



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO
ESCUELA NACIONAL DE ENFERMERÍA Y OBSTETRICIA

PROCESO ATENCIÓN DE ENFERMERÍA APLICADO A
PACIENTE LACTANTE MENOR CON DIAGNÓSTICO DE
ASMA BRONQUIAL MEDIANTE EL MODELO DE
VIRGINIA HENDERSON

Que para obtener el título de

LICENCIADA EN ENFERMERÍA Y OBSTETRICIA

Presenta: Martha Romero Martínez

No de cuenta: 082453257

Directora del trabajo: Lic. Ma. Magdalena Mata Cortés



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.

INDICE	Pág.
Introducción	1
Justificación	2
Objetivos General	3
I. Marco teórico	
1.1 Antecedentes del proceso atención de enfermería	4
1.1.1 teoría del cuidado humano de Jean Watson	6
1.2 Concepto de enfermería	11
1.3 Etapas del proceso atención de enfermería	12
1.3.1 Etapa de valoración	12
1.3.2 Fase de diagnóstico	17
1.3.3 Planificación de los cuidados de enfermería	19
1.3.4 Etapa de ejecución	22
1.3.5 Etapa de evaluación	23
1.4 Generalidades del modelo de Virginia Henderson	24
II.- Metodología	53
III.- Aplicación del proceso atención de enfermería	54
3.1 Presentación de I caso clínico	54
3.2 Valoración de enfermería	55
3.3 Análisis de la valoración	61
3.3 Diagnósticos de enfermería	63

3.4 Planeación	64
3.5 Plan de cuidados	65
IV.-Conclusiones	79
V.- Sugerencias	80
VI.-Anexos	81
6.1 Valoración de enfermería	81
6.2 Generalidades de la patología	88
VII.- Glosario	94
VII.- Bibliografía	97

SHOOTER

Antes de nacer ya recibía su cariño
Gracias al recuerdo de mis padres he terminado mis estudios,
Ruego a Dios que siempre cuente con ellos.
Agradezco a Sarita, Pedro y Edgar por creer en mí,
Donde podría encontrar alguien como ustedes?
Ellos no son los únicos que me han apoyado en mi
Carrera, también he contado con grandes amigos que
Incondicionalmente han estado a mi lado
Muchas gracias por su apoyo y tolerancia.
Inmensamente aburridos serian mis días sin ustedes
En especial sin Sarita, Pedro, Edgar, Jorge, Natalie y Mariana
Nunca los olvidare, hay alguien mas a quien agradecer.....
Tan entrañable compañero en las buenas y en las malas
Oro molido, resplandeciente que ilumina mis días oscuros
Siempre tendrás un lugar en mi corazón.....**DIOS**

Das Micaela, Elguita Pacheco y Lolita

Pienso, pienso, pienso y pienso qué habría sido de mí sin sus palabras de aliento. Qué habría sido de mí en los momentos de desesperación sin su dulce compañía; qué habría sido de mí sin su fuerza.

Saben bien, queridas amigas, pienso que no es suficiente lo que yo puedo hacer por ustedes; y que no habrá suficiente vida, para poder agradecerles, para poder corresponder con cariño todo lo que me apoyaron para el logro de mí objetivo.

¡Las quiero! ¡jamás las perderé. ¡Jamás me perderán! habremos de estar juntas para siempre. Es una promesa y así será.

INTRODUCCIÓN

La enfermería ha sido una actividad que, a pesar de los cambios experimentados en su historia, ha concedido siempre una gran relevancia a las exigencias éticas vinculadas a su quehacer. El trabajo de las enfermeras se ha centrado siempre en el cuidado de los otros¹. Esta acción de cuidado ha variado a lo largo del tiempo y, por este motivo, la profesión enfermera se ha concebido de distintas maneras en cada momento histórico².

En las décadas de los 60 y 70 la imagen de la enfermera experimenta un gran cambio. La figura de la enfermera como "abogada o defensora del paciente" entiende de manera diferente la tarea de cuidar: proteger y defender los derechos del paciente; preparar al paciente física y psíquicamente para que se defienda de las agresiones potenciales de médicos y estructuras sanitarias³. El fundamento ético de la obligación de cuidar es el principio de autonomía; autonomía que reivindica para ella como profesión independiente, y autonomía para el paciente que es amenazado por un ambiente hospitalario hostil que menoscaba sus derechos⁴. La enfermera se hace baluarte de un paciente intimidado y busca modos de poner en sus manos las decisiones sanitarias que le afectan⁵. Organización interna, coordinación externa, sistematización de tareas y trabajo en equipo son las grandes conquistas de las que el nuevo modelo profesional no puede prescindir⁶. El objetivo común del equipo sanitario es el bienestar del enfermo y en esta tarea, la enfermera tiene una responsabilidad compartida con los otros colaboradores⁷. La contribución de la enfermera al trabajo cooperativo ha de ser flexible y adaptarse a la situación concreta del paciente, de los miembros del equipo y al contexto donde se realice la atención. La descripción de funciones de enfermería recogida en la Clasificación de las Intervenciones de Enfermería (NIC) ha supuesto un avance importante en la diferenciación de los cuidados enfermeros. Sin embargo, en determinadas situaciones prácticas, conviene no conformarse con la aplicación mecánica de una declaración rígida de funciones sino adaptar a cada situación la distribución de tareas a través del consenso del equipo de salud. Por lo que se realiza el siguiente proceso atención de enfermería en el que se toma como ejemplo el modelo de Virginia Henderson con su valoración de las 14 necesidades básicas aplicado a una paciente lactante menor con diagnóstico médico de asma bronquial.

¹ . FCollière MF. Promover la vida. Madrid: Interamericana. McGraw-Hill 1993.

² Eserverri C. Historia de la Enfermería Española e Hispanoamericana. Ed Universitas S.A. 1995.

³ Schroeter K. Advocacy in perioperative nursing practice AORN Journal 2000; 71: 1207-1228.

⁴ Donahue P. Historia de la Enfermería. Barcelona. Doyma 1985

⁵ Rothman DJ. The origins and consequences of patient autonomy: a 25-year perspective. Health. Care Anal 2001; 9: 255-264.

⁶ Del Llano J, Otún V, Martín JM, Millán J, Gené J. Gestión Sanitaria, innovaciones y desafíos. Barcelona, Masson 1999: 313-332.

⁷ Peacock JW, Nolan PW. Care under threat in the modern world. J Adv Nurs 2000; 32: 1066-1070.

JUSTIFICACIÓN

No todas las personas tienen el mismo riesgo de sufrir un trastorno respiratorio, lamentablemente es la población infantil la que está más expuesta a los alérgenos como es la contaminación ambiental, el polvo, los ácaros y el polen etc. Los cuales no hacen ningún bien a la salud respiratoria.

Las estadísticas de la secretaria de salud, la cual nos indica que en los últimos años del 2003 al 2006 el padecimiento ocupa el 10° lugar de enfermedades a nivel nacional con 202,442 casos aproximadamente.

El Proceso de Enfermería es una herramienta indispensable y fundamental que permite planificar nuestras intervenciones. Asegura la calidad y calidez del cuidado que se le proporciona al paciente a través de una atención de enfermería individualizada acorde a las necesidades reales y potenciales disminuyendo o eliminando complicaciones durante el proceso patológico con la finalidad de reintegrar al paciente a su hogar en condiciones de vida óptimas.

El modelo de Virginia Henderson es el que más se adapta a nuestro contexto cultural y social, en el papel propio de la enfermera, entendido como una manera profesional de comprender las necesidades del ser humano y de poder ayudarle a solucionarlas y a llevar su vida tan normal como sea posible, incluso durante la enfermedad.

OBJETIVO GENERAL

Aplicar el Proceso Atención de Enfermería a un paciente con Asma Bronquial con base en el modelo de Virginia Henderson basado en las 14 necesidades básicas, Integrando conocimientos teórico – prácticos, para proporcionar atención de enfermería de calidad y calidez en forma integral al paciente.

OBJETIVOS ESPECIFICOS

- Aplicar el modelo de Virginia Henderson para la planeación de los cuidados de enfermería a una paciente asmática y así contribuir a la disminución del tiempo de estancia hospitalaria
- Desarrollar los conocimientos adquiridos durante la carrera y aterrizarlos para aplicar los cuidados necesarios a una paciente con asma bronquial con el fin de preservar su salud.
- Proporcionar un sistema dentro del cual se puedan cubrir las necesidades individuales del paciente, de la familia y de la comunidad
- Elaborar el plan de cuidados con base en la valoración de las necesidades y acorde con los diagnósticos de enfermería de la NANDA.

I.- MARCO TEORICO

1.1 Antecedentes del Proceso Atención de Enfermería

Proceso de Atención de Enfermería (PAE) consiste en la aplicación del método científico en la detección de problemas de salud del individuo y/o comunidad y establecimiento de los cuidados de enfermería.

“Es un método sistemático y organizado para brindar cuidados eficaces y eficientes, orientado al logro de objetivos”⁸

Objetivo.

Incorporación de la metodología científica como elemento indispensable para el desarrollo de la enfermería, y posterior asentamiento, como ciencia en el bloque de las ciencias de la salud.

Evolución:

- a) Modelo conceptual.- F. NIGHTINGALE - sentó las bases de la investigación en enfermería, estas sin embargo nunca fueron transmitidas como parte de la tradición educativa
- b) Primeras décadas Si. XX, diversas enfermeras fueron incorporando dentro de la profesión métodos de investigación utilizados por otros profesionales en otros campos de la ciencia y educación
- c) Mitad Si. XX, se establecen grandes retos para la profesión:
 1. Que las escuelas de enfermería sean universitarias
 2. Que el termino enfermera profesional se utilice para denominar a los diplomados universitarios en enfermería
 3. La consecución de una remuneración adecuada para los servicios profesionales de enfermería.

Esto implica que la enfermera debe ser responsable de los cuidados de enfermería y de la calidad de los servicios.

Los hospitales empiezan a considerar al estudiante de enfermería, como lo que es y no personal del centro

Empiezan a facilitar el desarrollo de investigación en enfermería

El inicio de la investigación en el campo de enfermería, comienza lentamente, pero desde ese momento se ha avanzado de forma notable. Tuvieron que producirse cambios en la preparación de educativa y en las aptitudes de las enfermeras para que pudieran aceptar la responsabilidad de realizar investigaciones...

⁸ Alfaro –LeFeyre Rosalinda “aplicación del proceso de enfermería” 3° edición, edit. Mosby México, 1992 pag.3

Comienza el desarrollo teórico y la separación formal de la enfermería de la medicina sobre todo en lo que en la focalización de la enfermedad se refiere.

- d) 1953, publicación del primer modelo de enfermería (Hildegart de Peaplau). La enfermería como profesión comienza a formalizar y sistematizar los parámetros de un cuerpo propio de conocimientos.
- e) Años 60, Dorothy Jonson y Ernestina Wiedenbach, idearon métodos para estudiar e identificar las etapas del PAE (cada una uno distinto)
- f) Finales de los 60, se hacen grandes esfuerzos por definir y desarrollar el PAE con una terminología específica dándole un enfoque científico.
- g) En los 70, algunas enfermeras con titulación de Doctorado, desarrollan líneas de investigación aportando importantes estrategias en docencia, administración y asistencia.

Cuestionamiento por parte de la propia enfermería, de la enfermería como una disciplina científica, lo que favorece la discusión, que tuvo como consecuencia un mayor desarrollo teórico y académico.

- h) En los 80 en adelante, se produjo la aceptación de la enfermería como disciplina en la comunidad científica, con la correspondiente aceptación de conceptos, ámbito de dominio y las fronteras del paradigma de enfermería, ante lo cual se puede prever un futuro de completa aceptación como ciencia con un cuerpo de conocimiento definido y fundamentado en la práctica.
- i) En la actualidad diremos que el PAE se ha modelado siguiendo el método científico, y obteniéndose con ello una aproximación sistemática a las alteraciones y/o riesgos de salud de los individuos, grupos o comunidades.

1.1.1 teoría del cuidado humano de Jean Watson

El cuidar es el núcleo de la profesión enfermera; no obstante, analizando el contexto social y sanitario actual, debemos llevar a cabo un esfuerzo consciente para preservarlo dentro de nuestra práctica asistencial, gestora, de formación y/o de investigación. La teoría del Cuidado Humano de J. Watson es una de las claves para lograr este empeño. La Dra. Watson nació en Virginia y vive en Boulder, Colorado, desde 1962. En la Universidad de Colorado, cursó los estudios de Enfermería y Psicología, un Máster de Enfermería en Salud Mental y el doctorado en Psicología y Asesoramiento Educativo.

La filosofía y la ciencia del cuidado

Watson, como otras teorizadoras, fundamenta su trabajo en las ciencias humanísticas, situado en la corriente de pensamiento de la Transformación, que considera que un fenómeno es único, en interacción recíproca y simultánea con el mundo que lo envuelve y que, por eso mismo, lo puede transformar⁹.

Recapitulando sus postulados, entienden el *caring* como la base de la existencia humana, la preocupación por los otros, la ayuda a la persona a realizarse y a actualizarse, una manera de ser y de estar en relación con otros humana, una manera de estar en el mundo, un elemento esencial para toda adaptación, una relación de co-presencia y de reciprocidad¹⁰.

En las últimas décadas, algunas enfermeras como Watson, a partir de su experiencia, han aportando a la definición de cuidado nuevas dimensiones. Esta nueva dimensión del cuidado se denomina *caring*. Watson, junto a Benner, Wrubel y Parse, se basa en una perspectiva fenomenológica según la cual el cuidado es un fenómeno impregnado de subjetividad que conduce a preocuparse por las experiencias de la otra persona².

También parte del humanismo existencial que tiene en cuenta la globalidad de la experiencia de la persona en un momento específico de su existencia y de la espiritualidad.

Considera la persona poseedora de un cuerpo, una mente y un espíritu, situando el cuerpo en el espacio y la mente y el espíritu en el aquí y el ahora¹¹.

Watson entiende que el dominio de la Enfermería es la aplicación del cuidado en el mantenimiento o recuperación de la salud, así como al apoyo en el proceso del fin de la vida y en el momento de la muerte. Su teoría guía hacia un compromiso profesional orientado por normas éticas. Este compromiso ha de ser un factor motivador esencial en el proceso de cuidado.

⁹. Kérouac S, Pepin J, Ducharme F, Major F. La pensée infirmière. 2a ed. Laval (Québec): Beauchemin; 2003

¹⁰ Mustard LW. Caring and competency. JONA's Healthc Law Ethics Regul 2002;36-43.

¹¹ Fawcett J, George J, Walker L, Watson J. Nursing: Human science and human care, a theory of nursing. Nursing Science Quarterly 1985; 149-154

Según ella, la calidad de las intervenciones de la enfermera se basa en la participación de la enfermera-persona y del paciente-persona y en el conocimiento amplio del comportamiento humano, sus respuestas, sus necesidades, sus fuerzas y límites. Un saber reconfortar, tener compasión y empatía². También contempla el desarrollo personal y profesional, el crecimiento espiritual, la propia historia de vida de la enfermera, sus experiencias anteriores, las oportunidades de estudio, sus propios valores y creencias y su relación con ella misma y con los demás.

Las intervenciones relacionadas con el cuidado humano, constituyen lo que Watson denomina "Factores del Cuidado" ("*Caring Factors*") que proporcionan a la enfermera un marco de referencia para su práctica.

El origen y la evolución de estos factores se muestran en la Tabla 1.

La relación transpersonal es otro aspecto destacable de la teoría de Watson. Es la que se establece entre la enfermera ejecutora del proceso y la persona, y se desarrolla en un clima de responsabilidad moral y actitud *caring*. Con un acompañamiento cálido sin emisión de juicios se puede ayudar a la persona a que exprese sus sentimientos, potenciando así su dignidad y entendiendo el significado de la experiencia. La consecuencia de la interacción transpersonal es la mejoría en la labor de la enfermera en relación con los pacientes, ya que así detecta las condiciones auténticas en que se desenvuelven las otras personas.

Otro concepto dinamizador en la teoría de Watson es el momento *Caring*. Este momento, en el que no hay ni tiempo ni espacio, es donde se desarrolla el contacto con la otra persona. Es el momento donde se produce la conexión corporal y espiritual; es un momento especial, único, de contacto humano a nivel profundo, donde deben utilizarse acciones, palabras, lenguaje corporal y no verbal, sentimientos, intuición, pensamientos, tacto y energía, para conectar de manera adecuada con las personas¹².

¹² Watson J. Theory of Human caring. URL disponible en: <http://www2.uchsc.edu/son/caring/content/wct.asp>

Tabla 1. Factores del cuidado: origen y evolución (10)	
Factores originales de cuidados (1979)	Proceso de caritas clínico (2000)
1. Formación de un sistema de valores humanístico y altruista.	1. Práctica afectuosa, amable y ecuánime dentro del contexto del cuidado consciente.
2. Instilación de fe y esperanza.	2. Presencia auténtica que permita y contemple el sistema profundo de creencias y el mundo subjetivo del cuidador y de la persona cuidada.
3. Cultivo de la sensibilidad hacia uno mismo y los demás.	3. Cultivo de las prácticas espirituales y transpersonales yendo más allá de uno mismo.
4. Desarrollo de la relación de cuidados humanos, de ayuda y confianza.	4. Desarrollo y mantenimiento de una relación de ayuda y confianza, estableciendo una relación auténtica de cuidado.
5. Promoción y aceptación de la expresión de sentimientos positivos y negativos.	5. Promoción y aceptación de la expresión de sentimientos positivos y negativos.
6. Uso de procesos creativos para la solución de problemas.	6. Uso sistemático de un proceso creativo de <i>caring</i> que fomente la sanación humanitaria.
7. Promoción de la enseñanza y el aprendizaje transpersonal.	7. Adquirir experiencia en el proceso enseñanza-aprendizaje en la relación con las personas.
8. Disposición para crear un entorno mental, físico, social y espiritual corrector y/o de apoyo.	8. Proveer de un entorno de soporte y protección a nivel mental, físico, social y espiritual, potenciando el confort, la dignidad y la paz.
9. Ayuda a la satisfacción de las necesidades humanas.	9. Administrar cuidados fundamentales contemplando el cuerpo, la mente y el espíritu.
10. Aceptación de las fuerzas existenciales, fenomenológicas y espirituales.	10. Permitir verbalizar la dimensión existencialista de la propia vida y muerte, ofreciendo cuidados espirituales (alma).

Aportaciones de la teoría de Watson

Actualmente nos encontramos en un espacio de convivencia cada vez más diverso y plural. En el ámbito sanitario las redes adquieren complejidades a medida que van absorbiendo poblaciones de orígenes distintos con necesidades desiguales y donde el cuidado de la persona y la atención a sus necesidades pasan a ser acciones con un sentido complejo y fundamental, ligado a múltiples factores simbólicos individuales entrelazados, entre otros, con los culturales y los éticos. Surge la necesidad de acercarse al ser humano y repensar las relaciones y los cuidados.

