

OBJETIVOS DEL APRENDIZAJE

Al finalizar el capítulo, usted será capaz de:

1. Describir las fases del proceso de enfermería.
2. Identificar las principales características del proceso de enfermería.
3. Identificar el objetivo de la valoración.
4. Identificar las cuatro principales actividades asociadas a la fase de valoración.
5. Diferenciar los datos objetivos y subjetivos y los datos primarios y secundarios.
6. Identificar tres métodos de recogida de datos y dar ejemplos de cómo es útil cada uno de ellos.
7. Comparar los métodos dirigido y no dirigido de entrevista.
8. Comparar las preguntas abiertas y cerradas, dando ejemplos y enumerando las ventajas y desventajas de cada una de ellas.
9. Describir los aspectos importantes en el marco de la entrevista.
10. Contrastar varias estructuras usadas para la valoración de la enfermería.

TÉRMINOS CLAVE

Base de datos, 182	Entrevista no dirigida, 186	Proceso de enfermería, 179
Buena relación, 186	Exploración de cribado, 190	Revisión de sistemas, 190
Cefalocaudal, 190	Inferencias, 194	Signos, 183
Datos, 180	Pistas, 194	Síntomas, 183
Datos objetivos, 183	Pregunta dirigida, 187	Validación, 194
Datos subjetivos, 183	Pregunta neutra, 187	Valoración, 180
Entrevista, 186	Preguntas abiertas, 187	
Entrevista dirigida, 186	Preguntas cerradas, 186	

El proceso de enfermería en acción

El proceso de enfermería es un método racional y sistemático de planificación y proporción de asistencia de enfermería. Su propósito es identificar el estado de salud del paciente y sus problemas de salud reales y potenciales para establecer planes que aborden las necesidades identificadas y aplicar intervenciones de enfermería específicas que cubran tales necesidades. El proceso de enfermería es cíclico; es decir, que sus componentes siguen una secuencia lógica, pero puede intervenir más de un componente a la vez. Al final del primer ciclo, la asistencia puede terminar si los objetivos se han alcanzado, o el ciclo puede continuar con una reevaluación, o el plan asistencial puede modificarse.

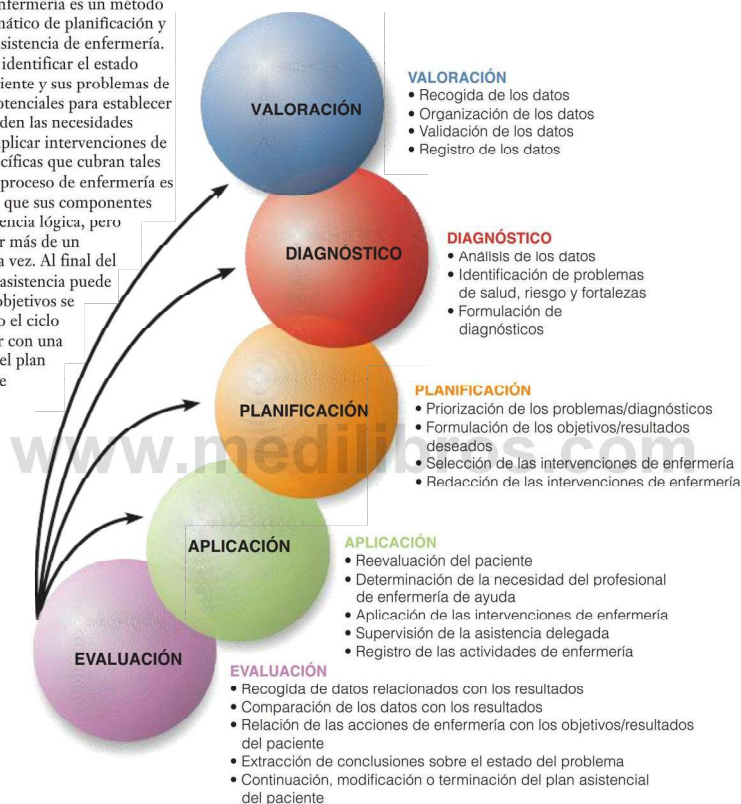


Figura 11-1 ■ El proceso de enfermería en acción.

El **proceso de enfermería** es un método racional y sistemático de planificación y dispensación de cuidados de salud individualizados. Su objetivo es identificar el estado de salud del paciente y los problemas o necesidades reales o potenciales de la asistencia de salud para establecer planes dirigidos a las necesidades identificadas y realizar intervenciones de enfermería específicas que las resuelvan. El paciente puede ser un individuo, una familia, una comunidad o un grupo.

Hall creó el término *proceso de enfermería* en 1955, y Johnson (1959), Orlando (1961) y Wiedenbach (1963) fueron los primeros en usarlo para referirse a una serie de fases que describen la práctica de la enfermería.

Desde entonces, varios profesionales de enfermería han descrito el proceso de la enfermería y organizado las fases de diferentes formas.

Visión general del proceso de enfermería

El uso del proceso de enfermería en la práctica clínica ganó mayor legitimidad en 1973 cuando las fases se incluyeron en los *Standards of Nursing Practice* de la American Nurses Association (ANA). La figura 11-1 ■ ilustra el proceso de enfermería en acción.

Amanda Aquilini, una abogada de 28 años casada, ingresó en el hospital con fiebre, tos productiva y respiraciones rápidas y costosas. Al recoger la anamnesis de enfermería, la enfermera Mary Medina, DE, encontró que Amanda había padecido un «catarro de pecho» durante dos semanas y que había experimentado disnea de esfuerzo. Ayer presentó fiebre y empezó a notar «dolor» en los «pulmones».



VALORACIÓN La evaluación física de la enfermera Medina revela que las constantes vitales de Amanda son: temperatura, 39,4 °C; pulso, 92; respiraciones, 28; y presión arterial, 122/80 mmHg. La enfermera Medina observa que la piel de Amanda está seca, las mejillas enrojecidas y tiene tiritona. La auscultación revela crepitantes inspiratorios con reducción del murmullo vesicular en el pulmón derecho.



DIAGNÓSTICO Después del análisis, la enfermera Medina formula un diagnóstico de enfermería: *Limpeza ineficaz de las vías respiratorias* relacionada con moco acumulado que obstruye las vías respiratorias.



PLANIFICACIÓN La enfermera Medina y Amanda colaboran para establecer objetivos (p. ej., restablecer un patrón respiratorio eficaz y la ventilación pulmonar); fijar criterios para valorar el resultado (p. ej., tener una excursión simétrica respiratoria de al menos 4 cm y así sucesivamente); e idear un plan asistencial que incluya, entre otros, ejercicios con tos y respiraciones profundas cada 3 horas, ingestión de 3.000 ml de líquidos diarios y drenaje postural diario.



APLICACIÓN Amanda está de acuerdo en practicar los ejercicios con respiraciones profundas cada 3 horas durante el día. Además, verbaliza que es consciente de la necesidad de aumentar la ingestión de líquidos y de planificar sus actividades matutinas para acomodarse al drenaje postural.



EVALUACIÓN Tras la evaluación de la excursión respiratoria, la enfermera Medina detecta que la paciente no recupera la ventilación máxima. Ella y Amanda reevalúan el plan asistencial y lo modifican para aumentar los ejercicios con tos y respiraciones profundas a cada 2 horas.

Figura 11-1 ■ (Cont.)

Fases del proceso de enfermería

Las normas de práctica dentro del *Ámbito y Normas de la Práctica de Enfermería* (v. cuadro 1-2, en p. 16) incluyen seis fases del proceso de enfermería: valoración, diagnóstico, identificación de resultados, planificación, aplicación y evaluación (ANA, 2010). El examen nacional de licenciatura para profesionales de enfermería homologados (NCLEX) utiliza cinco fases: valoración, análisis, planificación, aplicación y evaluación. En este texto, y en la mayoría de los demás, se emplean cinco fases: valoración, diagnóstico (que incluye la identificación de resultados y el análisis), planificación, aplicación y evaluación. Aunque los profesionales de enfermería pueden usar diferentes términos para describir las fases (o pasos) del proceso de enfermería, las actividades de la enfermería que usan el proceso son parecidas. Por ejemplo, la *aplicación* puede llamarse también *intervención*.

En la tabla 11-1 se muestra una visión general del proceso de enfermería en cinco fases. Cada una de ellas se comenta en profundidad en este y los siguientes capítulos de esta unidad. Las fases del proceso de enfermería no son entidades separadas sino subprocesos continuos que se solapan (figura 11-2 ■). Por ejemplo, la valoración, que puede considerarse la primera fase del proceso de enfermería, también se hace durante las fases de aplicación y evaluación. Por ejemplo, mientras el profesional de enfermería administra medicamentos (aplicación), observa continuamente el color de la piel del paciente, su nivel de consciencia y otras características.

Cada fase del proceso de enfermería afecta a otras; están estrechamente interrelacionadas. Por ejemplo, si se obtienen datos inadecuados durante la valoración, los diagnósticos de enfermería serán incompletos o incorrectos; la imprecisión también se reflejará en la planificación, la aplicación y la evaluación.

Características del proceso de enfermería

El proceso de enfermería tiene características distintivas que capacitan al profesional de enfermería para responder al estado de salud cambiante del paciente. Estas características son su naturaleza cíclica y dinámica, el sentimiento del paciente de ser el centro de todo, el enfoque del proceso en la resolución de los problemas y la toma de decisiones, el estilo interpersonal y colaborador, la aplicabilidad universal y el uso del pensamiento crítico.

- Los datos de cada fase proporcionan información sobre la siguiente. Las observaciones de la evaluación alimentan nuevas valoraciones. Por ello, el proceso de enfermería es un acontecimiento o secuencia de acontecimientos que se repite regularmente (un ciclo) y que cambia continuamente (dinámico) en lugar de permanecer sin cambios (estático).
- El proceso de enfermería se centra en el paciente. El profesional de enfermería organiza el plan asistencial en función de los problemas del paciente en lugar de los objetivos de enfermería. En la fase de valoración, el profesional de enfermería obtiene datos para determinar los hábitos, rutinas y necesidades del paciente, lo que capacita al profesional de enfermería para incorporar al máximo las rutinas del paciente en el plan asistencial.
- El proceso de enfermería es una adaptación de la resolución de los problemas (v. capítulo 10 ∞) y de la teoría de sistemas (v. capítulo 24 ∞). Puede verse paralelo pero separado del proceso usado por los médicos (el modelo médico). Ambos procesos: a) comienzan con los datos obtenidos y el análisis; b) basan la acción (intervención o tratamiento) en una declaración del problema (diagnósti-

co de enfermería o médico), y c) incluyen un componente evaluador. Pero el modelo médico se centra en los sistemas fisiológicos y el proceso morboso, mientras que el proceso de enfermería se dirige a las respuestas del paciente a la enfermedad real o potencial.

- La toma de decisiones está implicada en todas las fases del proceso de enfermería. Los profesionales de enfermería pueden ser muy creativos en la determinación de cuándo y cómo usar los datos para tomar decisiones. No están ligados a respuestas estándar y pueden aplicar su repertorio de habilidades y conocimientos a la ayuda de los pacientes. Esto facilita la individualización del plan asistencial de enfermería.
- El proceso de enfermería es interpersonal y colaborador. Exige que el profesional de enfermería se comunique de manera directa y constante con los pacientes y con los familiares para cubrir sus necesidades. También exige que los profesionales de enfermería colaboren, como miembros del equipo de asistencia de salud, en un esfuerzo conjunto para proporcionar una asistencia de calidad al paciente.
- La característica de aplicación universal del proceso de enfermería traduce que se usa como una estructura para la asistencia de enfermería en todos los tipos de marcos de salud, con pacientes de todos los grupos de edad.
- Los profesionales de enfermería usan diversas habilidades del pensamiento crítico para desempeñar el proceso de enfermería (capítulo 10 ∞). La tabla 11-2 proporciona ejemplos de pensamiento crítico en el proceso de enfermería.

Valoración

La **valoración** es la recogida sistemática y continua, organización, validación y registro de los **datos** (información) (figura 11-3 ■). En efecto, la valoración es un proceso continuo que se realiza en todas las fases del proceso de enfermería. Por ejemplo, en la fase de evaluación, la valoración se hace para determinar los resultados de las estrategias de enfermería y evaluar el logro del objetivo. Todas las fases del proceso de enfermería dependen de una recogida precisa y completa de los datos. Existen cuatro tipos diferentes de valoración: la valoración de enfermería inicial, la valoración centrada en el problema, la valoración urgente y la revaloración tras un tiempo (tabla 11-3). Las valoraciones varían en función de su objetivo, momento, tiempo disponible y estado del paciente.

Las valoraciones de enfermería se centran en las respuestas del paciente a un problema de salud. Una valoración de enfermería debe incluir las necesidades percibidas por el paciente, los problemas de salud, las experiencias relacionadas, las prácticas de salud, los valores y el estilo de vida. Para ser más útil, los datos recogidos deben ser relevantes para un problema de salud particular. Por tanto, los profesionales de enfermería deben pensar de forma crítica sobre qué valorar. La *Joint Commission* (2008) exige que cada paciente cuente con una valoración de enfermería inicial que consista en una anamnesis y una exploración física realizadas y registradas en las 24 horas siguientes al ingreso hospitalario.

