



39

UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE
MEXICO

ESCUELA NACIONAL DE ENFERMERIA Y
OBSTETRICIA

PROCESO DE ATENCIÓN DE ENFERMERÍA PARA OBTENER
ÉL TÍTULO DE LICENCIADA EN ENFERMERÍA Y OBSTETRICIA
EN UNA LACTANTE MENOR SANA QUE
PRESENTA:

Gabriela Campos Juárez
Numero de cuenta 09228385-7

Directora del trabajo:
Lic. Magdalena Franco-Orozco

Intervención y Coordinación
Coordinación de
Servicios Sociales

México D.F., Marzo de 2001.



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.

AGRADECIMIENTOS

En primer lugar a mi madre, por haberme traído al mundo y por tu invaluable apoyo en cada etapa de mi vida, no sólo académica sino ante todo personal, **GRACIAS** y recuerda que **TE QUIERO MUCHO**.

A mí papá por cada buen momento que pesa más que los malos con mucha nostalgia por los primeros, y una disculpa por los segundos.

A Lucía por tu apoyo y el entusiasmo que me inyectaste cuando yo creía que había llegado al final del camino y tu me demostraste que no era así.

A Erendira por la confianza, el cariño, el apoyo, la comprensión y el amor que me has demostrado, **GRACIAS MIL**.

A Angélica por cada momento de alegría que hemos compartido y por devolverme a la infancia con tus niñerías muchas gracias

A Ec por cambiar mi vida de esta forma tan especial, por haberme hecho sentir y experimentar esta nueva etapa, que a pesar de ser tan difícil ha sido muy bella, **TE QUIERO MUCHO**.

A cada uno de mis maestros y amigos por sus enseñanzas que fueron no sólo académicas, sino también espirituales, éticas y sociales; **MUCHAS GRACIAS**.

A GAJO por estos últimos meses y recuerda que T.A.

GRACIAS A TODOS LOS QUIERO MUCHO

INDICE

TEMA	Página
1 INTRODUCCION.....	02
2 JUSTIFICACIÓN.....	03
3 OBJETIVOS.....	04
3.1 General.....	04
3.2 Específicos.....	04
4 MARCO TEORICO.....	05
4.1 Modelo conceptual.....	05
4.2 Proceso de enfermería.....	11
5 METODOLOGÍA DE TRABAJO: APLICACIÓN DEL PAE	
5.1 Metodología de trabajo.....	34
5.2 Presentación del caso y valoración de necesidades.....	36
5.3 Definición de los diagnósticos de enfermería.....	40
5.4 Planeación (Diseño, Ejecución y Evaluación de las intervenciones de enfermería).....	47
6 PLAN DE ALTA.....	58
7 CONCLUSIONES Y SUGERENCIAS.....	60
8 GLOSARIO DE TÉRMINOS.....	62
9 REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS.....	65
10 ANEXOS.....	67

1. INTRODUCCIÓN

El presente proceso de atención de enfermería cuenta con los elementos necesarios para ser entendido fácilmente por los profesionales de la salud por lo cual se tuvieron que desarrollar los siguientes apartados:

El primer apartado es la presente introducción

En el segundo apartado se trata la justificación.

En el apartado número 3 "Objetivos" se señalan los objetivos que pretenden alcanzarse con el desarrollo del presente trabajo.

En el apartado número 4 "Marco teórico", se dividió en dos partes la primera que hace referencia a los elementos conceptuales que sirvieron como eje primario en el desarrollo de este trabajo en el cual se describe la teoría de las necesidades básicas planteadas por Henderson y se describe por que el uso de esta y no de otras teorías de enfermería. En la segunda parte se aborda el proceso de atención de enfermería describiendo como surgió el mismo y sus etapas del mismo, así como las actividades que son inherentes al quehacer de las enfermeras.

En cuanto a la "Metodología de trabajo", descrita en el apartado número 5, como primer punto se encuentra la presentación del caso en el cual se describe la situación de salud de una lactante, a continuación se encuentra la valoración de la lactante en el que se presenta el estado físico y emocional que integran su estado de salud, a continuación se presentan la definición de los diagnósticos de enfermería encontrados con base en la valoración, enseguida encontramos la integración de la planeación, intervención y evaluación del plan de atención necesario para cubrir las necesidades de la lactante.

En el apartado seis "Conclusiones y sugerencias", se describen de forma concisa las, que pueden y van a servir para el mejoramiento de la calidad de vida de la lactante.

A continuación encontramos las "Referencias bibliográficas".

2. JUSTIFICACIÓN

El cuidado de enfermería se basa en conocimientos teóricos y metodológicos; este saber se ve reflejado en los distintos niveles de atención de la salud. Una de las formas más sólidas de brindar cuidados es mediante el enfoque preventivo, particularmente tratándose de los lactantes.

Todo niño debe desarrollarse de forma integral para adaptarse al mundo como un ser armónico y equilibrado.

El siguiente proceso se justifica por la necesidad de contar con bases para el cuidado integral que de forma sencilla oriente para evaluar el estado de salud física, emocional, espiritual y social del lactante sano.

Además se justifica con el fin de presentar este proceso como trabajo recepcional para obtener el título de Licenciada en Enfermería y Obstetricia.

3. OBJETIVOS

3.1 General

Valorar el crecimiento y desarrollo del lactante menor sano con base en el modelo de atención de las necesidades básicas.

3.2 Específicos

Formular los diagnósticos de enfermería con base en las necesidades del lactante

Diseñar un plan de acción encaminado a descubrir las capacidades potenciales del lactante.

Valorar el impacto de las intervenciones de enfermería en el desarrollo de la lactante menor

4. MARCO TEORICO

4.1 MODELO CONCEPTUAL

La enfermería es una profesión en evolución constante, entre los conceptos que influyen significativamente y determinan su práctica se destacan: la persona que recibe cuidados, el ambiente en que esta vive, el grado de salud en el momento de la interacción y la actuación de la enfermera. El conjunto de estos conceptos constituye el paradigma de la enfermería.¹

El paradigma de la enfermería es el elemento más abstracto en la estructura jerárquica del conocimiento de la enfermería.

Siguiendo el orden descendente en la estructura jerárquica continuamos con la Filosofía, que es el establecimiento de los principios en que se basa una disciplina. Son declaraciones que las personas asumen como verdaderas respecto al fenómeno de interés.

Un marco es una estructura principal que sostiene algo. Un marco conceptual es un conjunto de conceptos y declaraciones que se integran dentro de una configuración significativa. Los marcos conceptuales, no obstante, no están compuestos de conceptos solamente. También están hechos de propuestas, afirmaciones que expresan la relación entre conceptos.²

Continuamos con la Teoría, que al igual que un modelo conceptual, se constituye con conceptos y proposiciones, aunque explica con mucho más detalle todos los fenómenos a los que se refiere. El primer objetivo de la teoría es generar conocimientos en un determinado campo, mientras que el marco conceptual representa el método a seguir en lo asistencial, educativo y de investigación.³

¹ Kozier, Barbara; et. al. Marco conceptual y teorías de enfermería en Enfermería Fundamental I, pp.61

+² op.cit. pp.62

³íbidem. pp.62

Finalmente encontramos los indicadores empíricos que están directamente relacionados con las teorías y sus conceptos, por medio de las definiciones operacionales, que representan la realidad para poder ser entendidos.

Los modelos conceptuales son una abstracción que se materializa mediante la práctica de un proceso de enfermería.

Una de las características definitorias de una disciplina profesional es utilizar una metodología propia para resolver los problemas de su competencia; la enfermería, como cualquier otra profesión, también debe cumplir este requisito si quiere ser admitida como miembro de pleno derecho en la comunidad científica.

En otras disciplinas, el abordaje sistemático utilizado para resolver un problema o responder a una pregunta se denomina metodología científica; sin embargo, este abordaje sistemático, al aplicarse a nuestro ámbito asistencial, recibe el nombre de proceso enfermero o proceso de enfermería.

En palabras de Alfaro, el proceso enfermero "es un método sistemático de brindar cuidados humanistas eficientes centrados en el logro de resultados esperados". Como todo proceso, desde el punto de vista operativo consta de una sucesión de etapas correlativas e interrelacionadas, de tal forma que cada una depende de la anterior y condiciona la siguiente. Estas etapas, cada una de las cuales contienen a su vez diversos pasos, son cinco:

Valoración: Recogida de datos objetivos y subjetivos.

Diagnóstico: Formulación de un juicio o conclusión sobre la situación.

Planificación: Identificación de los objetivos y de las intervenciones para lograrlos.

Ejecución: Puesta en práctica del plan de intervención

Evaluación: Determinación de la eficacia de la intervención, es decir, el logro de los objetivos propuestos.⁴

En cuanto a las teorías sobre el cuidar existen tres vertientes sobre las cuales se han desarrollado las mismas, las cuales son en primer lugar la teoría humanística, que se basa en una preocupación por los atributos humanos, por aquellas

En esta el cuidado es la esencia y el dominio central, unificante y dominante que caracteriza a la enfermería: es una necesidad esencial humana para el total desarrollo, mantenimiento de la salud, y supervivencia de los seres humanos en todas las culturas del mundo, aunque el cuidado no ha recibido el mismo grado de atención por los profesionales y el público como la curación.⁵

Dentro de esta categoría se ubica la teoría de las necesidades básicas de Henderson.

En segundo lugar se encuentra la teoría general de sistemas que explica la rotura de un todo en partes, y el trabajo de todas ellas juntas en sistemas. Un sistema es un conjunto de partes o componentes, identificables, en interacción. Un sistema puede ser un individuo, una familia o una comunidad. Los componentes fundamentales de un sistema son la materia, la energía, y la comunicación. Sin uno cualquiera de ellos, un sistema no existe.⁶

Dentro de esta categoría se abarcan las siguientes teorías: el modelo de sistemas de conducta de Johnson; la teoría de sistemas abiertos de King; la de la conservación de Levine; el modelo de sistemas de Neuman; el modelo de autocuidado de Orem; y el modelo de adaptación de Roy.

En tercer lugar se ubica la teoría de resolución de problemas y de la toma de decisiones. La solución del problema y la toma de decisiones se usan en la aplicación del proceso de enfermería. Aunque estos dos términos, son frecuentemente, usados de manera intercambiable, son dos procesos separados que están relacionados en algunas situaciones. Resolver un problema puede requerir el tomar un número de decisiones, y el tomar una decisión puede incluir solucionar problemas. Además, no todas las decisiones incluye solucionar problemas. Además no todas las decisiones incluyen resolver problemas. En

⁴ Luis Rodrigo, Ma. Teresa, Fernández Ferrín Carmen, Navarro Gómez Ma. Victoria, El proceso enfermero en De la teoría a la práctica. El pensamiento de Virginia Henderson en el siglo XXI, Ed. Masson, Barcelona 1998, pp. 155

⁵ Kozier, Barbara, op.cit. pp.75

⁶ op.cit. pp.78

muchas situaciones de enfermería, no obstante, la toma de decisiones es un aspecto de la solución del problema.⁷

Ahora bien será basándonos en la teoría de las necesidades de Henderson a partir, de la cuál se llevara a cabo este trabajo, por lo tanto empezaremos por recordar algunas definiciones básicas según dicha autora.

FUNCIÓN DE LA ENFERMERA: La única función de la enfermera es asistir al individuo, sano o enfermo, en la realización de aquellas actividades que contribuyan 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 de la forma más rápida posible.⁸

NECESIDADES: No se encuentra una definición específica de necesidad pero Henderson identifica 14 necesidades básicas en el paciente, que constituyen los componentes de la asistencia de enfermería. Dichas necesidades son:

1. Respirar normalmente
2. Comer y beber de forma adecuada
3. Eliminar los residuos corporales
4. Moverse y mantener la posición deseada
5. Dormir y descansar
6. Elegir las prendas de vestir –vestirse y desvestirse -.
7. Mantener la temperatura corporal dentro de los valores normales mediante la selección de la ropa y la modificación del entorno
8. Mantener el cuerpo limpio y cuidado y los tegumentos protegidos
9. Evitar los riesgos del entorno y evitar lesionar a otros

⁷ *Ibidem.* Pp.80

⁸ Fernández Ferrín, Carmen, et. al. , El modelo de Henderson y el proceso de atención de enfermería. Edit. Masson-Salvat. Barcelona, 1995.

10. Comunicarse con los demás, expresando las emociones, necesidades, temores u opiniones
11. Realizar prácticas religiosas según la fe de cada uno
12. Trabajar de tal forma que nos sintamos satisfechos con lo realizado
13. Jugar o participar en alguna actividad recreativa
14. Aprender, descubrir o satisfacer la curiosidad de manera que conduzca a un desarrollo y una salud normales, y utilizar los recursos sanitarios disponibles.⁹

INDEPENDENCIA:

Alcanzar un nivel aceptable de satisfacción de sus necesidades, por medio de acciones apropiadas que otros hacen por él de forma normal, de acuerdo con la fase de crecimiento y desarrollo en que se encuentra.

DEPENDENCIA:

Deficiencia del niño en su capacidad de manifestar las necesidades que deben ser habitualmente satisfechas por otra persona por razón de su edad y etapa de crecimiento; o incapacidad de realizar por sí mismo acciones capaces de satisfacer sus necesidades, cuando llega a la edad normal de hacerlo.¹⁰

CAUSAS DE DIFICULTAD: Son los obstáculos y limitaciones personales o del entorno, que impiden a la persona satisfacer sus propias necesidades. Henderson las agrupa en tres posibilidades:

1. Falta de fuerza: Interpretamos por FUERZA, no sólo la capacidad física o habilidades mecánicas de las personas, sino también la capacidad del individuo para llevar a término las acciones pertinentes a la situación, lo cual

⁹ Henderson Virginia, en Definición de la enfermería, pp. 105

¹⁰ Phaneuf Margot. Las necesidades fundamentales según el enfoque de Virginia Henderson en, Cuidados de enfermería. El proceso de atención de enfermería, Edit. McGraw-Hill, Madrid, 1993, pp.29

vendrá determinado por el estado emocional, estado de funciones psíquicas, capacidad intelectual, etc.

2. Falta de conocimientos: en lo relativo a las cuestiones esenciales sobre la propia salud y situación de enfermedad, la propia persona (autoconocimiento) y sobre los recursos propios y ajenos disponibles.
3. Falta de voluntad: entendida como 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 catorce necesidades.

CUIDADOS BÁSICOS DE ENFERMERIA: Son conceptualizados como acciones que lleva a cabo la enfermera en el desarrollo de su función propia, actuando según criterios de suplencia o de ayuda, según el nivel de dependencia identificado en la persona.¹¹

EQUIPO DE SALUD

Henderson analiza también la contribución de las enfermeras al trabajo con el equipo multidisciplinario, considerando que colabora con los demás miembros del equipo así como éstos colaboran con ella "...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"¹²

¹¹ Fernández Ferrín Carmen et, al. , op.cit.pp

¹² op.cit. pp

4.2 PROCESO DE ATENCIÓN DE ENFERMERÍA

El término proceso de la enfermería fue introducido por primera vez por Lydia Hall en 1955. Durante finales de los años 50 y principios de los 60, Dorothy Johnson (1959) y Ernestine Wiedenbach (1963) introdujeron un modelo de proceso de la enfermería que constaba de tres pasos. En 1966, Virginia Henderson identificó las acciones de enfermería básicas como funciones independientes y afirmó que el proceso de enfermería utiliza los mismos pasos que el método científico.

En 1969, Dolores Little y Doris Carnevali utilizaron un proceso de cuatro pasos que combinaba la valoración de la salud y denominación del problema en el primer paso. En 1973 educadores de enfermería y clínicos comenzaron a utilizar el modelo de proceso de cinco pasos de forma habitual. Desde ese año, han tenido lugar conferencias sobre la clasificación de los diagnósticos de enfermería cada 2 años.

