

Fundamentos epistemológicos del Proceso de atención de Enfermería

La tarea cotidiana del enfermero tendiente a brindar cuidados de salud a la comunidad de calidad, requiere de competencias/capacidades profesionales que le permitan resolver situaciones complejas en los diversos ámbitos profesionales que desarrolla su tarea. Las actividades de enfermería en relación a las necesidades del paciente, permiten la participación del individuo en la promoción, el mantenimiento y recuperación de la salud tendientes a su autocuidado e independencia. El logro de estas competencias no es espontáneo, requiere una formación científico técnica desarrollada en un marco ético, socio-comunitario y político y es resultado de un constante proceso de formación transformador, que da sentido a su práctica. Estas competencias son el resultado de los conocimientos científico técnico y requieren de otros elementos que sirven de fundamento: El marco o modelo de enfermería y una metodología para desarrollar y aplicar los cuidados.

*** La NANDA Internacional proporciona un sustento teórico práctico basado en evidencia, como marco y estructura para la práctica y la formulación de Diagnósticos enfermeros (DE), denominado “Taxonomía diagnóstica”.**

***Los DE están clasificados por” Dominios”: Esfera de conocimiento. Cada dominio está dividido en” clases”, presentados en orden alfabético: Grupos que comparten atributos comunes.**

***El enfermero cuenta con una taxonomía de Intervenciones de enfermería (NIC) aprobadas por la NANDA Internacional, fundamentadas y en concordancia con la concepción de la enfermería como disciplina y profesión autónoma frente a los avances científico-técnicos, en relación a las necesidades de asistencia de salud de la sociedad.**

***Los D.E. y los NIC. propuestos son revisados sistemáticamente por el Comité de Educación e Investigación de NANDA, para actualizar y determinar su consistencia, en función de la evidencia científica.**

***La utilización de una terminología propia y común (compartida) identifica a la profesión, a sus miembros como tales y le otorga una manera de describir “que” sabe de la profesión y “como” actúa. La taxonomía II de NANDA-I. Proporciona un modo de clasificar y categorizar áreas de responsabilidad enfermeras.**

Concepto y definición del proceso de atención

- **“La función única de la enfermera es ayudar a los individuos enfermos o sanos, a llevar a cabo las actividades que constituyen a la salud o su recuperación (o morir en paz) que podrían realizar sin ayuda si tuvieran la fuerza, voluntad o conocimientos necesarios.”**
Virginia Henderson. Definición de enfermería.

Con anterioridad, gran parte de los cuidados de enfermería se basaban en el estudio intuitivo, pero solían depender de la experiencia. Pero las enfermeras con experiencia, a menudo encuentran difícil explicar cómo llegaron a esas conclusiones.

La metodología para la determinación del problema de salud y la planificación de intervenciones, constituye una estructura lógica que fundamenta sus cuidados. Se describe como el método que el enfermero aplica para la resolución de problemas que permite cubrir y satisfacer las necesidades de la persona a la que se le presta la asistencia sanitaria.

Definición de PAE. metodología que constituye un instrumento que permite la valoración del estado de salud del individuo, familia y comunidad, del análisis y la interpretación de las necesidades de las personas asistidas, elaborar y enunciar el Diagnóstico enfermero (DE), para la posterior planificación de intervenciones (NIC) y la evaluación de los resultados de los cuidados enfermeros (NOC). Este método, desde la perspectiva de la disciplina enfermera, permite aplicar las bases teórico-prácticas, requiere de capacidades cognitivas, técnicas e interpersonales, posibilitando la toma de decisiones en forma autónoma y estratégica, respecto a los problemas individuales de las personas a las cuales cuida. Es un proceso sistemático, organizado y analítico que requiere un modo lógico de pensar y actuar. Como todo método sistemático, se organiza lógicamente en etapas que se correlacionan con el método de resolución de problemas. Utiliza 5 pasos o etapas que son continuos y relacionados.

“Disciplina enfermera” es el cuerpo de conocimientos que comprende la ciencia enfermera y le permite actuar frente a los fenómenos de salud para modificarlos, mejorar el estado de salud de las personas, familia y comunidad, mediante cuidados eficaces, eficientes y libres de riesgo.

Beneficios del PAE para los enfermeros

1-Autonomía: Permite al enfermero utilizar sus capacidades, habilidades y conocimientos para determinar las necesidades y requerimientos de cuidados de la comunidad.

2-Dominio y destreza: Tanto cognitivo como socio-afectivo y psicomotriz. Al utilizar y articular el cuerpo de conocimientos para la valoración y reconocimiento de los problemas de salud

3-Confiable: El PAE se sustenta en datos recabados por el enfermero y facilitados por el propio usuario o fuentes seguras.

4-Satisfacción en el trabajo: Al ahorrar tiempo y brindar una resolución exitosa de los problemas de salud. Sentimiento de logro y orgullo profesional.

5-Crecimiento profesional. Experiencia que aumenta la habilidad clínica y seguridad. Capacidad de reformulación. Y certezas.

6-Ayuda en la división de tareas. Distribución y asignación de pacientes según el grado de compromiso y dependencia.

7- Promoción e ingresos a empleos: Exámenes de ingreso y promoción.

Beneficios del PAE para el paciente.

1-Enfoque holístico: A diferencia del modelo centrado en la enfermedad se consideran las necesidades o problemas del ser humano personalizados e individualizados para actuar eficazmente.

2-Participación en su propio cuidado: Se considera al usuario protagonista de su autocuidado, participe activo del alcance de sus metas y objetivos planteados.

3-Continuidad en la atención: Detecta nuevos problemas, reconsidera el plan.

4-Calidad de atención: Es el resultado de la evaluación en el ingreso y momentos ulteriores

5-Individualidad: Considera el modo en que el individuo reacciona y responde a su afección y posteriormente a los cuidados.

Etapas del PAE

1-Valoración: Primer etapa del PAE. Evaluación del estado de salud, como también el grado de satisfacción de las necesidades de la persona, familia y comunidad, que el enfermero realiza utilizando diferentes métodos como la entrevista, la observación general, el examen físico y la confrontación de datos con los registros e informes existentes referidos al paciente, como por ejemplo la historia clínica.

2-Diagnóstico de enfermería: Segunda etapa del PAE. Enunciado de la situación de salud, necesidades o problemas para el mantenimiento de la salud, según taxonomía actualizada por NANDA Internacional es un Juicio clínico como resultado de la valoración.

3-La planificación de intervenciones (NIC): Tercer etapa del PAE. En esta etapa se planifican y describen las intervenciones o la mejor forma de proporcionar asistencia.

Planteo de objetivos con el usuario. Estos objetivos deben cumplir con las siguientes características: realistas, observables y medibles en un tiempo (Corto-mediano-largo plazo).

Deben ser enunciados en verbo infinitivo y en relación al paciente.

Planteo de intervenciones NIC: Comprende el planeamiento para la posterior ejecución de prácticas o cuidados. Estas intervenciones van dirigidas en relación al cumplimiento del objetivo o meta preestablecido y que se desea que el paciente logre.

4-Puesta en marcha y ejecución: Cuarta etapa del PAE. Describe los cuidados, en relación a sus competencias e incumbencias. Actividades, ejecuciones, técnicas, acciones que el enfermero realiza enunciadas correctamente. "Qué"- "Como" y "Cuándo".

5-Evaluación de los resultados obtenidos NOC: Describe las respuestas del paciente frente a los cuidados, como También de la eficacia de los mismos. El progreso o la falta de progreso del paciente hacia el logro de los objetivos, determina una nueva valoración, un reordenamiento de las actividades o priorización de ellas. Esta revisión le da el carácter flexible al PAE.

