

RAMOS SÁNCHEZ, M.E.¹; DOMÍNGUEZ DOMÍNGUEZ, S.²; GARCÍA DOMÍNGUEZ, Y.³; DE LA CORTE SÁNCHEZ, M.⁴

¹ Enfermera Consulta de Urología. Hospital de Riotinto. ² Enfermero Gestor de Casos. Distrito Sierra de Huelva.

³ Enfermera Distrito Sierra de Huelva – Andévalo Central. ⁴ TCAE. Consulta de Urología. Hospital de Riotinto

Proceso enfermero en la consulta de Urología: un reto para enfermería traducido en mayor nivel de calidad en los cuidados al paciente

INTRODUCCIÓN

El objetivo del SSPA es ofrecer una atención integral, continuada y centrada en la persona. Apuesta por elementos que favorecen la **continuidad de cuidados: reorientación de los servicios enfermeros** (asignación de enfermera referente a cada paciente e introducción del proceso enfermero como metodología de trabajo con la incorporación de un lenguaje normalizado), **la gestión por procesos** (en la implantación de procesos asistenciales, la enfermera tiene un papel autónomo con la implantación local de Planes de Cuidados de Enfermería Estandarizados) y **el informe de continuidad de cuidados de enfermería**, cuyos objetivos son: garantizar la continuidad de cuidados, coordinar distintos servicios y niveles de asistencia intercambiando información con los distintos profesionales que atenderán al paciente, e informar y orientar al paciente y/o familia. Con la continuidad de cuidados se evita la fragmentación de los cuidados y la variabilidad en la práctica clínica, mejora la seguridad del paciente y su familia, mejora la eficiencia de los servicios sanitarios y fomenta el autocuidado en el domicilio.

Hablábamos de una reorientación de los servicios enfermeros con la introducción del proceso enfermero como metodología de trabajo; pero, ¿a qué nos referimos cuando hablamos de proceso enfermero? Alfaro lo define como «el conjunto de acciones intencionadas que la enfermera realiza con el fin de asegurar que una persona o grupo de personas necesitadas de cuidados reciban el mejor cuidado posible de los profesionales de la enfermería». Es un método sistemático de brindar cuidados humanistas eficientes centrados en el logro de resultados esperados.

Y la legislación vigente también nos reconoce nuestra autonomía en los cuidados: según la LOPS (44/2003, 21 nov.) enfermería es responsable de los cuidados enfermeros y tiene obligación de reflejar el trabajo de forma escrita y unificar criterios según la evidencia científica, así como la realización de protocolos.

Por todo lo anteriormente mencionado, creemos justificado y necesario la utilización de planes de cuidados para prestar unos cuidados enfermeros de más calidad a nuestros pacientes.

OBJETIVOS

- La creación de un Plan de Cuidados Estandarizado (PCE) para prestar una atención de calidad.
- La utilización de la metodología enfermera como herramienta fundamental en la comunicación enfermera-paciente y enfermera-enfermera.

MATERIAL Y MÉTODOS

Para que nuestro trabajo sea operativo, hemos optado por la creación de un PCE. Éste se define como la «Determinación por escrito y de forma organizada de los cuidados que la enfermera va a efectuar en una persona con una patología determinada y un curso clínico predecible».

En nuestro entorno asistencial utilizamos los once patrones funcionales de M. Gorgon como manera de organizar los datos en la valoración; y para el proceso enfermero empleamos el modelo de **Virginia Henderson**, que diferencia la actuación enfermera según se trate de **problemas de colaboración, problemas de autonomía y diagnósticos enfermeros** (estos dos últimos están enmarcados dentro del rol independiente de la actuación enfermera) (*Ver Anexo 1*).

Como lenguaje común estándar utilizamos la taxonomía NANDA-NIC-NOC, para la formulación de diagnósticos, resultados e intervenciones enfermeras.

