

# **BASES METODOLÓGICAS PARA LA PRESENTACIÓN DE CASOS DE ENFERMERÍA CON FINES DOCENTES EN AMBIENTE VIRTUAL**

## **METHODOLOGICAL BASIS FOR THE VIRTUAL PRESENTATION OF NURSING CASES AIMED TO TEACHING**

### **Autores:**

MSc. Yoadis Cuesta García<sup>1</sup>, MSc. Junior Domínguez Lobaina<sup>2</sup>, MSc. Carlos León Román<sup>3</sup>

<sup>1</sup>) Centro de Cibernética Aplicada a la Medicina (CECAM), UCMH. Cuba.

<yoadis@cecam.sld.cu>

<sup>2</sup>) Centro de Cibernética Aplicada a la Medicina (CECAM), UCMH. Cuba.

<jdominguez@cecam.sld.cu>

<sup>3</sup>) Subdirección de Enfermería, Hospital Hermanos Ameijeiras. Cuba.

<cleon@infomed.sld.cu>

### **RESUMEN:**

En este trabajo se argumentan las bases metodológicas y de gestión de información consideradas para proponer un sistema orientado a la presentación virtual de casos en enfermería, para ser utilizado en la docencia. Se presentan las fases 1-4 de la Versión 1.0 del sistema, apoyados en las orientaciones de la Metodología MetVisual 1.2, orientada al desarrollo de sistemas para ambientes visuales estructurados. Se resumen algunos de los resultados derivados del análisis, consulta a expertos, trabajo en equipo, los que permitieron definir la información de interés a tratar en la presentación y discusión de casos de enfermería y la estructura en que debe modelarse la información para el desarrollo del sistema. Se identifica la metodología de enfermería mediante la cual deben abordarse las fases o módulos necesarios para gestionar la información, el diseño y estructura de las entidades a relacionar. Se diseña y desarrolla un prototipo del sistema con herramientas que facilitan la gestión de la información en la Web.

### **PALABRAS CLAVE:**

Proceso enfermero, presentación de casos, información, clasificación, taxonomía, códigos

## **ABSTRACT:**

This paper argues the methodological and information management basis of a system oriented to the virtual presentation of nursing cases, aimed to teaching. The 1-4 phases of the 1.0 version of the system are presented here. They rely in the MetVisual 1.2 methodology for the development of structured visual environments. Experts query, analysis and team work defined the information relevant to the presentation and discussion of nursing cases and the structure of the information in the system. The paper discusses the nursing methodology that helps deal with the phases and modules needed for managing the information, design and structure of the entities that are to be related. Besides, a prototype of the system is designed, using tools for information management in the web.

## **KEY WORDS:**

Nursing process, case presentation, information, classification, taxonomy, code

## **1. INTRODUCCIÓN**

La presentación de casos es la fase inicial del método de enseñanza problémica y persigue como objetivo desarrollar el aprendizaje reflexivo sobre la actuación ante problemas de salud real, potencial o de bienestar de un individuo, familia, grupo o comunidad. Este método es utilizado en todas las disciplinas de la salud y en todos sus escenarios de aprendizaje, obligando a los estudiantes o personal graduado a desarrollar un algoritmo lógico para la solución de problemas en correspondencia con el objeto de estudio de su especialidad y método particular de desempeño. De este modo el médico soluciona un problema de salud desde su enfoque clínico y el enfermero incide sobre el mismo problema atendiendo los fenómenos de interés para enfermería con el enfoque particular de su profesión.

La resolución cooperativa de los problemas de salud exige detallada exposición sobre la forma en que el mismo fue, es y deberá ser tratado; permitiendo el aporte de experiencias para su exitosa solución mediante la discusión. Este método de discusión profesional se ha desarrollado sistemáticamente de forma presencial, en la unidad del paciente, a pie de su cama en el servicio de atención, y en escenarios facultativos docentes.