La revisión de 2010 de la *Norma 1: Valoración* de la ANA añade varios aspectos importantes en esta etapa del proceso de enfermería. Entre ellos se incluyen obtener las propias perspectivas de los pacientes sobre su enfermedad; identificar barreras a la comunicación; reconocer el impacto de las actitudes, valores y creencias del profesional de enfermería en el proceso de valoración; incluir la dinámica familiar en la valoración y poner más énfasis en la protección de la privacidad de los datos.

TABLA 11-1 Visión general del proceso de enfermería

FASE Y DESCRIPCIÓN	OBJETIVO	ACTIVIDADES
Valoración Recoger, organizar, validar y registrar los datos del paciente	Establecer una base de datos sobre la respuesta del paciente a sus preocupaciones sobre la salud o a la enfermedad y su capacidad de tratar sus necesidades en torno a la salud	Establecer una base de datos: ■ Obtener una anamnesis. ■ Realizar una exploración física. ■ Revisar los registros del paciente. ■ Revisar la bibliografía de enfermería. ■ Consultar a las personas de apoyo. ■ Consultar con los profesionales de la salud. Actualizar los datos cuando sea necesario. Organizar los datos. Validar los datos. Comunicar/registrar los datos.
Diagnóstico Analizar y sintetizar los datos	Identificar las fortalezas del paciente y los problemas de salud que pueden evitarse o resolverse mediante intervenciones de enfermería colaboradoras e independientes Preparar una lista de problemas de enfermería y colaboradores	Interpretar y analizar los datos. ■ Comparar los datos con los estándares. ■ Agrupar los datos (generar hipótesis posibles). ■ Identificar huecos e inconsistencias. Determinar las fortalezas, riesgos, diagnósticos y problemas del paciente. Formular diagnósticos de enfermería y declaraciones en colaboración del problema. Registrar los diagnósticos de enfermería en el plan asistencial.
Planificación Determinar cómo evitar, reducir o resolver los problemas prioritarios identificados del paciente; como reforzar las fortalezas del paciente, y cómo ejecutar las intervenciones de enfermería de una manera organizada, individualizada y dirigida a los objetivos	Idear un plan individualizado de asistencia que especifique los objetivos/resultados deseados del paciente y las intervenciones de enfermería relacionadas	Establecer prioridades/resultados en colaboración con el paciente. Escribir los objetivos/resultados deseados. Seleccionar las estrategias/intervenciones de enfermería. Consultar con otros profesionales de la salud. Escribir las intervenciones de enfermería y el plan asistencial de enfermería. Comunicar el plan asistencial a los profesionales de la salud relevantes.
Aplicación Realización (o delegación) y registro de las intervenciones de enfermería planificadas	Ayudar al paciente a alcanzar los objetivos/ resultados deseados; favorecer el bienestar; evitar las enfermedades; restaurar la salud, y facilitar el afrontamiento a la alteración de la función	Reevaluar al paciente para actualizar la base de datos. Determinar la necesidad de ayuda para el profesional de enfermería. Realizar las intervenciones de enfermería planificadas. Comunicar qué acciones de enfermería se realizaron. ■ Registrar la asistencia y las respuestas del paciente a ellas. ■ Dar informes verbales cuando sea necesario.
Evaluación Medida del grado en el cual se han cumplido los objetivos/resultados e identificar los factores que de forma positiva o negativa influyen en el logro de los objetivos	Determinar si continuar, modificar o terminar el plan asistencial	Colaborar con el paciente y recoger datos relacionados con los resultados deseados. Juzgar si se han conseguido los objetivos/resultados. Relacionar las acciones de enfermería con los resultados del paciente. Tomar decisiones sobre el estado de salud. Revisar y modificar el plan asistencial como se indicó o terminar la asistencia de enfermería. Registrar la consecución de los resultados y la modificación del plan asistencial.

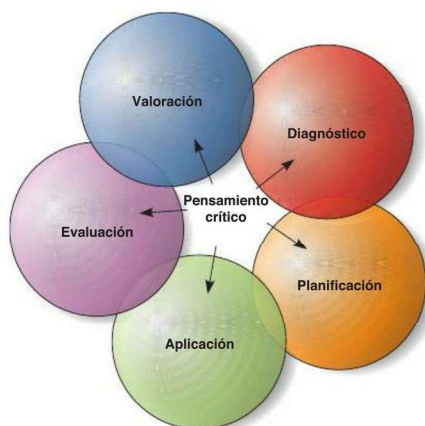


Figura 11-2 ■ Las cinco fases solapadas del proceso de enfermería. Cada fase depende de la precisión de las otras fases. Cada una de ellas implica un pensamiento crítico.



Figura 11-3 ■ Valoración. El proceso de valoración implica cuatro actividades estrechamente relacionadas.

TABLA 11-2 Ejemplos de pensamiento crítico en el proceso de enfermería

FASE DEL PROCESO DE ENFERMERÍA	ACTIVIDADES DE PENSAMIENTO CRÍTICO
Valoración	Hacer observaciones fidedignas Distinguir los datos relevantes de los irrelevantes Distinguir los datos importantes de los que no lo son Validar los datos Organizar los datos Categorizar los datos en función de una estructura Reconocer las suposiciones Identificar omisiones en los datos
Diagnóstico	Encontrar patrones y relaciones entre las pistas Hacer inferencias Suspender el juicio cuando faltan datos Enunciar el problema Comparar los patrones con las normas Identificar los factores que contribuyen al problema
Planificación	Formar generalizaciones válidas Transferir el conocimiento de una situación a otra Desarrollar criterios de evaluación Establecer hipótesis Hacer conexiones interdisciplinarias Priorizar los problemas del paciente Generalizar los principios de otras ciencias
Aplicación	Aplicar el conocimiento para realizar intervenciones Comprobar las hipótesis
Evaluación	Decidir si las hipótesis eran correctas Hacer evaluaciones basadas en los criterios

Tomado de *Nursing Process and Critical Thinking*, 4th ed. (pp. 66-69), by J. M. Wilkinson, 2007, Upper Saddle River, NJ: Pearson Prentice Hall. Adaptado con autorización.

Obtención de datos

La obtención de datos es el proceso de adquisición de la información sobre el estado de salud del paciente. Debe ser sistemática y continua para evitar la omisión de datos significativos y reflejar el estado de salud cambiante del paciente.

Una **base de datos** es toda la información sobre un paciente: comprende la anamnesis de enfermería (cuadro 11-1), la valoración física, la anamnesis y la exploración física realizadas por el médico, los resultados de las pruebas de laboratorio y diagnósticas y el material aportado por otros profesionales de la salud.

Los datos del paciente deben incluir los antecedentes, así como los problemas actuales. Por ejemplo, el antecedente de reacción alérgica a penicilina es una parte vital de la historia. Los antecedentes quirúrgicos, las prácticas de sanación tradicionales y las enfermedades crónicas son también ejemplos de datos históricos. Los datos actuales se relacionan con las circunstancias presentes, como dolor, náuseas,

TABLA 11-3 Tipos de valoración

TIPO	MOMENTO EN QUE SE REALIZA	OBJETIVO	EJEMPLO
Valoración inicial	Se realiza en el momento especificado después del ingreso en una institución de salud	Establecer una base de datos completa para la identificación del problema, referencias y futuras comparaciones	Valoración de enfermería del ingreso
Valoración centrada en el problema	Proceso continuo integrado en la asistencia de enfermería	Determinar el estado de un problema identificado en la primera valoración	Valoración horaria del ingreso de líquidos y la diuresis en una UCI Valoración de la capacidad del paciente de cuidarse a sí mismo mientras se le ayuda con el baño
Valoración urgente	Durante una crisis fisiológica o psicológica del paciente	Identificar problemas peligrosos para la vida Identificar problemas nuevos o que se pasaron por alto	Valoración rápida de la vía respiratoria, estado respiratorio y circulación de una persona durante una parada cardíaca Valoración de las tendencias suicidas o potencial de violencia
Revaloración al cabo de un tiempo	Varios meses después de la valoración inicial	Comparar el estado actual del paciente con los datos basales obtenidos antes	Revaloración de los patrones funcionales del paciente en el marco domiciliario o ambulatorio o, en un hospital, en el cambio de turno

patrones del sueño y prácticas religiosas. Para recoger los datos con precisión se debe contar con la participación activa del profesional de enfermería y el paciente. Los datos pueden ser subjetivos u objetivos y de tipo constante o variable y se pueden obtener de una fuente primaria o secundaria.

Tipos de datos

Los **datos subjetivos**, denominados también **síntomas** o datos ocultos, solo resultan aparentes para la persona afectada y solo dicha persona puede describirlos o comprobarlos. El prurito, el dolor y la sensación de miedo son ejemplos de datos subjetivos. Los datos subjetivos incluyen la sensación, sentimientos, valores, creencias, actitud y percepción que el paciente tiene de su salud y situación vital.

Los **datos objetivos** se llaman también **signos** o datos evidentes y pueden ser detectados por el observador o medidos y confirmados frente a un estándar aceptado. Se pueden ver, escuchar, palpar u oler y se pueden identificar mediante la observación o exploración física. Por ejemplo, la decoloración de la piel o el registro de la presión arterial son datos objetivos. Durante la exploración física el profesional de enfermería obtiene datos objetivos para validar los datos subjetivos y completar la fase de valoración del proceso de enfermería.

Los datos constantes son informaciones que no se modifican a lo largo del tiempo, como la raza o el tipo sanguíneo. Los datos variables se pueden modificar con rapidez, con frecuencia o en pocas ocasiones e incluyen aspectos como la presión arterial, la edad y la intensidad del dolor.

La base de datos completa nos permite contar con datos basales para comparar las respuestas de los pacientes ante las intervenciones de enfermería o médicas. La tabla 11-4 recoge ejemplos de datos objetivos y subjetivos.

Fuentes de los datos

Los datos pueden proceder de fuentes primarias o secundarias. El paciente es la base primaria de datos, mientras que los familiares, otras

personas de apoyo, los profesionales de la salud, las historias o registros previos, los estudios de laboratorio u otros análisis y la bibliografía importante son fuentes secundarias de datos. De hecho, todas las fuentes distintas del propio paciente se consideran secundarias. Todas las fuentes secundarias deben validarse, si es posible.

Paciente

La mejor fuente de datos suele ser el paciente, a no ser que esté demasiado enfermo, sea demasiado joven o esté confundido como para comunicarse claramente. El paciente puede proporcionar datos subjetivos que nadie más puede ofrecer. Los datos primarios suelen ser las declaraciones hechas por el paciente, pero también incluyen aquellos datos objetivos que puede obtener directamente el profesional de enfermería del paciente, como el sexo. Algunos pacientes no pueden o no desean proporcionar datos precisos. Entre ellos están los niños pequeños y los pacientes confundidos, asustados, avergonzados o desconfiados, o que no hablan la lengua del profesional de enfermería (D'Amico y Barbarito, 2007). Si el paciente duda a la hora de comunicar los datos, ha de recordársele que la privacidad de todos los datos recopilados está protegida y que dichos datos solo se compartirán con personas que tengan una necesidad legítima relacionada con su salud para conocerlos. En caso necesario, conviene que el profesional revise los mandatos de la *Health Insurance Portability and Accountability Act* (HIPAA) de 1996, para poder explicar la situación de una forma que el paciente la pueda entender. En la página web del *Department of Health and Human Services* de EE. UU. está disponible la información resumida sobre la HIPAA en términos comprensibles para los profesionales de enfermería y para los pacientes.

Personas de apoyo

Los familiares, los amigos y los cuidadores que conocen al paciente pueden a menudo complementar o verificar la información dada por este. Podrían transmitir información sobre la respuesta del paciente a la enfermedad, el estrés que experimentó antes de la enfermedad, las

CUADRO 11-1 Componentes de la anamnesis de enfermería**DATOS BIOGRÁFICOS**

Nombre, dirección, edad, sexo, estado civil, ocupación, preferencia religiosa, financiación de la asistencia médica y fuentes habituales de asistencia médica del paciente.

SÍNTOMA PRINCIPAL O RAZÓN DE LA CONSULTA

La respuesta dada a la pregunta «¿Qué es lo que le pasa?» o «Dígame la razón por la que vino hoy al hospital o la clínica». El síntoma principal debe registrarse con las propias palabras del paciente.

HISTORIA DE LA ENFERMEDAD ACTUAL

- Cuando comenzaron los síntomas
- Si el inicio de los síntomas fue brusco o gradual
- Con qué frecuencia aparece el problema
- Localización exacta de la molestia
- Carácter de la queja (p. ej., intensidad del dolor o calidad del esputo, vómito o secreción)
- Actividad que realizaba el paciente cuando ocurrió el problema
- Fenómenos o síntomas asociados al síntoma principal
- Factores que agravan o alivian el problema

ANTECEDENTES

- *Enfermedades*, como la varicela, la parotiditis, el sarampión, la rubéola, infecciones estreptocócicas, escarlatina, fiebre reumática, hepatitis, poliomielitis y otras enfermedades significativas
- *Vacunas* y la fecha del último recuerdo del tétanos
- *Alergia* a fármacos, animales, insectos o sustancias ambientales, el tipo de reacción que ocurre y cómo se trató la reacción
- *Accidentes y lesiones*: cómo, cuándo y dónde ocurrió el accidente, el tipo de lesión, el tratamiento recibido y cualquier complicación
- *Hospitalización por enfermedades graves*: razones de la hospitalización, fechas, intervención quirúrgica realizada, evolución y complicaciones
- *Medicamentos*: todos los medicamentos actuales con y sin receta, como ácido acetilsalicílico, pulverizadores nasales, vitaminas o laxantes

ANTECEDENTES FAMILIARES DE ENFERMEDADES

Para asegurarnos de los factores de riesgo de ciertas enfermedades se obtienen las edades de los hermanos, padres y abuelos y su estado actual de salud o, si han fallecido, la causa de la muerte. Debe prestarse una especial atención a trastornos como las cardiopatías, el cáncer, la diabetes, la hipertensión, la obesidad, las enfermedades alérgicas, la artritis, la tuberculosis, las hemorragias, el alcoholismo y cualquier trastorno mental.