RESULTADOS

Elaboramos un PCE (*Anexo 2*) para ser aplicado a los pacientes atendidos en nuestra consulta que son sometidos a CMA (circuncisión, drenajes de abscesos, colocación de implante periuretral) y pruebas invasivas (estudio urodinámico, biopsia de próstata, cistoscopia, retirada de doble J...). El plan de cuidados estará abierto para adaptarlo a cada paciente.

Dicho plan consta de los siguientes puntos:

Valoración focalizada

Utilizando los once patrones funcionales de Gordon: es la primera fase del proceso enfermero, indispensable para detectar los problemas que pueda tener el paciente.

1. Percepción-control de la salud.

2. Nutricional-metabólico.
3. Eliminación.
4. Ejercicio-actividad.
5. Sueño-descanso.
6. Cognitivo-perceptivo.
7. Autopercepción.
8. Rol de relaciones.
9. Sexualidad-reproducción.
10. Afrontamiento-tolerancia al estrés.
11. Valores-creencias.

Problemas de autonomía, de colaboración y diagnósticos enfermeros

Reflejaremos los problemas que con más frecuencia puedan darse en los pacientes que tratamos en nuestra consulta, y dejaremos espacio para poder cumplimentar otros problemas diferentes que detectemos.

Problemas de autonomía más probables que podamos detectar

Reflejan una falta total o parcial de la capacidad física o intelectual de la persona para llevar a cabo por sí misma las acciones apropiadas que satisfacen sus necesidades básicas. De ser detectado algún problema de este tipo procederemos a ayudarlo en los casos que lo requiera con los autocuidados durante su estancia en nuestra consulta y si no dispone de cuidador capacitado será reflejado en el informe de enfermería al alta para que pueda ser abordado desde atención primaria.

- Suplencia para el baño e higiene.
- Suplencia para vestido/acicalamiento.
- Suplencia para el wc/orinal.
- Suplencia para la movilización.

Problemas de colaboración más probables

Problemas de salud reales o potenciales en los que el usuario requiere que la enfermera realice por él las actividades de tratamiento y control prescritas por otro profesional, que él no puede realizarse a sí mismo.

- Suministro de servicios de asistencia.
- Riesgo de infección secundario a técnicas invasivas.
- Dolor secundario a la intervención.
- Riesgo de hemorragia relacionado con la intervención.

Diagnósticos de enfermería más probables

Utilizaremos para su formulación la NANDA, que define el diagnóstico enfermero como: «Juicio clínico sobre la respuesta de una persona, familia o comunidad a procesos vitales o problemas de salud reales o potenciales, susceptibles de ser tratados con intervenciones enfermeras para lograr objetivos de responsabilidad enfermera». NANDA 1994.

- 00146. Ansiedad r/c y m/p.
- 00148. Temor r/c y m/p.
- 00126. Conocimientos deficientes R/C Falta de exposición, MP Verbalización del problema.

Intervenciones de enfermería más frecuentes (NIC)

Definidas como todo tratamiento basado en el conocimiento y juicio clínico que realiza un profesional de enfermería para favorecer el resultado esperado del paciente.

Problemas de autonomía e intervenciones a realizar (NIC)

Problemas autonomía	Intervenciones
Suplencia para el baño e higiene	1801. Ayuda con los autocuidados: baño/higiene

Suplencia para vestido/acicalamiento

Suplencia para el wc/orinal

Suplencia para la movilización

1802. Ayuda con los autocuidados: vestir/arreglo personal

1804. Ayuda con los autocuidados: aseo

1806. Ayuda con los autocuidados: transferencias

Problemas de colaboración, intervenciones y actividades a realizar (NIC)

Prob. colaboración
Suministro de servicios de asistencia

Intervenciones y actividades

7920. Documentación

- Registrar las valoraciones, diagnósticos de enfermería, intervenciones y los resultados de los cuidados proporcionados.
- Cumplir los estándares de la práctica para la documentación en el centro.

7710. Colaboración con el médico

- Establecer una relación de trabajo profesional con el médico.
- Informar de los cambios en el estado del paciente, si procede.
- Ayudar al paciente a expresar sus inquietudes al médico.