El reto de la diferencia está transformando los modelos asistenciales. Las instituciones se ven obligadas a adaptarse a los nuevos tiempos¹³. Es preciso que los profesionales se comprometan a adoptar nuevos modelos/teorías que guíen una práctica participativa adaptada a las demandas de una sociedad cada vez más plural y dinámica.

En la actualidad y en nuestro contexto, la teoría de Watson nos guía hacia una toma de conciencia de la esencia de nuestra profesión, el cuidado, y reformula su implementación en las diferentes áreas de actuación: asistencia, gestión, formación e investigación.

¹³ Torralba F. I si la mare de Gandhi tingués raó? Barcelona: Portic Visions; 2002.

En el área de la asistencia

La implementación de la teoría del cuidado no es posible en la práctica sin el soporte gestor ni institucional, ya que requiere un tejido de soporte sólido para proporcionar unos cuidados de calidad coherentes con su filosofía.

Como paso hacia el futuro la teoría que nos ocupa incorpora las intervenciones terapéuticas no tradicionales incluidas en los procesos de cuidados. Son en estos 10 procesos de *caritas clinique*, donde se reconoce el arte de la Enfermería y donde los procesos de reflexión se convierten en procesos creativos (Tabla 1).

La apertura al mundo conlleva reorientar y ampliar las líneas de trabajo con la interdisciplinariedad y lo que ello significa: participación, respeto, unicidad y reciprocidad en los equipos de trabajo. El interés enfermero de esta apertura va más allá; se extiende, entre otras, a lo intercultural, a la pobreza, a las diferencias, al significado de la vivencia, a las percepciones, etc.

El objetivo de Enfermería según el enfoque de cuidados de Watson es mejorar la atención a las personas, su dignidad e integridad. En esencia, las enfermeras tienen un compromiso social de ayudar y enseñar a los individuos a alcanzar un alto nivel de bienestar y sanación y descubrir nuevos significados a través de la propia experiencia¹⁴.

Las relaciones interpersonales entre los cuidadores y los pacientes mejoran y adquieren un significado relevante y una profunda conexión¹⁵. El ratio enfermera - paciente aumenta al reconocerse el momento del *Caring*, ya que comporta actitudes esenciales como el respeto a uno mismo y a los otros, la sensibilidad y la preocupación hacia el otro, la autenticidad, la presencia y la disponibilidad, la calma, la paciencia, el respeto a los ritmos, la honestidad y la confianza y el reconocer la capacidad de autorrealización y los recursos del otro.

En el área de la gestión

A través del compromiso de la gestión enfermera se genera un clima que favorece los cuidados enfermeros y la salud en el trabajo, promoviendo la calidad de los cuidados. Así lo avalan Cara y Duquette¹⁶, señalando que la teoría del cuidado de Watson promueve un clima favorecedor para el

¹⁴ Cara C. The apprenticeship of caring. International journal for human caring 2001; 33-41

¹⁵ Cara C. A pragmatic view of Jean Watson's caring theory. URL disponible en: www.humancaring.org

¹⁶ Duquette A. Cara C. Le caring et la santé de l'infirmière. L'infirmière canadienne 2000;10-11.

crecimiento personal de cuidadores y cuidados. Ello genera una autorrealización personal y profesional y proporciona valores para un mayor compromiso con la profesión.

En el área de la formación

Los resultados del estudio de Cara muestran que la experiencia práctica y del entorno del trabajo son los mayores componentes que contribuyen al aprendizaje del cuidado. Los informantes del estudio consideraban que aprendían de sus pacientes, de las familias, de los colegas, de los gestores y de la filosofía y políticas institucionales.

La mayoría de autores señalan que los estudiantes reconocen en sus profesores la importancia de las actitudes del cuidado para su aprendizaje. Poco se conoce sobre el actual proceso de aprendizaje del cuidado⁶. Hay autores que señalan la experiencia como punto clave para un cuidado efectivo y que están en desacuerdo en un aprendizaje teórico.

Asimismo, el aprendizaje del cuidado se realiza también desde dos vertientes. La primera, la que aporta el estudiante desde sus propias referencias socioculturales, su experiencia, que le han ido configurando unos valores, unas creencias y un conocimiento personal.

El educador debe ser sensible a esa unicidad a las ideas que aporta el alumno sobre el cuidado, además de utilizarlas como un marco organizado desde el cual se ayude al estudio de los diversos conceptos de la Enfermería. Así, se potencia la creatividad del estudiante. La segunda vertiente viene dada por el aprendizaje curricular y comprende una ciencia y un arte. La primera, representa la epistemología de la Enfermería, mientras que el arte empieza cuando las estudiantes/enfermeras acompañan a los pacientes buscando significado frente a una situación. Una enfermera con muchos conocimientos que no es compasiva, no es ni mejor ni peor que otra que sea compasiva pero sin conocimientos.

En el área de la investigación

Para mejorar el cuerpo de conocimientos relativo a los cuidados se requiere continuos estudios enfermeros del tipo cualitativo y cuantitativo proyectados hacia los distintos campos de aplicación del cuidado.

La perspectiva del cuidado de Watson es una mirada desde un ángulo distinto que aporta nuevos interrogantes para la investigación, en concreto, desde el punto de vista existencial y fenomenológico

1.2 Concepto de Enfermería

A. Henderson define la enfermería en términos funcionales. La función propia de la enfermería es asistir al individuo, sano o enfermo, en la realización de aquellas actividades que contribuyen a la salud o a su recuperación o a la muerte pacífica, que éste realizaría sin ayuda si tuviera la fuerza, la voluntad o el conocimiento necesario. Y hacerlo de tal manera que lo ayude a ganar independencia a la mayor brevedad posible.

B. Enfermería es proporcionar a las personas y/o grupos asistencia directa en su autocuidado, según sus requerimientos, debido a las incapacidades que vienen dadas por sus situaciones personales. Los cuidados de Enfermería se definen como ayudar al individuo a llevar a cabo y mantener, por sí mismo, acciones de autocuidado para conservar la Salud y la vida, recuperarse de la enfermedad y afrontar las consecuencias de esta

C. Camaño y Piqué definen Enfermería como: "Profesión dedicada al estudio del cuidado de la sociedad y de las personas en términos de salud y enfermedad."¹⁷

D. la Asociación de Enfermería Comunitaria la define así: "Disciplina profesional que tiene como ámbito de responsabilidad atender mediante cuidados integrales de salud a la persona, familia o comunidad".

¹⁷ Camaño. R. Piqué, J. (1999) Concepto de Enfermería. Un análisis semántico Rev ROL Enf; 22 (7-8):539-543.

1.3 Etapas del Proceso Atención de Enfermería

1.3.1 Etapa de valoración:

Es la primera fase proceso de enfermería, pudiéndose definir como el proceso organizado y sistemático de recogida y recopilación de datos sobre el estado de salud del paciente a través de diversas fuentes: éstas incluyen al paciente como fuente primaria, al expediente clínico, a la familia o a cualquier otra persona que dé atención al paciente. Las fuentes secundarias pueden ser revistas profesionales, los textos de referencia.

Las enfermeras y enfermeros deben poseer unos requisitos previos para realizar una adecuada valoración del cliente, estos requisitos previos son:

Las convicciones del profesional: conforman la actitud y las motivaciones del profesional, lo que piensa, siente y cree sobre la enfermería, el hombre, la salud, la enfermedad, etc. Estas convicciones se consideran constantes durante el proceso.

Los conocimientos profesionales: deben tener una base de conocimientos sólida, que permita hacer una valoración del estado de salud integral del individuo, la familia y la comunidad. Los conocimientos deben abarcar también la resolución de problemas, análisis y toma de decisiones.

Habilidades: en la valoración se adquieren con la utilización de métodos y procedimientos que hacen posible la toma de datos.

Comunicarse de forma eficaz. Implica el conocer la teoría de la comunicación y del aprendizaje.

Observar sistemáticamente. Implica la utilización de formularios o guías que identifican los tipos específicos de datos que necesitan recogerse.

Diferenciar entre signos e inferencias y confirmar las impresiones. Un signo es un hecho que uno percibe a través de uso de los sentidos y una inferencia es el juicio o interpretación de esos signos. Las enfermeras a menudo hacen inferencias extraídas con pocos o ningún signo que las apoyen, pudiendo dar como resultado cuidados de Enfermería inadecuados.

Es primordial seguir un orden en la valoración

- a. Criterios de valoración siguiendo un orden de "cabeza a pies": sigue el orden de valoración de los diferentes órganos del cuerpo humano, comenzando por el aspecto general desde la cabeza hasta las extremidades, dejando para el final la espalda, de forma sistemática.
- b. Criterios de valoración por "sistemas y aparatos": se valora el aspecto general y las constantes vitales, y a continuación cada sistema o aparato de forma independiente, comenzando por las zonas más afectadas.
- c. Criterios de valoración por "patrones Funcionales de Salud": la recogida de datos pone de manifiesto los hábitos y costumbres del individuo/familia determinando el funcionamiento positivo, alterado o en situación de riesgo con respecto al estado de Salud.

Esta etapa cuenta con una valoración inicial, donde deberemos de buscar:

1. Datos sobre los problemas de salud detectados en el paciente.
2. Factores Contribuyentes en los problemas de salud.

En las valoraciones posteriores, tenemos que tener en cuenta:

- Confirmar los problemas de salud que hemos detectado.
- Análisis y comparación del progreso o retroceso del paciente.
- - Determinación de la continuidad del plan de cuidados establecido.
- Obtención de nuevos datos que nos informen del estado de salud del paciente.

En la recogida de datos necesitamos:

- Conocimientos científicos (anatomía, fisiología, etc....) y básicos (capacidad de la enfermera de tomar decisiones).
- Habilidades técnicas e interprofesionales (relación con otras personas).
- Convicciones (ideas, creencias, etc....)
- Capacidad creadora.
- Sentido común.
- Flexibilidad.

Tipos de datos a recoger:

Un dato es una información concreta, que se obtiene del paciente, referido a su estado de salud o las respuestas del paciente como consecuencia de su estado.

Nos interesa saber las características personales, capacidades ordinarias en las actividades, naturaleza de los problemas, estado actual de las capacidades .

Los tipos de datos:

- datos subjetivos: No se pueden medir y son propios de paciente . lo que la persona dice que siente o percibe. Solamente el afectado los describe y verifica. (sentimientos).
- datos objetivos: se pueden medir por cualquier escala o instrumento (cifras de la tensión arterial).
- datos históricos - antecedentes: Son aquellos hechos que han ocurrido anteriormente y comprenden hospitalizaciones previas, enfermedades crónicas o patrones y pautas de comportamiento (eliminación, adaptaciones pasadas, etc.). Nos ayudan a referenciar los hechos en el tiempo. (hospitalizaciones previas).
- datos actuales: son datos sobre el problema de salud actual.

Métodos para obtener datos:

A) Entrevista Clínica:

Existen dos tipos de entrevista, ésta puede ser formal o informal.

La entrevista consta de tres partes: Iniciación, cuerpo y cierre

Iniciación: Se comienza por una fase de aproximación y se centra en la creación de un ambiente favorable, en donde se desarrolla una relación interpersonal positiva.

Cuerpo: La finalidad de la conversación en esta parte se centra en la obtención de la información necesaria. Comienza a partir del motivo de la consulta o queja principal del paciente y se amplía a otras áreas como historial médico, información sobre la familia y datos sobre cuestiones culturales o religiosas. Existen formatos estructurados o semiestructurados para la recogida sistematizada y lógica de la información pertinente sobre el paciente.

Cierre: Es la fase final de la entrevista No se deben introducir temas nuevos. Es importante resumir los datos más significativos. También constituye la base para establecer las primeras pautas de planificación.

B) La observación:

En el momento del primer encuentro con el paciente, la enfermera comienza la fase de recolección de datos por la observación, que continua a través de la relación enfermera-paciente.

C) La exploración física:

La actividad final de la recolección de datos es el examen físico. Debe explicarse al paciente en qué consiste el examen y pedir permiso para efectuarlo.

Exploración física. Se centra en: determinar en Profundidad la respuesta de la persona al proceso de la enfermedad, obtener una base de datos para poder establecer comparaciones y valorar la eficacia de las actuaciones, confirmar los datos subjetivos obtenidos durante la entrevista. La enfermera utiliza cuatro técnicas específicas: inspección, palpación, percusión y auscultación.

Inspección: es el examen visual cuidadoso y global del paciente, para determinar estados o respuestas normales o anormales. Se centra en las características físicas o los comportamientos específicos (tamaño, forma, posición, situación anatómica, color, textura, aspecto, movimiento y simetría).

Palpación: Consiste en la utilización del tacto para determinar ciertas características de la estructura corporal por debajo de la piel (tamaño, forma, textura, temperatura, humedad, pulsos, vibraciones, consistencia y movilidad). Esta técnica se utiliza para la palpación de órganos en abdomen. Los movimientos corporales Y la expresión facial son datos que nos ayudarán en la valoración

Percusión: implica el dar golpes con uno o varios dedos sobre la superficie corporal, con el fin de obtener sonidos. Los tipos de sonidos que podemos diferenciar son: Sordos, aparecen cuando se percuten músculos o huesos. Mates: aparecen sobre el hígado y el bazo. Hipersonoros: aparecen cuando percutimos sobre el pulmón normal lleno de aire Y Timpánicos: se encuentra al percutir el estómago lleno de aire o un carrillo de la cara.

Auscultación: consiste en escuchar los sonidos producidos por los órganos del cuerpo. Se utiliza el estetoscopio y determinamos características sonoras de pulmón, corazón e intestino. También se pueden escuchar ciertos ruidos aplicando solo la oreja sobre la zona a explorar.

Una vez descritas las técnicas de exploración física pasemos a ver las diferentes formas de abordar un examen físico: Desde la cabeza a los pies, por sistemas/aparatos corporales y por patrones funcionales de salud:

Validación de datos:

Significa que la información que se ha reunido es verdadera (basada en hechos).

Se consideran datos verdaderos aquellos datos susceptibles de ser evaluados con una escala de medida precisa, peso, talla, etc.

Los datos observados y que no son medibles, en principio, se someten a validación confrontándolos con otros datos o buscando nuevos datos que apoyen o se contrapongan a los primeros.

Organización de los datos:

Es el cuarto paso en la recogida de datos, en esta etapa se trata de agrupar la información, de forma tal que nos ayude en la identificación de problemas, el modo más habitual de organizar los datos es por necesidades humanas (Maslow, 1972), o por patrones funcionales (Gordon, 1987),

Los componentes de la valoración del paciente que han seleccionado como necesarios hoy en día son:

1. Datos de identificación.
2. Datos culturales y socioeconómicos.
3. Historia de salud: Diagnósticos médicos, problemas de salud; resultados de pruebas diagnósticas y los tratamientos prescritos.
4. Valoración física
5. Patrones funcionales de salud.

Documentación y registro de la valoración:

Es el segundo componente de la fase de valoración.

Las normas que Iyer (1989), establece para la correcta anotación de registros en la documentación son:

- Deben estar escritos de forma objetiva, sin prejuicios, juicios de valor u opiniones personales, también hay que anotar (entre comillas), la información subjetiva que aporta el paciente, los familiares y el equipo sanitario.
- Las descripciones e interpretaciones de los datos objetivos se deben apoyar en pruebas y observaciones concretas.
- Se deben evitar las generalizaciones y los términos vagos como, «normal," «regular", etc.
- Los hallazgos deben describirse de manera metódica, forma, tamaño, etc.
- La anotación debe ser clara y concisa.

- Se escribirá de forma legible y con tinta indeleble. Trazar una línea sobre los errores.
- Las anotaciones serán correctas ortográfica y gramaticalmente. Se usarán solo las abreviaturas de uso común.

1.3.2 Etapa de diagnóstico :

Es un enunciado del problema real o en potencia del paciente que requiera de la intervención de enfermería con el objeto de resolverlo o disminuirlo. En ella se va a exponer el proceso mediante el cual estaremos en condiciones de establecer un problema clínico y de formularlo para su posterior tratamiento, bien sea diagnóstico enfermero o problema interdependiente.

Diagnóstico de enfermería real se refiere a una situación que existe en el momento actual. Problema potencial se refiere a una situación que puede ocasionar dificultad en el futuro.

Si las funciones de Enfermería tienen tres dimensiones, dependiente, interdependiente e independiente, según el nivel de decisión que corresponde a la enfermera, surgirán problemas o necesidades en la persona que competirán a un campo u otro de actuación:

Los pasos de esta fase son:

1.- Identificación de problemas:

Análisis de los datos significativos, bien sean datos o la deducción de ellos, es un planteamiento de alternativas como hipótesis

2.- Formulación de problemas. Diagnóstico de enfermería y problemas interdependientes.

Tipos de diagnósticos:

Antes de indicar la forma de enunciar los diagnósticos establezcamos que tipos de diagnósticos hay, pudiendo ser de cuatro tipos, que son: reales, de alto riesgo (designados hasta 1992 como potenciales), de bienestar o posibles.

Real: representa un estado que ha sido clínicamente validado mediante características definitorias principales identificables. Tiene cuatro componentes: enunciado, definición características que lo definen y factores relacionados. El enunciado debe ser descriptivo de la definición del Diagnóstico y las características que lo definen (Gordon 1990). El término "real" no forma parte del enunciado en un Diagnóstico de Enfermería real. Consta de tres partes, formato PES: problema (P) + etiología, factores causales o contribuyentes (E) + signos/síntomas (S). Estos últimos son los que validan el Diagnóstico.

Alto Riesgo: es un juicio clínico de que un individuo, familia o comunidad son más vulnerables a desarrollar el problema que otros en situación igual o similar. Para respaldar un Diagnóstico potencial se emplean los factores de riesgo. 1.a descripción concisa del estado de Salud alterado de la persona va precedido por el término "alto riesgo" . Consta de dos componentes, formato PE: problema (P) + etiología/factores contribuyentes (E).

Posible: son enunciados que describen un problema sospechado para el que se necesitan datos adicionales. La enfermera debe confirmar o excluir. Consta de dos componentes, formato PE: problema (P) + etiología/factores contribuyentes (E).

De bienestar: juicio clínico respecto a una persona, grupo o comunidad en transición desde un nivel específico de bienestar hacia un nivel más elevado. Deben estar presentes dos hechos: deseo de un nivel mayor de bienestar y estado o función actual eficaces. Son enunciados de una parte, conteniendo sólo la denominación. No contienen factores relacionados. Lo inherente a estos Diagnósticos es un usuario o grupo que comprenda que se puede lograr un nivel funcional más elevado si se desea o si se es capaz. La enfermera puede inferir esta capacidad basándose en i los deseos expresos de la persona o del grupo por la Educación para la Salud.