En la publicación de 1980 A Social Policy Statement, se documentaba un mayor compromiso de la ANA con el modelo de los cinco pasos, lo cual convirtió a este modelo en el patrón para la práctica de la enfermería profesional.¹³

En 1982, el National Council of State Boards of Nursing definió y describió el proceso mediante cinco pasos en términos de comportamientos: valorar, analizar, planear, ejecutar y evaluar. En este contexto, analizar se utiliza para describir una actividad necesaria que realizan las enfermeras para el desarrollo del diagnóstico. Los teóricos en enfermería pueden utilizar diferentes términos para describir estos pasos, pero a pesar de estas diferencias las actividades de las enfermeras que utilizan este proceso son similares.

Con el propósito de precisar y resolver de manera eficaz las necesidades de cada paciente, es indispensable establecer una serie de pautas que, en su conjunto, constituyen el proceso de atención de enfermería. Se trata de un proceso continuo pero integrado por diferentes etapas o fases, ordenadas lógicamente, que tienen

¹³ Potter, Perry. ,” Ejecución del proceso de enfermería” en Fundamentos de enfermería. Teoría y práctica, tr. Diorki, Mosby-Doyma, Madrid, 3ª. Edición. , 1996, pp 123.

como objetivo fundamental la adecuada planificación y ejecución de los oportunos cuidados orientados al bienestar del paciente. Cabe destacar, sin embargo, que tales etapas, aunque pueden definirse y analizarse de forma independiente, en realidad están íntimamente relacionados y son ininterrumpidas, puesto que el proceso de enfermería implica una actuación constante y a todos los niveles para poder determinar y cubrir los requerimientos del paciente no sólo desde una dimensión biológica, sino también desde las perspectivas psicológica, sociológica, cultural y espiritual.

Sucintamente, el proceso de enfermería abarca, por una parte, la recogida, el análisis y la interpretación de los datos precisos para determinar las necesidades del paciente, y por otra, la planificación de los cuidados oportunos, su ejecución y su evaluación global. A fines didácticos, pueden distinguirse cinco fases, cada una de las cuales debe ser adecuadamente cumplimentada para el logro satisfactorio de los objetivos: valoración, diagnóstico, planificación de cuidados, ejecución y evaluación.¹⁴

Componentes

Un proceso es una serie de acciones u operaciones planeadas que se dirigen hacia un resultado particular. *El proceso de enfermería es un método racional y sistemático mediante el cual se planean y proporcionan cuidados de enfermería.* Su meta es identificar las necesidades de cuidados actuales o potenciales para la salud del paciente, con el fin de establecer planes para hacer frente a las necesidades que se identifiquen e intervenir en forma específica para satisfacerlas.

Para llevar a la práctica el proceso, deben participar al menos dos personas: el paciente y la enfermera. El paciente puede ser un individuo, una familia y hasta una comunidad y deben participar en la forma más activa posible en todas las fases del proceso, la enfermera requiere habilidad interpersonal, técnica e intelectual.

Las habilidades interpersonales abarcan: la comunicación; prestar atención, mostrar interés, compasión, conocimiento e información; el desarrollo de la confianza y la obtención de datos. De esta manera se intensifica la individualidad del paciente, se promueve la integridad de la familia y se contribuye a la viabilidad de la comunidad. Las habilidades técnicas son necesarias para el uso del equipo y la realización de los procedimientos. Las habilidades intelectuales que requiere una enfermera abarcan la resolución de problemas, el pensamiento crítico y los criterios sobre enfermería.

Ventajas para el paciente

1. Calidad en la atención al paciente
2. Continuidad en la atención
3. Participación de los pacientes en su cuidado

Ventajas para la enfermera

Educación sistemática y consistente en enfermería

Satisfacción en el trabajo

Desarrollo profesional

Prevención de acciones legales

Calificación y responsabilidad.¹⁵

¹⁵ Enciclopedia de la Enfermería, editorial Océano/Centrum, Barcelona, 1997, tomo 1, pp. 3

VALORACIÓN

La valoración es la primera fase del proceso de la enfermería y abarca el conseguir y verificar datos. Con el fin de identificar el diagnóstico del paciente, antes de analizar los datos es necesario valorar.

El propósito de valorar es establecer una base de datos acerca de la salud del paciente con la inclusión de problemas actuales y potenciales.

El término dato abarca toda la información relevante acerca del paciente. Consiste en información, hechos y descubrimientos, incluyendo la fortaleza y necesidades del paciente. La base de datos consiste en la información disponible acerca de un paciente; abarca la historia clínica, el examen físico, la valoración de la enfermera, el examen físico de salud y el material con que contribuya todo el personal de salud. La obtención de datos es el proceso de conseguir información alrededor del estado de salud del paciente. Esta actividad debe ser sistemática y continua. Él hacerlo sistemático puede impedir en gran manera la omisión de datos significativos, y él hacerlo en forma continua mantiene el flujo de datos, lo que refleja los cambios en la salud del paciente.

Los datos pueden ser objetivos o subjetivos. Los datos objetivos se detectan por medio de la observación o se comprueban mediante el uso de un estándar ya aceptado, pueden ser vistos, oídos, sentidos y olerlos. Sin embargo los datos subjetivos son sólo aparentes para la persona afectada y pueden describirse o verificarse sólo por esa persona.

Fuentes de datos: las fuentes de datos son primarias o secundarias, el paciente es la fuente primaria de datos, las fuentes secundarias o indirectas son las personas relacionadas con él (familiares), otro tipo de personal de salud, registros y reportes, y literatura relevante.¹⁶

¹⁵ Kozier, Erb, Bufalino, Fundamentos de enfermería, capítulo 7 "El proceso de enfermería", pp.106-107, editorial Interamericana, Mc Graw-Hill, México 1994, 964 pp.

¹⁶ Kozier et.al. Fundamentos de enfermería, capítulo 8 "Valoración", pp 114, Ed. Interamericana McGraw-Hill, México 1994, 964 pp.

1. El paciente a menudo, es la principal fuente de datos, a menos que se encuentre muy enfermo, confundido para comunicarse con claridad o sea muy joven.
2. El paciente, con frecuencia, puede proporcionar datos subjetivos que ningún otro puede ofrecer. La revisión de la literatura de enfermería y lo relacionado con ella, y los textos de referencia, puede proporcionar más información para la base de datos.

Métodos para la obtención de datos: los principales métodos para la obtención de datos son la observación, las entrevistas, consultar y examinar. Mientras estas actividades de enfermería se realizan con frecuencia durante las fases de ejecución y evaluación del proceso de enfermería, son las principales actividades de las enfermeras durante la fase de valoración. Herramientas de la valoración: observación, entrevista, consulta y examen.

Observación: Observar es conseguir datos mediante el uso de los cinco sentidos. A partir de que su observación abarca seleccionar, organizar e interpretar datos, existe la posibilidad de error. Observar es una habilidad consciente y deliberada que se desarrolla sólo a través del esfuerzo y con un aprovechamiento organizado. Por lo tanto, observar, involucra la discriminación de ciertos estímulos, esto es, separar los estímulos en forma significativa.¹⁷

Entrevista: una entrevista es un tipo de comunicación planeada o una conversación con un propósito. Algunos propósitos posibles pueden ser obtener datos, dar información, identificar problemas de interés mutuo, evaluar cambios, enseñar, dar ayuda y proporcionar asesoramiento o terapia. Las entrevistas deben verse como un procedimiento que se aplica en casi todas las fases del proceso de la enfermería. Hay dos vías de entrada para una entrevista: directa e indirecta. La entrevista directa está altamente estructurada y permite información específica. El entrevistador establece el propósito de la entrevista y al menos, al principio, la controla, mediante preguntas concretas que requieren respuestas específicas.

¹⁷ Op. Cit. pp 115

Este tipo de entrevistas se utiliza con frecuencia para conseguir y proporcionar Cit. C

información. En el transcurso de una entrevista indirecta, la enfermera permite que el paciente controle la información, el tema expuesto y el ritmo. La enfermera aclara y fomenta la comunicación mediante el uso de preguntas con propósito de discusión. Este tipo de entrevista se utiliza para la resolución de problemas, asesoramiento, y para realizar una evaluación.¹⁸

Consulta: una consulta es una deliberación entre dos o más personas. La consulta difiere de la referencia en que cuando la enfermera consulta, la responsabilidad del cuidado del paciente permanece con ella. La referencia es la transferencia del cuidado del paciente a otra persona como, por ejemplo, una enfermera profesional puede referir un paciente a un médico, y una enfermera hospitalaria puede referir al paciente a una institución de cuidados en el hogar o a otra enfermera. Las enfermeras no solo consultan a otras enfermeras, con frecuencia consultan a médicos, trabajadores sociales y otro tipo de personal que se relaciona con la salud. En general, las enfermeras, consultan por las siguientes razones: para verificar hallazgos, para aplicar cambios y para obtener más información.¹⁹

Examen: el examen incluye la valoración de todas las partes del cuerpo y la determinación de los signos vitales, altura y peso. La enfermera puede enfocarse a un área de problema específica notable de la valoración. Los datos que se obtienen durante el examen se registran y pueden analizarse comparando el estado del paciente con promedios o estándares. Los datos se utilizan para determinar el estado general de salud del paciente y en forma pertinente para identificar el diagnóstico de enfermería. Para conducir el examen, se utilizan las técnicas de inspección, palpación percusión y auscultación. La inspección es un examen visual, esto es, valorar con el uso de la vista. Abarca la observación a simple vista o con la ayuda de un instrumento provisto de luz como un otoscopio. Auscultación: es el proceso de escuchar los ruidos que se producen dentro del

¹⁸ Ibid. 118.

¹⁹ Id, pp 123-125.

cuerpo y puede ser directa o indirecta. Los ruidos de auscultación se describen de acuerdo con su tono, intensidad, duración y calidad. Percusión: es un método de valoración en el cual se golpea la superficie corporal para producir ruidos que pueden escucharse o vibraciones que pueden sentirse. La percusión se utiliza para determinar el tamaño y la forma de órganos internos mediante el establecimiento de sus bordes, e indica si un tejido se encuentra lleno de líquido, de aire o es sólido. La percusión produce cinco tipos de ruidos: monótono, mate, resonante, hiperresonante y timpánico. Palpación: es el examen del cuerpo mediante el uso del sentido del tacto. Para esto se utilizan las yemas de los dedos que por la concentración de terminales nerviosas son altamente sensibles a la discriminación táctil. La palpación se usa para determinar: textura, temperatura, vibración, posición, distensión, presencia y frecuencia de pulsos periféricos y sensibilidad o dolor.²⁰

DIAGNÓSTICO

El término diagnóstico se deriva de la palabra griega *diagignoskein*, que significa "distinguir". El proceso de diagnóstico se utiliza en muchas profesiones para identificar aspectos del cliente que son del interés del profesional. De hecho, cualquiera que hace o concluye acerca de la naturaleza del estado o situación de un problema está diagnosticando. Para Gordon el diagnóstico en enfermería describe una combinación de signos y síntomas que indican problemas de salud actuales o potenciales, los cuales competen a las enfermeras quienes en virtud de su educación y experiencia tienen la autoridad, capacidad y responsabilidad para resolverlos. Por medio de la North American Nursing Diagnosis Association (NANDA) se han obtenido muchos progresos en la definición, clasificación, y descripción del diagnóstico en enfermería.²¹

Un diagnóstico de enfermería es un enunciado definitivo claro y conciso del estado de salud y los problemas del paciente, que pueden ser modificados por la

²⁰ Id 125.

²¹ Kozier op.cit. capítulo 9 "Diagnóstico", pp.127.

intervención de la enfermera. Deriva de la inferencia de datos confirmados por la valoración y de las percepciones, sigue a una investigación cuidadosa de los datos y conduce a una decisión o una opinión.

La responsabilidad de enfermería es diagnosticar las respuestas humanas a las secuelas o problemas relacionados con la salud a los efectos de estos problemas sobre las actividades de la vida diaria.

Es la base para planear, intervenir y evaluar los problemas de salud del paciente.

Son varias las razones que existen para realizar los diagnósticos de enfermería, en primer término hacen posible dar a los individuos un cuidado global y comprensivo de la salud al identificar, valorar y responder a problemas específicos de ella.

Los diagnósticos de enfermería permiten el uso de un lenguaje común dentro de la profesión, este lenguaje común intensifica la comunicación entre compañeros y con otros profesionales del cuidado de la salud, mejora la continuidad de los servicios y representa un cuerpo organizado de ciencia clínica en enfermería.²²

El diagnóstico de enfermería no es una confirmación del diagnóstico médico o de la prueba de diagnóstico, el tratamiento médico o el equipo. El diagnóstico de enfermería refleja los efectos específicos del diagnóstico médico, la prueba de diagnóstico, el tratamiento médico o el equipo sobre el individuo y su vida diaria. Incluye la respuesta del paciente a todas estas cosas.²³

De acuerdo con Henderson, el proceso para determinar el diagnóstico de enfermería debe incluir los elementos siguientes: una situación con uno ó más pacientes; la obtención cuidadosa de datos subjetivos y objetivos; un esquema conceptual de enfermería; Un interés o problema de salud existente o potencial; una causa, condición o situación apropiada y un requerimiento de intervención "dentro del dominio profesional de enfermería". El proceso para determinar el diagnóstico de enfermería incluye la valoración y la fase de análisis / síntesis.

²² Griffith, Janet W., Christensen Paula J., Proceso de atención de enfermería. , Aplicación de teorías, guías y modelos, pp 141-142, editorial El manual moderno, México 1993, 406 pp

²³ Op. Cit. pp 145.

El primer paso para realizar lo anterior es identificar el estado de salud del paciente y su problema. En algunas ocasiones hay confusión para diferenciar la necesidad del problema, las necesidades deben ser recompensadas por el funcionamiento normal del individuo.²⁴

El diagnóstico es un proceso de análisis y síntesis. El análisis es la separación de componentes. La síntesis es lo contrario. La experiencia cognoscitiva que se requiere para la síntesis y el análisis son objetividad, pensamiento crítico, toma de decisión y razonamiento inductivo y deductivo y cuando realizan un diagnóstico, las enfermeras utilizan todas estas habilidades.

El diagnóstico en enfermería se relaciona con el médico, pero se realiza por separado y en forma diferente. Un paciente que tiene uno o más diagnósticos y órdenes médicas, igual tendrá uno o varios diagnósticos y intervenciones de enfermería y éstos son más bien complementarios que contradictorios. Los diagnósticos de enfermería se refieren a las funciones independientes de las enfermeras, como las áreas de cuidados de la salud, que son sólo de las enfermeras y que se consideran aparte y diferente del cuidado que abarca el manejo médico. Aunque la enfermera tiene la obligación de llevar a la práctica las órdenes médicas, como funciones dependientes, también tiene la obligación de diagnosticar y prescribir dentro de los límites de acción de la práctica de la enfermería.

A cualquier situación o condición del paciente que requiera ayuda para mantener o recobrar su estado de salud o para alcanzar una muerte tranquila se le considera un problema de salud. Esto no siempre se refiere a un estado indeseable sino que se puede relacionar con una situación para la cual el paciente necesita asistencia de enfermería. El diagnóstico de enfermería describe problemas de salud actuales (desviaciones de la salud), problemas potenciales de la salud (factores de riesgo que predisponen a las personas y a sus familias a problemas de salud) y áreas que propician el enriquecimiento y desarrollo personal. El diagnóstico de

²⁴ Ibid. pp 147

enfermería es un juicio que se hace sólo después de un análisis muy minucioso y sistemático de todos los datos que se obtuvieron.²⁵

Existen varios tipos de problemas de pacientes que pueden ser identificados. Hay pacientes sin problemas y otros con problemas reales (reconocibles o no reconocibles), potenciales o posibles.