Competencias en enfermería

Conocimiento científico técnico	Marco o modelo.	Metodología para aplicar el cuidado.
<p>Como toda disciplina utiliza el conocimiento científico técnico. Practica basada en evidencia. Se apoya en protocolos. Formación holística. Continua pre y postgrado. Ciencias básicas. Fisiología/fisiopatología. Ciencias sociales. Investigación. Nutrición. Ética y aspectos legales. Farmacología. Habilidades de comunicación. Los datos que reunamos, la manera de interpretarlos, el plan que desarrollaremos, la acción de enfermería que escojamos dependerá de nuestro modelo conceptual.</p>	<p>Forma de concebir la profesión. Representación conceptual. Representación simbólica. Esquema representativo. Selección de aspectos de la profesión basados en la integración del concepto de persona, salud, entorno y cuidado. Focaliza lo importante. Surge de una teoría. Selecciona aspectos. Conforman directrices. Se basa en la experiencia, valores y opiniones compartidas.</p>	<p>Proceso de atención de enfermería. PAE. Método sistemático que el enfermero aplica tendiente a identificar problemas de salud o respuestas humanas. Diagnosticarlos: juicio clínico. Planificar intervenciones previo planteo de objetivos. Ejecución de acciones para satisfacer las necesidades de salud del individuo, familia y comunidad. Evaluar los resultados obtenidos. Consta de cinco (5) etapas correlativas. Se aplican bases teóricas. Exige capacidades cognitivas y reflexivas. Aplica técnicas interpersonales y de comunicación. Permite tomar decisiones en forma autónoma.</p>

Relación entre el método de resolución de problemas y el PAE.

Pasos del método científico	Pasos del P.A.E.
<p>I-Área problema: se encuentra con el problema: recoge información, comprende claramente el problema. Analiza la información, identifica el problema.</p>	<p>I-Valoración: recoge y examina los datos objetivos y subjetivos sobre los aspectos físicos psicológicos y sociales de la persona y su familia.</p>
<p>II-Hipótesis: relación entre variables. Problema en relación a la causa o etiología.</p>	<p>II-Diagnóstico: analiza los datos, identifica los problemas reales o potenciales. El diagnóstico de enfermería es un juicio clínico o hipótesis a resolver.</p>
<p>III-Diseña un plan de acción.</p>	<p>III-Planificación: Plantea objetivos, desarrolla un plan, especifica intervenciones (N.I.C) adecuadas de resolución.</p>
<p>IV-Lleva a cabo el plan de acción</p>	<p>IV-Ejecución: Pone en prácticas acciones asistenciales.</p>
<p>V-Evaluación: si el plan de acción ha contribuido al cumplimiento de los objetivos.</p>	<p>V-Evaluación: de resultados obtenidos (N.O.C), evalúa su experiencia, termina o modifica el plan.</p>

Etapas del PAE.

Utiliza 5 pasos o etapas que son continuos y relacionados.

1-La valoración.

Se define como la observación sistemática y el informe de la situación de salud de la persona en todas sus esferas: Biológica. Bienestar, seguridad. Psicológica. Sociocultural y Espiritual.

Esta evaluación del estado de salud del individuo, familia y comunidad, implica la recolección de datos objetivos y subjetivos. Se entiende como “subjetivo” a lo que el sujeto de cuidado (paciente/cliente) siente y expresa en relación a su de salud manifestados en la entrevista o anamnesis, mientras que el término objetivo se refiere a aquellos hechos observados por el enfermero u otros profesionales de la salud. La valoración es la primer y más crítica etapa del PAE, ya que de ella dependerá el Diagnóstico de enfermería. Como toda actividad intelectual requiere de razonamiento clínico para distinguir los datos que son normales de los que no lo son, agrupar esos datos relacionados por patrones de salud y realizar inferencias que nos permitan iniciar el proceso diagnóstico.

Puede basarse en una teoría de enfermería en concreto (Dorothea Oren, Virginia Henderson o por patrones funcionales de salud de Maryory Gordon, etc.). Estos marcos proporcionan una forma de agrupar y clasificar los datos obtenidos en un N° manejable de patrones. Es vital que se utilice un marco de valoración reconocido. La NANDA internacional no avala un único método de recolección de datos, pero guiar la valoración, mediante un instrumento semi-estructurado ayuda a los enfermeros, siendo útil para la práctica diaria. Los estudiantes de enfermería en su práctica profesionalizante y los enfermeros en su práctica clínica, cuentan con un instrumento para obtener y registrar los datos recabados, que les permite analizar e interpretar esos datos e identificar el D.E.A este instrumento que permite registrar la valoración, lo denominamos “**Guía de valoración**”

EJ: El enfermero podrá reconocer el malestar del paciente, basándose en la información proporcionada, el examen físico por palpación y/o las conductas de dolor.

Los métodos básicos de recolección de datos que el enfermero utiliza durante la valoración son:

A-Entrevista con paciente/familia.

B-La observación.

C-El examen físico.

D-Revisión de información en la historia clínica u otros registros e informes.

A-Entrevista con paciente/familia:

Una de las formas privilegiadas para recabar información sobre el individuo es la entrevista. Permite reunir toda la información disponible y necesaria para la planificación de los cuidados enfermeros dirigidos al cliente.

Se desarrolla en una relación de interacción personal de comunicación verbal y no verbal; tanto los códigos del lenguaje, como los no verbales (actitudes, posturas, expresiones de la cara) son esenciales o pueden constituir barreras para la comunicación y la relación terapéutica.

El resultado de esta fase depende de factores como la preparación teórica, sus valores y creencias (Modelo conceptual), su concepto de persona, salud, entorno y cuidado.

Objetivo de la entrevista: Recabar datos, es por ello que puede llamarse anamnesis. Por medio de la entrevista dirigida y organizada, se prevé el objetivo que justifica cada pregunta. En la entrevista clínica los enfermeros recogen datos subjetivos al realizar la anamnesis referidos por el paciente/familia y requiere un alto nivel de habilidades en comunicación interpersonal, para que los pacientes puedan sentirse seguros, cómodos y confiar en los enfermeros para contestar preguntas personales. Incorporar a la escucha activa un instrumento de recolección de datos semi-estructurado que cuente con preguntas abiertas tanto como sea posible, permite recabar información pertinente sin dejar de establecer una relación terapéutica.

Técnicas más comunes:

1-Utilización de frases cortas y dicción clara.: Las frases deben ser cortas y pausadas, evitar la voz monótona, inaudible o muy fuerte sin utilizar jerga sanitaria.

2-Utilización de vocabulario neutro: Evitar frases de alto contenido emocional. Ej. Tumoración envés de cáncer.

3-Utilizar vías complementarias de comunicación: Añadir información visual a la verbal.

4-Silencios funcionales: Para proporcionar el usuario un tiempo para que medite y reflexione.

Características de la entrevista clínica e interrelación terapéutica:

Respeto cálido: Reconoce al paciente como único, con su historia personal, que merece reconocimiento.

Empatía: Se centra en la subjetividad del otro, colocándose en el lugar del paciente, con el fin de comprender sus sentimientos y puntos de vista, en una situación determinada.

Autenticidad: No expresa signos de rechazo o juzgamiento. Inmediatez: Se centra en lo que el paciente está viviendo “aquí” y “ahora”.

Escucha activa: Supone escuchar, atender y entender el mensaje.

Aspectos contenidos en la entrevista: Datos de identificación. Causas y problema actual de consulta, signos y síntomas percibidos por el paciente, perfil del individuo, antecedentes personales, familiares y de salud, perfil de la familia. Datos socioculturales, ocupación y actividades recreativas, hábitos y creencias.

Etapas de la entrevista:

1-Preparación organizativa: Es la elección previa del lugar, momento, intimidad y confort para recoger información. También en esta etapa se confecciona el Instrumento semi estructurado de la entrevista. No es aconsejable que el enfermero siga estrictamente las preguntas de un formulario estructurado, porque seguramente, por alguna causa, se verá obligado a no hacer algunas preguntas suplementarias, que aclaren ciertos aspectos o desechar otras que parezcan inoportunas por la situación que esté el paciente.

2-Introducción: Puesta en marcha y momento en el cual el enfermero se presenta y explica los fines que se propone para el encuentro.

