

4
20j



**UNIVERSIDAD NACIONAL
AUTONOMA DE MEXICO**

ESCUELA NACIONAL DE ENFERMERIA Y OBSTETRICIA

**" EL MODELO DE HENDERSON Y EL PROCESO DE
ATENCION DE ENFERMERIA APLICADO A UN
RECIEN NACIDO CON INSUFICIENCIA RESPIRATORIA "**

**QUE PARA OBTENER EL TITULO DE
LICENCIADO EN ENFERMERIA Y OBSTETRICIA**

PRESENTA:

Ma. LILIA ALICIA ALCANTAR ZAVALA

ASESORA:

LIC. MARGARITA CARDENAS JIMENEZ

MEXICO, D.F.

**U. N. A. M.
ESCUELA NACIONAL DE
ENFERMERIA Y OBSTETRICIA**

MARZO DE 1997

OCT 2 1997

**COORDINACION DE SERVICIOS
SOCIAL Y OPCIONES
TERMINALES DE TITULACION**

**TESIS CON
FALLA DE ORIGEN**



Universidad Nacional
Autónoma de México

Dirección General de Bibliotecas de la UNAM

Biblioteca Central



UNAM – Dirección General de Bibliotecas
Tesis Digitales
Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS ©
PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

Todo el material contenido en esta tesis esta protegido por la Ley Federal del Derecho de Autor (LFDA) de los Estados Unidos Mexicanos (México).

El uso de imágenes, fragmentos de videos, y demás material que sea objeto de protección de los derechos de autor, será exclusivamente para fines educativos e informativos y deberá citar la fuente donde la obtuvo mencionando el autor o autores. Cualquier uso distinto como el lucro, reproducción, edición o modificación, será perseguido y sancionado por el respectivo titular de los Derechos de Autor.

“ EL MODELO DE HENDERSON Y EL PROCESO DE ATENCION DE ENFERMERIA APLICADO A UN RECIEN NACIDO CON INSUFICIENCIA RESPIRATORIA”

FE DE ERRATAS

- En la página número 1 dice: El término Proceso de Atención de Enfermería (PAE) fue introducido por primera vez en 1995 por Hall desde entonces varias enfermeras han descrito de manera diferente el proceso.
- Debe decir: El término Proceso de Atención de Enfermería (PAE) fue introducido por primera vez en 1955 por Hall; desde entonces varias enfermeras han descrito de manera diferente el proceso.

DEDICATORIAS

A tí padre, porque siempre has estado a mi lado apoyando mis deseos de superación.

Para: Teresa, Gloria,
Esperanza, Rosa Ma. y Ofelia
por la entrega que siempre me
han brindado.

DEDICATORIAS

**Para mi hijo Juan Antonio,
porque muchas veces tuvimos
que prescindir de la presencia
mutua para el logro de este
objetivo...**

**Por todo tu amor, tu cariño,
tus abrazos y sonrisas que me
recuerdan a cada instante lo
bello que es la vida.**

**A la memoria de mi madre, a
quien en gran medida le
agradezco infinitamente el
haberme abierto paso en la
vida.**

**A tí padre, porque siempre has
estado a mi lado apoyando mis
deseos de superación.**

**Para: Teresa, Gloria,
Esperanza, Rosa Ma. y Ofelia
por la entrega que siempre me
han brindado.**

**Para la Lic. Margarita Cárdenas Jiménez
por hacerme partícipe de su sapiencia y
experiencia profesional, muchas gracias.**

**A mis alumnos, afectuosamente, con el
deseo de su realización profesional.**

**A la Escuela Nacional de Enfermería y
Obstetricia y a las docentes que me
permitieron la superación profesional por
medio del S.U.A.**

INDICE

PAGINA

INTRODUCCION

OBJETIVO

METODOLOGIA

I.- MARCO TEORICO

1.-Generalidades del Proceso de Enfermería.....	1
<i>1.1.- Perspectiva histórica del Proceso de Enfermería.....</i>	<i>1</i>
2.-Componentes del Proceso de Enfermería.....	3
<i>2.1.- Valoración.....</i>	<i>6</i>
<i>2.2.- Diagnóstico.....</i>	<i>11</i>
<i>2.3.- Planificación.....</i>	<i>17</i>
<i>2.4.- Ejecución.....</i>	<i>26</i>
<i>2.5.- Evaluación.....</i>	<i>29</i>
3.-Conceptos básicos del modelo de Virginia Henderson.....	32
<i>3.1.- Definición de la función propia de enfermera.....</i>	<i>32</i>
<i>3.2.- La persona y las 14 necesidades básicas.....</i>	<i>33</i>
<i>3.3.- Salud, Independencia, dependencia y causas de la dificultad.....</i>	<i>34</i>
<i>3.4.- Rol profesional, cuidados básicos de enfermería y la relación con el equipo de salud.....</i>	<i>35</i>
<i>3.5.- Entorno.....</i>	<i>36</i>
<i>3.6.- Valoración de las 14 necesidades básicas.....</i>	<i>37</i>
<i>3.7.- Guía para la valoración de las 14 necesidades básicas.....</i>	<i>38</i>

II.- APLICACION DEL MODELO DE VIRGINIA HENDERSON A UN RECIEN NACIDO CON DIFICULTADES EN LA RESPIRACION. ESTUDIO DE CASO..... 63

<i>2.1.- Valoración de las 14 necesidades básicas a su ingreso a la unidad Neonatología.....</i>	<i>64</i>
--	-----------

Indice

2.2.- <i>Diagnósticos de enfermería y comentario a los mismos.....</i>	68
2.3.- <i>Planificación de los cuidados de enfermería.....</i>	72
2.4.- <i>Registro de los cuidados de enfermería.....</i>	80
2.5.- <i>Evaluación del logro de objetivos.....</i>	81
2.6.- <i>Evolución del 15 - 28 de agosto de 1996.....</i>	83
2.7.- <i>Evolución 30 de agosto de 1996.....</i>	90
2.8.- <i>Familia del neonato de alto riesgo.....</i>	96

III.- CONCLUSIONES..... 101

IV.- SUGERENCIAS..... 103

V.- BIBLIOGRAFIA..... 104

INTRODUCCION

La formación de recursos humanos en enfermería va más allá de la preparación teórica que se imparte en las aulas, requiere de la integración de esos conocimientos adquiridos a la práctica tanto a nivel individual, como familiar y de comunidad. De lo contrario no tendría sentido, ya que la enfermería como profesión es una disciplina, producto de una historia y de una práctica profesional que explica e implica su quehacer propio. No obstante, en la actualidad, el personal de enfermería tiene un desconocimiento de lo que realmente es la profesión, ya que a través del tiempo ha estado inmersa y ha asumido roles que competen a otras profesiones, lo cual hace más necesario lo concientización y preparación del gremio en general, es decir, para quienes se dedican a laborar a nivel institucional, como para quienes preparan al alumno dentro de las aulas.

Con base en lo anterior, se ha realizado el presente trabajo en donde se elabora de forma teórica y práctica un proceso de enfermería, tomando como modelo el de Virginia Henderson, así como la utilización de la taxonomía de diagnósticos de enfermería. Estos tres aspectos pareciera que debieran estudiarse por separado, sin embargo, en la práctica forman un engrane para interrelacionarse y complementarse entre sí, ya que el proceso de enfermería es un método sistemático y organizado de proporcionar cuidados de enfermería; el modelo conceptual es la estructura teórica que guía, sustenta y limita el campo de acción profesional de enfermería y la taxonomía diagnóstica hace referencia a la clasificación de los diagnósticos de enfermería en términos de su definición, características definidas y factores etiológicos, contributivos y de riesgo.

Respecto al proceso de enfermería, en este trabajo se incluyen cada una de sus etapas y se hace una amplia descripción de las mismas. En la etapa de valoración se analiza cuál es su objetivo, la forma de recolectar datos y la organización de los mismos. En la etapa de diagnóstico se hace referencia a las diferencias entre el médico y el de enfermería, las ventajas de su uso para la enfermera y para el cliente, la forma correcta de escribirlos si son reales, potenciales y posibles, así como los errores en los que con mayor frecuencia se incurre; en este mismo rubro se hace referencia a la taxonomía diagnóstica de la North American Nursing Diagnosis Association (NANDA) a la cual se recurre de manera práctica cuando se lleva a cabo el proceso. En la planeación, una vez identificados tanto las capacidades como los problemas, se abordan aspectos como la jerarquización de prioridades, determinación de objetivos, intervenciones de enfermería y criterios de resultado. También se habla ampliamente de la etapa de ejecución y finalmente se hace referencia a la evaluación, en donde se determina si el plan ha dado los resultados esperados o si es necesario hacer algún cambio en el mismo.

Actualmente existen varios modelos de enfermería, no obstante se eligió el de Henderson, ya que es un modelo lo suficientemente desarrollado, con bases científicas que permiten el análisis y la comprensión del cómo utilizarse. En este trabajo se abordan conceptos básicos de este modelo y su aplicación; también se incluye una guía para la valoración de las 14 necesidades básicas.

El proceso de enfermería y el modelo de Virginia Henderson puestos en práctica, se realizaron a un recién nacido con dificultades en la respiración, con lo cual se confirma y se concluye que debiera de implementarse a nivel nacional, ya que conduce a la enfermera al análisis y a la consulta para planear y ejecutar sus actividades profesionales.

OBJETIVO

Proporcionar atención integral a un recién nacido con dificultades en la respiración, a través del Proceso de Enfermería basado en el modelo de Virginia Henderson.

METODOLOGIA

El presente Proceso de Enfermería se aplicó a un recién nacido que presentó dificultades en la respiración; previamente se realizó una investigación bibliográfica exhaustiva del Proceso de Enfermería y del modelo de Henderson que fue el utilizado, constituyendo el marco teórico que sustenta ambos aspectos.

Este proceso se llevó a cabo en el Hospital Infantil "Eva Sámano de López Mateos" de Morelia, Mich., en el área de Neonatología, del 14 al 30 de agosto de 1996, de lunes a viernes, dos horas diaria, de las 10:00 a las 12:00 horas, a partir del ingreso del recién nacido seleccionado y hasta el momento de su egreso al cubículo de crecimiento y desarrollo, acontecido el 30 de agosto del presente año.

Durante el tiempo en que se efectuó el Proceso de Enfermería, se estableció una comunicación estrecha con el personal de enfermería de la institución que labora en dicho servicio, con el objeto de que conjuntamente se determinaran tanto el plan de cuidados, como su ejecución y evaluación, a la vez de que existiera continuidad en los diferentes turnos de enfermería respecto al mismo proceso; esta comunicación se llevó a cabo de manera verbal y escrita registrada en el Kardex respectivo, para que al día siguiente se pudiera hacer una evaluación al plan de cuidados y a la ejecución del mismo, para ratificarlo o rectificarlo en las próximas horas.

I.- MARCO TEORICO

1.- GENERALIDADES DEL PROCESO DE ENFERMERIA

1.1.- PERSPECTIVA HISTORICA DEL PROCESO DE ENFERMERIA

El término Proceso de Atención de Enfermería (PAE) fue introducido por primera vez en 1995 por Hall; desde entonces varias enfermeras han descrito de manera diferente el proceso.

En 1963 Widenbach, planteó que el proceso de enfermería constaba de tres etapas: identificar la ayuda necesitada, administrar la ayuda y verificar que la ayuda fue otorgada.

Virginia Henderson en 1965, planteó que el proceso de enfermería era el mismo que el de las etapas del método científico.

En 1965 McCain, introduce por primera vez el término valoración. Para valorar utilizó como marco las capacidades funcionales del cliente. Recogió y registró datos objetivos del cliente.

Knowles en 1967, describió la actividad de enfermería: descubrir, investigar, decidir, hacer y discriminar. Las enfermeras recogen datos en las dos primeras fases.

WICHE (Western Interstate Commission on Higher Education) en 1976, enumeró las etapas del proceso de enfermería como percepción y comunicación, interpretación, intervención y discriminación.

El concepto de diagnóstico de enfermería se desarrollo entre los años de 1950-1960, se aplicó a la identificación de los problemas o necesidades del cliente; este término no fue aceptado fácilmente (aunque muchas enfermeras lo consideraron básico para la enfermería profesional.)(1), en virtud de pensar que era igual al diagnóstico médico y por lo tanto no debería emplearse este término. En el presente trabajo se abordan las características del diagnóstico de enfermería en su respectivo rubro.

En 1973, Gebbie y Lavin de la Escuela de Enfermería de la Universidad de San Luis, ayudaron a organizar la primera conferencia sobre la clasificación de los diagnósticos de enfermería. Aquí se definió el término de diagnóstico de enfermería como "La conclusión o juicio que tiene lugar como resultado de la valoración de enfermería" (Gebbie y Lavin, 1975). A partir de entonces las conferencias se vienen realizando cada dos años.

En 1982 el grupo de la conferencia aceptó el nombre de North American Nursing Diagnosis Association (NANDA), reconociendo la participación y aportación de enfermeras canadienses. Actualmente este grupo ha establecido y aceptado alrededor de 100 (cien) categorías diagnósticas (NANDA, 1990).

En 1980, la ANA Standards of Nursing Practice declaró que "La enfermería es el diagnóstico y el tratamiento de las respuestas humanas ante los problemas actuales y potenciales"; esta asociación consideró claramente que diagnosticar era una función de enfermería, aunque la gente no estuviera habituado a ello y creyera que esto es exclusivo del médico.

En 1982, el National Council of State Boards Nursing, definió y describió cinco etapas del proceso de enfermería: valoración, análisis, planificación, ejecución y evaluación.

En la literatura española, los diagnósticos de enfermería aparecieron en la década de los ochenta. La asociación Española de Enfermería Docente (AEED), inició en 1988 una política de apoyo a la difusión del trabajo de la NANDA, impartiendo una serie de temas por la profesora Carpenito, autora de varios libros y miembro de la NANDA; al mismo tiempo llevaba a cabo un seminario de trabajo para la discusión y traducción del listado de la Taxonomía I. (2)

Actualmente la AEED ha formado un nuevo grupo de trabajo, tomando como base la tarea previa ha elaborado un documento que pretende:

- 1.- Dar a conocer el trabajo y funcionamiento de la North American Nursing Diagnosis Association.
- 2.- Situar los diagnósticos en el contexto en el que fueron concebidos, esto es dentro del proceso de atención de enfermería.
- 3.- Aclarar la relación existente entre los diagnósticos de enfermería y los modelos de enfermería.
- 4.- Identificar los beneficios que pueden derivarse de su uso en los distintos ámbitos de la profesión: asistencia, gestión e investigación.

2.- COMPONENTES DEL PROCESO DE ENFERMERIA

El proceso de Enfermería (PE) es un método sistemático y racional de planificar y proporcionar cuidados de enfermería, cuyo objetivo es identificar las necesidades de salud actuales y potenciales del cliente, elaborar planes para solucionar las necesidades identificadas actuando de forma específica para resolverlas.

Se define como cliente a: "una persona que requiere los consejos o servicios de aquellos que están calificados para proporcionarlos. El término cliente al receptor como un colaborador en lo que respecta a su propia salud y no como un ser pasivo, es decir, el cliente es la persona que también se responsabiliza" (3).

Para desarrollar un PE, deben participar al menos dos personas: el cliente y la enfermera, considerando que el cliente puede ser un individuo, una familia o una comunidad.

La enfermera que lleva a cabo un PE requiere de capacidades intelectuales, técnicas y de relación: en la capacidad de relación se incluyen la comunicación, expresión de interés, comprensión, conocimientos, etc. respetando la individualidad del cliente, promocionando la integridad familiar y que favorezca la autosuficiencia de la comunidad. Las capacidades técnicas se manifiestan a través del uso de aparatos y aplicación de protocolos: las intelectuales engloban la resolución de problemas, el pensamiento crítico.(4)

El proceso de enfermería consta de cinco etapas: valoración, diagnóstico, planificación, ejecución y evaluación.

- La *valoración* consiste en recopilar, verificar y organizar los datos del cliente (desde diferentes puntos de vista: físico, emocional, social, espiritual), esto se lleva a cabo a través de la observación, comunicación y la entrevista, constituyendo una base elemental para las demás etapas del proceso de enfermería.
- El *diagnóstico* de enfermería constituye una relación de las alteraciones actuales y potenciales del nivel de salud del cliente.
- En la *planificación*, la enfermera establece acciones específicas de cada diagnóstico, jerarquizando las necesidades y estableciendo objetivos de su intervención.
- La *ejecución* consiste en llevar a cabo el plan de cuidados; durante esta etapa, la enfermera continúa recabando datos y valida el plan realizado.
- En la *evaluación* se valora la respuesta del cliente a la intervención de la enfermera.

3.- Kozier op. cit. p.p. 10

4.- Kozier op. cit. p.p. 181-185

Las cinco fases del proceso de enfermería están íntimamente ligadas; cada fase debe actualizarse continuamente de acuerdo a los cambios en la situación, ya que la salud no es estática y por tanto, el PE es un proceso dinámico que constituye la respuesta a la salud del cliente.

CARACTERISTICAS DEL PROCESO DE ENFERMERIA

- El sistema es abierto, flexible y dinámico.
- Individualiza el acercamiento a las necesidades particulares de cada cliente.
- Es planificado.
- Está dirigido hacia las metas.
- Es flexible para encontrar las necesidades particulares del cliente, la familia o la comunidad.
- Permite ser creativos a la enfermera y al cliente en la resolución del problema planteado.
- Es interpersonal, requiriéndose que la enfermera tenga una comunicación directa y persistente para encontrar las necesidades del cliente.
- Es cíclico, como las etapas guardan interrelación, no existe un principio o un final absoluto.
- Resalta el feedback, que conduce a la comprobación del problema o a la revisión del plan de cuidados.
- Es aplicable universalmente. (5)

VENTAJAS DEL PROCESO DE ENFERMERIA

Ventajas para el cliente

- Calidad en el cuidado.- La evaluación continua del proceso y la reconsideración de los cambios en las necesidades del cliente, aseguran una intervención de la enfermera apropiada de calidad.

- Continuidad en el cuidado.- Al tener el plan por escrito, permite que todas las personas implicadas en el cuidado tengan acceso al mismo y se evita que el cliente esté repitiendo información.

- Participación del cliente en el cuidado de su salud.- Permite que los clientes desarrollen sus capacidades para su autocuidado y por tanto ayudan en el alcance de metas.

Ventajas para la enfermera

- Adecuación constante y sistemática.

- Satisfacción en el trabajo.- Las actividades del profesional están basadas en una identificación correcta de los problemas del cliente, lo que permite planear acciones adecuadas, favoreciendo la coordinación y evita el trabajo por ensayo-error, lo que conlleva a una satisfacción cuando se logran los objetivos.

- Crecimiento profesional.- Por medio de la evaluación, la enfermera va adquiriendo experiencia y capacidad respecto a los cuidados que son efectivos y los que tienen que adaptarse para cubrir las necesidades del cliente.

- Evita acciones legales.- Evita consecuencias legales adversas cuando aplica cuidados de enfermería previamente establecidos a través de todas las fases del proceso.

- Alcanzar los modelos de enfermería profesional.- El aprendizaje y la realización del proceso de enfermería sobre los cuidados del cliente, es un requisito básico para la aptitud de la enfermería profesional, por esto, el proceso de enfermería es un marco para la responsabilidad de las enfermeras.

UN MARCO DE RESPONSABILIDAD

Responsabilidad es la condición de responder y ser responsable de conductas específicas que son parte del rol profesional; el proceso de enfermería proporciona un marco en este sentido y eleva al máximo la responsabilidad ante los criterios de cuidado. Los profesionales son responsables ante el cliente, ante el resto de los profesionales y ante sí mismo. El proceso otorga una gran responsabilidad en todas las áreas y la enfermera responde de sus actividades en las cinco fases del proceso.

En la valoración.- La enfermera es responsable de la obtención de datos, debiendo

distinguir entre datos conflictivos, no exactos o parciales.

En el diagnóstico.- Es responsable sobre el análisis que hace de la información recogida, con lo cual emite un diagnóstico acerca de los problemas de salud del cliente, tomando en cuenta ampliamente los antecedentes socio-culturales.

En la planificación.- La responsabilidad en esta fase implica prioridades, establecer objetivos del cliente previendo sus respuestas y planificando actividades, lo cual incorpora un plan de cuidados que es válido para todas las enfermeras implicadas; en esta fase la enfermera debe garantizar que son tomadas en cuenta las prioridades del cliente.

En la ejecución.- La enfermera responde de todas sus acciones cuando aplica cuidados; estas acciones se pueden realizar directamente, en colaboración con otros o delegarse y aún cuando esto último suceda, el profesional sigue siendo responsable de la acción delegada, así como del hecho de delegar.

En la evaluación.- La enfermera es responsable del éxito o fracaso de sus acciones, estableciendo el grado en el cual se han alcanzado los objetivos; debe tener la capacidad para explicar el porqué un objetivo no se ha logrado y qué fase o fases del proceso requieren cambios y por qué.

2.1.- VALORACION

La valoración es la primera etapa del proceso de enfermería; incluye la obtención de datos y la confirmación, lo cual es necesario para poder hacer un diagnóstico de enfermería y está presente en cada una de las fases del proceso. *"La valoración es una parte de cada actividad que la enfermera hace para y con el paciente"* (Stkinson y Murray, 1986).(6)

La valoración establece una serie de datos sobre la respuesta del cliente en todas las áreas de la vida diaria como la salud, preocupaciones biofísicas, emocionales, socioeconómicas, culturales y religiosas.

La obtención de datos es el proceso sistemático y continuo para obtener información sobre el nivel de salud del cliente. Al ser un proceso sistemático disminuye en gran medida la posibilidad de omitir datos significativos y por ser continuo permite la actualización, manifestando los cambios en el estado de salud del cliente.

En la valoración participan activamente el cliente y la enfermera; el cliente puede ser una persona, una familia o una comunidad.

Para construir una base de datos exactos y evitar una conclusión prematura, la enfermera tiene que confirmar las presunciones tomando en cuenta los aspectos físicos y emocional del paciente.

Los datos pueden ser objetivos y subjetivos. Los objetivos son aquellos que se pueden observar o verificar con criterios establecidos a través de los sentidos (signos), como por ejemplo la tensión arterial, la coloración de la piel, etc. Los datos subjetivos son evidentes únicamente para la persona afectada (síntomas) y son obtenidos durante la realización de la historia de enfermería, al igual que la información proporcionada por los familiares y otros profesionales. Los datos también pueden clasificarse en variables e invariables; los primeros son aquellos en los que la información obtenida no es constante, por ejemplo la tensión arterial puede variar de un día para otro; los datos invariables son aquellos que no cambian y un ejemplo de estos puede ser la fecha de nacimiento.

Los datos deben ser concisos y la enfermera tiene que resumir la información obtenida con un lenguaje científico correcto.

FUENTES DE DATOS

Pueden ser primarios y secundarios. El cliente se considera como fuente primaria, mientras que en la secundaria se encuentran los allegados, otros profesionales de la salud, la historia, otros registros y bibliografía sobre el tema.(7)

- El cliente.- Es la principal fuente de datos, a excepción de que esté muy grave, sea muy pequeño o que esté desorientado y no pueda comunicarse. Proporciona información subjetiva que solamente él puede hacerlo.

