

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



**VALORACIÓN DE ENFERMERÍA POR DOMINIOS NANDA EN EL
PACIENTE DEL SERVICIO DE EMERGENCIA DE SALUD MENTAL
DEL HOSPITAL EDGARDO REBAGLIATI MARTINS, 2016**

**INFORME DE EXPERIENCIA LABORAL PROFESIONAL PARA OPTAR
EL TÍTULO DE SEGUNDA ESPECIALIDAD PROFESIONAL DE
ENFERMERÍA EN SALUD MENTAL**

ROSA LUISA QUISPE PUSACLLA

Callao, 2017
PERÚ

HOJA DE REFERENCIA DEL JURADO

MIEMBROS DEL JURADO EXAMINADOR:

- | | |
|--------------------------------------|------------|
| ➤ DR. LUCIO ARNULFO FERRER PEÑARANDA | PRESIDENTE |
| ➤ DRA. ANA ELVIRA LÓPEZ Y ROJAS | SECRETARIA |
| ➤ DR. CÉSAR MIGUEL GUEVARA LLACZA | VOCAL |

ASESOR: DRA. TERESA ANGÉLICA VARGAS PALOMINO

Nº de Libro: 01

Nº de Acta de Sustentación: 016

Fecha de Aprobación del Informe de Experiencia Laboral: 07/09/2017

Resolución Decanato N° 1975-2017-D/FCS de fecha 04 de Setiembre del 2017 de designación de Jurado Examinador de Informe Laboral para la obtención del Título de Segunda Especialidad Profesional.

ÍNDICE

	Pág.
INTRODUCCIÓN	2
I. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA	3
1.1 Descripción del problema	3
1.2 Objetivo	5
1.3 Justificación	6
II. MARCO TEÓRICO	7
2.1 Antecedentes	7
2.2 Marco Conceptual	9
2.2.1 Modelo de enfermería	9
2.2.2 Proceso de enfermería	11
2.2.3 Taxonomía NANDA	12
2.2.4 Definición de Diagnostico de Enfermería	12
2.2.5 Valoración de Enfermería	13
2.2.6 Técnicas de Valoración de Enfermería	14
2.2.7 Valoración de enfermería por dominios	15
2.3 Definición de términos	17
III. EXPERIENCIA PROFESIONAL	18
3.1 Recolección de datos	18
3.2 Experiencia Profesional en el Servicio de Emergencia de Salud Mental	18
3.3 Procesos Realizados en la Valoración de Enfermería por Dominios NANDA	22
3.3.1 Valoración durante el Proceso de Triage	22
3.3.2 Proceso de admisión	23
IV. RESULTADOS	37
V. CONCLUSIONES	41
VI. RECOMENDACIONES	42
VII. REFERENCIALES	43
ANEXOS	45

INTRODUCCIÓN

En la actualidad es responsabilidad del enfermero la valoración inicial ya que es parte integral de la práctica diaria que resuelven los problemas de naturaleza biopsicosocial mediante diagnósticos reales, potenciales en los diferentes niveles de atención y en el área de psiquiatría los registros cumplen un papel importante de comunicación.

En el Perú la aplicación del Proceso de Enfermería, es considerada como instrumento de evaluación de la eficiencia, eficacia y efectividad del trabajo. Y se evidencia en la Ley del trabajo del Enfermero No 27669. (1). La existencia de un registro esquematizado determinan los procesos de documentación y disminuyen los tiempo enfermero usuario para mejorar la calidad de atención de enfermería. En la valoración el enfermero recoge de forma sistemática la información necesaria para diagnosticar las respuestas de salud del cliente e identificar los factores contribuyentes. Esto constituye el fundamento de las fases restantes del proceso de enfermería: diagnóstico, planificación, ejecución y evaluación.(2).

El objetivo principal de este informe, es describir la experiencia profesional en la Valoración de enfermería por dominios NANDA que realiza el enfermero según formato estandarizado en el ingreso del paciente al servicio de Emergencia de Salud Mental, a fin de que la gestión actual de enfermería del servicio determine medidas en cuanto a la estandarización de los registros. El informe consta de IV capítulos. En el capítulo I se describe la situación problemática del problema. En el capítulo II se abordara el Marco Teórico o Conceptual relacionados con los dominios NANDA. En el capítulo III, se describirá las situaciones profesionales relevantes poniendo énfasis en los dominios mayormente abordados para concluir posteriormente con diagnóstico NANDA. En capítulo IV se presentaran los resultados para finalizar con las Conclusiones y las Recomendaciones o Propuestas de Afrontamiento.

I. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

1.1. Descripción del Problema

En el Perú Históricamente los diagnósticos de enfermería sobre los cuidados de los pacientes en los hospitales del Perú se han limitado cronológicamente de las observaciones más o menos casuales acerca del paciente, efectos del medicamento, tratamiento, datos de monitorización, entre otros.

El pabellón que inició la aplicación de los primeros diagnósticos NANDA fue el Servicio de Medicina 4I del Hospital Nacional Arzobispo Loayza, de Lima-Perú en 1997, actualmente se vienen aplicando en los diversos hospitales docentes del país.

La recopilación de información debe constituir un proceso organizado; los enfermeros tienen que decidir qué información conviene reunir en una situación particular, y determinar los métodos y fuentes más apropiadas para obtener la información deseada.

La valoración de enfermería es una recolección de información acerca del estado fisiológico, psicológico, sociológico y espiritual del paciente llevada a cabo por el enfermero con el fin de identificar las necesidades, problemas o respuestas humanas del cliente en forma sistémica, a través de la entrevista y la exploración física.(2)

Desde el último quinquenio la enfermería se ha ido desarrollando como profesión en el ámbito mundial y nacional incrementando su marco teórico con herramientas y metodologías que dirigen nuestro quehacer en el cuidado de los pacientes con diversos grados de complejidad y del manejo de sofisticados equipos de alta tecnología, administración de

medicamentos y junto con ellos el manejo de los registros de Enfermería, tales como: Kárdex, Balance Hídrico, Censos, Anotaciones de Enfermería, garantizando así la continuidad del cuidado.

A nivel Internacional en Enfermería las aplicaciones de los diagnósticos enfermeros tuvieron sus comienzos en la década de 1950 de manera lenta; su origen se ubica en Estados Unidos de América y progresivamente fue extendiéndose al resto del mundo (11). Asimismo en América Latina en Colombia la incorporación de los diagnósticos de la taxonomía II de NANDA, ha tenido una amplia difusión en el ámbito educativo. Actualmente cada dos años aparecen actualizaciones de la NANDA y sus diagnósticos, así como el NIC y NOC.(2)

Según Morrison M. La admisión es una etapa propicia para valorar al paciente y nos dice: Cuando un paciente ingresa en el servicio de salud, se le debe hacer una entrevista. Y se define como "una conversación organizada con el paciente", con la finalidad de obtener cierta información sobre su estado de salud(3).

La valoración de acorde a la Taxonomía II NANDA, permite una fácil relación con los diagnósticos. En base a esto se considera que: El uso de un lenguaje común en enfermería puede dar resultados beneficiosos para el paciente, ya que se potencia una mayor comunicación. La valoración por dominios permite formular correctamente y con más precisión los Diagnósticos enfermero a fin de planificar las intervenciones de enfermería.

Según M, Phaneuf un modelo de registro sistematizado debe ser flexible y debe adaptarse a la realidad que nos exige el paciente y el contexto en el que Enfermería se sitúa en nuestro medio (7). Por tanto debemos adaptar un diseño de valoración por dominios y clases y que facilite la

clasificación diagnóstica para establecer la planeación y el plan de cuidados de enfermería (4).

En el servicio de Emergencia de Salud Mental del Hospital Edgardo Rebagliati Martins se ha observado que durante el proceso de Admisión del paciente, se viene aplicando un instrumento de Valoración de enfermería sistematizado por 13 dominios cuyo registro de Enfermería se viene realizando desde hace más de 15 años. Inicialmente la valoración de enfermería estaba en función de 11 patrones funcionales de Marjory Gordon y posteriormente se actualizó en el 2008 en dominios NANDA con la finalidad de proporcionar un lenguaje estandarizado y así facilitar la formulación de los diagnósticos de enfermería. También se ha observado que algunos enfermeros de reciente ingreso a la institución y otros que a pesar de los años de servicio a la institución no le dan la debida importancia a la correcta recolección de datos, realizándolo de manera superficial. Y a veces en los dominios que deberían darle mayor énfasis en la valoración como es percepción, actividad/reposo, tolerancia al estrés, seguridad que etc..... a pesar de la evidencia clara del diagnóstico de enfermería, no señalan el dato relevante que le ha conllevado a ese diagnóstico y en el documento existente hace mención claramente.

1.2. Objetivo

Describir la experiencia profesional en la Valoración de enfermería por Dominios NANDA que realiza el enfermero según formato estandarizado en el ingreso del paciente en el servicio de Emergencia de Salud Mental del Hospital Edgardo Rebagliati Martins 2016.

1.3. Justificación

A través del presente informe se describe como se realiza la Hoja la Valoración de Enfermería por Dominio NANDA en el paciente con alteración psiquiátrica del servicio de Emergencia de Salud Mental del Hospital Edgardo Rebagliati Martins, y su relación con las teóricas de enfermería, a fin de homogenizar éste proceso en todos los enfermeros del servicio de Emergencia de Salud Mental. Es importante informar nuestra experiencia laboral, para dar a conocer la optimización del tiempo que invierte la enfermera en los cuidados del paciente y en la obtención de la información sistematizada. El presente informe servirá para proponer recomendaciones y mejoras en el la valoración inicial del paciente de acuerdo a las limitaciones presentadas.

II. MARCO TEÓRICO

2.1. Antecedentes

ROJAS Almeida, en el año 2014 realizó una investigación sobre Eficacia de un programa educativo en la calidad técnica de las anotaciones de enfermería en un servicio de medicina interna de un Hospital Nacional. Lima – Perú, con el objetivo de Determinar la Eficacia de un programa educativo en la calidad técnica de las anotaciones de enfermería del servicio de Medicina Interna 6C del Hospital Nacional Edgardo Rebagliati Martin, de tipo cuantitativo, nivel aplicativo, método cuasi experimental con un solo grupo antes y después. La muestra estuvo conformada por 324 anotaciones de enfermería. Llegando a la conclusión que el programa educativo fue eficaz en el incremento de la calidad técnica de las anotaciones de enfermería del servicio de Medicina Interna 6C del Hospital Nacional Edgardo Rebagliati Martins. La calidad técnica de las anotaciones de enfermería en la dimensión contenido y en la dimensión estructura, luego de la aplicación del programa educativo fueron “buenas” significativamente.(5)

GONZALES Madero, en el año 2011 realizó una investigación sobre Factores que afectan el correcto llenado de las hojas de registros clínicos, por el personal de enfermería del área operativo-asistencial, del turno matutino del Hospital General de Zona #32 Villa Coapa, con el objetivo de conocer qué factores influyen en el personal de enfermería para realizar el llenado de la hoja de registros clínicos en forma inadecuada del Hospital General de Zona #32 "Villa Coapa". A través de un método descriptivo y transversal, del tipo de investigación documental, en una muestra de 80 enfermeras de los servicios de Medicina Interna, Gineco - Obstetricia, urgencias, recuperación toco quirúrgica, pediatría y quirófano. Llegando a la conclusión que la carga de trabajo y la falta de unificación de criterios

por parte de las supervisoras, jefas de piso, prosiguiendo el descontrol con respecto a la capacitación que se le brinda al personal y finalmente el desconocimiento de los lineamientos establecidos en la norma oficial son factores importantes que interfieren en el correcto llenado de la hoja de registros clínicos de enfermería. (6)

FR. Juanita, en el 2013 realizó una investigación sobre Aplicabilidad de la Valoración en el Cuidado de la Persona Hospitalizada Servicio de Cirugía Hospital Regional Docente las Mercedes – Chiclayo- Perú, con el objetivo de Describir, analizar y comprender la forma en que la enfermera aplica la valoración en el cuidado de la persona hospitalizada Servicio de Cirugía Hospital Regional Docente Las Mercedes. Mediante una metodología cualitativa con enfoque estudio de caso. Llegando a la conclusión que la aplicabilidad registrada resulta de diferencias entre lo ideal y real en cuanto a la valoración de enfermería. Durante la formación se aprende pasos exhaustivos para su aplicación, sin embargo en la práctica diaria surgen nuevas percepciones, perspectivas y enfoques, realizándola de manera más rápida, reflejando la priorización de la parte física de la persona o centrándose en las de mayor dependencia y prioridad; por la existencia de factores que dificultan una valoración ideal: disponibilidad de un ambiente que garantice el respeto de la intimidad, el tiempo, gran demanda de pacientes y cumplir múltiples funciones a la vez.(7).

GUTIÉRREZ et al, en el 2012 realizó una investigación sobre Nivel de cumplimiento de los registros de Enfermería en el servicio de Gineco-Obstetricia del Hospital Nacional Madre Niño San Bartolomé, 2012 con el Objetivo de Determinar el Nivel de Cumplimiento de los Registros de Enfermería con respecto a los Cuidados que se brinda en el servicio de Gineco- obstetricia del HONADOMANI “San Bartolomé”. Es un estudio de tipo no experimental, descriptivo transversal. La muestra estuvo conformada por 41 historias clínicas. Se elaboró una hoja de check list y

se aplicó a los cuatro registros de Enfermería (Hoja de Funciones Vitales, Kárdex, Anotaciones de Enfermería y Hoja de Balance Hídrico). Llegando a la conclusión que Las enfermeras del servicio de Gineco-obstetricia, cumplen con realizar los registros de Enfermería entre un nivel bueno y muy bueno en 63.4% y el 7.3% registran muy malo.(8)

2.2. Marco Conceptual

2.2.1. Modelo de enfermería

Los modelos y las teorías guían el pensamiento crítico de las enfermeras. Un modelo es una representación que ayuda a comprender algo que no se puede ver directamente o algo de lo que sabemos poco. Obviamente un modelo no es la realidad, sino una abstracción de la realidad. (2). Un modelo conceptual son ideas universales acerca de los individuos, grupos, situaciones y acontecimientos de interés para una disciplina que describe un ideal a lograr y está formado por conceptos y asunciones.(2). Los Modelos de cuidados de enfermería marcan la pauta de lo que debe hacerse, un esbozo abstracto o estructural de algo real, o una aproximación o simplificación de la realidad. El modelo marca los elementos de una disciplina y representa la simplificación de una teoría.