Comparación de datos con estándares

La enfermera compara los datos del paciente con un amplio número de estándares normales como son signos vitales, valores de laboratorio, grupos básicos de alimentación, crecimiento y desarrollo. Cuando compara datos, la enfermera también utiliza conocimientos de fisiología, psicología y sociología, así como sus experiencias anteriores. Cuando compara datos con estándares, la enfermera debe tomar en cuenta lo que el paciente considera como normal pues esto varía de acuerdo con las expectativas, cultura, valores, economía y conocimientos del paciente, por lo que también debe tomar en cuenta la condición previa del paciente.

En este estadio, la enfermera y el paciente también establecen sus ventajas, recursos y capacidad para salir adelante. En general, las personas tienen una clara percepción de sus problemas o debilidades más que de su fortaleza y ventajas, ya que con frecuencia se dan como un hecho. Al caracterizar las ventajas, el paciente puede desarrollar un concepto más claro sobre sí mismo y de su propia imagen. Las ventajas de un paciente pueden consistir en que se encuentre con un peso adecuado para su edad y estatura, lo que le permite salir mejor de la intervención quirúrgica. Por otra parte también puede serlo si no padece alergias ni es fumador. Son asimismo recursos para el paciente el respaldo de su familia y su deseo de sanar.²⁶

Formulación del diagnóstico de enfermería

Después del agrupamiento y análisis de los datos de valoración la enfermera formula relaciones causales (etiológicas) entre los problemas de salud y los

²⁵ Kozier, et.al. Fundamentos de enfermería, capítulo 9 "Diagnóstico", pp 127-128, editorial Interamericana Mc Graw-Hill, México 1994, 964 pp

factores que se relacionan con ellos. Estos factores etiológicos pueden pertenecer al ambiente; sociológicos, psicológicos, fisiológicos o espirituales. Más de un factor puede relacionarse con un problema de salud. Es importante determinar si el problema puede ser resuelto mediante la intervención de enfermeras independientes. Si no lo es, la enfermera debe canalizar al paciente con la persona adecuada o colaborar con ésta en la planeación de su cuidado.

Reglas para escribir las formulaciones diagnósticas

Para los diagnósticos de enfermería reales, emplear una formulación en tres partes mediante el formato PES (incluir el problema, la etiología y signos y síntomas), utilizar las palabras "relacionado con", como conector del problema y la etiología, añadir el conector "manifestado por", para expresar la evidencia que apoya el diagnóstico.

Para los diagnósticos de enfermería de alto riesgo, emplear una formulación en dos partes, utilizando el conector "relacionado con", para unir el problema potencial con los factores de riesgo presentes.

Para los diagnósticos posibles anote el posible problema y la causa que se sospecha, si se conoce alguna.

Para los diagnósticos de salud, haga una formulación de una sola parte, escriba "potencial de mejora de", antes de describir el área que va a mejorarse.

Para los síndromes diagnósticos, emplee una formulación en una sola parte.

Cuando se escriben las formulaciones diagnósticas para los diagnósticos de enfermería, intentar expresarlas de tal forma que la segunda parte de la formulación (los factores relacionados o etiología) dirija las intervenciones. Si esto no es posible, asegúrese de que el problema dirige las intervenciones.

Si no encuentra la forma de escribir un diagnóstico de enfermería de manera que la formulación del problema o de los factores relacionados indiquen con claridad algo que pueda ser reducido, mejorado, controlado o eliminado por intervenciones

²⁶ Op. Cit. pp 128.

prescritas por las enfermeras, puede ser debido a un error diagnóstico. Es probable que no se trate de un diagnóstico de enfermería, sino de un problema interdependiente que requiere intervenciones prescritas por el médico.²⁷

PLANIFICACIÓN

La planificación de los cuidados es el punto en que desembocan las etapas precedentes del proceso. Es una etapa orientada esencialmente hacia la acción. Después de haber elaborado su diagnóstico de cuidados, la enfermera elabora de alguna manera, una prescripción que puede tener efectos positivos sobre el estado físico y mental del cliente y que puede reducir los efectos del problema de dependencia.²⁸

Planificar cuidados significa establecer un plan de acción, programar sus etapas, los medios que se van a utilizar, las actividades que hay que realizar y las precauciones que se deben tomar. En realidad, se trata de organizar las intervenciones de acuerdo con una estrategia definida de antemano.

Ante todo, esta planificación debe determinar en forma precisa el objetivo que se persigue, es decir los objetivos de los cuidados, y las intervenciones que habrán de llevarse a cabo. Esta etapa se llama también plan de intervención o plan de cuidados, está compuesta de dos elementos: los objetivos de cuidados y las intervenciones.

Es muy importante que sea posible establecer una comunicación permanente entre todos los profesionales, debe, por tanto existir una fuente de información que les ponga al corriente de los cuidados en curso de cada cliente; esto se realiza a través del plan escrito de intervención, el cual puede convertirse en un instrumento de comunicación y de unificación de cuidados esto también asegurará una línea constante de orientación.

²⁷ Alfaro-Lefevre, Rosalinda, Aplicación del proceso de enfermería, Guía práctica, Tr María Teresa Luis Rodrigo, 3ª edición, Editorial Mosby-Doyma, Madrid, 1996.

²⁸ Phaneuf Margot, "La planificación de cuidados: Tercera etapa del proceso de cuidados" en Cuidados de enfermería, El proceso de atención de enfermería, Ed. Interamericana McGraw-Hill Madrid 1993.

El objetivo principal de los cuidados, dentro del marco conceptual de las necesidades fundamentales, consiste en conducir al cliente a un grado óptimo de independencia en la satisfacción de estas necesidades, es pues, esencial, en la medida de lo posible, que se haga colaborar al cliente en la preparación de su plan de intervención y en la elaboración del establecimiento de prioridades ya que es el mejor medio para comprobar que los objetivos son pertinentes, para tener seguridad de que las prioridades establecidas son adecuadas y para suscitar la colaboración del cliente para realizarlas.

El plan de intervención podrá en algunas ocasiones hacerse incluso con la absoluta colaboración del cliente. Por supuesto que no siempre es posible; tampoco siempre es lo más acertado transmitir al cliente todos los objetivos. Si hay algún peligro de que éstos le inquieten o si se cree que el cliente va a reaccionar de forma negativa, es mejor abstenerse. Esto se puede aplicar también a la familia y a ciertas personas próximas al cliente, que puede ser conveniente que se integren en la planificación de intervenciones o incluso que participen en los propios cuidados. En el caso de un niño o de un paciente en fase terminal, o del cliente convaleciente que debe continuar su tratamiento en casa.²⁹

Componentes de la planeación

Los componentes de la planeación en el proceso de enfermería son: definir prioridades, establecer objetivos del paciente y criterios para evaluar los resultados, planear estrategias de enfermería y redactar un plan de cuidados.

Definición de prioridades

Es el proceso de establecer un orden de preferencia decreciente para las estrategias de enfermería. Para esto es necesario que la enfermera y el paciente decidan que diagnóstico de enfermería merece atención en primer término, cuál en segundo y así sucesivamente. Los diagnósticos pueden agruparse en las categorías de prioridades alta, intermedia o baja. Definir prioridades no significa

²⁹ Phaneuf, Margot. , "La planificación de cuidados: tercera etapa del proceso de cuidados" en Cuidados de Enfermería. El proceso de atención de enfermería, Ed. Mc. Graw-Hill Interamericana, Madrid 1993.

que todos los diagnósticos de alta prioridad deban resolverse antes que otros. Es factible solucionar parcialmente un diagnóstico de alta prioridad y que se centre la atención en uno de menor importancia. Además, la enfermera puede atacar al mismo tiempo dos o más diagnósticos. Los problemas del enfermo suelen ser varios, de modo que con frecuencia se requiere su solución simultánea. En ocasiones, la opinión del paciente acerca de lo que es importante difiere de los conocimientos de la enfermera sobre problemas o complicaciones potenciales en el futuro. Cuando hay diferencias de opinión, el interesado y la enfermera deben discutirlos abiertamente y resolver el conflicto. Sin embargo, en situaciones que ponen en riesgo la vida es necesario que la enfermera tome la iniciativa.

Los recursos del paciente, como los económicos o la capacidad de afrontar problemas, también suelen influir en el establecimiento de prioridades. Las prioridades en el tratamiento de los diagnósticos de enfermería deben ser congruentes con las medidas terapéuticas que emprenden otros profesionales de la salud.³⁰

Definición de objetivos del paciente y criterios para evaluar los resultados

Un objetivo es un resultado que se espera. En el proceso de enfermería, un objetivo es el resultado deseado de las intervenciones de enfermería.

Las enfermeras han empezado a redactar los objetivos con base en la

conducta del paciente, y no en las actividades de enfermería, lo que refiere mayor importancia que se concede actualmente a la atención centrada en el enfermo. Los objetivos se delinearán de manera amplia, y si es imposible evaluar si se satisficieron o no a menos que se acompañen de criterios específicos de evaluación.

Los objetivos pueden ser a corto o largo plazo. Gran parte del tiempo laboral de la enfermera se centra en las necesidades inmediatas del paciente, de modo que

³⁰ Kozier et al, Fundamentos de enfermería, en capítulo 10 "Planación", pp134, Ed. Interamericana McGraw-Hill, México 1994, 964 pp.

muchos objetivos son a corto plazo. Además estos facilitan la evaluación del progreso del paciente mismo o la falta de progreso.

Por lo anterior, un objetivo del paciente es una afirmación amplia acerca de un cambio esperado o deseado en su estado después de que es objetivo de las intervenciones de enfermería. Los objetivos son indicadores funcionales generales, de modo que es apropiado el uso de verbos como aumentar, disminuir, preservar, restaurar y así sucesivamente. Los objetivos se estructuran para que sirvan de guía de:

1. La planeación de las intervenciones de enfermería que se lograrán los cambios previstos en el paciente.
2. El establecimiento de criterios para evaluar los resultados con que se mida la eficiencia de las intervenciones.

En caso de que el objetivo sea mensurable, deben identificarse los resultados específicos del paciente (criterios de evaluación), de modo que la enfermera pueda decidir si se satisfizo o no y, de tal suerte, si se resolvió o no el problema de salud mencionado en el diagnóstico de enfermería.

Además de ser importantes durante la fase de planeación del proceso de enfermería, los criterios con base en los resultados, son indispensables para la evaluación. Tales criterios sirven para cuatro propósitos:

1. Como directrices de las intervenciones de enfermería
2. Como guía cronológica de las actividades planeadas
3. Como criterios para evaluar el logro de los objetivos
4. Para que el paciente y enfermeras tengan una sensación de logro.³¹

Los criterios de evaluación de resultados bien redactados se relacionan con el objetivo definido y son alcanzables, específicos, mensurables, es decir, una tercera persona puede ver, escuchar, sentir o medir el resultado.

Planeación de las estrategias de enfermería

Las estrategias de enfermería son las acciones ideales para lograr los objetivos del paciente. Su selección es un proceso de toma de decisiones. Planearlas

requiere generar una lista de acciones opcionales con que sea probable la resolución de los problemas del paciente, considerar las consecuencias de cada opción y elegir una o más estrategias.

Es necesario considerar las consecuencias de cada acción, incluidos los riesgos y los beneficios esperados. Con frecuencia cada acción tiene dos o más consecuencias.

Al seleccionar la mejor estrategia para ayudar a que el paciente logre el objetivo deseado la enfermera debe evaluar cada opción en cuanto a su inocuidad, logro con los recursos disponibles, validez según sus conocimientos y experiencia o los de otras disciplinas pertinentes, idoneidad conforme a la edad y estado general del paciente, y congruencia con los valores y creencias de este último, con otros tratamientos y con normas de la institución.³²

Redacción del plan de cuidados de enfermería

El plan de cuidados de enfermería es una guía escrita en que se organiza información acerca del paciente y se delinear las acciones que debe emprender la enfermera con base en los diagnósticos de enfermería identificados y satisfacer los objetivos definidos.

Dicho plan se actualiza y revisa de manera constante durante la estancia del sujeto, en respuesta a los cambios en su estado y la evaluación del logro de objetivos. Los propósitos del plan de cuidados son:

1. Servir como directriz para los cuidados individualizados del enfermo
2. Servir para la continuidad de la atención
3. Servir como directriz de lo que debe registrarse en las notas de evolución
4. Servir como guía de la asignación de personal necesario para atender al paciente.

El plan de cuidados es también un medio de comunicación y organización de acciones del personal de enfermería, en cambio constante. El plan inicial, que se actualiza con las intervenciones de enfermería y los nuevos datos de evaluación,

³¹ Op. Cit. pp 136.

³² Ibid pp 136.

por lo general se comunica a todas las enfermeras en los informes de cambio de turno, rondas de enfermería y reuniones sobre cuidados del paciente.³³

También es factible que en las intervenciones de enfermería planeadas se especifique la necesidad de comunicar la información acerca del tratamiento de un problema a los familiares del paciente u otros profesionales de la salud. En aras de la claridad y manejo de información completa, la enfermera puede utilizar las normas siguientes al redactar los planes de cuidados de enfermería:

1. Fechar y firmar el plan. La fecha en que se utiliza el plan es indispensable para la evaluación, revisión y planeación futura. La firma de la enfermera demuestra su responsabilidad profesional ante el paciente y ante su profesión, dado que permite evaluar la eficacia de sus acciones.
2. Utilizar los encabezados "Diagnósticos de enfermería", "Objetivos", "Intervenciones u órdenes de enfermería" y "Evaluación de resultados", además de incluir la fecha de evaluación de cada objetivo.
3. Indicar los objetivos que se satisfacen o modifican, con la firma o de la manera que especifique la institución.
4. Enumerar las intervenciones de enfermería ideadas para satisfacer cada objetivo en orden de prioridad.
5. Utilizar símbolos médicos o de otro tipo y palabras clave, en vez de oraciones completas, para comunicar ideas.
6. Consultar textos sobre procedimientos u otras fuentes de información, en vez de incluir todos los pasos en el plan de cuidados escrito.
7. Ajustar el plan de cuidados a las características específicas del paciente mediante la inclusión de sus decisiones, esto refuerza la individualidad y sensación de control del interesado.
8. Garantizar que en el plan se incluyan aspectos de prevención y conservación de la salud, así como los correspondientes a su restauración
9. Incluir el plan de actividades de colaboración y coordinación con otros profesionales de la salud.

³³ Id pp 137.

10. Incluir la planeación del alta hospitalaria y de las necesidades de cuidados en el hogar.³⁴

EJECUCIÓN O INTERVENCIONES DE ENFERMERÍA

Las intervenciones de enfermería son la puesta en práctica de las estrategias enumeradas en el plan de cuidados de enfermería. Abarcan la ejecución de las ordenes de enfermería y de las ordenes médicas. Las intervenciones de enfermería son las actividades que se emprenden para lograr los objetivos del paciente o los resultados que se pretendan.

Tipos de acciones de enfermería

Una acción de enfermería independiente es la actividad que inicia la enfermera con base en sus conocimientos y habilidades. La enfermera determina que el paciente necesita ciertas intervenciones, las efectúa o las delega en otras enfermeras, y es responsable de tales acciones o decisiones.

Las acciones de enfermería dependientes son las que se practican por orden del médico, con supervisión de éste y según normas de la institución. Es usual que estas actividades guarden relación con enfermedades y no debe minimizarse su importancia.