ESTILO DE VIDA

- *Hábitos personales*: la cantidad, frecuencia y duración de consumo de cualquier sustancia (tabaco, alcohol, café, cola, té y drogas recreativas e ilegales)
- *Dieta*: descripción de una dieta típica un día normal o cualquier dieta especial, número de comidas principales y entre horas al día, quién cocina y hace la compra, patrones de alimentación étnicos y alergias
- *Patrones de sueño*: momentos habituales en el día de sueño/vigilia, dificultades para dormir y remedios usados para ello
- *Actividades de la vida diaria (AVD)*: cualquier dificultad experimentada en las actividades básicas de la alimentación, aseo, vestido, evacuación y locomoción

- *Actividades instrumentales de la vida diaria*: cualquier dificultad experimentada en la preparación de alimentos, la compra, el transporte, el cuidado de la casa, el lavado de la ropa y la capacidad para usar el teléfono, manejar los aspectos económicos y manejar los medicamentos

- *Ocio/aficiones*: ocio y tolerancia, aficiones y otros intereses, y vacaciones

DATOS SOCIALES

- *Relaciones familiares y amigos*: el sistema de apoyo del paciente en los momentos de estrés (¿quién le ayuda cuando lo necesita?), qué efecto tiene la enfermedad del paciente en la familia y si algún problema familiar está afectando al paciente. Véase también la exposición de la valoración de la familia en el capítulo 24
- *Afiliación étnica*: costumbres y creencias sobre la salud; prácticas culturales que pueden afectar a la asistencia y la recuperación. Véase también una guía para la valoración étnica/cultural en el capítulo 18
- *Educación*: datos sobre el mayor nivel educativo obtenido por el paciente y cualquier dificultad previa con el aprendizaje.
- *Antecedentes laborales*: el estado laboral actual, el número de días que ha faltado del trabajo por la enfermedad, cualquier accidente laboral, cualquier riesgo laboral con un potencial de enfermedad o accidente futuro, la necesidad del paciente de cambiar de trabajo por enfermedades anteriores, la situación laboral del cónyuge o pareja y la forma de cuidar a los niños y la satisfacción general del paciente con el trabajo.
- *Estado económico*: información sobre cómo paga el paciente su asistencia médica (incluido qué tipo de cobertura médica y de hospitalización tiene) y si la enfermedad del paciente representa una preocupación económica.
- *Condiciones de la casa y del vecindario*: las medidas de seguridad en el hogar y los ajustes hechos en las instalaciones físicas que pueden ser necesarios para ayudar al paciente a manejar una incapacidad física, una intolerancia a la actividad y las actividades de la vida diaria; la disponibilidad de servicios en el vecindario y comunitarios para cubrir las necesidades del paciente.

DATOS PSICOLÓGICOS

- *Principales factores estresantes* experimentados y percepción de ellos por parte del paciente
- *Patrón de afrontamiento habitual* con un problema serio o un nivel alto de estrés
- *Estilo de comunicación*: capacidad de verbalizar las emociones adecuadas; comunicación no verbal, como los movimientos oculares, los gestos, el uso del contacto y la postura; las interacciones con personas de apoyo, y la congruencia del comportamiento no verbal y de la expresión verbal

PATRONES DE ASISTENCIA DE SALUD

Todos los recursos de asistencia de salud que el paciente está usando y usó en el pasado. Entre ellos están el médico general, los especialistas (p. ej., oftalmólogo o ginecólogo), el odontólogo, el curandero, la clínica de salud o el centro de salud; si el paciente considera que la asistencia que se le proporciona es adecuada, y si el acceso a la asistencia de salud constituye algún problema.

actitudes de la familia sobre la enfermedad y la salud y el ambiente domiciliario del paciente.

Las personas de apoyo son una fuente especialmente importante de datos en el caso de un paciente muy joven o un paciente que está inconsciente o confundido. En algunos casos (un paciente del que se abusó física o emocionalmente, por ejemplo), la persona que da la

información puede querer seguir siendo anónima. Antes de obtener datos de las personas de apoyo, el profesional de enfermería debe asegurarse de que el paciente, si es capaz de ello, autorice tal fuente de información. El profesional de enfermería debe además indicar en el historial de enfermería que los datos se obtuvieron de una persona de apoyo.

TABLA 11-4 Ejemplos de datos objetivos y subjetivos

SUBJETIVOS	OBJETIVOS
«Me siento débil cuando hago ejercicio.»	Presión arterial 90/50*
	Pulso apical 104
	Piel pálida y sudorosa
El paciente señala que tiene dolor abdominal cólico. Dice: «Tengo molestias en el estómago.»	Vomitó 100 ml de un líquido verdoso
	Abdomen duro y ligeramente distendido
	Sonidos intestinales activos auscultados en los cuatro cuadrantes
«Estoy fatigado.»	Sonidos pulmonares claros en los dos lados; disminución en lóbulo inferior derecho
La esposa dice: «No parece tan triste hoy.» (Esto es subjetivo y una fuente de datos secundaria.)	El paciente lloró durante la entrevista
«Me gustaría ver al capellán antes de la intervención quirúrgica.»	Sujeta una Biblia abierta
	Tiene una pequeña cruz de plata sobre la mesilla

*La presión arterial obtenida con un manguito externo y un manómetro puede considerarse un dato secundario o indirecto, ya que no mide directamente la presión dentro de las arterias.

La información proporcionada por los familiares, allegados y otros profesionales de la salud se considera subjetiva si no se basa en hechos. Si la hija del paciente dice: «Papá está hoy muy confuso», se trata de un dato subjetivo secundario porque es una interpretación de la hija sobre la conducta del paciente. El profesional de enfermería debe intentar verificar la confusión comunicada entrevistando directamente al paciente. Pero si la hija dice: «Papá cree que estamos en 1941», esto puede considerarse un dato objetivo secundario ya que la hija escuchó decir esto a su padre directamente.

Historia del paciente

La historia del paciente incluye información registrada por varios profesionales de la salud. La historia del paciente también contiene datos respecto a la ocupación, la religión y el estado civil del paciente. Al revisar esta historia antes de entrevistar al paciente, el profesional de enfermería puede evitar plantear preguntas para las que ya tiene respuesta. La repetición de preguntas puede ser estresante y molesta para los pacientes y hacer que se molesten por la falta de comunicación que hay entre los profesionales de la salud. Los tipos de historia de los pacientes son la historia médica, la historia terapéutica y la historia de laboratorio.

La historia médica (p. ej., la anamnesis médica, la exploración física, el informe quirúrgico, las notas de evolución y las consultas hechas a médicos) es a menudo una fuente de los patrones de salud y enfermedad presentes y pasados del paciente. Esta historia puede proporcionar a los profesionales de enfermería información sobre las conductas de afrontamiento del paciente, sus prácticas de salud, las enfermedades previas y los problemas alérgicos.

La historia de los tratamientos proporcionados por otros profesionales de la salud, como los trabajadores sociales, los nutricionistas, los dietistas o los fisioterapeutas, ayuda al profesional de enfermería a obtener datos relevantes no expresados por el paciente. Por ejemplo, un informe de una agencia social sobre las condiciones de vida de un paciente o de una agencia de asistencia de salud domiciliaria sobre las condiciones del hogar también pueden ser útiles al profesional de enfermería que realiza una valoración.

La historia de laboratorio también proporciona información sobre salud pertinente. Por ejemplo, la determinación de la glucemia permite a los profesionales de la salud vigilar la administración de medicamentos hipoglucemiantes por vía oral. Cualquier dato de laboratorio sobre un paciente debe compararse con lo normal para ese laboratorio

dentro de esa prueba en particular y para la edad, el sexo y otras características. Los estudios diagnósticos ordenados habitualmente se comentan en el capítulo 34.

El profesional de enfermería debe considerar siempre la información que hay en la historia del paciente a la luz de la situación actual. Por ejemplo, si la anotación médica más reciente tiene 10 años de antigüedad, es probable que las prácticas de salud y las conductas de afrontamiento hayan cambiado. Los pacientes mayores pueden tener numerosos antecedentes previos. Estos son muy útiles y contribuyen a comprender completamente la historia de salud, en especial si la memoria del paciente está alterada.

Profesionales de la salud

Como la valoración es un proceso continuo, los informes verbales de otros profesionales de la salud sirven de posibles fuentes de información sobre la salud del paciente. Los profesionales de enfermería, los trabajadores sociales, los médicos y los fisioterapeutas, por ejemplo, pueden tener información de un contacto previo o actual con el paciente. Compartir la información entre profesionales es especialmente importante para asegurar la continuidad de la asistencia cuando los pacientes son transferidos a su hogar o de su hogar a las instituciones de salud.

Bibliografía

La revisión de la bibliografía de enfermería y relacionada, como las revistas profesionales y los textos de referencia, puede proporcionar información adicional para la base de datos. Una revisión de la bibliografía comprende la siguiente información, aunque no se limita a ella:

- Modelos o normas con las que comparar las observaciones (p. ej., tablas de altura y peso, tareas normales para el nivel de desarrollo de un grupo de edad)
- Prácticas de salud culturales y sociales
- Creencias espirituales
- Datos de valoración necesarios para trastornos específicos del paciente
- Intervenciones de enfermería y criterios de evaluación relevantes para los problemas de salud de un paciente
- Información sobre los diagnósticos médicos, tratamientos y pronósticos
- Métodos actuales y observaciones de la investigación

Métodos de obtención de los datos

Interviewing: Case Study

Los principales métodos usados para recoger los datos son la observación, la entrevista y la exploración. La observación tiene lugar siempre que el profesional de enfermería tiene contacto con el paciente o las personas de apoyo. La entrevista se usa sobre todo mientras se recoge la anamnesis de enfermería. La exploración es el principal método utilizado en la valoración física de la salud.

En realidad, el profesional de enfermería usa los tres métodos a la vez cuando valora a los pacientes. Por ejemplo, durante la entrevista del paciente, el profesional de enfermería observa, escucha, plantea preguntas y retiene información para la exploración física.

Observación

Observar es obtener datos usando los sentidos. La observación es una habilidad consciente y deliberada que se desarrolla a través de un esfuerzo y con un método organizado. Aunque los profesionales de enfermería observan sobre todo a través de la vista, la mayoría de los sentidos participan durante las observaciones atentas. En la tabla 11-5 se muestran ejemplos de datos de pacientes observados a través de los sentidos.

La observación tiene dos aspectos: a) fijarse en los datos, y b) seleccionar, organizar e interpretar los datos. Un profesional de enfermería que observa que la cara de un paciente se enrojece debe relacionar la observación con datos como la temperatura corporal, la actividad, la temperatura ambiental y la presión arterial. Pueden producirse errores al seleccionar, organizar e interpretar los datos. Por ejemplo, un profesional de enfermería podría no notar ciertos signos, porque sean inesperados o porque no se adaptan a las concepciones previas sobre la enfermedad del paciente. Los profesionales de enfermería deben centrarse en datos específicos con el fin de no sentirse abrumados por múltiples datos. Observar, por tanto, implica distinguir los datos de una forma significativa. Por ejemplo, los profesionales de enfermería que atienden a recién nacidos aprenden a ignorar los ruidos habituales de las máquinas de la sala de neonatología, pero responden con rapidez al movimiento o llanto de un lactante.

El profesional de enfermería experimentado es a menudo capaz de atender una intervención (p. ej., dar un baño de cama o vigilar una infusión intravenosa) y al mismo tiempo realizar observaciones importantes (p. ej., notar un cambio en el estado respiratorio o en el color de la piel). El estudiante primerizo debe aprender a hacer observaciones y a completar tareas de forma simultánea.

Las observaciones de enfermería deben organizarse de manera que no se pase por alto nada importante. La mayoría de los profesionales de enfermería desarrolla una secuencia particular de acontecimientos observadores, habitualmente centrados primero en el paciente. Por ejemplo, un profesional de enfermería camina por la habitación de un paciente y observa en el siguiente orden:

1. Signos clínicos de sufrimiento (p. ej., palidez o enrojecimiento, respiración laboriosa y conducta que indica dolor o sufrimiento emocional).
2. Amenazas a la seguridad del paciente, reales o anticipadas (p. ej., una barandilla bajada).
3. La presencia y funcionamiento de equipo asociado (p. ej., equipo intravenoso y oxígeno).
4. El ambiente inmediato, como las personas que están en la habitación.

