



**E.C. Salud Málaga  
Departamento Enfermería**

**S.E.M.E.S.  
VI JORNADAS SALAMANCA**

**Comunicación presentada por  
Antonio Benítez Leiva  
Enfermero C.H. Carlos Haya  
Málaga - Urgencias P.B.  
Prof. Asociado Clínico  
Departamento Enfermería  
E.C.S. U.M.A.**

**Salamanca 8 marzo de 2001**

**VALORACIÓN, ACTUACIÓN Y ELABORACIÓN DE UN PLAN DE  
CUIDADOS DE ENFERMERÍA ANTE UNA URGENCIA O EMERGENCIA.**

Ante una urgencia o emergencia actuaremos de acuerdo con:

- 1.- DIAGNOSTICO MEDICO O MOTIVO DE LA CONSULTA.
- 2.- ACTIVIDADES O TECNICAS A REALIZAR PARA MANTENER LA SEGURIDAD DEL PACIENTE Y EVITAR SECUELAS
- 3.- APLICACIÓN DEL TRATAMIENTO PRESCRITO
- 4.- VALORACIÓN DEL PACIENTE E HISTORIA CLINICA.
- 5.- VALORACIÓN ENFERMERA 14 NECESIDADES HENDERSON,
- 6.- DETECCIÓN PROBLEMAS DE SALUD
  - PROBLEMA DE COLABORACIÓN (P.C.)  
(Real o Potencial)
  - PROBLEMA DE AUTONOMIA (P.A.)
  - PROBLEMA DE INDEPENDENCIA (P.I.)  
(Real o Potencial )

7.- PLAN DE CUIDADOS CON EL OBJETIVO DE RESOLVER CADA PROBLEMA DETECTADO

8.- EVALUACIÓN DEL PLAN DE CUIDADOS BASADO EN EL CUMPLIMIENTO DE LOS OBJETIVOS

### 1.- DIAGNOSTICO MEDICO O MOTIVO DE LA CONSULTA.

Nuestro objeto de cuidado es el paciente integral, pero en caso de urgencia o emergencia, nos centraremos en el *diagnostico medico principal y/o motivo de la urgencia o emergencia*. Esta será nuestra prioridad, y en resolver, mantener y cuidar el “*problema principal*” concentraremos todos nuestros esfuerzos.

Entenderemos que nos podemos enfrentar a un paciente que:

- Que está diagnosticado por el medico
- Que no está diagnosticado aún por el medico.
- Que simultáneamente está siendo valorado por el medico y por la enfermera, (caso de los servicios de emergencias: 061, Bomberos, etc.).

Nuestro esquema de atención y plan de cuidados debe ir dirigido a *solucionar el diagnostico principal o motivo de la urgencia*, de esta manera entenderemos que es muy diferente el abordaje a un paciente que presente un IAM de otro que presente un TCE.

### 2.- ACTIVIDADES O TECNICAS A REALIZAR PARA MANTENER LA SEGURIDAD DEL PACIENTE Y EVITAR SECUELAS

El siguiente paso será *realizar todas las técnicas y cuidados iniciales para mantener la seguridad del paciente y/o evitar lesiones o secuelas*. Estas técnicas o actuaciones deben ser realizadas mediante los *estándares y protocolos de actuación enfermera urgente en cada caso*.

- Ejemplos:
- Toma de Constantes vitales
  - Taponamientos de heridas o Inmovilización de fracturas.
  - Plan de actuación ante un P.C.R.
  - Canalización de 2 vías periféricas ante un Politraumatismo.

### 3.- APLICACIÓN DEL TRATAMIENTO PRESCRITO

Iniciaremos el tratamiento siguiendo las *prescripciones medicas y atendiendo las vías adecuadas de administración*. Vigilando la evolución del paciente y el resultado de los fármacos utilizados.

### 4.- VALORACIÓN DEL PACIENTE E HISTORIA CLINICA.

Cuando valoramos una urgencia o emergencia, inicialmente tendremos en cuenta la PRIMERA IMPRESIÓN y analizaremos todo el cúmulo de información que nos llega, basándonos en los conocimientos y experiencia propio de la enfermera ( de cada uno de nosotros ), que nos permita hacer confiadamente varias valoraciones primaria y secundaria de urgencia.

La valoración la haremos como a cualquier otro paciente, con las técnicas de valoración que habitualmente nos sean más comunes utilizando la anamnesis, palpación, auscultación, observación etc.

Atenderemos las alteraciones observadas en orden a *priorizar* aquellas que por su importancia puedan provocar una alteración grave o lesión temporal o permanente en el paciente. Anotaremos en el documento clínico que dispongamos, *fundamentalmente los datos relevantes observados*.