3-Desarrollo: Consta de una sucesión de preguntas y respuestas. Las preguntas dirigidas y correctas que se formulan en una entrevista organizada previamente ahorran tiempo y proporcionan la información requerida y pertinente. Estos datos deben relacionarse posteriormente con otros datos e información que nos aportan otros métodos de valoración, como el examen físico y así inferir y detectar fenómenos que afectan o puedan afectar su salud, la satisfacción de sus necesidades o su problema inmediato y le permitan poder actuar de la mejor manera posible para mejorar la situación del paciente.

4-La conclusión: Es la finalización de la entrevista. En este momento el enfermero puede darse o darle al paciente la oportunidad de charlar informalmente y reformular aspectos clave o que no hayan quedado claros para alguno de los dos.

B-La observación.

La observación es la capacidad intelectual de captar a través de los sentidos, los detalles del mundo exterior. El enfermero al observar al paciente, considera al individuo y todo lo que se relaciona con él, para identificar necesidades inmediatas.

Estas observaciones van dirigidas a identificar:

Aspectos de la comunicación no verbal: Expresión facial, corporal, gestos, mirada, postura, que puedan relacionarse con temor, angustia, alegría, asombro, agresividad, búsqueda/ desorientación. Gestos de dolor.

Movimientos corporales y decúbitos en relación a las respuestas verbales, su congruencia y relación. Posturas o decúbitos en relación al problema de salud o al dolor.

Aspectos de la comunicación verbal: Como fluidez. Dificultades para hablar: Dislalia-disartria. Afasia de expresión o comprensión. Uso del lenguaje y terminología, como también congruencia semántica (Palabras utilizadas) y sintáctica, Pausas, silencio, mirada, timbre de la voz, llanto, grito, voz muy baja. Grado de cooperación.

Impresión general: Presentación personal, arreglo personal e higiene, vestimenta de acuerdo a sexo, edad y clima ambiental, estado de la unidad del paciente. Coloración de piel y mucosas, estatura, constitución física y conformación personal. Evidencia de enfermedad. Edad aparente en relación a edad cronológica.

C-Examen físico.

El examen físico, junto con las pruebas diagnósticas nos permite obtener los datos objetivos del paciente y son aquellos que los enfermeros perciben con todos sus sentidos. Por ejemplo es posible observar la apariencia general mediante la vista, escuchar los sonidos pulmonares, sentir la temperatura de la piel a través del tacto. Con la ayuda de instrumentos podemos recoger datos numéricos del peso, la talla, la tensión arterial, saturación de oxígeno y contamos con tablas para cuantificar el dolor, el nivel de conciencia, entre otras. En otras palabras para realizar la valoración física, los enfermeros contamos con diferentes métodos para realizar el examen físico y recabar información en forma objetiva, lo más exacta posible. Estos métodos son:

- Inspección.
- Palpación.
- Auscultación.
- Percusión.

A- La inspección.

Esta parte del examen físico comienza desde el momento que vemos al paciente por primera vez. Al principio la atención se centra en el aspecto general de la persona, su actitud, cómo se desenvuelve, cómo se comunica. Todo esto ocurre mientras se entabla el primer contacto y luego mientras transcurre la conversación. Posteriormente, cuando se efectúa el examen físico, la observación se dirigirá a aspectos más específicos.

En este proceso, que dura todo el tiempo que estamos con el paciente, se está captando una gran cantidad de información. Es necesario entrenar el ojo para realmente "ver". Es muy posible que distintas personas miren una situación determinada y capten diferentes aspectos. Con la vista no se hace solamente un "examen físico" orientado a la anatomía, sino que se trata de captar al paciente como persona: cómo se viste, cómo es su manera de ser, si tiene una expresión de estar preocupado, angustiado o deprimido. Indudablemente, así como la vista aporta información, la conversación la amplía y la enriquece.

No solamente nos concentramos en el paciente, sino que también captamos quién lo acompaña, y, si está en su casa, cómo es el ambiente que lo rodea, qué medicamentos hay sobre su velador. Al efectuar la observación es importante contar con una buena iluminación. En lo posible conviene disponer de luz blanca, proveniente de la luz solar. Cuando se examina de noche a un paciente, es fácil que se pueda escapar una ictericia, por el tono amarillento de la luz artificial.

Otro aspecto importante es efectuar la inspección en buenas condiciones, despejando la ropa en la medida que es necesario. Por ejemplo, al examinar el abdomen, es necesario que esté ampliamente descubierto para efectuar una buena observación.

Es conveniente lograr un buen equilibrio entre el pudor del paciente y la necesidad de efectuar un buen examen. Frecuentemente se examina por secciones que se van descubriendo en forma sucesiva. Al final, todo el cuerpo debe ser visto, de modo que no se escape, por ejemplo, una hernia inguinal o una afección en la planta de un pie.

En días helados, también hay que velar porque el paciente no sienta frío.

B- La palpación.

Usando nuestras manos, haciendo con nuestros dedos, palpando con delicadeza, tenemos la posibilidad de captar una gran cantidad de información: la suavidad de la piel, su humedad y untuosidad, la temperatura, lo blanda o dura que pueda ser una superficie, si se desencadena dolor con la presión que ejercen nuestros dedos, si se palpa algo que se puede delimitar.

Hay una estrecha relación entre el uso que le damos a las manos y lo que nos entrega la vista. Miramos algo, lo tocamos, y así, vamos extrayendo información. Casi se confunde lo que obtenemos palpando con lo que se capta al mirar. Son actos que se efectúan frecuentemente en forma conjunta.

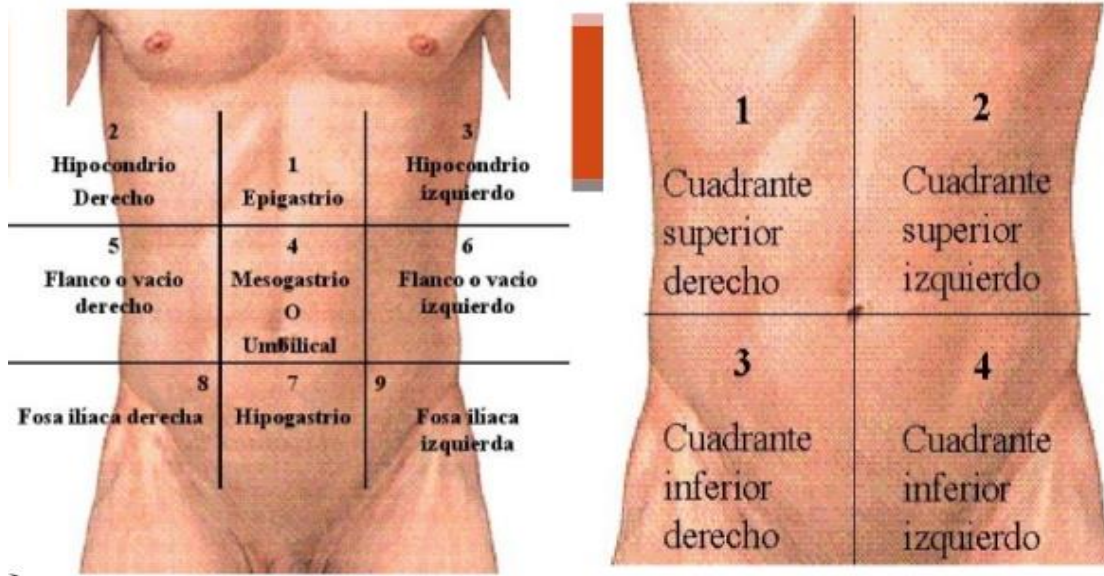
Respecto a la **forma de palpar**, puede variar según de qué se trate. Para la temperatura, se podría usar el dorso o la palma de la mano; para delimitar una masa, se usarán los dedos; para captar vibraciones, podría convenir usar la palma o el borde cubital de las manos. La forma de palpar tiene algo de técnica y de arte. No es necesario ser tosco; tampoco desencadenar dolor en forma innecesaria.

Al palpar una masa entre los dedos podremos definir su tamaño, su dureza, si sus bordes están bien delimitados, si se desplaza sobre los planos profundos, si con la presión se produce dolor, si es una masa única o resulta de la confluencia y fusión de varias masas. Además, al combinar la palpación con la observación, se puede apreciar si la piel está enrojecida o con un aspecto de "cáscara de naranja", si existen trayectos fistulosos, si la vasculatura está aumentada.