En enfermería la presentación de casos es uno de los métodos prácticos para el desarrollo y entrenamiento en el proceso lógico de toma de decisiones durante el cuidado y es también uno de los enfoques del aprendizaje que permite desdoblarse y enriquecer el proceso cognitivo de enfermería en funciones prácticas concretas. Este método no permite solamente la solución de problemas, sino que

educa también sobre la esencialidad del trabajo en equipo, de forma cooperativa, para alcanzar los resultados de salud deseados, potenciando el aprendizaje significativo y solidificando la incorporación consciente del método de enfermería como proceso para la intervención.

Sin embargo, la presentación de casos en enfermería se ha desarrollado sin un modelo estandarizado, aunque sí resumido y derivado del proceso enfermero, abordando algunos de los elementos de sus cinco fases. Algunos docentes establecen distinción entre lo que es presentar el proceso de enfermería y lo que definen como hacer una presentación de caso; pero la realidad es que lo que la mayoría llama presentación de casos a una versión muy resumida del proceso de cuidado; lo cual lejos de ayudar a la asimilación del método de enfermería como herramienta, propicia la pobre comprensión de la necesidad de cursar las cinco fases de este proceso lógico para la correcta intervención y asimilación del método como un sistema de procedimientos que garantiza el procesamiento de datos e información.

Se considera que la presentación de casos en enfermería se corresponde con la descripción del proceso de cuidado realizado a un paciente, desde su valoración hasta la evaluación de sus resultados y del propio proceso, y es necesario preservar esta integridad en el proceso de enseñanza aprendizaje para lograr métodos consistentes de cuidado.

El desarrollo de clasificaciones y nomenclaturas orientadas a establecer un lenguaje común en enfermería y a facilitar la documentación y tratamiento de la información, brinda la posibilidad de implementar herramientas que amplíen el intercambio de experiencias modeladas en ambientes virtuales colaborativos.

La presentación de casos en un ambiente virtual puede asumirse desde dos niveles de integración de la informática [1], pudiendo tratarse como:

1. Un modelo sencillo de documentación del proceso de cuidado, mediante formularios con áreas de textos correspondientes a los elementos considerados para el registro manual (nivel de sustitución).

2. Un modelo estructurado de documentación, que integre y establezca relación lógica entre sus fases, desarrollando una estructura arbórea luego de asumir nomenclaturas para la información de interés, establecer codificadores para definir las alternativas de sus relaciones con el fin de apoyar la documentación (nivel innovador).

Ha sido nuestro interés desarrollar un modelo estructurado, útil para fomentar el aprendizaje del proceso de enfermería, que constituya también una herramienta para aprender y apoyar la toma de decisiones y el pensamiento crítico en la práctica, además de favorecer el análisis, interpretación, procesamiento de datos e información ingresada al sistema.

El objetivo de este trabajo es argumentar las bases conceptuales y de gestión de información consideradas para el desarrollo del modelo orientado a la presentación de casos virtual con fines docentes (fase 1-4).

## 2. MATERIAL Y MÉTODO

El proyecto se desarrolla guiado por la metodología MetVisual E 1.2, factible para el desarrollo de aplicaciones para medios en ambientes visuales estructurados [2]. Se ha desplegado la etapa 1 de “Estudio preliminar” y nos encontramos en la etapa 2 de “generación y especificación del prototipo del software”. Como resultado del desarrollo se ha logrado definir el modelo para los contenidos, tratándolos en 4 fases iniciales definidas según la funcionalidad del sistema, información abordada, la clasificación de los datos estandarizados para enfermería, uso de nomencladores internacionales y definición de códigos para enlazar los componentes de la información.

Para lograr lo antes planteado fue necesario desarrollar meta-análisis de bibliografías relacionadas con estructura, clasificación, nomenclatura de la información en enfermería. Meta-análisis de Sistemas de Información Clínico de Enfermería, consulta a expertos y trabajo grupal.

Las herramientas utilizadas para desarrollar el prototipo inicial fueron Dreamweaver MX 2004, Java Script, MySQL, Php, Apache Http Server.

En este trabajo se presenta la Versión 1.0 de la fase 1, 2, 3 y 4 del modelo:

La fase 1 abarca el modelo para el acceso al sistema, llamada fase de *presentación*.

La fase 2, contempla el modelo de *registro del usuario*.

La fase 3 corresponde a la *valoración de enfermería*.