A continuación utilizaremos **la historia clínica del paciente**, ( si existe) y la **LEEREMOS** completamente: desde los datos de filiación hasta la ultima prueba complementaria (siempre que tengamos la historia clínica elaborada), caso de no tener disponible la historia, tendremos que utilizar los datos que hemos analizado en nuestra valoración.

### 5.- VALORACIÓN ENFERMERA 14 NECESIDADES HENDERSON

Utilizamos el modelo de V. Henderson, Aplicado a la practica según María Teresa Luis, por ser el mas utilizado como modelo asistencial en los centros asistenciales y docentes.

Para iniciar la valoración por necesidades, lo primeros que tendremos que hacer es organizar y agrupar todos los *datos relevantes del pacientes*, identificándolos como **MANIFESTACIONES DE DEPENDENCIA Y/O INDEPENDENCIA** y agrupándolo según las “14 Necesidades de Henderson”

**1.- Respirar normalmente. ( Respiración - Circulación)**

Manifestaciones de Dependencia:

Manifestaciones de Independencia:

Datos a considerar:

**2.- Comer y beber adecuadamente (Alimentación)**

Manifestaciones de Dependencia:

Manifestaciones de Independencia:

Datos a considerar:

**3.- Eliminar por todas las vías corporales ( Eliminación )**

Manifestaciones de Dependencia:

Manifestaciones de Independencia:

Datos a considerar:

**4.- Moverse y mantener posturas adecuadas ( Movimiento )**

Manifestaciones de Dependencia:

Manifestaciones de Independencia:

Datos a considerar:

**5.- Dormir y descansar ( Reposo – Sueño )**

Manifestaciones de Dependencia:

Manifestaciones de Independencia:

Datos a considerar:

**6.- Escoger la ropa adecuada. ( Vestirse y desvestirse )**

Manifestaciones de Dependencia:

Manifestaciones de Independencia:

Datos a considerar:

**7- Mantener la temperatura corporal, adecuando la ropa y/o el ambiente.  
(Temperatura)**

Manifestaciones de Dependencia:

Manifestaciones de Independencia:

Datos a considerar:

**8.- Mantener la higiene ( Higiene)**

Manifestaciones de Dependencia:

Manifestaciones de Independencia:

Datos a considerar:

**9.- Seguridad personal o entorno ( Seguridad )**

Manifestaciones de Dependencia:

Manifestaciones de Independencia:

Datos a considerar:

**10.- Comunicarse: emociones, temores, opiniones ( Comunicación )**

Manifestaciones de Dependencia:

Manifestaciones de Independencia:

Datos a considerar:

**11.- Creencias y valores: Practicar alguna religión. ( Religión )**

Manifestaciones de Dependencia:

Manifestaciones de Independencia:

Datos a considerar:

**12.- Realizarse: ocuparse de algo útil ( Realización )**

Manifestaciones de Dependencia:

Manifestaciones de Independencia:

Datos a considerar:

**13.- Ocio: participar en actividades recreativas. (Recreo - Diversión )**

Manifestaciones de Dependencia:

Manifestaciones de Independencia:

Datos a considerar:

**14.- Conocimiento: adquirir conocimientos de salud ( Conocimiento )**

Manifestaciones de Dependencia:

Manifestaciones de Independencia:

Datos a considerar:

Agrupados todos los datos, determinaremos los **PROBLEMAS DE SALUD** como:

**6.- DETECCIÓN DE PROBLEMAS DE SALUD.**

**PROBLEMAS DE COLABORACIÓN (P.C.)**

Pueden ser Reales: ... **Problema de Colaboración (P.C.)** o de riesgo: **Complicación Potencial o (C.P.)**

Los problemas de Colaboración son aquellos problemas de salud susceptibles de ser tratados “en colaboración” con otros profesionales, principalmente el médico.

La solución y el control de estos problemas son responsabilidad del medico (u otros profesionales no enfermeros).

Se utiliza terminología médica para su enunciado.

Siempre tienen relación con el diagnostico y el tratamiento medico.

La dirección del problema la tiene el medico (u otro profesional).

La enfermera actúa colaborando con “*sus actividades propias*” en la solución de estos problemas.

***PROBLEMAS DE ENFERMERÍA O DIAGNOSTICOS DE ENFERMERÍA***

Son los Problemas Reales o de riesgo que requieren un *abordaje independiente* por parte de la enfermera. Son los denominados ***DIAGNOSTICOS ENFERMEROS***.

<b>FORMULACIÓN DE LOS PROBLEMAS</b>	
<i>Rol de colaboración</i>	<i>Rol Enfermería</i>
↓	↓
MODELO MEDICO	MODELO ENFERMERO
↓	↓
PROBLEMA COLABORACIÓN	DIAGNOSTICOS ENFERMEROS
↓	↓
Terminología médica	Taxonomía NANDA

## DESCRIPCIÓN DE LOS PROBLEMAS

### **PROBLEMAS DE COLABORACIÓN**

Puede ser un PROBLEMA REAL (Pc.): Aquel que es detectado en el paciente. El que padece en la actualidad.