Entrevista

Una **entrevista** es una comunicación planificada o una conversación con un objetivo, por ejemplo, para obtener o dar información, identi-

TABLA 11-5 Uso de los sentidos para observar los datos del paciente

SENTIDO	EJEMPLO DE DATOS DEL PACIENTE
Visión	Aspecto general (p. ej., tamaño del cuerpo, peso general, postura, aseo); signos de dolor o molestias; gestos faciales y corporales; color y lesiones de la piel; anomalías del movimiento; conducta no verbal (p. ej., signos de ira o ansiedad); objetos religiosos o culturales (p. ej., libros, iconos, velas, rosarios)
Olfato	Olores corporales o del aliento
Audición	Ruidos pulmonares y cardíacos; ruidos intestinales; capacidad para comunicarse; lengua hablada; capacidad para iniciar una conversación; capacidad para responder cuando se le habla; orientación en el tiempo, las personas y el lugar; pensamientos y sensaciones sobre sí mismo, otros y el estado de salud
Tacto	Temperatura y humedad de la piel; fuerza muscular (p. ej., agarre con la mano); frecuencia y ritmo del pulso, y volumen; lesiones que se palpan (p. ej., bultos, masas, nódulos)

ficar problemas mutuos, evaluar cambios, educar, proporcionar apoyo o dar consejo o tratamiento. Un ejemplo de entrevista es la anamnesis de enfermería, que forma parte de la valoración del ingreso.

Existen dos métodos para entrevistar: dirigido y no dirigido. La **entrevista dirigida** está muy estructurada y obtiene información específica. El profesional de enfermería establece el objetivo de la entrevista y la controla, al menos al comienzo. El paciente responde a preguntas, pero puede tener una oportunidad limitada para plantear cuestiones o comentar preocupaciones. Los profesionales de enfermería usan con frecuencia las entrevistas dirigidas para obtener y dar información cuando el tiempo es limitado (p. ej., en una situación urgente).

Por el contrario, durante una **entrevista no dirigida**, o entrevista construida sobre la buena relación, el profesional de enfermería permite al paciente controlar el objetivo, el tema y el ritmo. La **buena relación** es la comprensión entre dos o más personas.

Durante la entrevista para obtener información suele ser adecuada una combinación de los métodos dirigido y no dirigido. El profesional de enfermería comienza determinando las áreas que preocupan al paciente. Si, por ejemplo, un paciente expresa su preocupación por una intervención quirúrgica, el profesional de enfermería deja momentáneamente de explorarlo y le proporciona apoyo. Simplemente captar la preocupación, sin tratarla, puede dejar la impresión de que el profesional de enfermería no se ocupa de las preocupaciones del paciente o no las considera importantes.

TIPOS DE PREGUNTAS PARA LA ENTREVISTA Las preguntas se clasifican a menudo en cerradas y abiertas y en neutras o dirigidas. Las **preguntas cerradas**, que se usan en la entrevista dirigida, son restrictivas y generalmente solicitan un «sí» o un «no», o respuestas cortas directas que dan información específica. Las preguntas cerradas comienzan con «cuándo», «dónde», «quién», «qué», «haces (o hiciste)» o «eres (o fuiste)». Ejemplos de preguntas cerradas son: «¿Qué medicamento tomó?» «¿Le duele ahora? Muéstreme dónde»; «¿Qué edad tiene?» «¿Cuándo se cayó?» A menudo se utilizan preguntas cerradas

cuando se necesita información rápidamente; por ejemplo, en una situación de urgencia. La persona muy estresada y la que tiene dificultades para comunicarse encontrará estas preguntas cerradas más fáciles de responder que las abiertas.

Las **preguntas abiertas**, asociadas a una entrevista no dirigida, invitan a los pacientes a descubrir y explorar, elaborar, aclarar o ilustrar sus pensamientos o sensaciones. Una pregunta abierta especifica solo el tema amplio a comentar e invita a respuestas más largas que una o dos palabras. Tales preguntas dan a los pacientes libertad para divulgar solo la información que están dispuestos a revelar. La pregunta abierta es útil al comienzo de una entrevista o para cambiar los temas y desencadenar actitudes.

Las preguntas abiertas pueden comenzar por «qué» o «cómo». Ejemplos de estas preguntas abiertas son: «¿Cómo se ha sentido últimamente?» «¿Qué le ha traído al hospital?» «¿Cómo se sintió en esa situación?» «¿Contaría algo más sobre cómo se siente con su hijo?» «¿Qué le gustaría contarme respecto al día de hoy?»

El tipo de pregunta que un profesional de enfermería elige depende de las necesidades del paciente en ese momento. Los profesionales de enfermería encuentran a menudo necesario usar una combinación de preguntas cerradas y abiertas a través de una entrevista para cumplir los objetivos de la entrevista y obtener la información necesaria. Véanse en la tabla 11-6 las ventajas y desventajas de las preguntas abiertas y cerradas.

Una **pregunta neutra** es una pregunta que el paciente puede responder sin dirección ni presión por parte del profesional de enfermería, es una pregunta abierta y se usa en las entrevistas no dirigidas.

Ejemplos de ellas son: «¿Cómo se siente respecto a eso?» «¿Por qué cree que necesita esa operación?» Una **pregunta dirigida**, en cambio, suele usarse en una entrevista dirigida y con ello dirige la respuesta del paciente. Ejemplos de ellas son: «Usted está preocupado por la intervención quirúrgica de mañana, ¿no es cierto?» «Se tomará las medicinas, ¿no?» La pregunta dirigida al paciente da la oportunidad de decidir si la respuesta es o no cierta. Las preguntas dirigidas crean problemas si el paciente, en un esfuerzo por complacer al profesional de enfermería, da respuestas imprecisas. Esto puede originar datos también imprecisos.

Debe procurarse evitar la pregunta «por qué». Los pacientes tal vez no puedan dar argumentos que expliquen su conducta y podrían sentirse amenazados ante una inquisición tan directa (Williams, 2008). Como el objetivo de las preguntas es obtener la mejor información posible, todo aquello que sitúe al paciente a la defensiva interferirá con la consecución de este objetivo.

PLANIFICACIÓN DE LA ENTREVISTA Y MARCO Antes de comenzar una entrevista, el profesional de enfermería revisa la información disponible, por ejemplo, el informe quirúrgico, la información sobre la enfermedad actual o la bibliografía sobre el problema de salud del paciente. El profesional de enfermería también revisa el formulario de recogida de datos de la institución para identificar qué datos debe recoger y qué datos puede recoger según su criterio en función del paciente específico. Si no se dispone de un formulario, la mayoría de los profesionales de enfermería prepara una guía para la entrevista que le ayude a recordar temas y determinar qué preguntas plantear. La guía

TABLA 11-6 Algunas ventajas y desventajas de las preguntas abiertas y cerradas

PREGUNTAS ABIERTAS

Ventajas

1. Dejan hablar al entrevistado.
2. El entrevistador es capaz de escuchar y observar.
3. Revelan que los pensamientos del entrevistado son importantes.
4. Pueden revelar la falta de información del entrevistado, el entendimiento inadecuado de las palabras, una base de referencia, los prejuicios o los estereotipos.
5. Pueden proporcionar información al entrevistador que este no ha pedido.
6. Pueden revelar la afectividad del entrevistado respecto a un aspecto.
7. Pueden atraer el interés y la confianza por la libertad que proporcionan.

Desventajas

1. Llevan más tiempo.
2. Pueden darse solo respuestas cortas.
3. Puede omitirse información valiosa.
4. A menudo obtienen más información de la necesaria.
5. Las respuestas son difíciles de registrar y hacerlo exige habilidad.
6. El entrevistador necesita habilidad para controlar una entrevista con preguntas abiertas.
7. Las respuestas exigen perspicacia y sensibilidad por parte del entrevistador.

PREGUNTAS CERRADAS

Ventajas

1. Las preguntas y las respuestas pueden controlarse de forma eficaz.
2. Requieren menos esfuerzo para el entrevistado.
3. Pueden ser menos amenazantes, ya que no exigen explicaciones ni justificaciones.
4. Llevan menos tiempo.
5. La información puede obtenerse en menos tiempo que si se dejara hablar a voluntad.
6. Las respuestas son fáciles de registrar.
7. Las preguntas son fáciles de usar y pueden manejarlas entrevistadores poco habilidosos.

Desventajas

1. Pueden proporcionar demasiada poca información y exigen preguntas de seguimiento.
2. Pueden no revelar lo que el entrevistado siente.
3. No permiten al entrevistado dar información posiblemente valiosa.
4. Pueden inhibir la comunicación y transmitir falta de interés por parte del entrevistador.
5. El entrevistador puede dominar la entrevista con preguntas.

comprende una lista de temas principales y secundarios en lugar de una serie de preguntas.

Los profesionales de enfermería y los pacientes tienen que sentirse cómodos para fomentar una entrevista eficaz equilibrando varios factores. Cada entrevista está influenciada por el momento, el lugar, la disposición de los asientos o la distancia y el lenguaje.

Momento Los profesionales de enfermería deben planificar las entrevistas con los pacientes cuando el paciente se sienta cómodo y sin dolor y cuando las interrupciones por amigos, familiares y otros profesionales de la salud sean mínimas. Los profesionales de enfermería deben programar las entrevistas con los pacientes en sus casas en el momento que elija el paciente.

Lugar Una sala bien iluminada y ventilada que esté relativamente libre de ruido, movimientos y distracciones fomenta la comunicación. Además, es deseable un lugar donde nadie pueda escuchar ni ver al paciente.

Disposición de los asientos Al estar de pie y mirar al paciente que está en la cama en una silla desde arriba, el profesional de enfermería intimida al paciente. Cuando un paciente está en la cama, el profesional de enfermería puede sentarse en un ángulo de 45° hacia la cama. La posición es menos formal que sentarse detrás de una mesa o permanecer a los pies de la cama. Durante una entrevista del ingreso inicial, un paciente puede sentirse menos asustado si se coloca una mesa sobre la cama entre el paciente y el profesional de enfermería. Sentarse sobre la cama del paciente le arrinconará y hace muy difícil dejar de mirarse directamente.

Una disposición del asiento con el profesional de enfermería detrás de un mostrador y el paciente sentado al otro lado crea un marco formal que sugiere una reunión laboral entre un superior y un subordinado. Por el contrario, una disposición de los asientos en que las partes se sientan en dos sillas colocadas en ángulos rectos respecto a un mostrador o una mesa o separados unos centímetros sin ninguna mesa entre ellos, crea una atmósfera menos formal y el profesional de enfermería y el paciente tienden a sentirse en términos iguales. En los grupos, una disposición en forma de herradura o circular puede evitar una posición superior o de jerarquía.

Distancia La distancia entre el entrevistador y el entrevistado no debe ser demasiado grande ni demasiado pequeña, porque las personas se sienten incómodas cuando hablan con alguien que está demasiado cerca o lejos. La *proxémica* es el estudio del uso del espacio. Como especie, los seres humanos somos muy territoriales, aunque raramente somos conscientes de ello hasta que se viola nuestro espacio. La mayoría de las personas se sienten cómodas manteniendo una distancia de 60 a 90 cm durante una entrevista. Algunos pacientes requieren más o menos espacio, dependiendo de sus necesidades personales y culturales. Puede obtenerse información adicional en el capítulo 18.

Lenguaje No comunicarse en un lenguaje que el paciente pueda reconocer es una forma de discriminación. El profesional de enfermería debe convertir la terminología médica complicada en lengua común, y son necesarios intérpretes y traductores si el paciente y el profesional de enfermería no hablan la misma lengua o dialecto (una variación en un lenguaje hablada en una región geográfica particular). La traducción de los términos médicos es una habilidad especializada, porque no todas las personas que dominan la forma conversacional de una lengua están familiarizadas con los términos anatómicos o de

ASISTENCIA SEGÚN LA CULTURA Espacio personal

- La distancia aceptada entre las personas que toman parte en una conversación varía en función de las culturas. En algunas, la distancia puede ser de menos de 30 cm (en ciertas partes de Oriente Medio), o mayores que esta distancia (en algunas culturas europeas), y de hasta 90 cm (determinadas culturas asiáticas).
- Los hombres en todas las culturas suelen necesitar más distancia que las mujeres.
- El nerviosismo aumenta la necesidad de espacio.
- El contacto visual directo aumenta la necesidad de espacio.
- El contacto físico se utiliza únicamente cuando tiene una finalidad terapéutica. El tacto, incluso el de una simple mano en el hombro, puede malinterpretarse, sobre todo entre personas de distinto sexo.

salud. Pero los intérpretes pueden juzgar las palabras precisas y también opinar sobre los significados sutiles que exigen una explicación adicional o aclaración en función de la lengua y etnia específicas. Pueden editar la fuente original para hacer el significado más claro o más adecuado para el nivel cultural.

Si se dan documentos escritos al paciente, el profesional de enfermería debe determinar que el paciente pueda leerlo en su lengua nativa. Se prefiere la traducción en directo ya que el paciente puede plantear preguntas para aclararse. Los profesionales de enfermería deben ser prudentes cuando pidan a los familiares, visitas o personal no profesional de la institución que les ayuden en la traducción. Los aspectos de la confidencialidad o la desigualdad de sexos pueden interferir con una comunicación eficaz. Servicios como *AT&T Language Line* están disponibles 24 horas al día en unas 170 lenguas, con una tarifa que paga el médico. Muchas instituciones grandes poseen sus propios servicios de traducción de guardia para lenguas o dialectos que se hablan con frecuencia en la zona.