7.- Alfaro, Rosalinda. *APLICACION DEL PROCESO DE ENFERMERIA* , 2a edición. Ediciones. Doyma, Barcelona, España. 1995

- **Los allegados.**- Aquí se encuentran familiares y amigos, los cuales pueden dar información respecto del cliente, para complementar o verificar esta, por lo tanto, representan una fuente importante de datos, mayormente en los casos en los cuales por diversas situaciones no existe una comunicación directa con el cliente.

- **Los profesionales de la salud.**- Las enfermeras, médicos, fisioterapeutas, trabajadores sociales, etc., pueden proporcionar información por medio de sus contactos previos o actuales con el cliente.

- **La historia.**- Representa una fuente de información sobre los patrones de salud y enfermedades anteriores del cliente; siempre se debe considerar si los datos registrados en la historia son apropiados para el momento actual.

- **Otros registros.**- En algunos casos, la enfermera puede utilizar los resultados de laboratorio para controlar la eficacia de las medidas de enfermería, tales como las enseñanzas respecto a la dieta y la toma de medicamentos. Cualquier dato de laboratorio de un cliente, debe ser comparado con las cifras normales de ese análisis tomando en cuenta la edad, el sexo y demás.

- **Bibliografía.**- Una revisión bibliográfica puede proporcionar información adicional a la base de datos y debe incluir entre otras cosas:

- Criterios establecidos para comparar algunos datos como el peso, la talla y el grado de desarrollo considerado normal para determinado grupo de edad.

- Hábitos de salud, culturales y sociales.

- Creencias espirituales.

- Datos adicionales que requiere la valoración.

- Actuación de la enfermera y criterios de evaluación para el problema de salud del cliente.

- Información sobre diagnóstico, tratamiento y pronóstico médico.

MÉTODOS PARA LA RECOLECCIÓN DE DATOS

Los principales son: la observación, la entrevista, la consulta y la exploración.

- *La observación.*- Observar consiste en obtener información a través de los cinco órganos de los sentidos. La observación es una técnica consciente e intencionada, la cual se desarrolla a través del esfuerzo y de un enfoque organizado, por lo tanto, la observación implica discriminar entre estímulos.

Para no perder datos importantes, la observación debe organizarse, por ejemplo.

- Signos clínicos de alteración del cliente (palidez, enrojecimiento, fatiga, etc.).
- Los riesgos en la seguridad del cliente, como por ejemplo el barandal de una cama bajado.
- El funcionamiento del material y equipo.
- Su medio inmediato, incluyendo a las personas que se encuentran con él.

- *La entrevista.*- Consiste en una comunicación planificada o una conversación con una finalidad; algunos objetivos de esta, serían recabar información, identificar problemas, educar, evaluar cambios, etc.

La entrevista puede ser dirigible o no dirigible. La directa está muy estructurada y se obtiene una información específica y se utilizan generalmente para recabar y proporcionar información en un tiempo limitado. En la entrevista no dirigible la enfermera permite al cliente controlar el propósito, el asunto del tema y llevar el paso; este tipo se utiliza para resolver los problemas, aconsejar y valorar la realización. La combinación de ambos tipos de entrevistas resulta de utilidad para obtener información.

Respecto al tipo de preguntas que pueden utilizarse en la entrevista, estas pueden ser abiertas o cerradas y neutras o dirigidas. Las preguntas cerradas utilizadas en las entrevistas dirigibles son restringidas y por lo general requieren de respuestas cortas que dan información específica; estas preguntas comienzan por: "cuándo", "donde", "quién", "qué", "haces (hizo, hace)", "es (son, era)" y a veces "cómo"; la persona que tiene problemas de comunicación encontrará más fáciles de contestar este tipo de preguntas.

Las preguntas abiertas invitan al cliente a hablar sobre lo que ellos quieran y a dar respuestas más amplias; sin embargo la principal desventaja es que el cliente puede emplear mucho tiempo en dar información poco relevante; generalmente el cuestionario empieza con "qué" o "cómo".

La enfermera debe planificar la entrevista para revisar la información que pueda ser de utilidad; en este aspecto se debe tomar en cuenta el tiempo en que se va a realizar dicha entrevista, el lugar y la posición que adopte la enfermera con respecto al cliente.

Es importante mencionar que la entrevista tiene tres fases que son: la introducción o apertura, el cuerpo o desarrollo y el cierre.

-Introducción.- Esta fase consiste en establecer una buena relación y orientación con el cliente; generalmente no se puede distinguir una etapa de la otra porque son simultáneas.

El establecimiento de buenas relaciones es el proceso de crear buena voluntad y confianza y se puede iniciar con el saludo y sobre preguntas de la misma persona, familia, etc., pero sin excederse, ya que esto generaría angustia por parte del cliente.

La fase de orientación consiste en explicar el objetivo de la entrevista y que tiene derecho o no a facilitar los datos que quiera y qué destino tendrá esa información proporcionada.

- Cuerpo.- En el desarrollo a través de las preguntas que realiza la enfermera, el cliente manifiesta sus pensamientos y percepciones. El paso de la etapa anterior a esta, se facilita empleando preguntas abiertas-cerradas, fáciles de contestar y que no le generen angustia, requiriéndose, además, del uso adecuado de técnicas de comunicación por parte de la enfermera, para que la entrevista resulte productiva.

- El cierre.- Normalmente la enfermera da por terminada la entrevista cuando ha obtenido la información requerida, aunque en ocasiones el cliente es quien la termina: esto es cuando no quiere proporcionar más información o cuando se siente cansado. En esta fase es importante continuar con las buenas relaciones, para facilitar posibles encuentros futuros.

Pautas de comunicación en la entrevista:

- Escuchar atentamente y hablar claro y despacio.
- Utilizar un lenguaje entendible por el cliente y aclarar puntos que no comprenda.
- Planificar las preguntas para que tengan una secuencia lógica.
- Preguntar sólo una cosa a la vez.
- Dar oportunidad al cliente de ver las cosas tal y como le parecen a él y no como las vea el entrevistador.
- No imponer al cliente los valores propios del que entrevista.
- Evitar usar ejemplos personales.
- Expresar no verbalmente respeto, interés y aceptación.
- Utilizar y aceptar el silencio para ayudar al cliente a pensar o a organizar los pensamientos.
- Utilizar el contacto con la mirada y estar tranquilo y sin prisa.

LA EXPLORACION FISICA

Las enfermeras realizan las valoraciones físicas para obtener los datos y objetivos, para complementar la fase de reconocimiento del proceso de enfermería.

La valoración física se hace sistemáticamente. Normalmente la enfermera registra una impresión general sobre el aspecto del cliente y de su estado de salud. Ejemplo: edad, talla, estado mental y nutricional, el habla y la conducta, así como el registro de los signos vitales. La enfermera puede realizar un reconocimiento físico cefalocaudal, empezando por la cabeza, se continúa con el cuello, tórax, abdomen y las extremidades para terminar con los pies. También la enfermera puede hacer esta exploración utilizando un planteamiento de sistemas del organismo. En ocasiones puede ser necesario resolver un problema del cliente antes de completar el examen. Los datos que se obtienen en este examen se comparan con los modelos ideales, como pueden ser la altura, el peso, las normas para la temperatura normal o los niveles de tensión arterial.

Para realizar el examen, la enfermera utiliza técnicas de inspección, auscultación, palpación y percusión.

ORGANIZACION DE LOS DATOS OBTENIDOS

La historia de salud de enfermería o más recientemente denominado reconocimiento de enfermería, es un método sistemático de recopilación de los datos descados sobre el cliente. El propósito de una valoración de enfermería es recopilar la máxima información sobre el cliente para identificar sus problemas y planear las actuaciones de enfermería.

Existen muchos modelos y marcos de enfermería que guían la recopilación de los datos a través de métodos estructurados de reconocimiento. Un ejemplo es el método de Virginia Henderson, el cual se abordará posteriormente en el presente trabajo.

2.2.- DIAGNOSTICO

El término de Diagnóstico de Enfermería (DdE) apareció por primera vez en la literatura anglosajona al inicio de la década de los cincuenta; en ese entonces el proceso de enfermería contaba con cuatro etapas (valoración, planificación, ejecución y evaluación) y posteriormente se agrego el diagnóstico.

El haber incluido el diagnóstico en el proceso de enfermería ha hecho posible que los profesionistas de enfermería analicen y sintetizen los datos que se obtienen de la valoración, para que con ello, las actividades clínicas se enfoquen a la identificación y manejo de problemas y no al manejo de los síntomas como se hacía previamente; estas fueron las causas por las que en 1973 se llevó a cabo la Primera Conferencia Nacional para la clasificación de los Diagnósticos de Enfermería en los Estados Unidos Americanos; posteriormente en España (1988) se inicia una política de apoyo sobre ese tema.

En 1990 la NANDA, definió el diagnóstico de enfermería de la siguiente manera: "El diagnóstico de enfermería es un juicio clínico sobre las respuestas del individuo, familia o comunidad a los problemas actuales o potenciales de salud/procesos de la vida. Los diagnósticos de enfermería aportan las bases para la selección de las actuaciones de enfermería, para conseguir los resultados por los que la enfermera es responsable" (KOZIER, 1994)

El formular un diagnóstico y su proceso, requiere del conocimiento adquirido a través del estudio y la práctica metódica, no se realiza espontáneamente, sino que implica unas fases sucesivas del proceso de enfermería

La habilidad con que se elaboren los diagnósticos de enfermería depende de la capacidad para ser metódico, sistemático, lógico y riguroso, para con ello, formular un juicio clínico sobre las respuestas del individuo, familia o comunidad, a los procesos vitales/problemas de salud reales o potenciales que proporciona la base para la selección de las intervenciones para lograr los objetivos de los que la enfermera es responsable.

Características del diagnóstico de enfermería.

- Describe la respuesta de una persona ante un problema, una situación o una enfermedad.
- Está enfocado al individuo.
- Varía según cambian las respuestas del cliente.
- Orienta las actividades de enfermería independientes: planificación, ejecución y evaluación.

- Es complementario al diagnóstico médico.
- El sistema de clasificación no está universalmente aceptado, varios sistemas están en desarrollo.
- Consta de dos partes, en las que se incluye la etiología cuando se conoce.

VENTAJAS DE USAR LOS DIAGNOSTICOS DE ENFERMERIA

- Facilitan la comunicación entre las enfermeras y con otros miembros del equipo de salud. Un diagnóstico identifica el estado de salud del cliente, sus fuerzas y sus problemas de salud.
- Fortalecen el proceso de enfermería y dirigen la planificación de las actividades independientes de enfermería.
- Ayudan a identificar el foco de una actividad de enfermería y facilitan el análisis de los compañeros y los programas de control de calidad. *El análisis de los compañeros* es la valoración de la práctica de la enfermera, la educación o la investigación por colaboradores del mismo rango. *El control de calidad* es la confrontación de los servicios de enfermería aportados y los resultados obtenidos con el modelo establecido.
- Facilitan la participación de enfermería cuando un cliente se translada de una unidad hospitalaria a otra o del hospital a su casa; también guían la planificación de las intervenciones de enfermería que el cliente precisa después de la salida.
- Favorecen la comprensión de la atención sanitaria identificando, legalizando y respondiendo a los problemas específicos de salud.

EL PROCESO DE DIAGNOSTICO

Consiste en analizar y sintetizar. Analizar consiste en separar un todo en sus componentes y sintetizar es lo contrario, es decir, es conjuntar las partes en un todo.

El proceso de diagnóstico tiene tres fases principales:

- Procesamiento de los datos.
- Determinación del nivel de salud del cliente.
- Formulación del diagnóstico.

Procesamiento de datos.- Consiste en interpretar los datos recogidos e implica:

- La organización.
- La comparación con los estándares.
- La asociación.
- La identificación de omisiones e incoherencias o contradicciones de los datos.

La organización de los datos.- Después de la obtención de los datos, estos necesitan ser clasificados en un marco útil para la enfermera y para quienes puedan tener accesos a ellos.

La comparación de los datos con los estándares.- La enfermera los compara con una gran variedad de estándares como son los signos vitales normales, resultados de laboratorio, tablas de crecimiento, etc.; también utiliza conocimientos psicológicos, fisiológicos y sociales, así como su experiencia previa.

Agrupación de datos.- Este proceso está influenciado por los conocimientos científicos previos de la enfermera, por su experiencia dentro de la profesión y por el concepto que se tenga de la enfermería. Con base en esto, la enfermera puede agrupar los datos por inducción y formar un patrón.

La agrupación de los datos incluye el hacer deducciones.- Una deducción es el juicio de la enfermera o la interpretación de las señales; estas deducciones se hacen a través del proceso de diagnóstico.

FORMULACION DEL DIAGNOSTICO

En esta etapa final la enfermera formula una relación causal entre el problema de salud y los factores asociados. Estos factores pueden ser sociales, ambientales, psicológicos o espirituales, tomando en consideración que en un problema de salud intervienen más de uno de ellos.

El diagnóstico de enfermería puede ser: real, potencial o posible.

REAL.- Un diagnóstico real describe la categoría diagnóstica que ha validado la enfermería, debido a las características de definición principal de signos y síntomas, es decir, reúne todos los datos que confirman su existencia.

POTENCIAL.- Describe un estado alterado que se puede presentar si no se ordenan o se ponen en práctica ciertas intervenciones de enfermería.

POSIBLE.- Este diagnóstico describe un problema que la enfermera sospecha, pero que requiere la compilación de datos adicionales para confirmarlo o descartarlo.(9)

9.- Alfaro, Rosalinda. APLICACION DEL PROCESO DE ENFERMERIA . 2a edición. Ediciones, Doyma, Barcelona, España, 1995 p.p. 77-79

FORMATO DEL DIAGNOSTICO DE ENFERMERIA

Existen tres componentes esenciales de los planteamientos diagnósticos de enfermería, los cuales se denominan como formato PES (Gordon, 1976), que deben ser considerados cuando se desarrollen nuevas categorías diagnósticas o cuando se escriban diagnósticos para clientes específicos, estos componentes son:

- Los términos que describen el problema (P). Este se refiere al título diagnóstico, es una descripción del problema (real o potencial) del cliente, en donde se describe su estado de manera clara y concisa.
- La etiología del problema (E) o los factores contribuyentes. Identifica una o más de las causas probables del problema de salud y proporciona una dirección a la terapia de enfermería requerida. En la etiología se pueden incluir las conductas del cliente, los factores del entorno mental o ambos.
- Las características definidas o los grupos de signos y síntomas (S). Sus características definidas las cuales son el criterio clínico que representa el diagnóstico (real o potencial). Las características de definición para los diagnósticos reales de enfermería son un síntoma o signo aislado o un conjunto de signos o síntomas. Las categorías con estudios de validación clínica tienen síntomas y signos mayores que representan el 80% de las veces y signos y síntomas menores que ocurren en el 50% de las ocasiones.

En la categoría mayor se incluyen signos y síntomas que deben estar presentes para validar el uso de un diagnóstico; la clasificación menor se refiere a las características que deben estar presentes en muchos, pero no en todos los individuos, pero no por ello son menos graves que las mayores.

ENUNCIADOS DIAGNOSTICOS

El enunciado diagnóstico describe el estado de salud del cliente y los factores que han contribuido en dicho estado.

Se pueden escribir diagnóstico de enfermería de dos o tres partes.

* El planteamiento diagnóstico de enfermería de dos partes consta de:

- a) El problema (P).- Planteamiento de la respuesta del cliente.
- b) La etiología (E).- Factores contribuyentes a causas probables de las respuestas.

Las dos partes están unidas por las palabras en relación con o asociado a más que debido a, ya que las primeras implican una relación.

* El planteamiento diagnóstico de tres partes (diagnóstico real) incluye:

- a) El problema (P).
- b) La etiología (E).
- c) Los signos y los síntomas (S).

Los diagnósticos actuales de enfermería de tres partes, se pueden plantear utilizando con relación a y dicho por; los signos y síntomas pueden escribirse después del planteamiento diagnóstico unido por las palabras dicho por o evidenciado por.

En el caso de considerar un diagnóstico posible, se anunciaría citando primero el nombre o etiqueta diagnóstica precedido de la palabra posible y relacionado con la etiología, sin añadir las características definitorias o posibles.

Cuando se presenta un diagnóstico posible, de deben recolectar más datos para confirmar o refutar dicho diagnóstico.

En la etapa del diagnóstico los problemas que con mayor frecuencia se presentan son:

- Escribir la respuesta del cliente como una necesidad en lugar de como un problema.
- Usar planteamientos de juicio mental.
- Situar la etiología antes de la respuesta del cliente.
- Usar planteamientos que no aporten ninguna dirección a los planes de actuación independientes de enfermería.
- Usar terminología médica en vez de terminología de enfermería.
- Comenzar el diagnóstico con una actuación de enfermería.
- Usar un sólo síntoma como respuesta del cliente.
- Cuando se identifica un problema que no puede ser enunciado como un diagnóstico de enfermería, necesitando de la cooperación de otros profesionales para validar y tratar dicho problema. Carpenito lo define como problemas interdependientes y L. Riopelle como problemas colaborativos y de vigilancia.

- Cuando el diagnóstico es evidente pero no se conoce la etiología; en este caso se formula el diagnóstico escribiendo la etiqueta diagnóstica, relacionado con etiología desconocida.

Se debe evitar obtener datos irrelevantes, ya que esto estorba la capacidad de la enfermera para procesar información.

El abuso de la intuición y la deducción prematura es otro error en el cual no debe caerse; se debe estar consciente que si se comete un error diagnóstico puede perjudicar al usuario, por lo tanto, la etapa del diagnóstico es la clave, ya que si se realiza correctamente facilita la jerarquización de los problemas, la selección de los objetivos y la determinación de los cuidados adecuados en cada caso.

LA TAXONOMIA DE LOS DIAGNOSTICOS DE ENFERMERIA

La taxonomía es un sistema de clasificación de los grupos, clases o conjuntos.

Las ventajas de a taxonomía en el diagnóstico de enfermería son:

- Los diagnósticos de enfermería promueven la responsabilidad profesional y la autonomía por medio de la práctica de enfermería.
- Proporcionan un vínculo de relación de la enfermera con otros profesionistas del área de salud.
- Aportan un principio de organización para la construcción de una investigación significativa, para dar validez a las actuaciones de enfermería, además el organizar los datos de esta manera facilitaría el análisis a través de sistemas computacionales.

El desarrollo de la taxonomía de los diagnósticos de enfermería es un proceso que está en marcha, ya que se sigue revisando cada categoría diagnóstica, al igual que se incluyen otras no contempladas previamente.

2.3.- PLANIFICACION

La planificación es la tercera etapa del proceso de enfermería y en este contexto se define como el proceso de diseñar las intervenciones de enfermería que son necesarias para prevenir, disminuir o eliminar los problemas de salud que fueron identificados durante el diagnóstico.(10)

El proceso de planificación utiliza:

- a) Los datos obtenidos durante la valoración.
- b) Los enunciados de los diagnósticos que presentan los problemas de salud (reales y potenciales).

COMPONENTES DE LA PLANIFICACION

Tiene seis componentes:

- Establecer propiedades.
- Fijar los objetivos del cliente y los criterios de resultado.
- Planificar las estrategias.
- Redactar las órdenes de enfermería.
- Registrar el plan de cuidados.
- Consulta.

Establecer prioridades

Se define como el proceso de establecer un orden preferencial para las estrategias; para poder llevar a cabo esto, se requiere que la enfermera ordene los diagnósticos de enfermería por orden de preferencia; a este respecto, los diagnósticos se pueden agrupar según la prioridad en alta, media y baja; sin embargo, esto no significa que aquellos de alta prioridad se tengan que resolver antes de considerar otros, ya que se pueden resolver en forma parcial y terminarse posteriormente, de manera simultánea, con otro diagnóstico de menor prioridad; el utilizar un marco teórico o un modelo de enfermería facilita este proceso.

El fijar prioridades está influenciado por los siguientes elementos:

- La percepción de prioridades del propio cliente/paciente.
- El plan general de tratamiento.
- El estado general de salud del cliente.
- La presencia de problemas potenciales.

En el primer caso se refiere a la percepción que el paciente tiene sobre su situación, lo cual significa que cuando la situación implica un determinado riesgo vital, la enfermera debe razonar, si es posible, con el paciente el orden de prioridades más acorde a su situa

ción; cuando esto no es posible la enfermera es quien toma las decisiones; si no existe un riesgo vital el paciente es quien toma las decisiones sobre su cuidado y el orden en el mismo.

Tienen mayor prioridad los problemas que amenazan la vida como lo son la pérdida de las funciones respiratoria y cardíaca; los problemas que amenazan la salud generalmente tienen una prioridad media, mientras que las necesidades del crecimiento no son necesarias para sostener la vida. Las prioridades deben cambiar a medida que cambian los problemas y la terapia.

Fijar los objetivos del cliente y los criterios de resultados: Los objetivos pueden reflejar restauración, mantenimiento o promoción de la salud y estos se establecen en términos de conducta deseada por el cliente y no de actividades de la enfermera.

Los objetivos del cliente son los cambios deseados después de la intervención de la enfermera y deben enunciarse con verbos como incrementar, disminuir, mejorar, desarrollar, etc.

Los propósitos de los objetivos del cliente son proporcionar una dirección para planificar las actividades de enfermería y que se cumplan los objetivos, así como establecer criterios de evaluación que midan la eficacia de la intervención.

Los objetivos del cliente derivan de la primera parte del diagnóstico de enfermería, es decir, de la identificación de la respuesta del cliente, siendo los a corto plazo los que más se utilizan, debido a que una gran cantidad de tiempo de la enfermera se centra en necesidades inmediatas del cliente y por ende, pueden evaluar el progreso del cliente; los objetivos a largo plazo son utilizados en clientes con problemas crónicos.

Los criterios de resultado son necesarios para especificar el resultado, estos son afirmaciones que describen las respuestas del cliente en forma específica, observable y cuantificable y van a determinar si el objetivo se ha alcanzado o no: estos criterios tienen cuatro finalidades:

- Dirigir las actividades de enfermería.
- Proporcionar tiempo para planificar las actividades.
- Servir como criterios de evaluación de la evolución hacia el logro del objetivo.
- Hacer que la enfermera y el cliente sean capaces de determinar cuándo se ha resuelto el problema.

Componentes de los criterios de resultado.

Generalmente tienen todos o la mayor parte de los siguientes componentes:

- **Sujeto.-** El sujeto, el nombre, es el cliente o una parte de él o un atributo suyo como puede ser el pulso o la diuresis.
- **Verbo.-** Indica una acción que el cliente va a desarrollar. Se utilizan verbos que incluyan una conducta observable como administrar, demostrar, observar, etc.
- **Condiciones o modificaciones.-** Deben añadirse al verbo para especificar las condiciones en las que se va a desarrollar la conducta; explican el qué, dónde, cuándo o cómo.
- **Criterios de actuación deseados.-** Indica el estándar por el que se evalúa la actuación; este puede ser tiempo, velocidad, exactitud, distancia y calidad.

Pautas para enunciar objetivos y criterios de resultado.

Estas pueden ayudar a la enfermera a anotar los objetivos y criterios de resultado.