Dolor secundario a la intervención

1400. Manejo del dolor

- Proporcionar información acerca del dolor, tales como causas del dolor, tiempo que durará y las incomodidades que se esperan debido a los procedimientos.
- Disminuir o eliminar los factores que precipiten o aumenten la experiencia del dolor (miedo, fatiga, monotonía y falta de conocimientos).

2210. Administración de analgésicos

- Comprobar el historial de alergias a medicamentos.
- Colaborar con el médico si se indican fármacos, dosis, vía de administración o cambios de intervalo con recomendaciones específicas en función de los principios de la analgesia.
- Enseñar el uso de analgésicos, estrategias para disminuir los efectos secundarios y expectativas de implicación en las decisiones sobre el alivio del dolor.

Riesgo de hemorragia relacionado con la intervención

4010. Precauciones con hemorragias

- Ordenar al paciente que evite tomar ácido acetilsalicílico u otros anticoagulantes.
- Instruir al paciente y/o a la fami-

Riesgo de infección secundario a técnicas invasivas

lia acerca de los signos de hemorragia y sobre las acciones apropiadas (avisar al cuidador) si se produjeran hemorragias.

- 6550.** Protección contra las infecciones
- Enseñar al paciente a tomar los antibióticos tal como se le han prescrito.
 - Enseñar al paciente y a la familia a evitar infecciones.
 - Fomentar la ingesta de líquidos si procede.
- 1876.** Cuidados del catéter urinario
- Mantener un sistema de drenaje urinario cerrado.
 - Mantener la permeabilidad del sistema de catéter urinario.
 - Limpiar la zona dérmica genital a intervalos regulares.
 - Cambiar el sistema de drenaje urinario a intervalos regulares.
 - Limpiar el catéter urinario por fuera en el meato.
 - Colocar al paciente y el sistema de drenaje urinario en la posición debida para favorecer el drenaje urinario.
- 2440.** Mantenimiento de dispositivo de acceso venoso
- Determinar tipo de catéter venoso a colocar.
 - Mantener técnica aséptica siempre que se manipule el catéter venoso.
 - Mantener las precauciones universales.
- 2300.** Administración de medicación
- Seguir los cinco principios de la administración de medicación.
 - Observar la fecha de caducidad en el envase del fármaco.
 - Tomar nota de las alergias del paciente antes de la administración de cada fármaco.
- 3440.** Cuidados del sitio de incisión
- Instruir al paciente acerca de la forma de cuidar la incisión durante el baño o la ducha.
 - Enseñar al paciente a minimizar la tensión en el sitio de la incisión.
 - Enseñar al paciente y/o a la familia a cuidar la incisión, incluyendo signos y síntomas de infección.

Diagnósticos de enfermería, criterios de resultados (NOC)*, intervenciones y actividades a realizar (NIC)

Diagnóstico enfermero: **00146** Ansiedad R/C M/P
NOC

R140217 Controla la respuesta de ansiedad

NIC
5820. Disminución de la ansiedad

- Utilizar un enfoque sereno que dé seguridad.
- Explicar todos los procedimientos, incluyendo las posibles sensaciones que se han de experimentar durante el procedimiento.
- Permanecer con el paciente para promover la seguridad y reducir el miedo.
- Instruir al paciente sobre el uso de técnicas de relajación.
- Escuchar con atención.

140204 Busca información para reducir la ansiedad

Diagnóstico enfermero: **00148** Temor R/C M/P
NOC

140403 Busca información para reducir el miedo

NIC
5380. Potenciación de la seguridad

- Disponer un ambiente no amenazador.
- Permanecer con el paciente para fomentar su seguridad durante los periodos de ansiedad.
- Escuchar los miedos del paciente/familia.
- Explicar al paciente/familia todas las pruebas y procedimientos.

140412 Mantiene la concentración

140407 Utiliza técnicas de relajación para reducir el miedo

5340. Presencia.

- Escuchar las preocupaciones del paciente.
- Mostrar una actitud de aceptación.
- Permanecer con el paciente para fomentar seguridad y disminuir miedos.