Entre los pacientes que hablan inglés puede haber diferencias para comprender la terminología. Los pacientes de diferentes partes del país pueden tener acentos fuertes, o los pacientes peor educados y los adolescentes pueden adscribir diferentes significados a las palabras. Por ejemplo, *cool* puede significar «guay» para un paciente y «frío» para otro. El profesional de enfermería debe confirmar siempre que se le entiende de manera precisa.

ESTADIOS DE UNA ENTREVISTA Una entrevista tiene tres estadios principales: la apertura o introducción, el cuerpo o desarrollo y el cierre.

La apertura La apertura puede ser la parte más importante de la entrevista porque lo que se dice y se hace en ese momento establece el tono para el resto de la misma. Los objetivos de la apertura son establecer una buena relación y orientar al entrevistado.

El establecimiento de una buena relación es un proceso de creación de buena voluntad y confianza. Puede empezar con un saludo («Buenos días, Sr. Johnson») o una presentación («Buenos días, soy Becky James, una estudiante de enfermería»), acompañado de gestos no verbales como una sonrisa, un apretón de manos y un gesto amable. El profesional de enfermería debe tener cuidado de no exagerar este estadio; una charla demasiado superficial puede despertar ansiedad sobre lo que sigue y puede no parecer sincera.

En la orientación, el profesional de enfermería explica el propósito y naturaleza de la entrevista, por ejemplo, qué información se necesita, cuánto tardará y qué se espera del paciente. El profesional de enferme-

PAUTAS PARA LA PRÁCTICA Comunicación durante una entrevista

- Escuchar atentamente, usando todos los sentidos y hablando lenta y claramente.
- Usar un lenguaje que el paciente comprenda, y aclarar los puntos que no entienda.
- Planear preguntas que sigan una secuencia lógica.
- Plantear solo una pregunta a la vez. Las preguntas múltiples limitan al paciente a una opción y pueden confundirlo.
- Reconocer el derecho del paciente a ver las cosas de la forma que le parecen y no de la forma que le parecen al profesional de enfermería o a otros.
- No imponer nuestros valores al paciente.
- Evitar usar ejemplos personales, como decir: «Si yo fuera usted...».
- Transmitir de forma no verbal respeto, preocupación, interés y aceptación.
- Ser consciente del lenguaje corporal propio y del paciente.
- Ser consciente de la inflexión, el tono y la afectación de la voz propia y del paciente.
- Sentarse y hablar con el paciente (estar al mismo nivel).
- Usar y aceptar el silencio para ayudar al paciente a buscar más ideas y organizarlas.
- Usar el contacto visual y mostrar calma, simpatía y que se dispone de tiempo.

ría le dice al paciente cómo se usará la información y suele establecer que el paciente tiene el derecho de no proporcionar datos.

Lo que sigue es un ejemplo de introducción en una entrevista:

Paso 1: Establecer una buena relación

Profesional de enfermería: Hola, Srta. Goodwin, soy la Srta. Fellows. Soy una estudiante de enfermería y voy a ayudar en su asistencia durante el día de hoy.

Paciente: Hola, ¿eres una estudiante de una escuela universitaria?

Profesional de enfermería: Sí, este es mi último año. ¿Conoce el campus?

Paciente: ¡Oh, sí! Soy una gran aficionada al fútbol americano. Mi sobrino se graduó en 2008 y con frecuencia voy a ver partidos con él.

Profesional de enfermería: ¡Eso es genial! Suena divertido.

Paciente: Sí, me divierto mucho.

Paso 2: Orientación

Profesional de enfermería: ¿Me puedo sentar con usted unos minutos para hablar sobre su atención mientras esté aquí?

Paciente: Muy bien, ¿qué quiere saber?

Profesional de enfermería: Bien, para planificar su asistencia después de la operación me gustaría saber algunas cosas sobre sus actividades diarias habituales y lo que espera encontrar en el hospital. Tomaré notas mientras habla para registrar los puntos importantes y tenerlos disponibles para otros miembros del personal que también cuidarán de usted.

Paciente: Vale. Me parece bien.

Profesional de enfermería: Si hay algo sobre lo que no desee hablar, por favor dígalos con total libertad. Todo lo que me diga será confidencial y solo lo compartirán otros que tengan el derecho legal de saberlo.

Paciente: Claro, de acuerdo.

El cuerpo En el cuerpo de la entrevista, el paciente comunica lo que piensa, siente y percibe en respuesta a preguntas del profesional de enfermería. El desarrollo eficaz de la entrevista exige que el profesional de enfermería use técnicas de comunicación que hagan que las dos partes se sientan cómodas y sirvan al objetivo de la entrevista (v. capítulo 26 ). Para comunicarse durante una entrevista, véase «Pautas para la práctica».

El cierre El profesional de enfermería termina la entrevista cuando ha obtenido la información necesaria. Pero, en algunos casos, la termina el paciente, por ejemplo, cuando decide no dar más información o es incapaz de hacerlo por alguna razón, por ejemplo fatiga. El cierre

es importante para mantener la buena relación y la confianza y para facilitar futuras interacciones. Para cerrar una entrevista suelen usarse las siguientes técnicas:

1. Ofrecerse a responder preguntas: «¿Tiene alguna pregunta?» «Estaría encantado de responder cualquier pregunta». Asegúrese de dejar tiempo para que la persona responda, o la oferta se considerará insincera.
2. Concluir diciendo: «Bien, esto es todo lo que necesito saber por ahora»; o «Bien, esas eran todas las preguntas que tenía por ahora». Preceder la frase con la palabra «bien» señala generalmente que el final de la interacción está cerca.
3. Dar las gracias al paciente: «Gracias por su tiempo y su ayuda. Las preguntas que me ha respondido serán útiles para planificar su asistencia de enfermería.» También puede estrechar la mano al paciente.

Consideraciones según la edad

Valoración

NIÑOS

Considerar este ejemplo: una niña de 4 años ingresa tras una intervención quirúrgica urgente por un apéndice perforado. Está despierta y alerta, pero no quiere hablar. Sus padres han dormido poco en las últimas 24 horas y están muy ansiosos.

- Obtener datos para la valoración en esta situación exige que el profesional de enfermería sea sensible con las necesidades que tienen los padres de sueño y tranquilidad respecto a su hija; al mismo tiempo, el profesional de enfermería debe recoger información para completar una base de datos adecuada para tomar decisiones apropiadas sobre la asistencia de enfermería. La valoración implicará monitorizar la dolencia de la niña cuando se recupere de la intervención quirúrgica, así como estar alerta ante posibles problemas.
- Los padres serán la principal fuente de datos subjetivos, aunque hay que animar a la niña a decir al profesional de enfermería cómo se siente.
- Los datos objetivos recogidos son las constantes vitales incluido el nivel de respuesta al dolor; la hemorragia o secreción por la incisión; la movilidad; la integridad de los vendajes; las vías intravenosas, los catéteres, las sondas nasogástricas u otros dispositivos médicos, y la afectación.
- Como los niños forman parte de las familias, la valoración incluirá la observación de la dinámica familiar y preguntas que podrían conducir a la asistencia del sistema familiar.

4. Expresar su preocupación por el bienestar y futuro de la persona: «Espero que todo le vaya bien».
5. Planificar la siguiente reunión, si es que va a haber alguna, o establecer lo que sucederá después. Incluya el día, la hora, el tema y el objetivo: «Nos reuniremos de nuevo el día 15 a las 9:00 de la mañana para ver cómo se encuentra entonces». O «Srta. Goodwin, soy responsable de prestarle asistencia tres mañanas a la semana mientras esté usted aquí. Estaré aquí todos los lunes, martes y miércoles entre las 8 de la mañana y el mediodía. En esos momentos podré ajustar su asistencia en lo que sea necesario».
6. Proporcionar un resumen para verificar la precisión y el acuerdo. Resumir sirve a varios propósitos: ayuda a terminar la entrevista, el paciente se asegura de que el profesional de enfermería le ha escuchado, comprueba la precisión de las percepciones del profesional y ayuda al paciente a notar el progreso y un sentido de avance. «Revisemos lo que hemos tratado en esta entrevista.» Los resúmenes son particularmente útiles para los pacientes que están ansiosos o tienen dificultades para acabar con el tema. «Bien, me parece que usted está especialmente preocupado por su hospitalización y el dolor en el pecho, porque su padre falleció de un ataque al corazón hace 5 años. ¿Es eso correcto? Comentaré esto con usted mañana y decidiremos qué debemos hacer para ayudarle.»

Exploración

La exploración física o la valoración física es un método sistemático de recogida de datos que usa la observación (es decir, los sentidos de la vista, el oído, el olfato y el tacto) para detectar problemas de salud. Para realizar la exploración, el profesional de enfermería usa las técnicas de inspección, auscultación, palpación y percusión (v. capítulo 30 )

La exploración física se realiza de forma sistemática. Puede organizarse en función de la preferencia del examinador, en una disposición desde la cabeza a los dedos de los pies o por sistemas orgánicos. El profesional de enfermería suele registrar primero una impresión general sobre el aspecto general del paciente, por ejemplo, la edad, el tamaño corporal, el estado mental y nutricional, el habla y la conducta. Después el profesional toma medidas como las constantes vitales, la altura y el peso. El método **cefalocaudal** o de la cabeza a los dedos de los pies comienza con la exploración de la cabeza; progresa hacia el cuello, el tórax, el abdomen y las extremidades, y termina en los dedos de los pies. El profesional de enfermería que usa un método por sistemas corporales investiga cada sistema de forma individual, es decir, el sistema respiratorio, el sistema circulatorio, el sistema nervioso y así sucesivamente. Durante la exploración física, el profesional de enfermería valora todas las partes del cuerpo y compara las observaciones hechas en cada lado del cuerpo (p. ej., los pulmones). Estas técnicas se comentan con detalle en los capítulos 29 y 30 .

En lugar de hacer una exploración completa, el profesional de enfermería puede centrarse en un problema específico observado en la valoración de enfermería, como la incapacidad para orinar. En ocasiones, el profesional de enfermería puede considerar necesario resolver un síntoma o problema del paciente (p. ej., la disnea) antes de completar la exploración.

El profesional de enfermería también puede realizar una exploración de cribado. Una **exploración de cribado**, también llamada **revisión de sistemas**, es una revisión breve del funcionamiento esencial de varias partes o sistemas corporales. Un ejemplo de una exploración de cribado es la valoración de enfermería del momento del ingre-

so que se muestra en la figura 11-4 . Los datos obtenidos en esta exploración se miden frente a normas o modelos, como los modelos de peso y altura ideales o las normas de temperatura corporal o presión arterial.

Organización de datos

Los profesionales de enfermería usan un formato escrito (o electrónico) para organizar los datos de la valoración de una forma sistemática. A esto se le denomina a menudo anamnesis de enfermería, valoración de enfermería o formulario de bases de datos de enfermería. El formato puede modificarse en función del estado físico del paciente, como aquel que se centra en los datos osteomusculares de los pacientes ortopédicos.

Modelos/estructuras conceptuales

La mayoría de las escuelas de enfermería e instituciones de salud ha desarrollado su propio formato de valoración estructurado. Muchos se basan en modelos o estructuras de enfermería seleccionados (v. capítulo 3 ). Tres ejemplos son la estructura patrón de salud funcional de Gordon, el modelo de autocuidado de Orem y el modelo de adaptación de Roy.

Gordon (2010) proporciona una estructura de 11 patrones de salud funcionales (cuadro 11-2). Gordon usa la palabra *patrón* para referirse a una secuencia de conductas recurrentes. El profesional de enfermería recoge datos sobre la conducta disfuncional y la funcional. De este modo, usando la estructura de Gordon para organizar los datos, los profesionales de enfermería son capaces de discernir los patrones emergentes.

Orem (2001) perfila ocho requisitos de autoasistencia universales de los seres humanos (cuadro 11-3). Roy (2008) señala los datos que tienen que recogerse en función del modelo de adaptación de Roy y clasifica la conducta observable en cuatro categorías: fisiológica, autoconcepto, función de rol e interdependencia (cuadro 11-4).

La figura 11-4 es una herramienta de recogida de datos concisos que se organiza teniendo en cuenta los sistemas corporales y de preocupaciones específicas de enfermería (p. ej., cribado en busca de caídas y procesos alérgicos); no utiliza ninguno de los modelos de enfermería en particular. En el cuadro 11-5 se muestran los datos para el caso clínico de Amanda Aquilini de la figura 11-4 tras organizarlos en función de los 11 patrones de salud funcionales de Gordon. Obsérvese que las categorías en el cuadro difieren de las de la figura 11-4. Como regla general, el profesional de enfermería organiza los datos usando el mismo modelo sobre el que se basó la herramienta de recogida de datos. Pero aquí se proporcionan diferentes modelos para demostrar diferencias en la estructura organizadora y para demostrar que el profesional de enfermería no se limita a la estructura exacta proporcionada por la herramienta de obtención de datos.