Las acciones de enfermería colaborativas o interdependientes son las que efectúan las enfermeras con otros profesionales de la salud o a raíz de decisiones conjuntas de una y otros.³⁵

El proceso de poner en práctica las estrategias de enfermería normalmente incluye la reevaluación del paciente, validación del plan de cuidados de enfermería, determinación de la necesidad de ayuda de la enfermera, puesta en práctica de las estrategias de enfermería y comunicación de las actividades de enfermería correspondientes. La reevaluación del paciente y validación del plan de

³⁴ Kozier et. Al. , En "Planeación", Fundamentos de enfermería, Ed. Interamericana McGraw-Hill, México 1989, capítulo 10 pp 138-140.

³⁵ Kozier et, al, en "Intervenciones de enfermería" pp.144. , Fundamentos de enfermería, Ed. Interamericana Mc Graw-Hill, México 1994, 964 pp.

cuidados son subdivisiones que ocurren continuamente durante toda la fase de intervenciones de enfermería.

Puesta en práctica de habilidades

Son tres los tipos de habilidades necesarios para las intervenciones de enfermería a saber, cognitivas, personales y técnicas. Las habilidades cognitivas (intelectuales) requeridas son las de solución de problemas, toma de decisiones, pensamiento crítico y creatividad. Resultan indispensables para administrar cuidados de enfermería inocuos e inteligentes.

El pensamiento crítico se basa en los conocimientos, experiencia y habilidades para conceptuar y analizar relaciones. El pensamiento crítico abarca organizar la información, recopilar datos pertinentes y relacionarlos y relacionarlos, elaborar conceptos y hacer juicios. El pensamiento crítico permite que la enfermera tome decisiones con rapidez y sin prejuicios.

La creatividad con frecuencia llamada pensamiento creativo, consiste en identificar relaciones y conceptos nuevos, además de solucionar los problemas de manera innovativa. En cuanto a las enfermeras, la planeación de estrategias y las acciones de enfermería cambiantes constituyen oportunidades para el pensamiento creativo. Este ayuda a que la enfermera modifique una intervención de manera eficaz.³⁶

Las habilidades interpersonales son las que se utilizan en la comunicación directa, y pueden ser verbales o no verbales. La eficacia de las acciones de enfermería con frecuencia depende en gran parte de la capacidad de comunicación, estas habilidades abarcan conocimientos, actitudes, sentimientos, interés y apreciación de los valores culturales y modo de vida del paciente.

Las habilidades técnicas son las relacionadas con actitudes como el uso de equipos, administración de inyecciones, aplicación de vendajes, levantamiento y cambios de posición entre muchas otras. Cuando se realizan procedimientos que requieren habilidades técnicas, es importante contar con la aceptación del

³⁶ Op. Cit. pp 145.

paciente antes y durante el procedimiento. Se precisa relacionar los conocimientos y habilidades con las necesidades del paciente antes de iniciar un procedimiento.³⁷

Normas para la ejecución de estrategias de enfermería

Las pautas siguientes sirven como normas generales de las actividades de enfermería:

1. Las acciones de enfermería se relacionan con los conocimientos y habilidades de la enfermera. A fin que no impliquen riesgos para el paciente, deben practicarse con un propósito y tener bases científicas.
2. Las acciones de enfermería se adaptan al individuo. Tienen efecto en dichas acciones las creencias, valores, edad y estado general del paciente, así como las condiciones ambientales.
3. Las acciones de enfermería deben ser inocuas.
4. Es frecuente que las acciones de enfermería requieran componentes de enseñanza, apoyo y consuelo.
5. Las acciones de enfermería siempre deben ser holísticas.
6. Las acciones de enfermería deben respetar la dignidad del paciente y mejorar su autoestima.
7. La participación activa del paciente en la ejecución de acciones de enfermería debe alentarse según lo permita su estado general.
8. Las actividades de enfermería resultantes de la orden de un médico deben emprenderse al pie de la letra, a menos que la enfermera considere que son rigurosas para el paciente.³⁸

EVALUACIÓN

Es la última y quinta fase, y significa determinar si se satisficieron o no y en qué grado los objetivos del paciente. Es un aspecto muy importante del proceso de enfermería, dado que sirve de base para decidir si pueden terminar las

³⁷ Kozier Op. Cit., en "intervenciones de enfermería", capítulo 11, pp. 146

intervenciones de enfermería, dado que sirve de base para decidir si pueden terminar las intervenciones de enfermería o es necesario revisarlas o modificarlas.³⁹

Proceso de evaluación

La evaluación es un subproceso con seis componentes:

1. Identificación de los criterios con base en los resultados
2. Recopilación de datos relacionados con los criterios con base en los resultados
3. Comparación de los datos recopilados con los criterios con base en los resultados
4. Correlación de las acciones de enfermería con los criterios
5. Reexamen del plan de cuidados
6. Modificación del plan de cuidados.

La identificación de los criterios con base en resultados tiene criterios que sirven para dos fines: 1) Determinar el tipo de datos de evaluación que deben recopilarse, y 2) tener una norma contra la cual se juzgan tales datos.

Los criterios redactados de manera clara, precisa y mensurable sirven de guía para el paso siguiente del proceso de evaluación, o sea la recopilación de datos. Esta se emprende de manera que puedan sacarse conclusiones acerca de si se lograron o no los objetivos. La recolección de datos objetivos y subjetivos suele ser necesaria. Son útiles en tales registros los diagramas de flujo y registros médicos.

En caso de realizar efectivamente los primeros pasos de la evaluación, será sencillo determinar si se logró o no un objetivo dado. Son cuatro los posibles resultados de la evaluación:

1. Se satisfizo el objetivo, es decir, el paciente respondió como se esperaba
2. Se satisfizo parcialmente el objetivo, o sea que se logró un objetivo a corto plazo, no así otro a largo plazo

³⁸ Ibid, pp 148.

³⁹Kozier Op, Cit, en capítulo 12 "Evaluación" pp.151.

3. Se alcanzaron algunos objetivos

4. No se satisfizo ningún objetivo.⁴⁰

El cuarto aspecto del proceso de evaluación es determinar si las acciones de enfermería tuvieron o no relación con los resultados. Por ningún motivo debe suponerse que tales acciones fueron la causa o el único factor de la consecución, logro parcial o falta de satisfacción de un objetivo.

La evaluación del logro de objetivos genera la información necesaria a fin de determinar si el plan de cuidados fue eficaz para resolver, disminuir o prevenir los problemas del paciente. Después, se precisa que la enfermera reexamine todos los aspectos del plan de cuidados, sin importar que se hayan satisfecho o no los objetivos, o sea que evalúe y planee de nuevo. En caso de haberse satisfecho uno o más objetivos, se tomaría una de las siguientes decisiones:

1. Decidir que el problema señalado en el diagnóstico ya no existe. En tal caso se registra que se satisfizo el objetivo y que se interrumpen los cuidados planeados para lograrlo
2. Decidir que el problema persiste, incluso si se satisfizo el objetivo, por lo tanto deberán continuar las intervenciones de enfermería pese al logro del objetivo y el criterio
3. Cuando se alcanza un objetivo a largo plazo mediante el logro de objetivos progresivos a corto plazo, el objetivo puede persistir como tal pese a la satisfacción de los objetivos a corto plazo.

Cuando no se alcanzan los objetivos del paciente o se satisfacen solo parcialmente, hay que reexaminar la base de datos, diagnósticos de enfermería objetivos del paciente y estrategias de enfermería.⁴¹

Instrumentos y métodos para medir los cuidados de calidad

Medir la calidad de los cuidados de enfermería es una tarea compleja, para la cual se tienen diversos instrumentos. Algunos son de proceso, otros de resultado, y

⁴⁰ Op. Cit. pp 151-152.

⁴¹ Ibid pp.152-153

algunos más de proceso-resultados. Cada instrumento comprende normas y criterios. La creación de instrumentos eficaces de evaluación de la calidad de los cuidados es difícil en enfermería.

En algunas instituciones se evalúan los cuidados mediante auditorías retrospectivas de los expedientes de enfermería. En otros se evalúan con auditorías concurrentes, es decir, la observación directa de las enfermeras que proporcionan cuidados por observadores o colegas. También es posible obtener datos por interrogatorio y observación de los pacientes, preguntas a los familiares y observación del ambiente del mismo sujeto y el entorno general. Así mismo es variable el periodo de medición. En ocasiones abarca dos horas, mientras que en otras ocasiones evalúa desde el ingreso hasta el alta hospitalaria.⁴²

⁴² Id. pp 155.

5. METODOLOGÍA DE TRABAJO

Metodología de trabajo

Para la elaboración de este trabajo se tomaron en cuenta los siguientes instrumentos que permitieron que el mismo tuviera un orden en su elaboración que fuera cronológico y que ayudara a desarrollar las distintas etapas del proceso de atención de enfermería, en primer lugar se utilizó una historia de enfermería pediátrica y examen de la familia con las siguientes características y apartados: información general, historia de enfermería con las características de la familia, niño, comportamiento del niño en cuanto a alimentación, evacuación, sueño, higiene personal, comportamiento y actividades; historia de salud en cuanto a historia natal, antecedentes de salud; este instrumento sirvió para hacer una valoración inicial del estado de salud de la pequeña, también se utilizaron las tablas de peso y talla del Dr. Ramos Galvan que están basadas en niños mexicanos y por lo tanto son más precisas con los valores en nuestro país y sirvieron para determinar que la lactante se encuentra dentro de los parámetros de normalidad, también se utilizaron los indicadores del desarrollo normal del nacimiento a los 24 meses que nos indican las características normales y los signos y síntomas de alarma de cada mes durante los primeros doce meses y cada 3 meses del 12avo al 24avo mes, también se utilizó la evaluación del desarrollo de Denver que consiste en valorar los ítems en cuatro áreas que son personal-social, adaptación de motricidad fina, lenguaje y motricidad gruesa, esta evaluación determina los alcances que debe de lograr un niño según su edad pero no es rígido ya que el margen de edad es muy amplio y permite interpretar si el niño está avanzado, normal, hay que tener precaución o tiene un retraso en el desarrollo, y para el seguimiento del caso en las visitas domiciliarias se utilizó un instrumento que tenía los siguientes elementos fecha, número de seguimiento, referencia de que aparato o sistema se evaluaba y relación con que necesidad tenía, descripción de la valoración y diagnósticos de enfermería dos por cada visita, las visitas fueron un total de 20 cada tercer día de dos horas cada una por lo

tanto el seguimiento fue de más de 40 horas, con lo cuál se rebasa el mínimo de horas para este trabajo.

5.1 PRESENTACIÓN DEL CASO

Se trata de una lactante menor de 4 meses de edad, de Sexo: Femenino con un peso de 6,400 Kg con una Talla de 61 cm, con fecha de nacimiento el 26 de marzo de 2000, Lugar de nacimiento: Can Cún, Quintana Roo, con Grupo sanguíneo: 0 positivo.

Entorno físico

Habita casa propia, con familia nuclear compuesta de madre, abuela y tres tías, radica en el Distrito Federal, habita una casa con todos los servicios, la casa cuenta con tres dormitorios, sala, comedor, cocina, estudio, 2 baños, patio y jardín, con todos los servicios: agua potable, electricidad, drenaje, teléfono, ventilación adecuada, servicio de recolección de basura 3 veces por semana. La lactante pasa la mayor parte del tiempo en una habitación que comparte con la madre en la cual cuenta tanto con luz natural como artificial, al igual que ventilación, la casa suele tener una temperatura fresca en la planta baja y templada en la parte alta, en época de lluvia la humedad del jardín provoca proliferación de insectos.

Antecedentes personales

Proveniente de madre de 24 años, es la gesta 2, parto 1, con 37 semanas de gestación por fecha última de menstruación y ultrasonido, con ruptura precoz de membranas de 11 horas de evolución, nace el día 26 de marzo de 2000, a las 14:53 horas por parto eutócico, con peso al nacer 2,965 Kg, con una talla de 50 cm, con Apgar de 8/9, Silverman de 0, y Capurro de 39 semanas, Grupo y Rh sanguíneo 0 positivo, al nacer biometría hemática dentro de parámetros normales.

En los antecedentes heredo-familiares: se encuentra que la madre es alérgica al sol y tiene salpingectomía derecha. El abuelo materno con sordera del oído derecho de nacimiento y ninguna enfermedad crónico degenerativa.

Antecedentes patológicos personales: Hasta el momento actual no ha tenido ninguna enfermedad lo que indica que para su edad los parámetros de crecimiento y desarrollo son normales.

Antecedentes psicosociales: la pequeña presenta estado alerta, activo, reactivo a estímulos, con sonrisa social y expresión de emociones y sensaciones, con su madre presenta una relación afectiva positiva, identifica su voz al escucharla, al igual que la de su abuela con la cual convive constantemente.

En cuanto al fomento a la salud: Acude a citas mensuales para valorar su crecimiento y desarrollo. Inmunizaciones al corriente, hasta el momento se han aplicado al nacer BCG, y preliminar de Polio, a los dos meses Pentavalente y primera de Polio.

Valoración física cefalocaudal

Cráneo: normocefala, fontanela anterior pequeña normotensa, cabello bien implantado sin zonas alopecicas, ojos simétricos, cejas y pestañas bien implantadas, nariz permeable, orofaringe con adecuada coloración e hidratación de tegumentos.

Cuello: cilíndrico, simétrico, no se palpan adenomegalias.

Tórax: se observa proporcionado con pezones equidistantes, campos pulmonares bien ventilados sin compromiso aparente, con frecuencia respiratoria de 36 inhalaciones por minuto, ruidos cardíacos rítmicos y regulares con frecuencia cardíaca de 140 latidos por minuto.

Abdomen: blando, depresible, sin visceromegalias, con peristaltismo presente.

Los genitales de acuerdo a sexo, labios mayores cubriendo a menores, sin secreciones.

Extremidades: miembros torácicos y pélvicos simétricos en longitud y pliegues presentando movimientos libres de abducción, aducción, rotación, flexión y extensión.

Presentando integridad cutánea con adecuada coloración e hidratación de la piel.

Desarrollo psicomotriz: Acorde a edad la lactante presenta flexión y extensión de sus miembros, en posición decúbito prono levanta el cuello y lo sostiene por más de un minuto, al escuchar sonidos voltea la cabeza hacia la fuente del mismo, seguimiento visual de objetos a 180 grados, se lleva las manos a la boca.

Con relación al estado de nutrición e hidratación: La pequeña durante las mañanas consume aproximadamente 12 onzas de leche artificial SMA 1 formula de inicio con hierro y aproximadamente 8 onzas de agua. Por la tarde consume leche materna aproximadamente 6 a 7 tomas de 5 a 10 minutos de duración y de 6 a 8 onzas de agua.

Eliminación: La lactante presenta micción después de comer y con cambios de temperatura reacción al frío, aproximadamente 7 u 8 micciones al día de características normales.

Evacuación cada tres o cuatro días con heces amarillas, pastosas, presentando esfuerzo y pujo para evacuar.

Transpiración abundante al comer y dormir.

La Termorregulación: Al nacer tendía a la hipotermia, pero actualmente regula su temperatura y le agradan los climas y ambientes cálidos.

Descanso y sueño.

Suele dormir por la noche por 6 horas continuas despertando solo cuando tiene hambre, durante el día se duerme por lapsos de 1 a 2 horas de 3 a 4 veces.

Higiene y protección de la piel: Baño diario en regadera y humectación de la piel con cremas hipoalergenicas

Comunicación: La pequeña emite balbuceos y repite algunas vocales y sílabas, así como sonreír de igual manera mueve suavemente sus brazos y piernas cuando se encuentra contenta, en cambio cuando esta enojada o que algo le molesta llora, grita y gesticula con muecas de enojo, mueve enérgicamente sus brazos y piernas. A los dos meses y medio presento la sonrisa social.