- * Escribirlos en términos de conducta del cliente; cada uno comenzará con: "el cliente podrá", esto ayuda a ubicarse en lo que el cliente logrará cuando se alcancen los criterios de resultado, basado en lo que él hará y no en lo que haga la enfermera, por lo tanto deben evitarse verbos como capacitar, facilitar, permitir, ya que indican lo que la enfermera espera lograr.
- * Asegurarse que el enunciado del objetivo es adecuado para el diagnóstico de enfermería y que los objetivos de resultado son adecuados para el objetivo.
- * Comprobar que las metas son realistas con las capacidades y las limitaciones internas y externas del cliente, estableciendo límites de tiempo siempre que esté indicado. Las limitaciones internas se refieren a las condiciones físicas y psíquicas de la persona y mecanismos de defensa; las externas se relacionan con la economía, servicios sociales y apoyo familiar.
- * Asegurarse de que el cliente considere importantes los objetivos y los valores.

* Corroborar que los objetivos y los criterios de resultado son compatibles con la terapia y el trabajo de otros profesionales.

* Asegurarse de que cada objetivo se deriva de un sólo diagnóstico de enfermería.

* Utilizar palabras que indiquen posibilidades de observación o cuantificación al enumerar criterios de resultados, evitando palabras vagas que requieran la interpretación del observador.

Planificar las estrategias.

Las estrategias de enfermería se planean de acuerdo al diagnóstico específico para lograr los objetivos del cliente y eliminar o reducir la causa del diagnóstico de enfermería, cuando éste es potencial, la actuación debe centrarse en la reducción de los signos y síntomas.

La selección de estrategias de enfermería es un proceso de toma de decisiones e implican acciones alternativas que tengan probabilidad de solucionar el problema del cliente, tomando en consideración las consecuencias de cada una de ellas y para establecer esto, se requiere del conocimiento y la experiencia; al mismo tiempo, eligiendo una o más estrategias, siendo satisfactorias de tres a cinco para cada problema de salud, ya que más de ellas crea confusión.

Una vez que se han considerado las consecuencias de cada una de las alternativas, se elige una o más que se juzgan las más adecuadas y eficaces.

Criterios para la selección de estrategias.

- Aceptada por el cliente y adecuada a su edad y estado de salud.
- Realizable con los recursos existentes.
- Debe ser acorde a los valores y creencias del cliente.
- Congruente con otras terapias.
- Basarse en el conocimiento y experiencia de la enfermería o en el conocimiento de otras ciencias.

Redactar las órdenes de enfermería.

Las prescripciones de enfermería son las acciones específicas que la enfermera debe

realizar para ayudar al cliente a alcanzar los objetivos establecidos del cuidado de su salud.

El grado con que se especifica una prescripción depende de los conocimientos de la persona que va a ejecutarla y es recomendable que sean exactos al escribirlas.

Las prescripciones de enfermería incluyen cinco componentes:

* Fecha.- Cuando son redactadas y revisadas; esta revisión debe ser regular, dependiendo de las necesidades del cliente.

* Verbo.- Encabeza la prescripción y debe ser precisa, en algunas ocasiones agregándole un adverbio puede hacer que la indicación sea más precisa, por ejemplo: "vendar fuertemente en espiral la pierna derecha" es más específico que "vendar en espiral la pierna derecha".

* Contenido y área.- Contiene el dónde y el qué de la prescripción, tomando el ejemplo anterior, sería "vendar en espiral" y "pierna derecha", aclarando si el pie o los dedos del mismo deben quedar expuestos.

* Tiempo.- Contesta cuándo, durante, cuánto y cada cuándo.

* Firma.- Demuestra la responsabilidad de la enfermera y tiene un significado legal.

La prescripción de enfermería (planes) se pueden clasificar de la siguiente manera:

- Prescripciones para proporcionar un tratamiento de enfermería a un problema. En estas engloban la mayor parte de las prescripciones y son aquellas actividades que mantienen o recuperan los patrones habituales del cliente, eliminan o disminuyen los síntomas y previenen problemas agregados.

- Prescripciones para obtener datos adicionales que en ocasiones es necesario para definir mejor el diagnóstico de enfermería o para manejar un problema.

- Prescripciones para hacer extensiva la información sobre el tratamiento del problema para las personas de apoyo del cliente u otros miembros del equipo de salud.

Registrar el plan de cuidados de enfermería.

Es una guía por escrito que organiza la información sobre el cliente en un conjunto significativo y centra las actividades de enfermería necesarias para solucionar el problema diagnosticado y lograr el objetivo.

Los fines del plan son:

- * Proporcionar una atención individualizada al cliente.
- * Asegurar la continuidad del cuidado.- Un plan escrito implica la organización y comunicación de las actividades entre las enfermeras que asumen la atención.
- * Dirigir las anotaciones a realizar en las hojas de evolución.- Especifica qué observaciones hacer, las actividades que haya que realizar y las instrucciones que sean necesarias proporcionar al cliente y a la familia.
- * Ayuda a organizar el trabajo en el servicio.- Algunos aspectos acerca del cuidado del cliente pueden delegarse a otros trabajadores, cuando es necesario valorar la respuesta del cliente.

Documentación (registro) de los cuidados de enfermería.

El registro o anotación de los cuidados de enfermería es un requerimiento legal de todos los sistemas del cuidado de la salud. Las notas de enfermería son registros que posteriormente pueden presentarse como evidenciante un tribunal. Esta documentación proporciona la única prueba de que se han llevado a cabo los tratamientos médicos y de enfermería.

Existen dos tipos de anotaciones de enfermería: uno son las notas generales que se anotan en el momento del contacto inicial con el cliente y otro son las anotaciones centradas en el problema que se escriben sobre los problemas específicos. Los pacientes con problemas más agudos o complejos requieren de anotaciones de enfermería más frecuentes, profundas y completas.

El formato para las anotaciones de enfermería varía en cada institución y tipo de clientes que se manejen.

PAUTAS PARA REGISTRAR EL PLAN DE CUIDADOS DE ENFERMERIA

- Poner fecha y firma
- Utilizar como títulos "diagnósticos de enfermería", "objetivos", "prescripciones de enfermería", "evaluación" y los criterios para evaluar cada objetivo.
- Indicar qué objetivos están revisados a través de firma u otros métodos.
- Enumerar las prescripciones de enfermería para cada objetivo, ordenado por prioridades.
- Utilizar símbolos médicos o españoles estandarizados y palabras clave, mejor que frases completas para comunicar ideas.
- No incluir todos los pasos del procedimiento en el plan escrito. Los profesionales deben recurrir a los manuales de procedimientos o protocolos.
- Adaptar el plan a las características del cliente asegurándose que las elecciones de éste, como sus preferencias de horas para actividades o métodos utilizados, se incluyan; con esto, se refuerza la individualidad el cliente.
- Asegurarse de que el plan incluya aspectos de cuidado para prevenir problemas, promoción a la salud y rehabilitación.
- Incluir en el plan a las personas con las que la enfermera debe colaborar y coordinarse en las actividades.
- Incluir planes para el alta hospitalaria y las necesidades de cuidado en el domicilio.

CONSULTAR

Consultar es deliberar entre dos personas. Las enfermeras frecuentemente consultan con una diversidad del personal incluyendo otras enfermeras, durante todo el proceso de enfermería. El consultar implica buscar clarificación u opinión con respecto a los objetivos del cliente. (11)

Generalmente las enfermeras consultan para verificar los hallazgos (valoración), ejecutar cambios (diseño del plan) y obtener conocimientos adicionales.

El proceso de consulta consta de seis pasos:

- Identificar el problema.- Antes de consultar a alguien, la enfermera debe tener claro el problema, incluyendo las circunstancias que lo rodean.
- Recoger los datos pertinentes sobre el cliente, esto es, cuando se pretende consultar con alguien que no está relacionado con el cliente y se hace necesario obtener datos relevantes del problema.
- Seleccionar al consultar.- Se debe consultar con un profesional de la salud reconocido, que cuente con las habilidades y conocimientos requeridos.
- Comunicar el problema y la información pertinente.- La información a transmitir debe ser en forma clara y objetiva para que el consultor no se forme ideas preconcebidas, sino que tenga una información clara de la situación, debiéndose asegurar de que los datos proporcionados son objetivos y no interpretaciones.
- Comentar las recomendaciones con el consultor.
- Incluir las recomendaciones en el plan de cuidados del cliente. Después de ejecutar las recomendaciones, la enfermera necesita evaluar su eficacia y registrarla: si no son eficaces, puede ser necesario ver otra vez al consultor y realizar ajustes adicionales en el plan de cuidados de enfermería.

PLANIFICACION DE ALTA

La planificación del alta, es el proceso de prever y planificar las necesidades después del alta de un hospital o de otro centro, es parte fundamental de los cuidados sanitarios y debe incluirse en el plan de cuidados de cada cliente. Un plan de alta eficaz se inicia al ingreso de la persona, se continúa con la valoración sucesiva de las necesidades tanto del cliente como de la familia, hasta el alta. (12)

La enfermera puede ayudar eficazmente a los miembros de la familia a enfrentarse a lo que está sucediendo a su propia paso y estilo, así como a planear los problemas previstos, experimentando así una sensación de control y confianza.

También proporciona la oportunidad a la enfermera de identificar las necesidades de aprendizaje del cliente y la familia, pudiendo ser cubiertas estas necesidades a través de la enseñanza individualizada antes del alta o después de la misma por la enfermera de atención domiciliaria.

En cuanto sea posible, se debe iniciar la facilitación de recursos y otras acciones antes del día del alta, para que los preparativos para la llegada del cliente a su casa estén terminados, de tal manera que la ansiedad del cliente y de la familia sea mínima.

2.4.- EJECUCION

La ejecución también llamada actuación, consiste en llevar a cabo las estrategias de enfermería enumeradas en el plan de cuidados. Esta actuación, según Marriner (1983) implica llevar a cabo tanto las indicaciones médicas como las órdenes de enfermería.

Tipos de actividades de enfermería.

Para describir las actividades de enfermería, con frecuencia se utilizan las palabras dependiente, independiente y de colaboración.

Una actividad *INDEPENDIENTE* de enfermería es aquella que realiza la enfermera como resultado de su propio conocimiento y capacidad (Mundinger lo denomina "práctica autónoma de enfermería"). La enfermera determina que el cliente requiere ciertas actividades de enfermería y las lleva a cabo o las delega a otras enfermeras siendo ella responsable tanto de la decisión como de las actividades.

Bulecheck y McCloskey (1987) han identificado una taxonomía para las actuaciones de enfermería independientes. Una taxonomía es un grupo de clasificaciones que se ordenan y arreglan basándose en un principio único o en un grupo coherente de principios (Bloom, 1956).

Las actividades *DEPENDIENTES* de enfermería son aquellas que se realizan bajo la indicación o supervisión de un médico y de acuerdo a las rutinas establecidas; este tipo de actividades están relacionadas generalmente con la enfermedad del cliente y es de suma importancia que la enfermera las lleve a cabo, además de que las acciones que realiza ésta están asociadas con la prescripción.

Las actividades de enfermería *EN COLABORACION* son aquellas que se realizan conjuntamente con otros miembros del equipo de salud, como resultado de una decisión conjunta del equipo. (13)

La ANA describe la colaboración como "una interrelación verdadera, donde el poder de ambas partes se valora por igual, donde se reconoce y acepta la diferenciación de las áreas de actividades y responsabilidades, aunque sean complementarias, se salvaguardan los intereses legítimos de cada parte y los objetivos se reconocen por ambos lados" (ANA, 1980). Para que las actividades de colaboración sean efectivas, es necesario que las enfermeras tengan competencia clínica, confianza en sus conocimientos y capacidades y asumir la responsabilidad de sus actos.

El tiempo que la enfermera pasa en cada tipo de actividad depende del tipo de área clínica, el tipo de servicio y la posición específica de la enfermera.

PROCESO DE EJECUCION

Se incluye la actuación de la valoración del cliente, la validación del plan de cuidados, la determinación de las necesidades de apoyo, la aplicación de las estrategias y la comunicación de las actividades de enfermería. La valoración del cliente y la validación del plan de cuidados son procesos que se llevan a cabo en forma continua a lo largo de toda la ejecución.

*Actualización de la valoración del cliente.

Después de haber realizado la valoración en la primera fase del proceso de enfermería, la revaloración en las siguientes fases suele enfocarse a las necesidades y/o respuestas del cliente; a través de este mecanismo, la enfermera puede darse cuenta si las estrategias planificadas son apropiadas o no en ese momento y puede requerirse un cambio de las mismas y de las prioridades.

Tanto las actividades independientes como las dependientes y en colaboración deben aplicarse una vez que se ha valorado al cliente. La profesional debe mantener una estrecha comunicación con el cliente para aliviar su ansiedad y revisar el plan de cuidados en forma apropiada.

*Validación del plan de cuidados

El plan de cuidados no es fijo, sino flexible. Una vez recogidos los nuevos datos la enfermera compara el plan de cuidados existente y juzga si es válido aún o es imprescindible ajustarlo tomando en cuenta nuevas condiciones.

*** Determinación de las necesidades de apoyo**

En muchas ocasiones, la enfermera requiere de apoyo para poner en práctica las estrategias. Generalmente se necesita de apoyo por varias razones: porque una sola persona no puede desarrollar una actividad, porque es necesario más de una persona para disminuir el estrés del cliente y cuando el profesional no cuenta con conocimientos o experiencia en el desarrollo de determinada práctica.

***Ejecución de las estrategias de enfermería**

El llevar a cabo las estrategias ayuda al cliente al logro de los objetivos.

La práctica de enfermería puede enfocarse a cualquiera de los cuatro campos: promoción, mantenimiento, recuperación de la salud y cuidado durante la muerte; en cada uno de estos campos se llevan a cabo actividades independientes, dependientes y en colaboración.

Para ejecutar las estrategias de enfermería se debe considerar lo siguiente:

- La individualidad del cliente.
- La necesidad del cliente de participar en su cuidado.
- La prevención de complicaciones.
- Mantenimiento de las defensas naturales.
- Proporcionar comodidad y apoyo al cliente.
- Desarrollo de las actividades de forma cuidadosa y exacta.

***Comunicación de las actividades de enfermería**

Se deben comunicar en forma verbal y escrita una vez que se hayan llevado a cabo, ya que si se registran anticipadamente puede que la enfermera decida no llevarlas a cabo después de valorar nuevamente al cliente; también puede existir objeción por parte del cliente. En algunos casos, es importante notificar de inmediato la actividad realizada, lo cual protege al cliente de posibles errores.

Las enfermeras pueden realizar informes verbales a la hora del cambio de turno y cuando el paciente cambia de hospital o pasa al cuidado extrahospitalario.

CAPACIDADES NECESARIAS PARA LA EJECUCION

Para desarrollar las actividades de enfermería, se necesitan tres tipos de capacidades: cognoscitiva, interpersonal y técnica o manual.

Las capacidades *COGNOSCITIVAS* (intelectuales) necesarias para la ejecución son la toma de decisiones, la resolución de los problemas, el pensamiento crítico y la creatividad.

Las capacidades *INTERPERSONALES* son todas las actividades que utiliza una persona para comunicarse con otra, ya sean verbales o no verbales. La eficacia de una actividad de enfermería depende, en gran medida, de la habilidad que tenga una enfermera para comunicarse con los demás.

Las capacidades *MANUALES* son aquellas que se realizan con las manos, muchas de ellas se denominan procedimientos o técnicas psicomotoras. Las capacidades técnicas requieren de un gran conocimiento por parte de la enfermera, incluyendo cada uno de los principios en los que se basan los pasos del procedimiento. Resulta especialmente importante el conocer los principios científicos en los que se basa un procedimiento, ya que esto es lo que permite adaptarlos sin riesgo cada cliente, además, las capacidades técnicas requieren de destreza manual.

Cuando la enfermera realiza procedimientos que requieren habilidades técnicas, es imprescindible que valore al cliente antes, después y durante el procedimiento.

2.5.- EVALUACION

Evaluar es juzgar o valorar. Dentro de enfermería consiste en valorar el grado en el que se han alcanzado los objetivos. (14)

La evaluación es la quinta etapa del proceso de enfermería y es fundamental dentro del mismo, ya que de las conclusiones que se obtienen se determina si la intervención de enfermería debe terminarse, revisarse o cambiarse.

Constituye un proceso continuo y terminal. Continuo porque se realiza durante la ejecución, en donde la primera enfermera pregunta cómo reacciona el cliente ante su actuación; muchas veces la profesional se ve obligada a cambiar alguna actividad planteada para que el cliente logre sus objetivos. Es un proceso terminal, ya que una vez que la enfermera ha concluido su plan de cuidados evalúa si se han cubierto o no los objetivos del cliente.

La evaluación es una actividad organizada que tiene una finalidad, a través de ella, la enfermera acepta la responsabilidad de sus actos, indican su interés en los resultados y demuestran el deseo de no perpetuar las actividades ineficaces, adoptando otras.

El proceso de evaluación consta de seis etapas:

- 1.- Identificar los criterios de resultado, que utilizará para determinar el grado de alcance de los objetivos.
- 2.- Recoger datos en relación con los criterios identificados y juzgar si los objetivos se han logrado.
- 4.- Relacionar las actividades de enfermería con los resultados.
- 5.- Analizar el plan de cuidados de los clientes.
- 6.- Modificar el plan de cuidados.

1.- Identificación de los criterios de resultado.

Es utilizada para evaluar la respuesta del cliente a las acciones de enfermería. Los criterios tienen dos propósitos: orientar la clase de datos de evaluación que se necesita obtener y proporcionar un estándar para esos datos.

Cuando los criterios están bien definidos son precisos y mensurables y orientan al siguiente paso del proceso de evaluación que es la recogida de datos.

2.- Recolección de datos.

Los datos se recogen de tal manera que se puedan obtener conclusiones sobre el grado de alcance de los objetivos. Los datos guardan relación con los criterios de resultado, obteniéndose a través de la observación, comunicación directa con el cliente o de los registros de otros profesionales de la salud. El registro de los datos debe ser exacto y conciso para facilitar la tercera etapa de evaluación.

3.- Cuantificación del logro de objetivos.

Consiste en comparar los datos recogidos con los criterios establecidos.

Para evaluar el logro de objetivos, existen tres probables resultados:

- Se ha logrado el objetivo, la respuesta del cliente es la esperada.
- El objetivo se ha alcanzado parcialmente, por ejemplo, se logró alcanzar el objetivo a corto plazo, no así el de largo plazo.
- No se ha cubierto el objetivo.

4.- Relación de las actividades de enfermería con los resultados del cliente.

Esta etapa consiste en determinar si las actividades de enfermería tienen alguna relación con los resultados.

5.- Revisión del plan de cuidados de los clientes.

La evaluación de los resultados proporciona la retroalimentación necesaria para determinar si el plan de cuidados ha dado resultado, reduciendo o previniendo eficazmente los problemas del cliente, por lo tanto, la enfermera debe revisar todo el proceso de enfermería, independientemente si se cubrieron o no los objetivos.

Cuando los objetivos se han alcanzado se debe tomar una de las siguientes alternativas:

- Si el problema diagnosticado ya se ha solucionado y la enfermera constata que se ha alcanzado el objetivo, se abandona el plan realizado para su logro.
- A pesar de haberse alcanzado el objetivo el problema persiste, por tanto la enfermera debe continuar su actividad.

Cuando los objetivos no se han cubierto o se logran parcialmente, la enfermera debe revisar la base de datos, los propios diagnósticos y las estrategias.

* Base de datos.- Debe revisarse para corroborar que es completa y correcta, ya que de lo contrario afectaría a las etapas siguientes del proceso de enfermería. En algunas ocasiones esta nueva información puede invalidar toda la base de datos, requiriéndose, por tanto, realizar nuevamente todo el proceso.

* Diagnósticos establecidos.- Deben volverse a establecer diagnósticos si la base de datos era incompleta. Aunque la información sea la correcta, se deben revisar los diagnósticos para determinar si el problema no se identificó correctamente o no corresponde con los datos.

* Objetivos establecidos.- Se deben revisar los objetivos si el diagnóstico no era el correcto o apropiado; en caso de ser correcto, la enfermera debe corroborar si los objetivos son realistas o alcanzables y determinar si las prioridades han cambiado o no.

* **Estrategias de enfermería.**- La enfermera investiga si las estrategias elegidas fueron las más adecuadas y si guardan relación con los objetivos. Cuando los diagnósticos y objetivos son correctos, lo más lógico es que las estrategias elegidas no hayan sido las más apropiadas para cubrir los objetivos, sin embargo, antes de seleccionar otras, la enfermera debe constatar que se cumplieron las órdenes, ya que puede suceder que no se hayan llevado a cabo por el resto de los profesionales por no ser claros y razonables, tomando en consideración los recursos de los que se disponían tanto de persona, económico y de equipo.

6.- Modificación del plan de cuidados.

Cuando existe la necesidad de cambiar el plan de cuidados, la enfermera debe llevar a cabo los siguientes pasos:

- Cambiar los datos de la columna de valoración para reflejar los nuevos hallazgos, poniendo fecha y resaltándolos de alguna manera, de tal forma que indiquen que son nuevos (por ejemplo con otro color, subrayándolos, etc.).
- Revisar los diagnósticos, poniéndoles fecha a los nuevos.
- Hacer una revisión de las prioridades del cliente, los objetivos y los criterios de resultados, anotando la fecha.
- Establecer nuevas estrategias que sean acordes con los diagnósticos.
- Cambiar los criterios de resultados, ajustándolos a los otros cambios del plan de cuidados.

3.- CONCEPTOS BASICOS DEL MODELO DE VIRGINIA HENDERSON

3.1.- DEFINICION DE LA FUNCION PROPIA DE ENFERMERIA

En 1956 Virginia Henderson define que la función propia de la enfermera es "asistir al individuo sano o enfermo en la realización de aquellas actividades que contribuyen a la salud o a su recuperación (o a una muerte serena), actividades que realizaría por sí mismo si tuviera la fuerza, conocimiento o voluntad necesaria. Todo ello de manera que le ayude a recobrar su independencia en la forma más rápida posible" (15).

A partir de esta definición, se observan conceptos y subconceptos del modelo Henderson tales como:

- PERSONA

- Necesidades básicas.

- SALUD

- Independencia.
- Dependencia.
- Causas de la dificultad o problema.

- ROLL PROFESIONAL

- Cuidados básicos de enfermería.
- Relación con el equipo de salud.

- ENTRONO

- Factores ambientales.
- Factores socioculturales.

3.2.- LA PERSONA Y LAS 14 NECESIDADES BASICAS

Cada persona es un ser humano único y complejo con componentes biológicos, socioculturales y espirituales, que tiene 14 necesidades básicas las cuales debe satisfacer para mantener su integridad física y psicológica y promover su desarrollo y crecimiento.

- 1.- Necesidad de oxigenación.
- 2.- Necesidad de nutrición e hidratación.
- 3.- Necesidad de eliminación.
- 4.- Necesidad de moverse y mantener una buena postura.
- 5.- Necesidad de descanso y sueño.
- 6.- Necesidad de usar prendas de vestir adecuadas.
- 7.- Necesidad de termorregulación.
- 8.- Necesidad de higiene y protección de la piel.
- 9.- Necesidad de evitar peligros.
- 10.- Necesidad de comunicarse.
- 11.- Necesidad de vivir según sus creencias y valores.
- 12.- Necesidad de trabajar y realizarse.
- 13.- Necesidad de jugar/participar en actividades recreativas.
- 14.- Necesidad de aprendizaje.