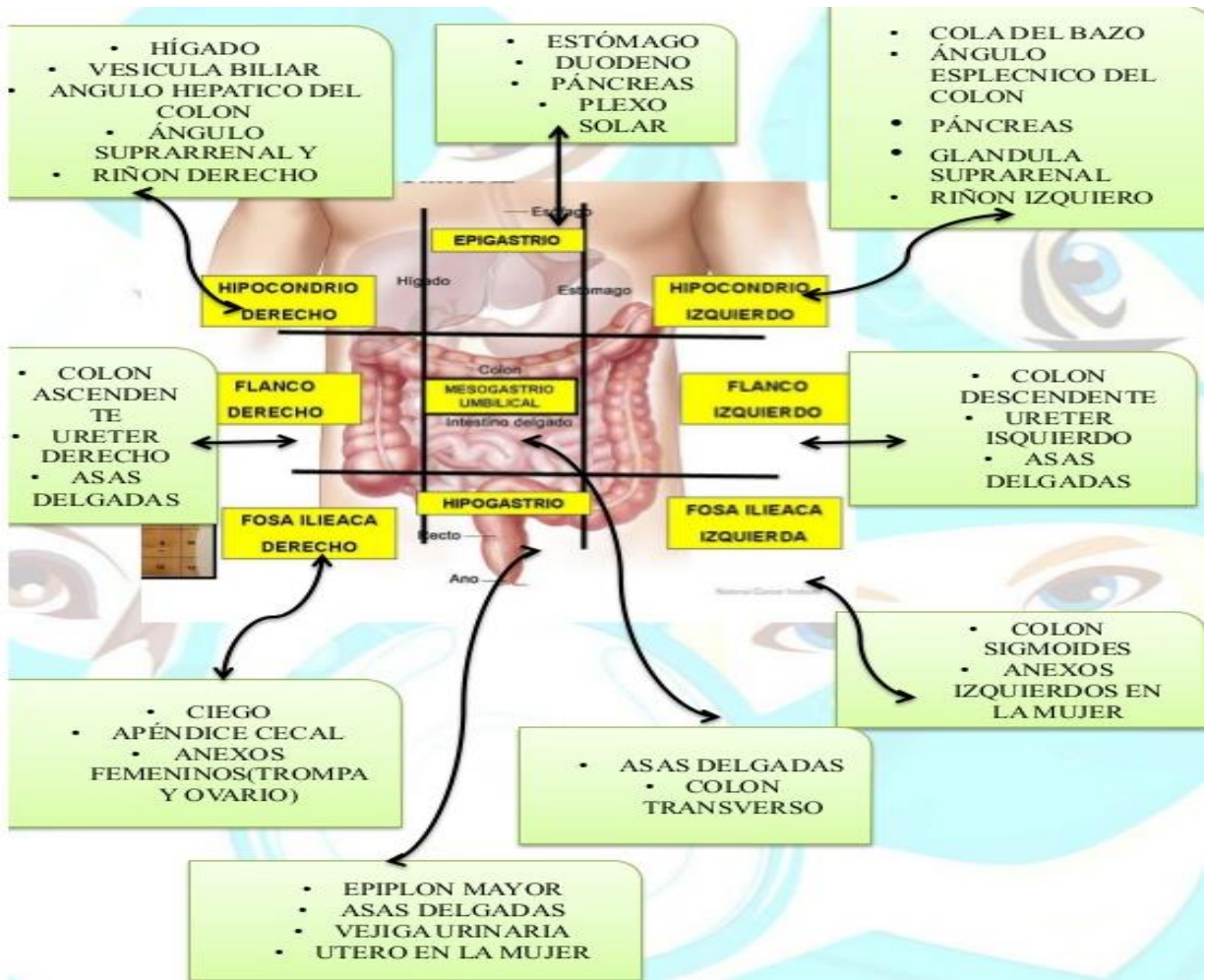
El paciente, cuando está acostado, habitualmente se examina por su lado derecho porque la mayor parte de las personas son diestras y, así, pueden usar su mano dominante. También tiene ventajas para examinar la punta del corazón y el bazo. De todas maneras, es conveniente lograr destrezas para examinar por cualquiera de los dos lados.

A través de las manos se pueden transmitir infecciones de un paciente a otro. Debido a esto, **es muy importante lavarse las manos antes y después de examinar a cada paciente** (y por lo tanto, antes de examinar al siguiente). En los hospitales existen gérmenes de alta virulencia y resistentes a múltiples antibióticos. En estos lugares se deben respetar estrictamente las medidas que están dirigidas a prevenir la transmisión de infecciones (lavado de manos, uso de guantes, delantal, mascarilla, etc.). La medida más importante, es el lavado de las manos.

Topografía del abdomen. Zonas de palpación:



Topografía del abdomen, Órganos que se alojan en cada zona anatómica:



C- La auscultación.

Mediante la auscultación se escuchan ruidos que se generan en el organismo. Estos pueden ser soplos del corazón o de diversas arterias, ruidos que provienen del intestino, y una gama de sonidos que se identifican en la auscultación pulmonar.

Tal como la percusión, se puede efectuar en forma directa o indirecta.

Auscultación directa: consiste en aplicar la oreja sobre el cuerpo del paciente en la región que se quiere examinar. Rinde fundamentalmente en la espalda para escuchar ruidos pulmonares (aplicar la oreja sobre otras zonas puede resultar más complicado).

Auscultación indirecta. Se efectúa mediante el uso de un estetoscopio. Gracias a este instrumento es posible tomar alguna distancia del paciente y resulta más cómodo y eficiente.

Características del estetoscopio.

Los más usados tienen una cápsula que se apoya en el paciente, un sistema de transmisión del sonido y auriculares para escuchar.

La cápsula tiene en un lado una membrana rígida que transmite de preferencia los sonidos de tonalidad alta (por ejemplo, el segundo ruido del ciclo cardíaco) y en el lado opuesto, una campana que transmite preferentemente los tonos bajos (por ejemplo, los ruidos que se generan sobre la arteria braquial al medir la presión arterial). El tamaño de la cápsula es más grande en los adultos que en los niños.

Al auscultar es muy importante que la membrana o la cápsula, según el lado que se esté usando, queden bien apoyadas sobre la piel desnuda del paciente, de modo de aislar los ruidos del medio ambiente y transmitir sólo los del paciente bajo el área auscultada.



El sonido se trasmite a través de una manguera o tubos que deben ser de un grosor adecuado para aislar los ruidos del medio ambiente. La longitud recomendada es de 30 a 40 cm. Al manipular el estetoscopio conviene evitar roces que generen ruidos externos.

Los auriculares están formados por un par de olivas y deben sentirse cómodos una vez aplicados en los oídos. Su orientación debe ser discretamente hacia delante de modo de encajar bien siguiendo la dirección de los pabellones auriculares. Las olivas convienen que sean de un material suave y que se ajusten bien en los conductos auditivos externos. La presión que ejercen las olivas sobre los oídos debe ser suficiente como para que no entren ruidos del medio ambiente, pero no tan fuerte como para que después de un rato provoquen dolor.

En obstetricia se usa una especie de corneta (Estetoscopio de Pinard) para escuchar los ruidos cardíacos del feto, que se apoya directamente sobre el abdomen de la mujer embarazada y el oído del examinador se aplica en el extremo opuesto.

Un buen estetoscopio ayuda mucho para lograr un buen examen físico. Pero tan importante como el estetoscopio, es la capacidad del examinador para captar e interpretar los ruidos (como se dice..., lo más importante está entre una oliva y la otra).

Zonas de auscultación.

Donde más rinde la auscultación, es en el tórax. En el corazón se identifican ruidos producidos por el accionar de las válvulas cardíacas (por ejemplo, el cierre de las válvulas aurículo-ventriculares o las sigmoideas), o flujos turbulentos debido a lesiones de las válvulas (por ejemplo: una estenosis mitral, una insuficiencia aórtica). En los pulmones se escuchan los ruidos normales debido a la entrada del aire a la tráquea y bronquios durante la inspiración (por ejemplo, el murmullo pulmonar), pero también es posible auscultar otros ruidos producto de distintas enfermedades (por ejemplo, crepitaciones, sibilancias).