La fase 4 abarca el proceso de *diagnóstico de enfermería*.

## 3. DESARROLLO

Para definir y desarrollar un modelo que facilite la presentación virtual de casos en enfermería es necesario:

1. Identificar la información de interés e importancia para la documentación y debate en enfermería.
2. Definir la metodología mediante la cual se tratarán los datos, la información.
3. Definir y diseñar módulos con interfaz ajustada a las necesidades y metas de los usuarios.

4. Definir y programar una estructura para la gestión y procesamiento de los datos de enfermería.

5. Elegir y desarrollar las herramientas informáticas que faciliten el alcance del objetivo propuesto.

A continuación se explica en qué consisten cada uno de los aspectos enunciados:

### **3.1 Información de interés para la presentación virtual de casos en enfermería**

El modelo para la presentación de casos de enfermería debe estar en correspondencia con las metodologías de registro clínico reconocidos para la profesión. La vía ideal para la presentación de casos debe basarse en la reutilización y captura de los datos de interés en una base de datos, almacenados durante el período de atención directa al paciente; sin embargo, la no existencia del registro computarizado para la atención y la no asimilación de un sistema estandarizado de información, de un lenguaje normalizado nos limita de estas ventajas y nos conduce a definir mecanismos que permitan evaluar cómo simular el registro impreso en un registro digital que optimice el proceso de documentación y atención. Si bien esta alternativa tiene como desventaja la necesidad de multiplicar el tiempo de registro de los datos, tiene como gran ventaja la posibilidad de entrenamiento, de precisar, practicar y definir cómo deberá ser el modelo de registro computarizado para la gestión del cuidado en enfermería.

En correspondencia con el modelo que se desarrolla, la Clasificación Internacional para la Práctica de Enfermería (CIPE) constituye una herramienta a considerar por describir la práctica de enfermería y proveer datos, representando la práctica en sistemas de información de salud comprensibles [3]. Esta herramienta es usada para hacer visible la acción de enfermería en los sistemas de información de salud, y todo ello sugiere que los elementos tratados en la CIPE deben ser los considerados en nuestro modelo, a saber [4]:

1. Elementos del fenómeno de enfermería
2. Intervenciones de enfermería
3. Resultados de enfermería.

Los elementos definidos para el diseño del Conjunto Mínimo de Base de Datos en Enfermería (CMBD-E) [5] deben considerarse también en el modelo dada la integridad y alcance de información que sobre el paciente, el servicio y de enfermería agrupan. Este CMBD-E contempla:

a) *Cuatro elementos de atención de enfermería*: el problema o el diagnóstico de enfermería, las intervenciones de enfermería, los resultados de enfermería y la intensidad de atención de enfermería.

b) *Cinco elementos demográficos correspondientes a los pacientes:* la identificación personal, la fecha de nacimiento, el sexo, la raza, la cultura y el domicilio.

c) *Siete elementos de servicio:* el número único de establecimiento o de organismo de servicio, el número único de registro o expediente de salud, el número único correspondiente a la enfermera que presta la atención principal, el episodio de admisión o la fecha de la entrevista, la fecha de alta o de finalización de la atención, la disposición del paciente o el expediente clínico. En nuestro contexto no se aplica el elemento relacionado con “el pagador de la mayor parte del monto de la factura” dado el carácter gratuito de la salud.

Los elementos de la CIPE deben ser tratados según clasificación seleccionada o desarrollada y estructura taxonómica particular. De las nomenclaturas reconocidas

Se asume la clasificación y estructura taxonómica II de la North American Nursing Diagnosis Association (NANDA) [6] para la fase 3 y 4 del modelo. Esta alternativa puede propiciar también el enriquecimiento y profundización de los contenidos de la CIPE.

### **3.2 Metodología para abordar la información en la presentación de casos**

El Proceso Enfermero (PE) con el tratamiento de sus cinco fases (Valoración, Diagnóstico de enfermería, Planificación, Intervención y Evaluación) [7] es el método elegido para desarrollar la presentación de casos. El mismo garantiza una visión holística del cuidado y proporciona una organización para estructurar y procesar la información, evitando obviar algún elemento esencial de documentar para su comprensión, estudio, discusión y atención en cada una de sus fases.