Estas necesidades son comunes a todos los individuos, sin embargo, cada persona las va a satisfacer de diferente manera dependiendo de los aspectos biológicos, psicológicos, socioculturales y espirituales, así como por la estrecha relación entre las diferentes necesidades, ya que alguna alteración de cualquiera de ellas da origen también a modificaciones en las restantes, por lo tanto, deben interrelacionarse entre cada una de ellas para poder valorar el estado del individuo en su totalidad.

3.3.- LA SALUD, INDEPENDENCIA/DEPENDENCIA Y CAUSAS DE LA DIFICULTAD

INDEPENDENCIA.- Se define como la capacidad de la persona para satisfacer por sí mismo sus necesidades básicas, de acuerdo con su edad, etapa de desarrollo y situación.

DEPENDENCIA.- Puede considerarse desde dos aspectos. Por un lado, la ausencia de actividades llevadas a cabo por la persona con el fin de satisfacer las 14 necesidades. Por otro lado, puede suceder que se realicen actividades que no resulten adecuadas o sean insuficientes para satisfacer las necesidades.

Los criterios de independencia como los de dependencia, deben considerarse de acuerdo a los componentes específicos de cada persona (biofisiológicos, psicológicos, socioculturales y espirituales).

CAUSAS DE LA DIFICULTAD O PROBLEMA.- Son los obstáculos o limitaciones personales o del entorno, que impiden a la persona satisfacer sus propias necesidades, estas se agrupan en tres posibilidades:

- Falta de fuerza.- Se entiende como FUERZA, a la capacidad física, habilidades mecánicas y capacidad del individuo para llevar a cabo acciones pertinentes a la situación, determinado por el estado emocional, estado de funciones psíquicas, capacidad intelectual, etc.
- Falta de conocimientos.- En lo relativo a cuestiones esenciales sobre la propia salud y situación de enfermedad, autoconocimiento y sobre los recursos propios y ajenos disponibles.
- Falta de voluntad.- Incapacidad o limitación de la persona para comprometerse en una decisión adecuada a la situación y en la ejecución y mantenimiento de las acciones oportunas para satisfacer las 14 necesidades.

Es importante señalar que estas tres causas o alguna de ellas, puede originar una dependencia total o parcial, así como temporal o permanente, lo cual debe tomarse en cuenta para la planificación de las intervenciones de enfermería.(16)

3.4.- ROL PROFESIONAL. CUIDADOS BASICOS DE ENFERMERIA Y LA RELACION CON EL EQUIPO DE SALUD

Los cuidados básicos de conceptualizan como acciones que lleva a cabo la enfermera en el desarrollo de su función propia, actuando según criterios de suplencia o ayuda, según el nivel de dependencia identificado en la persona. Henderson dice "...éste es el aspecto de su trabajo, de su función que la enfermera inicia y controla y en el que es dueña de la situación..."

Los cuidados básicos están en estrecha relación con las necesidades básicas. Henderson afirma "...los cuidados básicos de enfermería considerados como un servicio derivado del análisis de las necesidades humanas, son universalmente los mismos, porque todos tenemos necesidades comunes, sin embargo, varían constantemente porque cada persona interpreta a su manera estas necesidades. En otras palabras, la enfermería se compone de los mismos elementos identificables, pero estos se han de adaptar a las modalidades y a la idiosincrasia de cada persona." De esto, surge el concepto de cuidados individualizados y dirigidos a la persona en su totalidad.

Henderson también analiza a la enfermera como parte del equipo multidisciplinario "...en la planificación y ejecución de un programa global, ya sea para el mejoramiento de la salud, el restablecimiento del paciente o para evitarle sufrimientos en la hora de la muerte. Ningún miembro del grupo debe exigir del otro actividades que le obstaculicen el desempeño de su función propia".

Respecto al paciente, Henderson afirma que "...todos los miembros del grupo deben considerar a la persona que atienden como la figura central y comprender que, primordialmente, su misión consiste en "asistir" a esta persona. Si el paciente no comprende, ni acepta el programa tratado con él y para él, ni coopera en su desarrollo, se perderá gran parte de los esfuerzos del equipo". El usuario es visto como un sujeto activo y responsable de su propia salud que participa en las decisiones y en el logro de sus metas.

3.5.- ENTORNO

Al analizar el contenido del modelo de Henderson, se puede observar que esta menciona en unas ocasiones de manera implícita y en otras de forma explícita, lo importante que resultan los aspectos socioculturales y del entorno físico (familia, grupo, factores ambientales) para valorar las necesidades y planificar los cuidados.

El modelo de Henderson, puede ser aplicable a todas las etapas del proceso de Enfermería.

En las etapas de VALORACION Y DIAGNOSTICO, sirve de guía en la recolección de datos y en el análisis y síntesis de los mismos; en esta etapa se va a determinar el grado de independencia/dependencia para satisfacer las 14 necesidades y la interrelación entre estas, así como la definición de los problemas y la relación que existe con las causas de dificultad identificadas.

A continuación se presenta una estructura analógica de diagnóstico del modelo Henderson y la NANDA.

MODELO HENDERSON		NANDA
Definición del problema de dependencia.	→	Etiqueta diagnóstica de la NANDA.
Datos de dependencia.	→	Características definitorias mayores y menores.
Causas de la dificultad (fuerza, conocimiento, voluntad)	→	Factores relacionados/contribuyentes.

En las etapas de PLANIFICACION Y EJECUCION, el modelo se utiliza para formular objetivos de dependencia, con base a las causas de dificultad encontradas, en la elección de la forma de intervención y en la determinación de las actividades de enfermería. Henderson afirma que "si el paciente no comprende ni acepta el programa tratado con él y para él, ni coopera con su desarrollo, se perderán gran parte de los esfuerzos del equipo". (17)

Siguiendo el modelo de Henderson, los objetivos deberán fijarse como metas a alcanzar por el paciente en términos de niveles de independencia, en relación con sus condiciones particulares como persona.

17.- Fernández Ferrín, Carmen. *EL PROCESO DE ATENCION DE ENFERMERIA. ESTUDIO DE CASOS. Ediciones Científicas y Técnicas, México, 1993. p.p. 53-54*

En el caso de detectarse un problema interdependiente, los objetivos se describen como metas a alcanzar por las enfermeras, encaminados a informar signos y síntomas de complicaciones potenciales de dichos problemas y en llevar a cabo acciones preventivas ante dichos problemas (rol interdependiente).

R. Alfaro (1992) suscribe: "los problemas interdependientes no se escriben en el plan de cuidados de enfermería a menos que sean inusuales o complejos, ya que las actuaciones de enfermería ante los mismos generalmente están ya contempladas en las normas, procedimientos o estándares del hospital o bien en las órdenes médicas" (18).

Después de haber formulado los objetivos, se debe decidir si el modo de intervención que se va a planificar debe ir encaminado a la ayuda o suplencia total o parcial, es decir, si las acciones sólo las realizará la enfermera o bien en conjunto con el cliente y/o la familia; estas actividades irán encaminadas a reforzar, aumentar, sustituir, añadir o completar la fuerza, voluntad, conocimientos que hacen falta al cliente.

En la etapa de EVALUACION, el modelo nos ayuda a determinar los niveles de independencia mantenidas y/o alcanzados, ya que Henderson señala que nuestra meta es ayudar al individuo a conseguir su independencia para satisfacer sus propias necesidades lo más pronto posible, de acuerdo a sus propias necesidades y recursos.

La evaluación varía en función del modelo elegido, ya que las actividades que se planifican están en relación directa al modo de suplencia que se ha elegido y a la causa de la dificultad; esto es lo que se evalúa en el modelo de Henderson.

3.6.- VALORACION DE LAS 14 NECESIDADES BASICAS

Esta guía de las 14 necesidades básicas pretende ayudar a la identificación de las manifestaciones de independencia y dependencia en la satisfacción de las mismas. Consiste en una serie de indicadores a observar de manera directa o indirecta al igual que una serie de preguntas que en términos generales deberían hacerse para valorar cada necesidad, adecuándolas según la persona y su situación.

Existen algunos aspectos que deben ser comentados de manera especial:

- Lo referente al aparato circulatorio se ha incluido en la "necesidad de oxigenación".
- El dolor se ha considerado en la "necesidad de reposo y sueño".
- Lo referente al autoconcepto y autoestima están incluidos en la "necesidad de evitar peligros".

- Respecto a los patrones de sexualidad de la persona, se han incluido en la "necesidad de comunicarse".
- Lo relativo a los aspectos de interdependencia del ser humano están contenidos en la "necesidad de comunicarse".
- Los mecanismos de afrontamiento de la persona se contemplan en todas y cada una de las necesidades.
- La ansiedad/estrés se incluyen en todas las necesidades, al preguntar cómo influencia su estado de ánimo en la satisfacción de las distintas necesidades.

Existen factores que influyen la satisfacción de las necesidades de manera personal. Por una parte están las biofisiológicas que hacen referencia a las condiciones genéticas de la persona y al funcionamiento de sus aparatos, sistemas u órganos, de acuerdo con su edad, etapa de desarrollo y estado general de salud. Los factores psicológicos hacen referencia a sentimientos, pensamientos, emociones, inteligencia, memoria, psicomotricidad, estado de conciencia, sensopercepción y habilidades individuales y de relación (estrategias o habilidades de afrontamiento). Por último, los aspectos socioculturales que hacen referencia al entorno físico de la persona (próximo o más lejano) y los aspectos socioculturales que están influenciando a la persona. El entorno físico próximo está considerándose como la casa, el sitio de trabajo y el más lejano se refiere a la comunidad en donde vive la persona (clima, orografía, contaminación, etc.).

3.7.- GUIA PARA LA VALORACION DE LAS 14 NECESIDADES BASICAS

A continuación se desarrolla la "GUIA BASICA PARA LA VALORACION DE LAS 14 NECESIDADES BASICAS", siguiendo el modelo de Henderson de acuerdo con los principios anteriormente expuestos: (19)

1.- NECESIDAD DE OXIGENACION (4)

Factores que influyen esta necesidad.

- Biofisiológicos.- Edad, alineación corporal, talla corporal (relación talla/peso), nutrición e hidratación, sueño/reposo/ejercicio, función cardíaca, función respiratoria, estado de la red vascular (arterial y venosa).
- Psicológicos.- Emociones (miedo, ira, tristeza, alegría, etc.), ansiedad./estrés, inquietud, irritabilidad, etc.

19.- Fernández Ferrín, Carmen. *EL PROCESO DE ATENCION DE ENFERMERIA. ESTUDIO DE CASOS*. Ediciones Científicas y Técnicas, México, 1993. p.p. 16-17

- Socioculturales.- Influencias familiares y sociales (hábitos y aprendizajes tales como estilo de vida, hábito de fumar), entorno físico próximo (trabajo, casa, habitación hospital), entorno físico de la comunidad (altitud, temperatura, clima, contaminación ambiental).

OBSERVACIONES

- Signos vitales (pulso central y periféricos, tensión arterial, temperatura y patrones respiratorios), ruidos respiratorios, movimientos del tórax, secreciones, tos, estado de las fosas nasales, aleteo nasal, color de la piel y mucosas, temperatura de la piel, circulación de retorno (venas varicosas).

- Dolor asociado con la respiración. Dificultad respiratoria.

- Estado de conciencia, existencia de agitación.

- Calidad del medio ambiente: polución, humedad, sistemas de ventilación, corrientes de aire, espacios verdes.

INTERACCIONES

- Si fuma ¿qué sabe acerca del fumar?, ¿desde cuándo fuma?, ¿cuántos cigarrillos/puros/ etc. fuma al día? ¿Varía la cantidad según su estado emocional?

- ¿Cómo influencia la realización de las actividades de la vida cotidiana en su respiración? (Sensación de ahogo al subir escaleras, cambios en el ritmo respiratorio al andar deprisa, etc.)

- ¿Cómo influencia su estado de ánimo en su respiración? (Si aumenta o disminuye la frecuencia, ritmo, etc.)

- ¿Tiene conocimientos sobre una respiración correcta?

- ¿Conoce y/o utiliza técnicas que cree que le mejoren su respiración (relajación, yoga,...)?

- ¿Tiene cambios de temperatura en las extremidades que no guarden relación con la temperatura ambiental?

- ¿Es propenso a sufrir hemorragias? ¿De qué tipo?

- ¿Tiene algún antecedente de problemas cardiorrespiratorios? (Dolor precordial, taquicardias, asma, alergias, etc.)

2.- NECESIDAD DE NUTRICION E HIDRATAACION (20)

- Biofisiológicos.- Edad, talla, constitución corporal y patrón de ejercicio.

- Psicológicos.- Emociones, sentimientos y pensamientos respecto a la comida/bebida.

- Socioculturales.- Influencias familiares y sociales (hábitos y aprendizajes), status socioeconómico, entorno físico próximo (casa, comedor, olores), entorno físico lejano (horarios, tiempo disponible, tiempo entre comidas, come sólo o acompañado...).

OBSERVACIONES

- Antropometría (peso, talla, pliegue de la piel y diámetro del brazo), estado de la piel, mucosas, uñas y cabello; funcionamiento neuromuscular y esquelético; aspecto de los dientes y encías; capacidad para masticar y deglutir. Funcionamiento tracto digestivo.

- En caso de heridas, tipo y tiempo de cicatrización.

- Dolor, ansiedad, estrés, trastornos de comportamiento, disminución de energía, apatía, debilidad, irritabilidad, trastornos de la conciencia y agitación.

- Condiciones del entorno que faciliten/dificulten la satisfacción de esta necesidad.

INTERACCIONES

- ¿Como influencia el estado de ánimo en su alimentación e hidratación? (Ansiedad, estrés, conflictos: si aumenta o disminuye la ingesta, o sea, relación con anorexia y polifagia.)

- ¿Qué antecedentes familiares tiene con respecto a talla, corpulencia, peso y hábitos alimentarios?

- ¿Qué sentido le da a la comida? (Castigo, amor, recompensa, supervivencia, paliativo del aburrimiento...)

- ¿Con quién come habitualmente?
- ¿Dónde come? (Restaurante, casa, otros.)
- ¿Cuáles son los patrones familiares con respecto a la comida? (Motivo de encuentro e intercambio- momento destinado a ver la TV, oír la radio, leer- y distribución de roles alrededor de la comida.)
- ¿Qué alimentos ha tomado en las últimas 72 horas? (Registro dietético para valorar si conoce los cuatro grupos básicos de alimentos y qué tipo de alimentación realiza.)
- ¿Qué horario y número de comidas habituales realiza? (Relación con trabajo y patrones culturales.)
- ¿Qué cantidad y tipo de líquidos bebe al día? ¿Cuál es la pauta de ingesta?
- ¿Qué preferencia/disgusto siente por determinados alimentos? (Impedimentos ideológicos o religiosos con respecto a la comida, influencias socioculturales- si relacionan obesidad con salud-) por la temperatura de los mismos.
- ¿Qué dificultades encuentra para preocuparse, almacenar y prepararse alimentación adecuada? (Del entorno, económica, de conocimientos, de habilidad/capacidad personal.)
- ¿Conoce las necesidades de alimentación e hidratación y su relación con la edad y con la actividad?
- ¿Conoce los factores que favorecen su digestión y asimilación? (No comer alimentos que produzcan flatulencia, comer despacio, masticando e insalivando bien, no acostarse inmediatamente después de comer, etc.)
- ¿Han habido cambios recientes de dietas o de peso?, ¿por qué? (Relacionados con modas, costumbres, autoimagen.)
- ¿Tiene algún problema al masticar y/o tragar la comida/bebida?, ¿con qué cree que está relacionado? (Problemas de salud, dentales...)
- ¿Tiene en la actualidad algún problema digestivo? (Ardores, náuseas, vómitos, pérdida del apetito...)

3.- NECESIDAD DE ELIMINACION (21)

FACTORES QUE INFLUENCIAN ESTA NECESIDAD

- **Biofisiológicos.-** Edad, nivel de desarrollo, nutrición e hidratación, ejercicio.
- **Psicológicos.-** Emociones, ansiedad, estrés, estado de ánimo.
- **Socioculturales.-** Organización social (servicios públicos, cumplimiento normas salubridad), estilo de vida, hábitat, entorno adecuado, influencias familiares y sociales (hábitos, aprendizajes, aspectos culturales condicionantes), clima.

OBSERVACIONES

- Orina (coloración, claridad, olor, cantidad, pH, frecuencia, densidad, presencia de proteínas, sangre, glucosa y cuerpos cetónicos); heces (cantidad y olor); menstruación (cantidad, aspecto, color).
- Estado del abdomen y del periné.
- Estado de conciencia, cambios del patrón del sueño y del comportamiento, capacidades sensoriales, perceptuales, neurológicas y motrices.
- Condiciones del medio que ayudan/dificultan la satisfacción de esta necesidad.

INTERACCIONES

- ¿Cuáles son sus patrones habituales de eliminación? (Heces, orina, menstruación, sudoración.)
- ¿Cómo influyen las emociones en sus patrones de eliminación?
- ¿Se siente satisfecho respecto a sus patrones habituales de eliminación? (Frecuencia diurna y nocturna, cantidad y calidad, confortabilidad, sensación de bienestar, etc.)
- ¿El cambio de entorno (viajes, lugar, intimidad, postura, etc.) modifica los hábitos de eliminación?, ¿cuáles?

21.- *Fernández Ferrín, Carmen. EL PROCESO DE ATENCION DE ENFERMERIA, ESTUDIO DE CASOS. Ediciones Científicas y Técnicas. México, 1993. p.p. 19-20*

- ¿El cambio de horarios modifica los hábitos de eliminación?, ¿cuáles?
- ¿Qué tipo de hábitos higiénicos utiliza en la necesidad de eliminación? La modificación de estos hábitos ¿le causa algún tipo de problema?
- ¿Conoce medidas no medicamentosas de ayuda? (masajes, dieta, hidratación, ejercicio físico), ¿cuáles?
- En la actualidad, ¿tiene algún problema relacionado con la necesidad de eliminación? (Ardor al orinar, necesidad de laxantes para evacuar, hemorroides, dolor al defecar u orinar, dolor menstrual, etc.)
- En caso de problemas en la eliminación (incontinencia, colostomías, sudoración excesiva o de olor desagradable), ¿cómo le afectan en su autoconcepto/autoimagen y en su vida de relación?
- En el supuesto anterior, ¿realiza o ha realizado los aprendizajes necesarios para resolver o neutralizar el problema?

4.- NECESIDAD DE MOVERSE Y MANTENER UNA BUENA POSTURA (22)

FACTORES QUE INFLUENCIAN ESTA NECESIDAD

- **Biofisiológicos.**- Constitución y capacidad física (nivel de energía individual, edad, crecimiento y desarrollo físico).
- **Psicológicos.**- Emociones, personalidad de base y estado de ánimo.
- **Socioculturales.**- Influencias familiares y socioculturales (hábitos, aprendizajes, raza, valores, creencias y costumbres), rol social, organización social, tiempo dedicado a la actividad/ejercicio, hábitos de ocio/trabajo, entorno físico lejano (clima, temperatura, altitud), entorno físico próximo (temperatura, mobiliario, barreras ambientales).

OBSERVACIONES

- Estado del sistema musculoesquelético (fuerza/debilidad muscular, firmeza en la marcha,

22.- Fernández Ferrín, Carmen. *EL PROCESO DE ATENCION DE ENFERMERIA. ESTUDIO DE CASOS*. Ediciones Científicas y Técnicas, México, 1993. p.p. 20-21

tono muscular, gama de movimientos, postura adecuada de pie, sentado y acostado), necesidad de ayuda para la deambulación y/o mantenimiento de una postura correcta, coordinación voluntaria, presencia de temblores, ritmo de movimientos; constantes vitales (pulso, tensión arterial).

- Estados de apatía, de postración, estado de conciencia, estados depresivos, sobreexcitación, agresividad.
- Cualidades ergonómicas de su entorno inmediato.

INTERACCIONES

- ¿Cuál es su postura habitual relacionada con su ocupación, rol social o pertenencia a determinado grupo cultural?
- ¿Cuántas horas al día cree Ud. que está sentado, andando, de pie, reclinado? ¿Se considera una persona activa o sedentaria?
- ¿Conoce la importancia de esta necesidad y medidas saludables de vida con respecto a ella? (Consecuencias de la hipoactividad o de malas posturas prolongadas, elección de mobiliario y calzado adecuado, etc.)
- ¿sabe cómo realizar ejercicios activos y pasivos que mejoren la movilidad y la tonicidad muscular?
- ¿Cómo influyen sus emociones en esta necesidad?
- ¿Cómo influyen sus creencias y/o valores de comunicación intercultural en esta necesidad? (Posturas y movimientos aceptados por determinadas culturas...)

5.- NECESIDAD DE DESCANSO Y SUEÑO (23)

FACTORES QUE INFLUYEN EN ESTA NECESIDAD

- Biofisiológicos.- Edad, ejercicio, alimentación, hidratación.
- Psicológicos.- Estados emocionales, ansiedad, estrés, estado de ánimo, hipnograma (características del sueño de la persona).

23.- Fernández Ferrín, Carmen. *EL PROCESO DE ATENCIÓN DE ENFERMERÍA. ESTUDIO DE CASOS. Ediciones Científicas y Técnicas. México, 1993. p.p. 21-23*

- **Socioculturales.-** Influencias familiares y sociales (hábitos, aprendizajes, normas sociales, prácticas culturales -siesta-), trabajo, entorno próximo o del hábitat (iluminación, ruido, colores, mobiliario), entorno lejano (clima, altitud, temperatura), creencias y valores, estilo de vida (horario de trabajo...)

OBSERVACIONES

- Nivel de ansiedad/estrés, lenguaje no verbal (ojeras, postura, bostezos, concentración y atención), estado que presentan los ojos (enrojecimiento, hinchazón), expresión de irritabilidad o fatiga, dolor, inquietud, laxitud y apatía, cefaleas, Estado de conciencia y respuesta a estímulos.

- Condiciones del entorno que ayudan/impiden la satisfacción de esta necesidad (sonido, luz, temperatura, adaptación de la cama, colchón, almohada con ropa, a la talla o situación de la persona).

INTERACCIONES

- ¿Cuál es el patrón y tipo habitual de sueño? (Horas, horario, duración, siestas, despierta por la noche, necesidad de levantarse durante la noche, sueño profundo, se despierta con estímulos o no...) ¿Le resulta suficiente o adecuado?

- Habitualmente ¿duerme solo/a o acompañado/a?

- ¿Los cambios en el entorno, en su situación y hábitos, modifican o alteran su patrón de sueño? Especificar cuáles y cómo.

- ¿Cuánto tiempo necesita habitualmente para conciliar el sueño?

- ¿Cómo la influncian las emociones en la necesidad de dormir y reposar? (En situaciones de estrés, ansiedad, modificaciones en el peso, en constantes vitales, etc.)

- ¿Sabe cómo reducir o controlar las tensiones y el dolor?

- ¿Qué hace normalmente cuando necesita descansar? (Leer, dormir, relajarse, etc.) ¿Hay algo que interfiera en su descanso en este momento?

- ¿qué sentido tiene para Ud. dormir? (Como rutina, obligación, placer, relajación, evasión, compensación) ¿Conoce los efectos positivos y negativos de cada una de estas formas de comportamiento?