Creencias y valores.

La familia de la lactante profesa la religión católica, pero aún no ha sido bautizada bajo esta religión.

En la familia se tienen los valores de solidaridad, compañerismo, lealtad, honestidad, sinceridad, amor, tolerancia, etc.

5.3 DEFINICIÓN DE LOS DIAGNÓSTICOS DE ENFERMERÍA

Durante la definición de estos diagnósticos se establecieron 2 diagnósticos reales, 11 diagnósticos potenciales y 10 diagnósticos de salud distribuidos de la siguiente manera:

FECHA

30 JUNIO 2000

DIAGNÓSTICO

- Lactancia materna eficaz.

NECESIDAD

Comer y beber

GRADO DE DEPENDENCIA

Dependiente

FECHA

01 JULIO 2000

DIAGNÓSTICO

- Riesgo de alteración en la ingesta de calorías y nutrimentos relacionado con introducción de lactancia artificial.
- Riesgo de deshidratación relacionado con rechazo de la lactancia artificial.
- Interrupción de la lactancia materna relacionado con empleo de la madre.

NECESIDAD

Comer y beber

GRADO DE DEPENDENCIA

Parcialmente dependiente

FECHA

5 JULIO 2000

DIAGNÓSTICO

- Estreñimiento relacionado con ingesta insuficiente de líquidos, manifestado por esfuerzo, pujo, dolor y evacuaciones cada 3 días.

NECESIDAD

Eliminación

GRADO DE DEPENDENCIA

Parcialmente dependiente

FECHA

07 JULIO 2000

DIAGNÓSTICO

- Bienestar relacionado con logro de metas en su etapa de crecimiento y desarrollo manifestado por: movimientos simétricos, levantamiento de cabeza cuando se encuentra en posición boca abajo, observa a la cara, seguimiento del movimiento hasta la línea media, respuesta al sonido, sonrisas espontáneas, tomar sus sonajas, etc.

NECESIDAD

Jugar y aprender

GRADO DE DEPENDENCIA

Parcialmente dependiente

FECHA

11 JULIO 2000

DIAGNÓSTICO

- Riesgo de infección respiratoria relacionado con el contacto con personas enfermas.
- Conservación del estado respiratorio fisiológico actual en relación con su etapa de crecimiento y desarrollo.

NECESIDAD

Respiración

GRADO DE DEPENDENCIA

Parcialmente dependiente e
Independiente

FECHA

14 JULIO 2000

DIAGNÓSTICO

- Adecuada eliminación de desechos relacionada con micciones regulares en tiempo, cantidad y características bioquímicas.
- Riesgo de estreñimiento relacionado con ingesta insuficiente de líquidos.

NECESIDAD

Eliminación

GRADO DE DEPENDENCIA

Independiente y
Parcialmente independiente

FECHA

17 JULIO 2000

DIAGNÓSTICO

- Riesgo de traumatismo relacionado con incremento en su actividad física.
- Bienestar psicomotriz relacionado logro de movimiento normales para una lactante menor de 3 meses.

NECESIDAD

Evitar peligros y Moverse y conservar una buena postura

GRADO DE DEPENDENCIA

Dependiente y Parcialmente dependiente

FECHA

20 JULIO 2000

DIAGNÓSTICO

- Adecuado patrón de sueño relacionado con su edad y características, manifestado por periodos de sueño regulares durante la noche.

NECESIDAD

Descanso y sueño

GRADO DE DEPENDENCIA

Parcialmente dependiente

FECHA

24 JULIO 2000

DIAGNÓSTICO

- Adecuado uso de prendas de vestir relacionado con la temperatura ambiente.
- Riesgo de alteración de la temperatura corporal relacionado con uso de prendas de vestir inapropiadas para la temperatura ambiental.

NECESIDAD

Uso de prendas de vestir adecuadas

GRADO DE DEPENDENCIA

Dependiente

FECHA

26 JULIO 2000

DIAGNÓSTICO

- Hipertermia relacionada con la aplicación de la vacuna Pentavalente manifestada por incremento de la temperatura corporal hasta 38.3°C.

NECESIDAD

Termorregulación

GRADO DE DEPENDENCIA

Parcialmente dependiente

FECHA

28 JULIO 2000

DIAGNÓSTICO

- Riesgo de alteración de la piel de la zona del pañal relacionada con humedad constante.
- Riesgo de deterioro de la integridad cutánea relacionada con transpiración abundante.

NECESIDAD

Higiene y protección de la piel

GRADO DE DEPENDENCIA

Dependiente

FECHA

30 JULIO 2000

DIAGNÓSTICO

- Riesgo de sufrir accidentes relacionado con actividad motriz normal para una lactante menor de 4 meses.

NECESIDAD

Evitar peligros

GRADO DE DEPENDENCIA

Dependiente

FECHA

01 AGOSTO 2000

DIAGNÓSTICO

- Comunicación eficaz relacionada con expresiones físicas y verbales (vocalización) adecuada para su edad 4 meses.
- Riesgo de que la madre o el cuidador malinterprete estados de ánimo, relacionado con falta de atención.

NECESIDAD

Comunicación

GRADO DE DEPENDENCIA

Independiente y

Parcialmente dependiente

FECHA

05 AGOSTO 2000

DIAGNÓSTICO

- Ingesta de alimentos adecuada en relación con equilibrio en su peso y talla.
- Riesgo de estreñimiento relacionado con la introducción de nuevos alimentos(ablactación).

NECESIDAD

Comer y beber y

Eliminación

GRADO DE DEPENDENCIA

Parcialmente dependiente

FECHA

Del 07 al 13 de AGOSTO 2000

DIAGNÓSTICO

- Bienestar relacionado con logro de metas relacionado con su etapa de crecimiento y desarrollo manifestado por área personal-social: come galletas

ella sola, intenta alcanzar un juguete, se resiste a que le quiten un juguete; área de motricidad fina: Sentada busca sus juguetes, busca un juguete, pasa un juguete de una mano a otra, sigue movimientos a más de 180°, juega con sus manos; área de lenguaje: vocaliza, se gira para buscar la fuente del sonido, repite la sílaba ba, ba, ba, y da, da, da, emite risas sonoras; área motricidad gruesa: sentada con apoyo sostiene la cabeza, boca abajo levanta la cabeza apoyada en los brazos, al jalarla de los brazos no muestra retraso de la cabeza, comienza a girar sobre su propio eje; en general muestra adecuada capacidad para aprender nuevas cosas relacionada con su edad.

NECESIDAD

Trabajar y realizarse

Jugar y recrearse

Aprendizaje y Vivir según sus creencias

GRADO DE DEPENDENCIA

Parcialmente dependiente.

5.4 PLANEACIÓN

A partir de esta jerarquización de diagnósticos se diseñó el siguiente plan de intervención.

PLAN DE ATENCIÓN

FECHA: 01 julio 2000

DIAGNÓSTICO DE ENFERMERÍA: Riesgo de deshidratación relacionado con rechazo a la lactancia artificial.

OBJETIVO: Mantener la hidratación

INTERVENCIÓN:

Ministrar líquidos vía oral con biberón

La persona que va a administrar el alimento se lava y seca las manos y prepara el material. Llena un biberón con la cantidad de agua hervida necesaria. Se mezcla la cantidad de polvo necesaria y se disuelve esta mezcla.

La alimentación del niño sigue estos principios:

- El niño debe estar cómodamente sentado y bien sujeto, apoyado en el codo del alimentador.
- El biberón debe estar siempre lleno de leche para evitar que el niño trague aire.
- Se debe dejar al niño que descanse entre succiones y no permitir que se duerma, ayudarlo a que expulse el gas.

FUNDAMENTACIÓN:

Es fundamental cumplir con las siguientes normas:

1. La zona en la que se prepara la comida debe estar limpia y debe de ser de uso exclusivo para este fin.
2. Las ventanas deben estar cerradas para evitar la entrada de insectos.
3. Lavarse y secarse las manos antes de preparar el biberón.
4. La mezcla debe de ser la marcada por el fabricante para evitar la subalimentación y problemas de estreñimiento.

5. Todo el equipo necesario debe de estar al alcance de la mano.
6. El contacto físico es tan importante para el niño que recibe el biberón como para el que recibe el pecho materno; hablarle suavemente
7. Después de alimentar al bebé será necesario ayudarlo a expulsar el gas para evitar que sufra de cólicos.
8. Se debe de alimentar al bebé cuando tenga apetito de lo contrario rechazará el biberón.
9. No permitir que se duerma porque de lo contrario no recibirá la cantidad necesaria de alimento y por lo tanto de líquido,

EVALUACIÓN:

El lactante recibe líquidos suficientes para restituir las pérdidas.

La lactante presenta signos de una hidratación adecuada: mucosas húmedas, buena turgencia cutánea, excreción urinaria adecuada, fontanela normotensa.

FECHA:05 julio 2000

DIAGNÓSTICO DE ENFERMERÍA: Estreñimiento relacionado con ingesta insuficiente de líquidos, manifestado por esfuerzo, pujo, dolor y evacuaciones cada 3 días.

OBJETIVO: Facilitar la eliminación intestinal y proporcionar una mayor cantidad de líquidos.

INTERVENCIÓN:

Modificar la ingesta hídrica proporcionando al lactante una mayor cantidad de agua previamente hervida, se puede intentar justo antes de darle la leche, es decir cuando este tenga hambre y por lo tanto será más seguro que se tome el agua.

FUNDAMENTACIÓN:

Cuando no se eliminan las heces al poco tiempo de llegar al recto, pierden su agua y se endurecen. Cuanto más duras se hagan, más difícil y dolorosa resulta su expulsión, lo que da lugar a la aparición de grietas en la mucosa anal, y el lactante tiene todavía más problemas para defecar.

EVALUACIÓN:

La lactante presenta una eliminación intestinal normal

FECHA: 11 julio 2000

DIAGNÓSTICO DE ENFERMERÍA: Riesgo de infección respiratoria relacionado con contacto con personas enfermas.

OBJETIVO: Evitar la infección

INTERVENCIÓN:

Promover buenas costumbres sanitarias en el cuidador (su madre).

Mantener una nutrición adecuada.

Mantener buenos hábitos higiénicos.

Proteger a la lactante del contacto con personas infectadas.

Efectuar un buen lavado de manos.

No colocar a la lactante en una habitación con otras personas enfermas.

Restringir las visitas.

Mantener a la lactante seca y caliente.

Educación para la salud en la familia para prevenir infecciones de vías respiratorias.

FUNDAMENTACIÓN:

Las formas de diseminación para las vías respiratorias son las siguientes: los microbios son inspirados. Se encuentran en las gotitas de saliva expulsadas por las personas infectadas o portadoras al toser, estornudar o incluso hablar, o en el polvo infectado.

Las gotitas varían de tamaño. Las más grandes tienden a caer al suelo, mientras que las más pequeñas suben y se hacen más ligeras al evaporarse el líquido. A continuación recorren grandes distancias con las corrientes de aire. Sin embargo, las personas que corren más peligro son las más próximas al individuo infectado.

Las enfermedades infecciosas son más peligrosas en las edades extremas de la vida. En los más jóvenes, se debe a la inmadurez de los mecanismos

inmunológicos; el sistema linfoide no puede enfrentarse y reaccionar a los antígenos extraños.

La adecuada nutrición sirve para reforzar las defensas naturales del organismo.

En toda persona hay flora residente, constituida por microorganismos que normalmente viven en el cuerpo. Esta flora se encuentra en estado de equilibrio con relación al cuerpo y no causa enfermedad. En estados funcionales alterados o al introducirse en aparatos o sistemas diferentes, esta flora causa enfermedad.

Se deben lavar las manos antes y después de tener contacto con la lactante, haya o no contacto directo con esta, después del contacto con desechos o materiales contaminados, antes de manipular alimentos o recipientes para alimentos o en cualquier momento en que se ensucien. El lavado de las manos es una excelente forma de reducir al mínimo el riesgo de infección.

Mantener una temperatura corporal constante, así como un ambiente sin humedad ayudara a la lactante a no realizar esfuerzos innecesarios para calentarse y por lo tanto su inmunidad estará mejor protegida.

EVALUACIÓN:

La familia aplica buenas prácticas de salud.

La lactante no presenta signos de infección.

FECHA: 17 julio 2000

DIAGNÓSTICO DE ENFERMERÍA: Riesgo de traumatismo relacionado con incremento en su actividad física.

OBJETIVO: Evitar la lesión física.

INTERVENCIÓN:

Nunca dejar sin supervisión a la lactante sobre una superficie elevada sin barandillas.

Mantener los objetos puntiagudos o cortantes fuera del alcance de la lactante.

Llevar las uñas cortadas y limadas; evitar las joyas que puedan producir rasguños a la lactante.

Utilizar los métodos apropiados de manipulación y transporte para la lactante.

No dejar cobijas, almohadas o prendas de vestir que puedan caer por accidente sobre la cara del bebé.

Mantener líquidos y comidas calientes fuera del alcance del bebé.

FUNDAMENTACIÓN:

Cerca de los cuatro meses de vida del lactante comienza un periodo peligroso en especial. Los bebés comienzan a voltearse por sus propios medios.

Los movimientos del infante son demasiado débiles o muy poco coordinados para retirar lo que obstruye su respiración.

El bebé de 4-7 meses requiere protección de tiempo completo. Los accidentes son más frecuentes que durante los tres primeros meses porque el niño toma objetos y se mueve más, puesto que el bebé ahora puede voltearse sin ayuda, no se le debe dejar solo sobre una cama, sillón o mesa, ni por un momento. La combinación de aprender a tomar cosas y de llevarse todo a la boca puede ser mortal.

Es frecuente que los niños pequeños exploren probando cosas, bebiendo y comiendo lo que encuentren, sin importar lo desagradable que sea el sabor.

EVALUACIÓN:

La lactante permanece libre de lesión física.

FECHA: 24 julio 2000

DIAGNÓSTICO DE ENFERMERÍA: Riesgo de alteración de la temperatura corporal relacionado con uso de prendas de vestir inapropiadas para la temperatura ambiente.

OBJETIVO: Evitar que la temperatura rebase los límites corporales normales para su edad y actividad.

INTERVENCIÓN:

Aligerar la cantidad de ropa que lleva puesta la lactante.

Valorar la temperatura ambiente antes de escoger la ropa que usará la lactante.

Controlar la temperatura para evitar el excesivo enfriamiento corporal.

FUNDAMENTACIÓN:

La vía principal de pérdida de calor es la piel. El calor se pierde del cuerpo por los procesos físicos de radiación, conducción, convección y vaporización.

La radiación es la transferencia de calor a través del aire y de la superficie de un objeto hacia otro sin contacto físico. Se pierde radiación necesaria sólo si el medio es más frío que el cuerpo.

La conducción es la transferencia de calor de un objeto a otro por contacto físico directo. El hombre pierde calor por conducción hacia el aire que está en contacto con la piel, hacia la ropa, hacia el aire en las vías respiratorias, hacia el alimento en la vía digestiva y hacia muebles fríos.

La convección es el movimiento de aire y calor por corrientes de aire convectivas. A medida que el calor es conducido al aire alrededor del cuerpo, calienta este aire. El aire caliente se eleva y es sustituido por aire más denso y frío.

La vaporización se refiere a la pérdida de calor que ocurre cuando el agua se evapora o cambia del estado líquido al estado de vapor.

EVALUACIÓN:

La temperatura se mantiene en límites corporales

FECHA: 26 julio 2000

DIAGNÓSTICO DE ENFERMERÍA: Hipertermia relacionada con la aplicación de la vacuna Pentavalente, manifestada por incremento de la temperatura corporal hasta 38.3°C (rectal).