En el PE los elementos demográficos del CMBD-E se insertan en la fase de valoración, algunos de los elementos de servicios son registrados también en la valoración y otros en los datos de registro del enfermero que presenta el caso. Los elementos de atención de enfermería están abordados en las cinco fases del proceso. La NANDA II facilita identificar, documentar y definir el fenómeno o diagnóstico de enfermería. Estos aspectos son considerados en el modelo propuesto.

### **3.3 Definición y diseño de módulos con interfaz según necesidades y metas de los usuarios**

La interfaz del sistema se presenta como una herramienta sencilla que exige del usuario el conocimiento básico de computación y del proceso de enfermería. Se ofrecen opciones de ayuda para apoyar la documentación y toma de decisiones.

#### **Fase 1 o presentación**

Es el módulo inicial del espacio virtual, Index, a partir del cual se accede al servicio solicitado incluyendo la presentación de casos. Es considerado el aspecto de confidencialidad y seguridad del sistema definiendo el acceso para el nivel de usuario y administrador.

El usuario puede ser una persona registrada o un visitante. La persona registrada es quien presenta un caso y/o da criterios sobre los casos existentes en la base. El visitante solamente revisa los casos presentados.

El administrador es la persona que tiene acceso a la base de datos para modificar la misma, utilizar los datos almacenados para su análisis, etc.

La interfaz de esta fase resulta amigable y sencilla para su utilización. [Anexo, Imagen 1.]

### **La fase 2 o registro del usuario**

Trata el módulo de "Datos del Enfermero", en la que se registran los datos generales del enfermero que presenta el caso. El formulario presentado permite recopilar datos sobre algunos elementos del servicio sugeridos en el CMBD-E y otros elementos de interés que permiten valorar el dominio, experticia y calificación para el manejo del caso presentado. Los datos a registrar son: Nombre y apellidos, país, función (docente, asistencial, administración e investigación), especialidad, grado científico, centro de trabajo y servicio, años de trabajo, y correo electrónico. Es en este módulo donde el enfermero define su nombre de usuario y contraseña para su acceso al sistema y seguridad. [Anexo, Imagen 2.]

### **La fase 3 o de valoración de enfermería**

En la fase 3 se define el módulo para la valoración del paciente: se registran los datos generales del paciente, todos los datos subjetivos y objetivos obtenidos por la entrevista, observación y las técnicas de valoración física. Se recopilan los cinco elementos demográficos sugeridos en el CMBD-E y se agregan otros datos demográficos de interés. Se recopilan también los datos primarios que permiten definir las respuestas humanas del paciente para llegar al diagnóstico de enfermería.

Esta página tiene un gran valor primario para la correcta identificación de la necesidad de atención de enfermería, su documentación mediante el teclado de los datos ha obligado a investigar sobre un modelo de registro más eficiente, económico y preciso para recuperar, almacenar y clasificar los datos; ya ideado pero no ensayado. Para ello es necesario trabajar en la clasificación, nomenclatura de los datos a nivel primario.

### **La fase 4 o de diagnóstico de enfermería**

En esta fase se define el módulo para el proceso de Diagnóstico de Enfermería. En la página se clasifican, interpretan y validan los datos del paciente

para definir los diagnósticos de enfermería relacionados con el problema de salud. Se complementa con un sistema de argumentación sobre la información seleccionada que amplía sobre la definición diagnóstica, características definitorias y factores relacionados de cada diagnóstico. Anexo, Imagen 3.

### 3.4 Estrategia para la gestión de los datos de enfermería

La gestión de los datos en las fases 1-3 se limita a la recopilación y almacenamiento de los datos ingresados desde los formularios a la base de datos. No se explota la relación entre los datos de la fase 3 con la fase 4. Para lograr la conexión automática entre la fase de valoración y la de diagnóstico, de forma tal que pueda generarse un sistema que apoye la toma de decisiones y documentación desde la valoración, es preciso estudiar la clasificación y normalización de los datos sin procesar, la asignación de nomencladores a estos datos y su relación con las etiquetas diagnósticas de enfermería (características definitorias), con vistas a su tratamiento computacional.