En el abdomen interesa reconocer ruidos que se deben al peristaltismo del intestino (ruidos intestinales o ruidos hidro-aéreos).

Sobre zonas estrechas de arterias, en donde se generan flujos turbulentos, se pueden auscultar soplos (por ejemplo, en el cuello en relación a una estenosis de una arteria carótida).

Una fístula arterio-venosa va a generar un soplo continuo (por ejemplo, las fístulas de pacientes en hemodiálisis).

Al principio, el estudiante puede desesperarse al no reconocer los distintos ruidos que su docente le señala. Es necesario ordenarse en la auscultación y aprender a reconocer, paso a paso, distintos aspectos. Por ejemplo, en la auscultación del corazón es conveniente concentrarse primero en la sístole, y luego en la diástole; reconocer los ruidos normales, y luego los agregados; identificar la presencia de soplos y sus características: ubicación en el ciclo cardíaco, forma, duración, intensidad. También la auscultación pulmonar tiene su disciplina y el estudiante debe aprender a tener un método, a concentrarse primero en un aspecto y luego en el siguiente, y así sucesivamente.

Auscultación respiratoria: Los ruidos respiratorios son producidos por las estructuras de los pulmones durante la respiración, permite una evaluación de las vías respiratoria, los pulmones y la pleura. Se realiza de forma simétrica comparando el lado izquierdo con el derecho, se recorren las partes anteriores y postero-laterales de arriba hacia abajo. Con este método se pretende descubrir si hay zonas de hipoventilación, abolición del intercambio gaseoso o ruidos anormales (adventicios).

Características de los ruidos respiratorios:

- En *condiciones fisiologicas* los ruidos que se pueden apreciar son:

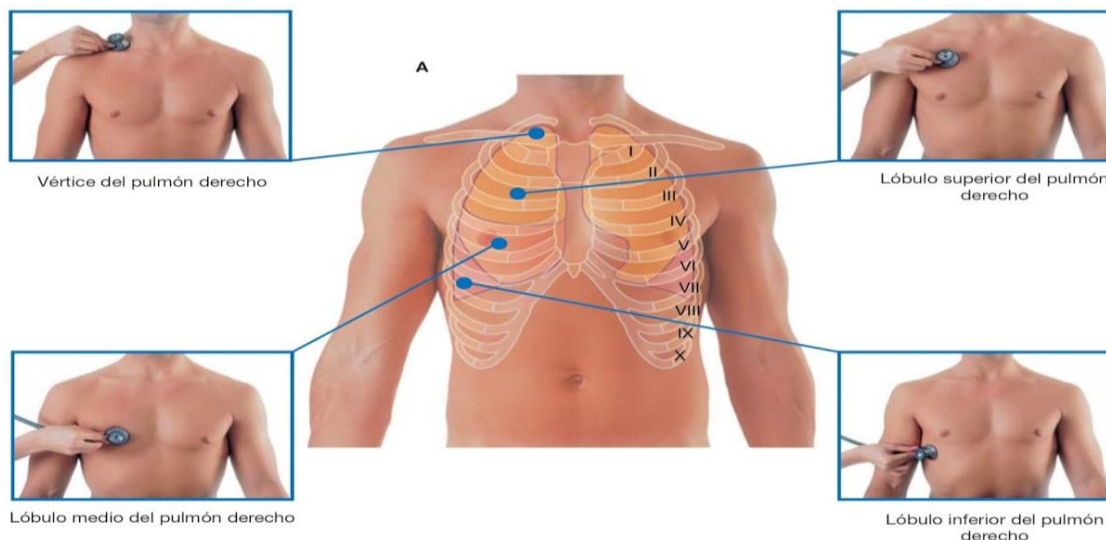
Traqueo-Bronquial	Lo produce el paso del aire a través de la traquea. Es un sonido profundo y fuerte en el que la espiración resulta mas larga que la inspiración. (Paso del aire por la traquea y bronquios principales)
Broco-vesicula	Se escucha al auscultar las vías aéreas mayores, es un sonido de mediana intensidad y duración que se encuentra audible tanto en la inspiración como en la expiración. (Paso del aire por los bronquios lobulares)
Murmullo vesicular	Se puede escuchar si se ausculta cualquier otro lugar del torax, es un sonido mas suave y esta presente durante la inspiración. (Paso del aire por los alveolos - intercambio gaseoso)

- En *condiciones fisio-patologicas* los ruidos que se pueden apreciar son (ruidos adventicios):
Algunas enfermedades pueden generar ruidos adventicios específicos, mientras que otras pueden producir combinaciones de varios.

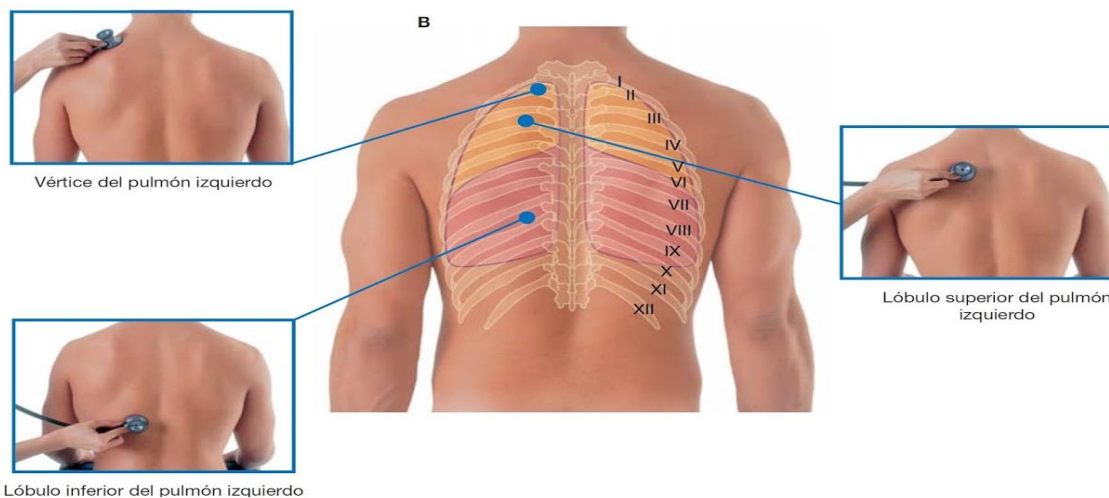
Estridor	La vía aérea superior es la ubicada por encima del ángulo de Louis, a este nivel se pueden producir ruidos adventicios por la compresión y/o estenosis de la vía, siendo el mas característico el “ <i>estridor</i> ”. Ruido tosco que se manifiesta en la inspiración como en la expiración.
Crepitantes	Ruido respiratorio producido en los sacos alveolares, se generan cuando, existe presencia de fluidos (Por ejemplo de tipo mucoso) abundantes, se escuchan mas frecuentemente en las bases pulmonares y son mas obvios durante la inspiración. Es un sonido burbujeante agudo producido en los sacos alveolares (Como cuando se sopla con un sorvete dentro de un vaso con liquido, tipo velcro que se asemeja al producido al frotar un mechón de pelo delante de la oreja)
Estertores	Este ruido es audible cuando hay liquido en los bronquios finos y también cuando es anormal la estructura del intersticio pulmonar. De tonalidad grave, son indicativo de la existencia de liquido en el alveolo o en el bronquio fino, a diferencia del crepitante, este ruido presente respercusión en la vía aérea superior a tal punto que puede ser audible sin estetoscopio y en determinado punto se los puede tomar como ruidos sinonimo (estertores-crepitantes).
Sibilancias	Ruidos respiratorios de elevada tonalidad significativo de estenosis del árbol bronquial, generalmente de las vías de pequeño calibre, se escuchan sobre todo en los campos pulmonares alejados de los bronquios principales. Los ruidos son como chillidos muy agudos o silvidos.
Roncus	Se produce a causa de la presencia de abundantes secreciones en los bronquios principales. Es mucho mas pronunciado durante la expiración, suele estar acompañado de la presencia de tos. El sonido es semejante a un gorgoteo, fuerte, intenso, como ronquidos.
Frotis (pleural)	Se produce un ruido particular al rozar las dos hojas pleurales inflamadas entre si o por la existencia de liquido entre las dos superficies pleurales, son sonidos “chillantes”, como si estuviera frotando una lamina de metal con otra.