Dentro de estas teorías se agrupan Modelos de Cuidados por Tendencias:

1. Tendencia Naturalista.
2. Tendencia Suplencia-Ayuda.
3. Tendencia Interacción (interrelación).
 - Principales representantes:

Hildegarde Peplau (1950), Ida Orlando (1960), Imogene King (1970-1980).

Modelo de Marjory Gordon.(25)

Definición

Considera a la persona en forma integral con enfoque holístico porque contempla las dimensiones de la salud biológica, emocional, espiritual, mental y social.

Elementos más importantes de su Modelo son:

Considera tres elementos como son el entorno del cliente, los objetivos de enfermería, e intervenciones de enfermería

Patrones Funcionales de Salud

La valoración del paciente tiene una gran importancia para conocer su respuesta a procesos vitales o problemas de salud, reales o potenciales, que puedan ser tratados por las enfermeras.

La valoración por Patrones Funcionales enfoca su atención sobre 11 áreas (o patrones) con importancia para la salud de los individuos, familias o comunidades, las cuales son interactivas e independientes.

Patrón 1: Percepción - manejo de la salud

Patrón 2: Nutricional – metabólico

Patrón 3: Eliminación

Patrón 4: Actividad - ejercicio

Patrón 5: Sueño - descanso

Patrón 6: Cognitivo - perceptual

Patrón 7: Autopercepción - autoconcepto

Patrón 8: Rol - relaciones

Patrón 9: Sexualidad – reproducción

Patrón 10: Adaptación - tolerancia al estrés

Patrón 11: Valores - creencias

Todo esta dinámica busca la determinación del perfil funcional del individuo y la localización de aquellos Patrones Funcionales que están alterados, o en peligro de alteración, en alguna medida, para posteriormente determinar un diagnóstico enfermero que describa esa situación(9)

2.2.2.- Proceso de enfermería

Es el sistema de la práctica de la enfermería que proporciona el mecanismo por el que el profesional de enfermería utiliza sus opiniones, conocimientos y habilidades para diagnosticar y tratar las respuestas humanas a los problemas reales o potenciales de la salud del cliente, familia y comunidad. Según Yura y Walsh (1998) afirma que el Proceso de Enfermería es la serie de acciones señaladas, para cumplir el objetivo de mantener el bienestar óptimo del cliente, y si este estado cambia, proporcionar la calidad y cantidad de asistencia de enfermería para lograr al nuevo estado de bienestar o contribuir a la calidad de vida del cliente durante el mayor tiempo posible.(2).

El Proceso de Atención de Enfermería (PAE) constituye el método de intervención que distingue a la disciplina. Su aplicación se hace cada día más indispensable en los ámbitos de la enseñanza y de la práctica diaria, siendo definido por Alfaro como "un método sistemático y organizado para administrar cuidados de enfermería individualizados de acuerdo con el enfoque básico de cada persona -o grupo de personas- de responder de forma distinta ante una alteración real o potencial de salud".

2.2.3.- Taxonomía NANDA

Consiste en la clasificación de etiquetas diagnóstica en forma ordena y en orden alfabéticos, divididos en dominio y clases aprobados por la NANDA Asociación América de Enfermería.

2.2.3.1.- Estructura de la taxonomía 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.
- Potencialidad. Indica la estado en la que se encuentra el problema sobre el actuamos. Ejemplo: Bienestar, riesgo, real.
- Descriptor. Es el determinante que especifica el significado del diagnóstico. Ejemplo: Disfuncional, inefectivo, etc.

2.2.4.- Definición de Diagnósticos de Enfermería

Es un juicio clínico de las respuestas humanas de una persona, familia o comunidad de problemas de salud reales o potenciales, que el enfermero identifica, valida y trata de forma independiente (9)

El diagnóstico de enfermería se define como la identificación de los problemas de salud del paciente, familia y comunidad. Proporcionan la base para la elección de intervenciones de enfermería destinadas a lograr un nivel funcional óptimo.(10)

2.2.4.1. Tipos de Diagnóstico:

Diagnóstico "REAL". Es la respuesta actual ante un problema de salud.

Diagnóstico de "RIESGO". Predice problemas que pueden presentarse en un futuro próximo.

Diagnóstico de PROMOCIÓN DE LA SALUD o de SALUD o BIENESTAR. Describe una respuesta humana que está en disposición de mejorar o cuando se pretende alcanzar un mayor nivel de bienestar. Y afirma un juicio clínico sobre la motivación y deseo de una persona, familia o comunidad para aumentar su bienestar, actualizar su potencial humano y mejorar conductas de salud específicas.

2.2.5. Valoración de Enfermería

Es la primera fase del proceso de enfermería, sus actividades se centran en la obtención de información relacionada con el cliente, familia o comunidad con el fin de identificar las necesidades, problemas, preocupaciones o respuestas humanas del cliente, los datos se recogen de forma sistémica, utilizando la entrevista, la exploración física, los resultados de laboratorio y otras fuentes registradas en la historia de enfermería.

Para realizar la valoración a un paciente con enfermedad mental se debe planificar la entrevista y la observación para que los datos obtenidos reflejen la información concerniente al estado biográfico del individuo y de su salud psicológica, socio cultural, espiritual y biofísica.

2.2.6. Técnicas de Valoración

Proporcionan al profesional de enfermería un enfoque lógico, sistemático y continuo en la recogida de datos necesario para la formulación posterior del diagnóstico y planificación de cuidados de Enfermería.

2.2.6.1. Entrevista

Es la interacción que se enfoca en la identificación de respuestas del cliente que se puedan tratar a través de actuaciones de enfermería. Es un proceso complejo que exige capacidades de comunicación, además se trata de un proceso dirigido diseñado para permitir que tanto el profesional de enfermería como el cliente den y reciban información necesaria para el diagnóstico y la planificación y otros componentes del proceso.

En Salud Mental constituye el instrumento más importante que utiliza el enfermero, viene a ser la interacción con un propósito determinado, se centra en los cambios de comportamiento y en las historias físicas, emocional y social, también examina el estado mental permitiendo una amplia base de datos sobre la cual se planifica la atención de enfermería.

2.2.6.2. Observación

Consiste en el uso de los órganos de los sentidos para adquirir información relevante sobre el cliente, sus seres queridos, el entorno y las interacciones entre estas variables. Es una habilidad que exige disciplina, práctica y una amplia base de conocimientos.

Para la práctica de enfermería en salud mental, Es otra herramienta esencial que consiste en mirar y escuchar la comunicación verbal o no verbal. Se debe realizar una buena observación al comportamiento del paciente el que está en relación al pensamiento desordenado del mismo.

La observación equivale a obtener hechos, seleccionados de forma objetiva. Con el propósito de sistematizarla, se recurre a un instrumento de captación de datos, que permita al mismo tiempo anotar lo observado. Cuando se adquiere habilidad en el manejo de dicho instrumento, es posible caer en la tentación de hacerlo a un lado, sin embargo, nunca se deben confiar a la memoria las observaciones realizadas.

2.2.7. Valoración de enfermería por dominios

La valoración de acorde a la Taxonomía II NANDA, permite una fácil relación con los diagnósticos. En base a esto se considera que: El uso de un lenguaje común en enfermería puede dar resultados beneficiosos para el paciente, ya que se potencia una mayor comunicación. La valoración por dominios permite formular correctamente y con más precisión los Diagnósticos enfermero a fin de planificar las estrategias e intervenciones de enfermería. Instrumentos para la valoración: Registro estandarizado

Es importante que exista un registro de Enfermería sistematizado para la identificación de las necesidades con la que ingresa un paciente psiquiátrico a un servicio de hospitalización pero debe ser práctica para su fácil manejo en el cuidado de enfermería.

Esté, Instrumento tendría un menor costo y mayor beneficio, sería un Instrumento legal, donde se plasmaría el cuidado Integral de los pacientes. Además a partir de este informe se puede elaborarse protocolos, manuales que puedan mejorar la calidad de la atención. Y logrando el uso adecuado de los registros. Los enfermeros conseguiremos:

- Una herramienta que facilite y disminuya el tiempo enfermero en el trabajo.

- La creación de una base de datos y lenguaje estandarizado esencial para el desarrollo del conocimiento enfermero
- Permitir ser un colectivo fuerte en la elaboración, actualización de planes, balances y presupuestos sanitarios en el Área de Salud Mental.

En esta Institución ya se cuenta con un formato de Registro de Valoración Inicial del paciente con alteración psiquiátrica que integra la Taxonomía II con sus 13 dominios

- Dominio 01 : Promoción de la salud.
- Dominio 02 : Nutrición.
- Dominio 03 : Eliminación/Intercambio.
- Dominio 04 : Actividad y reposo.
- Dominio 05 : Percepción/cognición.
- Dominio 06 : Autopercepción.
- Dominio 07 : Rol/relaciones.
- Dominio 08 : Sexualidad.
- Dominio 09 : Afrontamiento/Tolerancia al estrés.
- Dominio 10 : Principios vitales.
- Dominio 11 : Seguridad/protección.
- Dominio 12 : Confort.
- Dominio 13 : Crecimiento y desarrollo.

2.3. Definición de términos

- **VALORACIÓN DE ENFERMERÍA**

Es una recolección de información acerca del estado fisiológico, psicológico, sociológico y espiritual del paciente llevada a cabo por el enfermero con el fin de identificar las necesidades, problemas o respuestas humanas del cliente en forma sistémica, a través de la entrevista y la exploración física.

- **NANDA**

Significa:

“Asociación Norteamericana de Diagnósticos de Enfermería es una sociedad científica de enfermería cuyo objetivo es estandarizar el diagnóstico de enfermería. Fue fundada en 1982 para desarrollar y refinar la nomenclatura, criterios y la taxonomía de diagnósticos de enfermería.

- **PACIENTE PSIQUIÁTRICO**

Es toda aquella persona que padece de una enfermedad mental que acude en busca de ayuda por su propia iniciativa o si no que es traído por sus familiares o allegados o en otros casos por la autoridad.

III. EXPERIENCIA PROFESIONAL

3.1. Recolección de datos

Se utilizó historias clínicas donde se realizaron 14,334 registros de las Hojas de Valoración de Enfermería y Planillón de Admisión de SM del HNERM correspondiente a los años 2013 y 2015.

Se elaboró una ficha de recolección de datos la cual permitió verificar los dominios más relevantes registrados y una lista de cotejo lo cual permitió observar los diagnósticos más frecuentes según los dominios NANDA.

3.2. Experiencia Profesional

Durante mi experiencia profesional me he desempeñado como enfermera asistencial laborando en el Hospital Nacional Edgardo Rebagliati Martins considerado un hospital de alta especialidad de nivel IV donde laboro en el servicio de Emergencia de Salud Mental desde el año 1999 hasta la actualidad; el cual se encuentra ubicado en el área de Salud Mental que cuenta con el servicio de Consulta Externa, el servicio de Hospitalización Damas, el servicio de Hospitalización Varones y en el que se encuentra el Servicio de Emergencia de Salud Mental el cual fue creado el 02 de Enero de 1995; empezó a funcionar como un Servicio dependiente del Departamento de Salud Mental. En el año 1998 pasa a depender estructuralmente del departamento de Emergencia del Hospital y es bajo esta estructura administrativa que desarrolla sus actividades con una cobertura total de las Emergencias Psiquiátricas. Su misión es brindar atención especializada, oportuna, permanente con calidad y calidez, en emergencias o urgencias psiquiátricas a todos los pacientes que adolecen de problemas agudos o reagudizados de su salud mental.

La Emergencia de Salud de Hospital Nacional Edgardo Rebagliati Martins es un servicio altamente especializado que reciben pacientes de la Red Asistencial Rebagliati de EsSalud y tiene una capacidad de 16 camas sensibles y 4 camas no sensibles para varones y mujeres según demanda, destinadas a la atención exclusiva del asegurador titular y sus derechos habitantes como esposas e hijos, los cuales ingresan a la sala de observación en dos modalidades por Triage de emergencia y/o urgencia y por derivación de la consulta externa según el protocolo de admisión.

Su principal demanda está caracterizada por tener entre los diagnósticos más frecuentes:

- Trastornos depresivos
- Trastornos paranoides
- Trastornos bipolares
- Conductas adictivas
- Trastornos de la personalidad

Con una corta y mediana estancia hospitalaria, después de cumplir la observación de 24 a 72 horas son dados de alta o hospitalizados en sala de varones o sala de mujeres. Observando esta realidad dentro del servicio de Emergencia de Salud Mental del Hospital Nacional Edgardo Rebagliati Martins, mi labor está enfocada a la intervención directa con el paciente en la valoración de enfermería por dominios a todo paciente que ingresa a la sala de observación mediante el registro sistematizado de datos relevantes para determinar el diagnóstico de enfermería y el plan de intervención posterior para ello se cuenta con el apoyo del equipo de salud terapéutico, lo cual se explica en el siguiente cuadro.