- ¿Tiene sueños/pesadillas cuando duerme?
- ¿Utiliza algún medio con el fin de facilitar el sueño? (Masajes, relajación, visualización, música, entretenimiento, lectura.)
- ¿Utiliza algún tipo de medicamento para dormir o estimularse? Si lo utiliza, ¿conoce sus efectos?
- ¿Cuánto tiempo diario utiliza para el reposo/descanso? ¿Dónde? (Trabajo, casa, entorno social - masajista, bar...-)

6.- NECESIDAD DE USAR PRENDAS DE VESTIR ADECUADAS (24)

FACTORES QUE INFLUENCIAN ESTA NECESIDAD

- Biofisiológicos.- Edad, desarrollo psicomotor, talla corporal, tipo de actividades.
- Psicológicos.- Emociones (alegría, tristeza, ira), personalidad de base, estado de ánimo y autoimagen.
- Socioculturales.- Influencias familiares (hábitos, aprendizajes), status social, trabajo, cultura (moda, pertenencia a un determinado grupo social, actitudes de reserva y pudor), creencias (uso del color negro para expresar el duelo), religión, significado personal de la ropa, entorno próximo (temperatura del hábitat), entorno lejano (clima, temperatura, medio rural/urbano).

OBSERVACIONES

- Edad, peso, estatura, sexo, handicap. Capacidad psicomotora para vestirse y desvestirse.
- Utilización incontrolada del vestirse y desvestirse (negativa, exhibicionismo, desinterés/rechazo frente a la necesidad, apropiación de los vestidos de otro). Vestido incompleto, descuidado, sucio o inadecuado a la situación. Tipo y cantidad de accesorios/abalorios.
- Condiciones del entorno (espacio para guardar la ropa limpia y sucia, para lavarla, secarla).

24.- *Fernández Ferrín, Carmen. EL PROCESO DE ATENCION DE ENFERMERIA. ESTUDIO DE CASOS. Ediciones Científicas y Técnicas. México, 1993. p.p. 23-24*

INTERACCIONES

- ¿Qué significado tiene la ropa en cuanto a su imagen o cobertura de alguna otra necesidad? (Autoestima, relaciones con los demás, etc.)
- ¿Cree que el modo de vestir marca diferencias personales, sociales, culturales, etc.?
- ¿Puede decidir por sí mismo/a la ropa que se pone habitualmente? (En el hospital, residencia, trabajo...)
- ¿Conoce la relación entre la calidad/cantidad de ropa necesaria para la adecuada acomodación al propio cuerpo y a la temperatura ambiente?
- ¿Necesita algún tipo de ayuda para decidir el tipo de ropa o para vestirse/desvestirse? En caso afirmativo, ¿conoce cómo adaptarse a una limitación o handicap en esta necesidad y dispone de los recursos materiales o humanos para ello? (Ante una dificultad de abrocharse los botones, cambiarlos por velcro como sistema de cierre, disponer de más tiempo para realizarlo, etc.)
- Ante situaciones de la vida causantes de estrés o conflicto, ¿se afecta su modo de vestir?, ¿cómo?
- ¿Tiene algún objeto accesorio del vestir que tenga significación especial para Ud.? ¿cuáles?
- ¿Tiene algún tipo de indumentaria relacionada con valores o creencias que considere necesario mantener?
- ¿De qué forma le afecta el vestirse o desvestirse en un sitio extraño, ante personas o con ayuda de otras personas? (Intimidad,...)

7.- NECESIDADES DE TERMORREGULACION (25)

FACTORES QUE INFLUENCIAN ESTA NECESIDAD

- Biofisiológicos.- Edad, sexo, ejercicio, tipo de alimentación, ritmos circadianos.

25.- *Fernández Ferrín, Carmen. EL PROCESO DE ATENCION DE ENFERMERIA, ESTUDIO DE CASOS. Ediciones Científicas y Técnicas. México, 1993. p.p. 24-25*

- Psicológicos.- Ansiedad, emociones.

- Socioculturales.- Entorno físico próximo (casa, lugar de trabajo, habitación), entorno físico lejano (clima, altitud, temperatura), raza o procedencia étnica/geográfica. status económico.

OBSERVACIONES

- Constantes vitales (temperatura), coloración de la piel, transpiración, temperatura ambiental.

- Disconfort, irritabilidad, apatía.

- Condiciones del entorno físico próximo que ayuden/limiten la satisfacción de esta necesidad (sistemas de calefacción, control sobre ellos, etc.)

INTERACCIONES

- ¿Qué temperatura le produce sensación de bienestar, el calor o el frío? ¿Se adapta fácilmente a los cambios de temperatura ambiental?

- ¿Tiene alguna creencia o valor que mediatice sus comportamientos en la necesidad de termorregulación? (Uso de alcohol para entrar en calor....)

- ¿Qué recursos utiliza (bebidas calientes, ropa, actividades físicas, aire acondicionado) y qué limitaciones- de conocimiento, económicas- tiene en las situaciones de cambios de temperatura?

- Las emociones intensas (miedo, ansiedad, ira....) ¿cómo le afectan esta necesidad? ¿sabe cómo controlarlas?

8.- NECESIDAD DE HIGIENE Y PROTECCION DE LA PIEL (26)

FACTORES QUE INFLUENCIAN ESTA NECESIDAD

- Biofisiológicos.- Edad, desarrollo, alimentación, ejercicio/movimiento, temperatura corporal.

- Psicológicos.- Emociones, estado de ánimo, inteligencia, autoimagen, psicomotricidad.

- Socioculturales.- Cultura, educación, corrientes sociales, modas, (productos de belleza), organización social (casa, lugar de trabajo), influencias familiares (hábitos y aprendizajes), ambiente lejano (clima, temperatura ambiente).

OBSERVACIONES

- Capacidad de movimientos, estado de la piel (color, textura, turgencia, presencia de manchas, temperatura, humedad, lesiones), estado del cabello, uñas, orejas, ojos, nariz, boca (aliento, dientes,...) y mucosas, olor corporal.

- Expresión facial/corporal de confort, efectos del baño o ducha (relajación física y psicológica).

- Condiciones del entorno (equipamiento y material adaptados a las necesidades individuales y hábitos personales).

INTERACCIONES

- ¿Conoce la relación entre estilo de vida y satisfacción de esta necesidad?

- ¿Qué significado tiene para Ud. la limpieza? (Autoimagen, reflejo del estado emocional, relación o comunicación con los demás,...)

- Describa la forma en que cuida de su cuerpo en relación con las actividades de higiene (tipo, frecuencia, cantidad).

- ¿Cómo le afecta el hecho de que sus necesidades de higiene sean satisfechas con ayuda de otra persona o ante personas?

- ¿Tiene preferencias horarias respecto a su aseo diario?

- ¿Qué hábitos higiénicos considera imprescindibles mantener? (Lavarse los dientes o manos después/antes de comer o eliminar,...)

- ¿Tiene por costumbre utilizar algún producto específico (Colonias, antisépticos bucales, compresas, cremas...)

- ¿Existen condiciones en su entorno inmediato que limitan o imposibilitan unos hábitos saludables de higiene? (Creencias o valores familiares -no lavarse durante la regla, no debe lavarse la cabeza a diario, ducha a diario nociva...- condiciones de habitat, equipamiento, material, condiciones económicas, creencias personales, modas.)

- Ante situaciones de la vida causantes de estrés o conflicto. ¿se afecta su necesidad de higiene?. ¿cómo? (influencia de emociones: aumento de transpiración, secreciones, etc.)

9.- NECESIDAD DE EVITAR LOS PELIGROS (27)

FACTORES QUE INFLUENCIAN ESTA NECESIDAD

- Biofisiológicos.- Edad, etapa del desarrollo, mecanismos de defensa fisiológicos (termorregulación, sistema inmunológico), estabilidad psicomotora.

- Psicológicos.- Mecanismos de defensa, métodos de afrontamiento (competencias personales), estrés, estabilidad psíquica, personalidad de base, emociones y diferentes estados de ánimo.

- Socioculturales.- Sistemas de apoyo familiar y social, cultura, religión, educación, status socioeconómico, rol social, estilo de vida, organización social, valores y creencias, entorno lejano (clima, temperatura, humedad, ruido, etc.), entorno próximo (iluminación, mobiliario, ruidos, etc.)

OBSERVACIONES

- Integridad neuromuscular, de los sentidos y del sistema inmunológico.

- Ansiedad, falta de control, falta de habilidades de afrontamiento, ausentismo laboral, somatizaciones, aspecto descuidado, inhibición, desconfianza, agresividad, alteraciones en la sensopercepción o en la conciencia originadas por sobreexposición a estímulos o por privación, interacciones personas significativas, comportamientos peligrosos.

- Autoconcepto/autoestima (si protege o evita mirar o tocar zonas de su cuerpo, armonía en el aspecto físico, existencia de cicatrices, deformidades congénitas o no, alteraciones en el funcionamiento del cuerpo).

- Condiciones del ambiente próximo (temperatura, humedad, iluminación, barreras ambientales -suelo encerado, mojado, barandillas en la cama, etc.-, ruidos), salubridad del ambiente lejano (alcantarillas, polución...)

INTERACCIONES

- ¿Qué miembros componen su familia de pertenencia? ¿Qué miembros componen sus familias de referencia?

- ¿Cómo influyen las emociones intensas en su necesidad de seguridad física y psicológica? (Se queda paralizado, hiperactivo...)

- ¿Conoce las medidas de prevención de accidentes en su trabajo y en su casa? (Almacenaje de productos tóxicos o de limpieza, medicamentos, conducciones de gas, sistemas eléctricos, etc.) ¿Las utiliza? ¿Controla su funcionamiento periódicamente?

- ¿Realiza los controles de salud periódicos recomendados para cada edad y situación de la persona y familia? (Cartilla de vacunaciones infantil, vacunaciones antigripales en el anciano o personas de riesgo, vacunaciones y control de animales domésticos, revisiones médicas, control de la presión arterial, etc.)

- ¿Conoce las medidas de autocontrol para prevenir enfermedades? (Examen periódico de mamas, testículos, visión, audición, etc.). ¿La utiliza y está adaptada a sus necesidades?

- ¿Conoce las medidas de prevención de enfermedades infectocontagiosas y agresiones del entorno? (Tormentas, rayos, inundaciones, fuego.) ¿Las utiliza?

- ¿De qué modo maneja las situaciones de tensión en su vida? (Enfadarse consigo mismo o con los demás, culpabilizar a los demás de su situación, hablar con la persona que está implicada en el problema, sentirse ansioso, rezar, leer, escuchar música o realizar actividades relajantes, dedicarse a actividades intelectuales, infravalorarse, adoptar un comportamiento inhibido, sumiso o activo.)

- ¿De qué forma maneja su familia las situaciones de estrés? (Flexibilidad en el rol, quién toma las decisiones, solución a la disparidad de criterios entre los miembros del grupo familiar.)

- ¿Cuál es el rol y status que ocupa en la familia?
- ¿Ha sufrido alguna alteración física que haya alterado su autoimagen/autoconcepto?
- ¿Es o ha sido más difícil de lo previsible aceptar los cambios ocurridos a raíz de una situación de cambio o crisis? (Enfermedad, amputación, cirugía....)
- ¿Pertenece a alguna organización, asociación o grupo social o religioso? ¿Le proporciona sentimientos de pertenencia y seguridad?
- ¿Qué personas pueden ayudarle en la actualidad? (Familia, amigos, vecinos.) ¿Cuáles cree Ud. que le aportan sentimientos de seguridad y que estarían dispuestas a ayudarlo?
- ¿Cómo ha reaccionado la familia ante sus problemas actuales de salud? (Actitud de aceptación y apoyo, rechazo, abandono o indiferencia.)
- En situaciones anteriores de crisis o de cambio, ¿ha sido capaz de identificar las necesidades de apoyo, las personas-recurso que pueden prestarlo y abiertamente?
- ¿Cómo percibe su situación actual en cuanto a mantener un tipo de vida en armonía consigo y con su entorno?
- ¿Cuáles son sus metas en un futuro próximo (3-5 años)?, ¿cómo planea lograrlas?
- ¿Dispone de espacio propio en su entorno inmediato -casa trabajo u hospital-? En caso negativo, ¿en qué medida le afecta en sus sentimientos de seguridad psíquica?
- ¿Se encuentra en una situación económica que le proporciona seguridad física y psicológica? Prevé cambios? ¿Le preocupa respecto al futuro?
- ¿Tiene sentimientos de control sobre sí mismo (equilibrio entre dependencia e interdependencia) y sobre el medio?
- ¿Cuáles son sus hábitos respecto a drogas, alcohol, tabaco, café, té, bebidas con cola y medicamentos?
- ¿Qué cantidad día/semana consume? ¿En compañía o en solitario? ¿Cuál/es cree Ud. que es/son la/s causa/s de este consumo?

- ¿Conoce los efectos del consumo de estas sustancias sobre su salud y sus relaciones?
- ¿Conoce técnicas para mejorar su estado de bienestar, su salud, sus relaciones consigo mismo y con los demás, y para aumentar las competencias en el manejo del estrés? (Técnicas de asertividad, técnicas de relajación, técnicas de resolución de problemas....)

10.- NECESIDAD DE COMUNICARSE (28)

FACTORES QUE INFLUENCIAN ESTA NECESIDAD

Biofisiológicos.- Integridad de los órganos de los sentidos, edad, etapa del desarrollo.

Psicológicos.- Inteligencia, percepción, memoria, conciencia (atención, orientación), carácter, estado de ánimo, humor de base, autoconcepto, pensamiento.

- Socioculturales.- Entorno físico próximo (personas, lugares), entorno físico lejano (vías de acceso, vivienda aislada), cultura, status social, rol, nivel educativo, influencias familiares y socioculturales) hábitos y aprendizajes, valores y creencias de la familia/grupo social), profesión.

OBSERVACIONES

- Estado de los órganos de los sentidos (en caso de prótesis, adecuación de éstas) y del sistema neuromuscular.

- Dificultad respiratoria, fatiga y debilidad.

- Comunicación verbal (directa y abierta, poco clara o evasiva, habilidades de comunicación -asertividad, feedback, etc.-, barreras idiomáticas, dificultades en la fonación (tartamudeo, balbuceos,...). Comunicación no verbal (contacto visual, lenguaje corporal, gestos, tono de voz, congruencia con la verbal, expresión de sentimientos por el tacto). Utilización de la expresión escrita.

- Cantidad y calidad de las interacciones con la familia y con las personas del entorno (facilidad de expresión de sentimientos y pensamientos, pertenencia a grupos, relaciones armoniosas con la familia, grupos, etc.).

- Actitudes facilitadoras de la relación (confianza, receptividad, empatía, compromiso, concreción, disponibilidad).
- Utilización de mecanismos de defensa (negación, inhibición, agresividad/hostilidad, desplazamiento, etc.).
- Condiciones del entorno que ayudan/limitan la satisfacción de esta necesidad (sonorización, luz, intimidad, compañía, etc.)

INTERACCIONES

- ¿En qué medida le ha afectado en su necesidad de comunicación, la existencia de limitaciones físicas, enfermedad, cicatrices? (A nivel personal, familiar y de relaciones con los demás.)
- De las personas significativas de que dispone como recurso, ¿con cuáles puede intercambiar puntos de vista o compartir problemas o inquietudes? ¿Puede hacerlo a menudo o cuando cree necesario?
- ¿Cuánto tiempo pasa solo/a?, ¿por qué? ¿Con cuántas personas suele relacionarse diariamente?
- ¿Tiene contactos sociales en forma regular y que le resulten satisfactorios?
- ¿De qué forma expresa generalmente sus sentimientos y pensamientos a los demás (verbal y directamente, indirectamente, a través de alusiones y del comportamiento)? Si en alguna situación los expresa, ¿cuándo y por qué?, ¿cómo se siente?
- ¿Cree necesario y/o adecuado manifestar lo que siente u opina a su familia o amigos?, ¿por qué?
- ¿Se encuentra a gusto siendo tal como es en relación a sí mismo o a los demás (familia, amigos, colaboradores, compañeros) en cuanto al aspecto físico -peso, apariencia- psicológico y social?
- ¿Qué tipo de humor tiene por lo general? (Deprimido, alegre.) ¿Tiene a menudo cambios en el humor? ¿Le causa problemas de relación consigo mismo o con los demás?

- ¿De qué manera se relaciona su familia como un todo? (Reuniones periódicas, celebraciones.)

- ¿Qué posición ocupa en el seno de su familia? ¿Cómo se ve usted? ¿Cómo lo ven los demás?

- ¿Existe algún conflicto importante de relación con su familia y/o miembros del grupo familiar?

- ¿Con cuál de sus familiares tiene mejor relación?. ¿por qué?

- ¿Qué otras personas son importantes para usted? ¿Cómo se ve la relación con los demás? ¿Qué cree que esperan de Ud.?

- En qué tipo de vivienda habita? (Número de habitaciones, espacio.) ¿Le afecta en su necesidad de comunicación?

- ¿Tiene algún tipo de mascota o animal doméstico? ¿De qué manera le ayuda en su necesidad de comunicación? (Le hace compañía, le hace sentirse seguro/a....)

- Ante situaciones de la vida causantes de estrés o conflicto, ¿se afecta su necesidad de comunicación?, ¿cómo? (Arreglo físico, aislamiento, búsqueda de relaciones, inactividad/hiperactividad, problemas de concentración/atención, de expresión, etc.)

- ¿Tiene sentimientos, pensamientos o comportamientos competitivos con alguien de su familia o amigos? (Aspectos materiales, de status, físicos.) Si su situación actual los modifica ¿en qué medida le preocupa y le afecta?

- ¿Siente que sus necesidades sexuales están cubiertas de forma satisfactoria para Ud.? En caso negativo, ¿le resulta un problema digno de mención? En caso afirmativo, ¿cree que la causa es personal o situacional?

11.- NECESIDAD DE VIVIR SEGUN SUS CREENCIAS Y VALORES (29)

FACTORES QUE INFLUENCIAN ESTA NECESIDAD

- Biofisiológicos.- Edad y etapa de desarrollo, integridad del sistema neuromuscular.

29.- Fernández Ferrín, Carmen. *EL PROCESO DE ATENCION DE ENFERMERIA. ESTUDIO DE CASOS. Ediciones Científicas y Técnicas. México. 1993. p.p. 32-33*

- Psicológicos.- Emociones, actitudes, estado de ánimo, personalidad de base, pensamiento, inteligencia, percepción puntual del entorno (catástrofes, enfermedades,...).

Socioculturales.- Cultura, religión y creencias (sentido de la vida y de la muerte, deseo de comunicarse con un ser supremo, deseo de vivir con una filosofía o ideales personales, noción de trascendencia), influencias familiares y sociales (hábitos, aprendizajes, patrones y estructura de la comunidad).

OBSERVACIONES

- Forma de vestir de la persona, familia y amigos (hábitos, vestimentas específicas de un grupo social o religioso) y actitud ante ello (si se trata de esconder signos distintivos).

- Indicadores de valores en las interacciones (diálogo abierto, estimulante, motivador, etc., utilización o evitación del tacto como medio de expresión).

- Nivel de integración de los valores en su vida diaria (realización de ritos, congruencias entre creencias/valores y comportamientos, etc.).

- Condiciones del entorno que ayudan/limitan la satisfacción de esta necesidad (existencia y accesibilidad a lugares de reunión y encuentros, etc.), Presencia de algún objeto, en el entorno próximo o en la propia persona, indicativo de determinados valores o creencias. Existencia de indicadores de valores en el ambiente (tipo de objetos -libros, publicaciones, muebles, objetos personales-, orden y conservación de tales objetos).

INTERACCIONES

_ ¿Cómo le influye el estado de ánimo, las tensiones o el estrés, en la satisfacción de esta necesidad?

- ¿En que tipo de creencias religiosas fue educado en su infancia? ¿Cuáles de ellas son un significado para Ud.? ¿Suponen una ayuda o le generan más conflictos personales, familiares, o de algún otro tipo de problema en su entorno?

- ¿Qué tipo de ritos o comportamiento (dietas, posturas, gestos,...) asociados a sus creencias debe practicar? ¿Con qué frecuencia? ¿Con qué exigencias o requerimientos específicos? ¿Puede practicarlos sin dificultad en la actualidad?

- ¿Cuáles son los valores relevantes propios de su grupo familiar? (Valor a la honestidad, a la unión familiar, al trabajo, al dinero, al éxito, al ocio, etc.) ¿Qué significan para Ud. en este momento? (Le suponen ayuda, conflicto,...)

- ¿Cuáles son los valores relevantes propios de su grupo social? (Competitividad, éxito, conformidad, ayuda, solidaridad, etc.) ¿Qué significan para Ud. en este momento? (Le suponen ayuda, conflicto, etc.).

- ¿Cuáles son sus propios valores personales integrados en su estilo de vida? (Importancia al trabajo, familia, salud, vida, muerte, dinero, amistad, disponibilidad...) ¿Qué orden de prioridad establece?

- ¿En qué medida sus valores personales están siendo alterados por su situación actual? ¿Qué sentimientos y pensamientos problemáticos para Ud. le provoca esta situación?

- ¿En caso de necesidad, desearía tener la oportunidad de expresar sus últimas voluntades? (Donación de órganos, servicios religiosos, testamento, cartas, etc.)

12.- NECESIDAD DE TRABAJAR Y REALIZARSE (30)

FACTORES QUE INFLUENCIAN ESTA NECESIDAD

- Biofisiológicos.- Edad, etapa de desarrollo, constitución, capacidades físicas.

- Psicológicos.- Emociones, personalidad de base, inteligencia, estado de ánimo.

- Socioculturales.- Influencias familiares y sociales (hábitos aprendizajes, valores, creencias, demandas sociales), cultura, educación, rol, status, posibilidad de realizar un trabajo satisfactorio.

OBSERVACIONES

- Estado del sistema neorumuscular, del sistema nervioso y de los sentidos.

- Relaciones armoniosas consigo mismo y con las demás personas que le rodean.

- Distribución equilibrada entre el tiempo dedicado al trabajo y a las actividades de ocio y relación.

- Relaciones armoniosas consigo mismo y con las demás personas que le rodean.
- Distribución equilibrada entre el tiempo dedicado al trabajo y a las actividades de ocio y relación.
- Autoconcepto positivo/negativo de sí mismo (apariciencia física, postura, expresión).
Conciencia de sus capacidades de decisión y de resolución de problemas.

INTERACCIONES

- ¿Qué tipo de trabajo u ocupación realiza? (intelectual o físico). ¿Cuánto tiempo le dedica?. ¿Qué energías personales y nivel de implicación le supone su trabajo?
- ¿Cómo se siente en relación a su trabajo? (Satisfactorio, valorado, participación, relación con superiores, iguales y/o inferiores, posibilidades de promoción.)
- Su remuneración, ¿le permite cubrir sus necesidades básicas y/o las de su familia?
- Su rol profesional. ¿le supone tener que superar algún conflicto con otros roles familiares o sociales? (Madre, padre, policías, etc.)
- ¿Se ha producido o puede producirse alguna modificación en sus roles a raíz de su situación actual? ¿Qué tipo de problemas le ha supuesto? ¿Ha recibido ayuda de su grupo familiar en la nueva distribución de roles? ¿Ha recibido apoyo en su grupo de trabajo?
- ¿Cómo vive usted esta actual situación de cambio? (Pérdida de status, incapacidad de adaptarse al nuevo rol, incapacidad asimismo del grupo familiar para proporcionar ayuda, disminución o no del autoconcepto, falta de expectativas, etc.)
- ¿De qué manera se enfrenta a la situación? (activa o pasivamente). ¿Se plantea formas alternativas de estilo de vida? (Nueva filosofía de vida adaptada a la situación, nuevas maneras de disfrutar en el tiempo libre y de enfocar al trabajo, modos de adaptarse a nuevos roles, relación con la familia y amigos.)
- ¿Las situaciones de tensión o conflicto influyen en la satisfacción de esta necesidad?, ¿de qué modo?