Técnica de auscultación:

Cara anterior del tórax.



Cara posterior del torax



Auscultación cardíaca: Los ruidos cardiacos son vibraciones auditivas que se producen, en condiciones fisiológicas, debido al cierre de las válvulas, forma parte de la semiología que se debe dominar. No basta con saber identificar, sino también saber el motivo por el cual se generan.

Todo corazón produce ruidos rítmicos muy característicos, cada latido de un corazón sano está compuesto por dos sonidos cuyas onomatopeyas habituales son: “lub” (primer sonido) “dub” (segundo sonido). Estos sonidos se generan cuando las *válvulas cardiacas* se cierran y la sangre fluye por el corazón.

El **primer ruido (R1)** identifica el comienzo de la sístole ventricular y se debe al cierre de las válvulas aurículo-ventriculares (tricúspide y mitral).

El **segundo ruido (R2)** indica el comienzo de la diástole y se debe al cierre de las válvulas sigmoideas (aortica y pulmonar).

El **tercer ruido (R3)** puede o no estar presente y no siempre es patológico, se produce por el llenado rápido del ventrículo durante la diástole en niños y jóvenes menores de 35 años, sin considerarse patológico, no así en casos de insuficiencia cardíaca.

El **cuarto ruido (R4)** también conocido como auricular, golpe auricular o golpe perisistólico. Se escucha antes de R1 y su presencia puede ser indicio de estenosis aórtica, o hipertrofia en niños atléticos. De cualquier forma este ruido siempre es considerado patológico.

El **soplo** parece en relación con el ciclo cardíaco, en la región precordial o su vecindad, producidos en su mayoría por un flujo turbulento que depende de la viscosidad sanguínea y posibles obstáculos en el flujo. Las causas comunes son: anemia, taquicardia, fiebre, embarazo, válvulas cardíacas defectuosas, comunicación arterio-venosa, entre otras.

Con frecuencia se comete el error de intentar escuchar de una sola vez todos los ruidos que se presentan durante el ciclo cardíaco. Debemos tomarnos el tiempo necesario para identificar cada uno de los ruidos y silencios (pausas), en los diferentes focos de auscultación.

Áreas o **focos** de auscultación **cardíaca**:

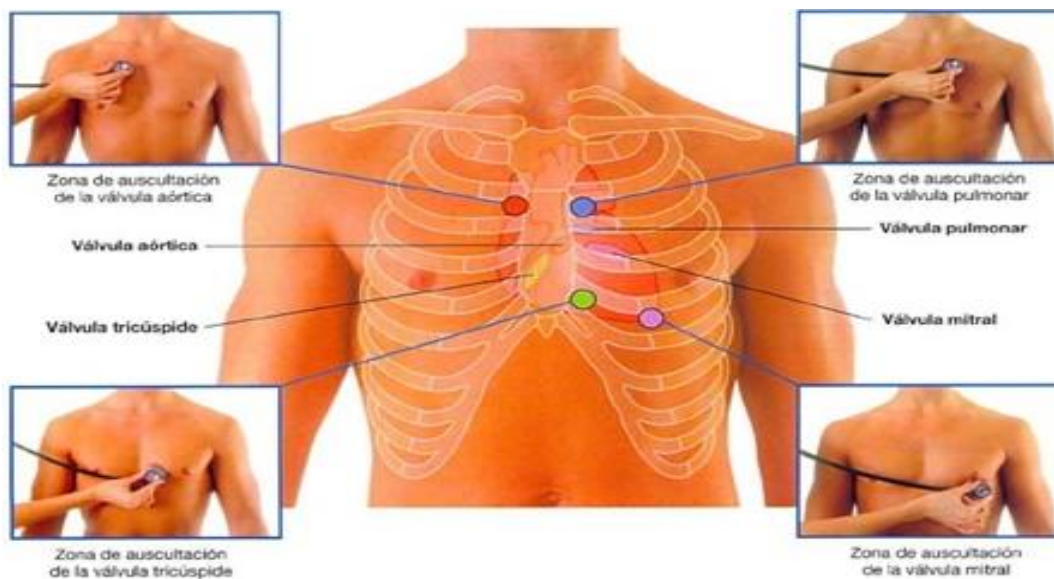
1-Foco aórtico: Se ubica en el segundo espacio intercostal para esternal derecho.

2-Foco pulmonar: Se ubica en el segundo espacio intercostal para esternal izquierdo.

3-Foco tricúspide: Se ubica en el quinto espacio intercostal para esternal.

4-Foco mitral: Se ubica en el quinto espacio intercostal a nivel de la línea media clavicular.

Técnica de auscultación cardíaca:



D- La percusión.

Percutir es dar golpes. Estos a su vez producen sonidos que son audibles y vibraciones que son palpables.

Los sonidos pueden ser de distinta intensidad, frecuencia, duración y timbre. La frecuencia o *tono* se refiere al número de vibraciones por segundo y determina si un sonido es más agudo o es más grave. El **timbre** es lo que permite diferenciar la procedencia de un sonido. Depende de varios aspectos, como la combinación de las frecuencias o la caja de resonancia. Gracias al timbre se distingue si una nota "do" procede de un piano o de un violín.

Mediante la percusión se distingue si los tejidos por debajo contienen aire o son más sólidos. La penetración que se logra es de unos 5 a 7 cm. Estructuras más profundas habitualmente no se logran distinguir. Si el panículo adiposo es grueso, se requerirán golpes más fuertes para distinguir

diferencias en la constitución de los tejidos subyacentes. En general, **se percute desde las áreas de mayor sonoridad hacia las de menor sonoridad**. También es importante comparar sectores homólogos (por ejemplo, un lado del tórax con el otro) y hacerlo con una técnica equivalente.

Para comenzar a entrenarse, conviene practicar golpeando con la punta de los dedos distintos objetos vecinos: el escritorio, un muro, un libro, etc. En todos ellos se genera un ruido diferente. Los constructores usan este método para distinguir entre muros sólidos y tabiques. En las viñas, se usa para reconocer el nivel del vino en los toneles (la zona de más arriba que está vacía, suena hueca y donde está el vino, el ruido es opaco).

Tipos de sonidos.

Consideremos la diferencia en el sonido que se genera al efectuar un golpe con la punta de los dedos sobre una pierna o sobre el tórax. En el primer caso se escucha un ruido más opaco, más “mate”; en el segundo, el ruido es más “sonoro”. La consistencia de los tejidos en el muslo es compacta; en el tórax –sobre el área pulmonar–, se refleja el contenido del aire en los pulmones. Si se llega a producir una condensación en un lóbulo del pulmón, o se desarrolla un extenso derrame, se escuchará un ruido mate sobre esas zonas, y no el ruido sonoro normal. De esta forma, se distingue, mediante la percusión, un pulmón de sonoridad normal, o se reconoce si en alguna zona esta condición se ha perdido.

Entre los ruidos que se generan, destacan:

Ruido sonoro (o resonante): es el que se escucha, por ejemplo, al percutir el tórax sobre pulmón normal.

Ruido hipersonoro (o hiperresonante): es como el sonoro, pero de tono más alto. Por ejemplo, se escucha al percutir pulmones enfisematosos o cuando existe un neumotórax.

Ruido timpánico: es de una frecuencia más elevada. Por ejemplo, se puede escuchar al percutir un neumotórax a tensión, o el estómago lleno de gas después de tomar una bebida gaseosa.

Ruido mate: ruido opaco que se genera al percutir estructuras macizas. Por ejemplo, se escucha al percutir la base de un pulmón con una neumonía, o al percutir sobre el muslo de una pierna. Una variante del ruido mate es la *matidez hídrica*, que es un ruido más seco, o más duro, que se escucha sobre los derrames pleurales extensos, este sonido también es característico del hígado.