Diagnóstico enfermero: **00126** Conocimientos deficientes
 R/C Falta de exposición
 MP Verbalización del problema
NIC

NOC

181402 Explicación del propósito del procedimiento

181403 Descripción de los pasos del procedimiento

181410 Descripción de los posibles efectos indeseables

160901 Cumple las precauciones recomendadas

5606. Enseñanza individual

- Determinar las necesidades de enseñanza del paciente.
- Instruir al paciente cuando corresponda.

5618. Enseñanza: procedimiento/tratamiento

- Informar al paciente/ser querido acerca de la duración esperada del procedimiento/tratamiento.

- Explicar el propósito del procedimiento/tratamiento.

- Explicar el procedimiento.
- Enseñar al paciente cómo cooperar/participar durante el procedimiento, si procede.

- Explicar la necesidad de ciertos equipos (dispositivos de monitorización) y sus funciones.

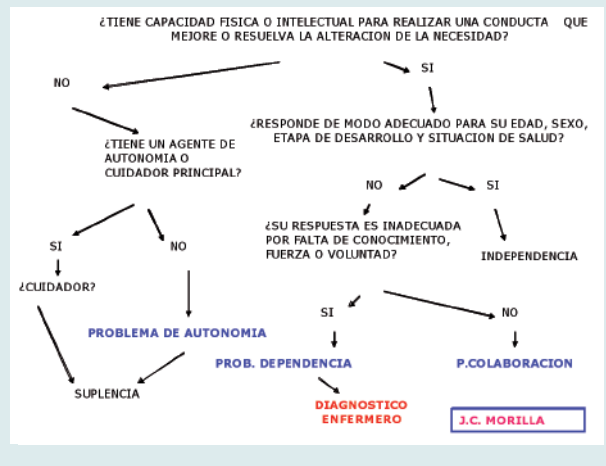
- Informar al paciente sobre la forma en que puede ayudar en la recuperación.

- Dar tiempo al paciente para que haga preguntas y discuta sus inquietudes.

- Incluir a la familia/ser querido, si resulta oportuno.

* Se definen los criterios de resultados (NOC) como los resultados que describen el estado de un paciente en un determinado momento a través de indicadores específicos que se pueden medir, pudiendo indicar deterioro o mejoría en comparación con otra anterior. Para la medición se emplea una escala tipo Likert.

El siguiente esquema expresa bastante bien la clasificación de los distintos tipos de problemas para su posterior abordaje según el modelo de Henderson:



EVALUACIÓN

Al final de la consulta evaluaremos los resultados obtenidos según los criterios de resultados seleccionados, y los problemas pendientes de resolución serán reflejados en el Informe de Continuidad de Cuidados con el que aseguramos la continuidad de cuidados y le servirá al paciente y/o familia como información y orientación.

CONCLUSIONES Y DISCUSIÓN

Hemos elaborado un PCE que como cualquier plan estandarizado conlleva una serie de ventajas bastante importantes: no necesita escribir las rutinas, orienta al personal nuevo en el servicio, orienta sobre lo realmente necesario registrar; aporta los criterios para un plan que asegure la calidad y permite utilizar el tiempo en el enfermo y no en registrar.

Pero, igualmente, también tiene inconvenientes: pueden sustituir a las actuaciones individualizadas necesari...

ELABORAMOS UN PCE (ANEXO 2) PARA SER APLICADO A LOS PACIENTES ATENDIDOS EN NUESTRA CONSULTA QUE SON SOMETIDOS A CMA (CIRCUNCISIÓN, DRENAJES DE ABSCESOS, COLOCACIÓN DE IMPLANTE PERIURETRAL) Y PRUEBAS INVASIVAS (ESTUDIO URODINÁMICO, BIOPSIA DE PRÓSTATA, CISTOSCOPIA, RETIRADA DE DOBLE J...). EL PLAN DE CUIDADOS ESTARÁ ABIERTO PARA ADAPTARLO A CADA PACIENTE

rias y hacer que las enfermeras se centren en los problemas previsible en lugar de los añadidos. Tenemos pues que considerarlos como una guía que nos permite individualizar y planificar los cuidados del paciente sin obviar ningún área de importancia, prestando así unos cuidados integrales.

