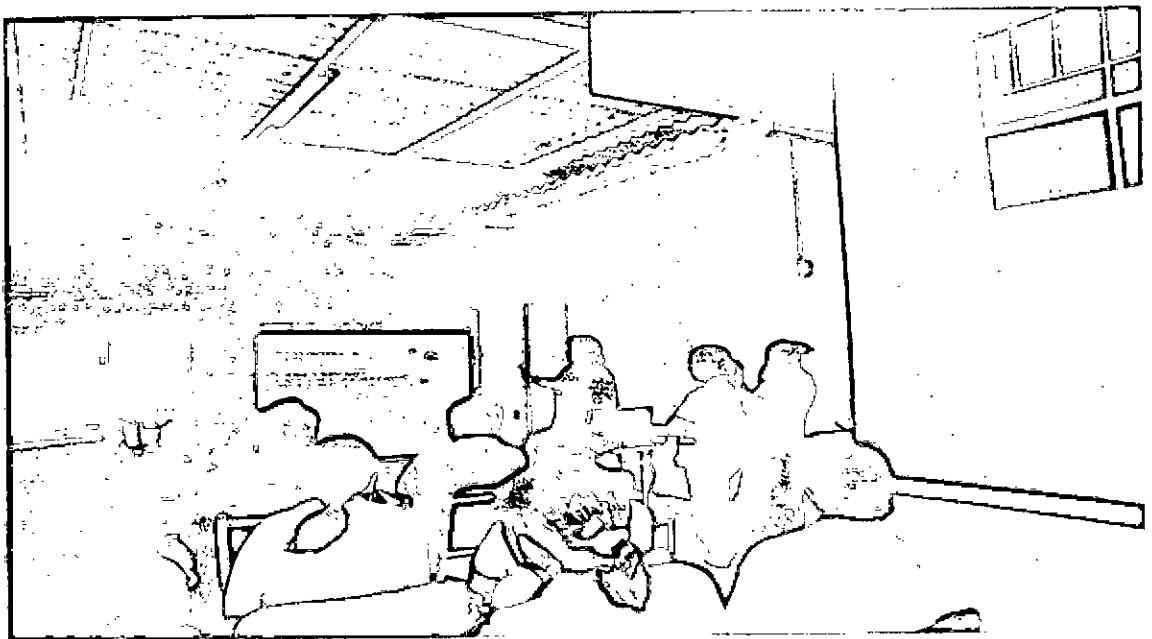


**LA VALORACION DEL PACIENTE Y LA DESCRIPCION DEL DIAGNOSTICO ENFERMERIA SE REALIZA DIRECTAMENTE CON EL PACIENTE EN CADA TURNO.**