OBJETIVO: Disminuir la temperatura corporal.

INTERVENCIÓN:

Disminuir la temperatura ambiental.

Aligerar la ropa.

Exponer la piel al aire.

Incrementar la circulación del aire.

Evitar los escalofríos; si el niño tiritaa, aplicar ropa o mantas.

Aplicar compresas de frías en áreas de la piel como la frente.

Controlar la temperatura por medio de baño tibio de artesa de por lo menos 20 min.

Verificar la temperatura corporal constantemente para valorar la eficacia de las intervenciones.

Administrar un fármaco antitérmico paracetamol 12 gotas una sola dosis (2 gotas por kg de peso).

FUNDAMENTACIÓN:

La fiebre es una protección del organismo. Un aumento de la temperatura corporal (normalmente 37°C) indica que puede existir una infección en algún lugar del organismo. La fiebre ayuda también al organismo a combatir la infección. Se dice que una persona tiene fiebre si su temperatura corporal es superior a 37.8°C (oral o axilar) o a 38°C (rectal).

Es necesario ayudar a la bebé a perder calor por medio de los procesos físicos de radiación, convección, conducción y evaporación.

Los agentes físicos que se aplican al cuerpo y que producen cambios locales o sistémicos de la temperatura son con fines terapéuticos.

A través del baño de artesa ocurre reducción de la temperatura corporal por evaporación.

Evitar los escalofríos sirve para evitar la producción de calor.

El paracetamol es un medicamento antitérmico que actúa sobre el centro termorregulador del hipotálamo, normalizando la acción de este centro, y así las neuronas inducen la vasodilatación y el aumento de la sudoración, produciéndose pérdida de calor y disminuyendo de esta forma la fiebre.

EVALUACIÓN:

La temperatura corporal disminuye hasta límites aceptables

FECHA: 28 julio 2000

DIAGNÓSTICO DE ENFERMERÍA: Riesgo de alteración de la piel en la zona del pañal relacionada con humedad constante.

OBJETIVO: Mantener la integridad cutánea.

INTERVENCIÓN:

Mantener la piel limpia y seca; lavar la piel por lo menos 1 vez al día

Inspeccionar con frecuencia toda el área cutánea en busca de signos de irritación o deterioro.

Proteger los pliegue cutáneos y las superficies de rozamiento.

Mantener limpias las ropas de vestir y de cama.

Aplicar una loción o crema protectora sobre las áreas en las que la excoiación es más probable: áreas anal y perineal.

FUNDAMENTACIÓN:

La humedad en contacto con la piel por tiempo prolongado produce irritación y predispone el crecimiento de bacterias.

Limpiar la piel de los microorganismos que se acumulen, evita la colonización y proliferación de infecciones.

La piel es una barrera natural de protección del cuerpo, mientras se conserve intacta, las probabilidades de infección se reducen.

La higiene proporciona comodidad, relajación y frescura, relaja los músculos tensos y agotados.

El uso de loción o crema para la piel recubre esta con una película que previene la evaporación del agua y, por lo tanto, las grietas.

EVALUACIÓN:

La piel permanece limpia, seca y sin irritación.

FECHA: 28 julio 2000

DIAGNÓSTICO DE ENFERMERÍA: Riesgo de deterioro de la integridad cutánea relacionado con transpiración abundante.

OBJETIVO: Evitar lesiones de la piel por sudamina.

INTERVENCIÓN:

Limpiar o lavar la piel con agua limpia por lo menos una vez al día.

Evitar el empleo de lociones o productos de enjuague basados en alcalinos o hexaclorofeno.

Cambios posturales al menos cada dos horas.

Mantener la piel limpia y seca.

Cambio total de ropa por lo menos una vez al día o en caso de encontrarse húmeda por la transpiración se cambiará con más frecuencia.

FUNDAMENTACIÓN:

Las secreciones y excreciones corporales contienen electrolitos, pueden surgir desequilibrios hidroelectrolíticos con pérdida prolongada por estos medios.

Aunque las pérdidas de líquidos por la piel, pulmones e intestinos en personas sanas equivalen a casi la mitad del total diario, pueden constituir una proporción mucho mayor en personas con fiebre o respiración rápida.

La adecuada higiene de la piel permitirá evitar la colonización de microorganismos patógenos, y por lo tanto, la disminución de infecciones.

El cambio de ropa promoverá la higiene y evitara el contacto prolongado del sudor con la piel, con esto se evitara cambios en el pH de la piel.

EVALUACIÓN:

La piel permanece limpia e intacta sin muestras de irritación ni lesiones.

FECHA: 01 agosto 2000

DIAGNÓSTICO DE ENFERMERÍA: Riesgo de que la madre o el cuidador malinterprete estados de animo, relacionado con falta de atención.

OBJETIVO: Evitar confusiones al interpretar las necesidades de la lactante.

INTERVENCIÓN:

Escuchar con atención los distintos tipos de llanto que presenta la lactante.

Observar cuidadosamente la gesticulación que emplea la lactante.

FUNDAMENTACIÓN:

El prestar atención a los distintos sonidos que emite la lactante ayudará a distinguir con facilidad el llanto por apetito, por aburrimiento o por dolor.

Al observar la cara de la lactante se puede determinar sus estados de ánimo y también es necesario recordar que ella esta aprendiendo a gesticular con base en las diferentes gesticulaciones que observa por lo tanto es necesario no ocultarle los estados de ánimo aún cuando estos representen tristeza o enojo.

EVALUACIÓN:

Se reconocen con facilidad los diferentes estados de ánimo de la lactante con lo que se satisfacen con oportunidad las necesidades de la misma.

FECHA:05 AGOSTO 2000

DIAGNÓSTICO DE ENFERMERÍA: Riesgo de estreñimiento relacionado con la introducción de nuevos alimentos en la dieta (ablactación).

OBJETIVO: Evitar el estreñimiento y facilitar la eliminación intestinal

INTERVENCIÓN:

Proporcionar alimentos ricos en fibras adecuados para su edad.

Se podrán proporcionar frutas las que tengan piel y semillas, verduras cocidas como calabaza, chayote, zanahoria, y ejotes, y cereales como arroz y avena de marcas comerciales, se deben evitar los alimentos crudos.

FUNDAMENTACIÓN:

Las necesidades nutricionales del niño pueden cubrirse plenamente hasta los 4 meses de edad con leche y luz solar, pero a partir de esta edad será necesaria la introducción de nuevos alimentos que además de proporcionarle los nutrientes que necesita le brindaran un conocimiento de nuevos sabores, colores y texturas por lo tanto es necesario que estos alimentos sean agradables para la lactante.

Es importante ofrecer los alimentos cocidos y sin aditivos como la sal o el azúcar, ni conservadores artificiales, recordar que la lactante tiene un sistema inmune inmaduro y con esto le ayudamos a prevenir infecciones.

EVALUACIÓN:

La lactante no presenta problemas de estreñimiento, solo existen cambios en el color y olor de las deposiciones.

1 r

6. PLAN DE ALTA

El plan de alta antes descrito permitió derivar otro para el diseño del alta; desde el punto de vista de las acciones de enfermería.

El presente plan de alta contiene:

a) Orientación que se dio al cuidador principal

- ◆ Orientación higiénica personal y de la preparación de los alimentos

Baño diario con cambio total de ropa.

Lavado, esterilización y almacenamiento de biberones después de su uso.

Hervir el agua para la preparación de la leche que ingerirá el lactante.

Lavar todos los juguetes y utensilios que se lleva a la boca.

En cuanto a la ablactación prepara los alimentos en forma higiénica y procurando que queden bien cocidos.

- ◆ Orientación de los logros de crecimiento y desarrollo que se esperan en los siguientes meses

Se explica el aumento ponderal esperado por mes.

El lactante logrará sentarse primero con apoyo y después sin él.

Lograra sostener un objeto en sus manos y cambiarlo de mano.

Busca un juguete fuera de su alcance.

Come galletas por sí solo.

Sentado toma dos objetos.

Imita sonidos del lenguaje.

Soporta parte del cuerpo sobre sus piernas.

Se muestra vergonzoso ante los extraños.

Repite papá o mamá inespecíficos.

- ◆ Orientación sobre sus consultas al centro de atención; para el seguimiento del niño sano.

Acudir cada mes para verificar el crecimiento y desarrollo de la lactante.

Acudir antes en caso de presentar signos de alarma descritos abajo.

Acudir a sus citas para inmunizaciones puntualmente.

b) Asesoría a la madre sobre:

- ◆ Signos y síntomas de alarma de enfermedades respiratorias

En caso de presentar fiebre, resfriados, llanto excesivo, dificultades para respirar, presentarse lo más pronto posible para iniciar terapéutica.

- ◆ Signos y síntomas de alarma de enfermedades digestivas

En caso de presentar vómito, diarrea, distensión abdominal, falta de apetito, cólicos, presentarse inmediatamente al centro de salud.

7. CONCLUSIONES Y SUGERENCIAS

CONCLUSIONES

El cuidado integral de enfermería en todos los niveles de atención a la salud deben tener un enfoque eminentemente preventivo. El proceso de enfermería proporciona las características y metodología para el cuidado integral.

El modelo de Henderson tiene características que permiten visualizar al individuo como un ser integral, gracias al cual podemos ayudar al individuo en todas sus necesidades así como fomentar actividades orientadas a preservar el estado de salud del mismo.

Con el enfoque antes señalado se logró valorar el crecimiento y desarrollo de una lactante menor sana que fue el objetivo general propuesto en este trabajo y con base en el planteamiento de los objetivos específicos descubrir sus necesidades actuales y potenciales descritos en los diagnósticos de enfermería, gracias a lo cual se pudieron resolver oportunamente los problemas reales y prevenir los potenciales. Así mismo se logró diseñar un plan de acción encaminado a descubrir las capacidades del lactante.

El proceso de atención de enfermería es una valiosa herramienta que nos permite valorar, organizar y efectuar acciones de enfermería de una forma más precisa, tomando en cuenta todas las necesidades tanto del individuo sano como del enfermo en interacción con su entorno familiar, así como de comunidades, lo cual va a contribuir al logro de individuos y comunidades sanas.

SUGERENCIAS

Con base en las anteriores conclusiones se sugiere que estos cursos no sean más optativos sino obligatorios, pues nos van a permitir el mejor desempeño de nuestra actividad profesional, lo que va a repercutir positivamente en la salud de los individuos y de las comunidades.

ESTA TESIS NO SALE
DE LA BIBLIOTECA

En particular se sugiere que esta enseñanza sea transmitida en todos los niveles de educación de la enfermería pues todos los individuos que estamos encargados del cuidado de la salud deberíamos tener presente el proceso de atención de enfermería como un camino para la mejor atención a los pacientes, que nos va a permitir realizar nuestras labores de una forma sistematizada, y por lo tanto contribuir al bienestar de las personas.

También se sugiere que esta información sea compartida con mujeres que sin tener una preparación académica si tiene la responsabilidad de cuidar a sus hijos y el presente trabajo podría servir como una guía.

8.GLOSARIO

Ambiente: todo cuanto desde el exterior, de forma premeditada o accidental, puede influir en el proceso de desarrollo.

Antígeno: son distintas sustancias químicas que pueden estimular la respuesta del sistema inmune, respuesta que se dirige específicamente contra la sustancia causante.

Crecimiento: aumento progresivo del organismo o partes. Término relacionado con el concepto de edad cronológica.

Desarrollo: cada uno de los cambios que el ser humano sufre a lo largo de su existencia. Estos cambios conllevan una maduración del organismo, un crecimiento de las partes y el influjo de lo ambiental.

Desarrollo psíquico: proceso continuo y sucesivo de adquisición de una serie de patrones de conducta que llevan a la madurez emocional, intelectual y social del niño.

Dependencia en el niño: Deficiencia del niño en su capacidad de manifestar las necesidades que deben ser habitualmente satisfechas por otra persona por razón de su edad y etapa de crecimiento; o incapacidad de realizar por sí mismo acciones capaces de satisfacer sus necesidades, cuando llega la edad normal de hacerlo.

Deshidratación: insuficiencia de líquidos corporales

Deshidratación isotónica: los déficit hídrico y electrolítico se presentan en proporción aproximadamente equilibrada.

Deshidratación hipertónica: pérdida de agua superior a la pérdida de electrolitos

Deshidratación hipotónica: el déficit electrolítico sobrepasa el hídrico.

Edema: cantidades anormalmente altas de líquidos en el espacio intersticial.

Estreñimiento: emisión regular de deposiciones duras o pétreas o de masas pequeñas y duras con síntomas asociados como expulsión difícil de las deposiciones, emisión de tiras de sangre con las heces y molestias abdominales. La aparente dificultad de la emisión de heces no es un signo fidedigno, particularmente durante la lactancia.

Evaporación: medio por el cual el agua abandona la superficie corporal, reduciendo el calor del cuerpo.

Excreción: es un desecho que producen las células.

Fiebre: elevación del punto de ajuste de forma que la temperatura corporal se regula a un valor superior: temperatura rectal superior a 38.3°C, temperatura oral superior a 37.8°C, temperatura axilar superior a 37.2°C.

Fiebre elevada: temperatura superior a 40.4°C.

Fuentes de la dificultad: Cualquier impedimento mayor en la satisfacción de una o varias necesidades fundamentales. Constituyen fuerzas negativas que impiden al cliente adoptar comportamientos o realizar acciones apropiadas, que le permitan satisfacer por sí mismo sus necesidades.

Hipertermia: situación en la que la temperatura corporal sobrepasa el punto de ajuste, por lo general, como resultado de que el organismo genera más calor del que puede eliminar.

Hipertermia maligna: temperatura superior a 41.7°C.

Independencia en el niño: Alcanzar un nivel aceptable de satisfacción de sus necesidades, por medio de acciones apropiadas que otros hacen por él de forma normal, de acuerdo con la fase de crecimiento y desarrollo en que se encuentra.

Infección: se puede definir sencillamente como los efectos adversos producidos en los tejidos (vegetales, animales o humanos) por la invasión y la multiplicación de diferentes microorganismos.

Maduración: Plenitud de las capacidades mentales. Aspecto cualitativo que hace referencia a la ausencia de influencia del exterior cara al aprendizaje. Es a través

del proceso madurativo como el órgano permite que la función sea realizada con el máximo de eficacia.

Necesidades fundamentales: son necesidades vitales esenciales que tiene el ser humano para asegurar su bienestar y preservarse física y mentalmente.

Proceso del cuidado: es un sistema de intervenciones propias de enfermería sobre la salud de los individuos, las familias, las comunidades, o ambos.

Punto de ajuste: temperatura alrededor de la cual se regula la temperatura corporal.

Secreción: producto específico de la actividad de una glándula.

Temperatura corporal: es el equilibrio entre el calor producido por el cuerpo y el que pierde el mismo.

9. REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS

- ARENA, Jay M. La seguridad infantil, Guía para la prevención de accidentes, Ed. Diana, México 1987, 327 pp.
- CARPENITO, Lynda J. Diagnóstico de enfermería, Ed. Interamericana – McGraw-Hill, México 1989, 554 pp.
- DENNIS L.B., Hassol J., Psicología evolutiva, Ed. Interamericana, México 1985, 371 pp.
- DIAZ Isabel M., Jarquera Jaqueline, Sugerencias de estimulación para niños de 0 a 2 años, Ed. Andrés Bello, Chile 1997, 74 pp.
- DIAGNÓSTICOS ENFERMEROS DE LA NANDA, Definiciones y clasificación, 1999-2000, Ed. Harcourt, Madrid 1999, 141 pp.
- ENCICLOPEDIA DE LA ENFERMERÍA, Volumen 1 Fundamentos - Técnicas Ed. Océano – Centrum, Barcelona 1997, 192 pp.
- FERNANDEZ Ferrín, Carmen, El Proceso de Atención de Enfermería, estudio de casos, Ed. Masson – Salvat, Barcelona 1995, 115 pp.
- GRIFFITH Janet W, Christensen Paula J., Proceso de atención de enfermería, aplicación de teorías y modelos, Ed. El manual moderno, México 1993, 406 pp.
- ILLINGWORTH Ronald S. El niño normal, Ed. El manual moderno, México 1989, 544 pp.
- KING E.M., Wieck L., Dyer M., Técnicas de enfermería, Ed. Interamericana – McGraw- Hill, México 1988, 1177 pp.
- KOZIER Barbara, Erb Glenora, Bufalino Patricia Mckay, Fundamentos de enfermería, Ed. Interamericana – McGraw-Hill, México 1994, 964 pp.