**Relación del personal que labora en Emergencia de Salud Mental
según género Hospital Edgardo Rebagliati Martins 2016**

Cargo	Género		Total
	Masculino	Femenino	
Médicos	5	4	9
Enfermeros	3	8	11
Técnico de Enfermería	6	4	10
Asistente Social	0	1	1
Personal Administrativos	1	0	1
Personal de Seguridad	1	0	1
Total	16	17	33

A través del desempeño de estos profesionales se logran la atención oportuna y humanizada durante el proceso de admisión del paciente en estado de emergencia o urgencia psiquiátrica al servicio como se observa en el cuadro el personal de enfermeros que laboran es de 11 enfermeros asistenciales y 10 técnicos de enfermería, por turno laboran, 2 enfermeros asistenciales y un Jefe de enfermería y 2 técnicos de enfermería y 3 médicos psiquiatras. De los enfermeros asistenciales uno se hace cargo de la sala de observación y la segunda es la encargada de realizar el Triage conjuntamente con el médico psiquiatra de guardia.

Funciones generales

Enfermero de Triage, (admisión) realiza las siguientes funciones:

- Recepción del paciente
- Determinación de la urgencia psiquiátrica.
- Admisión del paciente
- Valoración de enfermería

- Cuidado integral
- Confección de historia clínica.
- Hospitalización
- Reporte del estado del paciente a la enfermera de sala de observación quien posteriormente estará a cargo.
- Coordinaciones de todas las actividades administrativas(tarde y noche)
- Alta del paciente.
- Transferencias de pacientes
- Dotación y control de material
- Informe de incidencias y enfermería.
- Soluciona problemas imprevistos.
- Otras actividades propias similares a subjefe.

Enfermero de Sala de Observación realiza las siguientes funciones:

- Cuidados especializados de enfermería en salud mental y cuidados integrales.
- Vigilancia constante de las conductas y evolución de los pacientes a su cargo, incluidos ingresos.
- Actuar en caso de agitación.
- Reporte de enfermería de todos los pacientes incluidos los ingresos.
- Recepción y entrega el reporte de enfermería.
- Rondas de enfermería.
- Redacta y entrega al técnico las indicaciones respectivas verificando su cumplimiento.
- Controla las funciones vitales de los pacientes a su cargo.
- Administra tratamiento oral y parenteral.
- Procedimientos específicos según complicación medica
- Extrae muestras para laboratorio: AGA, hemograma, bioquímica.

- Participa en la evaluación médica.
- Registra estadística de procedimientos y actividades de enfermería.
- Realiza anotaciones de enfermería del cuidado de los pacientes.

Enfermera jefe

- Realiza las siguientes funciones:
- Planificar, supervisar, dirigir y evaluar las normas y organizaciones del servicio del servicio de emergencia de salud mental de acuerdo a la política vigente del departamento de enfermería del HNERM, haciéndola cumplir al personal a su cargo.
- Desarrollar la gestión de enfermería de acuerdo a la elaboración del plan operativo, producción de enfermería, estándares de indicadores de calidad.
- Fomentar y mantener las buenas relaciones interpersonales.
- Recepción de reporte de enfermería.

3.3. Procesos Realizados en la valoración de enfermería por dominios NANDA

3.3.1 Valoración durante el proceso de Triage

Al momento del Triage me es importante y de gran utilidad el modelo de Peplau para iniciar una relación enfermero – paciente, reconozco y respondo la necesidad de ayuda con una actitud empática que genere confianza al paciente, percibo así que necesidades están alteradas y que urge una atención rápida, ayudando al paciente a reconocer y entender su problema. Según mi experiencia, gran porcentaje de los pacientes psicóticos no son los que buscan la ayuda sino los familiares; los mismos que suelen ingresar en estado de agitación psicomotriz, crisis de ansiedad, pánico, alto riesgo de violencia, altos riesgo suicida etc. Mi intervención oportuna como enfermera, consiste en valorar en instantes el

riesgo potencial o problema real, controlando la agitación o crisis antes de pasar a la entrevista formal, **oriento** al paciente y familiar dependiendo del grado de agitación ya que se encuentra en un entorno desconocido (pacientes Nuevos), factor que incrementa aún más el estado de agitación y riesgo de fuga. Posteriormente dejo que el paciente y familiar verbalice sus temores, inquietudes (catarsis) para proceder a aplicar la entrevista a través de un "Registro del Cuidado Enfermero- Salud Mental Valoración de Ingreso". El paciente se relaciona e **identifica** con quienes pueden ayudarlo. Ayudamos desarrollar fuerzas positivas para llegar a satisfacer sus necesidades a través de la presentación del paciente y el saludo cordial, posteriormente le informamos el objetivos de la entrevista, luego observamos gestos actitudes, suspicacia, postura, grado de cooperación del paciente con sutilidad y tacto, realizo las preguntas y de aquellas que no son respondidas respeto, conservando la individualidad. Según las teóricas esto permite respetar la individualidad del paciente, el insistir en el paciente sobre su estado mental incrementaría el grado de agresividad.

3.3.2 Proceso de Admisión

Luego que los pacientes son evaluados por el médico psiquiatra y se realiza una valoración inicial previa (Triage), se da inicio a la admisión del paciente, comunicando al paciente y familiares su hospitalización(sala de observación). Ubicamos al paciente en su unidad conjuntamente con el personal técnico, según su grado de cooperación .Si presenta agitación en el momento de ser informado su hospitalización, se realiza abordaje según guía de procedimiento, iniciando con la contención verbal, física y farmacológica. Durante todo el procedimiento continuo valorando al paciente (datos objetivo, subjetivo). Posteriormente recolecto datos de los familiares sobre el estado del paciente, educo a los familiares sobre las normas internas, deberes, derechos y las necesidades durante su

permanencia. Luego coordino con los familiares la autorización de la hospitalización y otros documentos o procedimientos administrativos.

El formato de **valoración** que contamos actualmente en el servicio permite valorar todos los 13 dominios, existiendo situaciones clínicas y según mi experiencia las valoro enfocándome al diagnóstico médico, focalizando o precisando el dominio alterado y la obtención de datos que me ayuden definir el problema.

Por otro lado observamos a los familiares a través de la interacción expresar sus sentimientos, agobiado por el padecimiento de su paciente **aprovechando** este momento buscando ayuda o mayor estancia hospitalaria.

3.3.2.1 Registro del cuidado enfermero - Salud Mental Valoración de Ingreso

Este formato de valoración de enfermería sistematizado contiene los 13 dominios, que fue elaborado en el año 2008 por el personal asistencial. La teoría es muy importante en el proceso de levantamiento de información por el que la recogida de datos para la Valoración del paciente se hará mediante: entrevista, exploración física, observación, examen Mental.

La técnica de entrevista es imprescindible para recoger datos sobre la salud del paciente. La fuente de éstos puede ser la propia persona, su familia o personas de su entorno. Es ese sentido la teoría de enfermería, me ha sido de gran utilidad para realizar un registro integrado, trabajar más fácil y rápido y recolectar información ordenada del paciente y familiar.

El paciente puede estar acompañado de un familiar, preferentemente, si se cree conveniente o él lo prefiere. Según el modelo de Marjory Gordon existe tres elementos como son el entorno del cliente, los objetivos e intervenciones de enfermería ya que considera a la persona en forma integral común enfoque holístico porque contempla la salud biológica, emocional, espiritual y mental del paciente.

Por ello hay que tener en cuenta que de cómo se desarrolle este primer contacto va a depender en gran medida la relación terapéutica que se establezca con la persona; por lo que debe procurarse una acogida cálida; se utilizará un lenguaje ni demasiado técnico ni demasiado coloquial, las preguntas deben realizarse dando tiempo a contestar, sin añadir comentarios y sin dirigir las respuestas.

Considero muy importante la valoración integral (mental y físico) durante el proceso de admisión. Para completar este proceso de admisión realizo, el examen físico y la observación al paciente para ver en qué situación se encuentra.

En mi experiencia, la valoración inicial es muy importante, además de utilizar el parafraseo y el examen mental para la obtención de datos de los dominios relevantes presentes en el paciente a entrevistar y así llegar al juicio crítico e ir estableciendo los posibles diagnósticos de enfermería.

Este Registro estandarizado no se trata de una encuesta a cubrir o un formato impreso a rellenar, pretende ser una guía que ayude al enfermero en la recolección de aquellos datos más relevante y significativos de los problemas de salud del paciente durante su ingreso al servicio de Emergencia de Salud Mental para detectar sus necesidades de cuidados y así facilitar el Diagnóstico Enfermero.

Este registro consta de los siguientes apartados

Datos Generales

Se registra los datos completos con letra legible en los diferentes rubros solicitados. También es importante registrar el Motivo de Ingreso de los datos referidos por el paciente o familia en forma narrativa y subjetiva.

Valoración según dominios:

Este instrumento me ha facilitado la realización de una entrevista más humanizada, eficaz y rápida para detectar datos relevante ya que constituye una herramienta útil para la valoración según los dominios mayormente afectados y así poder llegar más fácil a la formulación del diagnóstico de enfermería, para mejorar la calidad de vida y al logro de su potencial humano de nuestro paciente. En un inicio me tomaba media hora para la realización del instrumento actualmente mi tiempo enfermero ha disminuido entre 10 a 15 minutos como máximo, mejora que se evidencia a través de mis experiencia y conocimiento del examen mental y semiología psiquiátrica. Tener conocimiento de teoría de semiología hace más fácil el proceso de recolección de datos.

La organización de los datos se basa: en los Dominios de la Taxonomía NANDA II, puesto que resulta más útil para llegar a Diagnóstico que la estructura de Necesidades Básicas de V. Henderson o la de Patrones Funcionales de M. Gordon (en la que se basa). Dentro de cada Dominio hay puntos que suelen hacer referencia a la presencia de un signo o síntoma (Característica Definitoria) de cada Diagnóstico de Enfermería explorado, seguido de los posibles factores relacionados más habituales. En la parte inferior de cada Dominio se cuenta con un espacio para anotar observaciones.

1. Dominio 1: Promoción de la Salud

En este dominio recolecte datos de los pacientes acerca del Conocimiento de su enfermedad, su control médico, su tratamiento recibido, si toma de medicación, si se automédica, si hay hábitos nocivos, N° de hospitalizaciones, antecedentes clínicos como HTA, DM. Hepatitis, TBC, Asma, HIV, Alergia y convulsiones, antecedentes quirúrgicos e Historia de enfermedad mental Familiar. Este rubro me permito determinar. Datos relevantes del paciente acerca de su autocuidado

Hábitos nocivos

Sustancias	Cantidad	Frecuencia	Tiempo	F.U.C
Alcohol				
Cocaína				
Tabaco				
Otros				

Según mi experiencia laboral, la mayoría de los pacientes que ingresan al servicio (psicóticos) abandonan el tratamiento, faltan a sus citas, exacerbando su sintomatología.

Los pacientes suelen decir “no tomo porque me tiene drogado”, “puedo hablar”, “me hace daño, me están envenenando”, “mis ojos se voltean”

En efecto en este dominio identificamos el siguiente problema:

Incumplimiento en el tratamiento r/c desconocimiento del familiar, delusiones de daño.

2. Dominio 2: Nutrición

Este dominio determino si la ingestión de nutrientes de los pacientes entrevistados es adecuada, se valora marcando solo el dato referido y en algunos casos fue necesario registrar en forma narrativa. También se

recolecto datos como resultado del examen físico realizado al paciente teniendo en cuentas los ítems siguientes; como alimentación balanceada o vegetariana, la frecuencia diaria de su alimentación, su peso, su talla, su IMC, Si hubo cambio de peso en las dos últimas semanas, se vio el apetito si es conservado, la presencia de hiporexia, hiperfagia, disfagia, negativismo a ingesta de alimentos, además también se valoró la presencia dentadura completa o prótesis o si presento vómitos o le colocaron SNG. Es importante realizar la exploración física para ver si el abdomen es normal, distendido, doloroso y otros datos relevantes en forma narrativa.

Considero muy importante valorar este dominio como necesidad biológica, vital del ser humano. Los paciente seniles, psicóticos y con trastornos de la Alimentación que ingresan al servicio generalmente no comen por trastorno de la imagen corporal, las ideas de daño, negativismo, perturbados por las alucinaciones, y en los ancianos por su deterioro cognitivo; presentan lengua saburral, mucosa orales secas, deshidratación, siendo de gran importancia explorar físicamente al paciente. En una oportunidad recibí a una paciente senil de 78 años de edad que pesaba 35 kilos con depresión, según familiar llevaba 8 meses con síntomas depresivos a raíz de fallecimiento de un familiar. A la observación (datos objetivos) caquéxico, deshidratado, quejumbroso, animo depresivo, ansioso, dificultad en la deambulaci3n y gran rechazo al ingesta de líquidos y alimentos sólidos y como datos subjetivos manifestó "no ... me atoro" " me cae mal".

Estos datos me ayudan al siguiente diagnóstico:

- Desequilibrio nutricional inferior a las necesidades r/c incapacidad de ingerir los alimentos.

En los pacientes esquizofrénicos evitan comer en casa por el temor a ser envenenado o drogado por sus familiares. En una ocasi3n se presentó

una paciente con anorexia nerviosa; una adolescente de 15 años que sentía mucha culpa por comer que compensaba esto realizando mucha actividad física o vomitaba y en ocasiones toma laxantes o diuréticos. Su ingesta diaria era en el desayuno agua de mate sin azúcar y en el almuerzo y cena era solo agua y una fruta. Al examen físico era evidente la caquexia, la caída del cabello, la piel reseca y palidez de mucosas, además su madre refería “Ella se ve mucho en el espejo y le decía que estaba muy gorda y que tenía muchos rollos” provocando esto en su defecto un Desequilibrio nutricional: inferior a las necesidades corporales r/c ingesta diaria insuficiente.