**EN LAS INTERVENCIONES DE ENFERMERIA SOLO SE CHEQUEAN LAS REALIZADAS CON CADA PACIENTE.**



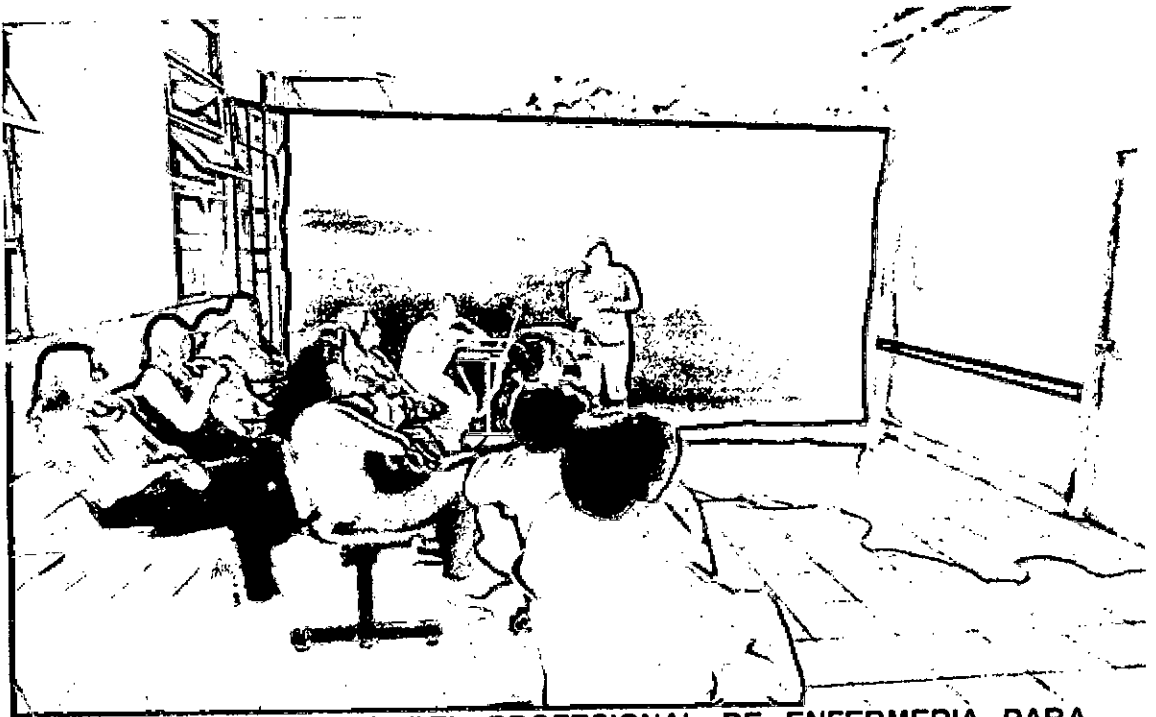
**CAPACITACION EN EL SERVICIO SOBRE DIAGNOSTICOS DE ENFERMERIA**

Diagnósticos de Enfermería	Definición	Intervenciones de Enfermería
<u>Perfusión tisular cerebral ineficaz R/c</u> <u>Interrupción del flujo sanguíneo</u> <u>Travesación de la barrera hematoencefálica</u> <u>Alteración de la percepción sensorial</u> <u>Restricciones de los ambientes físicos por el paciente</u>		<u>Reposo absoluto.</u> <u>Posición de cama de 15 a 30°.</u> <u>Monitoreo neurológico.</u> <u>CFV.</u> <u>Oxigenoterapia.</u> <u>Evitar maniobras de vasalva</u> <u>AGA-Electrolitos.</u> <u>Tratamiento indicado.</u> <u>Oximetría.</u> <u>Sedación.</u>

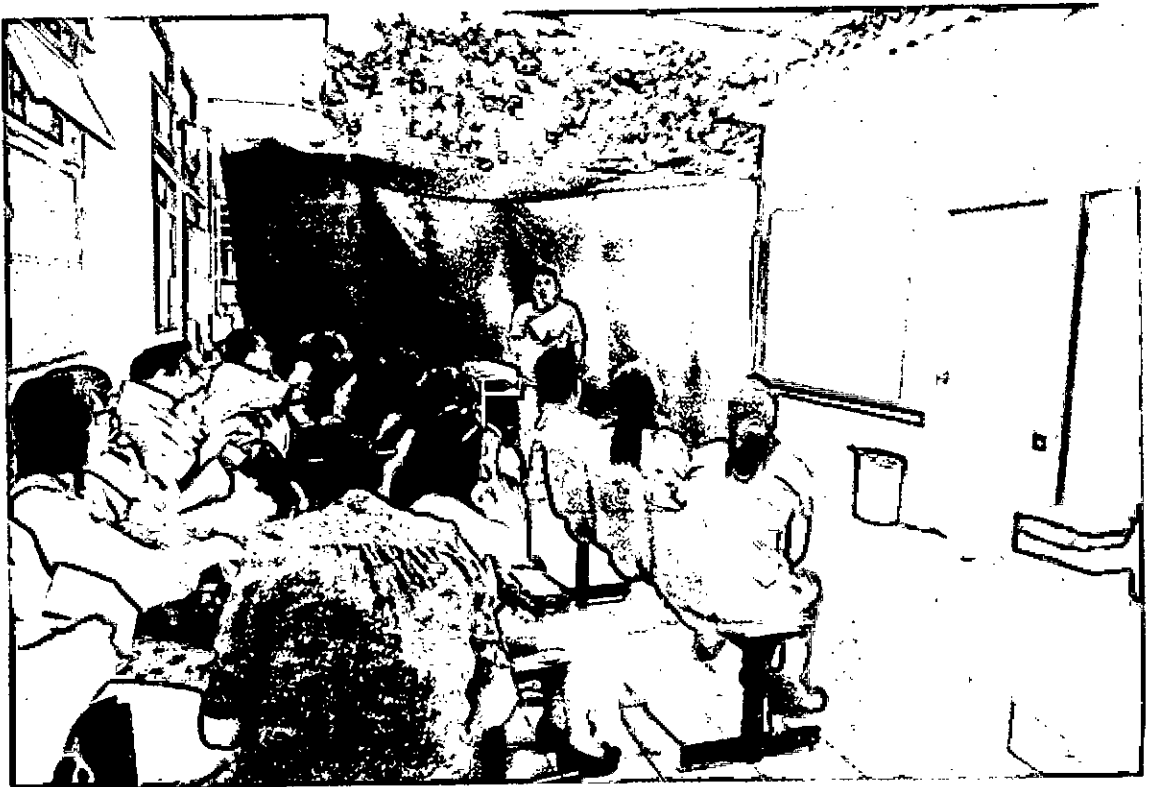
**DIPOSITIVAS ACERCA DE LA CAPACITACION SOBRE DIAGNOSTICOS DE ENFERMERIA E INTERVENCIONES DE ENFERMERIA.**







**REUNION DE SERVICIO DEL PROFESIONAL DE ENFERMERIA PARA TRATAR IMPLEMENTACION DE LOS DIAGNOSTICOS DE ENFERMERIA**





A diagram of a human body with anatomical labels and a table for injury identification. On the right, there are two line drawings of a human figure, one from the front and one from the back. The front view has labels: '14-19' on the chest, '24-25' on the right forearm, '26-27' on the left forearm, '34-35' on the right knee, and '36-37' on the left knee. The back view has a label: '18-19' on the upper back. On the left, there is a table with the title 'IDENTIFICACION DE LESIONES' and a sub-heading 'TIPO DE LESION'. The table has columns for 'TIPO DE LESION' and 'INDICACION' (partially visible). Below the table is a grid with a header 'INDICACION' and several rows of empty cells. At the bottom of the diagram are several small circular icons containing numbers and symbols.

DISEÑANDO HOJA DE VALORACION QUE ACTUALMENTE ES UTILIZADA