- ¿Conoce la existencia de los recursos de apoyo disponibles en la comunidad? (Asociaciones, grupos de autoayuda y de ayuda a los demás, ayuda profesional.) ¿Los utiliza o estaría dispuesto a utilizarlos?

13.- NECESIDAD DE JUGAR/PARTICIPAR EN ACTIVIDADES RECREATIVAS (31)

FACTORES QUE INFLUENCIAN ESTA NECESIDAD

- Biofisiológico.- Edad, etapa de desarrollo, constitución, capacidades físicas.
- Psicológicos.- Madurez personal, sensopercepción, inteligencia, pensamiento, emociones, motivación, personalidad de base, humor de base, estado de ánimo, autoconcepto.
- Socioculturales.- Cultura, rol social (trabajo/ocio), influencias familiares y sociales (hábitos, aprendizajes, estructura de recursos y servicios), estilo de vida.

OBSERVACIONES

- Estado del sistema neuromuscular, integridad del sistema nervioso y de los sentidos.
- Estado de ánimo (sonrisas, risas, lloros, aspecto tranquilo y sereno, alegre y distendido, triste, apatía, indiferencia, agitación, inhibición,...) Expresiones espontáneas directas o indirectas que indiquen aburrimiento ("no se qué hacer", "las horas se hacen largas", "el tiempo se hace eterno", etc.).
- Rechazo a este tipo de actividades (por aprendizajes o cogniciones erróneas).
- Comportamientos lúdicos en relación con el estado de desarrollo evolutivo de la persona.
- Condiciones del entorno que ayudan/limitan a la satisfacción de esta necesidad (recursos de la institución, de la comunidad).
- Existencia de material que indique hobbies, pasatiempos u otras actividades recreativas (libros, colecciones, música, deporte,...).

INTERACCIONES

- ¿Qué actividades recreativas o de ocio desarrolla en su tiempo libre? ¿Son importantes para Ud.? ¿Por qué? ¿Tiene alguien con quien llevarlas a cabo? En caso negativo, ¿es un problema para Ud.?
- Las situaciones de estrés y emociones intensas, ¿le influyen en la satisfacción de esta necesidad?. ¿de qué modo?
- Aprendió la importancia del uso del tiempo libre en su grupo familiar o bien la ha incorporado de adulto?
- ¿Considera que el tiempo que Ud. dedica al ocio habitualmente es suficiente en proporción al tiempo y energía que dedica a su trabajo?
- ¿Tiene los recursos para poder dedicarse a cosas que le interesan (materiales, transporte, tiempo, energía....)? En caso negativo ¿ha encontrado alguna alternativa satisfactoria?
- ¿Conoce las diferentes posibilidades recreativas que tiene a su alcance en la comunidad? ¿Las utiliza?
- ¿Cuándo participó por última vez en alguna actividad lúdica o recreativa?
- ¿Ha tenido que introducir alguna modificación en este tipo de actividades debido a su situación actual? ¿Qué tipo de problema le ha supuesto? ¿Cómo vive esta situación de cambio?
- En caso de no haber realizado ningún cambio. ¿qué piensa hacer? ¿Cree que alguien (familia, enfermera, amigos,...) pueda ayudarle a encontrar la forma de satisfacer esta necesidad?

14.- NECESIDAD DE APRENDIZAJE (32)

FACTORES QUE INFLUENCIAN ESTA NECESIDAD

- Biofisiológicos.- Edad, etapa de desarrollo, capacidades físicas.

32.- Fernández Ferrín, Carmen. *EL PROCESO DE ATENCION DE ENFERMERIA. ESTUDIO DE CASOS. Ediciones Científicas y Técnicas. México, 1993. p.p. 36-37*

- **Psicológicos.**- Emociones, capacidad intelectual, motivación (significado del aprendizaje, importancia del conocer y aprender sobre sí mismo), carácter (activo, pasivo), estado de ánimo.

- **Socioculturales.** Educación, nivel socioeconómico, status según instrucción o educación, influencias familiares y sociales (hábitos y aprendizajes, ambiente, estructura social), raza, religión, creencias de salud relacionadas con el sexo masculino o femenino.

OBSERVACIONES

- **Capacidades físicas** (órganos de los sentidos, estado del sistema nervioso) y psicológicas (capacidad de autocuidado, interés por aprender y/o cambiar actitudes y comportamientos, capacidad de relación/comunicación, de compromiso).

- **Situaciones** que alteran la capacidad de aprendizaje (ansiedad, dolor, pensamientos, sentimientos...).

- **Comportamientos** indicativos de interés en el aprendizaje para resolver los problemas de salud (pregunta, escucha, demuestra interés/desinterés, propone alternativas, etc.).

INTERACCIONES

- ¿Qué estudios ha realizado? ¿Puede leer, escribir...?

- ¿Las situaciones de emociones intensas le influyen en la satisfacción de esta necesidad?, ¿de qué modo?

- ¿Ha tenido alguna vez dificultades en aprender cosas nuevas? ¿Qué tipo de situaciones o cosas le han creado esta dificultad?

- ¿Cómo le resulta más fácil aprender o retener conceptos o habilidades nuevas? (Leyendo, escribiendo, observando, mirando, varias a la vez,...).

- ¿Ha tenido alguna vez dificultad en poner en marcha y mantener comportamientos generadores de salud, que resultan de un nuevo aprendizaje? (Dejar de fumar, hacer ejercicio o dieta,...).

- ¿Tiene conocimientos sobre sí mismo, sus necesidades básicas, su estado de salud actual, tratamiento y autocuidados necesarios? ¿Considera que son suficientes?

- ¿Tiene problemas de relación dignos de mencionar con su familia, amigos o personas significativas? En caso afirmativo, ¿cree que aprender a mejorar la forma de comunicarse y relacionarse le ayudaría?

- ¿Tiene conocimientos sobre el ser humano y su desarrollo a lo largo del ciclo vital? ¿Considera que son suficientes para comprender las conductas de las personas significativas y relacionarse de forma satisfactoria?

- ¿Tiene suficiente conocimiento sobre la familia como grupo y su evolución a lo largo del ciclo familiar, que le permita comprender los comportamientos de sus miembros y hacer frente a las situaciones de cambio y de crisis de manera adaptativa?

- ¿Conoce las diferentes fuentes de apoyo de que dispone en la comunidad? ¿Sabe como utilizarlas? ¿Las utiliza? En caso negativo, ¿por qué?

- ¿Desearía incrementar sus aprendizajes en aspectos relativos a su salud/enfermedad? (Técnicas de autocontrol, emocional, cambios de hábitos de vida, funcionamiento del propio cuerpo en situación de salud y enfermedad, alternativas de estilos de vida, procedimientos, etc.)

II.- APLICACION DEL MODELO DE VIRGINIA HENDERSON A UN RECIEN NACIDO CON DIFICULTADES EN LA RESPIRACION. ESTUDIO DE CASO

DATOS GENERALES

El presente Proceso de Enfermería se le realizó al niño: AVILA RAYA HIJO, quien es un recién nacido del sexo masculino, con 4 días de vida extrauterina; nace el día 10 de agosto de 1996 a las 3:30 horas en Maravatío, Mich. Es producto de la gestación número 9. Ingresa al servicio de Neonatología del Hospital Infantil "Eva Sámano de López Mateos" de Morelia, Mich. y viene acompañado de su padre.

ANTECEDENTES FAMILIARES Y PERSONALES DE INTERES

Padre de 48 años de edad, originario de Pateo, Mich. y residente de Apeo, Mich., no sabe leer ni escribir, su ocupación es jornalero.

Madre de 47 años de edad, originaria y residente de Apeo, Mich., dedicada al hogar, analfabeta; ignora tipo sanguíneo.

ANTECEDENTES PRENATALES

Gestación número 9, partos 3, cesárea 1 (óbito fetal de 5 meses), 5 abortos (entre los 4 y 5 meses de gestación, se ignora la causa). Tiene 3 hermanos de 20, 18 y 17 años; el último de ellos nació de 7 meses de embarazo, con un peso de 1000 g.

Madre que cursó con un embarazo normoevolutivo (se desconoce la fecha de última menstruación), con control prenatal cada mes por médico, con ingesta de medicamentos al 4º mes de gestación, no se especifican; al 2º mes de embarazo presentó una infección de vías urinarias, la sintomatología cede sin tratamiento farmacológico.

SITUACION ACTUAL DE SALUD (14 DE AGOSTO DE 1996)

Recién nacido de embarazo de pretérmino (34.6 semanas de gestación de acuerdo a valoración de Capurro), hipotrófico (en relación a las tablas de edad y peso de Jurado García), con ruptura prematura de membranas de 15 días de evolución (salida de líquido amniótico claro con grumos, no fétido).

Se atiende parto fortuito en consultorio particular y se obtiene producto del sexo masculino, el cual lloró y respiró al nacer, presentando desde ese momento dificultad respiratoria manifestada por: tiros intercostales, retracción xifoidea, quejido espiratorio, cianosis generalizada, motivo por el cual se traslada a esta institución, después de haber sido atendido durante un día y medio en el lugar de nacimiento. Se traslada en ambulancia en incubadora, con caso cefálico (FiO_2 se ignora), con venoclisis permeable con solución glucosada al 10%, se desconoce cualquier otro tratamiento, ha permanecido en ayuno desde su nacimiento.

En la valoración inicial se obtiene: peso de 1200 g., talla de 38 cm., perímetro cefálico de 28 cm., perímetro torácico de 23.2 cm., perímetro abdominal de 21 cm., longitud del pie 5.2 cm., temperatura rectal de 36° C., frecuencia cardíaca de 145 latidos por minuto y una frecuencia respiratoria de 40 por minuto, dextrostix de 60 mg.

Se observa consciente, hipoactivo e hiporreactivo, con tinte icterico; en aparato respiratorio se ausculta hipoventilación en zona apical derecha, con estertores alveolares en hemitórax derecho y sialorrea importante.

En aparato digestivo alto se aprecia que hay éstasis de la sonda orogástrica (aproximadamente se introducen 10 cm. de la sonda) y no se obtiene contenido gástrico, estos datos son sugestivos de una posible atresia de esófago (posteriormente se confirma radiológicamente); el abdomen se palpa blando, depresible, con muñon umbilical en proceso de momificación y sin secreciones, peristalsis disminuida; se estimula rectalmente y hay salida de evacuación meconial.

Su grupo sanguíneo y Rh es "O" positivo (+). La biometría hemática reporta una hemoglobina de 19.4, con un hematocrito de 55 y leucocitos de 5213, el resto de datos dentro de cifras normales.

2.1.- VALORACION DE LAS 14 NECESIDADES BASICAS A SU INGRESO A LA UNIDAD DE NEONATOLOGIA

DATOS DE INDEPENDENCIA/DEPENDENCIA OBTENIDOS A TRAVES DE LA ENTREVISTA Y LA OBSERVACION, SEGUN LA GUIA DE VALORACION

1.- NECESIDAD DE OXIGENACION

-Datos de independencia.- Permeabilidad de vías aéreas y automatismo respiratorio.

- *Datos de dependencia.*- Retracción xifoidea, tiros intercostales, cianosis distal, abundantes secreciones bronquiales y orofaríngeas, así como patrón periódico respiratorio.

2.- NECESIDADES DE NUTRICION E HIDRATAACION

- *Datos de independencia.*- No valorable.

- *Datos de dependencia.*- Por estar en ayuno absoluto, se le administran líquidos, calorías y electrolitos por vía aprenteral. Existe pérdida ponderal (100 g.) paulatinamente. Requiere de un control estricto de glucosa en sangre. Presenta una malformación congénita a nivel de esófago (atresia). No succiona ni deglute.

3.- NECESIDAD DE ELIMINACION

- *Datos de independencia.*- Eliminación urinaria de 5.9 ml. por kilogramo de peso por día. El perímetro abdominal es de 21 cm.

- *Datos de dependencia.*- Requiere de estimulación rectal para que evacúe, ya que la peristalsis se encuentra disminuida. A su ingreso se le estimuló rectalmente y evacuó meconio (5 g. aproximadamente).

4.- NECESIDAD DE MOVERSE Y MANTENER UNA BUENA POSTURA

- *Datos de independencia.*- No valorable.

- *Datos de dependencia.*- Se encuentra con una actividad corporal disminuida y requiere cambios frecuentes de posición.

5.- NECESIDAD DE DESCANSO Y SUEÑO

- *Datos de independencia.*- Duerme la mayor parte del día.

- *Datos de dependencia.*- Su respuesta a los estímulos está disminuida.

6.- NECESIDAD DE USAR PRENDAS DE VESTIR ADECUADAS

- *Datos de independencia.*- valorable.

- *Datos de dependencia.*- Unicamente se le coloca un pañal abierto por permanecer en una incubadora y bajo fototerapia continua.

7.- NECESIDAD DE TERMORREGULACION

- *Datos de independencia.*- No valorable.

- *Datos de dependencia.*- Existen fluctuaciones importantes de su temperatura, independientemente de las variaciones de la temperatura en la incubadora.

8.- NECESIDAD DE HIGIENE Y PROTECCION DE LA PIEL

- *Datos de independencia.*- No valorable.

- *Datos de dependencia.*- Requiere de que se le realice aseo de toda la piel, además de que se observa tinte icterico; mucosa oral bien hidratada y con expresión facial de angustia. Tiene una venodisección en vena yugular derecha y multipunciones venosas.

9.- NECESIDAD DE EVITAR PELIGROS

- *Datos de independencia.*- No valorable.

- *Datos de dependencia.*- Sistema inmunológico disminuido y alteraciones de la sensopercepción.

10.- NECESIDAD DE COMUNICARSE

- *Datos de independencia.*- Integridad en los órganos de los sentidos.

- *Datos de dependencia.*- Insuficiencia respiratoria, debilidad y responde levemente a estímulos dolorosos.

11.- NECESIDAD DE VIVIR SEGUN SUS CREENCIAS Y VALORES

- *Datos de independencia.*- valorable.

- *Datos de dependencia.*- No valorable. La familia es de religión católica y solicitaron al personal de enfermería se le bautice en caso de agravamiento del recién nacido.

12.- NECESIDAD DE TRABAJAR Y DE REALIZARSE

- *Dato de independencia.*- No valorable.

- *Dato de dependencia.*- No valorable.

13.- NECESIDAD DE JUGAR/PARTICIPAR EN ACTIVIDADES RECREATIVAS

- *Datos de independencia.*- No valorable.

- *Datos de dependencia.*- No valorable.

14.- NECESIDAD DE APRENDIZAJE

- *Datos de independencia.*- No valorable.

- *Datos de dependencia.*- Sistema nervioso alterado. No succiona ni deglute.

Agrupación de los datos

Recién nacido Avila Raya, es del sexo masculino, producto de la 9ª gestación, se desconoce fecha de la última menstruación, sin embargo, de acuerdo a la valoración de Capurro, corresponde a 34.6 semanas de edad gestacional. Su peso es de 1200 g. y de acuerdo a las tablas de Jurado García de peso y talla de niños mexicanos, se le clasifica como de peso bajo de acuerdo a la edad gestacional (Diagnóstico 11).

El niño, desde su ingreso a esta institución ha presentado tinte icterico generalizado y un resultado de laboratorio de bilirrubina no conjugado de 10 mg./dl. (Diagnóstico 7)

El neonato lloró y respiró al nacer, pero desde ese momento ha presentado alteraciones respiratorias manifestadas por tiros intercostales, retracción xifoidea, quejido espiratorio, cianosis generalizada y abundantes secreciones bronquiales y orofaríngeas. (Diagnóstico 1).

El recién nacido ha permanecido en ayuno y se le han suministrado líquidos, electrolitos y glucosa por vía parenteral (Diagnósticos 3, 4 y 5).

Tiende a aumentarle o ha disminuirle su temperatura corporal, independientemente de los cambios térmicos de la incubadora (Diagnóstico 2).

Tras el intento de introducir una sonda orogástrica y además con un estudio radiológico, se llegó a concluir que tiene una malformación en esófago; no obstante el abdomen se encuentra blando, con un perímetro de 21 cm.; el peristaltismo se encuentra disminuido y ha evacuado 5 g. con la estimulación rectal (Diagnóstico 8).

El niño se muestra con poca respuesta a estímulos externos (Diagnóstico 12), así como con una actividad corporal disminuida, tinte icterico en piel (Diagnósticos 9 y 10) y una expresión facial de dolor (Diagnóstico 6).

2.2.- DIAGNOSTICOS DE ENFERMERIA Y COMENTARIO A LOS MISMOS

1.- DESPEJE INEFICAZ DE LA VIA AEREA relacionado con secreciones excesivas y espesas, manifestado por tos ineficaz, imposibilidad para expectorar las secreciones de la vía aérea, ruidos respiratorios anormales y alteraciones de la frecuencia, ritmo y profundidad de la respiración.

El despeje ineficaz de la vía aérea, según la NANDA, "es cuando el individuo experimenta una amenaza real o potencial en su aparato respiratorio, esto es en lo que respecta a la imposibilidad de toser con eficacia" (1).

No es recomendable utilizar Potencial Alterado de la Fundación Respiratoria para describir un problema concreto, ya que se trata de un caso colaborativo y no de un diagnóstico de enfermería; tampoco debe emplearse esta categoría diagnóstica para describir trastornos respiratorios agudos, pues son responsabilidad directa de los médicos. La causa de la dificultad en este diagnóstico está relacionado con la falta de la fuerza (F).

2.- ALTERACION DE LA TEMPERATURA CORPORAL, en relación con la edad del paciente e infección, manifestado por temperaturas rectales que oscilan entre 35°C y 39°C.

Alteración de la Temperatura Corporal según la NANDA debe manejarse como Alteración Potencial de la Temperatura Corporal, cuya definición es "Estado en el que el individuo se encuentra en riesgo de no poder mantener su temperatura corporal dentro del intervalo normal debido a factores endógenos" (2).

1.- Carpenito, Lynda. *MANUAL DE DIAGNOSTICOS DE ENFERMERIA*. 3ª edición. Editorial Harla. México, 1994.

p 137

2.- Carpenito *op.cit.* p. 57

Este diagnóstico no ha sido utilizado en toda su extensión, ya que lleva la palabra la palabra "potencial", lo cual significa que existen factores que en gran medida, pueden conducir a esta alteración, sin embargo, en este caso en particular, el neonato tiene presente esta alteración, es decir, es real.

No se seleccionó ni el diagnóstico de hipotermia, ni el de hipertermia, porque existían ambas condiciones. El diagnóstico de termorregulación inapropiada tampoco corresponde, ya que esta situación se presenta sin existir otros condicionantes de la temperatura ambiental (F).

3.- DEFICIT EN EL VOLUMEN DE LIQUIDOS, relacionado con ayuno, reserva disminuida de líquidos y diuresis excesiva, manifestado por pérdidas hídricas mayores al ingreso y poliuria.

Déficit en el Volumen de Líquidos se define como "estado en el que un individuo que está en ayuno hasta nueva orden, manifiesta o está en riesgo de presentar una deshidratación vascular, intersticial o intracelular" (3).

Esta categoría diagnóstica se emplea cuando la enfermera puede evitar la pérdida de líquidos, reducir o eliminar factores como puede ser una ingesta o ingreso de líquidos parenterales deficientes; en las situaciones en donde una hemorragia o ayuno pueden condicionar hipovolemia no debe emplearse por considerarse como problemas adicionales, no diagnósticos (F).

4.- DEGLUCION ALTERADA, relacionada con una anomalía congénita (atresia de esófago), evidenciando por éstasis de la sonda orogástrica y sialorrea.

Deglución Alterada, según la NANDA, "es el estado en el que un individuo tiene disminuida su capacidad para pasar en forma voluntaria, desde la boca al estómago alimentos líquidos y sólidos" (F) (4).

5.- LACTANCIA INEFICAZ, en relación con neonato prematuro, manifestado por ausencia de los reflejos de succión y deglución.

Lactancia Ineficaz, la NANDA lo define como "estado en el que la madre, el lactante o el preescolar, manifiestan o se encuentran en riesgo de experimentar insatisfacción o dificultad en el proceso de la lactancia" (5).

3.- Carpenito *op.cit.* p. 78

4.- Carpenito *op.cit.* p. 117

5.- Carpenito *op.cit.* p. 105

Este diagnóstico se ha seleccionado, porque, aunque al neonato no se alimentará por vía oral a corto plazo, requiere de la presencia a futuro de los reflejos de succión y deglución que se encuentran ausentes (F).

6.- ALTERACION DEL BIENESTAR, en relación a una alteración visceral esofágica, venodisección y estrés, evidenciando por fascies dolorosa.

Alteración del bienestar "estado en el que el individuo manifiesta una sensación desagradable en respuesta a un estímulo nocivo" (6).

Esta categoría diagnóstica no está aprobada por la NANDA, sin embargo, Carpenito la incluye en el "Manual de Diagnóstico de Enfermería" por su claridad y utilidad.

7.- ALTERACION EN LA COLORACION DE LA PIEL en relación a hiperbilirrubinemia neonatal, manifestada por ictericia.

Esta categoría diagnóstica no ha sido incluida por la NANDA, sin embargo, se ha utilizado en virtud de que no se ha contemplado y es necesario construirlo para este caso en particular.

Se puede definir como el estado en el cual un individuo presenta o está en riesgo de presentar cambios en la coloración tisular.

8.- ALTERACIÓN EN LA ELIMINACION INTESTINAL, relacionado con una obstrucción en el aparato digestivo alto, manifestado por meconio espeso, disminución en el número de evacuaciones y peristaltismo intestinal bajo.

Alteración en la eliminación intestinal, es una categoría diagnóstica no incluida en la NANDA, sin embargo, la incluí en este proceso, debido a que no está contemplada en ninguna otra categoría.

Se puede definir como el estado en el que un sujeto presenta o está en riesgo de manifestar éstasis de la materia fecal en el intestino grueso, originando una disminución en el número de las evacuaciones y heces espesas o duras.

Este diagnóstico, específicamente, tiene como factores etiológicos y contributivos la edad del paciente (recién nacido) y la malformación a nivel de esófago (atresia de esófago), razones por las cuales no se seleccionaron los diagnósticos de estreñimiento y estreñimiento del colon incluidos por la NANDA (F).

9.- *ALTERACION EN LA INTEGRIDAD DE LA PIEL*, en relación con ayuno absoluto, venodisección, venopunciones, sonda oroesofágica, secreciones orofaríngeas y uso de adhesivos, evidenciando por una desorganización del tejido dérmico y epidérmico en diversas áreas.

Alteración en la Integridad de la piel según la NANDA, "es el estado en el cual un individuo experimenta o está en riesgo de experimentar un daño al tejido dérmico o epidérmico" (7).