La gestión de los datos en la fase 4 es precisa debido a la personalización de esta información para la especialidad y a la estructura taxonómica que presenta la clasificación NANDA II. La funcionalidad de esta fase se obtiene gracias al desarrollo de una base de datos estructurada que da lugar a la existencia de un tesoro para apoyar la definición y documentación del diagnóstico.

La estructura del tesoro se garantiza con la codificación de los tres niveles de la taxonomía NANDA II, creando una estructura arbórea entre los datos relacionados.

Para el primer nivel de la taxonomía II de la NANDA, relacionado con los *dominios*, fue necesario designar códigos alfanuméricos, preservando la D como código alfabético y enumerando cada uno de ellos según el orden dado en la taxonomía. Los campos definidos para esta entidad son: Código, Etiqueta diagnóstica, y el concepto de esa etiqueta. Se muestran en la Tabla 1:

**Tabla 1:** Campos definidos en la entidad “Dominios” y codificadores alfanuméricos para su identificación.

Dominios		
Código	Etiqueta	Concepto
D1	Promoción de salud	Toma de conciencia del bienestar o normalidad de las funciones y estrategias usadas para mantener el control y fomentar el bienestar y la normalidad del funcionamiento.
D2	Nutrición	Actividades de ingerir, asimilar y usar los nutrientes a fin de mantener y reparar los tejidos y producir energía.
D13	Crecimiento y desarrollo	Aumento o mejora de las dimensiones físicas, sistemas corporales y logro de las tareas de desarrollo acorde con la edad.



Para el segundo nivel de la taxonomía, relacionado con las *clases según dominio*, se asignó un código auto-numérico a las 46 clases definidas por NANDA y contempladas en la tabla “clases” y se le adiciona una clave externa relacionada con el código del dominio al cual pertenece cada clase. La base de datos registra también el campo nombre de la clase, definición de la clase como parte de esta entidad. Ejemplo, Tabla 2:

**Tabla 2:** Campos definidos en la entidad “Clases” y codificadores alfanuméricos para su identificación y relación con la entidad “Dominios”.

Clases			
Código	Nombre	Definición	Código Dominio
1	Toma de conciencia de la salud.	Reconocimiento del bienestar y funcionamiento normal.	D1
2	Manejo de la salud	Identificación, control, realización e integración de actividades para mantener la salud y bienestar.	D1
3	Ingestión	Introducción a través de la boca de alimentos y nutrientes en el cuerpo.	D2
4	Digestión	Actividades físicas y químicas que convierten los alimentos en sustancias apropiadas para su absorción y asimilación.	D2
46	Desarrollo	Logro, falta de logro o pérdida de las tareas de desarrollo.	D13

Para el tercer nivel de la taxonomía, que deriva los *diagnósticos de enfermería para cada una de las clases* definidas, asumimos el nomenclador internacional asignado a cada diagnóstico (este nomenclador es de cinco dígitos). La base de datos establece la relación mediante el registro de un campo de clave extranjera perteneciente a la clase de la que se deriva el diagnóstico, como ejemplificamos en la Tabla 3. El resto de los campos persigue la finalidad de informar y argumentar sobre los aspectos definitorios de cada diagnóstico, por ello se consideran también los campos de definición, características definitorias, factores relacionados de cada etiqueta diagnóstica contemplada también como campo.

**Tabla 3:** Campos definidos en la entidad “diagnósticos de enfermería” y codificadores para su identificación y relación con la entidad “clases” de NANDA II.