Podemos añadir un quinto tipo:

De síndrome: comprenden un grupo de Diagnósticos de Enfermería reales o potenciales que se suponen que aparecen como consecuencia de un acontecimiento o situación determinados. Los Diagnósticos de Enfermería de Síndrome son enunciados de una parte, con la etiología o factores concurrentes para el Diagnóstico contenidos en la denominación diagnóstica.

A la hora de escribir un Diagnóstico hay que tener en cuenta una serie de directrices:

Unir la primera parte (P) con la segunda (E) utilizando " relacionado con" mejor que "debido a" o "causado por". No quiere significar necesariamente que hay una relación causa-efecto directa.

1.3.3 Planificación de los cuidados de enfermería:

Una vez hemos concluido la valoración e identificado las complicaciones potenciales (problemas interdependientes) y los diagnósticos enfermeros, se procede a la fase de planeación de los cuidados o tratamiento enfermero. En esta fase se trata de establecer y llevar a cabo unos cuidados de enfermería, que conduzcan al cliente a prevenir, reducir o eliminar los problemas detectados. La fase de planeación del proceso de enfermería incluye cuatro etapas, Carpenito (1987) e Iyer (1989).

Etapas en el Plan de Cuidados

1° determinación de prioridades:

Es un paso en la fase de planeación en la que se debe priorizar, qué problemas serán los que se incluyan en el plan de cuidados y por tanto tratados, éstos deben consensuarse con el cliente, de tal forma que la no realización de este requisito puede conducirnos a errores y a pérdidas de tiempo, por el contrario su uso nos facilitará aun más la relación terapéutica.

2° planteamiento de los objetivos:

Una vez que hemos priorizado los problemas que vamos a tratar, debemos definir los objetivos que nos proponemos con respecto a cada problema, teniendo presente que los objetivos sirven para:

Existen dos tipos de objetivos:

- Objetivos de enfermería o criterios de proceso.
- Objetivos del paciente/cliente o criterios de resultado

Objetivos de enfermería: Estos objetivos dirigen las actuaciones enfermeras hacia tres grandes áreas para ayudar al paciente:

Es interesante la consideración de Brunner y Suddarth, en la que nos dice que «la identificación de las actuaciones apropiadas y los objetivos afines dependen de que la enfermera reconozca los puntos fuertes del paciente y sus familiares; de su comprensión de los cambios fisiopatológicos que sufre el enfermo y de su sensibilidad a la respuesta emocional, psicológica e intelectual del sujeto a la enfermedad.»

Objetivos del cliente/paciente:

Al describir los objetivos debemos entender que estamos prefijando los resultados esperados, esto es, los cambios que se esperan en su situación, después de haber recibido los cuidados de enfermería como tratamiento de los problemas detectados y responsabilidad de la enfermera/o. Los objetivos del cliente se anotan en términos de lo que se espera que haga el cliente, esto es, como conductas esperadas.

La *American Nursing Association* (ANA) ha reconocido la *Nursing Outcomes Classification* (NOC) -en español, «clasificación de resultados de enfermería»- del Colegio de Enfermería de la Universidad de Iowa como un sistema de clasificación útil para la práctica de la enfermería clínica

3° actuaciones de enfermería:

Las actuaciones enfermeras son aquellas intervenciones específicas (NIC) que van dirigidas a ayudar al paciente al logro de los resultados esperados (NOC).

Las cuales nos permiten manejar un lenguaje completo y estandarizado

Las intervenciones clasificadas en la NIC están enlazadas con los diagnósticos de enfermería (NANDA), la clasificación de resultados de enfermería (NOC),

Para ello se elaborarán acciones focalizadas hacia las causas de los problemas, es decir, las actividades de ayuda deben ir encaminadas a eliminar los factores que contribuyen al problema (Iyer 1989).

Del modelo bifocal de los diagnósticos de enfermería, podríamos decir que se desprende la responsabilidad del tratamiento tanto, de los diagnósticos enfermeros como de las complicaciones fisiológicas, para ello, el modelo establece dos tipos de prescripciones: enfermera y médica:

- Prescripciones enfermeras: Son aquellas en que la enfermera puede prescribir independiente para que el personal de enfermería ejecute la prescripción. Estas prescripciones tratan y controlan los diagnósticos enfermeros.

- Prescripciones médicas: Son actuaciones prescritas por el médico, representan tratamientos de problemas interdisciplinarios que la enfermera inicia y maneja

La enfermera/o toma decisiones independientes tanto en los diagnósticos de enfermería como en los problemas interdisciplinarios.

Vamos a ver ahora el tipo de actividades de enfermería, Iyer (1989).

Dependientes: Son las actividades relacionadas con la puesta en práctica de las actuaciones médicas. Señalan la manera en que se ha de llevar a cabo una actuación médica

Interdependientes: Son aquellas actividades que la enfermera lleva a cabo junto a otros miembros del equipo de salud. Estas actuaciones pueden implicar la colaboración de asistentes sociales, expertos en nutrición, fisioterapeutas médicos, etc.

Independientes: Son aquellas actividades de la enfermería dirigidas hacia las respuestas humanas que está legalmente autorizada a atender, gracias a su formación y experiencia práctica. Son actividades que no requieren la orden previa de un médico.

4º documentación en el plan de cuidados de enfermería:

La última etapa del plan de cuidados es el registro ordenado de los diagnósticos, resultados esperados Y actuaciones de enfermería ello se obtiene mediante una documentación.

El plan de cuidados de enfermería, según Griffith-Kenney y Christensen (1986), "es un instrumento para documentar y comunicar la situación del paciente/cliente, los resultados que se esperan, las estrategias, indicaciones, intervenciones y la evaluación de todo ello".

Las finalidades de los planes de cuidados están dirigidas a fomentar unos cuidados de calidad, mediante:

- Los cuidados individualizados
- La continuidad de los cuidados
- La comunicación y
- La evaluación, Bower (1982).

Partes que componen los planes de cuidados:

Los planes de cuidados deben tener los siguientes registros documentales:

- ✚ Diagnósticos de enfermería/problemas interdependientes.
- ✚ Objetivos del cliente para el alta a largo plazo (resultados esperados NOC)
- ✚ Ordenes de enfermería (intervenciones NIC)
- ✚ Evaluación (informe de evolución).

Tipos de planes de cuidados:

Tipos de planes de cuidados: individualizados, estandarizados, estandarizados con modificaciones y computarizados.

1.3.4 Etapa de ejecución:

La fase de ejecución es la cuarta etapa del plan de cuidados, es en esta etapa cuando realmente se pone en práctica el plan de cuidados elaborado. La ejecución, implica las siguientes actividades enfermeras:

Continuar con la recogida y valoración de datos.

Anotar los cuidados de enfermería Existen diferentes formas de hacer anotaciones, como son las dirigidas hacia los problemas

Dar los informes verbales de enfermería,

Mantener el plan de cuidados actualizado.

El enfermero tiene toda la responsabilidad en la ejecución del plan, pero incluye al paciente y a la familia, así como a otros miembros del equipo. En esta fase se realizarán todas las intervenciones enfermeras dirigidas a la resolución de problemas (diagnósticos enfermeros y problemas interdependientes) y las necesidades asistenciales de cada persona tratada

1.3.5 Etapa de evaluación:

La evaluación se define como la comparación planificada y sistematizada entre el estado de salud del paciente y los resultados esperados. Evaluar, es emitir un juicio sobre un objeto, acción, trabajo, situación o persona, comparándolo con uno o varios criterios.

El proceso de evaluación consta de dos partes

Recogida de datos sobre el estado de salud/problema/diagnóstico que queremos evaluar.

Comparación con los resultados esperados y un juicio sobre la evolución del paciente hacia la consecución de los resultados esperados.

1.4 Generalidades del modelo de Virginia Henderson:

El modelo conceptual de V. Henderson da una visión clara de los cuidados de enfermería.

Postulados, valores, conceptos.

a) Postulados:

En los postulados que sostienen el modelo, descubrimos el punto de vista del cliente que recibe los cuidados de la enfermera. Para Virginia Henderson, el individuo sano o enfermo es un todo completo, que presenta catorce necesidades fundamentales y el rol de la enfermera consiste en ayudarlo a recuperar su independencia lo más rápidamente posible.

Inspirándose en el pensamiento de esta autora, los principales conceptos son explicativos de la siguiente manera:

*Necesidad fundamental: Necesidad vital, es decir, todo aquello que es esencial al ser humano para mantenerse vivo o asegurar su bienestar. Son para Henderson un requisito que han de satisfacerse para que la persona mantenga su integridad y promueva su crecimiento y desarrollo, nunca como carencias.

* Independencia: Satisfacción de una o de las necesidades del ser humano a través de las acciones adecuadas que realiza el mismo o que otros hacen en su lugar según su fase de crecimiento y de desarrollo y según las normas y criterios de salud establecidos.

* Dependencia: No satisfacción de una o varias necesidades del ser humano por las acciones inadecuadas que realiza o por tener la imposibilidad de cumplirlas en virtud de una incapacidad o de una falta de suplencia.

* Problema de dependencia: Cambio desfavorable de orden biopsicosocial en la satisfacción de una necesidad fundamental que se manifiesta por signos observables en el cliente.

* Manifestación: Signos observables en el individuo que permiten identificar la independencia o la dependencia en la satisfacción de sus necesidades.

* Fuente de dificultad: Son aquellos obstáculos o limitaciones que impiden que la persona pueda satisfacer sus necesidades, es decir los orígenes o causas de una dependencia. Henderson identifica tres fuentes de dificultad: falta de fuerza, conocimiento y voluntad.

* Fuerza: Se entienda por ésta no solo la capacidad física o habilidades mecánicas de las personas sino también la capacidad del individuo para llevar a término las acciones. Se distinguen dos tipos de fuerzas: físicas y psíquicas.

* Conocimientos: los relativos a las cuestiones esenciales sobre la propia salud, situación de la enfermedad, la propia persona y sobre los recursos propios y ajenos disponibles.

* Voluntad: compromiso en una decisión adecuada a la situación, ejecución y mantenimiento de las acciones oportunas para satisfacer las catorce necesidades, se relaciona con el término motivación.

Dichos postulados se resumen en:

- Cada persona quiere y se esfuerza por conseguir su independencia.
- Cada individuo es un todo compuesto y complejo con catorce necesidades.
- Cuando una necesidad no está satisfecha el individuo no es un todo complejo e independiente.

b) Valores:

Los valores reflejan las creencias subyacentes a la concepción del modelo de Virginia Henderson.

Virginia Henderson afirma que si la enfermera no cumple su rol esencial, otras personas menos preparadas que ella lo harán en su lugar.

Cuando la enfermera asume el papel del médico delega en otros en otros su propia función.

La sociedad espera de la enfermera un servicio que solamente ella puede prestar.

c) Conceptos:

Los elementos mayores del modelo han sido identificados de la siguiente manera:

Objetivos: Conservar o recuperar la independencia del cliente en la satisfacción de sus catorce necesidades.

Cliente: Ser humano que forma un todo complejo, presentando catorce necesidades fundamentales de orden bio- psicosocial:

1.- Necesidad de respirar.

- 2.- Necesidad de beber y comer.
- 3.- Necesidad de eliminar.
- 4.- Necesidad de moverse y mantener una buena postura.
- 5.- Necesidad de dormir y descansar.
- 6.- Necesidad de vestirse y desvestirse.
- 7.- Necesidad de mantener la temperatura corporal dentro de los límites normales.
- 8.- Necesidad de estar limpio, aseado y proteger sus tegumentos.
- 9.- Necesidad de evitar los peligros.
- 10.- Necesidad de comunicarse.
- 11.- Necesidad según sus creencias y sus valores.
- 12.- Necesidad de ocuparse para realizarse.
- 13.- Necesidad de recrearse.
- 14.- Necesidad de aprender.

El cliente debe verse como un todo, teniendo en cuenta las interacciones entre sus distintas necesidades, antes de llegar a planificar los cuidados.

Rol de la enfermera: Es un rol de suplencia-ayuda. Suplir, para Henderson, significa hacer por él aquello que él mismo podría hacer si tuviera la fuerza, voluntad o los conocimientos.

Fuentes de dificultad: Henderson identificó las tres fuentes mencionadas anteriormente. (Falta de fuerza, de voluntad y conocimientos).

Intervenciones: El centro de intervención es el la dependencia del sujeto. A veces la enfermera centra sus intervenciones en las manifestaciones de dependencia y otras veces en el nivel de la fuente de dificultad, según la situación vivida por el cliente. Las acciones de la enfermera consisten en completar o reemplazar acciones realizadas por el individuo para satisfacer sus necesidades.

Consecuencias deseadas: son el cumplimiento del objetivo, es decir, la independencia del cliente en la satisfacción de las sus catorce necesidades fundamentales.

Henderson no perseguía la creación de un modelo de enfermería, lo único que ansiaba era la delimitación y definición de la función de la enfermera.

A continuación, se expondrán los cuatro elementos del metaparadigma.

Metaparadigma

El metaparadigma comprende los cuatro elementos siguientes.

a) Salud: Estado de bienestar físico, mental y social. La salud es una cualidad de la vida.

La salud es básica para el funcionamiento del ser humano.

Requiere independencia e interdependencia.

La promoción de la salud es más importante que la atención al enfermo.

Los individuos recuperarán la salud o la mantendrán si tienen la fuerza, la voluntad o el conocimiento necesario.

b) El Entorno Es el conjunto de todas las condiciones externas y las influencias que afectan a la vida y el desarrollo de un organismo (Definición del Websters New Collegiate Dictionary 1961).

Los individuos sanos son capaces de controlar su entorno, pero la enfermedad puede interferir en tal capacidad.

Las enfermeras deben:

- Recibir información sobre medidas de seguridad.
- Proteger a los pacientes de lesiones producida por agentes mecánicos.
- Minimizar las probabilidades de lesión mediante recomendaciones relativo a la construcción de edificios, compra de equipos y mantenimiento.
- Tener conocimientos sobre los hábitos sociales y las prácticas religiosas para valorar los peligros.

c) Persona: Individuo total que cuenta con catorce necesidades fundamentales.

La persona debe mantener un equilibrio fisiológico y emocional.

La mente y el cuerpo de la persona son inseparables.

El paciente requiere ayuda para ser independiente.

El paciente y su familia conforman una unidad.

d) Enfermería: Henderson define la enfermería en términos funcionales.

La función propia de la enfermería es asistir al individuo, sano o enfermo, en la realización de aquellas actividades que contribuyen a la salud o a su recuperación o a la muerte pacífica, que éste realizaría sin ayuda si tuviera la fuerza, la voluntad o el conocimiento necesario. Y hacerlo de tal manera que lo ayude a ganar independencia a la mayor brevedad posible.

Proceso de atención de enfermería aplicado al modelo de V.H.

“Existen algunos aspectos que deben ser comentados en forma especial. En primer lugar y en lo que respecta a la denominación de cada necesidad, cabe decir que no corresponde a una traducción literal sino que sea rectificado de acuerdo con el sentido –a nuestro parecer- que la autora le quería dar y con criterios de funcionalidad. Existen además algunos aspectos que el modelo de Henderson no trata en forma explícita y que creemos necesario explicar. Desde una aportación personal y según la visión que la experiencia nos indica, tales aspectos han sido agrupados de la siguiente forma:

- Todo lo referente al aparato circulatorio ha sido incluido en la “necesidad de oxigenación” esta especificación es necesaria dado que diversas autoras, cuando aplican este modelo, incluyen aspectos relativo al aparato circulatorio en otras necesidades, según cada visión particular).
- El dolor, es un elemento que ha sido incluido en la valoración de distintas necesidades, aunque de un modo más específico pensamos que debía ser considerado en la “necesidad de reposo y sueño”.
- Los aspectos relativos al autoconcepto y autoimagen se incluyen en la “necesidad de evitar peligros”.
- Los aspectos de desempeño, rol y status se presentan en la “necesidad de trabajar y realizarse” y en la “necesidad de evitar peligros”.
- Lo referente a los patrones de sexualidad de la persona ha sido incluido en a “necesidad de comunicarse”.
- Lo relativo a las relaciones significativas o aspectos que tienen relación con la interdependencia del ser humano se tratan en la “necesidad de comunicarse”.
- Los mecanismos de afrontamiento de las personas se contemplan en todas y cada una de las necesidades.
- La valoración de la ansiedad/estrés se incluye en todas las necesidades. Al preguntar cómo influencia su estado de ánimo en la satisfacción de las distintas necesidades.

Otro aspecto a tener en cuenta es el de los factores que influyen la satisfacción de las necesidades, ya que ellos son los que individualizan su esencia y permiten identificar los valores adecuados en la satisfacción desde la unicidad de la persona. Estos factores son por una parte biofisiológicos, que hacen referencia a las condiciones genéticas de la persona y al funcionamiento de sus aparatos o sistemas u

órganos, de acuerdo con su edad, etapa de desarrollo y estado general de salud. Los psicológicos se refieren a sentimientos, pensamiento, emociones, inteligencia, memoria, psicomotricidad, nivel de conciencia, sensopercepción y habilidades individuales y de relación (estrategias y habilidades de afrontamiento). Finalmente, los aspectos socioculturales se refieren al entorno físico de la persona (próximo y más lejano) y a los aspectos socioculturales de este entorno que están influenciado a la persona. Así, el entorno físico próximo es el de la casa, del trabajo, del hospitalario, etc. El entorno físico más lejano se refiere a la comunidad donde vive el individuo (clima, orografía, contaminación, etc.). El entorno sociocultural incluye lo relativo a los valores y normas que proporcionan la familia, la escuela, las leyes y políticas por la que se rige la comunidad en referencia, etc. Todo ellos mediatiza las propias creencias y valores que se van elaborando a través de las influencias intergeneracionales familiares y de los grupos con los que la persona se relaciona. Debe mencionarse el hecho de que la valoración de todos estos factores deben ser relacionados con "salud" y no con otras variables.

El considerar las necesidades desde el punto de vista implica forzosamente contemplar al individuo como un sistema abierto que continuamente intercambia materia, información y energía con el entorno. Esto supone la "normalidad" de cambios continuos y el consecuente efecto en la persona. Es evidente, por lo tanto, la necesidad imperiosa de desarrollar comportamientos de afrontamiento y de adaptación al medio cambiante, para conseguir la satisfacción de las necesidades fundamentales en un forma óptima de acuerdo con la persona, su edad y situación. En este sentido, Henderson reconoce que la persona tiene recursos reales y potenciales que –en situación de normalidad- quiere utilizar para alcanzar su independencia.

En la "Guía para la valoración" que se presenta a continuación, hay factores que influyen cada necesidad, que afectan a varias Necesidades Básicas y por lo tanto, se repiten, mientras que otros, por ser más específicos, inciden solamente en alguna de ellas.