Este diagnóstico se ha seleccionado en virtud de que describe alteraciones reales o potenciales de la epidermis y la dermis. No se utilizó el diagnóstico de: "Potencial para el síndrome de desuso", ya que este se utiliza en aquellos casos de inmovilización y en este paciente, de manera particular, sí se le realizan cambios de posición (F).

10.- *POTENCIAL DE ALTERACION EN LA INTEGRIDAD TISULAR: CORNEA*, relacionado con exposición a fototerapia y uso continuo de cubreojos.

Potencial de Alteración de la Integridad Tisular, según la NANDA: "se da en el momento en el que el individuo experimenta o está en riesgo de experimentar un daño en los tejidos intergumentarios, corneal o de las membranas mucosas"(F) (8).

11.- *CRECIMIENTO Y DESARROLLO ALTERADOS*, relacionados con ayuno absoluto, estrés, alteración gastrointestinal y neurológico, manifestado por incapacidad para efectuar habilidades o comportamientos típicos de su edad y alteración del crecimiento físico observado por bajo peso y talla.

Crecimiento y Desarrollo Alterados, según la definición de la NANDA, "es el estado en el que un individuo corre el riesgo de alterar su capacidad para efectuar actividades propias de su edad" (9).

7.- Carpenito *op.cit.*, p. 22

8.- Carpenito *op.cit.*, p. 18

9.- Carpenito *op.cit.*, p. 19

En este caso, el neonato no es que corra el riesgo de presentar estos cambios, sino que ya manifiesta alteraciones, desde el momento que es considerado como de pretérmino y con bajo peso de acuerdo a su edad gestacional, por lo tanto es un diagnóstico real y las causas de la alteración corresponden a la falta de fuerza (F).

12.- ALTERACIONES DE LA PERCEPCION SENSORIAL, en relación con una inmadurez neurológica, manifestando por interpretación inexacta de los estímulo ambientales y alteración del patrón de conducta o de comunicación (llanto).

Alteraciones de la Percepción Sensorial, la NANDA lo define como "estado en el cual un individuo o grupo experimenta o está en riesgo de experimentar un cambio en la cantidad, patrón o interpretación de los estímulos que recibe" (F)(10).

2.3.- PLANIFICACION DE LOS CUIDADOS DE ENFERMERIA

DIAGNOSTICO I

- *OBJETIVOS*. - El niño podrá:

- * Mejorar la función respiratoria.
- * Incrementar la fluidificación de secreciones.
- * Disminuir el acúmulo de secreciones.

- *ACTIVIDADES*. -

- Proporcionar micronebulizaciones durante 10 minutos previos a la fisioterapia pulmonar.
- Fisioterapia pulmonar y drenajes posturales cada 2 horas.
- Aspiración de secreciones orofaríngeas.
- Realizar cambios de posición cada 2 horas.
- Valoración de Silverman-Anderson cada 4 horas.
- Registro de la frecuencia cardíaca, respiratoria y coloración de tegumentos cada hora.
- Mantener una concentración constante de la fracción inspirada de oxígeno (FiO_2).
- Instalar monitor de apneas.
- Estimulación táctil en caso de apneas.
- Colocación de colchón de agua para estimular al neonato en caso de apneas.

- *CRITERIOS DE RESULTADO.*- El neonato manifestará:

° Sonidos respiratorios normales, frecuencia respiratoria normal y ausencia de disnea y cianosis a mediano plazo.

DIAGNOSTICO 2

- *OBJETIVOS.*- El niño podrá:

* Mejorar su temperatura corporal.

- *ACTIVIDADES.*-

- Toma de temperatura rectal cada hora y correlacionarla con la temperatura ambiental de la incubadora, registrar ambas en una hoja de curva térmica.

- Baño de esponja por la mañana si el niño está eutérmico.

- Controlar la temperatura por medios físicos. (Incrementos y decrementos manuales de la temperatura ambiental de la incubadora).

- *CRITERIOS DE RESULTADO.*-

° El niño demostrará menos fluctuaciones en su temperatura corporal (mediano plazo).

DIAGNOSTICO 3

- *OBJETIVOS.*- El neonato podrá:

* Mantener un adecuado balance de líquidos.

* Mejorar su función urinaria.

* Restaurar el volumen circulante.

- *ACTIVIDADES.*-

- Ministración de líquidos parenterales ininterrumpidamente.

- Control estricto de líquidos.

- Realización de densidad urinaria cada 4 horas.

- Registro cualitativo (bililabstix) de orina por turno.

- Peso diario a las 8:00 horas.

- CRITERIOS DE RESULTADO.-

° El niño demostrará un balance de líquidos adecuado (corto plazo).

DIAGNOSTICO 4

- OBJETIVOS.- El neonato podrá:

* Disminuir el riesgo de broncoaspiración.

-ACTIVIDADES.-

- Instalar sonda oroesofágica abierta por gravedad.

- Aspiración de secreciones oronasofaríngeas cada hora o más frecuente, si es necesario.

- CRITERIOS DE RESULTADO.-

° El niño demostrará ausencia de broncoaspiración (corto plazo).

DIAGNOSTICO 5

- OBJETIVO.- El niño podrá:

* Desarrollar los reflejos de succión y deglución.

* Desarrollar el reflejo mano-boca.

- ACTIVIDADES.-

- Estimulación del reflejo de succión y deglución con un chupón cada 4 horas (si está despierto).

- Estimular el reflejo mano-boca cada 4 horas (si está despierto).

- CRITERIOS DE RESULTADO.- El niño manifestará:

° Una respuesta a la estimulación del reflejo de succión y deglución con un chupón (mediano plazo).

° Presencia del reflejo mano-boca a mediano plazo.

DIAGNOSTICO 6

- *OBJETIVO*.- El paciente podrá:

- * Disminuir el grado de dolor.
- * Reducir el grado de estrés.

- *ACTIVIDADES*.-

- Posición de decúbito dorsal alternando con cualquier otra posición cada 2 horas.
- Proporcionarle estímulos placenteros (caricias) cada 2 horas.

- *CRITERIOS DE RESULTADO*.-

° El niño manifestará relajación al disminuirle el dolor y el estrés con una posición adecuada y estimulación de placer (corto plazo).

DIAGNOSTICO 7

- *OBJETIVOS*.- El neonato podrá:

- * Disminuir el grado de ictericia.
- * Reducir el riesgo de daño neurológico.

- *ACTIVIDADES*.-

- Mantener desnudo al niño completamente.
- Protección ocular con antifaz y retirarlo en caso de baño, aseo ocular y alimentación y al apagar las lámparas de fototerapia.
- No lubricar la piel.
- Colocar las lámparas de fototerapia a una distancia de entre 50-70 centímetros en relación la niño.
- Aseo acular cada 4 horas.
- Cambios frecuentes de posición.
- Vigilar características de evacuaciones.

CRITERIOS DE RESULTADO.- El niño demostrará:

° Disminución paulatina del grado de ictericia en piel y bilirrubina indirecta sérica (corto plazo).

DIAGNOSTICO 8

- **OBJETIVO.**- El niño podrá:

- * Aumentar la cantidad y frecuencia de las evacuaciones.
- * Mantener el perímetro abdominal (no incrementos).
- * Disminuir el riesgo de complicaciones potenciales intestinales.

- **ACTIVIDADES.**-

- Tomar perímetro abdominal cada 4 horas.
- Estimulación rectal con un termómetro cada 8 horas.
- Análisis cualitativo en heces (bililabstix) del PH, sangre oculta en heces y glucosa.
- Observación de las características macroscópicas de las heces.

- **CRITERIOS DE RESULTADO.**- En el niño se observará:

- ° No aumentos en el perímetro abdominal (corto plazo).
- ° Incrementos en el número y cantidad de evacuaciones (corto plazo).
- ° Ausencia de alteraciones a nivel intestinal (evacuaciones con PH normal, sin sangre ni macro ni microscópica y sin sustancias reductoras) a mediano plazo.

DIAGNOSTICO 9

- **OBJETIVO.**- El recién nacido podrá:

- * Mantener íntegra su piel.

- **ACTIVIDADES.**-

- Cambios de sitios de venopunción cada 72 horas o antes si es preciso.
- Curación de venodisección cada 24 horas por la mañana.
- Colutorios con solución bicarbonatada por turno.
- Baño de esponja diariamente por la mañana.
- Previo a la colocación de adhesivos, proteger la piel del niño con un bálsamo (benjui).
- Utilización de adhesivos poco irritantes de la piel (micropore).
- Cambios de sitio de fijación de sondas oroesofágicas cuando lo amerite.

CRITERIOS DE RESULTADO.- El niño manifestará:

- ° Mejor integridad de la piel peribucal y sitios tanto de venopunción como de venodisección (corto plazo).

DIAGNOSTICO 10

-*OBJETIVO*.- El niño podrá:

* Disminuir el riesgo de lesión en la córnea.

- *ACTIVIDADES*.-

- Protección ocular con antifaz cuando se encuentre bajo fototerapia.
- Mantener las lámparas apagadas cuando se encuentre sin protección ocular.
- Aseo ocular cada 4 horas.

- *CRITERIOS DE RESULTADO*.-

+ El niño manifestará ausencia de lesión corneal a corto plazo.

DIAGNOSTICO 11

- *OBJETIVO*.- El recién nacido podrá:

- * Mejorar su crecimiento y desarrollo.
- * Mantener cifras normales de glucosa en sangre.

- *ACTIVIDADES*.-

- Toma de glicemia periférica (dextrostix) cada 4 horas.
- Registrar peso cada 24 horas (a las 8:00 horas).
- Talla cada 8 días.
- Estimulación múltiple sensorial cuando esté despierto (hablarle, acariciarlo, presentarle objetos a sus ojos en colores llamativos, proporcionarle sonidos de objetos inanimados).

- *CRITERIOS DE RESULTADO*.- El neonato manifestará:

- ° Incrementos ponderales mínimos de 15 gramos por día y de un centímetro de talla por semana (corto plazo).
- ° Adquisición de habilidades propias de su edad en los diferentes órganos de los sentidos a mediano plazo.

DIAGNOSTICO 12

- **OBJETIVO.**- El recién nacido podrá:

- * Desarrollar sus formas de comunicación.
- * Diferenciar entre estímulos placenteros y estímulos negativos.

- **ACTIVIDADES.**-

- Proporcionar estímulos placenteros en los diferentes órganos de sentido cada 4 horas (si el niño se encuentra despierto).

- **CRITERIOS DE RESULTADO.**- El niño demostrará:

- ° Una conducta de llanto ante estímulos dolorosos, así como el retirar la parte de su cuerpo afectada (mediano plazo).
- ° Respuesta con muecas y estornudos ante estímulos no gratos orales y olfativos a mediano plazo.
- ° Conducta de tranquilidad y de relajación ante estímulos táctiles que le causen placer (mediano plazo).
- ° Respuestas de succión ante estímulos orales agradables (mediano plazo).

PROBLEMAS INTERDEPENDIENTES

- **COMPLICACION POTENCIAL:**

Hemorragia intracraneana.
Isquemia intestinal.
Atelectasia pulmonar.
Deshidratación.
Hipoglucemia.
Acidosis.
Insuficiencia renal.

REGISTRO DE LOS CUIDADOS DE ENFERMERIA

RESUMEN DIA 14 DE AGOSTO DE 1996.

ESTA TESIS NO DEBE
SALIR DE LA BIBLIOTECA

FECHA	SIGNOS VITALES					LIQUIDOS		OBSERVACIONES DE ENFERMERIA
	TEM. AMB.	TEM. RECT.	F.C.	F.R.	T/A	APORTES	PERDIDAS	
14/VIII/96	40°C 38 36	38.8 36 35	150 154 148	66 66 64		170	186	<p>Silverman de 2 (trios intercostales y retracción xifoidea), polipneico. CPAP nasal de 3 cm. de agua, FiO₂ 60%. Se fluidifican secreciones bronquiales, se efectúa fisioterapia pulmonar con drenaje postural y se aspiran abundantes secreciones orofaríngeas blanquesinas espesas cada 2 hrs.</p> <p>L. ALCANTAR Z.</p> <p>Presenta termolabilidad, apneas y/o patrón periódico respiratorio. Diuresis Horacia 5.9 ml/kg. Venoclisis permeable en MSD, no datos de flebitis, retorno venoso.</p> <p>L. ALCANTAR Z.</p> <p>Se le realiza baño de esponja y curación de venodisección (sin datos de infección). El sitio de fijación de sonda oroesofágica se encuentra hiperémico, se cambia lugar de fijación. Se muestra hipoactivo e hiperreactivo.</p> <p>L. ALCANTAR Z.</p>

REGISTRO DE LOS CUIDADOS DE ENFERMERIA

RESUMEN DIA 14 DE AGOSTO DE 1996.

FECHA	SIGNOS VITALES					LIQUIDOS		OBSERVACIONES DE ENFERMERIA
	TEM. AMB.	TEM. RECT.	F.C.	F.R.	T/A	APORTES	PERDIDAS	
								<p>Se mantiene en ayuno absoluto y por sonda oroesofágica no drena. Abdomen blando, depresible, peristalsis disminuida, evacúa 5 g. de meconio espeso tras estimulación rectal (11 horas).</p> <p>L. ALCANTAR Z.</p> <p>Su coloraciones ictericia y se encuentra bajo fototerapia continua, con protección ocular y cambios de posición cada 2 horas.</p> <p>L. ALCANTAR Z.</p> <p>Peso de las 8:00 hrs. 1.200 Kg.</p> <p>L. ALCANTAR Z.</p> <p>Se toma hemocultivo y urocultivo por parte médica.</p> <p>L. ALCANTAR Z.</p> <p>Se le realiza estimulación múltiple sensorial.</p> <p>L. ALCANTAR Z.</p>

2.6.-Evaluación del logro de objetivos.

A continuación se comparan los criterios de resultado con los datos observados del niño. Se encierra con un círculo la letra "C" si los objetivos se han cumplidos; se rodea con un círculo la letra "P" si los objetivos se han alcanzado parcialmente y se encierra la letra "N" si no se han cumplido los objetivos.

Diagnóstico 1.-

Criterios de resultado: El neonato manifestará sonidos respiratorios normales, frecuencia respiratoria normal y ausencia de disnea y cianosis a mediano plazo.

Respuesta: C P N

Diagnóstico 2.-

Criterio de resultado: El niño demostrará menos fluctuaciones en su temperatura corporal (mediano plazo).

Respuesta: C P N

Diagnóstico 3.-

Criterios de resultado: El niño demostrará un balance de líquidos adecuado (corto plazo).

Respuesta: C P N

Diagnóstico 4.-

Criterios de resultado: El niño demostrará ausencia de broncoaspiración.

Respuesta: C P N

Diagnóstico 5.-

Criterios de resultado: El niño manifestará:

- una respuesta a la estimulación del reflejo de succión y deglución con un chupón

(mediano plazo).

Respuesta: C P N

- Presencia del reflejo mano-boca a mediano plazo.

Respuesta: C P N

Diagnóstico 6.-

Criterios de resultado. El niño manifestará relajación al disminuirle el dolor y el estrés con una posición adecuada.

Respuesta: C P N

Diagnóstico 7.-

Criterios de resultado. El niño demostrará disminución paulatina del grado de ictericia en piel y bilirrubina indirecta sérica (corto plazo).

Respuesta: C P N

Diagnóstico 8.-

Criterios de resultado. En el niño se observará:

- No aumentos en el perímetro abdominal (corto plazo).

Respuesta: C P N

- Incrementos en el número y cantidad de evacuaciones (corto plazo).

Respuesta: C P N

Diagnóstico 9.-

Criterios de resultado. El niño manifestará mejor integridad de la piel peribucal y sitios tanto de venupunción como de venodisección.

Respuesta: C P N

Diagnóstico 10.-

Criterios de resultado. El niño manifestará ausencia de lesión corneal a corto plazo.

Respuesta: C P N

Diagnóstico 11.-

Criterios de resultado. El neonato manifestará:

- Incrementos ponderales mínimos de 15 g. por día y de un centímetro de talla por semana (corto plazo).

Respuesta: C P N

- Adquisición de habilidades propias de su edad en los diferentes órganos de los sentidos a mediano plazo.

Respuesta: C P N

Diagnóstico 12.-

Criterios de resultado.

El niño demostrará una conducta de llanto ante estímulos dolorosos, así como el retirar la parte de su cuerpo afectado (mediano plazo).

Respuesta: C P N

2.6.- EVOLUCION DEL 15-28 DE AGOSTO DE 1996

A continuación se hace referencia a los diagnósticos de enfermería que se han modificado de acuerdo a las respuestas del niño y a la valoración que diariamente se realiza.

AGRUPACION DE LOS DATOS DE LA EVOLUCION

El día 14 de agosto de se retira fototerapia por disminuir la ictericia y los niveles séricos de bilirrubina indirecta en plasma. El día 16 del mismo mes aumentó la dificultad

respiratoria (Silverman-Andersen de 4), polipnea, bradicardia y cianosis generalizada, requirió de intubación endotraqueal y se conectó a un ventilador de presión, se aspiran abundantes secreciones bronquiales (diagnóstico 1); este mismo día se inicia nutrición parenteral total (NPT).

El día 17, se realiza gastrostomía y esofagostomía (diagnóstico 2).

Se le extuba el día 19 y presenta secreciones bronquiales escasas hialinas.

Se observa la piel un poco reseca (diagnóstico 3); se le transfunde plasma fresco diariamente, a mitad de la transfusión se le ministra un diurético de asa por vía endovenosa (diagnóstico 4).

2.2.- DIAGNOSTICOS DE ENFERMERIA Y COMENTARIO DE LOS MISMOS

1.- DESPEJE INEFICAZ DE LA VIA AEREA. (mismo que al ingreso)

2.- DOLOR, en relación a cirugía, manifestado por fascies dolorosa e inquietud.

La NANDA define al dolor como "estado en el que un sujeto presenta una molestia o sensación desagradable" (1).

La expresión que el niño tenía a su ingreso comparado con el de este momento, es diferente y considero que se debe al malestar del postoperatorio (F).

3.- ALTERACION EN LA INTEGRIDAD DE LOS TEJIDOS, en relación con afección cardiopulmonar, desnutrición, infección, ayuno absoluto, cirugía, sonda de doble lumen oroesofágica, (cánula) orotraqueal y secreciones evidenciando por desorganización del tejido peribucal y resequeadad de la piel.

La NANDA define a la alteración en la integridad de los tejidos como: "se da en el momento en el que el individuo experimenta o está en riesgo de experimentar un daño en los tejidos intergumentario, corneal o de las membranas mucosas" (F) (2).

4.- DEFICIT EN EL VOLUMEN DE LIQUIDOS, relacionado con reserva disminuida de líquidos, infección, ayuno, uso de diuréticos, manifestado por pérdidas hídricas mayores al ingreso, piel seca y poliuria.

1.- Carpenito, Lynda. *MANUAL DE DIAGNOSTICOS DE ENFERMERIA*. 3ª edición. Editorial Harla, México, 1994.

p 42

2.- Carpenito *op. cit.* p. 18

2.3.- PLANIFICACION DE LOS CUIDADOS DE ENFERMERIA

En el plan de cuidados únicamente se anotarán lo que corresponden a nuevos diagnósticos.

Diagnóstico 1.-

- **OBJETIVOS.**- El niño podrá:

- * Mejorar su función respiratoria.
- * Incrementar la fluidificación de secreciones.
- * Disminuir el acúmulo de secreciones bronquiales.

- **ACTIVIDADES.**-

- Proporcionar micronebulizaciones durante 10 minutos previos a la fisioterapia pulmonar.
- Fisioterapia pulmonar y drenajes posturales cada 2 horas.
- Aspiración de secreciones bronquiales.
- Cambios de posición cada 2 horas.
- Valoración de Silverman-Andersen cada 4 horas.
- Toma de frecuencia respiratoria cada hora.
- Vigilar coloración de tegumentos cada hora.
- Mantener cánula orotraqueal bien fija.
- Vigilar parámetros del ventilador.

- **CRITERIOS DE RESULTADO.**- El neonato manifestará:

- ° Sonidos respiratorios normales, frecuencia respiratoria normal y ausencia de disnea y cianosis a mediano plazo.

Diagnóstico 2.-

- **OBJETIVO.**- El niño podrá:

- * Reflejar menos dolor.

- **ACTIVIDADES.**-

- Cambio de posición cada 2 horas, observando en cuál de todas las posiciones se muestra más tranquilo.

CRITERIOS DE RESULTADO.-

- ° El neonato manifestará menos inquietud y fascies de dolor.

Diagnóstico 3.-

- **OBJETIVO.**- El neonato podrá:

* Mantener íntegra la piel.

- **ACTIVIDADES.**-

- Lubricar la piel con aceite de maíz cada 8 horas.

- Aseo ocular cada 8 horas.

- Cambios de posición cada 2 horas.

- Aspirar secreciones orofaríngeas cada vez que sea necesario.

- Aplicar tintura de benjuí antes de fijar cualquier sonda, cánula, venoclisis, etc.

- **CRITERIOS DE RESULTADO.**-

° En el niño se observará ausencia de enrojecimiento o irritación peribucal, en sitios de venopunción y en heridas quirúrgicas a corto plazo.

Diagnóstico 4.-

- Mismo plan de cuidados que corresponde al ingreso del diagnóstico 3.

PROBLEMAS INTERDEPENDIENTES

- Complicaciones potenciales: hemorragia/intracranéica, neumotórax a tensión, atelectasia pulmonar, deshidratación, hipoglucemia, acidosis, insuficiencia renal y edema laríngeo.

REGISTRO DE LOS CUIDADOS DE ENFERMERIA

RÉSUMEN DEL 15 AL 28 DDE AGOSTO DE 1996.

FECHA	SIGNOS VITALES					LIQUIDOS		OBSERVACIONES DE ENFERMERIA
	TEM. AMB.	TEM. RECT.	F.C.	FR.	T/A	APORTES	PERDIDAS	
15/08/96 19 hrs.	37°C	38°C	150	60				Aumenta la dificultad en la respiración; se le coloca sonda orotraqueal (Dra. Mondragón) y se conecta a un ventilador de presión con los siguientes parámetros: FiO ₂ : PM 9; FR 32 por minuto; T.I. 0.44 segundos mejorando sus condiciones respiratorias. L. ALCANTAR Z. Persiste en ayuno con sonda orotraqueal abierta; sialorrea, hipoactivo e hiporreactivo, no se le escuchan ruidos intestinales. L. ALCANTAR Z.
16/08/96	39.5°C	37.4°C	160	52		137 ml.	147 ml.	Mejoran sus condiciones respiratorias, se le extuba y se coloca en casco cefálico con FiO ₂ 30%. Se proporcionan micronebulizaciones previas a la fisioterapia pulmonar y se aspiran secreciones bronquiales blanquesinas. Inicia Nutrición Parenteral Total a 7.5 ml./hora Diuresis 2 ml/kg/hora. Evacúa 7 g. de meconio espeso. Se toma una gasometría arterial por médico residente reportándose únicamente hiperoxemia. L. ALCANTAR Z.
17/08/96								Se realiza gastrostomía y esofagostomía, se reporta en el postoperatorio inmediato bradicardia severa, requiriéndose de la ministración de 100 mcg. de adrenalina. L. ALCANTAR Z. Permanece durante dos días conectado a un ventilador, posteriormente se instala campana cefálica. Continúa con su fisioterapia de tórax y se aspiran escasas secreciones, hialinas bronquiales dextrostix normales. L. ALCANTAR Z.