Ej: “Dolor torácico”

Puede ser un PROBLEMA POTENCIAL o de Riesgo (Cp.): El que puede o no llegar a producirse en el paciente. El problema aún no existe, podemos hablar de “complicación potencial” y añadir la frase “secundario a...”

Ejemplo: C.P: “Hemorragia 2ª a Tratamiento con fibrinolítico.”

### **PROBLEMAS DE ENFERMERÍA ( Diagnostico de Enfermería).**

<b>DIAGNOSTICOS DE ENFERMERÍA</b>	
Autonomía ( Suplir )	Independencia (Completar )
<b>Problema de Autonomía</b>	<b>Problema de Independencia</b>
(Nomenclatura propia)	<i>Reales Riesgo Salud</i>
	(Nomenclatura NANDA)

### **Diagnostico de enfermería: PROBLEMAS DE INDEPENDENCIA:**

Es una respuesta real o potencial de la persona ante una situación de vida que resulta inapropiada o apropiada pero mejorable.

Real: Etiqueta diagnostica R/C factores causales M/P características definitorias (F, V, C.) Area de dependencia.

Ejemplo: Intolerancia a la actividad r/c desequilibrio entre aportes y demandas de oxigeno m/p disnea al realizar las actividades cotidianas (C,Ff.)

Problema de riesgo: Etiqueta diagnóstica R/C factor de riesgo (F,V,C.)  
Área de dependencia

Ejemplo: Riesgo de cansancio en el desempeño del papel de cuidador r/c satisfacción inadecuada de las necesidades de reposo y ocio del cuidador (V).

### **Diagnóstico de enfermería: PROBLEMAS DE AUTONOMIA:**

El PROBLEMA DE AUTONOMIA es aquella respuesta que el paciente sabe, conoce pero “NO PUEDE” realizar adecuadamente por estar limitado (el paciente por su patología) temporalmente (En el Tiempo). Es independiente pero no puede satisfacer sus necesidades básicas. “NO EXISTE POTENCIAL DE DESARROLLO”

La única actuación de la enfermera es “SUPLIR” aquella necesidad que no está satisfactoriamente cubierta:

- Alimentación
- Eliminación
- Movilización
- Vestido y Arreglo personal
- Mantenimiento de la Temperatura corporal
- Higiene y cuidado de la piel, mucosas etc.
- Mantenimiento de la Seguridad del entorno.

Necesidad a suplir (suplencia total o parcial)

### **Diagnóstico de Enfermería de Salud:**

Se enuncia con:

Etiqueta diagnóstica + área de dependencia

Ejemplo: Potencial de mejora de la nutrición (conocimiento)



## **7.- PLAN DE CUIDADOS CON EL OBJETIVO DE RESOLVER CADA PROBLEMA DETECTADO**

### ***FIJACIÓN DE PRIORIDADES***

En urgencias, es necesario identificar los problemas que deben abordarse en primer lugar y cuales pueden o deben esperar.

### **PLAN DE CUIDADOS**

El plan de cuidados debe ir dirigido a *conseguir los objetivos* necesarios para dar respuesta a todos y cada uno de los problemas detectados.

Ejemplos:

1.- P.C: Fiebre

Plan de Cuidados: Control de Temperatura corporal cada 4-6 horas.

---

2.- D.E: Temor r/c riesgo de muerte m/p el propio paciente (Fp)

Plan de Cuidados:

Objetivo: El paciente manifestará verbalmente la pérdida de temor.

Actividades: Informar adecuadamente al paciente de los medios terapéuticos, tratamiento, sistemas de vigilancia, control y seguridad que estamos aplicando para su IAM.

Evaluación: 14 h. El paciente manifiesta que esta más tranquilo y que se siente mas seguro porque el tratamiento le esta sentando muy bien y ya no tiene dolor ni sensación de muerte.

---

3.- P.A. Alteración de la eliminación r/c estancia en cama. (Suplencia parcial)

Plan de cuidados: Informar al paciente de que puede hacer sus necesidades en cama y Proporcionar cuña y/o botella según lo solicite.

---

## **8.- EVALUACIÓN DEL PLAN DE CUIDADOS SOBRE LA BASE DEL CUMPLIMIENTO DE LOS OBJETIVOS.**

No debemos descuidar la evaluación de los cuidados prestados, la evaluación debe programarse en el tiempo, debe ser continuada, según la gravedad, o prioridad del problema y debe actualizar y/o modificar nuestro plan de actuación: objetivos y/o actividades hasta que el problema se resuelva o esté controlado.

**Antonio Benítez Leiva.**

**Salamanca**

8 de marzo de 2.002