3. Dominio 3: Eliminación/Intercambio

Este dominio es importante porque se valora el sistema Gastrointestinal, Renal y Respiratorio. Aquí se registra el control del esfínter vesical y anal, si necesita dispositivo de ayuda como pañal, última deposición que realizó. Presencia de disnea, diaforesis, secreciones bronquiales. Este dominio es importante en Salud Mental porque el uso de los psicofármacos tiene como efecto secundario el estreñimiento. En una ocasión en un paciente psicótico al examen físico, se observó distensión abdominal y la palpación era evidente una masa palpable y al tacto rectal presencia de fecalomas. Por ello se llega al Diagnóstico de Estreñimiento r/c farmacológicos. También en paciente con Anorexia se presenta el estreñimiento por el uso de laxantes. Otro diagnóstico presente es el Deterioro del intercambio de gases r/c desequilibrio en la ventilación perfusión como característica definitoria hay la somnolencia como efecto secundario del uso de sedante o hipnóticos.

4. Dominio 4: Actividad y Reposo

También es importante este dominio ya que me permitió obtener datos relevantes acerca del patrón de sueño, la dificultad para el sueño inicial, intermedio, terminal, cansancio. Si usa bastón, prótesis o necesita ayuda para Alimentación, aseo, vestido o el uso del wáter. También se valora si presenta alteración en el pulso o la respiración y colocar las observaciones en forma narrativa. Los pacientes psicóticos en su mayoría presentan insomnio debido al temor a que le suceda y ocurra algo mientras ellos duerman, pues su sueño es superficial y en sobresalto.

Considerando el anterior caso de anorexia, la paciente suele presentar un aumento de la actividad física, iba al gimnasio 3 horas diarias, practicaba danza 2 horas e iba a correr 1 hora diaria de forma obsesiva y presentan ansiedad e irritabilidad cuando se le interrumpe por cualquier causa su programa. Y presentaba Insomnio r/c ansiedad porque ella tenía sueños relacionados con la comida. Otro caso evidente en una paciente con bulimia, ella pueden realizar atracones de comida de carácter compulsivo por las noches y después vomitar, lo que les genera más ansiedad e insomnio.

5. Dominio 5: Percepción/Cognición

Particularmente considero que este dominio es muy importante en Salud Mental ya que se tendrá en cuenta la observación, la entrevista, el examen físico y el Examen Mental para la recolección de los datos. Se registrando el estado civil, estado soporoso, estado coma u otro que se encuentre en forma narrativa.

La orientación en tiempo espacio persona, la distrabilidad, la indiferencia anormal si estable contacto visual, la deambulación errática son datos muy importantes para determinar el diagnostico de enfermería.

Para valorar las Alucinaciones auditivas, visuales, olfativas, gustativas y cenestésicas, así como ver el pensamiento obsesivo, fóbico, delusional de daño, referencia, persecución, grandeza y místico. Se puede recolectar información relevante de tres modos:

A través de la verbalización. Por ejemplo si piensa que le quieren matar puede comentar: "Me paso toda la noche en vigilia, no vaya a pescar".

A través de la observación de los comportamientos del paciente: Puede manifestar comportamientos defensivos o violentos (por ejemplo cuando la persona se siente atacada).

Y preguntando al pacientes: hay alguna idea o preocupación, o si se siente especial o diferente del resto de la gente. También valoramos y vamos registrando sistemáticamente los datos sobre la memoria anterógrada, retrograda, confabulación, falsos reconocimientos, el lenguaje coherente disartrico, afasia, verborrea, mutismo, soliloquios, ecolalia, , neologismo, dislalia, coprolalia, ensalada de palabras, Y si hay alguna observación relevante serán registras en forma narrativa. Los datos considerados en este dominio facilitan mayores datos relevantes para la formulación del diagnóstico de enfermería en su mayoría.

En una oportunidad en un cambio de turno me reportan a una paciente varón de 26 años de edad, aproximadamente de 55 kilos que había ingresado al servicio agitado, cogido de dos familiares y tuvieron que ubicarlo rápidamente a una habitación por indicación médica ya que estaba, vociferante y muy demandante, con los demás usuarios quienes estaban en espera de atención, dejando pendiente la entrevista de enfermería (valoración, de recolección de datos paciente-familiar), por ser cambio de turno.

Se encontró alterado el dominio 5 porque era evidente, la dificultad para mantener la comunicación por la presencia de las ideas delirantes de persecución y alucinaciones auditiva que en este caso el paciente refería “hay una voz femenina que me dice marica”, “me está buscando la policía porque dicen que soy malo”; escóndame por favor aquí y además en ambos oídos tenía algodón como tapón. Llegando al diagnóstico de Deterioro de la comunicación verbal r/c trastorno psicótico.

Dominio 6: Autopercepción

Este dominio me permite también obtener datos relevantes acerca del paciente sobre su capacidad autocrítica, la cólera, la euforia, la hipomanía, labilidad emocional, la anhedonia, o el sentimiento de fracaso personal, familiar, laboral, los sentimientos de culpa, de minusvalía, de rechazo, la percepción de su imagen corporal. También me permitió el afecto embotado, aplanado, constreñido, si acepta la hospitalización y la disposición de cambios para alcanzar el bienestar y registrar en forma narrativa si existe alguna observación adicional

Dominio 7: Rol / Relaciones

Este rubro es importante porque me permitió ver la función familiar y así obtener datos relevantes y su repercusión de la enfermedad en el paciente teniendo en cuenta y recolectando datos sobre: Familia disfuncional, soporte familiar, con quien vive, rol que desempeña, N° de hijos, Cuidador con enfermedad clínica, verbalización de hospitalización prolongada, Comunicación laboral inefectiva, Abandono laboral y observaciones adicionales que fueron registradas en forma narrativa.

Dominio 8: Sexualidad

En este dominio para la obtención de información hay que tener cierta empatía y trato amable cuando el paciente da su consentimiento. Se tendrá en cuenta cómo le afecta la enfermedad y el uso de los psicofármacos en algunos pacientes producen alteraciones. En este campo se valorará la Identidad con su género, Actividad sexual, Satisfacción sexual, conducta de riesgo, FUR, Edad gestacional, capacidad reproductiva, método anticonceptivo, y hay algunas observaciones adicionales.

Aquí se contempla un amplio espectro de conductas asociadas con el papel sexual, según el modelo de Dorothy Johnson. El hombre como sistema conductual trata de alcanzar un equilibrio a través de ajustes y adaptaciones que consigue hasta cierto punto, para actuar de forma eficaz y eficiente.

Dominio 9: Afrontamiento/Tolerancia al Estrés

Aquí se valora a los acontecimientos y procesos vitales como Violencia familiar, Física, Sexual y Psicológica, así como también si existe la presencia de Ataque de pánico, miedo, aprehensión, tristeza, inquietud, frustración y Estresores laborales, judiciales, económicos y fugas del hogar, hostilidad, actitud de superioridad, Historia de abandono familiar y algunas observaciones adicionales. Este rubro también me permitió formular la mayoría de los diagnósticos de enfermería presente en Salud Mental.

Dominio 10: Principios Vitales

En este dominio me permitió: Valorar datos relevantes reales o potenciales acerca de Creencias que tienen un valor intrínseco para el paciente acerca de Expectativas de salud, Ayuda espiritual, Religión que

profesa, Prácticas religiosas, Sentimientos de sufrimiento y observaciones adicionales. Se presentó en una oportunidad una paciente mujer de 32 años, que su único hijo de 14 años se había suicidado, estaba con llanto, ira, cuestionamiento del sentido del sufrimiento” señor porque a mí, porque te la llevaste cuando más me hacía falta” y reciente separación conyugal llegando al diagnóstico de Sufrimiento espiritual r/c muerte de persona significativa.

Dominio 11: Seguridad y protección

Este dominio también es muy importante en Salud Mental porque permite también formular más fácilmente los diagnósticos de enfermería más frecuentes del área. Tener en cuenta situaciones relevantes que pueden ser causa de pérdida de la seguridad física, lesión o trastorno de la inmunidad. Registrando UPP, estadio y Localización de la UPP, si presenta catéter periférico, central con fecha de colocación, además valorar también con ayuda del examen físico presencia heridas tatuaje, compulsiones, caídas, traumatismo, recolectar información acerca de historia de atragantamiento, historia de aspiración, historia de automutilación, heteroagresión, autoagresión, ideación suicida, ideación homicida, intento suicida, intento homicida y Agitación psicomotriz, observaciones. Además también se centran aquí la mayoría de los planes de cuidados de enfermería.

En referente al paciente que ingresa en el cambio de turno, desde su ingreso al servicio es evidente su irritabilidad, conducta violenta e incluso agitada con otros pacientes en sala de espera con una actitud defensiva tenía entre sus manos una pistola de juguete que en un inicio parecía real. Con trato afable, empático, tono de voz suave, calmado y refiriendo que “estamos aquí para ayudarte” se pudo controlar la situación manejando sus ideas de confabulación de conspiración. Llegando al

diagnóstico de Riesgo de Violencia dirigida a otros r/c sintomatología psicótica. También en una oportunidad se presentó un paciente varón 22 años que hace dos días había tomado 10 tabletas de clonazepan de 2 mg y era derivado a Salud Mental por persistir sus ideas suicidas según el formato de valoración se encontró factores de riesgo como impulsividad, compra de una arma de fuego, abuso de sustancias y antecedente de intento suicida hace 5 años intento lanzarse al vacío, posterior a una discusión familiar.

Dominio 12: Confort.

Este rubro me permite valorar y registra los datos relevantes de causas que impiden la sensación de bienestar físico, mental y social como la Expresión de dolor, Aversión de los alimentos, aumento de la salivación (sialorrea), retraimiento, hobbies/actividades recreativas afecten el confort del paciente entrevistado.

En mi experiencia profesional en paciente crónico de largo años de tratamiento, con múltiples recaídas, rechazo al tratamiento he observado en la mayoría de paciente psicóticos; sentimientos de rechazo, retraimiento, el deseo de estar solos y la ausencia de sistemas de apoyo (familiar) es evidente el Aislamiento social r/c alteración del estado mental que son contemplados en la hoja de Registro de Valoración sistemática en el rubro de observaciones.

Dominio 13: Crecimiento y desarrollo

En mi experiencia profesional este dominio es importantes en los trastornos mentales presente en los adolescente ya que el servicio se atienden a partir de los 14 años de edades adelante.

En este dominio es importante valorar particularmente en paciente adolescentes sobre datos de maduración de los órganos y sistemas o logro de las tareas de desarrollo acordes con la edad. Observando si

existe Alteraciones en el crecimiento, Alteraciones en el desarrollo dentro del área motora, de comunicación, social y algunas observaciones relevantes necesarios para la valoración que determinara el diagnóstico de enfermería.

3.3.3.-Limitaciones en el servicio de Emergencia de Salud Mental

En el servicio no se cuenta con ambientes especial, la entrevista se realiza en la estaciona de enfermería que es un lugar abierto y visible por todos.

El personal reducido de enfermeras en el servicio y ante la falta de ellas por diversos motivos, provoca ausentismo laboral.

Las Enfermeras supervisoras responsables de la racionalización de personal; no dotan de personal al servicio porque no toman en cuenta a Emergencia de Salud Mental como un área critica, de lo contrario en algunos casos se realizan el desplazamiento del personal para apoyar otras unidades, limitando este hecho la ejecución de las actividades programadas especiales donde se debe brinda un cuidado integral al paciente y a la familia.

La sobre carga laboral en relación a la sobre demanda de paciente durante el proceso de admisión durante un turno de 6 horas pueden ingresar en un promedio de 4 a 5 pacientes en estado de emergencia o urgencia psiquiátrica, la cual conlleva a una valoración más focalizada y más rápida.

Se cuenta con un instructivo creado en el 2008 para el correcto llenado del formato sistematizado que se viene utilizando en el servicio pero que hasta la fecha no ha sido actualizado.