Finalmente, sólo queda añadir que al utilizar la presente guía deberán tenerse en cuenta los principios propios de cualquier entrevista, que hacen referencia a la información a proporcionar a la persona que va a ser entrevistada sobre el objetivo de la recogida de datos, la forma en que se realizarán, la confidencialidad de los datos proporcionados.

Guía para la valoración de las 14 necesidades básicas

A continuación se desarrolla la "Guía para la valoración de las 14 necesidades básicas", siguiendo el modelo de Henderson de acuerdo a los principios anteriormente expuestos:

1. *necesidad de oxigenación*

Factores que influyen en esta necesidad

- **Biofisiológicos:** Edad, alineación corporal, talla corporal (relación talla/peso), nutrición e hidratación, sueño/reposo/ejercicio, función cardíaca, función respiratoria, estado de la red vascular (arterial y venosa).
- **Psicológicos:** Emociones (miedo, ira, tristeza, alegría, etc.), ansiedad/estrés, inquietud, irritabilidad, etc.
- **Socioculturales:** Influencias familiares y sociales (hábitos y aprendizajes tales como estilo de vida, hábito de fumar), entorno físico próximo (trabajo, casa, habitación hospital), entorno físico de la comunidad (altitud, temperatura, clima, contaminación ambiental).

Observaciones

- **Signos vitales** (pulso central y periféricos, tensión arterial, temperatura y patrones respiratorios), ruido respiratorios, movimientos de tórax, secreciones, tos, estado de las fosas nasales, aliento nasal, color de la piel y mucosas, temperatura de la piel, circulación de retorno (venas varicosas).
- Dolor asociado con la respiración. Dificultad respiratoria.
- Estado de conciencia, existencia de agitación.
- Calidad del medio ambiente: polución, humedad, sistemas de ventilación, corrientes de aire, espacios verdes.

Interacciones

- Si fuma, ¿Qué sabe acerca del fumar?, ¿desde cuándo fuma?, ¿cuántos cigarrillos, puros, etc., fuma al día? ¿Varía la cantidad según su estado emocional?
- ¿Cómo influyen las actividades de la vida cotidiana en su respiración? (Sensación de ahogo al subir escaleras, cambios en el ritmo respiratorio al andar de prisa, etc.)
- ¿Cómo influye su estado de ánimo en su respiración? Si aumenta o disminuye la frecuencia, ritmo, etc.)
- ¿Tiene conocimientos sobre una respiración correcta?

- ¿Conoce y/o utiliza técnicas que cree que le mejoraran su respiración (relajación, yoga...)?
- ¿Tiene cambios de temperatura en las extremidades que no guardan relación con la temperatura ambiental?
- ¿Es propenso a sufrir hemorragias? ¿De qué tipo?
- ¿Tiene algún antecedente de problemas cardiorrespiratorios? (Dolor precordial, taquicardias, asma, alergias, etc.)

2. *necesidad de nutrición e hidratación*

Factores que influyen esta necesidad

- Biofisiológicos: Edad, talla, constitución corporal y patrón de ejercicio.
- Psicológicos: Emociones, sentimientos y pensamientos respecto a la comida/ bebida.
- Socioculturales: Influencias familiares y sociales (hábitos y aprendizajes), status socioeconómico, entorno físico próximo (casa, comedor, olores), entorno físico lejano clima, temperatura), religión, trabajo (horarios y tiempo disponible, tiempo entre comidas, comer solo o acompañado...).

Observaciones

- Antropometría (peso, talla, pliegue de la piel y diámetro del brazo), estado de la piel, mucosas, uñas y cabello; funcionamiento neuromuscular y esquelético; aspecto de los dientes y encías; capacidad para masticar y deglutir. Funcionamiento tracto digestivo.
- En caso de heridas, tipo y tiempo de cicatrización.
- Dolor, ansiedad estrés, trastornos del comportamiento, disminución de energía, apatía, debilidad, irritabilidad, trastornos de la conciencia y agitación.
- Condiciones del entorno que faciliten/dificulten la satisfacción de esta necesidad.

Interacciones

- ¿Cómo influye el estado de ánimo en su alimentación e hidratación? (Ansiedad, estrés, conflictos: si aumenta o disminuye la ingesta, o sea, relación con anorexia y polifagia.)
- ¿Qué antecedentes familiares tiene con respecto a talla, corpulencia peso y hábitos alimentarios?

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

- ¿Tiene en la actualidad algún problema digestivo? Ardores, náuseas, vómito, pérdida del apetito...)

3. *necesidad de eliminación*

Factores que influyen esta necesidad

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

Observaciones

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

Interacciones

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

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

4. *necesidad de moverse y mantener una buena postura*

Factores que influyen en esta necesidad

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

Observaciones

- Estado del sistema musculoesquelético (fuerza/debilidad muscular, firmeza en la marcha, tono muscular, gama de movimientos, postura adecuada de pie, sentado y acostado), necesidad de ayuda para la deambulación y/o mantenimiento de una postura correcta, coordinación voluntaria, presencia de temblores, ritmo de movimientos; constantes vitales (pulso, tensión arterial).
- Estados de apatía, de postración, estado de conciencia, estados depresivos, sobreexcitación, agresividad.

- Cualidades ergonómicas de su entorno inmediato.

Interacciones

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

5. *necesidad de descanso y sueño*

Factores que influyen en esta necesidad

- Biofisiológicos: Edad, ejercicio, alimentación/hidratación.
- Psicológicos: Estados emocionales, ansiedad, estrés, estado de ánimo, hipnograma (características del sueño de la persona).
- Socioculturales: Influencias familiares y sociales (hábitos, aprendizajes, normas sociales, prácticas culturales –siesta-), trabajo, entorno próximo o del hábitat (iluminación, ruido, colores, mobiliario), entorno lejano (clima, altitud, temperatura), creencias y valores, estilo de vida (horario de trabajo,...)

Observaciones

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

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

Interacciones

- ¿Cuál es su patrón y tipo habitual de sueño? (Horas, horario, duración, siestas, si se despierta por la noche, necesidad de levantarse durante la noche, sueño profundo si se despierta con estímulos suaves o no,...) ¿Le resulta suficiente o adecuado?
- Habitualmente, ¿duerme solo/a o acompañado/a?
- ¿Los cambios en su entorno, en su situación y hábitos, modifican o alteran su patrón de sueño? Especificar cuáles y cómo.
- ¿Cuánto tiempo necesita habitualmente para conciliar el sueño?
- ¿Cómo influyen las emociones en la necesidad de dormir y reposar? (En situaciones de estrés, ansiedad, modificaciones en el peso, en constantes vitales, etc.)
- ¿Sabe cómo reducir o controlar las tensiones y el dolor?
- ¿Qué hace normalmente cuando necesita descansar? (Leer, dormir, relajarse, etc.) ¿Hay algo que interfiera su descanso en este momento?
- ¿Qué sentido tiene para usted el dormir? (Como rutina, obligación, placer, relajación, evasión, compensación.) ¿Conoce los efectos positivos y negativos de cada una de estas formas de comportamiento?
- ¿Tiene sueños/pesadillas cuando duerme?
- ¿Utiliza algún medio con el fin de facilitar el sueño? (Masajes, relajación, visualización, música, entretenimiento, lectura.)
- ¿Utiliza algún tipo de medicamento para dormir o estimularse? Si lo utiliza, ¿conoce sus efectos?
- ¿Cuánto tiempo diario utiliza para el reposo/descanso? ¿Dónde? (Trabajo, casa, entorno social – masajista, bar,...-.)

6. *necesidad de usar prendas de vestir adecuadas*

Factores que influyen en esta necesidad

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

Observaciones

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

Interacciones

- ¿Qué significado tiene la ropa en cuanto a su imagen o cobertura de alguna otra necesidad? (Autoestima, relaciones con los demás, etc.)
- ¿Cree que el modo de vestir marca diferencias personales, sociales, culturales, etc.?
- ¿Puede decidir por sí mismo/a la ropa que se pone habitualmente? (En el hospital, residencia de ancianos, trabajo,...)
- ¿Conoce la relación entre calidad/ cantidad de ropa necesaria para la adecuada acomodación al propio cuerpo y a la temperatura ambiente?
- ¿Necesita algún tipo de ayuda para decidir el tipo de ropa p para vestirse/desvestirse? En caso afirmativo, ¿conoce cómo adaptarse a una limitación o handicap en esta necesidad y dispone de los recursos materiales o humanos para ello? (Ante la dificultad en abrocharse los botones, cambiarlos por velcro como sistema de cierre, disponer de más tiempo para realizarlo, etc.)

- Ante situaciones de vida causantes de estrés o conflicto, ¿se afecta su modo de vestir?, ¿cómo?
- ¿Tiene algún objeto accesorio de vestir que tenga significación especial para Ud.?, ¿cuál es?
- ¿Tiene algún tipo de indumentaria relacionada con valores o creencias que considere necesario mantener?
- ¿De qué forma le afecta le vestirse o desvestirse en un sitio extraño, ante personas o con ayuda de otras personas? (Intimidad,...)

7. *necesidad de termorregulación*

Factores que influyen esta necesidad

- Biofisiológicos: Edad, sexo, ejercicio, tipo de alimentación, ritmos circadianos.
- Psicológicos: Ansiedad, emociones.
- Socioculturales: Entorno físico próximo (casa, lugar de trabajo, habitación), entorno físico lejano (clima, altitud, temperatura), raza o procedencia étnica/geográfica, status económico.

Observaciones

- Constantes vitales (temperatura), coloración de la piel, transpiración, temperatura ambiental.
- Discomfort, irritabilidad, apatía.
- Condiciones del entorno físico próximo que ayuden/limiten la satisfacción de esta necesidad (sistemas de calefacción, control sobre ellos, etc.).

Interacciones

- ¿Qué temperatura le produce sensación de bienestar, el calor o el frío? ¿Se adapta fácilmente a los cambios de temperatura ambiental?
- ¿Tiene alguna creencia o valor que mediatice sus comportamientos en la necesidad de termorregulación? (Uso del alcohol para entrar el calor,...)
- ¿Qué recursos utiliza (bebidas calientes, ropa, actividades físicas, aire acondicionado) y qué limitaciones –de conocimiento, económicas- tiene en situaciones de cambios de temperatura?

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

8. *necesidad de higiene y protección de la piel*

Factores que influyen esta necesidad

- Biofisiológicos: Edad, desarrollo, alimentación, ejercicio/movimiento, temperatura corporal.
- Psicológicos: Emociones, estado de ánimo, inteligencia, autoimagen, psicomotricidad.
- Socioculturales: Cultura, educación, corrientes sociales, modas (productos de belleza), organización social (casa, lugar de trabajo), influencias familiares (hábitos y aprendizajes), ambiente lejano (clima, temperatura, ambiente).

Observaciones

- Capacidad de movimiento, estado de la piel (color, textura, turgencia, presencia de manchas, temperatura, humedad, lesiones), estado del cabello, uñas, orejas, ojos, nariz, boca (aliento, dientes,...) y mucosas, olor corporal.
- Expresión facial, corporal de confort, efectos del baño o ducha (relajación física y psicológica).
- Condiciones del entorno (equipamiento y material adaptados a las necesidades individuales y hábitos personales).

Interacciones

- ¿Conoce la relación entre estilo de vida y satisfacción de esta necesidad?
- ¿Qué significado tiene para Ud. la limpieza? (Autoimagen, reflejo del estado emocional, relación o comunicación con los demás,...)
- Describa la forma en que cuida su cuerpo en relación con las actividades de higiene (tipo, frecuencia, cantidad).
- ¿Cómo le afecta el hecho de que sus necesidades de higiene sean satisfechas con ayuda de otra persona o ante personas?
- ¿Tiene preferencias horarias respecto a su aseo diario?

- ¿Qué hábitos higiénicos considera imprescindibles mantener? (Lavarse los dientes o manos después/antes de comer o eliminar,...)
- ¿Tiene por costumbre utilizar algún producto específico? (Colonias, antisépticos bucales, compresas, cremas...)
- ¿Existen condiciones en su entorno inmediato que limitan o imposibilitan unos hábitos saludables de higiene? (Creencias o valores familiares –no lavarse durante la regla, no debe lavarse la cabeza a diario, ducha a diario nociva,...-, condiciones de hábitat, equipamiento, material, condiciones económicas, creencias personales, modas.)
- Ante situaciones de la vida causantes de estrés o conflicto, ¿se afecta su necesidad de higiene?, ¿cómo? (influencia de emociones: aumento de transpiración, secreciones, etc.)

9. *necesidad de evitar los peligros*

Factores que influyen en esta necesidad

- **Biofisiológicos:** Edad, etapa del desarrollo, mecanismos de defensa fisiológicos (termorregulación, sistema inmunológico), estabilidad psicomotora.
- **Psicológicos:** Mecanismos de defensa, métodos de afrontamiento (competencias personales), estrés, estabilidad psíquica, personalidad de base, emociones y diferentes estados de ánimo.
- **Socioculturales:** Sistemas de apoyo familiar y social, cultura, religión. Educación, status socioeconómico, rol social, estilo de vida, organización social, valores y creencias, entorno lejano (clima, temperatura, humedad, ruido, etc.), entorno próximo (iluminación, mobiliario, ruidos, etc.)

Observaciones

- Integridad neuromuscular, de los sentidos y del sistema inmunológico.
- Ansiedad, falta de control, falta de habilidades de afrontamiento, absentismo laboral, somatizaciones, aspecto descuidado, inhibición, desconfianza, agresividad, alteraciones en la senso-percepción o en la conciencia originadas por sobreexposición a estímulos o por deprivación, interacción con personas significativas, comportamientos peligrosos.

- Autoconcepto/autoestimas (si protege o evita mirar o tocar zonas de su cuerpo, armonía en el aspecto físico, existencia de cicatrices, deformidades congénitas o no, alteraciones en el funcionamiento del cuerpo).
- Condiciones del ambiente próximo (temperatura, humedad, iluminación, barreras ambientales – suelo encerado, mojado, barandillas en la cama, etc. - , ruidos), salubridad del ambiente lejano (alcantarillas, polución...)

Interacciones

- ¿Qué miembros componen su familia de pertenencia? ¿Qué miembros componen su familia de referencia?
- ¿Cómo influyen las emociones intensas en su necesidad de seguridad física y psicológica? (Se queda paralizado, hiperactivo,...)
- ¿Conoce las medidas de prevención de accidentes en su trabajo y en su casa? (Almacenaje de productos tóxicos o de limpieza, medicamentos, conducciones de gas, sistemas eléctricos, etc.) ¿Las utiliza? ¿Controla su funcionamiento periódicamente?
- ¿Realiza los controles de salud periódicos recomendados para cada edad y situación de la persona y familia? (Cartilla de vacunación infantil, vacunaciones antigripales en el anciano o personas de riesgo, vacunaciones y control de animales domésticos, revisiones médicas, control de la tensión arterial, etc.)
- ¿Conoce las medidas de autocontrol para prevenir enfermedades? (Examen periódico de mamas, testículos, visión, audición, etc.) ¿las utiliza y está adaptada a sus necesidades?
- ¿Conoce las medidas de prevención de enfermedades infectocontagiosas y agresiones del entorno? (Tormentas, rayos, inundaciones, fuego), ¿Las utiliza?
- ¿De qué modo manejas las situaciones de tensión en su vida? (Enfadarse consigo mismo o con los demás, culpabilizar, a los demás de su situación, hablar con la persona que está implicada en el problema, sentirse ansioso, rezar, leer, escuchar música o realizar actividades relajantes, dedicarse a actividades intelectuales, infravalorarse, adoptar un comportamiento inhibido, sumiso o activo.)
- ¿De qué forma maneja su familia las situaciones de estrés? (Flexibilidad en el rol, quién toma las decisiones, solución a la disparidad de criterios entre los miembros del grupo familiar.)

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

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

10. *necesidad de comunicarse*

Factores que influyen esta necesidad

- **Biofisiológicos:** Integridad de los órganos de los sentidos, edad, etapa del desarrollo.
- **Psicológicos:** Inteligencia, percepción, memoria, conciencia (atención, orientación), carácter, estado de ánimo, humor de base, autoconcepto, pensamiento.
- **Socioculturales:** Entorno físico próximo (personas, lugares), entorno físico lejano (vías de acceso, vivienda aislada), cultura, status social, rol, nivel educativo, influencias familiares y socioculturales (hábitos y aprendizajes, valores y creencias de la familia/grupo social), profesión.

Observaciones

- Estado de los órganos de los sentidos (en caso de prótesis, adecuación de éstas) y del sistema neuromuscular.
- Dificultad respiratoria, fatiga y debilidad.
- Comunicación verbal (directa y abierta, poco clara o evasiva, habilidades de comunicación – asertividad, etc.-, barreras idiomáticas, dificultades en la fonación (tartamudeo, balbuceos,...). Comunicación no verbal (contacto visual, lenguaje corporal, gestos, tono de voz, congruencia con lo verbal, expresión de sentimientos por el tacto). Utilización de la expresión escrita.
- Cantidad y calidad de las interacciones con la familia y con las personas del entorno (facilidad de expresión de sentimientos y pensamientos, pertenencia a grupos, relaciones armoniosas con la familia, grupos, etc.)
- Actitudes facilitadoras de la relación (confianza, receptividad, empatía, compromiso, concreción, disponibilidad).
- Utilización de los mecanismos de defensa (negación, inhibición, agresividad/hostilidad, desplazamiento, etc.)

- Condiciones del entorno que ayudan/limitan la satisfacción de esta necesidad (sonorización, luz, intimidad, compañía, etc.)

Interacciones

- ¿En qué medida le ha afectado en su necesidad de comunicación, la existencia de limitaciones físicas, enfermedad, cicatrices? (A nivel personal, familiar y de relaciones con los demás)
- De las personas significativas de que dispone como recurso, ¿con cuáles puede intercambiar puntos de vista o compartir problemas o inquietudes? ¿Puede hacerlo a menudo o cuando cree necesario?
- ¿Cuánto tiempo pasa solo/a?, ¿por qué? ¿Con cuántas personas suele relacionarse diariamente?
- ¿Tiene contactos sociales en forma regular y que le resulten satisfactorios?
- ¿De qué forma expresa generalmente sus sentimientos y pensamientos a los demás (verbal y directamente, indirectamente, a través de alusiones y del comportamiento)? Si en alguna situación no los expresa, ¿cuándo y por qué?, ¿cómo se siente?
- ¿Cree necesario y/o adecuado manifestar lo que siente u opina a su familia o amigos?, ¿por qué?
- ¿Se encuentra a gustos siendo tal como es en relación a sí mismo o a los demás (familia amigos, colaboradores, compañeros) en cuanto a aspecto físico –peso, apariencia-, psicológico y social?
- ¿Qué tipo de humor tiene por lo general? (Deprimido, alegre.) ¿Tiene a menudo cambios en el humor? ¿Le causa problemas de relación consigo mismos o con los demás?
- ¿De qué manera se relaciona con su familia como un todo? (Reuniones periódicas, celebraciones.)
- ¿Qué posición ocupa en el seno de la familia? ¿Cómo se ve usted? ¿Cómo lo ven los demás?
- ¿Existe algún conflicto importante en relación con su familia y/o entre los miembros del grupo familiar?
- ¿Con cuál de sus familiares tiene mejor relación?, ¿por qué?
- ¿Qué otras personas son importantes para usted? ¿Cómo se ve en la relación con los demás? ¿Qué cree que esperan de Ud.?