FORMAS DE PERCUTIR

Hay dos tipos de percusión: directa e indirecta.

Percusión directa: es cuando el golpe se aplica directamente sobre la superficie que se examina. Se efectúan golpes breves, precisos, con la punta de los dedos de una mano, haciendo juego de muñeca de modo que la mano caiga libremente. Es útil para evaluar la sonoridad pulmonar.

En ocasiones se efectúa la percusión directa para detectar si se desencadena dolor. Por ejemplo, cuando se sospecha una pielonefritis, se efectúa una puñopercusión sobre las fosas lumbares (el golpe se aplica con la mano formando un puño).



Lic. Albornoz Javier

Percusión indirecta: Es la más usada. En este caso se apoya un dedo –habitualmente el dedo medio de la mano izquierda en personas diestras y de la mano derecha en los zurdos– sobre la superficie a examinar. Conviene ejercer algo de presión con el dedo de modo que quede bien apoyado, especialmente a nivel de la articulación interfalángica distal. A este dedo se le llama el plexímetro. Con la otra mano, y específicamente con la punta del dedo medio (dedo percutor), se efectúan golpes cortos y en series de 2 a 3 golpes, sobre la articulación interfalángica distal del dedo plexímetro. Conviene lograr un adecuado adiestramiento para que exista un libre juego a nivel

Lic. Jara Jesica

Lic. Melaccio Antonia

de la muñeca y los golpes se generen por el movimiento que se produce a este nivel (este "movimiento de muñeca" es muy importante). El dedo percutor permanece con la firmeza necesaria para aplicar el golpe en forma adecuada. Este golpe se aplica en forma perpendicular al dedo plexímetro (ángulo de 90°) y con la punta del dedo (conviene tener la uña corta).

Con el entrenamiento se irá identificando el tipo de ruido que se genera al percutir sobre distintas superficies. Poco a poco, se va adquiriendo una rutina respecto a la fuerza que conviene aplicar con el dedo plexímetro al apoyarlo, y con el dedo percutor, al golpear.

Con más experiencia es legítimo practicar algunas variaciones. Algunas personas prefieren aplicar el golpe sobre la falange media o la distal, en vez de la articulación interfalángica; otros percuten más fuerte o más suave, etc. Lo importante es dominar el método de modo de obtener el mayor provecho. Con la percusión es factible delimitar zonas de distinta sonoridad. Para distinguir entre un área sonora a una discretamente mate (submatidez), conveniente dar golpes suaves.

Otro aspecto interesante es la posibilidad de lograr con el pulpejo del dedo plexímetro una sensación táctil respecto a la consistencia de las estructuras ubicadas más abajo. Esta capacidad no se da en forma generalizada, pero es factible de entrenar. Conviene percutir suavemente

D-Revisión de Información en la historia clínica del paciente.

Consiste en el análisis de los datos registrados en la historia clínica, como el Diagnóstico médico, la evolución clínica del paciente, los datos que aportan los diferentes estudios diagnósticos, para ser confrontados por la valoración enfermera.

La medicación. Los signos vitales, la valoración del estado de conciencia, la TAM, PVC, el control de saturación de Oxígeno, La valoración APGAR, son mediciones o Scores que forman parte de la valoración enfermera, en relación a las características o "Ejes" del Diagnóstico de Enfermería.

Ejemplo de Scores o escalas utilizadas en enfermería:

- Valoración del estado de conciencia: escala de Glasgow

Escala de Glasgow

Respuesta Ocular	Respuesta Verbal	Respuesta Motora
4- Espontánea	5- Orientada	6- Obedece
3- A la voz	4- Frases	5- Localiza
2- Al dolor	3- Palabras	4- Retira
1- Cerrados	2- Sonidos	3- Flexión
	1- Ninguna	2- Extensión
		1- Ninguna

Figura 1

- Valoración de recién nacido: escala de APGAR.

	0	1	2
Actividad cardíaca	No hay latido	Menos de 100 latidos por minuto	Más o igual a 100 latidos por minuto
Respiración	No respira	Suave o de forma irregular	Fuerte
Reflejos	No responde a estímulos	Muecas, llanto sin fuerza	Llanto fuerte, tos, estornudos
Tono muscular	Músculos flácidos	Algunos movimientos	Activo
Color de la piel	Todo el cuerpo azul	Extremidades azules	Cuerpo rosado

- Valoración de la función respiratoria en pediatría: Escala de TAL

Escala de Tall

Puntos	FC	FR	SIBILANCIAS	Musc.Accesorios
0	<120	<30	No	No
1	120-140	30-45	Fin espiración	Leve tirajes intercostal
2	140-160	45-60	Inspiración/espiración	Tiraje generalizado
3	>160	>60	Sin fonendoscopio	Tiraje-aleteo

Bronquiolitis leve: 4 o menor, Bronquiolitis moderada: 5-8, Bronquiolitis severa: 9 o mayor.

2-Diagnóstico enfermero. (D.E.)

Los enfermeros diagnostican problemas de salud. El Diagnóstico de enfermería es el enunciado del problema, necesidad o juicio clínico en relación con respuesta humana o una afección de salud/proceso vital o vulnerabilidad.

–El D.E. desarrolla terminología basada en la evidencia y juicio clínico, documentando el cuidado en relación a lo valorado. El D.E. a diferencia del Diagnóstico médico que enuncia y se ocupa de la enfermedad, las dolencias y lesiones, se encarga de las respuestas humanas reales o potenciales o problemas de salud y procesos vitales relacionados con las necesidades o requerimientos para la recuperación o el mantenimiento de la salud. Los D.E. son las respuestas individuales a los problemas de salud o procesos vitales y se basan en los datos obtenidos en la valoración.

EJ: anciana con Diagnóstico médico de fractura de cadera puede presentar un D.E. de “Dolor” “Deterioro de la movilidad física”

Los D.E pueden ser reales: Problema presente en el momento de la valoración.
Los D.E. pueden ser potenciales: Cuando exista o esté presente una alta probabilidad a sufrir ese daño.

Enunciado de D. E.

Todo D. E debe ser enunciado utilizando términos comúnmente entendidos en un lenguaje estandarizado o mediante una lista de términos que representan a la profesión y aseguran una documentación precisa del juicio clínico de enfermería.

La taxonomía es la práctica y ciencia de la categorización y clasificación de los Ds. Es. Agrupados por dominios (Categorías).

Etiqueta diagnóstica: Cada D.E. posee una etiqueta diagnóstica que es una definición clara del problema o juicio clínico.

Enunciado del D.E. Sistema P.E.S.

PES es un acrónimo o sigla que ayuda a la tarea del enunciado del D.E. en tres etapas o partes y fue publicado por primera vez por loa Dra. Marjory Gordon una de las fundadora y presidenta de la NANDA.

Problema. Problema, fortaleza o riesgo.

Etiología.- Factor relacionada o etiología.

Signos y/o síntomas de las características definitorias o la evidencia del problema.

1-El problema, fortaleza o riesgo: Identificado, enunciado y definido claramente. Esta parte del enunciado debe ser clara y explícita.

Toda etiqueta diagnóstica debe enunciar en forma clara y operativa la respuesta humana, para esto se cuenta con 7 ejes o dimensiones que facilitan la tarea.

Eje 1: Foco de diagnóstico. Describe la respuesta humana. Ej.: Intolerancia a la actividad.

Eje 2: Sujeto de diagnóstico. Persona/s, paciente. Individuo, cuidador, familia, grupo, comunidad

Eje 3: Juicio. Descriptor o modificador que especifica.

Eje 4: Localización. Partes, regiones del cuerpo y/o funciones relacionadas.

Eje 5: Edad. Se refiere al ciclo vital. Feto, recién nacido, lactante, niño, adolescente, adulto, anciano.

Eje 6: Tiempo. Describe la duración del foco diagnóstico: agudo, crónico, continuo, intermitente, perioperatorio, situacional. Ej. Dolor.