REGISTRO DE LOS CUIDADOS DE ENFERMERIA

RESUMEN DEL 15 AL 28 DDE AGOSTO DE 1996.

FECHA	SIGNOS VITALES					LIQUIDOS		OBSERVACIONES DE ENFERMERIA
	TEM. AMB.	TEM. RECT.	F.C.	F.R.	T/A	APORTES	PERDIDAS	
20/08/96	37°C	39°C	140	36		175	125	Diuresis horaria 5,2 ml/kg. Plasma fresco diariamente (desde el inicio de la NPT) 10 ml., se aplica furosemide 1 mg. I.V. a mitad de transfusion activo, reactivo. L. ALCANTAR Z.
23/08/96			148	35				Leche maternizada 1ml/hora por gastrostomia. Perimetro abdominal 22 cm. Evacuó 5 g. verde oscuro con moco PH 8. glucosa 50. Oxigeno ambiental L. ALCANTAR Z.
29/08/96	35°C	37°C	145	44				Activo,reactivo. Abdomen blando, depresible, peristalsis normal P.abdominal 24 cm. Lecha SMA 22 ml.cada 3 horas. L. ALCANTAR Z.
30/08/96								Se pasa al cubfeulo de crecimiento y desarrollo. L. ALCANTAR Z.

Evaluación del logro de objetivos.

En seguida se comparan los criterios de resultado del plan de cuidados con los signos observados en el niño.

- C Corresponde a objetivos logrados.
- P Logro de objetivos parcialmente.
- N Objetivos que no se han alcanzado.

Diagnóstico 1.-

Criterios de resultado.

El neonato manifestará sonidos respiratorios normales, frecuencia respiratoria normal y ausencia de disnea y cianosis a mediano plazo.

Respuesta: C P N

Diagnóstico 2.-

Criterios de resultado.

El neonato manifestará menos inquietud y fascies de dolor.

Respuesta: C P N

Diagnóstico 3.-

Criterios de resultado.

En el niño se observará ausencia de enrojecimiento o irritación peribucal, en sitios de venopunción y en heridas quirúrgicas a corto plazo.

Respuesta: C P N

Diagnóstico 4.-

Criterios de resultado.

El niño demostrará un balance de líquidos adecuado (corto plazo).

Respuesta: C P N

2.7.- EVOLUCION

30 DE AGOSTO DE 1996

Neonato con 22 días de vida extrauterina; cursa su 20° día de estancia intrahospitalaria y el 14° día de postoperatorio.

Se le transfiere al cubículo de Crecimiento y Desarrollo para poder incrementar su peso ponderal hasta 3500 gramos como mínimo, para en una segunda etapa quirúrgica realizarle corrección de su problema de malformación congénita (atresia de esófago tipo I)

Con esta última valoración, se dá por concluido el presente Proceso de Enfermería; al final del mismo, se incluyen los diagnósticos familiares del niño de alto riesgo y las actividades realizadas con sus padres.

Sin embargo, pese al cambio de cubículo del niño, el plan de cuidados de enfermería se comentó con el personal de enfermería del servicio de neonatología, con el objeto de que se lo continuaran proporcionándolo hasta su egreso de la institución.

VALORACION DE LAS NECESIDADES BASICAS

Datos de independencia/dependencia obtenidas a través de la observación y de acuerdo a la guía de valoración.

1.- NECESIDAD DE OXIGENACION

- *Datos de independencia.*- Frecuencia, ritmo y profundidad respiratorios normales. Buena coloración de tegumentos.

- *Datos de dependencia.*- No valorable.

2.- NECESIDADES DE NUTRICION E HIDRATACION

- *Datos de independencia.*- No valorable.

- *Datos de dependencia.*- Peso de 1090 gramos. Se le alimenta por gastrostomía 22 ml, cada 3 horas.

3.- NECESIDAD DE ELIMINACION

- *Datos de independencia.*- Diuresis horaria de 3.3 ml. por kilogramo de peso por hora. Evacúa espontáneamente amarillo pastoso. Perímetro abdominal dentro de límites normales.

- *Datos de dependencia.*- No valorable.

4.- NECESIDAD DE MOVERSE Y MANTENER UNA BUENA POSTURA

- *Datos de independencia.*- Consciente, movimientos propios de su edad.

- *Datos de dependencia.*- Requiere cambios de posición.

5.- NECESIDAD DE DESCANSO Y SUEÑO

- *Datos de independencia.*- Duerme la mayor parte del día. Tranquilo, buena respuesta a estímulos externos.

- *Datos de dependencia.*- No valorable.

6.- NECESIDAD DE USAR PRENDAS DE VESTIR ADECUADAS

- *Datos de independencia.*- No valorable.

- *Datos de dependencia.*- Requiere que se le vista por la edad.

7.- NECESIDAD DE TERMORREGULACION

- *Datos de independencia.*- Buen control de temperatura. Coloración rosada de tegumentos.

- *Datos de dependencia.*- No valorable.

8.- NECESIDAD DE HIGIENE Y PROTECCION DE LA PIEL

- *Datos de independencia.*- No valorable.

- *Datos de dependencia.*- Requiere se le efectúe baño. Curación de gastrostomía y esofagostomía.

9.- NECESIDAD DE EVITAR PELIGROS

- *Datos de independencia.*- No valorable.
- *Datos de dependencia.*- Sistema inmunológico disminuido.

10.- NECESIDAD DE COMUNICARSE

- *Datos de independencia.*- Integridad en los órganos de los sentidos.
- *Datos de dependencia.*- No valorable.

11.- NECESIDAD DE VIVIR SEGUN SUS CREENCIAS Y VALORES

- *Datos de independencia.*- No valorable.
- *Datos de dependencia.*- No valorable.

12.- NECESIDAD DE TRABAJAR Y DE REALIZARSE

- *Dato de independencia.*- No valorable.
- *Dato de dependencia.*- No valorable.

13.- NECESIDAD DE JUGAR/PARTICIPAR EN ACTIVIDADES RECREATIVAS

- *Datos de independencia.*- No valorable.
- *Datos de dependencia.*- No valorable.

14.- NECESIDAD DE APRENDIZAJE

- *Datos de independencia.*- No valorable.
- *Datos de dependencia.*- Reflejos de succión y deglución muy débiles.

AGRUPACION DE LOS DATOS

Continúa con sonda de doble lumen oroesofágica y gastrostomía funcionando, se le alimenta a través de esta vía (diagnósticos 1, 2 y 3).

Se le observa activo, reactivo, con buen control térmico. Su peso actual es de 1090 gramos (diagnóstico 4).

Reflejos de succión y deglución presentes, aunque débiles (diagnóstico 5).

El día 29 de agosto de 1996 se le retira Nutrición Parenteral Total a expensas de tolerar fórmula de leche maternizada al 16% por gastrostomía, además de que permanece ya sin líquidos por vía endovenosa.

DIAGNOSTICOS DE ENFERMERIA Y COMENTARIO A LOS MISMOS

1.- POTENCIAL DE ALTERACION EN LA INTEGRIDAD DE LA PIEL, relacionado con prematuréz, sonda oroesofágica, gastrostomía y poca movilidad.

Potencial de Alteración en la Integridad de la Piel, la NANDA lo define como "estado en el cual un individuo experimenta o está en riesgo de experimentar un daño al tejido dérmico o epidérmico". (1)

Se seleccionó este diagnóstico porque las condiciones del neonato, puede presentar alteraciones a cualquier nivel de la piel (F).

2.- DEGLUCION ALTERADA, relacionada con una anomalía congénita (atresia de esófago con fístula traqueoesofágica), evidenciando por éstasis de la sonda orogástrica y sialorrea.

Deglución Alterada: "es el estado en el que un individuo tiene disminuida su capacidad para pasar en forma voluntaria, desde la boca al estómago alimentos, líquidos y sólidos." (2)

Este diagnóstico en cuanto a la deglución voluntaria, se adecúa al recién nacido, ya que en este tipo de niños, está presente como un reflejo (F)"

1.- Carpenito, Lynda. *MANUAL DE DIAGNOSTICOS DE ENFERMERIA*. 3ª edición. Editorial Harla, México, 1994. p 22

2.- Carpenito *op. cit.* p. 117

3.- CRECIMIENTO Y DESARROLLO ALTERADOS. en relación con la prematuridad, manifestando por peso y talla bajos para su edad e incapacidad para realizar habilidades propias de su edad.

Crecimiento y Desarrollo Alterados "es el estado en el que un individuo corre el riesgo de alterar su capacidad para efectuar actividades propias de su edad". (3) (F)

4.- LACTANCIA INEFICAZ. en relación con neonato de pretérmino, manifestado por reflejos de succión y deglución muy débiles.

Lactancia Ineficaz "estado en el que la madre, el lactante o el preescolar, manifiestan o se encuentran en riesgo de experimentar insatisfacción o dificultad en el proceso de lactancia". (4)

Diagnóstico utilizado, porque, posteriormente el niño va a ser alimentado por vía oral y es necesario que tanto el reflejo de succión como el de deglución estén presentes (F).

PLAN DE CUIDADOS DE LA ENFERMERIA

Diagnóstico 1.-

- **OBJETIVO.-** El cliente podrá:

* Mantener íntegra la piel.

- **ACTIVIDADES.-**

- Cambio de posición cada 2 horas.

- Lubricar la piel con aceite de maíz cada 8 horas.

- Mantener las gasas de la esofagostomía secas, así como la periferia de la gastrostomía.

- **CRITERIOS DE RESULTADO.-**

° El niño manifestará buenas condiciones de la piel en esofagostomía y gastrostomía, así como una buena lubricación de toda la piel (corto plazo).

Diagnóstico 2.-

- **OBJETIVOS.-** El niño podrá:

* Disminuir el riesgo de broncoaspiración.

3.- Carpenito op. cit. p. 70

4.- Carpenito op. cit. p. 105

- *ACTIVIDADES.* -

- Aspiración de secreciones orofaríngeas con perilla y/o sonda cuantas veces se requiera.

- *CRITERIOS DE RESULTADO.* -

° El recién nacido demostrará ausencia de broncoaspiración (corto plazo).

Diagnóstico 3.-

- *OBJETIVO.* -

* El neonato podrá mejorar su crecimiento y desarrollo.

- *ACTIVIDADES.* -

- Toma de peso diariamente (8:00 horas).

- Registro de talla cada 8 días.

- Estimulación múltiple sensorial cuando esté despierto.

- *CRITERIOS DE RESULTADO.* - El niño demostrará:

° Incrementos ponderales mínimos de 15 gramos por día y de un centímetro de talla por semana (corto plazo).

° Adquisición de habilidades propias de su edad en los diferentes órganos de los sentidos a mediano plazo.

Diagnóstico 4.-

- *OBJETIVO.* - El niño podrá:

* Desarrollar los reflejos de succión y deglución.

* Desarrollar el reflejo mano-boca.

- *ACTIVIDADES.* -

- Estimulación del reflejo de succión y deglución con un chupón cada 4 horas (si está despierto).

- Estimular el reflejo mano-boca cada 4 horas (si su estado de alerta lo permita).

- *CRITERIOS DE RESULTADO.* - El neonato manifestará:

° Respuesta a la estimulación del reflejo de succión y deglución con un chupón (mediano plazo).

° Presencia del reflejo mano-boca (mediano plazo).

2.8.- FAMILIA DEL NEONATO AVILA RAYA

Estos diagnósticos se elaboraron cuando se entrevistó a los padres del niño Avila Raya.

DIAGNOSTICOS DE ENFERMERIA Y COMENTARIOS A LOS MISMOS

1.- AFLICCION, relacionado con la comprensión de la probable pérdida del niño para la familia, manifestada por una pérdida anticipada, desesperación y tristeza.

Aflicción "es el estado en el que un individuo o un grupo experimenta una pérdida real o percibida de una persona, objeto, función, estado o relación (C)(1).

2.- ANSIEDAD, relacionado con pronóstico impredecible.

Ansiedad "estado en el que un individuo o grupo de individuos experimentan sentimientos de aprensión y activación del sistema nervioso autónomo en respuesta a una amenaza vaga e inespecífica" (2).

La ansiedad difiere del miedo en que una persona ansiosa no identifica una amenaza en concreto, en cambio el miedo sí es capaz de identificarlo y es considerado como peligroso (C).

3.- PARIDAD SATISFECHA, en relación con el límite de edad establecida para la reproducción y número de hijos que tiene, manifestado por el no deseo de nuevos embarazos.

Paridad Satisfecha se define como "estado en el que la madre, el padre o ambos, ha determinado concluir su etapa reproductiva"(C).

Se creó este diagnóstico porque la NANDA no la incluye en sus diagnósticos y dadas las condiciones de la pareja reviste especial interés.

1.- Carpenito, Lynda. *MANUAL DE DIAGNOSTICOS DE ENFERMERIA*. 3ª edición, Editorial Harla, México, 1994.

p 11

2.- Carpenito *op. cit.* p. 16

PLANIFICACION DE LOS CUIDADOS

Diagnóstico 1.-

- *OBJETIVO.*-

* Los padres podrán:
comentar sus dudas e inquietudes respecto a su hijo.

- *ACTIVIDADES.*-

- Dedicarles todo el tiempo que sea necesario para escucharlos y ubicarlos con respecto a sus temores e inquietudes y al estado de salud del niño.
- Orientarlos sobre la participación en el cuidado del niño (padres participantes) en: baño, alimentación, estimulación múltiple sensorial.

CRITERIOS DE RESULTADO.-

° Los padres manifestarán una mayor tranquilidad, al participar en los cuidados integrales del niño y observar sus respuestas a los mismos (mediano plazo).

Diagnóstico 2.-

- *OBJETIVOS.*-

* Los padres podrán:
disminuir el grado de ansiedad.

- *ACTIVIDADES.*-

- Escuchar sus dudas y motivos de ansiedad.
- Orientarlos con respecto a la problemática de su hijo recién nacido.
- Permitirles el acceso a la sala para estar al lado del niño cuantas veces sea necesario y el tiempo que ellos lo deseen.

- *CRITERIOS DE RESULTADO.*-

° Los padres manifestarán una mayor comunicación y confianza con el personal de enfermería, lo que repercute en una disminución de su ansiedad (mediano plazo).

Diagnóstico 3.-

- *OBJETIVO.*- Los padres podrán:

* Tener un buen control de la natalidad.
* Disminuir o abolir el riesgo de un embarazo de alto riesgo y/o no deseado.

- **ACTIVIDADES.** -

- Orientación con respecto a los diferentes métodos sobre planificación familiar.
- Asesoría sobre paternidad responsable.
- Envío a la pareja al Hospital Civil de la Región con un médico gineco-obstetra para que se programe la cirugía del método definitivo de control natal.

- **CRITERIOS DE RESULTADO.** - Los padres demostrarán:

- ° Ausencia de embarazos a corto, mediano y largo plazo.
- ° Tranquilidad en cuanto a la ausencia de embarazos a corto, mediano y largo plazo.

CRITERIOS DE RESULTADO

A continuación se realiza la evaluación del logro de los objetivos en relación a los criterios de resultado.

(C) = Objetivos logrados.

(P) = Objetivos alcanzados parcialmente.

(N) = Objetivos no alcanzados.

Diagnóstico 1.-

Criterios de resultado.

Los padres manifestarán una mayor tranquilidad al participar en los cuidados integrales del niño y observar sus respuestas a los mismos.

Respuesta: (C) P N

Diagnóstico 2.-

Criterios de resultado.

Los padres manifestarán una mayor comunicación y confianza con el personal de enfermería, lo cual repercute en una disminución de su ansiedad (mediano plazo).

Respuesta: (C) P N

Diagnóstico 3.-

Criterios de resultado.

Los padres demostrarán:

- Ausencia de embarazos a corto, mediano y largo plazo.

Respuesta: C P N

- Tranquilidad en cuanto a la ausencia de embarazos a corto, mediano y largo plazo.

Respuesta: C P N

Respuesta: C P N

- Respuesta con muecas y estornudos ante estímulos no gratos orales y olfativos a mediano plazo.

Respuesta: C P N

- Conducta de tranquilidad y relajación ante estímulos que le causen placer (mediano plazo).

Respuesta: C P N

- Respuesta de succión ante estímulos orales agradables (mediano plazo).

Respuesta: C P N

REGISTRO DEL PLAN DE CUIDADOS

(RESUMEN DEL PLAN DE ENFERMERIA PARA LOS PADRES)

15-08/96

Se realiza entrevista a los padres.

Se les escucha y se les ubica con respecto al estado de salud del niño; están muy angustiados.

16-08/96

Se les permite el acceso a la sala para estar con su hijo.

18-08/96

Enseñanza teórico-práctico respecto a las diferentes formas de estimulación múltiple sensorial al niño.

Se proporciona orientación tanto al padre como a la madre sobre métodos temporales y definitivos de planificación familiar.

22-08/96

Diariamente se platica con los padres del niño. Actualmente se muestran más comunicativos y tranquilos.

26/08/96

Se les proporciona a los padres una cita con un Ginecólogo del Hospital Civil de esta ciudad a petición de los mismos, para programar salpingoclasia.

CONCLUSIONES

Los tiempos de avances técnicos y científicos, obligan a las diferentes disciplinas a redirigir su práctica: enfermería acorde con esta evolución. Ha venido realizando cambios y uno de ellos ha sido la realización del proceso de enfermería basado en una Teoría, la cual permite la delimitación propia en su hacer, por lo que es conveniente que todo profesional profundice en los conocimientos teóricos y metodológicos que sustenten su práctica y le permitan reconocer al ser humano en una dimensión holística que se traduzca en un cuidado integral.

El considerar las bases teóricas planteada por Virginia Henderson en la práctica de enfermería, implica tener conocimientos teóricos de los conceptos fundamentales de enfermería como son: persona, entorno, enfermería, salud y rol profesional, los cuales se traducen en las 14 necesidades del ser humano: si bien el trabajar con estos conceptos resulta complejo, dado la poca habilidad que se posee para ello, considero que son los elementos básicos y punto de partida para el conocimiento de otras Teorías e incluso para el desarrollo de investigaciones futuras.

El proceso de enfermería con una base teórica, permite un alto grado de reflexión y análisis en cada una de sus etapas, exige la consulta bibliográfica permanente, el comentar y discutir con otras colegas, con otros profesionales y en éste caso el comentar los cuidados con el familiar del niño que se cuidó.

Personalmente, tuve la oportunidad de conocer y llevar a un nivel teórico y metodológico la forma en que se debe de ejercer la enfermería como profesión. El desconocimiento de estos aspectos me hizo tener grandes tropiezos, que me impulsaron a la búsqueda de más información: asimismo pude darme cuenta que hay un largo camino por recorrer para el conocimiento de la enfermería en todas sus dimensiones para ubicarla en el lugar profesional que le corresponde, desarrollar la investigación en nuestro campo de tal forma que se puedan comprobar modelos, generar otros y teorizar sobre ellos, bajo la visión de que la enfermería se orienta hacia el cuidado de la salud del individuo sano o enfermo, de manera individual o en grupo.

De igual forma, pude constatar que hay una diferencia muy grande en la forma en que se concibe y desarrolla el proceso como lo aprendí anteriormente y el que desarrollé ahora, ya que el anterior se caracterizaba por: tener un enfoque médico, curativo, basado en signos y síntomas, el interés se centraba en el desarrollo amplio de un marco teórico, la valoración tendía a orientarse hacia la historia clínica médica, había ausencia de diagnós -

ticos de enfermería, el plan de cuidados se basaba en los signos y síntomas y tratamiento médico y poco se valoraba los avances del individuo en función de los cuidados; por su parte, el proceso que realicé me permitió realizar una valoración de enfermería y no médica, en las necesidades identificadas en el niño, en el establecimiento de diagnósticos de enfermería, en la planeación y realización de los cuidados, en la valoración periódica de los avances del niño en función de los cuidados en una práctica no subordinada al tratamiento médico sino independiente y específica de enfermería.

Una de las limitaciones que encontré, es que en la práctica de enfermería aún no se lleva a cabo el cuidado basado en el proceso de enfermería con una base teórica en forma sistemática dentro de la unidad hospitalaria en donde desarrollé este trabajo, sin embargo, un logro fue involucrar a la jefe del servicio en la planeación de los cuidados, en las decisiones tomadas y en la continuidad de los cuidados en los otros turnos.

Una limitante teórica en relación a los conceptos de Virginia Henderson, fue el desconocimiento de los mismos antes de iniciar el trabajo lo que requirió de mi parte, dedicar un buen tiempo al estudio y análisis de los fundamentos de la enfermería, que me permitieran tener una base teórica para entender tanto los conceptos de Henderson como la orientación del proceso de enfermería, de igual forma considero que estos son aplicables en el cuidado al individuo, sin embargo, se requiere ir adquiriendo habilidad en la identificación de las necesidades, en la determinación y construcción de los diagnósticos de enfermería, ya que personalmente no he desarrollado tal habilidad.

He logrado avances en mi desarrollo profesional pero considero que es conveniente adelantarme más en este campo de conocimiento.

SUGERENCIAS

- Mayor difusión del proceso, para que el personal de enfermería cada vez tome más conciencia de su profesión y no asuma roles de otras.
- En la formación profesional dedicarle más tiempo teórico-práctico al proceso de enfermería y que se contemple como una materia única, es decir, no incluirla en otras parcialmente.
- Que el personal docente de las instituciones educativas lleven a cabo reuniones con cierta frecuencia, para poder determinar la forma de aplicar el proceso y el modelo a seguir.
- Apoyo por parte de las autoridades correspondientes para implementarlo a nivel nacional.
- Construcción de un modelo acorde a nuestro país y basado en una integración docencia-servicio.

V.- BIBLIOGRAFIA

Alfaro, Rosalinda. APLICACION DEL PROCESO DE ENFERMERIA. Segunda Ediciones Doyma. Barcelona, España, 1995.

Carpenito, Lynda Juall. MANUAL DE DIAGNOSTICO DE ENFERMERIA. Tercera edición. Edit. Harla, México, 1992.

Fernández Ferrín, Carmen. EL PROCESO DE ATENCION DE ENFERMERIA. ESTUDIO DE CASOS. Ediciones Científicas y Técnicas, España, 1993.

Colliere, Marie-Francoise. PROMOVER LA VIDA. Edit. Interamericana, España, 1993.

Henderson, Virginia. LA NATURALEZA DE LA ENFERMERIA. Edit. Interamericana, España, 1994.

Henderson Virginia y Nite, Gladys. ENFERMERIA. TEORIA Y PRACTICA. Tercera Edición. La Prensa Médica Mexicana S.A. México, 1987.

Kozier, Barbara. ENFERMERIA FUNDAMENTAL. Edit. Intermexicana, México, 1994.

Las enfermeras del tercer milenio en LA ASISTENCIA SANITARIA A LOS CUIDADOS DE SALUD. Decimoterceras Sesiones de Trabajo de la Asociación Española de Enfermería Docente. Sevilla, España, 1992.

Marriner, Ann. MODELOS Y TEORIAS DE ENFERMERIA. Edit. Mosby. Barcelona, 1989.

Revista de Enfermería IMSS No. 2.3 Vol. 1 Mayo-diciembre, 1988.

Reunión Nacional de Licenciados en Enfermería. DEL ARTE ANTIGUO A LOS DESAFIOS DE LA CIENCIA MODERNA. UNAM, Enero. México 1992.