- ¿En qué tipo de vivienda habita? (Número de habitaciones, espacio.) ¿Le afecta en su necesidad de comunicación?
- ¿Tiene algún tipo de mascota o animal doméstico? ¿De qué manera le ayuda en su necesidad de comunicación? (Le hace compañía, le hace sentirse seguro/a,...)
- Ante situaciones de vida causante de estrés o conflicto, ¿se afecta su necesidad de comunicación?, ¿cómo? (Arreglo físico, aislamiento, búsqueda de relaciones, inactividad/hiperactividad, problemas de concentración /atención, de expresión, etc.)
- ¿Tiene sentimientos, pensamientos o comportamientos competitivos con alguien de su familia o amigos? (Aspectos materiales, de status, físicos) Si su situación actual los modifica, ¿en qué medida le preocupa y le afecta?
- ¿Siente que sus necesidades sexuales están cubiertas de forma satisfactoria para Ud.? En caso negativo, ¿le resulta un problema digno de mención? En caso afirmativo, ¿cree que la causa es personal o situacional?

11. *necesidad de vivir según sus creencias y valores*

Factores que influyen en esta necesidad

- Biofisiológicos: Edad y etapa de desarrollo, integridad del sistema neuromuscular.
- Psicológicos: Emociones, actitudes, estado de ánimo, personalidad de base, pensamiento, inteligencia, percepción puntual del entorno (catástrofes, enfermedades,...).
- Socioculturales: Cultura, religión y creencias (sentido de la vida y de la muerte, deseo de comunicarse con un ser supremo, deseo de vivir con una filosofía o ideales personales, noción de trascendencia), influencias familiares y sociales (hábitos, aprendizajes, patrones y estructura de la comunidad).

Observaciones

- Forma de vestir de la persona, familia y amigos (hábitos, vestimentas específicas de un grupo social o religioso) y actitud ante ello (si trata de esconder signos distintivos).
- Indicadores de valores en las interacciones (diálogo abierto, estimulante, motivador, etc., utilización o evitación del tacto como medio de expresión).

- Nivel de integración de los valores en su vida diaria (realización de ritos, congruencia entre creencias/valores y comportamientos, etc.).
- Condiciones del entorno que ayudan/limitan la satisfacción de esta necesidad (existencia y accesibilidad a lugares determinados: iglesias, lugares de reunión y encuentros, etc.). Presencia de algún objeto, en el entorno próximo o en la propia persona, indicativo de determinados valores o creencias. Existencia de indicadores de valores en el ambiente (tipo de objetos –libros, publicaciones, muebles, objetos personales-, orden y conservación de tales objetos).

Interacciones

- ¿Cómo le influye el estado de ánimo, las tensiones el estrés, en la satisfacción de esta necesidad?
- ¿En qué tipo de creencias religiosas fue educado en su infancia? ¿Cuáles de ellas son significativas ahora para Ud.? ¿Suponen una ayuda o le general conflictos personales, familiares, o de algún tipo de problema en sus entorno?
- ¿Qué tipo de ritos o comportamientos (dietas, posturas gestos,...) asociados a sus creencias debe practicar? ¿Con qué frecuencia? ¿Con qué exigencias o requerimientos? ¿Puede practicarlos sin dificultad en la actualidad?
- ¿Cuáles son los valores relevantes propios de su grupo familiar? (Valor a la honestidad a la unión familiar, al trabajo, al dinero, al éxito, al ocio, etc.) ¿Qué significan para Ud. en este momento? (Le suponen ayuda, conflicto, etc.).
- ¿Cuáles son sus propios valores personales integrados en su estilo de vida? (Importancia la trabajo, familia, salud, vida, muerte, dinero, amistad, disponibilidad...) ¿Qué orden de prioridad establece?
- ¿En qué medida sus valores personales están siendo alterados por su situación actual? ¿Qué sentimientos y pensamientos problemáticos para Ud. le provoca esta situación?
- ¿En caso de necesidad, desearía tener la oportunidad de expresar sus últimas voluntades? (Donación de órganos, servicios religiosos, testamentos, cartas, etc.)

12. *necesidad de trabajar y realizarse*

Factores que influyen esta necesidad

- Biofisiológicos: Edad, etapa del desarrollo, constitución, capacidades físicas.
- Psicológicos: Emociones, personalidad de base, inteligencia, estado de ánimo.
- Socioculturales: Influencias familiares y sociales (hábitos, aprendizajes, valores, creencias, demandas sociales), cultura, educación, rol status, posibilidad de realizar un trabajo satisfactorio.

Observaciones

- Estado del sistema neuromuscular, del sistema nervioso y de los sentidos.
- Relaciones armoniosas consigo mismo y con las demás personas que le rodean
- Distribución equilibrada entre el tiempo dedicado al trabajo y a las actividades de ocio y relación.
- Autoconcepto positivo/negativo de sí mismo (apariencia física, postura, expresión). Conciencia de sus capacidades y limitaciones de forma realista. Capacidad de decisión y de resolución de problemas.

Interacciones

- ¿Qué tipo de trabajo u ocupación realiza? (intelectual o físico), ¿Cuánto tiempo le dedica?, ¿Qué energías personales y nivel de implicación supone su trabajo?
- ¿Cómo se siente en relación a su trabajo? (Satisfactorio, valorado, participación, relación con sus superiores, iguales y/o inferiores, posibilidades de promoción.)
- Su remuneración, ¿le permite cubrir sus necesidades básicas y/o las de su familia?
- Su rol profesional, ¿le supone tener que superar algún conflicto con otros roles familiares o sociales? (Madre, padre, policías, etc.)
- ¿Se ha producido o puede producirse alguna modificación en sus roles a raíz de su situación actual? ¿Qué tipo de problemas le ha supuesto? ¿Ha recibido ayuda de su grupo familiar en la nueva distribución de roles? ¿Ha recibido apoyo en su lugar de trabajo?
- ¿Cómo vive usted esta actual situación de cambio? (Pérdida del status, incapacidad de adaptarse al nuevo rol, incapacidad asimismo del grupo familiar para proporcionar ayuda, disminución o no del autoconcepto, falta de expectativas, etc.)

- ¿De qué manera se enfrenta la situación? (activa o pasivamente). ¿Se plantea formas alternativas de estilo de vida? (Nueva filosofía de vida adaptada a la situación, nuevas maneras de disfrutar en el tiempo libre y de enfocar el trabajo, modo de adaptarse a nuevos roles, relación con la familia y amigos.)
- ¿Las situaciones de tensión o conflicto influyen en la satisfacción de esta necesidad?, ¿de qué modo?
- ¿Conoce la existencia de los recursos de apoyo disponibles en la comunidad? (Asociaciones, grupos de autoayuda y de ayuda a los demás, ayuda profesional.) ¿Los utiliza o estaría dispuesto a utilizarlos?

13. *necesidad de jugar/participar en actividades recreativas*

Factores que influyen esta necesidad

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

Observaciones

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

Interacciones

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

14. *necesidad de aprendizaje*

Factores que influyen en esta necesidad

- **Biofisiológicos:** Edad, etapa de desarrollo, capacidades físicas.
- **Psicológicos:** Emociones, capacidad intelectual, motivación (significado del aprendizaje, importancia del conocer y aprender sobre sí mismo), carácter (activo, pasivo), estado de ánimo.
- **Socioculturales:** Educación, nivel socioeconómico, status según instrucción o educación, influencias familiares y sociales (hábitos y aprendizajes, ambiente y estructura social), raza, religión, creencias de salud relacionadas con el sexo masculino o femenino.

Observaciones

- Capacidades físicas (órganos de los sentidos, estado del sistema nervioso) y psicológicas (capacidad de autocuidado, interés por aprender y/o cambiar actitudes y comportamientos, capacidad de relación/comunicación, de compromiso).
- Situaciones que alteran la capacidad de aprendizaje (ansiedad, dolor, pensamientos, sentimientos,...).
- Comportamientos indicativos de interés en el aprendizaje para resolver los problemas de salud (pregunta, escucha, demuestra interés/desinterés, propone alternativas, etc.).

Interacciones

- ¿Qué estudios ha realizado? ¿Puede leer, escribir...?
- ¿Las situaciones de emociones intensas le influyen en la satisfacción de esta necesidad?, ¿de que modo?
- ¿Ha tenido alguna vez dificultades en aprender cosas nuevas? ¿Qué tipo de situaciones o cosas le han creado esta dificultad?
- ¿Cómo le resulta más fácil aprender o retener conceptos o habilidades nuevas? (Leyendo, escribiendo, observado, mirando, varias a la vez,...).
- ¿Ha tenido alguna vez dificultad en poner en marcha y mantener comportamientos generadores de salud, que resultan de un nuevo aprendizaje? (Dejar de fumar, hacer ejercicio o dieta,...).
- ¿Tiene conocimientos sobre sí mismo, sus necesidades básicas, su estado de salud actual, tratamiento y auto cuidados necesarios? ¿Considera que son suficientes?
- ¿Tiene problemas de relación dignos de mencionar con su familia, amigos o relaciones significativas? En caso afirmativo, ¿cree que aprender a mejorar la forma de comunicarse y relacionarse le ayudaría?
- ¿Tiene suficientes conocimientos sobre la familia como grupo y su evolución a lo largo del ciclo familiar, que le permita comprender los comportamientos de sus miembros y hacer frente a las situaciones de cambio y de crisis de manera adaptativa?

- ¿Conoce las diferentes fuentes de apoyo de que dispone en la comunidad? ¿Sabe cómo utilizarlas? ¿Las utiliza? En caso negativo, ¿por qué?
- ¿Desearía incrementar sus aprendizajes en aspectos relativos a su salud/enfermedad? (Técnicas de autocontrol emocional, cambios de hábitos de vida, funcionamiento del propio cuerpo en situación de salud y enfermedad, alternativas en estilos de vida, procedimientos, etc.).¹⁸

¹⁸ Carmén Fernandez Ferrín, Gloria Novel Martí "El Proceso Atención de Enfermería. Estudio de Casos"pags.14 - 37

II.- METODOLOGÍA

Se elige a una paciente con asma bronquial que se encuentra hospitalizada en el servicio de neumopediatría piso 7A de hospitalización del Instituto Nacional de Enfermedades Respiratorias, integrante de una familia de cinco personas

Con previa autorización verbal de la madre se aplica un instrumento de valoración completa según el modelo de Virginia Henderson

El proceso de Enfermería es un método sistemático y organizado el cual consta de cinco etapas:

1. Valoración
2. Diagnóstico
3. Planeación
4. Ejecución
5. Evaluación

La primera etapa se obtiene por medio de la valoración, la entrevista, y el examen físico a través de la inspección, palpación, percusión y auscultación apoyándose en la aplicación de habilidades técnicas, prácticas y de pensamiento crítico; con el fin de obtener los hechos necesarios para identificar los problemas de salud y las necesidades del paciente

En la segunda etapa se realiza el análisis y la síntesis de los datos obtenidos durante la valoración, lo que nos llevará a emitir los diagnósticos de enfermería de los cuales se tendrán intervenciones independientes e interdependientes

La tercera etapa se inicia determinando las prioridades de salud del paciente incluyendo la formulación de los resultados esperados (NOC) y estableciendo las intervenciones de enfermería (NIC) que nos ayuden a alcanzar dichos resultados

La cuarta etapa se lleva a cabo una vez terminada la planificación se pone en practica el plan de cuidados con base en la taxonomía del NIC

Posteriormente se inicia la quinta etapa en la cual se evaluó el logro de los resultados esperados. Aunque esta evaluación fue continua y sistemática para que nos permitiera la adecuación de las intervenciones de enfermería de acuerdo a los resultados esperados.

III.- APLICACIÓN DEL PROCESO ATENCION DE ENFERMERIA A TRAVES DEL CASO CLÍNICO PRESENTACION DEL PACIENTE Y DE SUS NECESIDADES ALTERADAS

3.1.- Presentación del Caso Clínico

Y.A. de 4 meses de edad ingresa el día 15 de junio del 2008 a la unidad de pediatría del Instituto Nacional de Enfermedades Respiratorias procedente del servicio de urgencias con diagnóstico médico de Asma Bronquial. Y.A. nacida en el hospital Materno Pediátrico Xochimilco aparentemente sana, con peso al nacer de 2,500gr. talla de 49 cm. Y perímetro craneal de 34cm. Hija de madre multigesta de 30 años de edad, operada de labio leporino quien inicia control prenatal hasta el último trimestre de embarazo. Padre aparentemente sano aunque comenta que hace años era drogadicto actualmente es empleado en un centro comercial.

Exploración física: En la cara presenta una herida en la ceja izquierda; cuello sin alteraciones, tórax con frecuencia respiratoria 45x' presenta disnea de mediano esfuerzo, broncoespasmo; tos paroxística y productora de esputo transparente espumoso y gelatinoso aumentando durante el sueño, presenta sibilancias audibles, obstrucción nasal, la niña parece faltarle el aire e intenta respirar más profundamente; la fase espiratoria se prolonga acompañándose de un jadeo audible; gasometría arterial Sat. O₂ 88%, frecuencia cardiaca de 135x' y tensión arterial de 80/50; abdomen depresible con movimientos intestinales aumentados; al interrogatorio; la madre refiere que ha presentado evacuaciones semilíquidas y abundantes; miembros superiores con venoclisis, miembros inferiores sin alteraciones

Las necesidades afectadas:

Oxigenación, alimentación, eliminación, movilidad, reposo y sueño; seguridad y protección

Universidad Nacional Autónoma de México

Escuela Nacional de Enfermería y Obstetricia

Instrumento de Valoración

Nombre: Y. L. A. edad: 5 meses Sexo: femenino Edo. Civil: soltera. Fecha de admisión: 15/6/08
procedencia: servicio de urgencias Fuente de información: madre teléfono: ¿??? persona
significativa: padres

Valoración de necesidades

1.- necesidad de oxigenación

Subjetivo:

Fuma _____ Desde cuando fuma, cuantos cigarrillos al día y si varía la cantidad de acuerdo a su estado de animo: _____ ha presentado molestias para respirar?

Objetivo:

Registro de S.V. y características: Pulso: 135X Respiración: 45X Temperatura: 36.7°C
Presión Arterial: 80/50 F.C.:

Características de la ventilación, tos, piel mucosas y llenado capilar: tos paroxística y productora de esputo transparente aumentando durante el sueño

Pulso periférico _____

Otros: presenta sibilancias audibles, obstrucción nasal, gasometría arterial Sat. O2 88, ligera cianosis, retorno venoso: 1segundo

2.- necesidad de nutrición / hidratación

Subjetivo:

¿Qué come y qué piensa de su alimentación? leche materna y formula láctea (leche nido)+ plátano, huevo, hígado de pollo, danonino, agua de fruta (piña) endulzada con azúcar o pollo con tortilla

¿Cuántas comidas realiza al día? 5 ¿Hay alimentos que le disgustan o no tolere? _____

¿Come otros alimentos entre comidas? no ¿ por que? _____

¿Toma suplementos nutritivos: vitaminas, minerales etc.? no ¿Cuales? _____

Problemas de masticación, deglución, percepción de sabores y olores: ninguno

Datos objetivos:

Peso: 7.500 kg. Talla: 54 cm. Ingiere lo que le sirven: si porcentaje estimado en Kcal _____
capacidad para alimentarse: depende de su mamá

Describir el aspecto de piel, dientes, encías, mucosas y anexos: piel turgente, sin dientes encías limpias

3.- necesidad de eliminación

Subjetivo:

Hábitos intestinales y vesicales: presenta 6 evacuaciones semilíquidas y viscosas de color amarillo

Antecedentes de hemorragia de T.D. _____ uso de laxantes: _____

Dolor al orinar o defecar: no presencia de hemorroides: no ¿como influyen las emociones en su patrón de eliminación? no pudo ser valorado por la edad de la paciente

Objetivo:

Capacidad para trasladarse y levantarse al W.C.: ninguna depende completamente de la madre

Ruidos intestinales (características): abundantes, con cólicos Palpación de la vejiga urinaria (características) sin presencia de globo vesical

Control de esfínteres: aun no existe

Otros: _____

4.- necesidad de moverse y mantener una buena postura

Subjetivo:

Capacidad física cotidiana: Normal

Necesita ayuda para seleccionar su vestuario: completa dependencia

Objetivos:

Viste de acuerdo a su edad: si Capacidad psicomotriz para vestirse y desvestirse: aun no la adquiere

Otros: La bebé puede mover la cabeza de lado a lado cuando está tumbado boca arriba. Levantar la cabeza cuando está boca abajo, manteniendo la cabeza erguida, elevar la cabeza cuando esté tumbada boca arriba; rueda sobre si misma, puede agarrar objetos como un sonajero, un aro, puede sentarse sin apoyarse.

5.- necesidad de descanso y sueño

Subjetivo:

Horario de descanso: _____ Horario de sueño: la madre refiere que es de 22:00 a 9:00 hrs.

Horas de descanso: 15:00 horas 30 minutos horas de sueño 11 hrs. Toma siesta: si de 11:30 a 13:00 y de 17:00 a 20:00hrs Padece insomnio: no

A que considera que se deba _____ toma medicamentos para dormir _____

Se siente descansado al levantarse: _____

¿Alguna molestia que le permita conciliar el sueño? _____

Objetivo:

Estado mental: ansiedad, somnolencia: presenta ansiedad solo cuando no conoce a la persona o se le practica algún procedimiento, en cuanto al lenguaje solo balbucea

Atención _____ Bostezos: _____ Concentración: _____ Apatía _____

Respuesta a estímulos (verbales y táctiles) _____

6.- necesidad de usar prendas de vestir adecuadas

Subjetivo:

Influye su estado de ánimo para la selección de sus prendas de vestir: _____

Necesita ayuda para la selección de su vestuario: depende de su mamá para vestirse y desvestirse. La madre no encuentra ninguna dificultad para ello a pesar de la vía periférica en el brazo izquierdo

Objetivo:

Capacidad psicomotora para vestirse y desvestirse: aun no la adquiere Otros _____

7.- necesidad de termorregulación

Subjetivo:

Que medidas realiza para mantener su temperatura corporal: abrigarla cuando hace frío o descubrirla cuando hace calor

Se adapta a los cambios de temperatura: _____

Temperatura ambiente que le es agradable: cuando el clima no es caluroso

Objetivo:

Temperatura de la piel y lechos distales: mantiene una temperatura de 36.5°C. al contacto con su piel esta normotérmica.