Diagnósticos de Enfermería					
Código	Etiqueta	Definición	Características Definitorias	Factores Relacionados	Código clase
00107	Patrón de alimentación ineficaz del lactante.	Deterioro de la habilidad para succionar o para coordinar la respuesta	Incapacidad para iniciar o mantener una succión.	Hipersensibilidad oral. Dieta absoluta prolongada.	3

		de succión y deglución.	Incapacidad para coordinar la succión, la deglución y la respiración.	Anomalías anatómicas. Prematuridad. Deterioro o retraso neurológico.	
00103	Deterioro de la deglución.	Funcionamiento anormal del mecanismo de la deglución asociado con déficit de la estructura o función oral, faríngea o esofágica.	Deterioro de la fase faríngea. Deterioro de la fase esofágica. Deterioro de la fase oral.	Déficit congénito. Problemas neurológicos.	3
00027	Déficit del volumen de líquido.	Disminución del líquido intravascular, intersticial o intracelular. Se refiere a la deshidratación o pérdida sólo de agua, sin cambio en el nivel de sodio.	Debilidad, sed, Oliguria, etc.	Pérdida activa de volumen de líquidos. Fallo de los Mecanismos reguladores.	7
00014	Incontinencia fecal	Cambio en el hábito de eliminación fecal normal caracterizado por la emisión involuntaria de heces.	Goteo constante de heces blandas. Olor fecal. Etc.	Estrés Hábitos dietéticos. Lesiones colorrectales. Etc.	9
00112	Riesgo de retraso en el desarrollo.	Riesgo de sufrir un retraso del 25% o más en una o más áreas de conducta social o autorreguladora, cognitiva, del lenguaje o de las habilidades motoras groseras o finas.		Prenatales. Individuales. Ambientales. Del cuidador.	46

### 3.5 Valor de los nomencladores para la fase de diagnóstico de Enfermería

La definición y preservación del sistema de nomencladores de los elementos de la NANDA II hacen posible el funcionamiento del sistema como herramienta que exige el análisis de los datos recopilados del paciente mediante su clasificación y procesamiento lógico. Esta estructura permite presentar opciones de diagnósticos relacionados con el problema de salud del paciente para su selección y documentación. Garantiza también el desarrollo de un tesoro que funciona no sólo para brindar opciones en la toma de decisiones sino que se explota como material didáctico de consulta para conocer los aspectos relacionados con la información que se está manipulando. Las claves externas se definen como nomencladores necesarios para poder desarrollar la base estructurada entre estos datos.

El factor relacionado para cada respuesta humana (etiqueta diagnóstica) necesita ser tecleada por el usuario.

#### **4. CONCLUSIONES**

Los elementos de interés para la documentación de los casos a presentar por enfermeros están en correspondencia con los definidos en el CMBD-E y fundamentados por la CIPE. Las fases que presentamos en este proyecto (1-4) tratan elementos demográficos del paciente en el módulo de valoración, elementos del servicio en el módulo de datos del enfermero y de valoración. De los cuatro elementos de enfermería sólo el fenómeno o diagnóstico de enfermería ha sido tratado en la fase de su mismo nombre. La información tratada en cada módulo se gestiona mediante base de datos relacional. La fase de presentación, de registro y valoración en el sistema se limitan a recopilar y almacenar la información en la BD. La gestión de la información en la fase de diagnóstico se orienta a apoyar la toma de decisiones y documentación de los diagnósticos, definiendo y preservando códigos en los tres niveles de la taxonomía NANDA II. La metodología mediante la cual se modela la información es la del propio proceso enfermero, tratando en esta versión sus dos primeras fases (valoración y diagnóstico). El prototipo se desarrolla con herramientas Java Script, html, Php y My SQL.

#### **5. BIBLIOGRAFÍA**

1. Ball MJ, Hannah KJ, Gerdin U. Nursing Informatics, Where Caring and Technology Meet. New York: Springer – Verlag; 1988.
2. Álvarez S, Anache I, Hernández A, et al. Metodología para el desarrollo de aplicaciones para medios ambientes visuales estructurados. MetVisual Versión 1.2 Ciudad Habana: ISPJAE; 2003.
3. CIE. International Classification For Nursing Practice – ICNP Version 1; 2005.
4. Heimar M.F, Rodrigues R, Connie D, et Al. Desarrollo de Sistemas normalizados de información de enfermería. OPS, Washington, D.C; 2001.
5. Sparks S, Craft-Rosenberg M, Herdman T.H, et Al. NANDA: Diagnósticos Enfermeros, Definiciones y Clasificación 2003-2004. España: ELSEVIER; 2003.