Modelos de bienestar

Los profesionales de enfermería usan modelos de bienestar para ayudar a los pacientes a identificar riesgos para la salud y explorar estilos de vida y conductas de salud, creencias, valores y actitudes que engendren niveles de bienestar. Estos modelos suelen incluir lo siguiente:

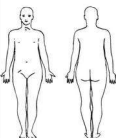
- Anamnesis
- Evaluación de la forma física
- Valoración nutricional

DATOS DEL INGRESO	Fecha <u>16-4-11</u> Hora <u>3:15 p.m.</u> Idioma principal <u>Inglés</u> Vía de llegada: ☐ Silla de ruedas ☐ Camilla ☒ Andando De: ☐ Ingreso ☐ Urgencias ☒ Casa ☐ Residencia ☐ Otras Médico que hace el ingreso <u>R. Katz</u> Notificada <u>5 p.m.</u> ORIENTACIÓN A UNIDAD Sí NO Sí NO Banda en brazo correcta ☒ ☐ Horas de visita ☒ ☐ Banda de alergia ☒ ☐ Normas sobre tabaco ☒ ☐ Teléfono ☒ ☐ TV, luces, controles Normativa eléctrica ☒ ☐ de cama, luces de Mat. educativo ☒ ☐ llamada, barandillas ☒ ☐ Unidad de enfermería ☒ ☐ Médico de familia <u>R. Katz</u> Peso <u>60 kg</u> Altura <u>1.55 cm</u> PA D <u>—</u> L <u>122/80</u> Temp. <u>39.4 °C</u> Pulso <u>92</u> débil Resp. <u>28</u> superficiales Fuente de la información ☒ Paciente ☐ Otro Incapaz de dar datos ☐ Razón de ingreso (inicio, duración, percepción del pac.) («Dolor en el pecho» 2 semanas, disnea de esfuerzo, «Dolor pulmonar, fiebre», «El médico dice que tengo neumonía»)	ESTRÉS PSICOLÓGICO Estrés reciente <u>Ninguno</u> Mecanismo de afrontamiento <u>No evaluado por fatiga</u> Sistema de apoyo <u>Marido, compañeros, amigos</u> Calma: ☒ Sí ☐ No Ansiedad: ☐ Sí ☐ No <u>Músculos faciales tensos; temblor</u> Religión <u>Católica, desearía últimos sacramentos</u> Consumo de tabaco: ☐ Sí ☒ No Consumo de alcohol: ☐ Sí ☒ No Consumo de drogas: ☐ Sí ☒ No
	ANTECEDENTES PSICOLÓGICOS Orientado: ☒ Persona ☒ Lugar ☒ Tiempo ☐ Confuso ☐ Sedado ☐ Alerta ☐ Inquieto ☒ Letárgico ☐ Comatoso Pupilas: ☒ Iguales ☐ Desiguales ☒ Reactivas ☐ Perezosas ☐ Otras 3 mm. Fuerza en extremidades: ☒ Igual ☐ Desigual Habla: ☒ Clara ☐ Confusa ☐ Otros	ANTECEDENTES NEUROLÓGICOS ADM normal de extremidades ☒ Sí ☐ No ☒ Debilidad ☐ Parálisis ☐ Contracturas ☐ Tumefacción ☒ Dolor articular ☐ Otros <u>y relacionada con fatiga cuando tose</u>
	ANTECEDENTES RESPIRATORIOS Patrón: ☐ Igual ☐ Desigual ☒ Superficial ☒ Disnea ☒ Otros <u>murmulo vesicular reducido</u> Ruidos respiratorios: ☐ Claros ☒ Otros <u>crepitantes inspiratorios</u> Secreciones: ☐ Ninguna ☒ Otros <u>esputo rosado y espeso</u> Tos: ☐ Ninguna ☒ Productiva ☐ Productiva seca	ANTECEDENTES CARDIOVASCULARES Pulsos: frecuencia apical <u>92</u> ☒ Reg. ☐ Irreg. ☐ Marcapasos F = fuerte D = débil A = ausente D = Doppler Radial D <u>92</u> I <u>—</u> Pedio D <u>—</u> I <u>—</u> Edema: ☒ Ausente ☐ Presente Lugar <u>—</u> Perforación: ☐ Caliente ☐ Seco ☒ Sudoroso ☐ Frio (Caliente)
	ANTECEDENTES DIGESTIVOS ☒ Sin problemas importantes ☐ Gastro <u>—</u> ☐ Cardíacos ☐ Artritis <u>—</u> ☐ Hiper/hipotensión ☐ Ictus <u>—</u> ☐ Diabetes ☐ Convulsiones <u>—</u> ☐ Cáncer ☐ Glaucoma <u>—</u> ☐ Respiratorios ☒ Otros <u>Un hijo en 2004</u> Intervenciones quirúrgicas/procedimientos Fecha Apendicectomía <u>1985</u> Tiroidectomía parcial <u>2004</u>	ANTECEDENTES DIGESTIVOS Mucosa oral ☐ Normal ☒ Otros <u>pálida y seca</u> Ruidos intestinales: ☒ Normal ☐ Otros <u>Abdomen blando</u> Cambio de peso: ☒ N/V Frecuencia deposiciones/ carácter <u>1/día; blanda</u> Última dep. <u>15-4-11</u> ☐ Ostomía (tipo) <u>—</u> Equip. <u>—</u>
DISPOSITIVOS DE AYUDA ESPECIALES ☐ Silla de ruedas ☐ Contactos ☐ Dispositivo ☐ Dentaduras ☐ Ortesis ☐ Prótesis de acceso ☐ Parcial ☐ Muletas/bastón ☐ Prótesis auditivas ☐ Superior ☐ Andador ☐ Prótesis ☐ Catéter ☐ Inferior ☐ Gafas ☐ Catéter epidural ☐ Otros <u>Ninguno</u>	ANTECEDENTES GINECOLÓGICOS Orina: última micción <u>Esta mañana</u> ☐ Normal ☐ Anuria ☐ Hematuria ☐ Disuria Incontinencia ☒ Otros <u>cantidad y frecuencia desde enfermedad</u> ☐ Sonda (tipo) <u>—</u> Otros <u>—</u> Última menstruación <u>1-4-11</u> ☐ Secreción vaginal/peniana Otros <u>—</u>	
OBJETOS VALUADOS Paciente informada de que el hospital no se hace responsable de las pertenencias personales Objetos de valor: ☐ Paciente ☐ Seguridad ☐ Dado a <u>—</u> Paciente/firma <u>Ninguno</u>	AUTOCUIDADO Necesidad de ayuda con: ☐ Ambulación ☐ Evacuación ☐ Comidas ☒ Higiene ☐ Vestido <u>Mientras se encuentra fatigado</u> Amanda Aquilini [mujer, edad 28] #4657659	

★ NORTH BROWARD HOSPITAL DISTRICT NURSING ADMINISTRATION ASSESSMENT

Figura 11-4 ■ Valoración de Amanda Aquilini.

Herramienta de valoración de enfermería cortesía de North Broward Hospital District, Broward County, Florida. Reproducido con autorización.

NUTRICIÓN		
Aspecto general:	☒ Bien nutrido ☐ Emaciado ☐ Otros _____	
Apetito:	☐ Bueno ☐ Justo ☒ Malo ~x2 días Dieta <u>Líquida</u> Patrón de comidas <u>3/día</u>	
	☐ Come solo ☐ Ayuda ☐ Alimentación total	
Color:	☐ Normal ☐ Rojo ☒ Pálido ☐ Oscuro ☐ Cianótico ☐ Ictérico ☒ Otros <u>Mejillas rojas y calientes</u>	
Descripción general	<u>Cicatrices quirúrgicas:</u> <u>CID abdomen; anterior en cuello</u>	
		
Nota de cultivos obtenidos _____		
CRITERIOS DE RIESGO DE ÚLCERA POR PRESIÓN® ESTADO GENERAL DE LA PIEL CONTROL VESICAL E INTESTINAL ESTADO DE REHABILITACIÓN		
Grado 0 Turgencia (elasticidad adecuada, piel húmeda y caliente) 1 Escasa turgencia, piel fría y seca 2 Zonas moteadas, rojas o denudadas 3 Úlceras/lesiones existentes	Grado 0 Siempre capaz de pedir cuna 1 Incontinencia de orina 2 Incontinencia fecal 3 Completamente incontinente 4 Confinado a la cama	Grado 0 Anda completamente 1 Anda con ayuda 2 Solo anda a la cama o la silla 3 Confinado a la cama 4 Inmóvil en la cama
ESTADO NUTRICIONAL Grado 0 Se lo come todo 1 Come muy poco 2 Rechaza comida a menudo 3 Alimentación por sonda 4 Alimentación intravenosa	ESTADO MENTAL Grado 0 Alerta y despierto 1 Confuso 2 Desorientado/senil 3 Estuporoso 4 Inconsciente	ENFERMEDADES CRÓNICAS (p. ej., EPOC, ECAE, enfermedad vascular periférica, diabetes o nefropatía, cáncer, déficit motor o sensitivo, edad avanzada, otros)
TOTAL <u>3</u> Referirse a protocolo de cuidado cutáneo		
CRIBADO DE CAÍDAS Si se marcan uno o más de los siguientes, instituir precauciones/plan asistencial de caídas ☐ Antecedentes de caídas ☐ Marcha inestable ☐ Confusión/desorientación ☐ Vértigo Si se marcan dos o más de los siguientes instituir precauciones/plan asistencial de caídas ☐ Edad mayor de 80 ☐ Utiliza bastón ☐ Somnolencia ☐ Alteración de la visión ☐ andador, aso ☐ Urgencia/frecuencia en evacuación ☐ Múltiples diagnósticos ☐ Audición alterada ☐ Medicamentos/sedantes/diuréticos, etc. ☐ Incapacidad para comprender o seguir instrucciones		
TÍTULO/FIRMA PROFESIONAL ENFERMERÍA FECHA HORA <u>Mary Medina, DE</u> <u>16-4-11</u> <u>3:30 pm</u> TÍTULO/FIRMA PROFESIONAL ENFERMERÍA FECHA HORA		

EDUCACIÓN/PLAN PARA EL ALTA

1. ¿Qué sabe usted sobre su enfermedad actual? «El médico dice que tengo neumonía». «Me pondrán una vía».
2. ¿Qué información quiere saber o necesita sobre su enfermedad?
3. ¿Le gustaría que su familia/cónyuge participaran en su asistencia? Mi esposo, Michael
4. ¿Cuánto tiempo espera estar en el hospital? «1-2 días»
5. ¿Qué le preocupa al abandonar el hospital?

MARQUE EL CUADRADO ADECUADO

- ¿Necesitará el paciente ayuda tras el alta con AVD/función física? ☐ Sí ☒ No ☐ Desconocido
- ¿Tiene el paciente familia capaz y dispuesta a proporcionar asistencia después del alta? ☒ Sí ☐ No ☐ Desconocido ☐ Sin familia
- ¿Es necesaria más ayuda de la que puede proporcionar la familia? ☐ Sí ☒ No ☐ Desconocido
- ¿Ingresos previos en últimos 6 meses? ☐ Sí ☒ No ☐ Desconocido

El paciente vive con Marido y una niñaAlta planeada a Casa

Comentarios: La fatiga y la ansiedad pueden haber interferido con el aprendizaje. Volver a enseñar más tarde cualquier cosa tratada en el ingreso

Notificados los servicios sociales ☐ Sí ☒ No

NOTAS

Dolor agudo en el pecho cuando tose y disnea con el esfuerzo. Dice que era incapaz de llevar a cabo el ejercicio habitual la semana pasada. La tos le aliviaba «si permanecía sentada durante un tiempo». Náuseas asociadas a la tos «Tiritonas» ocasionales.

A veces se asustaba y decía «no puedo respirar».

Bien aseada, pero «demasiado cansada para maquillarme». Evalúa apoyos como «buenos» (p. ej., relación con su marido). Está «preocupada» por su hija. Dice que su marido estará fuera de la ciudad hasta mañana. Dejó a su hija de 5 años con un vecino. Muy preocupada por su trabajo (es abogada).

«Nunca me pondré al día». Tomó agua a media noche y no ha comido nada hoy.

Expansión torácica menor de 3 cm sin aleteo nasal ni uso de músculos accesorios. Ruidos respiratorios y crepitantes insp. en región superior e inferior.

Tórax (D). Está de acuerdo en vacagar la orina durante 24 h. 1.000 ml de suero glucosado al 5% IV iniciados en brazo (D), 100 ml/h. Relleno capilar lento. Mantener el cabecero de la cama elevado para facilitar la respiración.

NORTH BROWARD HOSPITAL DISTRICT
NURSING ADMINISTRATION ASSESSMENT

Figura 11-4 ■ (Cont.)