IV. RESULTADOS

CUADRO N° 4.1

HOJAS DE VALORACIÓN REALIZADAS SEGÚN 10 DIAGNÓSTICOS MÁS FRECUENTES 2013-2015

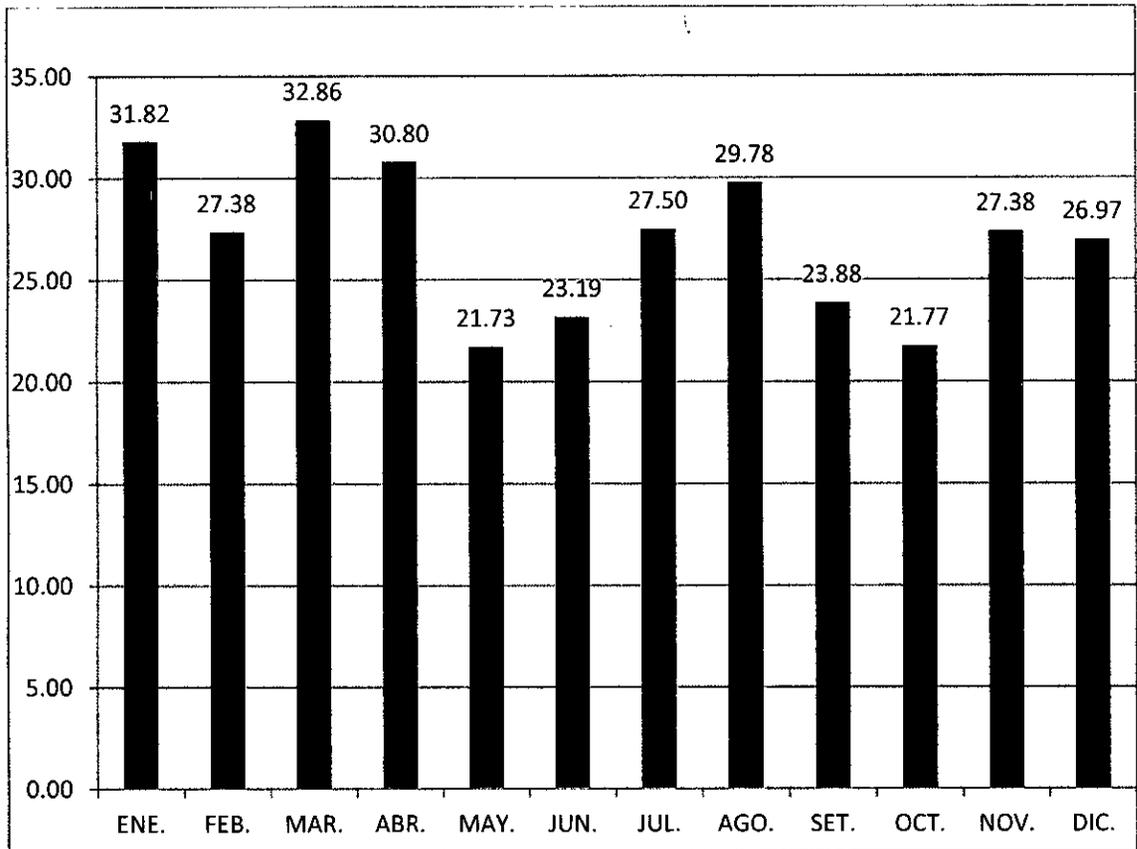
HOJAS DE VALORACIÓN REALIZADAS SEGÚN 10 DIAGNOSTICO MAS FRECUENTES	AÑOS					
	2013	%	2014	%	2015	%
ESQUIZOFRENIA PARANOIDE	989	33	1084	39	2284	27
TRASTORNO MIXTO DE ANSIEDAD Y DEPRESIÓN	612	21	640	23	1440	17
EPISODIO DEPRESIVO GRAVE SIN SÍNTOMAS PSICÓTICOS	198	7	206	7	506	6
TRASTORNO AFECTIVO BIPOLAR, EPISODIO MANIACO PRESENTE CON SÍNTOMAS PSICÓTICOS	95	3	98	3	198	2
TRASTORNOS MENTALES Y DEL COMPORTAMIENTO DEBIDOS AL USO DE ALCOHOL, SÍNDROME DE DEPENDENCIA	96	3	90	3	191	2
TRASTORNO ESQUIZOAFECTIVO DE TIPO MANIACO	74	3	84	3	174	2
DEMENCIA EN LA ENFERMEDAD DE ALZHEIMER, DE COMIENZO TARDÍO	66	2	56	2	116	1
TRASTORNO PSICÓTICO AGUDO POLIMORFO, SIN SÍNTOMAS DE ESQUIZOFRENIA	41	1	51	2	111	1
TRASTORNOS MENTALES Y DEL COMPORTAMIENTO DEBIDOS AL USO DE MÚLTIPLES DROGAS Y OTRAS SUSTANCIAS PSICOACTIVAS	47	2	34	1	77	1
TRASTORNOS MENTALES Y DEL COMPORTAMIENTO DEBIDOS AL USO DE COCAÍNA, SÍNDROME DE DEPENDENCIA	34	1	22	1	54	1
Otros	705	24	456	16	3427	40
TOTAL	2957	100	2799	100	8578	100

Fuente: SGH

En el cuadro 4.1 podemos observar que desde el 2013 al 2015 se realizaron 14334 valoraciones por dominios a todo los ingresos durante el proceso de admisión archivados en la historia clínica del paciente. 40 % (3424) en el 2015

GRAFICO N° 4.1

**ATENCIONES EN EL SERVICIO DE EMERGENCIA SALUD MENTAL
HOSPITAL EDGARDO REBAGLIATI MARTINS 2014**



En este gráfico 4.1 podemos observar que durante el año 2014 se registraron en un promedio de atenciones mayores en el mes de Enero de 31.82%, en Marzo 32.86 y Abril 30.80% y durante el mes de Mayo de 21.73% y en Octubre de 21.77% se registraron menos atenciones durante ese año. Del mismo modo el enfermero encargado del triaje realiza la valoración de enfermería por dominios durante el proceso de admisión del paciente que ingresa a la sala de observación realizando la entrevista sistematizada que posteriormente es archivada en la historia clínica.

CUADRO N° 4.2

HOJAS DE VALORACIÓN REALIZADAS SEGÚN SEXO 2013-2015

HOJAS DE VALORACIÓN REALIZADAS SEGÚN SEXO DE PACIENTES MAS FRECIENTES	AÑOS					
	2013	%	2014	%	2015	%
MASCULINO	1345	40	1084	40	4284	50
FEMENINO	1612	60	1715	60	4294	50
TOTAL	2957	100	2799	100	8578	100

Fuente: SGH

En el cuadro 4.2 podemos observar que desde el 2013 al 2015 se realizaron 14334 valoraciones por dominios a todo los ingresos durante el proceso de admisión según sexo masculino se observa 50 % (4284) y sexo femenino 50 % (4294) en el 2015.

CUADRO N° 4.3

HOJAS DE VALORACIÓN REALIZADAS SEGÚN EDAD 2013-2015

HOJAS DE VALORACIÓN REALIZADAS SEGÚN EDAD DE PACIENTES MAS FRECIENTES	AÑOS					
	2013	%	2014	%	2015	%
De 14 a 17 años	300	10	626	10	628	10
De 18 a 60 años	945	40	1004	40	3004	40
De 61 a más años	1712	60	1169	60	4946	50
TOTAL	2957	100	2799	100	8578	100

Fuente: SGH

En el cuadro 4.3 podemos observar que desde el 2013 al 2015 se realizaron 14334 valoraciones por dominios a todo los ingresos durante el proceso de admisión según edad se observa 60 % (1712) (1169) en los años 2013 y 2015 y 50 % (4946) en el 2015.

V. CONCLUSIONES

1. Todo proceso debe estar guiado por una teoría
2. La valoración por dominios permite disminuir el tiempo enfermero durante la entrevista sistematizada de datos.
3. El formato estandarizado es una guía que ayuda al enfermero en la recogida de aquellos datos más significativos de los problemas de salud del paciente durante su ingreso para detectar sus necesidades de cuidados y así facilitar el Diagnóstico Enfermero.

VI. RECOMENDACIONES

1. Continuar con proceso de aprendizaje y capacitación acerca de las teorías de enfermería aplicadas en Salud Mental.
2. Actualizar el instructivo del Registro del Cuidado Enfermero - Salud Metal Valoración de ingreso.
3. Continuar con la actualización y revisión del formato estandarizado para detectar necesidades de cuidados y así facilitar aún mejor el Diagnóstico Enfermero.
4. Realizar talleres se ayuden al enfermero mejorar su la relación terapéutica que se establece con el paciente o familia durante su admisión al servicio de Emergencia de Salud Mental.
5. Proponer a la gestión de enfermería actual se facilite un ambiente diferente a la estación de enfermería para a la realización de la valoración por dominio al paciente en el proceso de admisión.

VII. REFERENCIALES

1. MINSA. "Ley del trabajo de la Enfermera(o) Ley No 27669". 2016..
2. P.W. Iyer BJTDBL. Proceso y Diagnostico de Enfermeria España: Mc GRAW-HILL INTERAMERICANA EDITORE S.A de C.V; 2002.
- 3: Michael M. Fundamentos de enfermeria. 1st ed. Madris: Mosby; 1999.
4. Marion Johnson GBHB. Interrelacines NANDA, NOC y NIC España: Elsevier Mosby; 2006.
5. Rojas Almeyda AJ. cybertesis. [Online]. Available from:
<http://cybertesis.unmsm.edu.pe/handle/cybertesis/4163>.
6. Gonzales Medero C. <http://www.monografias.com>. [Online]. Mexico; 2009. Available from: <http://www.monografias.com/trabajos70/correcto-llenado-registros-clinicos-enfermeria/correcto-llenado-registros-clinicos-enfermeria2.shtml>.
7. Juanita Haydeé FR. APLICABILIDAD DE LA VALORACIÓN EN EL CUIDADO DE LA PERSONA HOSPITALIZADA SERVICIO DE CIRUGÍA HOSPITAL REGIONAL DOCENTE LAS MERCEDES. [Online].; 2013. Available from:
<http://alicia.concytec.gob.pe/vufind/Author/Home?author=Puell+Mori%2C+Danitsa+Priscilla>.
8. Gutiérrez Cahuana Julia Virginia, Esquén Sembrera Olga Yolanda, Gómez Taguchi Eleana Patricia. [Revistascientificas.upeu.edu.pe](http://www.revistascientificas.upeu.edu.pe). [Online].; 2015. Available from:
http://alicia.concytec.gob.pe/vufind/Record/UPEU_474ac7438308e95428239a96fb7926e1.
9. Rigol Cuadra Assumpta UAM. Enfermeria de Salud Mental y Psiquiátrica. 2nd ed. España: Elsevier ; 2006.
- 10 Victoria Moran aguilar ALMR. Proceso de Enfermeria modelo sobre . interaccion terapeutica y uso de lenguaje NANDA, CIE y CRE Mexico: Trillas; 2007.

- 11 Gutiérrez Alvarez M. Portal de Tesis Latinoamericana. [Online]; 2016.
Available from:
<http://www.tesislatinoamericanas.info/index.php/record/view/6174>.
- 12 MARIBEL MANCO MA. CARACTERÍSTICAS DE LAS ANOTACIONES DE ENFERMERÍA EN EL SERVICIO DE MEDICINA DEL HOSPITAL REZOLA. [Online]. Lima; 2010. Available from:
<http://www.buenastareas.com/ensayos/Caracter%C3%ADsticas-De-Las-Anotaciones-De/58098777.html>.
- 13 Libro de estancia hospitalaria. Unidad de salud mental..
- 14 Minsa. informe defensorial. 2005..
- 15 OMS. Plan de acción sobre la salud mental. [Online]; 2013. Available from: http://www.who.int/features/factfiles/mental_health/es/.
- 16 Ludeña M. Maltrato y abandono a la persona adulta mayor en el asilo Santa Teresita Loja- Ecuador; 2012.
- 17 Mayoral Fea. Eficacia de un programa de intervención familiar en la prevención de hospitalización en pacientes esquizofrénicos España: El servier; 2015.
- 18 Marriner A. Modelos y teorías de enfermería España: EDiDe.; 2005.
- 19 Toro RyYL. Fundamentos de la medicina psiquiátrica Medellín: CIB; 2004.
- 20 Defensoria del Pueblo. Salud mental y derechos humanos Lima: MINSa; 2005.
- 21 Nolasco Villa MJ. Actitud de los familiares hacia el cuidado integral del paciente esquizofrénico en el hogar. HVLH. 2014 Lima: UNMSM; 2014.
- 22 DSM - IV. Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales.
- 23 MINSa. Boletín epidemiológico. 2003;: p. n° 4,1-2.

ANEXOS

**REGISTRO DEL CUIDADO ENFERMERO - SALUD MENTAL
VALORACION DE INGRESO**

I. DATOS GENERALES:

Apellidos y Nombres: _____ N° S.S.P. _____
 Edad: _____ Sexo: _____ Estado Civil: _____ Ocupación Actual: _____ Grado de Instrucción: _____
 Procedencia: _____ Fecha: _____ Hora: _____
 Transferido de: Consulta Externa () Piso () Emergencia General ()
 Forma de Ingreso: Caminando () Silla de ruedas () Camilla () Contención Mecánica ()
 Solo () Familiar () Personal de Salud () STAE () Bomberos () Policía () Serenazgo () Otros: _____
MOTIVO DE INGRESO: _____

FUNCIONES VITALES: P.A. _____ mmHg F.C. _____ x min F.R. _____ x min T° (Ax) _____ °C Sat. O2 _____ % HGT _____ mg/dL

II. VALORACION SEGÚN DOMINIOS

D1 Promoción de la Salud

Conocimiento de la enfermedad () _____
 Control médico () _____
 Tratamiento recibido: _____

Toma medicación () _____
 Automedicación () _____
 N° de hospitalizaciones: 1ra. Vez () Varios () _____
 Antecedentes clínicos: HTA () DM () Hepatitis () _____
 TBC () Asma () HIV () Alergias () _____
 Convulsiones () _____
 Antecedentes quirúrgicos () _____
 Historia de enferm. mental familiar () _____

Hábitos nocivos:

Sustancia	Cantidad	Frecuencia	Tiempo	F.U.C.
Alcohol				
Cocaína				
Tabaco				
Otros				

Observaciones: _____

D2 Nutrición Balanceada () Vegetariana ()

Frecuencia diaria de alimentación: _____
 Higiene corporal () _____
 Peso _____ kg Talla _____ cm IMC _____ kg/cm2
 Cambio de peso en las 2 últimas semanas () _____
 Apetito conservado () Hiporexia () Hiperfagia () _____
 Disfagia () Negativismo a ingesta de alimentos () _____
 Dentadura completa (Prótesis dental () _____
 Vómito () SNG () _____
 Abdomen: Normal (Distendido (Doloroso () _____
 Observaciones: _____

D3 Eliminación / Intercambio

Controla esfínter vesical () _____
 Dispositivo de ayuda () _____
 Controla esfínter anal () Deposiciones () _____

Sudoración () Secreciones bronquiales () _____
 Observaciones: _____

D4 Actividad y reposo

Patrón de sueño: Dificultad / Sueño: Inicial ()
 Intermedio () Terminal () Cansancio ()
 Bastón () Prótesis () _____
 Ayuda: Alimentación () Aseo () Vestido ()
 Uso de water ()
 Alteraciones en el pulso () _____
 Alteraciones respiratorias () _____
 Observaciones: _____

D5 Percepción - Cognición

Vigil () Soporoso () Coma () Otros () _____
 Orientado: Tiempo () Espacio () Persona ()
 Distrabilidad () Indiferencia anormal ()
 Establece contacto visual ()
 Deambulación errática ()
 Alucinationes: Auditivas () Visuales ()
 Olfativas () Gustativas () Cinésticas () _____
 Pensamiento: Obsesivo () _____
 Fóbico () Delusional () Daño () _____
 Referencia () Persecución () _____
 Grandeza () Místico () _____
 Memoria: Anterograda () Retrograda ()
 Confabulación () Falsos reconocimientos ()
 Lenguaje: Coherente () Disartria () Afasia ()
 Verborrea () Mutismo () Soliloquios () Ecolalia ()
 Neologismos () Dislalia () Coprolalia ()
 Ensalada de palabras ()
 Toma de decisiones constructivas y adaptadas ()
 Idioma () _____
 Observaciones: _____