Transpiración: _____ Recursos que utiliza para mantener la temperatura corporal _____

Condiciones del entorno físico: existe un ambiente con buena ventilación, sin corrientes de aire.

8.- necesidad de higiene y protección a la piel

Subjetivo:

Frecuencia de baño: diario con champú y jabón neutro Momento preferido para el baño: por la tarde

Cuántas veces al día se lava los dientes: no tiene dientes

Aseo de manos antes y después de comer: en ocasiones después de eliminar: no

Objetivo:

Aspecto general: se nota con buena higiene personal aunque depende de su mamá
olor corporal: agradable Halitosis: _____

Estado del cuero cabelludo: implantación frágil (se desprende con facilidad) ¿se baña solo o requiere ayuda? Requiere ayuda Lesiones dérmicas: en la frente posterior a un golpe con la pared

Higiene y características de las uñas: uñas cortas y limpias

Requiere aseo corporal parcial: si, cuando evacua Realiza arreglo personal _____

9.- necesidad de evitar peligros

Subjetivo:

¿Reconoce las causas de peligro potencial que ocasionan lesión? _____

Como reacciona ante una situación de urgencia: _____

Conoce las medidas en caso de accidente: _____

Sabe que hacer en caso de incendio o sismo _____

Realiza controles periódicos de salud: si los primeros 5 meses la llevaron al medico cada mes, su cartilla de vacunación esta completa de acuerdo a su edad, el medico no ha detectado alergias alimenticias o de medicamentos

Como canaliza las situaciones de tensión en su vida: _____

Objetivo:

Estados de los órganos de los sentidos: sin alteraciones aparentemente

Otros: en el hospital duerme en cuña con barandal pero en su casa duerme en la cama sin barandales, con sus padres.

10.- necesidad de comunicación

Subjetivo:

Vivía con: con su padre, madre y dos hermanos mayores (6 y 8 años). Se relaciona con sus familiares y otras personas

Comenta sus problemas con su familia u otras personas: _____

Cuanto tiempo pasa sola: en 24 horas pasa sola o con sus hermanos unas 3 horas al día

Frecuenta los diferentes contactos sociales _____

Objetivo:

Habla claro o confuso: aún no articula palabras

Comunicación verbal y no verbal con la familia o con otras personas: _____

Otros la comunicación con sus padres es afectiva, esta inquieta, aprensiva y con el personal de salud muestra irritación y temor

11.- necesidad de vivir según sus creencias y valores

Subjetivo:

¿Qué significado tienen sus creencias, hábitos costumbres y trato digno _____

Como percibe la atención y cuidado en su casa

Principales valores personales: respeto, confianza

Tiene creencias personales que limitan los hábitos higiénicos _____

Objetivo:

Hábitos específicos de vivir, grupo social o religioso

Permite el contacto físico: si cuando conoce a la persona Tiene algún objeto indicativo de determinados valores y creencias: ninguno

12.- necesidad de trabajar y realizarse

Subjetivo:

Trabaja actualmente: _____ Tipo de trabajo: _____

Riesgos: _____ Cuanto tiempo le dedica al trabajo: _____

Este satisfecho con su trabajo: _____ su sueldo le permite cubrir sus necesidades básicas y/o las de su familia _____

Este satisfecho con el rol familiar que juega: _____

Objetivo:

Estado emocional en que se encuentra por estar internado: _____

Otros: no hay nada destacable

13.- necesidad de jugar y participar en actividades recreativas

Subjetivo:

Que actividades realiza en su tiempo libre: _____

Que actividad le gustaría realizar durante su estancia: _____

Objetivo:

Se muestra apático, aburrido o participativo: es muy activa, se divierte con sus juguetes o con cualquier otro objeto

14.- necesidad de aprendizaje

Subjetivo:

Nivel de educación: _____

Problemas de aprendizaje: _____

Limitaciones cognitivas: _____ tipo: _____

Preferencias. Leer/escribir: _____

Conoce las fuentes de apoyo para el aprendizaje en su comunidad: _____

Sabe como utilizar estas fuentes de apoyo: _____

Interés en el aprendizaje para resolver problemas de salud: nada destacable. En este caso es la madre desea aprender para colaborar con el tratamiento medico y de enfermería que se le proporcionará a la paciente.

Objetivo:

Estado mental, orientación, comprensión y juicio: _____ memoria reciente: _____

Memoria remota: _____ otras manifestaciones: _____

3.2 Análisis de la valoración

1.- necesidad: oxigenación

Presenta disnea, sibilancias audibles, obstrucción nasal, accesos de tos durante el sueño Sat. de O₂ 88%

2.- necesidad de alimentación

Realiza una alimentación no adecuada para su edad

3.- necesidad de eliminación

Heces semilíquidas y viscosas, ritmo anormal de deposiciones (6 veces en 24 hrs.) Ritmo de micción normal

4.- necesidad de movilidad:

Tiene un desarrollo psicomotor de acuerdo a su edad cronológica.

5.- necesidad de reposo y sueño

El ritmo de sueño es normal para su edad, ya que duerme después de cada alimentación

6.- necesidad de vestido

Es dependiente de su mamá para vestirse y desvestirse, la madre no encuentra ninguna dificultad para ello a pesar de la canalización en miembro superior izquierdo

7.-necesidad de termorregulación

Mantiene una temperatura constante que oscila entre 36.5 a 37°c

8.- necesidad de higiene y protección a la piel

Dependiente de la madre para asearse los baños los realizan con jabón neutro y champú

9.- necesidad de evitar peligros

No presenta alergias a medicamentos ni a alimentos, su cartilla de vacunación esta completa de acuerdo a su edad.

En el hospital duerme en una cuna con barandales, pero en su casa duerme en la cama de sus padres.

Presenta alteración en la integridad de la piel debido a la canalización de una vía periférica. Hay otra alteración en la integridad cutánea debido a un golpe en la parte frontal derecha

Debido a su edad no expresa dolor y tampoco existen signos de él.

10.- necesidad de comunicación

La niña esta alerta, la relación con sus padres es afectiva, aunque esta inquieta, aprensiva y su expresión facial es de ansiedad. Y la comunicación con el personal sanitario es de temor e irritabilidad, aun no articula palabras

11.- necesidad de vivir según sus creencias y valores

Nada destacable

12.- necesidad de trabajar y realizarse

No hay nada destacable

13.- necesidad de jugar y participar en actividades recreativas

Es una niña muy activa se divierte con sus juguetes, celular, o con la televisión

14.- necesidad de aprendizaje

Le gusta explorar su medio ambiente. En este caso es la mamá la que desea aprender a cuidar a la niña así como a proporcionar una dieta adecuada y un control del tratamiento medico y de enfermería.

3.3 diagnósticos de enfermería:

Necesidad oxigenación:

- a) Limpieza ineficaz de las vías aéreas relacionado con espasmo de las vías aéreas manifestado por disnea y sibilancias

Necesidad de nutrición e hidratación:

- b) Lactancia materna ineficaz relacionado con déficit de conocimientos manifestado por signos de aporte inadecuado a la lactante

Necesidad de higiene y protección de la piel

- c) Riesgo de infección relacionado con procedimientos invasivos (vía venosa periférica)

Necesidad de evitar peligros

- d) Deterioro parental relacionado con falta de conocimientos sobre habilidades parentales manifestado por accidentes frecuentes de la lactante

Necesidad de jugar y participar en actividades recreativas

- e) Intolerancia a la actividad relacionado con desequilibrio entre aportes y demandas de oxígeno manifestado por disnea

Necesidad de aprendizaje

- f) Conocimientos deficientes (sobre su proceso de enfermedad y régimen terapéutico)

3.4.- Planeación

NECESIDADES	JERARQUIZACIÓN	NANDA	NOC
Oxigenación	Oxigenación	limpieza ineficaz de las vías aéreas	permeabilidad de las vías respiratorias
Nutrición	Nutrición	Lactancia materna ineficaz	mantenimiento de la lactancia materna
Higiene y protección de la piel	Higiene y protección de la piel	Riesgo de infección	Integridad tisular piel y membranas mucosas
Evitar peligros	Evitar peligros	Riesgo de deterioro parental	afrontamiento de los problemas de la familia
Jugar	Jugar	Intolerancia a la actividad	Tolerancia a la actividad
De aprender (madre)	De aprender (madre)	Conocimientos deficientes	conocimiento régimen terapéutico y/o conocimiento proceso de la enfermedad

Plan de cuidados

3.4 Necesidad: Oxigenación

Diagnóstico: limpieza ineficaz de las vías aéreas r/c espasmo de las vías aéreas manifestado por disnea y sibilancias.

NOC: permeabilidad de las vías respiratorias ¹⁹	
Definición: vías traqueobronquiales abiertas, despejadas y limpias para el intercambio de aire	
Indicador: Movilización del esputo hacia fuera de las vías respiratorias.	
Escala de medición	
1	gravemente comprometido
2	sustancialmente comprometido
3	moderadamente comprometido
4	levemente comprometido
5	no comprometido
1. Intervención: Administración de medicación: inhalación ²⁰	
<i>Definición: preparación administración de medicamentos por inhalación</i>	
<p>Actividades:</p> <p>Se siguió los cinco principios de administración de medicamentos</p> <p>Se tomo nota del historial medico y del historial de alergias de la paciente</p> <p>Se determino el conocimiento de la medicación y la comprensión del familiar de la paciente del método de administración</p> <p>Se determino la habilidad del familiar de mamá de la paciente para manipular y administrar la medicación</p> <p>Se ayudo al familiar de la paciente a utilizar el inhalador prescrito</p> <p>Se enseñó al familiar de la paciente a utilizar la cámara de aire (espaciador) con el inhalador.</p> <p>Se seco la tapa del inhalador sujetándolo hacia arriba</p> <p>Se agito el inhalador</p> <p>Se enseñó al familiar de la paciente a inclinar la cabeza ligeramente hacia atrás.</p> <p>Se ayudo al familiar de la paciente a colocar el espaciador en la boca y nariz</p> <p>Se enseñó al familiar de la paciente a apretar el inhalador para liberar la medicación</p> <p>Se enseñó al familiar de la paciente a repetir los lanzamientos según tratamiento prescrito (2 inhalaciones), esperando un minuto entre una y otra.</p> <p>Se enseñó al familiar de la paciente a sacar el cartucho de la medicación y a limpiar el inhalador con agua caliente</p> <p>Se realizo la auscultación pulmonar.</p> <p>Se controlo los efectos de la medicación y se enseñó al familiar de la paciente y a los cuidadores los efectos beneficiosos y los posibles efectos adversos de la medicación</p> <p>Se documento la administración de la medicación y la respuesta del paciente de acuerdo con las normas de la institución</p>	

¹⁹ Clasificación de los resultados de enfermería (NOC) 3° edición Sue Moorhead y cols. Edt. Mosby pag. 381

²⁰ Clasificación de intervenciones de enfermería (CIE) Joanne C:Mc Closkey y Gloria M.Bulechek edit. Mosby pag

2.- Aspiración de las vías aéreas²¹

Definición: extracción de secreciones de las vías aéreas mediante la introducción de un catéter de aspiración en la vía aérea oral y/o la tráquea del paciente.

Actividades:

Se determino la necesidad de la aspiración oral y/o traqueal
Se ausculto los sonidos respiratorios antes y después de la aspiración
Se Informo ala paciente y a la familia sobre la aspiración
Se aspiro la nasofaringe con un dispositivo de aspiración
Se dispuso de precauciones universales, guantes, gafas y máscara.
Se abordó una vía aérea nasal para facilitar la aspiración nasotraqueal.
Se hiperoxígeno con oxígeno al 100% , mediante la utilización del casco cefálico
Se utilizo equipo desechable estéril para cada procedimiento de aspiración
Se selecciono el catéter de aspiración que fuera la mitad del diámetro de la vía aérea de la paciente
Se dispuso de la mínima cantidad de aspiración de pared necesaria para extraer las secreciones
Se observo el estado de oxigenación de paciente (SaO₂) y estado hemodinámico inmediatamente antes, durante y después de la succión.
Se baso la duración de cada aspiración traqueal en la necesidad de extraer secreciones y en la respuesta de la paciente a la aspiración
Se anoto el tipo y cantidad de secreciones obtenidas
Se enseñó al familiar a aspirar la vía aérea

3.- Oxigenoterapia²²

Definición: administración de oxígeno y control de su eficacia

Actividades:

Se elimino las secreciones bucales y nasales
Se mantuvo la permeabilidad de las vías aéreas
Se preparo el equipo de oxigeno y administro aquapack precalentado
Se administro oxígeno suplementario según indicaciones médicas.
Se vigilo el flujo de litros de oxigeno
Se comprobó la posición del dispositivo de aporte de oxigeno
Se instruyo a la madre a cerca de la importancia de dejar el dispositivo de aporte de oxigeno encendido
Se comprobó periódicamente el dispositivo de aporte de oxigeno para asegurar que se administraba la concentración prescrita
Se controlo la eficacia de la oxigenoterapia. (pulsioximetría y gasometría arterial).
Me asegure de la recolocación de la mascara cada vez que se extrae el dispositivo
Comprobé la capacidad del paciente para tolerar la suspensión de la administración de oxigeno mientras come
Se cambio de mascarilla a puntas nasales mientras el paciente come
Se observaron si la paciente presentaba signos de hipoventilación inducida por el oxigeno
Se observo si la paciente presentaba signos de toxicidad por el oxigeno
Se observo la ansiedad de la paciente relacionada con la necesidad de la terapia de oxigeno

EVALUACION: se logro que desapareciera la disnea, las sibilancias audibles, la obstrucción nasal, así como el jadeo audible y los accesos de tos durante el sueño aunque la saturación de oxigeno es de 92% queda con una escala de evaluación de 4 ya que esta levemente comprometida según la oximetría

²¹ Clasificación de intervenciones de enfermería (CIE) Joanne C:Mc Closkey y Gloria M.Bulechek edit. Mosby pag184

²² Clasificación de intervenciones de enfermería (CIE) Joanne C:Mc Closkey y Gloria M.Bulechek edit. Mosby pag 620

Necesidad de nutrición e hidratación

Diagnostico: Lactancia materna ineficaz relacionada con déficit de conocimientos manifestado por signos de aporte inadecuado a la lactante

NOC: mantenimiento de la lactancia materna ²³	
Definición: continuación de la lactancia materna para la alimentación de un lactante	
Indicador: Lactante satisfecho tras la lactación	
Escala de medición	
1	Inadecuado
2	Ligeramente adecuado
3	Moderadamente adecuado
4	Sustancialmente adecuado
5	Completamente adecuado
Intervención: Apoyo emocional a la madre de la paciente ²⁴	
<i>Definición: proporcionar seguridad, aceptación en los momentos de tensión</i>	
<p>Actividades:</p> <p>Se comento la experiencia emocional con la madre de la paciente</p> <p>Se apoyo en el uso de mecanismos adecuados</p> <p>Se ayudo a la madre a reconocer sentimientos tales como ansiedad, ira, tristeza</p> <p>Se animo a la madre a que expresará sus sentimientos de ansiedad, ira y tristeza</p> <p>Se comento las consecuencias de profundizar en el sentimiento de culpa o vergüenza</p> <p>Se escucharon la expresiones de sentimientos y creencias</p> <p>Se facilito la identificación por parte de la madre de respuestas habituales a los miedos</p> <p>Se proporciono ayuda en la toma de decisiones</p>	
Intervención: Asesoramiento la lactancia ²⁵	
<i>Definición: utilización de un proceso interactivo de asistencia para ayudad en el mantenimiento de una alimentación de pecho satisfactoria</i>	
<p>Se determino el conocimiento de la alimentación de pecho</p> <p>Se instruyo a los padres a cerca de la alimentación de la bebe para que puedan realizar una toma de decisión informada</p> <p>Se proporciono información a cerca de las ventajas y desventajas de la alimentación de pecho</p> <p>Se corrigió conceptos equivocados, mala información e imprecisiones a cerca de la alimentación de pecho</p> <p>Se determino el deseo y motivación de la madre para dar de mamar</p> <p>Se proporciono apoyo a las decisiones de la madre</p> <p>Se ofreció a los padres material de educación de acuerdo al tema</p> <p>Se evaluó la comprensión de la madre de las pautas alimentarias de la bebe,</p> <p>Se instruyó en las técnicas de relajación , incluyendo el masaje en los pechos</p> <p>Se fomento la maneja de aumentar el descanso, incluyendo la delegación de tareas hogareñas</p> <p>Se enseñó a la madre el crecimiento de la bebe para identificar los patrones normales de los bebes alimentados con lactancia materna</p> <p>Se proporciono información a cerca de la formula para cuando haya problemas de suministro insuficiente temporal</p>	

²³ Clasificación de los resultados de enfermería (NOC) 3° edición Sue Moorhead y cols. Edt. Mosby pag.414

²⁴ Clasificación de intervenciones de enfermería (CIE) Joanne C:Mc Closkey y Gloria M.Bulechek edit. Mosby pag.155

²⁵ Clasificación de intervenciones de enfermería (CIE) Joanne C:Mc Closkey y Gloria M.Bulechek edit. Mosby pag.

Alimentación por biberón²⁶

Definición: preparación y administración de biberones

Actividades

Se determino el estado del bebe antes de iniciar la alimentación

Se calentó la formula a temperatura ambiente antes de proceder con la alimentación

Se cogió a la bebe durante la alimentación

Se coloco a la bebe en posición semi-fowler durante la alimentación

Se coloco el chupón en la punta de la lengua

Se controlo la toma de liquido regulando la blandura del chupón, el tamaño del orificio y del biberón

Se controlo la toma del alimento

Se instruyo a la madre y al padre en las técnicas de esterilización del equipo de alimentación

Se instruyo a la madre y al padre a cerca de la dilución correcta de la formula

Se instruyo a la madre y al padre sobre el almacenamiento correcto de la formula

Se previno a la madre y al padre a cerca de la utilización del horno de microondas para calentar la formula

Se mostro a los padres sobre la técnica de higiene bucal adecuada.