Conseguiremos prestar unos cuidados de más calidad al paciente, quedando todas nuestras actuaciones registradas y el paciente se marchará con un Informe de Continuidad de Cuidados, asegurando así la continuidad de cuidados y que además le servirá al paciente y/o familia como información y orientación. ▼

Anexo 2: PLAN DE CUIDADOS ESTANDARIZADO en la consulta de Urología

VALORACIÓN DE ENFERMERÍA																					
PATRON 1. PERCEPCIÓN - CONTROL DE LA SALUD																					
Acepta su estado de salud <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO Participa en aspectos relacionados con su enfermedad <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO Conoce sus enfermedades <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO Identifica su medicación <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO ESTADO DE SALUD <input type="checkbox"/> Muy bueno <input type="checkbox"/> Bien <input type="checkbox"/> Regular <input type="checkbox"/> Mal <input type="checkbox"/> Muy Mal																					
ALERGIAS <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> SI	MEDICACIÓN <input type="checkbox"/> Sin tratamiento <input type="checkbox"/> Con tratamiento <input type="checkbox"/> Automedicación <input type="checkbox"/> Con tratamiento, pero no lo realiza bien																				
PATRON 2. NUTRICIONAL-METABOLICO																					
Alteraciones en el peso <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO Deshidratadas <input type="checkbox"/> No Piel y mucosas <input type="checkbox"/> Hidratadas <input type="checkbox"/> Deshidratadas <input type="checkbox"/> Heridas: Tipo: _____ Localización: _____																					
PATRON 3. ELIMINACIÓN																					
ELIMINACIÓN URINARIA Características: <input type="checkbox"/> Nicturia <input type="checkbox"/> Dolor <input type="checkbox"/> Escozor <input type="checkbox"/> Chorro discontinuo <input type="checkbox"/> Hematuria <input type="checkbox"/> Otros _____ Globo vesical <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO Incontinencia <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> Urgencia <input type="checkbox"/> Esfuerzo <input type="checkbox"/> Funcional <input type="checkbox"/> Refleja <input type="checkbox"/> Total Usa dispositivos <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO Cual: _____ Necesita ayuda <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO Tipo de ayuda: _____																					
PATRON 4. ACTIVIDAD/EJERCICIO																					
Actividad habitual _____ Deambula <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO Necesita ayuda <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO Limitación de algún movimiento _____ La limitación es de nueva aparición <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO Índice Barthel: <input type="checkbox"/> Total <input type="checkbox"/> Severa <input type="checkbox"/> Moderada <input type="checkbox"/> Escasa <input type="checkbox"/> Independiente																					
PATRON 5. SUEÑO/DESCANSO																					
Alterado <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO Medicación _____																					
PATRON 6. COGNITIVO/PERCEPTIVO																					
<input type="checkbox"/> Consciente <input type="checkbox"/> Somnoliento/Obnubilado <input type="checkbox"/> Comatoso Espacial <input type="checkbox"/> Vértigos/Mareos <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO Temporal <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Orientado <input type="checkbox"/> Confuso <input type="checkbox"/> Agitado <input type="checkbox"/> Con alucinaciones <input type="checkbox"/> Desorientado Personas <input type="checkbox"/>																					
PROBLEMAS SENSORIALES <input type="checkbox"/> Visual <input type="checkbox"/> Auditivo Tipo de ayuda _____ Conciencias que tiene de su enfermedad <input type="checkbox"/> Correcto <input type="checkbox"/> Insuficientes <input type="checkbox"/> Incorrecto Descripción que hace de su problema de salud _____ Sabe leer/escribir <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO																					
DOLOR: Tiene dolor <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO Localización: _____ Tipo: <input type="checkbox"/> Cólico <input type="checkbox"/> Punzante <input type="checkbox"/> Crónico <input type="checkbox"/> Agudo Intensidad <table border="1" style="display:inline-table; vertical-align: middle;"> <tr> <td>1</td><td>2</td><td>3</td><td>4</td><td>5</td><td>6</td><td>7</td><td>8</td><td>9</td><td>10</td> </tr> <tr> <td>Leve</td><td>Moderado</td><td>Fuerte</td><td>Muy fuerte</td><td colspan="6"></td> </tr> </table> Test de Pfeiffer _____		1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	Leve	Moderado	Fuerte	Muy fuerte						
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10												
Leve	Moderado	Fuerte	Muy fuerte																		
PATRON 7. AUTOPERCEPCIÓN/AUTOCONCEPTO																					
Aspecto: <input type="checkbox"/> Cuidado <input type="checkbox"/> Descuidado ¿Le preocupa algo? <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO Cambio de imagen corporal <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO Especificar: _____ Verbalizaciones negativas sobre la autoestima <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO																					
PATRON 8. ROL/RELACIONES																					
Componentes del núcleo familiar _____ Actividad profesional _____ Actividad recreativa _____ Parentesco con el cuidador Principal _____ Actitud del cuidador <input type="checkbox"/> Interés <input type="checkbox"/> Desinterés Test de Sobrecarga del Cuidador _____																					
PATRON 9. SEXUALIDAD/REPRODUCCIÓN. (Menopausia, problemas prostáticos, anticonceptivos, verbalizaciones sobre sexualidad)																					
PATRON 10. ADAPTACIÓN/TOLERANCIA AL ESTRÉS																					
Manifestaciones de intranquilidad y/o nerviosismo <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO Algún tipo de verbalización <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO Tristeza/lanto <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO ¿Cómo interviene esta situación en su vida diaria? _____																					
PATRON 11. VALORES/CREENCIAS																					
Fdo. Enfermera de referencia: _____																					