CUADRO 11-2 Tipología de Gordon de los 11 patrones funcionales de la salud

- **Patrón de percepción de la salud/manejo de la salud.** Describe el patrón percibido por el paciente de salud y bienestar y cómo manejar la salud.
- **Patrón nutricional-metabólico.** Describe el patrón del paciente de consumo de alimentos y líquidos respecto a la necesidad metabólica o indicadores del patrón de aporte local de nutrientes.
- **Patrón de evacuación.** Describe los patrones de función excretora (intestinal, vesical y cutánea).
- **Patrón de actividad-ejercicio.** Describe el patrón de ejercicio, actividad, ocio y actividades recreativas.
- **Patrón de sueño-vigilia.** Describe patrones de sueño, reposo y relajación.
- **Patrón cognitivo-perceptivo.** Describe patrones sensitivo-perceptivos y patrones cognitivos.
- **Patrón de autopercepción y autoconcepto.** Describe el patrón de concepto y percepciones que el paciente tiene de sí mismo (p. ej., idea/valor de uno mismo, comodidad, imagen corporal, estado afectivo).
- **Patrón de rol-relación.** Describe el patrón del paciente de la participación en el rol y las relaciones.
- **Patrón de sexualidad-reproductivo.** Describe los patrones del paciente de satisfacción o insatisfacción con el patrón de sexualidad; describe patrones reproductivos.
- **Patrón de afrontamiento/tolerancia al estrés.** Describe el patrón de afrontamiento general del paciente y eficacia del patrón en cuanto a tolerancia al estrés.
- **Patrón de valores-creencias.** Describe los patrones de valores, creencias (incluidos espirituales) y objetivos que guían las elecciones y decisiones del paciente.

Tomado de *Manual of Nursing Diagnosis*, 12th ed. (pp. 2-5), by M. Gordon, 2010, Boston: Jones & Bartlett. Reproducido con autorización.

- Análisis del estrés vital
- Estilo de vida y hábitos de salud
- Creencias sobre la salud
- Salud sexual
- Salud espiritual
- Relaciones
- Estimación del riesgo para la salud

Véanse los detalles en el capítulo 17 ∞.

Modelos ajenos a la enfermería

Las estructuras y modelos procedentes de otras disciplinas también pueden ser útiles para organizar los datos. Estas estructuras son más estrechas que el modelo exigido en la enfermería; por tanto, el profesional de enfermería suele necesitar combinarlos con otros métodos para obtener una anamnesis completa.

Modelo de los sistemas o aparatos corporales

El modelo de los sistemas o aparatos corporales se centra en las anomalías de los siguientes sistemas o aparatos anatómicos:

- Sistema tegumentario
- Aparato respiratorio
- Aparato cardiovascular
- Sistema nervioso
- Sistema osteomuscular
- Aparato digestivo
- Aparato genitourinario
- Aparato reproductor
- Sistema inmunitario

Jerarquía de Maslow de las necesidades

La jerarquía de Maslow de las necesidades agrupa datos relativos a:

- Necesidades fisiológicas (necesidades para la supervivencia)
- Necesidades respecto a la inocuidad y la seguridad
- Necesidades de amor y pertenencia
- Necesidades de autoestima
- Necesidad de autorrealización

Véanse los detalles en el capítulo 16 ∞.

CUADRO 11-3 Modelo de autocuidado de Orem**REQUISITOS UNIVERSALES PARA EL AUTOCUIDADO**

1. El mantenimiento de una inspiración suficiente de aire.
2. El mantenimiento de una ingestión suficiente de agua.
3. El mantenimiento de una ingestión suficiente de alimentos.
4. La provisión de asistencia asociada a procesos de evacuación.
5. El mantenimiento del equilibrio entre la actividad y el reposo.
6. El mantenimiento del equilibrio entre la soledad y la interacción social.
7. La prevención de riesgos para la vida humana, la función humana y el bienestar humano.
8. La promoción de la función y desarrollo humanos dentro de grupos sociales de acuerdo con el potencial humano, las limitaciones humanas conocidas y el deseo humano de ser normal. (Normalidad se usa en el sentido de lo que es esencialmente humano y que está de acuerdo con las características genéticas y constitucionales y con los talentos del sujeto.)

Adaptado de *Nursing: Concepts of Practice*, 6th ed. (p. 225), by D. E. Orem, 2001, St. Louis, MO: Mosby, con autorización de Elsevier Science.

CUADRO 11-4 Modelo de adaptación de Roy**MODOS ADAPTATIVOS**

1. Necesidades fisiológicas
 - Actividad y reposo
 - Nutrición
 - Evacuación
 - Líquidos y electrolitos
 - Oxigenación
 - Protección
 - Regulación: temperatura
 - Regulación: los sentidos
 - Regulación: sistema endocrino
2. Autoconcepto
 - Físico
 - Personal
3. Función de rol
4. Interdependencia

Tomado de *The Roy Adaptation Model*, 3rd ed., by C. Roy, 2008, Upper Saddle River, NJ: Prentice Hall. Adaptado con autorización.

CUADRO 11-5 Datos de Amanda Aquilini, organizados según patrones de salud funcionales

PERCEPCIÓN DE LA SALUD/MANEJO DE LA SALUD

- Es consciente y comprende el diagnóstico médico
- Da información exhaustiva sobre las enfermedades e intervenciones quirúrgicas
- Cumple el régimen de levotiroxina
- Relata la progresión de la enfermedad con detalle
- Espera obtener un régimen antibiótico e «irse a casa en uno o dos días»
- Establece el patrón habitual de comidas de «3 comidas al día»

NUTRICIONAL/METABÓLICO

- 158 cm de altura; pesa 56 kg
- Patrón habitual de comidas de «tres comidas al día»
- «No tiene apetito» desde que está «acatarrada»
- Hoy no ha comido; últimos líquidos a media noche
- Náuseas
- Temperatura oral de 39,4 °C
- Menor turgencia cutánea

EVACUACIÓN

- No suele tener problemas
- Reducción de frecuencia y cantidad urinaria × 2 días
- Última deposición ayer, formada, dice que era «normal»

ACTIVIDAD/EJERCICIO

- Ningún trastorno osteomuscular
- Dificultad para dormir por la tos
- «No puedo respirar tumbada»
- Dice que «se siente débil»
- Disnea con el esfuerzo
- Hace ejercicio todos los días

COGNITIVO/PERCEPTIVO

- Ningún déficit sensorial
- Pupilas de 3 mm, iguales, reacción rápida
- Orientada en tiempo, lugar y personas
- Reactiva, pero fatigada
- Responde adecuadamente a estímulos verbales y físicos
- Memoria reciente y lejana intactas
- Dice que «se fatiga» al hacer ejercicio
- Dice que «le duelen los pulmones», sobre todo al toser
- Experimenta tiritona
- Refiere náuseas

ROLES/RELACIONES

- Vive con su marido y una hija de 3 años
- Marido fuera de la ciudad; volverá mañana por la tarde
- Niña con vecino hasta que su marido vuelva
- Refiere «buenas» relaciones con amigos y compañeros
- Madre trabajadora, abogada

AUTOPERCEPCIÓN/AUTOCONCEPTO

- Expresa «preocupación» e «inquietud» por haber dejado a su hija con los vecinos hasta que su marido vuelva
- Bien arreglada, dice: «Estoy demasiado cansada para maquillarme»

AFRONTAMIENTO/ESTRÉS

- Ansiosa: «No puedo respirar»
- Músculos faciales tensos; temblor
- Expresa su preocupación sobre el trabajo: «Nunca me pondré al día»

VALORES/CREENCIAS

- Católica
- Ninguna práctica especial deseada salvo unión de enfermos
- Clase media, orientación profesional
- No desea ver al capellán ni al sacerdote en este momento

MEDICAMENTOS/ANTECEDENTES

- Levotiroxina, 1 mg al día
- Antecedentes de apendicectomía, tiroidectomía parcial

VALORACIÓN FÍSICA DE ENFERMERÍA

- 28 años
- Altura 158 cm; peso 56 kg
- Temperatura 39,4 °C
- Pulsos radiales débiles y regulares
- Presión arterial 122/80 sentada
- Piel caliente y pálida, mejillas enrojecidas
- Mucosas pálidas y secas
- Respiración superficial; expansión torácica < 3 cm
- Tos productiva de pequeñas cantidades de esputo rosado pálido
- Crepitantes inspiratorios auscultados en las regiones superior e inferior derechas
- Reducción de ruidos respiratorios en el lado derecho
- Abdomen blando, sin distensión
- Cicatrices quirúrgicas antiguas: zona anterior del cuello, cuadrante inferior derecho del abdomen
- Sudorosa

Teorías del desarrollo

El profesional de enfermería puede utilizar varias teorías del desarrollo físico, psicosocial, cognitivo y moral en situaciones específicas. Ejemplos de ellas son:

- Períodos de edad y tareas del desarrollo de Havighurst
- Cinco estadios del desarrollo de Freud
- Ocho fases del desarrollo de Erikson
- Fases de Piaget del desarrollo cognitivo
- Estadios de Kohlberg del desarrollo moral

Véase información adicional en el capítulo 20 .

Validación de datos

La información obtenida durante la fase de valoración debe ser completa, objetiva y precisa porque los diagnósticos e intervenciones de

enfermería se basan en esta información. La **validación** es el acto de «comprobar dos veces» o verificar los datos para confirmar que son precisos y objetivos. La validación de los datos ayuda al profesional de enfermería a completar estas tareas:

- Garantizar que la información de la valoración es completa.
- Garantizar que los datos objetivos y subjetivos relacionados están de acuerdo entre sí.
- Obtener información adicional que puede haberse pasado por alto.
- Diferenciar entre pistas e inferencias. Las **pistas** son datos objetivos o subjetivos que puede observar directamente el profesional de enfermería; es decir, lo que el paciente dice o lo que el profesional de enfermería puede ver, oír, percibir, oler o medir. Las **inferencias** son la interpretación o conclusiones del profesional de enfermería basadas en las pistas (p. ej., un profesional de enfermería observa las pistas de enrojecimiento, calor y tumefacción en una incisión; el profesional de enfermería infiere que la incisión está infectada).

- Evitar saltar a conclusiones y centrarse en la dirección equivocada para identificar problemas.

No hay que validar todos los datos. Por ejemplo, los datos como la altura, el peso, la fecha de nacimiento y la mayoría de los estudios de laboratorio que pueden medirse en una escala precisa pueden aceptarse como objetivos. Como regla, el profesional de enfermería valida los datos cuando hay discrepancias entre los datos obtenidos en la entrevista de enfermería (datos subjetivos) y los de la exploración física (datos objetivos), o cuando las declaraciones del paciente difieren en diferentes momentos en la valoración. En la tabla 11-7 se ofrecen pautas para validar los datos.

Para recoger los datos de forma precisa, los profesionales de enfermería deben ser conscientes de sus propios sesgos, valores y creencias y separar los hechos de las inferencias, interpretaciones y suposiciones (v. capítulo 10 ∞). Por ejemplo, un profesional de enfermería que está viendo a un hombre que coloca el brazo contra su pecho podría suponer que está experimentando dolor torácico, cuando de hecho es la mano la que le duele.

Para construir una base de datos precisa, los profesionales de enfermería deben validar las suposiciones hechas respecto a la conducta física o emocional del paciente. En el ejemplo previo, el profesional de enfermería debería preguntar al paciente por qué coloca el brazo

contra su pecho. La respuesta del paciente puede validar la suposición del profesional u originar más preguntas. La figura 11-4 indica que el profesional de enfermería auscultó el corazón y los pulmones de Amanda Aquilini para validar su declaración de que «le dolía el pulmón» y tenía «disnea» al hacer ejercicio. No validar las suposiciones puede conducir a una valoración de enfermería imprecisa o incompleta y podría poner en peligro la seguridad del paciente.

Registro de datos

Para completar la fase de valoración, el profesional de enfermería registra los datos del paciente. El registro preciso es fundamental, y debe incluir todos los datos recogidos sobre el estado de salud del paciente. Los datos se recogen de forma objetiva y no los interpreta el profesional de enfermería. Por ejemplo, el profesional de enfermería registra la toma del desayuno por parte del paciente (dato objetivo) como «240 ml de café, 120 ml de zumo, 1 huevo y 1 tostada», en lugar de un «buen apetito» (un juicio). Un juicio o conclusión como un «buen apetito» o un «apetito normal» pueden tener diferentes significados para diferentes personas. Para aumentar la precisión, el profesional de enfermería registra los datos subjetivos con las propias palabras del paciente entre comillas. Decir en otras palabras lo que alguien manifiesta aumenta la probabilidad de cambiar el significado original (v. capítulo 15 ∞).

TABLA 11-7 Validación de los datos de la valoración

DIRECTRICES	EJEMPLO
Comparar datos objetivos y subjetivos para verificar las afirmaciones del paciente con sus observaciones. Aclarar cualquier afirmación ambigua o vaga.	Las percepciones del paciente de «sentirse caliente» deben compararse con la medida de la temperatura corporal. <i>Paciente:</i> «Me siento mal a veces sí y a veces no desde hace 6 semanas». <i>Profesional:</i> «Describa cómo es su enfermedad. Dígame qué quiere decir con "a veces sí y a veces no"». <i>Observación:</i> piel seca y reducción de turgencia cutánea. <i>Inferencia:</i> deshidratación.
Asegurarse de que sus datos son coherentes con las pistas y no son inferencias.	<i>Acción:</i> recoger datos adicionales necesarios para hacer una inferencia en la fase de diagnóstico. Por ejemplo, determinar la ingestión de líquidos del paciente, la cantidad y aspecto de la orina y la presión arterial.
Comprobar dos veces los datos que sean muy anormales.	<i>Observación:</i> un pulso en reposo de 30 latidos por minuto o una presión arterial de 210/95. <i>Acción:</i> repetir la medida. Usar otra parte del equipo cuando sea necesario confirmar anomalías, o pedir a alguien más que recoja el mismo dato.
Determinar la presencia de factores que puedan interferir con la medida precisa.	Un lactante que llora tendrá una frecuencia respiratoria anormal y necesitará tranquilizarse antes de poder hacer una valoración precisa.
Usar referencias (libros, revistas, informes de investigaciones) para explicar los fenómenos.	Un profesional de enfermería considera que las zonas purpúricas pequeñas o negro azuladas tumefactas que hay debajo de la lengua de un paciente anciano son anormales hasta que lee sobre los cambios físicos del envejecimiento. Tales varices son comunes.