D6 Autopercepción

Capacidad de autocrítica () Cólera ()
Euforia () Hipomanía ()
Labilidad emocional (Anhedonia () Suspiros ()
Sentimiento de fracaso Personal () Familiar ()
Laboral ()
Sentimiento de Culpa (Minusvalía () Rechazo ()
Percepción de su imagen corporal ()
Embotado () Aplanado (Constreñido ()
Acepta hospitalización ()
Disposición de cambios para alcanzar el bienestar ()
Observaciones: _____

D7 Rol - Relaciones

Familia disfuncional () _____
Soporte familiar () _____
Con quien vive _____
Rol que desempeña _____ N° de hijos _____
Cuidador con enfermedad clínica () _____
Verbalización de hospitalización prolongada () _____
Comunicación laboral infectiva (Abandono laboral () _____
Observaciones: _____

D8 Sexualidad

Identidad con su género () _____
Actividad sexual () _____
Satisfacción sexual () _____
Conducta de riesgo () _____
F.U.R. _____ Edad gestacional _____
Capacidad reproductiva () _____
Método anticonceptivo () _____
Observaciones: _____

D9 Afrontamiento - Tolerancia al estrés

Violencia física () _____
Violencia sexual () _____
Violencia psicológica () _____
Ataque de pánico () Miedo () Aprehension ()
Tristeza () Inquietud () Frustración ()
Estrés: Laborales () Judiciales () Económicos ()
Fugas del hogar () _____ Hostilidad () _____
Actitud de superioridad () _____

Historia de abandono familiar () _____
Observaciones: _____

D10 Principios Vitales

Expectativas de salud () _____
Ayuda espiritual () _____
Religión () _____ Prácticas religiosas () _____
Sentimiento de sufrimiento () _____
Observaciones: _____

D11 Seguridad - Protección

UPP () Estadio _____ Localización _____
Catéter: Periférico () Central () F. Coloc. _____
Heridas () _____ Tatuajes () _____
Compulsiones _____
Caidas (Traumatismos () _____
Historia de atragantamiento () _____
Historia de aspiración () _____
Historia de automutilación () _____
Heteroagresión () _____
Autoagresión () _____
Ideación suicida () _____
Ideación homicida () _____
Intento suicida () _____
Intento homicida () _____
Agitación psicomotriz () _____
Observaciones: _____

D12 Confort

Expresiones de dolor () _____
Aversión de los alimentos () Sialorrea () _____
Retraimiento () _____
Hobbies / actividades recreativas () _____
Observaciones: _____

D13 Crecimiento y Desarrollo

Alteraciones en el crecimiento () _____
Alteraciones en el desarrollo () _____
Area: Motora () Comunicación () Social () _____
Observaciones: _____

III DIAGNOSTICO DE ENFERMERIA:

Con brazelete de identificación:.....

Riesgo de caídas

De 3 a más alto riesgo/ de 1 a 2 = medio riesgo/ 0 = b

Observaciones DATA COMPLETA SEGÚN GUÍA.
[] [] []

ENFERMERA (O)
Firma y Sello

REGISTRO DEL CUIDADO ENFERMERO EN SALUD MENTAL INSTRUCTIVO

Este registro va a permitir anotar todo el proceso de atención de enfermería en el servicio de Emergencia Salud Mental del Hospital Edgardo Rebagliati Martins de EsSalud y está compuesto por:

Aspectos Generales para el llenado:

- Hacer anotaciones concretas y concisas con letra clara y legible.
- Evitar en lo posible el uso de abreviaturas, si no utilice solo las oficiales.
- Hacer uso del lapicero tinta azul para el turno diurno y el de tinta roja para el nocturno
- Evitar los borrones o el uso del líquido corrector, en caso de error colocar entre paréntesis y escribir la palabra error, luego el dato correcto, si no hubiere espacio suficiente en el caso de los datos de valoración, registrarlos al final del dominio respectivo.

Ejemplo patrón de sueño (8 hrs. error) 4 hrs.

- No dejar ningún dato de valoración sin registrar o en blanco, podría interpretarse como una valoración incompleta.
- No dejar líneas en blanco, trazar una raya en los espacios en blanco (para evitar agregados que pueden inducir a problemas de interpretación legal).
- Anotar en el cuadrado en blanco junto al ítem /dato, el símbolo que corresponde según los hallazgos, utilizar la siguiente simbología para dar respuesta a lo solicitado:

- No olvidar colocar en cada hoja y donde corresponda los nombres y apellidos/ sello y firma del / la enfermera(o) responsable del paciente en cada turno.

VALORACIÓN DE INGRESO FORMATO

El presente registro de enfermería corresponde a la valoración del ingreso del paciente a emergencia. La valoración de enfermería en un primer momento es realizado al paciente y luego los datos son confrontados con el familiar. La forma de preguntar dependerá de mucha habilidad y sutileza del entrevistador y conocimiento previo de técnicas del examen mental, semiología, grado de instrucción, nivel sociocultural del paciente y familia. El registro consta de 13 dominios con varios ítems, que nos permitirá una recolección de datos minuciosos a través de preguntas, de la observación signos y síntomas, y conductas del paciente.

I. Datos Generales:

Apellidos y nombres: Registrar apellidos y nombres completos del paciente y confróntelo con la hoja de filiación.

Edad: Registrar la edad del paciente en números como figura en la hoja de filiación.

Sexo: Registrar sexo masculino o femenino.

Estado civil: Registre estado civil: soltero, casado, viudo. Otra condición, divorciado, conviviente, separado.

Ocupación actual: Registrar el lugar y el trabajo actual del paciente, cargo, profesión u ocupación.

Seguro social del Perú: Registre el número de seguro social del paciente tal como figura en la hoja de filiación.

Grado de instrucción: Registrar grado de instrucción, primaria completa, incompleta, secundaria completa, incompleta, superior, analfabeto.

Procedencia: Registre el lugar de procedencia del paciente.

Fecha y hora de ingreso: Colocar fecha y hora de ingreso del paciente al servicio.

Transferido: Corresponde a la transferencia dentro de la misma institución, consulta externa de salud mental, emergencia central, pisos .En los puntos suspensivos registrar piso de donde es transferido.

Referido: Registrar el nombre de la institución que lo refiere a nivel local o nacional (hospital EsSalud, MINSA, policlínicos, clínicas privadas etc.).

Forma de ingreso: Observar y registrar la forma de ingreso, caminando, silla de ruedas, camilla, contención física. Si esta con contención física, especifique si es de manos o de pies, esposado, camisa de seguridad, sujetado de cintura etc. Registrar si viene solo, con familiar registrar o personal de salud (enfermero, médico, asistente social, psicólogo, técnico de enfermería etc.)

Otros: Se registrara al cuidador, amigo o vecino, compañero de trabajo, STAE, bomberos, custodio policial, ambulancia particular, u otras persona que acompañan a su ingreso.

Persona responsable y teléfono: Escribir el nombre y el teléfono de la persona responsable del paciente. Puede ser aquel que acompaña al paciente.

Motivo de ingreso: Registrar la declaración del paciente y/o familiar entre comillas sobre los signos y síntomas de la enfermedad. Considere solo datos relevantes.

Funciones vitales: Registrar las funciones vitales del paciente.

Dominio 1. Promoción de la salud.

Conocimiento de la enfermedad: Preguntar al paciente y familia sobre su enfermedad, signos y síntomas, tratamiento.

¿Que conoce de su enfermedad?

¿Reconoce síntomas cuando se está poniendo mal?

¿Conoce los efectos adversos de los medicamentos?

Toma medicación: Registrar si toma medicación. De ser negativo anotar por qué (se agotó, temor, toma hiervas, por las delusiones, alucinaciones, religión etc. Señalar tiempo de abandono de tratamiento.

Automedicación: Si el paciente se ha estado automedicando mencionar el nombre del medicamento, laxantes, diuréticos, dosis, toma parte del tratamiento si lo duplica y desde cuándo. Tratamiento recibido: Registrar el tratamiento recibido hasta antes de su ingreso, dosis, plexias, medicamentos de depósito (fecha), tratamiento en hospital de día, unidad de fármaco dependencia, rehabilitación y desde cuando recibe tratamiento psiquiátrico y cuánto tiempo permaneció en el programa.

Control médico: Registrar el que corresponde .De ser negativo mencionar el motivo de su inasistencia.

Numero de hospitalizaciones: Registrar si nunca se ha hospitalizo en la institución, si es la primera vez en la institución pero estuvo internado en otra institución de salud mental o ha tenido varios internamientos. Señalar fecha de última hospitalización en la institución.

Antecedentes clínicos: Corresponde a los antecedentes clínico del paciente de HTA, DM, Hepatitis (señalar tipo de hepatitis), Asma, TBC, HIV, Alergias (se nombra el nombre de la sustancia alérgena), convulsiones (desde cuándo y fecha de ultima convulsión)

Antecedentes quirúrgicos: Registrar si ha tenido intervenciones quirúrgicas y a qué nivel.

Antecedentes psiquiátricos familiares: Registrar si el familiar tiene enfermedades mentales parentesco directo y si está recibiendo tratamiento.

Hábitos nocivos: Si tiene hábitos nocivos registrar la cantidad de alcohol, cocaína, tabaco, que ha consumido cuantas veces a la semana, desde cuándo, y cuál es la fecha de último consumo. En otros, considerar a las anfetaminas, ansiolíticos, analgésicos, éxtasis, san Pedro, narcóticos, juegos de tragamonedas, Internet etc.

Alimentación balanceada: Registrar si su alimentación es balanceada en carbohidratos, minerales, proteínas, vitaminas. De ser negativo pregunte como es su alimentación ¿Qué es lo que consume? Alimentación vegetariana: Registrar si su alimentación es exclusiva a base de vegetales. Frecuencia diaria de alimentación: Registre ¿Cuántas veces al día ingiere los alimentos?

Higiene corporal: Observar y anotar si el paciente está en buenas condiciones de higiene, aseo personal, ropa adecuada a la estación, uso de cosméticos o si expira malos olores, cabello graso, pediculosis y esta desgreñado etc.

Observaciones adicionales: Se registraran otras enfermedades que no figuran en antecedente clínicos, tratamiento recibido de los mencionados, signos y síntomas por el consumo de sustancias nocivas y otros datos encontrados al valorar al paciente que no figuran en el dominio.

Dominio 2 Nutrición:

Peso: Registrar el peso del paciente en kilogramos.

Talla: Registrar la talla del paciente en metros.

IMC: Determinar el índice de masa corporal. Peso en kilogramos sobre talla al cuadrado en metros.

Cambio de peso en las 2 últimas semanas a más: Registrar pérdida de peso de 2 semanas a más. Si el paciente no precisa datos se le pide que de una aproximación.

Apetito conservado: Registre si su deseo de satisfacer su necesidad de alimentarse es normal. Preguntar ¿cómo es su apetito? ¿Qué cantidad y tipo de líquido ingiere al día?

Hiporexia: Registrar si el apetito esta disminuido.

Hiperfagia: Registrar si el apetito esta aumentado.

Pregunte ¿Ha tenido atracones?

Negativismo a ingesta de alimentos: Registrar si tiene una actitud obstinada de no comer. Se ser afirmativo pregunte al paciente ¿porque no quiere comer? y regístrelo entre comillas tal como lo expresa.

Disfagia: Observar o preguntar si tiene dificultad para deglutir.

Dentadura completa: Observar si las piezas dentales están completas.

Prótesis dentales: Observar si usa prótesis dentales superior e inferior, total o parcial, si tiene coronas doradas o plateadas, sin son fijos o móviles.

Vómitos: Observe si a su ingreso presenta vómitos y pregunte si en casa también estuvo vomitando, desde cuándo. Características: olor color, cantidad, porraceo, alimentario, bilioso, hemático, fecalitos etc. Pregunte si los vómitos han sido provocados o espontáneos Dependiendo del motivo de ingreso, observar si hay erosiones en el dedo índice, esmalte dañado y examine el paladar del paciente.

SNG: Observar si tiene sonda nasogástrica, desde cuándo, porque y fecha de colocación.

Abdomen blando: Registrar si el abdomen esta depresible y blando a la palpación, presencia de visceromegalia.

Abdomen distendido: Registrar y observar si el abdomen esta distendido.

Abdomen timpánico: Auscultar ruidos hidroareos, presencia de gases

Piel y mucosas: Especificar si se encuentran hidratadas o secas.

Observaciones adicionales: Se registran otras datos como: palidez, cianosis, púrpura, geofagia, ingesta de papel, yeso, madera, jabón, coprofagia, rituales con los alimentos, intolerancia a ciertos alimentos, repugnancia por algún alimento, estado caquéxico, edema, fóvea, etc.

Dominio 3 Eliminación/Intercambio:

Controla esfínter vesical: Registrar si tiene problemas para controlar la orina. De no controlar esfínter ¿Qué molestias tiene (disuria, polaquiuria, anuria, incontinencia, nicturia, oliguria, retención urinaria, globo vesical etc.), características de la orina, olor, color, volumen en 24 horas.

Dispositivos de ayuda: Observar si usa algún dispositivo de ayuda como sonda foley (señalar fecha de colocación), pañal, uroshyc.

Controla esfínter anal: Registrar si tiene problemas para controlar las deposiciones .De no controlar esfínter mencionar características: frecuencia heces duras, líquidas, blandas, sanguinolentas, con moco, fecalomas etc.