Evaluación: Realiza una alimentación adecuada para su edad; y en la escala de medición queda con una calificación de 5 (completamente adecuado) ya que se evaluó a los padres y la paciente ya no presenta evacuaciones diarreicas

²⁶ Clasificación de intervenciones de enfermería (CIE) Joanne C:Mc Closkey y Gloria M.Bulechek edit. Mosby pag

Necesidad de higiene y protección de la piel

Diagnostico: Riesgo de infección relacionado con procedimientos invasivos (vía venosa periférica)

NOC: Integridad tisular piel y membranas mucosas²⁷

Definición: indemnidad estructural y función fisiológica normal de la piel y las membranas mucosas

INDICADOR: piel intacta, sensibilidad

ESCALA DE MEDICION

1	gravemente comprometido
2	sustancialmente comprometido
3	Moderadamente comprometido
4	Levemente comprometido
5	No comprometido

INTERVENCION: Mantenimiento de dispositivos de acceso venoso (DAV)²⁸

DEFINICION: *manejo del paciente con acceso venoso prolongado mediante catéteres perforados o no perforados y los implantados*

ACTIVIDADES:

Se determino el tipo de catéter venoso a colocar

Se mantuvo técnica aséptica siempre que se manipulo el catéter

Se mantuvo las precauciones universales

Se verifico las ordenes de las soluciones a perfundir

Se determino la frecuencia del flujo, capacidad del deposito y colocación de las bombas de infusión

Se cambiaron los sistemas, las fijaciones de acuerdo con el protocolo del INER

Se observó si había signos de oclusión del catéter

Se llevo el registro preciso de soluciones de infusión

Se observo a la paciente en busca de signos y síntomas asociados con infección local o sistémica

Se instruyo a la madre en el mantenimiento del dispositivo

Evaluación: al egresar a la paciente o presenta signos y/o síntomas de infección por lo que se evaluó como no comprometida (5)

²⁷ Clasificación de los resultados de enfermería (NOC) 3° edición Sue Moorhead y cols. Edt. Mosby pag. 407

²⁸ Clasificación de intervenciones de enfermería (CIE) Joanne C:Mc Closkey y Gloria M.Bulechek edit. Mosby pag.....

Necesidad de evitar peligros

Diagnostico: Riesgo de deterioro parental relacionado con falta de conocimientos sobre habilidades parentales manifestado por accidentes frecuentes de la lactante

NOC: afrontamiento de los problemas de la familia²⁹

Definición: acciones de la familia para controlar los factores estresantes que comprometen los recursos de la familia

INDICADOR: comparte responsabilidades en las tareas familiares

ESCALA DE MEDICION

1	Nunca demostrado
2	Raramente demostrado
3	A veces demostrado
4	Frecuentemente demostrado
5	Siempre demostrado

INTERVENCION: Apoyo al cuidador principal³⁰

DEFINICION: *suministro de la necesaria información, recomendación y apoyo para facilitar los cuidados primarios al paciente por parte de una persona distinta del profesional de cuidados sanitarios*

ACTIVIDADES:

Se determino el nivel de conocimientos de la cuidadora

Se determino de la cuidadora su papel

Se reconoció la dependencia que tiene la paciente de la cuidadora

Se animo a la cuidadora a que asumiera su responsabilidad

Se proporciono información del estado de la paciente a la madre

Se enseñó a la cuidadora la terapia de la paciente (dieta, tratamiento farmacológico, ejercicios).

Se enseñó a la cuidadora estrategias de mantenimiento de cuidados sanitarios para mantener su propia salud física y psicológica

Se informo a la cuidadora sobre los recursos sanitarios y comunitarios

Se actuó en lugar de la cuidadora cuando se hizo evidente una sobrecarga de trabajo

²⁹ Clasificación de los resultados de enfermería (NOC) 3° edición Sue Moorhead y cols. Edt. Mosby pag.138

³⁰ Clasificación de intervenciones de enfermería (CIE) Joanne C:Mc Closkey y Gloria M.Bulechek edit. Mosby pag

2.- disminución de la ansiedad³¹

Definición: minimizar la aprensión, temor, presagios relacionados con una fuente no identificada de peligro por adelantado

Se utilizó un enfoque sereno que seguridad

Se estableció claramente las expectativas del comportamiento de la paciente

Se explicó todos los procedimientos

Se trató de comprender las perspectivas de la paciente y de su mamá sobre una situación estresante

Se proporcionó información objetiva respecto del diagnóstico, tratamiento y pronóstico

Se permaneció con la paciente para promover la seguridad y reducir el miedo

Animar a los padres a permanecer con la niña

Se proporcionaron objetos que simbolizan para la niña seguridad

Se administraron masajes en la espalda.

Evaluación: según la escala de medición queda con una calificación de 3 (A veces demostrado) ya que se hizo un seguimiento del caso y se encontró a la paciente sola o cuidada por sus hermanos de 6 y 7 años de edad

³¹ Clasificación de intervenciones de enfermería (CIE) Joanne C:Mc Closkey y Gloria M.Bulechek edit. Mosby pag 324

Necesidad de jugar / participar en actividades recreativas

Diagnostico: Intolerancia a la actividad relacionada con desequilibrio entre aportes y demandas de oxígeno manifestado por disnea

NOC: Tolerancia a la actividad ³²	
Definición: respuesta fisiológica a los movimientos que consumen energía en las actividades diarias	
INDICADOR: facilidad para realizar las actividades de la vida diaria	
ESCALA DE MEDICION	
1	Gravemente comprometido
2	Sustancialmente comprometido
3	Moderadamente comprometido
4	Levemente comprometido
5	No comprometido
1. INTERVENCION: Manejo de energía ³³	
DEFINICION: <i>regulación del uso de la energía para tratar o evitar la fatiga y mejorar la funciones</i>	
ACTIVIDADES: Se determinaron las limitaciones físicas del paciente Se determino la percepción de la causa de la fatiga por parte de la madre Se determino las causas de la fatiga (disnea de medianos esfuerzos) Se controlo la ingesta nutricional para asegurar los recursos energéticos adecuados Se observo a la paciente por si aprecian indicios de exceso de fatiga física y emocional Se vigilo la respuesta cardio-respiratoria a la actividad (taquicardia, disnea, diaforesis, palidez) Se observo y registro el esquema y numero de horas de sueño de la paciente Se eliminaron los estímulos ambientales (luz y ruidos) para facilitar la relajación.	
Ayuda con los autocuidados: alimentación ³⁴	
<i>Definición: proporcionar la ingesta nutricional al paciente que no puede alimentarse por si mismo</i>	
Se identifico la dieta prescrita	
Se dispuso la bandeja de comida y la mesa de forma atractiva	

³² Clasificación de los resultados de enfermería (NOC) 3° edición Sue Moorhead y cols. Edt. Mosby pag.542

³³ Clasificación de intervenciones de enfermería (CIE) Joanne C:Mc Closkey y Gloria M.Bulechek edit. Mosby pag 504

³⁴ Clasificación de intervenciones de enfermería (CIE) Joanne C:Mc Closkey y Gloria M.Bulechek edit. Mosby pag 193

2.	Ayuda con los autocuidados: aseo ³⁵	
	<i>Definición: ayudar a otra persona en las eliminaciones</i>	
	<i>Se ayudo a la paciente en el aseo posterior a la eliminación</i>	
	<i>Se dispuso de intimidad durante la eliminación</i>	
	<i>Se cambio el pañal y la ropa del paciente después de la eliminación</i>	
	<i>Se enseñó a la madre la rutina del aseo</i>	
	Ayuda con los autocuidados: vestir, arreglo personal ³⁶	
	<i>Definición: ayudar a un paciente con las ropas y el maquillaje</i>	
	Actividades	
	Se dispuso las prendas del paciente en un lugar accesible para la madre	
	Se estuvo disponible para ayudar en el vestir	
	Se mantuvo la intimidad mientras vestían a la paciente	
	Se coloco la ropa sucia en el tánico	
	Ayuda con los autocuidados: baño e higiene ³⁷	
	<i>Definición: ayudar al paciente a realizar la higiene personal</i>	
	Se colocaron toallas, jabón, aceite, champú en el baño	
	Se animo a la madre para que ella bañara a la paciente	
	Se comprobó la limpieza de las uñas.	
	Se facilito el mantenimiento de las rutinas de la paciente a la hora de irse a la cama, indicios de presueño y objetos personales (juguete favorito, ser mecida o amamantarla)	
	Se fomento la participación de los padres en los rituales a la hora de irse la cama	

³⁵ Clasificación de intervenciones de enfermería (CIE) Joanne C:Mc Closkey y Gloria M.Bulechek edit. Mosby pag 194

³⁶ Clasificación de intervenciones de enfermería (CIE) Joanne C:Mc Closkey y Gloria M.Bulechek edit. Mosby pag 196

³⁷ Clasificación de intervenciones de enfermería (CIE) Joanne C:Mc Closkey y Gloria M.Bulechek edit. Mosby pag 195

3. Manejo ambiental: confort³⁸

Definición: manipulación del entorno del paciente para facilitar una comodidad optima

Actividades:

Se seleccionaron compañeros de habitación que tuvieran preocupaciones ambientales similares

Se limitaron las visitas durante la noche

Evitar interrupciones innecesarias y permitir periodos de reposo

Se determino las fuentes de incomodidad, como pañal mojado, ropa de cuna arrugada

Se proporciono una cuna limpia y cómoda

Se proporcionaron cobertores para fomentar la comodidad en cuanto a la temperatura

Se evitaron exposiciones innecesarias, corrientes de aire, exceso de calor o frio.

Se ajusto la iluminación de forma que se adaptara a las actividades de la paciente, evitando la luz directa en los ojos

Se controlaron o evitaron ruidos indeseables o excesivos en lo posible

Se facilitaron medidas de higiene para mantener la comodidad de la paciente

Se coloco a la paciente de forma que se facilitara la comodidad

4. Terapia de actividad³⁹

Definición: prescripción de, y asistencia en actividades físicas, cognitivas, sociales y espirituales específicas para aumentar el margen, frecuencia o duración de la de la actividad de un individuo

Se determino el compromiso de la paciente con el aumento de la frecuencia de actividades

Se ayudo a explorar el significado personal de la actividad (juego)

Se ayudo a elegir actividades coherentes con sus posibilidades físicas, psicológicas y sociales

Se ayudo a centrarse en lo que la paciente podía hacer mas que en los déficit

Se ayudo a identificar y obtener los recursos necesarios para la actividad deseada

Se ayudo a la madre a identificar las preferencia de la paciente en cuanto a las actividades

Se ayudo a programar periodos específicos de actividad de diversión en la rutina diaria

Se enseño a los padres a realizar con su hija la actividad deseada o prescrita

Se ayudo a los padres a adaptar el entorno para acomodarlo a las actividades deseadas

³⁸ Clasificación de intervenciones de enfermería (CIE) Joanne C:Mc Closkey y Gloria M.Bulechek edit. Mosby pag 463

³⁹ Clasificación de intervenciones de enfermería (CIE) Joanne C:Mc Closkey y Gloria M.Bulechek edit. Mosby pag 719

⁴⁰ Clasificación de intervenciones de enfermería (CIE) Joanne C:Mc Closkey y Gloria M.Bulechek edit. Mosby pag 407

Se facilito la sustitución de actividades cuando la paciente tenia limitaciones de tiempo, energía o movimiento
Se ayudo a las actividades físicas regulares
Se dispuso de un refuerzo positivo en la participación de actividades
Se observo la respuesta emocional y social a la actividad
Se ayudo a los padres a monitorizar el progreso en la consecución de objetivos

Fomentar el sueño⁴⁰

Definición: facilitar ciclos de sueño / vigilia

Actividades

Se determino el esquema de sueño / vigilia
Se incluyo el ciclo regular de sueño / vigilia de la paciente en la planificación de los cuidados
Se observo y registro el esquema y numero de horas de sueño de la paciente
Se comprobó el esquema de sueño de la paciente y se observaron la circunstancias físicas (vías aéreas obstruidas, sibilancias y molestias) y psicológicas (ansiedad o miedo)
Se controlaron la participación en actividades que le causaran fatiga durante la vigilia para evitar cansancio excesivo
Se ajusto el ambiente (luz, ruido, temperatura y cuna) para favorecer el sueño
Se animo a la paciente y a su mamá a que se estableciera una rutina a la hora de irse a la cuna para facilitar la transición del estado de vigilia al de sueño
Se ayudo a la paciente a limitar el sueño durante el día disponiendo de actividades que favorezcan la vigilia
Se dispuso de medidas agradables (el contacto afectuoso con su madre)
Se dispuso de pequeñas siestecitas durante el día para cumplir con las necesidades de sueño.
Se agruparon las actividades de enfermería para minimizar el numero de despertares; permitiendo ciclos de sueño mayores a 90 minutos
Se ajusto el programa de administración de medicamentos para apoyar el ciclo de sueño
Se regularon los estímulos del ambiente para mantener los ciclos día – noche normales
Se comento con los padres medidas de comodidad, técnicas para favorecer el sueño

Evaluación: se da la escala de evaluación de no comprometido (5) facilitándole las actividades de la vida diaria por medio de una terapia de actividad de acuerdo a su edad.

Diagnostico: Conocimientos deficientes (sobre su proceso de enfermedad y régimen terapéutico)

NOC: conocimiento régimen terapéutico ⁴¹ y/o conocimiento proceso de la enfermedad ⁴²	
Grado de comprensión transmitido sobre el régimen terapéutico específico	Grado de comprensión transmitido sobre el proceso de una enfermedad concreta
INDICADOR: Descripción de la medicación prescrita	
ESCALA DE MEDICION	
1	Ninguno
2	Escaso
3	Moderado
4	Sustancial
5	Extenso
1. INTERVENCION Enseñanza procedimiento/ tratamiento ⁴³	
DEFINICION: preparación de un paciente para que comprenda y se prepare mentalmente para un procedimiento o tratamiento prescrito	
ACTIVIDADES	
a) Se informo al familiar a cerca de cuando y donde tendría lugar el procedimiento / tratamiento	
b) Se informo a la madre la duración esperada del procedimiento	
c) Se informo a la madre sobre la persona que realizaría el procedimiento / tratamiento	
d) Se reforzó la confianza de la paciente y su familiar en el personal involucrado	
e) Se explico el propósito del procedimiento / tratamiento	
f) Se describieron las actividades del procedimiento / tratamiento	
g) Se explico el procedimiento / tratamiento	
h) Se obtuvo el consentimiento informado del familiar del procedimiento/ tratamiento	
i) Se implico a la niña en el procedimiento (sujetar) pero no dar elección en el procedimiento completo	
j) Se realizo una visita a la habitación del procedimiento / tratamiento	
k) Se explico a la madre la necesidad de ciertos equipos (dispositivos de monitorización) y sus funciones	
l) Se proporciono información a cerca de lo que se oiría, vería y sentiría durante el suceso	
m) Se describieron las valoraciones / actividades posteriores al procedimiento	

⁴¹ Clasificación de los resultados de enfermería (NOC) 3° edición Sue Moorhead y cols. Edt. Mosby pag. 246

⁴² Clasificación de los resultados de enfermería (NOC) 3° edición Sue Moorhead y cols. Edt. Mosby pag. 244

⁴³ Clasificación de intervenciones de enfermería (CIE) Joanne C:Mc Closkey y Gloria M.Bulechek edit. Mosby pag 358

- n) Se reforzó la información proporcionada por otros miembros del equipo
- o) Se proporciono distracción a la niña para que desviara su atención del procedimiento
- p) Se dio tiempo al familiar para que realizará preguntas y discutiera sus inquietudes.

2. Enseñanza: proceso de enfermedad⁴⁴

Definición: ayudar al paciente a comprender la información relacionada con su proceso de enfermedad específico

Actividades

- a) Se evaluó el nivel actual de conocimientos de los padres relacionado con el proceso de enfermedad
- b) Se explico a los padres la fisiopatología del asma y su relación con la anatomía y la fisiología
- c) Se describieron los signos y síntomas comunes del asma
- d) Se explicaron las posibles etiologías
- e) Se proporciono información específica acerca del asma a los padres
- f) Se proporciono información a los padres acerca de las medidas de diagnostico posibles
- g) Se comento con los padres los cambios en el estilo de vida que son necesarios para evitar posibles complicaciones
- h) Se describieron las posibles complicaciones crónicas
- i) Se enseño a los padres las medidas para controlar el asma

3. Enseñanza: medicamentos prescritos⁴⁵

Preparación de un paciente para que tome de forma segura los medicamentos prescritos y observar sus efectos

Actividades:

- a) Se informo a la madre sobre el nombre genérico y comercial de cada medicamento
- b) Se informo a la madre a cerca del propósito y la acción de cada medicamento
- c) Se instruyo a la madre de la dosis , vía, y duración del efecto de cada medicamento
- d) Se instruyo a la madre acerca de la administración / aplicación de cada medicamento
- e) Se evaluó la capacidad de la madre para administrar los medicamentos a la niña
- f) Se enseño a la madre a realizar los procedimientos necesarios antes de proporcionar la medicación

⁴⁴ Clasificación de intervenciones de enfermería (CIE) Joanne C:Mc Closkey y Gloria M.Bulechek edit. Mosby pag 360

⁴⁵ Clasificación de intervenciones de enfermería (CIE) Joanne C:Mc Closkey y Gloria M.Bulechek edit. Mosby pag.350

⁴⁶ Clasificación de intervenciones de enfermería (CIE) Joanne C:Mc Closkey y Gloria M.Bulechek edit. Mosby pag 624

- g) Se informo a la madre de lo que tiene que hacer si se llegara a pasar por alto una dosis
- h) Se informo a la madre sobre las consecuencias de que la paciente no tome o suspendan el tratamiento bruscamente
- i) Se instruyo a la madre acerca de los posibles efectos secundarios adversos de cada medicamento
- j) Se enseño a la madre a prevenir los efectos secundarios
- k) Se instruyo a la madre acerca de los signos y síntomas de sobredosis y subdosis
- l) Se enseño a la madre a almacenar correctamente los medicamentos
- m) Se ayudo a la madre a desarrollar un horario de medicación escrito
- n) Se recomendó a la madre llevar la documentación del régimen de la medicación prescrita

5. Planificación del alta⁴⁶

Definición: preparación para trasladar al paciente desde un nivel de cuidados a otro dentro o fuera del centro de cuidados actual

Actividades:

- a) Se ayudo al padre a preparar el alta
- b) Se identifico la comprensión de los conocimientos y habilidades necesarias por parte de los padres para poner en practica después del alta
- c) Se identificó lo que debe aprender la madre para los cuidados posteriores la alta
- d) Se observo que todo estuviera listo para el alta
- e) Se comunico a los padres los planes de alta del paciente
- f) Se formulo el plan de mantenimiento para el seguimiento posterior al alta
- g) Se ayudo a los padres en la planeación de los ambientes de apoyo necesarios para promover los cuidados fuera del hospital
- h) Se desarrollo un plan en el que se consideraron las necesidades de cuidado de la paciente

Evaluación: el conocimiento del régimen terapéutico y del proceso de la enfermedad fue evaluado como sustancial (4) ya que al hacerles preguntas a los padres acerca de la enfermedad y tratamiento de la lactante ellos respondieron en un 90% correctamente.