6. Iyer P.W, Taptich B.J, Bernocchi-Losey D. Proceso y diagnósticos de enfermería. USA: McGraw-Hill Interamericana; 1995.

7. NANDA Internacional. NANDA diagnósticos enfermeros: definiciones y clasificación 2007-2008. Madrid: Elsevier, 2007.

8. Consejo Internacional de Enfermería (CIE). Cuenta de la versión 1 de la ICNP(R). On line disponible en: <http://www.icn.ch/icnpocountdownsp.htm>, 2005.

## 6. ANEXOS

**Imagen 1:** Fase 1, Modelo de Presentación del Sistema

**Presentación de Casos**

Este espacio está orientado a la presentación y discusión de casos en enfermería. Es una alternativa más para compartir experiencias sobre la atención de enfermería, propiciar el aprendizaje, trabajo colaborativo, y entrenarnos en el empleo del proceso enfermero.

Si deseas presentar un caso, y es primera vez que usas nuestro espacio, regístrate como [nuevo usuario](#).

Si desea conocer y dar su criterio sobre los casos documentados, entre a nuestro espacio como [visitante](#).

Si ya es usuario, registre su nombre de usuario y contraseña:

\* Nombre de usuario

\* Contraseña

Todos tenemos la oportunidad de aprender en este espacio.  
**¡Éxitos!**

**Imagen 2:** Fase 2, Modelo de Registro del Enfermero

Datos Generales del Enfermero:

\*Nombre: Junior  
\*Apellidos: Lobaina  
\*País: Cuba  
\*Función: Docent  
Especialista en: Ninguno  
Grado científico: Ninguno  
\*Centro de Trabajo:  
Servicio de Asistencia: Instituto  
\*Años de trabajo: De 2 a 5 años  
e-mail: minguez@cecam.sld.cu

\*Nombre de usuario: jd333  
\*Contraseña: ●●●●●●  
\*Repita la contraseña: ●●●●●●

Enviar Limpiar

Microsoft Internet Explorer  
Por favor registre el lugar en que trabaja  
Aceptar

**Imagen 3:** Fase 3, Modelo de Valoración de Enfermería.

Bienvenido  
jul333

**EDUENF**

**Valoración** **Diagnóstico**  
 Documente los datos de su valoración.

**\*Datos generales del paciente**  
 (Sexo, edad, raza, estado civil, escolaridad, trabajo, # de hijos, zona en que vive, niveles de atención). ?

Paciente masculino de 46 años de edad, raza negra, casado, escolaridad universitaria. Trabaja como diseñador en una escuela. Estado civil casado. Tiene 2 hijos. Vive con su esposa e hijo en zona urbana del municipio Merid.

(Descripción de los síntomas, duración, calidad, asociados; curso de la enfermedad)

Paciente que desde hace dos días viene presentando falta de aire a los ligeros esfuerzos y al decúbito, sin tratamiento. Anoche despertó de forma súbita expresando que no podía respirar. Los hijos llamaron al médico de familia detectando aleteo nasal, gran esfuerzo

**\*Antecedentes patológicos personales y familiares.**  
 Hábitos tóxicos ?

enfermedades mayores y menores, necesidad anterior de atención de salud y por qué, principales lesiones, alergias, respuesta habitual a enfermedad.

**\*Datos Subjetivos:**  
 (Hallazgos relevantes de la entrevista). ?

**\*Datos Objetivos:** ?  
 (Resultados de la observación, examen físico y pruebas diagnósticas. \* Reflejar siempre el resultado de los parámetros vitales).

Adjuntar algún otro dato o archivo de interés para la valoración de enfermería, en forma de imagen o documento.

Enviar Limpia formulario

Adjuntar Archivo - Microsoft Internet Explorer

1.- Seleccionar archivo:  Examinar...

2.- Como segundo paso deberá presionar el botón **Adjuntar** para adjuntar el archivo.

3.- Repita los pasos anteriores para adjuntar más archivos

pulmonptos.psd

Borrar

4.- Terminar

Adjuntar algún otro dato o archivo de interés para la valoración de enfermería, en forma de imagen o documento.

1.- pulmonptos.psd

Enviar Limpia formulario