- MATAS Susana, et.al., Estimulación temprana: favoreciendo el desarrollo, Ed. Lumen humanitas, Argentina 1997, 244 pp.
- MARRINER Ann, El proceso de atención de enfermería: Un enfoque científico, Ed. El manual moderno, México 1983, 325 pp.
- MOSQUERA J.M., Galdos P., Farmacología para enfermeras, Ed. Interamericana – McGraw – Hill, Madrid 1994, 335 pp.
- RAMOS, Galvan R., Alimentación normal en niños y adolescentes, teoría y práctica, Ed. El manual moderno, México 1985, 785 pp.
- RUIZ Jiménez Miguel Angel, Enfermería pediátrica, tomo 1, Servicio de Publicaciones, Universidad de Cádiz, Cádiz 1995, 398 pp.
- SACHARIN R.M., Enfermería pediátrica, Ed. Interamericana – McGraw- Hill, Madrid 1989, 655 pp.
- TAPTICH, Barbara J. Iyer Patricia W, Bernochi-Losey Donna, Diagnóstico de enfermería y planeación de cuidados, Ed. Interamericana – McGraw-Hill, México 1992, 258 pp.
- WONG Donna L., Whaley Lucille F., Manual clínico de enfermería pediátrica, Ed. Masson – Salvat, Barcelona 1993, 614 pp.

10. ANEXOS

En este apartado se encuentran algunas de las bases que sustentaron este trabajo: Los periodos evolutivos de Piaget, la escala de valoración psicomotriz de Denver y el formato de la Historia Clínica que se utilizaron durante la valoración del lactante.

LOS CUATRO PERIODOS EVOLUTIVOS DE PIAGET

1er período SENSORIOMOTOR (recién nacido hasta 18 meses)

- ◆ Simples esquemas de reflejos, tales como hojar y mamar.
- ◆ Integración de esquemas de reflejos por ejemplo coordinación ojo-mano.
- ◆ Repetición de movimientos fortuitos para reproducir un cambio. Principio de la diferenciación de las relaciones entre medio y fin.
- ◆ Acciones intencionales. Organización del concepto de objeto.
- ◆ Descubrimiento de modos alternativos para lograr metas. Diferenciación entre el yo y el ambiente (entre el sujeto y el objeto). Principios de la locución y el lenguaje. Los esquemas verbales y cognoscitivos son muy pocos y no están bien organizados.

2do período PREOPERACIONAL (de los 18 meses a los 6 años)

- ◆ Organización del habla, del lenguaje y del comportamiento social. Razonamiento principalmente egocéntrico. Adquisición del simbolismo representativo.

3er período OPERACIONES CONCRETAS (de los 6 a los 11 años)

- ♦ Organización del pensamiento flexible a sistemático. Primeras clasificaciones y agrupaciones de objetos. Desarrollo de la conservación y de la habilidad para invertir las operaciones mentales.

4to período OPERACIONES FORMALES (de los 11 años en adelante)

- ♦ Organización del razonamiento abstracto, formulación de hipótesis, razonamiento deductivo, construcción de proposiciones lógicas.

r

EVALUACIÓN DEL DESARROLLO

Cuestionario revisado de preselección del desarrollo de Denver*

El cuestionario revisado de preselección del desarrollo (CRPD) es una revisión del CPD inicial. Las ventajas de CRPD consisten en la adición y disposición de los puntos de forma más adecuada a la edad, una puntuación paterna simplificada y una más fácil comparación con las normas para profesionales del DDST. El CRPD es una preselección de 105 preguntas del DDST a contestar por los padres, aunque para cada grupo de edad se plantea sólo un subconjunto de preguntas. En el caso de padres con menor nivel educativo, el cuidador puede verse obligado a leer el impreso.

Las consideraciones para la preparación y la puntuación del CRPD son las siguientes:

1. Calcule la edad del niño según se especifica en el manual del DDST y escoja el impreso apropiado** al niño: naranja (0-9 meses), púrpura (9-24 meses), dorado (2-4 años), blanco (4-6 años). (V. impreso para 0-9 meses, fig. 1-56).
2. Ofrezca el impreso adecuado al cuidador del niño y anote la relación con el niño. Pregunte al cuidador hasta: 1) que rodee 3 «NO» (no tienen por qué ser consecutivos), o 2) se hayan contestado todas las preguntas de ambos lados del impreso.
3. Compruebe que se han contestado todas las preguntas pertinentes.

* Pueden solicitarse los impresos y las instrucciones completas en Denver Developmental Materials, Inc. PO Box 6919, Denver CO 80206-0919 (303)355-4729. Desde mediados de 1990 se dispone de una versión revisada del CRPD basado en el Denver II (v. pág. 118).

** Las Denver Developmental Activities sugeridas pueden solicitarse a Denver Developmental Materials, Inc.

4. Revise las respuestas «Sí» y «NO». Asegúrese de que el cuidador del niño comprende todas las preguntas y señala correctamente los ítems. Preste particular atención a la puntuación de las preguntas que requiere contestaciones verbales o dibujos del niño.
5. Identifique los «retrasos» (ítem superado por el 90 % de los niños a una edad inferior a la del niño estudiado). En la columna «Para empleo del médico» se indican entre paréntesis las edades a las que el 90 % de los niños de la muestra del DDST superan la prueba. Se expresan en meses y semanas hasta los 24 meses, y en años y meses a partir de esta edad. Señale los «retrasos» marcando la edad al 90 % situada entre paréntesis a la derecha del punto que el niño no pudo realizar.
6. Se considera que los niños sin «retrasos» tienen un desarrollo normal.
7. Si un niño tiene un «retraso», explique al cuidador las actividades del desarrollo adecuadas que deben conseguirse en el niño³, y programe la reevaluación del niño con el CRPD 1 mes después. Si en la reevaluación de un mes más tarde el niño presenta uno o más «retrasos», programe un estudio de segundo nivel con el DDST en cuanto sea posible.
8. Si un niño tiene dos o más «retrasos» en la evaluación de primer nivel mediante el CRPD, pauté una evaluación de segundo nivel mediante el DDST en cuanto sea posible. Si en esta evaluación el niño recibe un resultado distinto a la normalidad, oriente al niño hacia una evaluación diagnóstica.

Denver Developmental Screening Test/Revised Denver Developmental Screening Test









El DDST y el DDST-R (cuya principal diferencia estriba en la disposición de los puntos en el impreso) evalúa el desarrollo de la motricidad gruesa, el lenguaje, la motricidad fina, la adaptación y el área persona-social en niños de 1 mes a 6 años (fig. 1-57 A y B). Se acompañan de un detallado manual de instrucciones*. Las pautas generales para la administración del DDST/DDST-R son las siguientes:

1. Trace una vertical por los cuatro sectores para representar la edad cronológica del niño en el DDST o marque la línea de edad en el DDST-R. Entre los niños nacidos prematuramente, ajuste la edad sustrayendo el número de meses de prematuridad de la edad cronológica. (En el manual se incluyen instrucciones detalladas para calcular la edad cronológica exacta.)
2. Explique a los padres que el DDST no es una prueba de inteligencia sino una evaluación sistemática del estado actual de desarrollo del niño. Destaque que no se espera que el niño supere todas las pruebas.
3. Evalúe al niño en todos los puntos cortados por la línea de edad, seleccionando inicialmente los puntos que es probable que supere. Si el niño no es capaz de realizarlos, seleccione los puntos a la izquierda de la línea hasta que logre pasarlos. Cada sector debe poseer al menos tres pruebas superadas y tres fallidas.

* Para asegurar que el Denver Developmental Screening Test se realiza e interpreta de la forma prescrita, se recomienda que los que traten de efectuarlo superen previamente la prueba de eficiencia que puede obtenerse, junto a los impresos y el manual de instrucciones del DDST, solicitándolo a Denver Developmental Materials, PO Box 6919, Denver CO 80206-0919 (303)355-4729.

4. Marque con «P» las pruebas pasadas.
5. Presente la prueba como un juego pero evite distracciones introduciendo sólo un objeto de prueba en cada instante. Practique la prueba en un área tranquila y aislada.
6. Determine la puntuación contando el número de *retrasos*, definidos como «fallo para realizar una prueba que supera el 90 % de los niños de la misma edad o cualquier prueba que esté totalmente a la izquierda de la línea de edad». Las posibles puntuaciones son las siguientes:
 - a. **Anormal:** dos o más sectores con dos o más retrasos o un sector con dos o más retrasos más uno o más sectores con un retraso y en el mismo sector ninguno pasa de la línea de edad.
 - b. **Dudoso:** un sector con dos o más retrasos o uno o más sectores con un retraso y en el mismo sector ninguno pasa de la línea de edad.
 - c. **Inestable:** gran número de rechazos que, si se hubieran estudiado, rendirían unos resultados dudosos o anormales.
 - d. **Normal:** toda puntuación que no cumpla los tres criterios anteriores.
7. Pregunte a los padres si el rendimiento del niño fue típico. Explique los resultados de la prueba, señalando en primer lugar los éxitos, luego los fracasos no considerados retrasos y, por último, los retrasos. Observe la respuesta de los padres a unos resultados anormales o dudosos. Vuelva a puntuar a los niños con una puntuación normal.

CUESTIONARIO REVISADO DE PRESELECCIÓN DEL DESARROLLO DE DENVER (CRPD)

Nombre del niño _____ Persona que contesta la prueba _____ Relación con el niño _____		Fecha actual: _____ año _____ mes _____ día Nacimiento: _____ año _____ mes _____ día Resía (edad exacta del niño): _____ año _____ mes _____ día Edad CRPD (_____ años _____ meses _____ semanas)	Para empleo del médico Para uso del médico
SIGA CONTESTANDO HASTA RODEAR 3 "NO" 1. Movimientos simétricos Cuando su hijo yace de espaldas, ¿mueve los brazos y las piernas con la misma facilidad en ambos costados? Responda No si el niño presenta sacudidas o movimientos incoordinados en uno de sus brazos o piernas		SI No Cuando su hijo yace boca abajo sobre una superficie plana, ¿puede levantar la cabeza?	SI No (2-2) MG
3. Mira la cara Cuando su hijo yace de espaldas, ¿lo mira a usted y observa sus rostros?			SI No (2-2) MG
4. Sigue hasta la línea media Cuando su hijo yace de espaldas, ¿puede seguir su movimiento girando la cabeza de un lado para mirar directamente hacia el frente?			SI No (1) PS (1-1) AMF
5. Responde a la campana ¿Responde su hijo con movimientos oculares, cambios de respiración u otros cambios de actividad al sonido de una campana o un sonajero situado fuera de su campo de visión?			SI No (1-2) L
6. Vocaliza sin llanto ¿Emite su hijo sonidos, aparte del llanto, como balbuceos, chillidos o parloteos?		SI No	SI No (1-3) L
7. Sonríe en respuesta ¿Cuando habla y sonríe a su hijo, éste le corresponde sonriendo?		SI No	SI No (1-3) L
8. Sigue más allá de la línea media Cuando su hijo yace de espaldas, ¿sigue su movimiento girando la cabeza de un lado al otro casí todas las veces ?			SI No (2-2) AMF
9. Levanta la cabeza 45° Cuando su hijo está boca abajo sobre una superficie plana, ¿puede levantar la cabeza 45°?			SI No (2-2) MG
10. Levanta la cabeza 90° Cuando su hijo está boca abajo sobre una superficie plana, ¿puede levantar la cabeza 90°?			SI No (2-2) MG
11. Risas ¿Ríe en voz alta su hijo sin que se le toque ni se le hagan cosquillas?		SI No	SI No (3-1) L
12. Junta las manos ¿Juega su hijo con las manos, juntándolas?		SI No	SI No (3-3) AMF
13. Sigue 180° Cuando su hijo yace de espaldas, ¿sigue su movimiento de un lado al otro siempre ?			SI No (4) AMF
14. Agarra el sonejero Es importante que siga cuidadosamente las instrucciones. No ponga el lápiz en la palma de la mano de su hijo. Cuando toca con el lápiz el dorso o la punta de los dedos de su hijo, ¿agarra el niño el lápiz durante unos segundos?			SI No (4) AMF

(Por favor, gire la página)

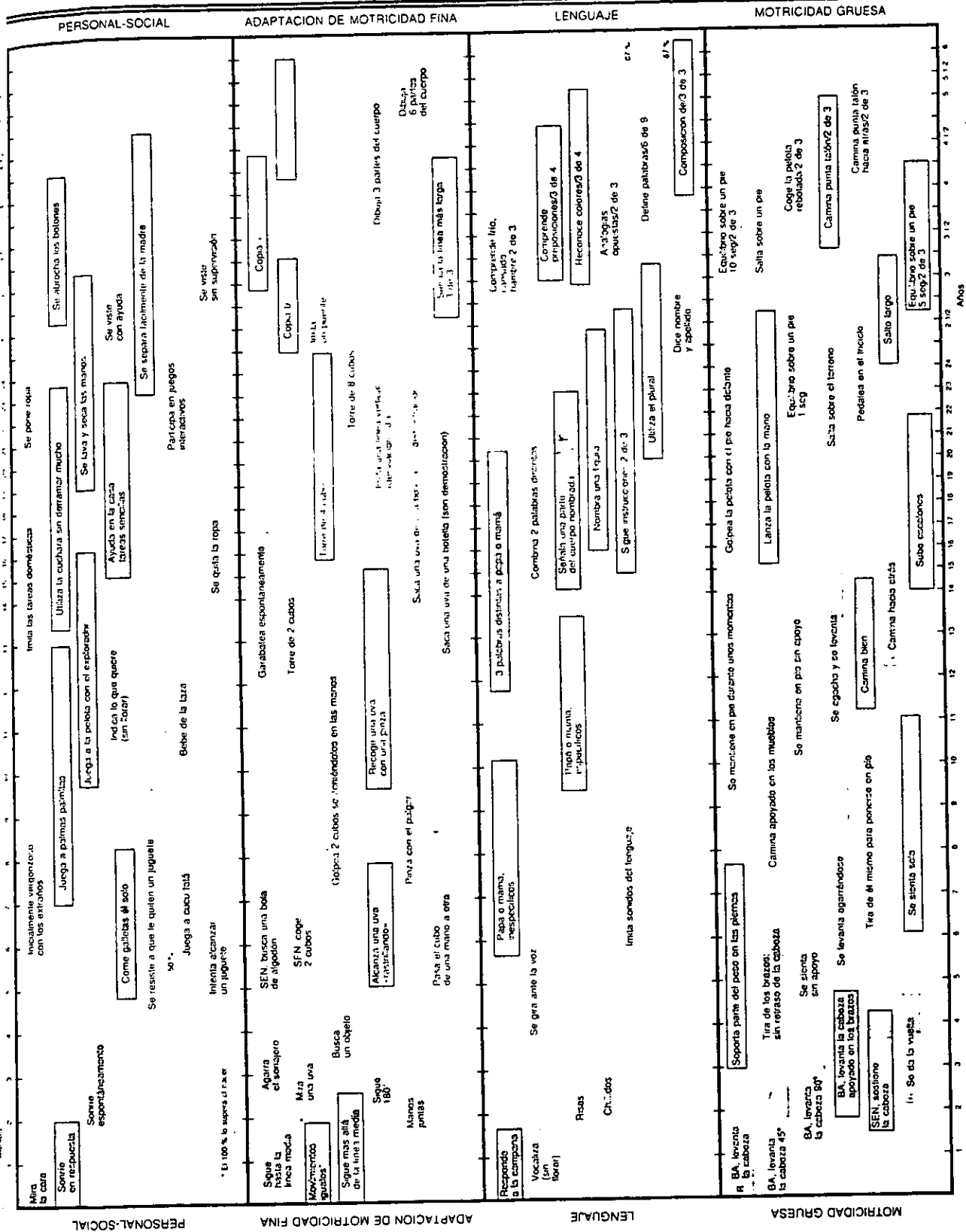
Fig. 1-56. Cuestionario revisado de preselección para estudio del desarrollo. (Se reproduce la primera página con autorización de Frankenburg, W. K., M.D. Copyright 1975, 1986, W. K. Frankenburg, M.D.)