Sudoración: Observar si el paciente esta sudoroso, preguntar si estuvo haciendo alguna actividad o si la sudoración guarda relación con la temperatura ambiental. La sudoración puede ser profusa, normal, fría.

Secreciones bronquiales: Observar si tiene secreciones bronquiales, características: olor cantidad, color y desde cuando los presenta.

Molestias respiratorias: Observar si hay disnea, polipnea, bradipnea, ortopnea etc.

Observaciones adicionales: Se registrarán otros datos como talla vesical, fistulas, drenajes, colostomías etc.

Dominio 4 Actividad y Reposo:

Patrón de sueño: Especifique el número de horas que duerme en la noche.

Dificultad para conciliar sueño inicial, intermedio, terminal: Registre el que corresponda y especifique la hora en que despierta y tiene la dificultad para volver a dormir dentro de su patrón de sueño.

Fuerza muscular conservada: Observe y registre si el paciente puede movilizarse por sí solo o se incorpora por sí mismo.

Hipobulia: Observe y registre si presenta disminución de la capacidad resolutive o la dificultad para la iniciativa motora.

Dispositivos de ayuda: Muleta, andador, bastón, prótesis: Registre el que corresponda y especifique en prótesis la localización.

Requiere ayuda: Alimentación, Aseo, Vestido, Uso de wáter: Registre si realiza actividades de autocuidado, de ser negativo especificar el que corresponda.

Pulso rítmico: Registre según corresponda.

Alteraciones respiratorias: Observe, registre y especifique presencia de disnea, polipnea, bradipnea, etc.

Observaciones adicionales: al final del dominio en las líneas punteadas Registre si duerme más de lo habitual (hipersomnia), si durante el sueño presenta estados de inquietud angustiosa y se vuelve a dormir sin recordar lo que pasó al otro día (pavor nocturno) o si lo recuerda (pesadillas); si se levanta, camina y realiza alguna actividad dormido (sonambulismo).

Observe y registre si presenta contractura muscular, flexibilidad cérica, temblores, movimientos estereotipados, flacidez, parálisis de miembros superiores y/o inferiores.

Dominio 5 Percepción/Cognición:

Vigil: Observe y registre si el paciente se encuentra despierto pudiendo presentar alteraciones en otras áreas (memoria, afecto, pensamiento, percepción).

Lúcido: Observe y registre si el paciente despierto está conectado con su entorno, ideas claras, con capacidad de retener y comprender.

Embotado: Observe y registre si el paciente actúa confundido sin darse cuenta en su situación inmediata como si estuviera semidormido.

Soporoso: Observe y registre si el paciente tiende a estar dormido profunda y constantemente y si despierta cuando se le estimula pero rápidamente vuelve al mismo estado cuando se le deja de estimular.

Coma: Observe y registre si el paciente que duerme profundamente, en forma constante, no despierta a los estímulos verbales o físicos, incluyendo los dolorosos.

Otros: Observe y registre si el paciente presenta estado aneroide, embriaguez, estado crepuscular, delirio, confusión mental, perplejidad.

Orientado en tiempo, espacio y persona: Pregunte y registre si el paciente reconoce el día, mes, año, pasado y futuro; si se ubica en el lugar donde se encuentra, conoce su dirección y si responde a su nombre y apellidos completos.

Distrabilidad: Observe y registre si el paciente no puede mantener su atención en una cosa por un tiempo prudencial, pasa de un objeto de su atención a otro con facilidad.

Indiferencia anormal: Observe y registre si el paciente no muestra curiosidad o interés por nada de lo que le rodea.

Establece contacto visual: Observe y registre según corresponda.

Deambulación errática: Observe y registre si el paciente camina en forma repetitiva y sin propósito definido

Alucinaciones Auditivas: Registre y especifique entre comillas las expresiones que las cataloguen como tales, sean increpantes, dialogantes, amenazantes, imperativas.

Alucinaciones Visuales: Registre y especifique entre comillas las expresiones que las cataloguen como tales.

Alucinaciones Olfativas/Gustativas: Registre y especifique entre comillas las expresiones que las cataloguen como tales.

Alucinaciones Táctiles: Cenestésicas: Registre y especifique entre comillas las sensaciones como punzadas, escozores, estar petrificado, desecado, reducido de tamaño, vacío, hueco, de sentirse por dentro de oro y piedra, etc.

Pensamiento Obsesivo: Registre y especifique entre comillas si el paciente refiere tener pensamientos insensatos persistentes a los cuales intenta rechazar pero esto le produce angustia de tal manera que cede ante ellos.

Pensamiento Fóbico: Registre y especifique entre comillas si el paciente dice tener temores, miedos, no justificados pero que no puede evitar.

Pensamiento Delusional: Registre y especifique entre comillas las expresiones en relación si son de Daño, Referencia, Persecución, Grandeza, Mística y Nihilista. Lentificado, Disgregado, Acelerado, Fuga de ideas, Prolijo, Bloqueo del pensamiento, Enajenación del pensamiento, Celotipia: Observe y registre el que corresponda al curso de la alteración del pensamiento.

Memoria anterógrada: Registre refiriéndose al paciente que recuerda hechos recientes que acaba de realizar o de escuchar.

Memoria retrógrada: Registre refiriéndose al paciente que recuerda hechos antiguos de su vida.

Confabulación: Registrar si el paciente a quien se le pide que recuerde algo sencillo no lo recuerda y responde con hechos o cosas diferentes al que se le dio.

Falsos reconocimientos: Registre el que corresponda.

Lenguaje coherente, disartria, afasia, verborrea, mutismo, soliloquios, neologismos, ecolalia, coprolalia dislalia, ensalada de palabras: Registre según corresponda a la alteración del lenguaje oral.

Toma de decisiones constructivas y adaptadas: Pregunte y registre si el paciente expresa deseos de mejorar el análisis riesgo-beneficio de las decisiones.

Alteraciones sensoriales: Observe, registre y especifique si el paciente presenta cambio informado de la sensibilidad acústica, visual, olfativa, táctil; por ejemplo hipoacusia, ceguera parcial o completa, etc.

Idioma: Registrar el idioma o dialecto materno y dominante.

Dominio 6 Autopercepción:

Constituye el estado afectivo de la persona el que se relaciona estrechamente con las funciones cognitivas, estando en relación con los datos obtenidos en el dominio 5, por lo que las manifestaciones no verbales serán indicadores muy importantes para determinar la fidelidad de los datos obtenidos. Por tanto, la valoración puede obtenerse a través de la observación de las expresiones faciales, tono de voz, posturas corporales, y comportamiento motor.)

Concepto positivo de sí mismo: Pregunte: ¿Cómo se ve o se percibe a sí mismo? ¿Cómo se aprecia Ud.? ¿Cómo se valora a sí mismo? Evalúe el sentimiento de aceptación y aprecio hacia uno mismo y registre según corresponda.

Cólera: Observe y registre expresiones de irritabilidad, exaltación y/o agresividad. Pregunte qué cosas le hacen enfadar, aburrir o sentirse mal emocionalmente.

Desasosiego: Identifique si existe intranquilidad y registre según corresponda.

Sentimiento de fracaso: Personal, Familiar, Laboral pregunte y registre según corresponda.

Sentimiento de culpa, de minusvalía, de rechazo; Pregunte y registre según corresponda.

Percepción de su imagen corporal: Registre cómo percibe su imagen corporal, de aceptación o rechazo a la misma. Observaciones adicionales: Registre otros datos que sean referidos a este dominio.

Dominio 7 Rol/Relaciones:

Incluye la percepción, aceptación y cumplimiento de los roles, y relaciones en el vínculo familiar social y ambiente sociolaboral.

Soporte familiar: Pregunte si cuenta con apoyo familiar de ser afirmativo especifique el nombre y parentesco

Personas con las que vive: Registre el parentesco de las personas con las que vive.

Rol que desempeña: Pregunte sobre el rol que cumple en su familia: padre, madre, hijo, familiar agregado, etc. y si asume el rol que le compete.

Nº de Hijos: Registre la cantidad de hijos, y si viven con el usuario.

Interacción disfuncional con la familia, compañeros de trabajo, amigos: Pregunte si en la relación, hay conflictos, agresión verbal o física, precise además las personas involucradas en el problema, además de conductas de manipulación, mentiras, compañías malsanas, robo, entre otras.

Cambios en los patrones de la comunicación: Pregunte como es la comunicación a nivel familiar, social y laboral. Si dejó de ser armoniosa, pasiva o agresiva, luego registre según corresponda.

Observaciones adicionales: Registre datos que no se hayan contemplado en este dominio.

Dominio 8 Sexualidad:

Se refiere a la identidad sexual de la persona y abarca su capacidad para expresar su sexualidad y lograr relaciones interpersonales e individuales satisfactorias, también se refiere a las preocupaciones y al estado de la persona respecto a su capacidad procreadora.

Identidad con su género: Registre según corresponda

Actividad Sexual: Registre si tiene actividad sexual activa.

Satisfacción sexual: Registre según refiera si es negativo pregunte porqué.

Conducta de riesgo: Pregunte sobre sus preferencias sexuales, registre si es homosexual o heterosexual, promiscuidad, lesbianismo, así como el uso de dispositivos de protección, irrigaciones, condón...etc.

FUR: Registre fecha de última menstruación.

Edad gestacional: Pregunte y registre tiempo de gestación.

Abuso sexual: Pregunte y registre forma de actividad sexual sin consentimiento, incluye tocamiento, coito, explotación sexual, prostitución y pornografía, especificar qué edad, y por quien fue.

Capacidad reproductiva: Pregunte si tiene dificultades para la procreación, observe expresiones de malestar por no poder concebir un hijo.

Amenorrea: Consigne fecha y o tiempo de ausencia de menstruación.

Observaciones adicionales: Considerar datos que no se hayan contemplado en este dominio.

Dominio 9 Afrontamiento/ Tolerancia Al Estrés:

Acepta hospitalización: Pregunte y registre.

Historia de violencia física/psicológica: Pregunte si hay violencia familiar o psicológica tome en cuenta si existe discusiones previas u situaciones desagradables que provoquen estrés.

Incapacidad para tomar decisiones asertivas: Pregunte y registre.

Inquietud: Observe y registre.

Aprehensión: Observe signos y síntomas de ansiedad y registre.

Tristeza.: Observe y registre si hay facies de tristeza.

Miedo: Observe y registre expresiones de miedo, temor (fobia), o terror (pánico) a determinadas circunstancias, animales u objetos

Fugas del hogar.- Pregunte si hay salidas intempestivas del hogar sin rumbo aparente, identifique el tiempo ocurrido de la ausencia.

Agentes estresores Laborales. Judiciales. Económicos: Pregunte si existe problema laboral por ausentismo, agresividad, alcoholismo, conducta antisocial, robo, riesgo de perder el empleo, si existe problema judicial, policial, penal, especificar el motivo.

Observaciones adicionales: Registre datos referidos al dominio que no se hayan contemplado.

Dominio 10 Principios Vitales:

Expectativas de salud: Registre según corresponda y especifique en la línea punteada lo que el paciente espera alcanzar luego de su asistencia.

Ayuda Espiritual: Registre el tipo de ayuda que requiera: pastor, consejero sacerdote.

Religión: registre el credo que profesa el paciente.

Prácticas religiosas: Registre si la religión del paciente le exige algunas restricciones que comprometen el manejo de su salud. Ej: no acepta transfusiones sanguíneas.

Sentimiento de sufrimiento: Anote lo que exprese el paciente, entre comillas; desesperanza, sentimientos de abandono. "me siento angustiado" "ya quisiera descansar."

Dominio 11 Seguridad Y Protección:

Antecedentes de atragantamiento: Registre y anote si el paciente señala que ocasionalmente sufre atoros en la comida, o si hubo alguna experiencias traumática en este sentido.

Antecedentes de aspiración: Registre y anote experiencias de ahogo con la ingestión de líquidos y/o sólidos, frecuencia y sensaciones que le produjo.

Antecedentes de fuga: registre y anote si el paciente tiene antecedentes de haber intentado o ejecutado fuga en anteriores oportunidades.

Historia de heteroagresión: Registre y especifique a quien agredió, de qué manera (con qué) y cuantas veces.

Historia de autoagresión: Registre y especifique el número de veces que cometió este acto y de qué manera.

Historia de automutilación: registre y especifique conductas deliberadas y autolesivas que en el afán de aliviar su tensión le hayan provocado un daño tisular causando lesión. Ej. Infringirse cortes en muñecas de las manos, pecho, otros.

Ideación suicida estructurada: Registre y especifique plan de autoeliminación pensamientos que la acompañan.

Ideación homicida: Registre y especifique si tiene ideas o pensamientos para eliminar o provocar la muerte de otra persona.

Intento suicida: Registre y especifique si ha ejecutado acciones de suicidio, cómo lo hizo, cuántas veces ha ocurrido.

Intento homicida: Registre y especifique si ha ejecutado acciones para provocar la muerte de una persona, cómo lo hizo y cuántas veces.

Inquietud psicomotriz: registre y especifique la conducta, posturas, gestos de intranquilidad motora observados en el paciente.

Agitación psicomotriz: registre y especifique la conducta desorganizada o destructiva del paciente hacia si mismo y hacia el entorno.

Historia de caídas: Registre de ser afirmativo cuándo, dónde, y cómo ocurrió la última caída.

Catéteres: Registre y anote si lo hubiera, el tipo de catéter y cuándo fue colocado.

Lesiones orales: Registre y anote, de ser afirmativo, el tipo de lesión llámese aftas, vesículas, queilitis, otras.

UPP (ulceras por presión), estadio, localización: Registre de ser afirmativo anote el estadio 1, 2, 3, 4 y localización según código numérico aprobado por la institución (ver anexo adjunto).

Heridas, tatuajes: registre y anote tipo de herida y localización, en caso de tatuajes indicar número y localización.