Puntos de pensamiento crítico

La Sra. T., de 82 años de edad, está en el hospital para una artroplastia de cadera.

1. ¿Cuáles son los temas clave de información que deben obtenerse respecto a sus antecedentes?
2. ¿Qué sistemas fisiológicos son los más importantes para recoger datos antes de la intervención quirúrgica?

3. ¿Qué le diría exactamente para determinar si estará alguien en casa para ayudarlo después del alta?
4. ¿A qué otras fuentes de datos sería adecuado acceder para este caso?

Véanse las respuestas a «Posibilidades de pensamiento crítico» en la página web de recursos del estudiante.

Capítulo 11 Revisión

PUNTOS CLAVE

- El proceso de enfermería es un método sistemático y racional de planificación y proporción de una asistencia de enfermería individualizada a sujetos, familias, comunidades y grupos.
- Los objetivos del proceso de enfermería son identificar el estado de salud y las necesidades asistenciales reales o potenciales del paciente, establecer planes para abordar las necesidades específicas e impartir y evaluar intervenciones específicas de enfermería que cubran esas necesidades.
- El proceso de enfermería se organiza en cinco fases interrelacionadas e interdependientes: valoración, diagnóstico, planificación, aplicación y evaluación.
- El proceso de enfermería puede utilizarse en todos los marcos asistenciales. Es cíclico y dinámico, centrado en el paciente, interpersonal y colaborador, aplicable de forma universal, se centra en la solución de problemas y en la toma de decisiones y requiere pensamiento crítico.
- La valoración consiste en obtener, organizar, validar y registrar los datos.
- El diagnóstico es el análisis de los datos, la identificación de problemas de salud reales o potenciales del paciente y la formulación de enunciados de diagnóstico.
- La planificación implica la definición de prioridades, la formulación de los objetivos/resultados deseados y la selección de intervenciones de enfermería.
- La aplicación consiste en ejecutar las intervenciones de enfermería. Incluye la nueva valoración del paciente, la determinación de la necesidad de ayuda del profesional de enfermería, la supervisión de los cuidados que se deleguen y la documentación de las actividades de enfermería.
- La evaluación es el proceso consistente en comparar datos y resultados para determinar la situación del problema. Incluye la revisión y la modificación del plan de atención.
- La valoración implica la participación activa del paciente y el profesional de enfermería en la obtención de datos objetivos y subjetivos sobre el estado de salud del paciente.
- Los datos subjetivos son las percepciones personales del paciente, a menudo obtenidas durante la anamnesis de enfermería.
- Los datos objetivos (p. ej., los datos observados y recogidos durante la exploración física) son detectables por un observador.
- El paciente es la principal fuente de datos. Las fuentes secundarias son los miembros de su familia u otras personas de apoyo, otros profesionales de la salud, los registros e informes, los análisis de laboratorio y de diagnóstico y la bibliografía especializada relevante.
- Los métodos primarios de recogida de datos son la observación, la entrevista y la exploración.
- La observación es una habilidad deliberada y consciente que utiliza todos los sentidos.
- El profesional de enfermería usa una combinación de entrevistas dirigida y no dirigida (incluidas preguntas cerradas y abiertas) para obtener la anamnesis de enfermería.
- Los modelos de enfermería proporcionan formatos para recoger y organizar los datos del paciente.
- La valoración de enfermería debe ser completa y precisa porque los diagnósticos e intervenciones de enfermería se basan en ella.
- Algunos datos deben validarse. Los datos subjetivos pueden usarse para validar los datos objetivos y viceversa.

COMPRUEBE SUS CONOCIMIENTOS

- ¿Cuál de los siguientes comportamientos es más representativo de la fase de *diagnóstico de enfermería* del proceso de enfermería?
 - Identificar los principales problemas o necesidades.
 - Organizar los datos sobre los antecedentes familiares del paciente.
 - Establecer los objetivos a corto y largo plazo.
 - Administrar un antibiótico.
- ¿Cuál de las siguientes conductas indicaría que el profesional de enfermería estaba utilizando la fase de valoración del proceso de enfermería para proporcionar asistencia de enfermería?
 - Propone hipótesis.
 - Genera resultados deseados.
 - Revisa los resultados de las pruebas de laboratorio.
 - Registra la asistencia.
- ¿Cuál de los siguientes elementos se clasifica mejor como dato subjetivo secundario?
 - El profesional de enfermería comprueba una pérdida de peso de 5 kg desde la última visita.
 - La esposa dice que el paciente ha perdido todo el apetito.
 - El profesional de enfermería palpa un edema en las extremidades inferiores.
 - El paciente dice que siente un dolor intenso al subir las escaleras.
- El profesional de enfermería desea determinar los sentimientos del paciente respecto a un diagnóstico reciente. ¿Con qué pregunta de la entrevista es más probable que obtenga esta información?
 - «¿Qué le dijo el médico sobre su diagnóstico?»
 - «¿Está usted preocupado por cómo el diagnóstico le afectará en el futuro?»
 - «Hábleme de sus reacciones frente al diagnóstico.»
 - «¿Cómo está su familia respondiendo al diagnóstico?»
- El uso de un marco conceptual o teórico para recoger y organizar los datos de la valoración garantiza alguno de los estos aspectos. ¿Cuál?
 - Correlación de los datos con otros miembros del equipo de salud.
 - Demostración de una asistencia rentable.
 - Utilización de la creatividad y la intuición en la génesis del plan de cuidados.
 - Recogida de toda la información necesaria para una valoración completa.
- ¿Cuál de los siguientes es el objetivo de la valoración?
 - Establecer una base de datos de respuestas de los pacientes ante su estado de salud.
 - Identificar los puntos fuertes y los problemas del paciente.
 - Desarrollar un plan de atención individualizado.
 - Aplicar los cuidados, prevenir la enfermedad y promover el bienestar.
- En la actividad de validación de la fase de valoración del proceso de enfermería, ¿cuál de las siguientes tareas es realizada por el profesional de enfermería?
 - Recoge datos subjetivos.
 - Aplica un marco de trabajo para los datos recopilados.
 - Confirma que los datos son completos y exactos.
 - Introduce los datos en el registro del paciente.
- ¿Cuál de las siguientes es una característica importante del proceso de enfermería?
 - El interés en las necesidades del paciente.
 - Su naturaleza estática.
 - El interés en la fisiología y en la enfermedad.
 - Su uso exclusivo por y con los profesionales de enfermería.
- ¿Cuál de los siguientes puntos es verdadero en relación con el uso del método de observación para la recopilación de datos?
 - En la observación, el profesional de enfermería utiliza únicamente el sentido de la vista.
 - La observación se realiza solo cuando no se están realizando a la vez otras intervenciones de enfermería.
 - Los datos deben reunirse según se van produciendo, y no en ningún orden en concreto.
 - Los datos observados deben interpretarse en relación con otras fuentes de datos recopilados.
- ¿Cuál de los siguientes puntos representa una planificación eficaz de la realización de una entrevista? Seleccione todas las respuestas correctas.
 - Mantener la iluminación tenue para no fatigar los ojos del paciente.
 - Garantizar que nadie puede escuchar la conversación.
 - Mantenerse cerca de la cabecera del paciente mientras este se encuentra en la cama o la silla.
 - Mantenerse a unos 60 cm de distancia del paciente durante la entrevista.
 - Utilizar un formulario estándar para asegurarse de que en la entrevista se tratan todos los datos relevantes.

Véanse las respuestas a «Compruebe sus conocimientos» en el apéndice A ∞.

Recursos Pearson para estudiantes de enfermería

Puede encontrar materiales de estudio adicionales en nursing.pearsonhighered.com

Prepárese para triunfar con preguntas prácticas adicionales de estilo NCLEX®, tareas y actividades interactivas, enlaces web, animaciones, vídeos y mucho más.

LECTURAS Y BIBLIOGRAFÍA

LECTURAS RECOMENDADAS

Magnan, M. A., & Makiebust, J. (2009). The nursing process and pressure ulcer prevention: Making the connection. *Advances in Skin and Wound Care*, 22, 83–92. doi:10.1097/01.ASW.0000345279.13156.D0
En este artículo, los autores proponen una serie de formas de que el profesional de enfermería mantenga la integridad del proceso de enfermería, mientras procede a la prevención de las úlceras por decúbito y a la intervención terapéutica de las mismas. La pregunta que se plantea es: ¿cómo pueden las fases del proceso de enfermería mantenerse interrelacionadas entre sí cuando existen intervalos de tiempo entre cada una de ellas?

INVESTIGACIÓN RELACIONADA

Greenberg, M. E. (2009). A comprehensive model of the process of telephone nursing. *Journal of Advanced Nursing*, 65, 2621–2629. doi:10.1111/j.1365-2648.2009.05132.x

BIBLIOGRAFÍA

American Nurses Association. (1973). *Standards of nursing practice*. Kansas City, MO: Author.
American Nurses Association. (2010). *Nursing: Scope and standards of nursing practice* (2nd ed.). Silver Spring, MD: Author.
D'Amico, D., & Barbarito, C. (2007). *Health & physical assessment in nursing*. Upper Saddle River, NJ: Pearson Prentice Hall.
Gordon, M. (2010). *Manual of nursing diagnosis* (12th ed.). Boston, MA: Jones & Bartlett.

Hall, L. (1955, June). Quality of nursing care. *Public Health News*. Newark, NJ: State Department of Health.
Johnson, D. E. (1959). A philosophy of nursing. *Nursing Outlook*, 7, 198–200.
The Joint Commission. (2008). *2009 Comprehensive accreditation manual for hospitals: The official handbook*. Chicago, IL: Author.
Orem, D. E. (2001). *Nursing: Concepts of practice* (6th ed.). St. Louis, MO: Mosby.
Orlando, I. (1981). *The dynamic nurse-patient relationship*. New York, NY: Putnam.
Roy, C. (2008). *The Roy adaptation model* (3rd ed.). Upper Saddle River, NJ: Prentice Hall.
Wiedenbach, E. (1963). The helping art of nursing. *American Journal of Nursing*, 63(11), 54–57. doi:10.2307/3453018
Wilkinson, J. M. (2007). *Nursing process and critical thinking* (4th ed.). Upper Saddle River, NJ: Prentice Hall.
Williams, C. L. (2008). *Therapeutic interaction in nursing* (2nd ed.). Boston, MA: Jones & Bartlett.

BIBLIOGRAFÍA SELECCIONADA

Alfaro-LeFevre, R. A. (2008). *Critical thinking and clinical judgment: A practical approach to outcome-focused thinking* (4th ed.). St. Louis, MO: Elsevier.
Alfaro-LeFevre, R. A. (2010). *Applying the nursing process: Promoting collaborative care* (7th ed.). Philadelphia, PA: Lippincott Williams & Wilkins.
Armstrong, J., & Mitchell, E. (2008). Comprehensive nursing assessment in the care of older people. *Nursing Older People*, 20(1), 36–40.
Broom, M. (2007). Exploring the assessment process. *Paediatric Nursing*, 19(4), 22–25.

Chabell, M. (2007). Facilitating critical thinking within the nursing process framework: A literature review. *Health SA Gesondheid*, 12(4), 69–89.
Craig, L. H. (2007). A guide to taking a patient's history. *Nursing Standard*, 22(13), 42–48.
Funkesson, K., Anbäck, E., & Ek, A. (2007). Nurses' reasoning process during care planning taking pressure ulcer prevention as an example. A think-aloud study. *International Journal of Nursing Studies*, 44, 1109–1119. doi:10.1016/j.ijnurstu.2006.04.016
Gbobbo, J. (2008, May). Strategies for promoting client's adaptation to renal failure based on nursing process. *West African Journal of Nursing*, 19(1), 55–61.
Huizenga, J. (n.d.). *White paper: Patient safety and language barriers—Strategies for an accurate and timely diagnosis*. Monterey, CA: Language Line Services. Retrieved from <http://www.language-line.com/baee/bimedical>
Mannon, E. (2007). The development of the nursing process and the care plan. *Irish Nurse*, 8(7), 28–30.
Potter, P., & Frisch, N. (2007). Holistic assessment and care: Presence in the process. *Nursing Clinics of North America*, 42, 213–229. doi:10.1016/j.cnur.2007.03.005
Qureshi, N., Wilson, B., Santaguida, P., Little, J., Carroll, J., Allanson, J., & Raina, P. (2009). NIH State-of-the-Science Conference: *Family history and improving health* (Evidence Report/Technology Assessment No. 186. AHRQ Publication No. 09-E016). Rockville, MD: Agency for Healthcare Research and Quality.
Stewart, C. J., & Cash, Jr., W. B. (2008). *Interviewing principles and practices* (12th ed.). New York, NY: McGraw-Hill.

www.medilibros.com