DENVER DEVELOPMENTAL SCREENING TEST

PA: POCO ABAJO
SEN: SENTADO

Porcentaje de niños que lo superan
Item del test
Ver el libro de normas

Fecha
Nombre
Fecha de nacimiento
Hospital



Unidad 1

Fig. 1-57. A) Denver Developmental Screening Test. (De Frankenburg, W. K., y Dobbs, J. B., University of Colorado Medical Center, 1969.)

© 1985 Frankenburg, W. K. M.D., y Dobbs, J. B. Ph.D., University of Colorado Medical Center

© 1978 W. K. Frankenburg, M.D.

PERSONAL SOCIAL

ADAPTACIÓN DE MOTRICIDAD FINA

LENGUAJE

MOTRICIDAD GRUESA

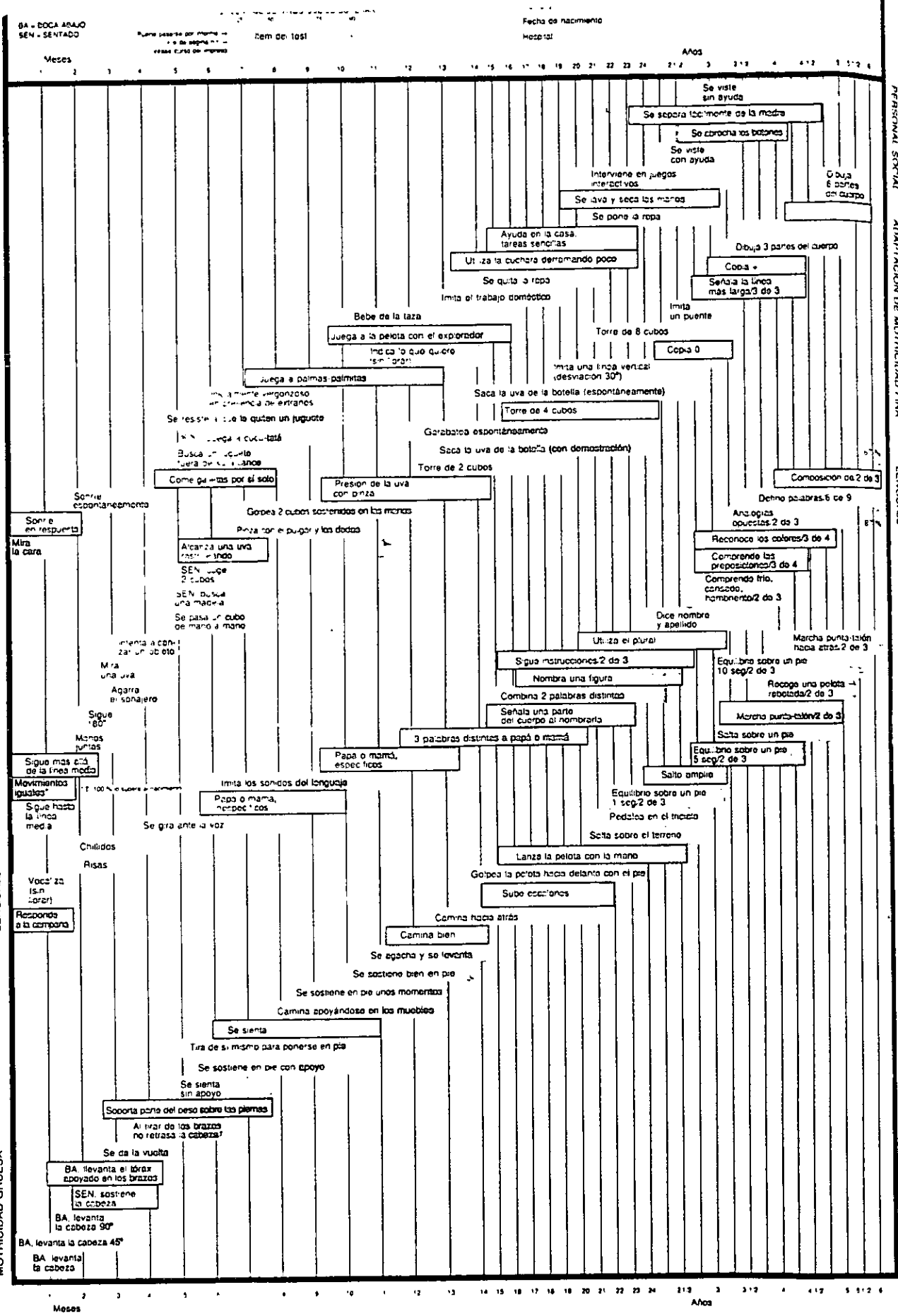
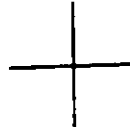
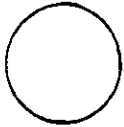


Fig. 1-57. (Continuación) B) DDST revisado (DDST-R). Parecida a una curva de crecimiento, esta prueba coloca los ítems al mínimo valor de edad comenzando abajo a la izquierda y progresa hacia arriba y a la derecha según aumenta la edad. (De Frankenburg, W. K., Sciarillo, W., y Burgess, D.: The newly abbreviated and revised Denver Developmental Screening Test. J. Pediatr. 99(6):995-999, 1981.)

INSTRUCCIONES

FECHA:
NOMBRE:
FECHA DE NACIMIENTO:
HOSPITAL:

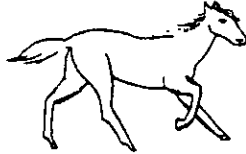
1. Intente hacer sonreír al niño, sonriéndolo, hablándole o inclinándose hacia él. No lo toque.
2. Cuando el niño esté jugando con un juguete, quítaselo. Pasa la prueba si se resiste.
3. El niño no ha de ser capaz de atarse los zapatos ni abrocharse botones en la espalda.
4. Mueva la madeja lentamente en arco de un lado a otro, unos 15 cm por encima de la cara del niño. Pasa la prueba si los ojos siguen el objeto en 90° hasta la línea media. (Pasada la línea media; 180°).
5. Pasa la prueba si el niño sigue el sonajero cuando se lo toca en el dorso o la punta de los dedos.
6. Pasa la prueba si el niño sigue mirando el punto en el que desapareció la madeja o trata de ver dónde se fue. La madeja debe retirarse rápidamente de la vista del niño con la mano del examinador sin movimiento del brazo.
7. Pasa la prueba si el niño sujeta el grano de uva con cualquier parte del pulgar y otro dedo.
8. Pasa la prueba si el niño toma el grano de uva con las puntas del pulgar y el índice llevando la mano desde arriba.



9. Pasa la prueba cualquier forma cerrada. No valen los desplazamientos circulares continuos.
10. Pasa la prueba cualquier cruce de líneas.
11. Pasa la prueba cualquier cruce de líneas.
12. En primer lugar, pida al niño que copie la figura. Si falla, demuéstrelo.

Cuando se apliquen las pruebas 9, 10 y 11 no colore las formas. No haga demostración de las pruebas 9 y 11.

13. Al contar, cada par de miembros (al brazos, 2 piernas, etc.) cuentan como una parte.
14. Señale la figura y pida al niño que la nombre. (No puntue la mera emisión de sonidos.)



15. Pida al niño: dafe el dedo a mamá; ponlo sobre la mesa; ponlo sobre el suelo. Pasa 2 de 3. (No ayude al niño señalando, moviendo la cabeza ni los ojos.)
16. Pregunte al niño: ¿Qué hace cuando tienes frío? ¿hambre? ¿estás cansado? Pasa 2 de 3.
17. Pida al niño: Pon el dedo sobre la mesa; debajo de la mesa; delante de la silla; detrás de la silla. Pasa 3 de 4. (No ayude al niño señalando, moviendo la cabeza ni los ojos.)
18. Pregunte al niño: Si el fuego es caliente, el hielo es ¿?; mamá es una mujer, papá es ¿?; un caballo es grande, un ratón es ¿? Pasa 2 de 3.
19. Pregunte al niño: ¿Qué es una pelota? ¿un lago? ¿un escritorio? ¿una casa? ¿un plátano? ¿una cortina? ¿un techo? ¿una valla? ¿una acera? Pasa la prueba si define en cuanto a su empleo, forma, de qué está hecho o su categoría general (como plátano «es una fruta», no «es amarillo»). Pasa 6 de 9.
20. Pregunte al niño: ¿De qué está hecha una cuchara? ¿un zapato? ¿una puerta? (No pueden sustituirse los objetos). Pasa 3 de 3.
21. Colocado boca abajo, el niño separa el tórax de la cadera con apoyo de antebrazos o manos.
22. Con el niño tendido de espaldas, cójale las manos y tire de él para sentarlo. Pasa la prueba si la cabeza no cuelga hacia atrás.
23. El niño puede apoyarse sólo en la pared o el pasamanos, no en las personas. No puede arrastrarse.
24. El niño debe lanzar la pelota a 1 m y al alcance de los brazos del explorador.
25. El niño debe saltar más que la amplitud del impulso (22 cm).
26. Pida al niño que camine hacia delante con el talón a menos de 2,5 cm de la punta. El explorador puede hacer una demostración. El niño debe dar 4 pasos consecutivos, 2 de 3 ensayos.
27. Haga botar la pelota hacia el niño, que debe estar a 1 m del explorador. El niño debe atrapar la pelota con las manos, no con los brazos, 2 de 3 ensayos.
28. Pida al niño que camine hacia atrás con la punta a menos de 2,5 cm del talón. El explorador puede hacer una demostración. El niño debe dar 4 pasos consecutivos, 2 de 3 ensayos.

FECHA Y OBSERVACIONES DE CONDUCTA (como se comportaba el niño en el momento de la prueba, relación con el explorador, capacidad de atención, conducta verbal, autoconfianza, etc.):

Fig. 1-57. (Continuación.) Instrucciones para las pruebas numeradas del impreso. (De Frankenburg, W. K., y Dobbs, J. B., University of Colorado Medical Center, 1969.)

Denver II*

El Denver II es una importante revisión y reevaluación del DDST. Se diferencia de él en los ítems incluidos en la prueba, el impreso y su interpretación.

Diferencias en los ítems

Los anteriores 105 ítems han aumentado hasta 125, incluyendo un incremento de 21 a 39 puntos de lenguaje.

Se han modificado o eliminado los ítems anteriores difíciles de realizar o interpretar. Muchos de los ítems que previamente se evaluaban mediante preguntas a los padres requieren ahora la observación del explorador.

Se evaluó cada ítem para determinar si existen diferencias significativas en razón del sexo, el grupo étnico, la educación materna

y el lugar de residencia. Los ítems en los que existieron diferencias clínicamente significativas se eliminaron o, si se mantuvieron, se estudian en el manual de instrucciones. Si se evalúa como retraso uno de estos ítems, pueden consultarse los patrones de las subpoblaciones para determinar si el retraso puede deberse a diferencias socioculturales.

Diferencias en el impreso

La escala de edad es similar a la pauta de periodicidad propuesta por la American Academy of Pediatrics para las visitas de puericultura a fin de facilitar la aplicación del Denver II en estos momentos.

En los niños nacidos prematuramente, la edad se ajusta sólo hasta los 2 años de edad.

Los puntos se disponen en el impreso de la misma manera que en el DDST-R.

Los patrones de las barras de distribución se actualizaron según los nuevos datos de distribución estandarizada aunque mantienen las divisiones de percentiles 25, 50, 75 y 90.

El impreso incluye un lugar para calificar las características conductuales del niño (cumplimiento, interés por el ambiente, temor y grado de atención).

Diferencias de interpretación

Para determinar las áreas de avance y de «retraso», debe realizarse una cantidad suficiente de pruebas para establecer el valor mínimo y máximo de cada sector. Tras puntuar «supera» o «falla» y relacionar tales puntuaciones con la edad del niño, cada prueba puede interpretarse como sigue:

1. **Avanzado:** superar una prueba situada completamente a la *derecha* de la línea de edad (superada por menos del 25 % de los niños a una edad superior a la del niño estudiado).
2. **Normal:** superar, fallar o rehusar una prueba que corta la línea de edad entre los percentiles 25 y 75.
3. **Precaución:** pruebas fallidas o rehusadas que cortan la línea de edad entre los percentiles 75 y 90.
4. **Retraso:** prueba fallida situada completamente a la *izquierda* de la línea de edad; las rehusadas a la izquierda de la línea de edad también pueden considerarse retrasos porque la razón del rechazo puede ser la incapacidad para realizar la prueba.

Para detectar únicamente los retrasos del desarrollo se administran sólo las pruebas situadas totalmente a la *izquierda* de la línea de edad del niño.

Los métodos de puntuación y los criterios de remisión se hallan en investigación.

El Denver II sólo se recomienda para la interpretación del estado actual de desarrollo del niño por dos razones. En primer

lugar, a medida que el niño se hace mayor pueden medirse funciones más complejas. Por lo tanto, es posible que un niño esté normalmente desarrollado a una edad, pero que no puedan reconocerse anomalías de funciones más complejas hasta una edad superior. La segunda razón para no intentar predecir el futuro es que el estado de desarrollo del niño puede variar en el tiempo como consecuencia de alteraciones de su estado biológico o ambiental. Por estas razones, se recomienda volver a efectuar el Denver II al mismo niño con intervalos periódicos, al igual que se vuelve a controlar periódicamente su crecimiento.

Desde mediados de 1990 es posible obtener el Denver II solicitándolo a Denver Developmental Materials*. Para quienes estén actualmente administrando el DDST o DDST-R, la utilización del Denver II requiere sólo tres nuevos materiales de estudio (muñeca, biberón y taza), el nuevo manual y los nuevos impresos. Los autores sugieren adaptarse al impreso Denver II tras agotar el suministro actual de impresos DDST/DDST-R, ya que el DDST sigue siendo una detección sistemática válida.

* De Frankenburg, W. K.: Comunicación personal, noviembre de 1989.



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO
ESCUELA NACIONAL DE ENFERMERÍA Y OBSTETRICIA

EDUCACIÓN CONTINUA

UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO
AVENIDA DE LA UNAM
MÉXICO D.F.
SEMINARIO DE PROCESO DE ATENCIÓN DE ENFERMERÍA

Seguimiento

Nombre del alumno: _____ Fecha _____

No. de seguimiento _____ Nombre del paciente _____

Edad _____

Síntesis de la valoración focalizada: describa la (s) necesidad más afectada (s):

Redacción de los diagnósticos de enfermería:

1.

2.

3.