Eje 7: Estado del Diagnóstico. Se refiere a la existencia del problema/síndrome (D.E. real), al diagnóstico de promoción de la salud y riesgo.

2-Factor relacionado. Es el componente etiológico (causa) circunstancia o influencia que contribuye a que se presente ese D.E. De alguna manera estos factores relacionados orienta al enfermero a seleccionar las intervenciones para eliminar las causas. Algunos factores relacionados no son modificables como la edad o el género pero otros pueden ser intervenidos como por ej. El nivel de conocimiento, o factores ambientales.

3-Características definitorias: Son pistas o evidencias observables manifestados como signos, síntomas o datos recabados y presentes en la valoración que apoyan la elección del D.E. Un D.E. No necesariamente debe contar con todas las características definitorias, estas características definitorias están explicitadas en la clasificación de los Ds. Es. NANDA 2015-2017.

Tipos de Diagnósticos de Enfermería

Diagnósticos enfermeros reales, focalizados en el problema: Nombra respuestas humanas a afecciones de salud o procesos vitales de personas familias y comunidad. Es el enunciado del problema o necesidad que es resultado de la valoración y acontece en el momento de la valoración (Lo que denominamos aquí y ahora) siendo el objeto principal y prioritario del cuidado enfermero.

Enunciado: PES: Empiece por el Diagnóstico (Juicio clínico, problema, fortaleza) seguido de los factores etiológicos (Factor relacionado) y seguidamente identifique los signos y síntomas (Características definitorias) ubicándolo y seleccionándolo según dominio y clase en el listado según aprobación NANDA.

Diagnósticos enfermeros potenciales o de riesgo: Son hipótesis diagnósticas o Juicio clínico en relación con la vulnerabilidad de una persona, familia o comunidad para desarrollar una respuesta humana no deseable o una afección a su salud.

Enunciado: PES. Para los D.E. de Riesgo no existen factores relacionados o etiológicos ya que corresponden a la vulnerabilidad del paciente ante un problema potencial y el problema no se ha presentado todavía, pero si se utiliza manifestado por.

EJ: Riesgo de infección manifestado por vacunación inadecuada e inmunosupresión. (Factor de riesgo)

Diagnóstico enfermero de promoción de la salud: Juicio clínico en relación con la motivación y el deseo de aumentar el bienestar y la disposición de mejorar el potencial de salud.

Enunciado: Los D.E. de Promoción de la salud no requieren factores relacionados, si presentan características definitorias que proporcionan la evidencia de que el paciente desea mejorar su estado de salud.

Diagnóstico enfermero por Síndromes: Es un juicio clínico formado por diferentes D.E. como:

- Dolor
- Duelo.
- Aislamiento social
- Fatiga.

Taxonomía de D.E. por dominios (13 dominios y 47 clases)

Dominio 1: Promoción de la salud.

Clase I: Toma de conciencia.

Clase II: Gestión de salud.

Dominio 2: Nutrición.

Clase I: Ingestión.

Clase II: Digestión.

Clase III: Absorción.

Dominio 3: Eliminación e intercambio.

Clase I: Función urinaria.

Clase II: Función gastrointestinal.

Clase III: Función tegumentaria.

Dominio 4: Actividad/reposo.

Clase I: Sueño/reposo.

Clase II: Actividad/ejercicio.

Clase III: Equilibrio de energía.

Clase IV: Respuesta cardiovascular/pulmonar.

Clase V: Autocuidado.

Dominio 5: Percepción/Cognición

Clase I: Atención.

Clase II: Orientación.

Clase III: Sensación/Percepción.

Clase IV: Cognición.

Clase V: Comunicación.

Dominio 6: Autoconcepción.

Clase I: Autoconcepto.

Clase II: Autoconcepto.

Clase III: Imagen corporal.

Dominio 7. Rol/Relaciones.

Clase I: Roles del cuidador.

Clase II: Relaciones familiares.

Clase III: Desempeño del rol.

Dominio 8: Sexualidad.

Clase I: Identidad sexual.

Clase II: Función sexual.

Clase III: Reproducción.

Dominio 9: Afrontamiento/Tolerancia al estrés.

Clase I: Respuestas postraumáticas.

Clase II: Procesos de afrontamiento.

Clase III: Estrés neurocomportamental.

Dominio 10: Principios vitales.

Clase I: Valores.

Clase II: Creencias.

Clase III: Congruencia entre valores/creencias/acciones.

Dominio 11: Seguridad/Protección.

Clase I: Infección

Clase II: Lesión física.

Clase III: Violencia.

Clase IV: Peligros del entorno.

Clase V: Procesos defensivos.

Clase VI: Termorregulación.

Dominio 12: Confort.

Clase I: Confort físico.

Clase II: Confort del entorno.

Clase III: Confort social.

Dominio 13: Crecimiento/Desarrollo.

Clase I: Crecimiento.

Clase II: Desarrollo.

3-La planificación

Incluye el establecimiento de objetivos e intervenciones. Una vez que el diagnóstico ha sido identificado, debe jerarquizarse, teniendo en cuenta necesidades urgentes, con la finalidad de establecer prioridades de cuidados dirigidos a la resolución de dichos problemas o a la disminución de su gravedad. La planificación incluye el establecimiento de objetivos e intervenciones (NIC)

Objetivo: Es definido como un resultado deseado. Como una meta que el enfermero espera que el paciente logre. Se refiere a una conducta medible, observada y demostrada, por una persona, familia o comunidad en respuesta a una intervención enfermera. Todo objetivo se manifiesta como un cambio, resolución o mejoría, en relación al problema.

Intervención (NIC): Se define como cualquier tratamiento basado en el juicio clínico y el conocimiento que el enfermero administra para obtener los resultados del paciente/cliente. La clasificación de intervenciones de enfermería (NIC) es una taxonomía completa de intervenciones, basada en la evidencia, agrupadas por patrones o problemas. Ej.: Para el diagnóstico riesgo de glucemia inestable, los enfermeros implementan intervenciones independientes como interdependientes para controlar esta afección.

Existe una taxonomía de Intervenciones de enfermería (NIC) aprobadas por la NANDA Internacional fundamentadas y en concordancia con el concepto de autonomía y los avances científico técnicos de la profesión en relación a las necesidades de asistencia de la sociedad.

4-La ejecución de las acciones

La fase de ejecución es la cuarta etapa del proceso de atención de enfermería, es en esta etapa cuando realmente se pone en práctica el plan de acción elaborado. La ejecución, implica las siguientes actividades enfermeras en torno a las intervenciones planteadas:

- ¿Qué realizo?
- ¿Cómo lo realizo?
- ¿Cuándo lo realizo?

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

5-La evaluación de resultados obtenidos. (NOC)

La evaluación se define como la comparación planificada y sistematizada entre el estado de salud del paciente y los resultados esperados. Evaluar, es emitir un juicio sobre un objeto, acción, trabajo, situación o persona, comparándolo con uno o varios criterios. Los dos criterios más importantes que valora la enfermería, en este sentido, son: la eficacia y la efectividad de las actuaciones.

La evaluación es un proceso que requiere de la valoración de los distintos aspectos del estado de salud del paciente. Las distintas áreas sobre las que se evalúan los resultados esperados (criterios de resultado):

- 1.- Aspecto general y funcionamiento del cuerpo.
- 2.- Señales y Síntomas específicos.
- 3.- Conocimientos.
- 4.- Capacidad psicomotora (habilidades).
- 5.- Estado emocional.
- 6.- Situación espiritual (modelo holístico de la salud).

Las valoraciones de la fase de evaluación de los cuidados enfermeros, deben ser interpretadas, con el fin de poder establecer conclusiones, que nos sirvan para plantear correcciones en las áreas estudio.

De forma resumida, la evaluación se compone de:

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

Una característica a tener en cuenta en la evaluación es, que ésta es continua, así podemos detectar como va evolucionando el cliente y realizar ajustes o introducir modificaciones para que la atención resulte más efectiva

La clasificación de resultados obtenidos (NOC) es un sistema utilizado para clasificar y seleccionar medida de resultados deseados o esperados. Es importante identificar los NOC antes de determinar las Intervenciones NIC.