Anexo 3: PLAN DE CUIDADOS ESTANDARIZADO en la consulta de Urología



Servicio Andaluz de Salud. Hospital General Básico de Riotinto.
Consulta Externa de Urología

Nombre y Apellidos _____	Edad _____
Nº de Historia _____	Teléfono _____
PEGAR ETIQUETA IDENTIFICATIVA	Lugar de residencia _____
	Fecha _____
Cuidador principal _____	Parentesco _____
Teléfono del cuidado _____	Diagnóstico Médico _____
Enfermera de Referencia _____	

PLAN DE CUIDADOS PACIENTES SOMETIDOS A CMA Y PRUEBAS INVASIVAS EN LA CONSULTA EXTERNA DE UROLOGÍA		
PROBLEMAS DE AUTONOMÍA	NIC	
Suplencia para el baño e higiene <input type="checkbox"/> Total <input type="checkbox"/> Parcial	<input type="checkbox"/> 1801. Ayuda con los autocuidados: Baño /Higiene	
Suplencia para vestido/acicalamiento <input type="checkbox"/> Total <input type="checkbox"/> Parcial	<input type="checkbox"/> 1802. Ayuda con los autocuidados: vestir /arreglo personal	
Suplencia para el wc / orinal <input type="checkbox"/> Total <input type="checkbox"/> Parcial	<input type="checkbox"/> 1804. Ayuda con los autocuidados: asco	
Suplencia para la movilización <input type="checkbox"/> Total <input type="checkbox"/> Parcial	<input type="checkbox"/> 1806. Ayuda con los autocuidados: transferencias	
PROBLEMAS DE COLABORACIÓN	NIC	
<input type="checkbox"/> Suministro de servicios de asistencia	<input type="checkbox"/> 7920. Documentación <input type="checkbox"/> 7710. Colaboración con el médico	
<input type="checkbox"/> Riesgo de infección secundario a técnicas invasivas	<input type="checkbox"/> 6550. Protección contra las infecciones <input type="checkbox"/> 1876. Cuidados del catéter urinario <input type="checkbox"/> 2440. Mantenimiento de dispositivo de acceso venoso <input type="checkbox"/> 2300. Administración de medicación <input type="checkbox"/> 3440. Cuidados del sitio de inserción	
<input type="checkbox"/> Dolor secundario a la intervención	<input type="checkbox"/> 1400. Manejo del dolor <input type="checkbox"/> 2210. Administración de analgésicos	
<input type="checkbox"/> Riesgo de hemorragia relacionado con la intervención	<input type="checkbox"/> 4010. Precauciones con hemorragias	
DIAGNOSTICOS ENFERMEROS	NOC	NIC