Observaciones adicionales: anote información que Ud. considera valiosa y que no haya sido asignada en los ítems anteriores. Ej. Cicatrices

Dominio 12 Confort:

Dolor: Registre y anote si lo hubiera, su localización, tipo y alguna característica del mismo.

Nauseas: Registre y anote si el paciente se aísla, en qué circunstancias de qué o de quienes.

Retraimiento: Registre y anote si es afirmativo si el paciente se muestra sin motivación para participar de actividades que promuevan su bienestar y socialización.

Indiferente a actividades recreativas: Registre y anote.

Dominio 13 Crecimiento y Desarrollo:

Alteración en el crecimiento: registre y anote las alteraciones fácilmente observables en el paciente; hidrocefalia, enanismo, gigantismo,

Alteraciones en el desarrollo: registre y anote problemas evidentes en esta área ubicándolos como: Síndrome de Down, Síndrome de Aspergen, autismo, retardo mental.

Área motora: Registre y anote el compromiso observable en esta área, sea en la coordinación psicomotora, en la habilidad manual.

Área comunicación: Dificultades en la articulación de la palabra, en mantener la fluidez de un dialogo o en la coherencia de sus expresiones.

Área social: Registre y anote la capacidad de socialización, de interpretación y participación en grupo.

En las líneas punteadas al final de cada dominio registre las observaciones adicionales si hubiese y que no haya sido consignada

anteriormente. Se registraran otros datos que completen la información que no estén contemplados en un dominio o cuando el paciente o familiar no precisa datos, desconoce, no evaluable, negativismo, etc.

Respecto a observaciones adicionales podemos colocar al final de cada dominio lo que se puede registrar o lo colocamos al final de todos los dominios y se señala lo anterior u otra idea mejor.

ÁREA DE TRIAJE DEL SERVICIO DE EMERGENCIA DE SALUD
MENTAL



ÁREA DE ENTREVISTA



**LISTA DE COTEJO DE REGISTRO DE DATOS SEGÚN DOMINIOS
EMERGENCIA DE SALUD MENTAL**

ÍTEMS	Si	No
<p>DATOS GENERALES</p> <p>Se registra los datos completos de apellidos y nombres, seguido del No de seguro social, luego la edad y sexo, estado civil, ocupación actual, grado de instrucción. Luego Fecha y Hora que se realiza el registro de enfermería y el Motivo de Ingreso en forma narrativa y subjetiva. Coloca todos los datos presentes de las Funciones Vitales se cómo PA, FC, RF, To, Sat O2, HGT.</p>		
<p>VALORACIÓN SEGÚN DOMINIOS:</p> <p>D 1: Promoción de la Salud</p> <p>Registra datos como Conocimiento de la enfermedad, control médico, tratamiento recibido, toma de medicación, automedicación, N^o de hospitalizaciones, antecedentes clínicos como HTA, DM. Hepatitis, TBC, Asma, HIV, Alergia y convulsiones, antecedentes quirúrgicos e Historia de enfermedad mental Familiar y Hábitos nocivos</p>		
<p>D2: Nutrición</p> <p>Registra los ítems siguientes; como alimentación, la frecuencia diaria de alimentación, peso, talla, presencia de hiporexia, hiperfagia, disfagia, negativismo a ingesta de alimentos, además también ver si tiene dentadura completa o prótesis y si presento vómitos o le colocaron SNG. Realizar la exploración física para ver si el abdomen si es normal, distendido, doloroso y otros datos relevantes en forma narrativa.</p>		
<p>D 3: Eliminación/Intercambio</p> <p>Registra todos los datos relevantes solicitados en este dominio como control esfínter vesical, dispositivo de ayuda como pañal, si controla esfínter anal y cuando fue su última deposición. Luego también es importante registrar si hay sudoración, secreciones bronquiales y colocar alguna observación relevante en forma narrativa</p>		
<p>D 4: Actividad y Reposo</p> <p>Registra los datos relevantes si usa bastón, prótesis o necesita ayuda para Alimentación, aseo, vestido o el uso del wáter, si presenta alteración en el pulso o la respiración y colocar las observaciones en forma narrativa</p>		

<p>D 5: Percepción/Cognición</p> <p>Registra todos los datos relevantes según instructivo como las Alucinaciones auditivas, visuales, olfativas, gustativas y cenestésicas, así como ver el pensamiento obsesivo, fóbico, delusional de daño, referencia, persecución, grandeza y místico.</p>		
<p>D 6: Autopercepción</p> <p>Registra los datos relevantes como capacidad autocrítica, cólera, euforia, hipomaniaca, labilidad emocional, anhedonia, suspiros, sentimiento de fracaso personal, familiar, laboral, Sentimiento de culpa, de fracaso de minusvalía, rechazo, percepción de su imagen corporal, si se encuentra embotado, aplanado, constreñido, si acepta la hospitalización y la disposición de cambios para alcanzar el bienestar y se registrara en forma narrativa si existe alguna observación adicional</p>		
<p>D 7: Rol / Relaciones</p> <p>Registra datos sobre: Familia disfuncional, soporte familiar, con quien vive, rol que desempeña, N° de hijos, Cuidador con enfermedad clínica, verbalización de hospitalización prolongada, Comunicación laboral inefectiva, Abandono laboral y observaciones adicionales que son registradas en forma narrativa.</p>		
<p>D 8: Sexualidad</p> <p>Registra datos de Identidad con su género, Actividad sexual, Satisfacción sexual, conducta de riesgo, FUR, Edad gestacional, capacidad reproductiva, método anticonceptivo, y hay algunas observaciones adicionales.</p>		
<p>D 9: Afrontamiento/Tolerancia al Estrés</p> <p>Registra datos sobre la Violencia familiar, Física, Sexual y Psicológica, así como también si existe la presencia de Ataque de pánico, miedo, aprehensión, tristeza, inquietud, frustración y Estresores laborales, judiciales, económicos y fugas del hogar, hostilidad, actitud de superioridad, Historia de abandono familiar y algunas observaciones adicionales.</p>		

<p>D 10: Principios Vitales</p> <p>Registra datos sobre Creencias para el paciente, Expectativas de salud, Ayuda espiritual, Religión que profesa, Prácticas religiosas, Sentimientos de sufrimiento y observaciones adicionales.</p>		
<p>Dominio 11: Seguridad y protección</p> <p>Registra datos de UPP, estadio y Localización de la UPP, presencia de catéter periférico, central con fecha de colocación, además valorar también con ayuda del examen físico presencia heridas tatuaje, compulsiones, caídas, traumatismo, recolectar información acerca de historia de atragantamiento, historia de aspiración, historia de automutilación, heteroagresión, autoagresión, ideación suicida, ideación homicida, intento suicida, intento homicida y Agitación psicomotriz, observaciones.</p>		
<p>Dominio 12: Confort.</p> <p>Registra los datos relevantes de causas que impiden la sensación de bienestar físico, mental y social como la Expresión de dolor, Aversión de los alimentos, sialorrea, retraimiento, hobbies/actividades recreativas y redacción narrativa de algunas observaciones adicionales</p>		
<p>Dominio 13: Crecimiento y desarrollo</p> <p>Registra datos sobre si existe Alteraciones en el crecimiento, Alteraciones en el desarrollo dentro del área motora, de comunicación, social y algunas observaciones relevantes necesarias para la valoración.</p>		

CUADRO 4

**REGISTRÓ DE DATOS MÁS RELEVANTES SEGÚN DOMINIOS
2013 2014 2015 EN EMERGENCIA DE SALUD MENTAL**

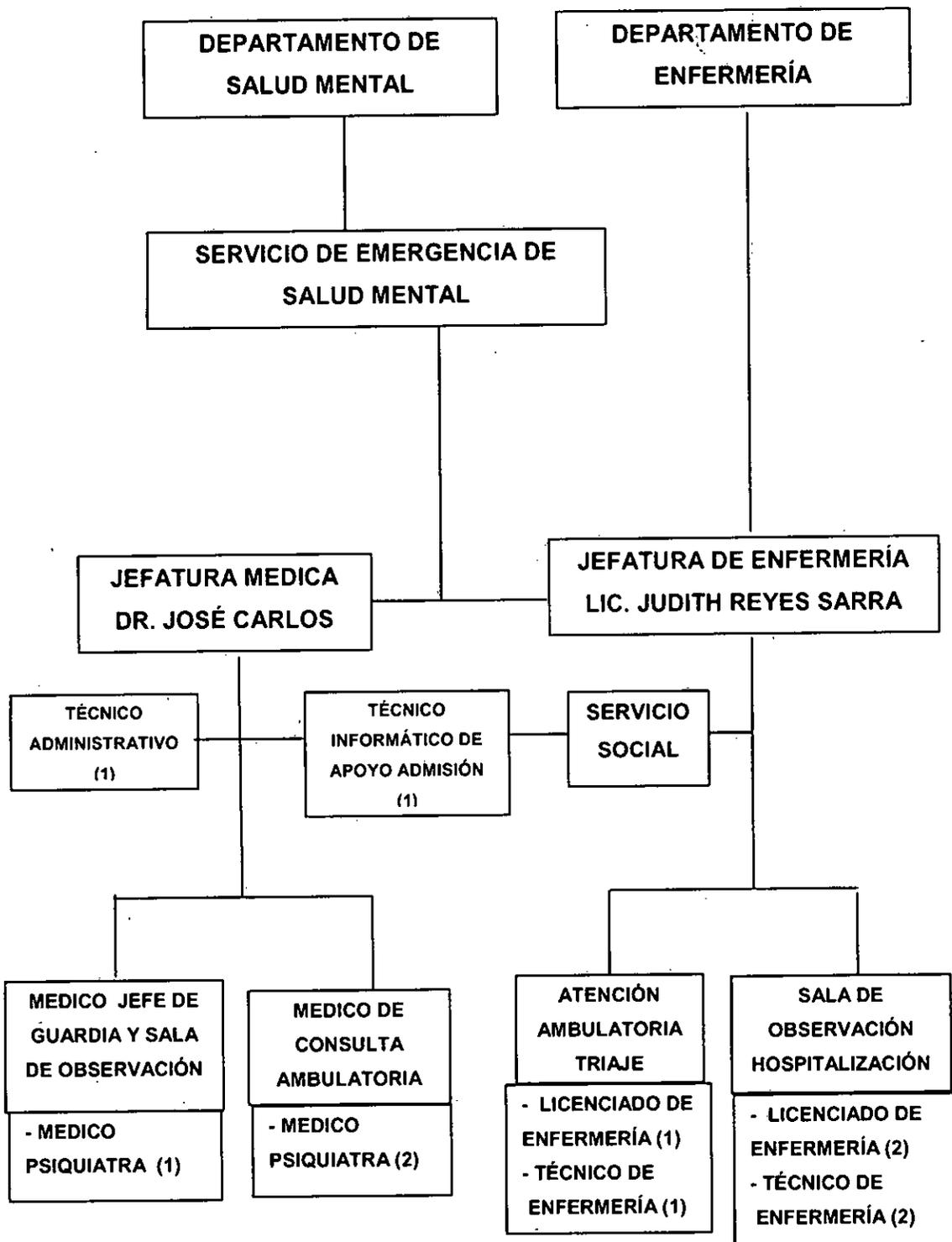
VALORACIÓN SEGÚN DOMINIOS	2013		2014		2015		TOTAL
	SI	NO	SI	NO	SI	NO	
Dominio 1: Promoción de la Salud	8	2	08	02	10	00	30
Dominio 2: Nutrición	10	0	10	0	10	0	30
Dominio 3: Eliminación/Intercambio	5	5	8	2	6	4	30
Dominio 4: Actividad y Reposo	5	5	9	1	7	3	30
Dominio 5: Percepción y Cognición	5	5	10	0	9	1	30
Dominio 6: Autopercepción	5	5	7	3	6	4	30
Dominio 7: Rol / Relaciones	6	4	7	3	9	1	30
Dominio 8: Sexualidad	4	6	2	8	4	6	30
Dominio 9: Afrontamiento / Tolerancia al Estrés	4	6	9	1	8	2	30
Dominio 10: Principios Vitales	5	5	10	0	9	1	30
Dominio 11: Seguridad y protección	4	6	08	02	10	00	30
Dominio 12: Confort.	2	8	9	1	7	3	30
Dominio 13: Crecimiento y desarrollo	2	8	2	8	4	6	30
TOTAL	130		130		130		390

CUADRO 5

REGISTRO DE DIAGNÓSTICOS MÁS FRECUENTES SEGÚN FORMATO DE VALORACIÓN 2013 2014 2015 EN EMERGENCIA DE SALUD MENTAL

VALORACIÓN SEGÚN DOMINIOS	2013	2014	2015	TOTAL
Riesgo de lesión	10	10	10	30
Deterioro de la movilidad física	10	5	15	30
Desesperanza	10	11	9	30
Riesgo de violencia dirigida a otros	4	11	15	30
Riesgo de automutilación	5	7	8	20
Riesgo de caída	10	10	10	30
Desequilibrio nutricional	3	5	7	15
Deterioro de la interacción social	5	5	5	15
Déficit de autocuidado	10	9	11	30
Trastorno de la imagen corporal	5	5	10	20
Duelo complicado	2	4	4	10
Temor	4	6	10	20
Vagabundeo	1	2	2	5
Descuido Personal	1	1	3	5
Ansiedad	10	10	10	30
Riesgo de estreñimiento	12	8	10	30
Deterioro de la comunicación verbal	6	4	10	20
Afrontamiento ineficaz	8	12	10	30
Aislamiento social	2	2	6	10
Confusión aguda	8	12	10	30
Riesgo de violencia autodirigida	10	10	10	30
Riesgo de suicidio	6	8	16	30
Glicemia inestable	6	6	8	20
TOTAL	148	163	209	520

ORGANIGRAMA FUNCIONAL DE EMERGENCIA DE SALUD MENTAL – 2016



Fuente: Departamento de Enfermería