<input type="checkbox"/> 00146 Ansiedad R/C M/P	<input type="checkbox"/> 140217 Controla la respuesta de ansiedad 1 2 3 4 5 <input type="checkbox"/> 140204 Busca información para reducir la ansiedad 1 2 3 4 5	<input type="checkbox"/> 5820. Disminución de la ansiedad.
<input type="checkbox"/> 00148 Temor R/C M/P	<input type="checkbox"/> 140403 Busca información para reducir el miedo 1 2 3 4 5 <input type="checkbox"/> 140412 Mantiene la concentración 1 2 3 4 5 <input type="checkbox"/> 140907 Utiliza técnicas de relajación para reducir el miedo 1 2 3 4 5	<input type="checkbox"/> 5380. Potenciación de la seguridad. <input type="checkbox"/> 5340. Presencia.
<input type="checkbox"/> 00126 Conocimientos deficientes R/C Falta de exposición, MP Verbalización del problema.	<input type="checkbox"/> 181402 Explicación del propósito del procedimiento 1 2 3 4 5 <input type="checkbox"/> 181403 Descripción de los pasos del procedimiento 1 2 3 4 5 <input type="checkbox"/> 181410 Descripción de los posibles efectos indeseables 1 2 3 4 5 <input type="checkbox"/> 140901 Cumple las precauciones recomendadas 1 2 3 4 5	<input type="checkbox"/> 5606. Enseñanza individual <input type="checkbox"/> 5618. Enseñanza: procedimiento/tratamiento.
<input type="checkbox"/>		
<input type="checkbox"/>		
<input type="checkbox"/>		

EL PLAN DE CUIDADOS CONSTA DE LOS SIGUIENTES PUNTOS:

- VALORACIÓN FOCALIZADA.
- PROBLEMAS DE AUTONOMÍA, DE COLABORACIÓN Y DIAGNÓSTICOS ENFERMEROS;
- PROBLEMAS DE AUTONOMÍA MÁS PROBABLES QUE PODAMOS DETECTAR.
- PROBLEMAS DE COLABORACIÓN MÁS PROBABLES.
- DIAGNÓSTICOS DE ENFERMERÍA MÁS PROBABLES.
- INTERVENCIONES DE ENFERMERÍA MÁS FRECUENTES (NIC).
- PROBLEMAS DE AUTONOMÍA E INTERVENCIONES A REALIZAR (NIC).
- PROBLEMAS DE COLABORACIÓN, INTERVENCIONES Y ACTIVIDADES A REALIZAR (NIC).
- DIAGNÓSTICOS DE ENFERMERÍA, CRITERIOS DE RESULTADOS (NOC), INTERVENCIONES Y ACTIVIDADES A REALIZAR (NIC).

BIBLIOGRAFÍA

1. NANDA. *Diagnósticos enfermeros: definición y clasificación 2003-2004*. Elsevier. Madrid 2003.
2. J. McCloskey, G.M. Bulechek. *Clasificación de Intervenciones de Enfermería (NIC)*. 4ª edición. Mosby. Madrid 2004.
3. S. Moorhead, M. Jhonson, M. Maas. *Clasificación de Resultados de Enfermería (NOC)*. 3ª edición. Mosby. Madrid 2005.
4. Junta de Andalucía. SAS. *Cuidarte. Una estrategia para los cuidados en la Andalucía del siglo XXI*. Sevilla 2007.