IV. CONCLUSIONES

El proceso atención de enfermería es de gran utilidad para la atención a los pacientes, ya que se convierte en una guía para proporcionar los cuidados de enfermería individualizados, correctos y con bases científicas para lograr un pronto restablecimiento de la salud de la lactante reincorporándola lo mas pronto posible a su núcleo familiar

Hacia los familiares

Cuando un individuo enferma toda su familia lo hace con él, pero además cuando el paciente esta en edad pediátrica, la enfermedad tiene un alto grado de complejidad se hace más inminente el apoyo que esa familia debe recibir por el personal Enfermería. Y con la realización del Proceso Atención de Enfermería se apoyo a los padres para la adquisición de nuevos conocimientos respecto a la patología, al tratamiento medico y de enfermería a si como al cuidado que se le deben tener a su hija en el aspecto físico, psicológico y social. También se les enseñó la forma de prevenir complicaciones y reincidencias al hospital

Hacia la enfermera

Como enfermera me ayudo el tener planeadas las intervenciones que le proporcionaría a la paciente ya que evite trabajo innecesario

Hacia la institución: el Instituto Nacional de Enfermedades Respiratorias se beneficio porque la paciente estuvo menor tiempo hospitalizada por lo que los costos de días – estancia hospitalaria disminuyeron, permitiendo la atención a otros pacientes.

Martha.

V. SUGERENCIAS

El Proceso Atención de Enfermería debería de ser aplicado a todas las personas a las cuales les proporcionamos atención. Para evitar las intervenciones de enfermería duplicadas a así evitar fugas de tiempo de atención. No solo en las escuelas porque dentro de la instrucción académica los alumnos aprendemos a nivel teórico a realizar un Proceso Atención de Enfermería pero al incorporarnos a las fuentes de trabajo jamás lo ponemos en práctica.

VI. ANEXOS Escuela Nacional de Enfermería y Obstetricia

Instrumento de Valoración

Nombre: _____ edad: _____ Sexo: _____ Edo. Civil: _____ Fecha de admisión: _____
procedencia: _____ Fuente de información: _____ teléfono: _____ persona
significativa: _____

1.- necesidad de oxigenación

Subjetivo:

Fuma _____ Desde cuando fuma, cuantos cigarrillos al día y si varía la cantidad de acuerdo a su estado de animo: _____ ha presentado molestias para respirar?

Objetivo:

Registro de S.V. y características: Pulso: _____ Respiración: _____ Temperatura: _____ Presión Arterial: _____ F.C.: _____

Características de la ventilación, tos, piel mucosas y llenado capilar _____

Pulso periférico _____

Otros: _____

2.- necesidad de nutrición / hidratación

Subjetivo:

¿Qué come y qué piensa de su alimentación? _____

¿Cuántas comidas realiza al día? _____ Hay alimentos que le disgustan o no tolere? _____

¿Come otros alimentos entre comidas? _____ ¿ por que? _____

¿Toma suplementos nutritivos: vitaminas, minerales etc.? _____ ¿Cuales? _____

Problemas de masticación, deglución, percepción de sabores y olores _____

Datos objetivos:

Peso _____ Talla _____ ingiere lo que le sirven _____ porcentaje estimado en Kcal _____
capacidad para alimentarse _____

Describir el aspecto de piel, dientes, encías mucosas y anexos _____

Le agrada comer solo o acompañado _____

3.- necesidad de eliminación

Subjetivo:

Hábitos intestinales y vesicales _____ Antecedentes de hemorragia de T.D. _____ uso de laxantes

Dolor al orinar o defecar _____ presencia de hemorroides _____ ¿como influyen las emociones en su patrón de eliminación? _____

Objetivo:

Capacidad para trasladarse y levantarse al W.C. _____

Ruidos intestinales (características) _____ palpación de la vejiga urinaria (características) _____

Control de esfínteres _____

Otros: _____

4.- necesidad de moverse y mantener una buena postura

Subjetivo:

Capacidad física cotidiana: _____

Necesita ayuda para seleccionar su vestuario _____

Objetivos:

Viste de acuerdo a su edad: _____

Capacidad psicomotriz para vestirse y desvestirse: _____

Otros: _____

5.- necesidad de descanso y sueño

Subjetivo:

Horario de descanso: _____ Horario de sueño: _____

Horas de descanso _____ horas de sueño _____ Toma siesta: _____ Padece insomnio

A que considera que se deba _____ toma medicamentos para dormir _____

Se siente descansado al levantarse: _____

¿Alguna molestia que le permita conciliar el sueño? _____

Objetivo:

Estado mental: ansiedad, somnolencia: _____

Atención _____ Bostezos: _____ Concentración: _____ Apatía _____

Respuesta a estímulos (verbales y táctiles) _____

6.- necesidad de usar prendas de vestir adecuadas

Subjetivo:

Influye su estado de ánimo para la selección de sus prendas de vestir: _____

Necesita ayuda para la selección de su vestuario: _____

Objetivo:

Capacidad psicomotora para vestirse y desvestirse: _____

Ortos _____

7.- necesidad de termorregulación

Subjetivo:

Que medidas realiza para mantener su temperatura corporal _____

Se adapta a los cambios de temperatura: _____

Temperatura ambiente que le es agradable: _____

Objetivo:

Temperatura de la piel y lechos distales: _____ Transpiración: _____

Recursos que utiliza para mantener la temperatura corporal _____

Condiciones del entorno físico _____

8.- necesidad de higiene y protección a la piel

Subjetivo:

Frecuencia de baño: _____ Momento preferido para el baño: _____

Cuántas veces al día se lava los dientes: _____

Aseo de manos antes y después de comer: _____ después de eliminar: _____

Objetivo:

Aspecto general: _____ olor corporal: _____ Halitosis: _____

Estado del cuero cabelludo: _____ se baña solo o requiere ayuda? _____

Lesiones dérmicas _____ Higiene y características de las uñas _____

Requiere aseo corporal parcial _____ realiza arreglo personal _____

9.- necesidad de evitar peligros

Subjetivo:

¿Reconoce las causas de peligro potencial que ocasionan lesión? _____

Como reacciona ante una situación de urgencia: _____

Conoce las medidas en caso de accidente: _____

Sabe que hacer en caso de incendio o sismo _____

Realiza controles periódicos de salud: _____

Como canaliza las situaciones de tensión en su vida: _____

Objetivo:

Estados de los órganos de los sentidos _____

Condiciones de seguridad de las casas hogar _____

Capacidad para el uso de aparatos de ortosis _____

Otros _____

10.- necesidad de comunicación

Subjetivo:

Vivía con: _____ años de relación _____ se relaciona con sus familiares y otras personas: _____

Comenta sus problemas con su familia u otras personas: _____

Cuanto tiempo pasa sola: _____

Frecuenta los diferentes contactos sociales _____

Objetivo:

Habla claro o confuso: _____

Comunicación verbal y no verbal con la familia o con otras personas: _____

Otros _____

11.- necesidad de vivir según sus creencias y valores

Subjetivo:

¿Qué significado tienen sus creencias, hábitos costumbres y trato digno _____

Como percibe la atención y cuidado en su casa (hogar) _____

Principales valores personales: _____

Tiene creencias personales que limitan los hábitos higiénicos _____

Objetivo:

Hábitos específicos de vivir, grupo social o religioso: _____

Permite el contacto físico: _____

Tiene algún objeto indicativo de determinados valores y creencias: _____

12.- necesidad de trabajar y realizarse

Subjetivo:

Trabaja actualmente: _____ Tipo de trabajo: _____ Riesgos: _____

Cuanto tiempo le dedica al trabajo: _____ Esta satisfecho con su trabajo: _____

su sueldo le permite cubrir sus necesidades básicas y/o las de su familia _____

Esta satisfecho con el rol familiar que juega: _____

Objetivo:

Estado emocional en que se encuentra por estar internado: _____

Otros: _____

13.- necesidad de jugar y participar en actividades recreativas

Subjetivo:

Que actividades realiza en su tiempo libre: _____

Que actividad le gustaría realizar durante su estancia: _____

Objetivo:

Se muestra apático, aburrido o participativo: _____

14.- necesidad de aprendizaje

Subjetivo:

Nivel de educación: _____

Problemas de aprendizaje: _____

Limitaciones cognitivas: _____ tipo: _____

Preferencias. Leer/escribir: _____

Conoce las fuentes de apoyo para el aprendizaje en su comunidad: _____

Sabe como utilizar estas fuentes de apoyo: _____

Interés en el aprendizaje para resolver problemas de salud: _____

Objetivo:

Estado mental, orientación, comprensión y juicio: _____ memoria reciente: _____

Memoria remota: _____ otras manifestaciones: _____

Concepto:

El asma es una condición crónica del sistema respiratorio, en el que sus vías ocasionalmente se contraen, se inflaman y se producen cantidades excesivas de mucosidad, a menudo en respuesta a uno o más factores desencadenantes.⁴⁷ Estos episodios pueden ser desencadenados por cosas tales como la exposición a un medio ambiente estimulante, como un alérgeno, aire húmedo, el ejercicio o esfuerzo, o el estrés emocional.

Epidemiología

El asma es una enfermedad frecuente que varía mucho de un país a otro. Afecta alrededor del 3 al 7% de la población adulta, siendo más frecuente en edades infantiles. En niños es una de las más importantes enfermedades crónicas. Es más frecuente en el sexo masculino en una relación de 2:1, pero al llegar a la pubertad, esta relación tiende a igualarse.⁴⁸ En los últimos veinte años se ha registrado un aumento en su incidencia debido en parte a la contaminación ambiental y las consecuencias de esta, y en parte al aumento de la población mundial. La enfermedad tiene un fuerte componente hereditario, expresado como un antecedente familiar de rinitis, urticaria y eccema, por ejemplo. Sin embargo, muchos asmáticos no tienen antecedentes familiares que indiquen una asociación atópica. Hasta el momento no se ha demostrado ninguna de las hipótesis infecciosas propuestas como origen del cuadro.

Fisiopatología

Anteriormente el asma se consideraba una enfermedad en la cual había aumento en la contractilidad del músculo liso de las vías aéreas en respuesta a múltiples estímulos bronco- constrictores. Estudios durante los últimos 10 años confirman que la reducción en el diámetro de las vías aéreas no solamente es secundaria a un efecto bronco-constrictor, sino que contribuyen otros factores como aumento de la permeabilidad de los capilares de la mucosa bronquial, edema de la pared bronquial, infiltración por células inflamatorias y aumento en la cantidad de secreciones bronquiales con taponamiento de las pequeñas vías aéreas. Este proceso inflamatorio responde muy pobre y lentamente a medicamentos broncodilatadores. Hay un consenso general en que la inflamación es el principal componente del proceso asmático y que el tratamiento debe ser orientado a su control. Todos los expertos y consensos recientes reconocen la importancia de la utilización de terapia antiinflamatoria con esteroides en prácticamente todos los grados de severidad de presentación del asma bronquial. Los esteroides no deben ser reservados

⁴⁷ *Asthma: What Causes Asthma.* Asthma and Allergy Foundation of America.

⁴⁸ Harrison Principios de Medicina Interna 16a edición (2006). Capítulo 236. Asma (en español). Harrison online en español. McGraw-Hill.

únicamente para el manejo de los cuadros severos, ya que su gran utilidad está demostrada hasta en grados leves de la enfermedad con la utilización de sus presentaciones en forma inhalada. La inflamación en el asma es compleja y en ella participan múltiples células y mediadores.

Células reconocidas como inflamatorias e inmunogénicas como linfocitos, macrófagos, eosinófilos, mastocitos, neutrófilos y otras células denominadas propias o residentes del pulmón con un potencial inflamatorio como las del epitelio bronquial y del endotelio vascular, liberan y producen múltiples sustancias proinflamatorias como: Interleuquinas (IL), IL-2, IL-3, IL-4, IL-5, IL-6, IL-10, IL-12, IL-13, factores estimulantes de formación de colonias de macrófagos-granulocitos (GM-CSF), factores de necrosis tumoral, superóxidos, proteína básica mayor de los eosinófilos, histamina, triptasa, prostaglandinas, leucotrienos, factores activadores de plaquetas, moléculas de adhesión (ICAM-1–VCAM 1) y selectinas. Los linfocitos T CD4 aparecen como los que desempeñan un papel determinante en desencadenar y coordinar el proceso inflamatorio; interleuquinas producidas por estas células son responsables de la diferenciación, síntesis, quimiotaxis y activación de los eosinófilos, presentes en gran cantidad en las secreciones bronquiales, nasales y en la sangre de las personas que presentan un proceso inflamatorio asmático. El éxito observado con la utilización de esteroides redonda en su habilidad para controlar y regular el proceso denominado “cascada inflamatoria” siempre presente en la reacción asmática. La falta de actividad antiinflamatoria de los anti-histaminicos y de medicamentos antileucotrienos de primera generación sugiere que el control de un solo mecanismo, de los múltiples presentes en la reacción inflamatoria asmática, carece de verdadera utilidad clínica en el manejo del paciente asmático.

Sintomatología:

Los síntomas más característicos del asma bronquial son la disnea o dificultad respiratoria de intensidad y duración variable y con la presencia de espasmos bronquiales, habitualmente acompañados de tos, secreciones mucosas y respiración sibilante.

Clasificación

Durante años el asma se ha tratado de clasificar de acuerdo a su etiología, especialmente relacionando la sensibilización a agentes presentes en el ambiente, pero desafortunadamente este método encuentra individuos en los cuales no se demuestran factores ambientales, denominándose esta variedad como “intrínseca” o idiopática, mientras que aquellos que además presentan atopía, historia familiar, elevadas cifras de IgE y aumento de eosinófilos, se agrupan en la variedad de asma extrínseca o alérgica. Recientemente se ha reconocido un tercer grupo denominado asma ocupacional, al que pertenecen

aquellos individuos que se han sensibilizado a un agente presente en el ambiente de trabajo y que no eran asmáticos previamente.

En enero de 1995, el Instituto Nacional de Salud de los Estados publicó el documento llamado "Global Initiative for Asthma" (GINA) el cual se actualiza periódicamente, siendo su última versión la publicada en el año 2002, la cual define cuatro grados de severidad. El tratamiento correspondiente a cada nivel de severidad se ha definido también que debe ser variable y progresivo y se ha denominado Manejo o Tratamiento Escalonado:

Asma leve intermitente

- Síntomas intermitentes cortos <1 vez/semana
- Síntomas nocturnos cortos no más de 2 veces/mes
- Asintomático entre uno y otro episodio
- Flujo Pico & VEF1 >80%
- Variaciones de Flujo Pico & VEF1 < 20%

Asma leve persistente

- Síntomas persistentes >1 vez por semana
- Síntomas <1 vez por día
- Síntomas que pueden alterar la actividad diaria o el sueño
- Síntomas nocturnos >2 veces por mes
- Flujo Pico VEF1 >80%
- Variaciones de Flujo Pico VEF1 20-30%

Asma moderada persistente

- Síntomas diarios persistentes
- Síntomas que alteran actividad diaria y sueño
- Síntomas nocturnos >1 vez por semana

- Uso diario de B2 agonistas de acción corta
- Flujo Pico VEF1 60-80%
- Variaciones de Flujo Pico VEF1 >30%

Asma severa persistente

- Síntomas permanentes
- Episodios agudos frecuentes
- Síntomas nocturnos muy frecuentes
- Actividad física diaria limitada por el asma
- Flujo Pico VEF1 < 60%
- Variaciones de Flujo Pico VEF1 >30%

Procedimientos diagnósticos

- o Examen físico y signos vitales
- o Medición del grado de obstrucción (medición de flujo pico o espirometría).
- o Gases arteriales
- o Radiografía del tórax

Tratamiento

Los fines del tratamiento del ataque agudo de asma bronquial son:

1. Revertir la obstrucción de la vía aérea lo antes posible.
2. Controlar rápida y adecuadamente la hipoxemia.
3. Recuperar la función respiratoria prontamente.
4. Planes para evitar episodios futuros.
5. Dar instrucciones escritas de manejo de crisis actuales y futuras.

Oxígeno: desde el momento de la admisión el paciente debe recibir oxígeno por cánula nasal a 3,0 L/min (FiO2 30%) en forma rutinaria.

Si la pulso-oximetría permanece por debajo de 90% con esta concentración de oxígeno, debe hacerse la determinación de gases arteriales para confirmar la existencia de hipoxemia y entonces iniciar la

administración de mayores concentraciones de oxígeno por medio de máscaras (FiO2 50%). La presencia de hipoxemia refractaria al manejo con cánulas nasales debe hacer sospechar otras patologías asociadas como neumonía, barotrauma, etc.

Corticosteroides: los esteroides reducen la inflamación de la vía aérea. Su utilización reduce las muertes por estado asmático agudo, disminuye el número de hospitalizaciones y también reduce los episodios de relapso en las horas o días siguientes. Su uso debe ser rutinario en estos casos, y están indicados para el manejo de cualquier exacerbación, excluyendo únicamente las muy leves. Su utilización está claramente indicada en las tres siguientes circunstancias:

1. Ausencia de mejoría con la utilización del esquema de B2 agonistas.
2. En pacientes que ya están recibiendo esteroides sistémicos.
3. Historia de exacerbaciones agudas que requirieron esteroides sistémicos.

Pueden ser usados por vía parenteral (intramuscular o intravenosa) o inclusive por vía oral, descartando esta vía en pacientes que van a requerir intubación o que presentan vómito.

Los esteroides sistémicos requieren al menos cuatro horas para demostrar su acción antiinflamatoria y producir mejoría clínica. Meta análisis recientes sugieren que dosis de glucocorticoides equivalentes a 60-80 mg/día de metilprednisolona o 300-400 mg de hidrocortisona son probablemente adecuados

La duración del tratamiento no está completamente establecida, pero 10-14 días en adultos y 3-5 días en niños pueden considerarse apropiadas.

Los glucocorticoides inhalados pueden ser útiles

Aparentemente no hay necesidad de hacer una reducción gradual si se usan durante un periodo corto o varias semanas.

En el manejo de las exacerbaciones agudas: hay estudios que demuestran que altas dosis de esteroides inhalados y B2 de corta acción también inhalados, produce mejor grado de dilatación que la utilización de broncodilatadores exclusivamente.

Pacientes egresados de urgencias recibiendo esteroides inhalados y orales evolucionan mejor y tienen menos probabilidades de recaída que aquellos con esteroides orales solamente.

Altas dosis de esteroides inhalados logran una eficiencia similar para prevenir exacerbaciones que dosis orales de esteroides.

Pacientes que no toleran o no aceptan recibir esteroides sistémicos pueden ser manejados con altas dosis de esteroides inhalados, observándose un costo mayor que en ciertos casos puede estar justificado.

Beta-agonistas: constituyen la droga de elección para manejar el espasmo del músculo liso de vía aérea en el *status asmaticus*. Terbutalina y salbutamol son los más utilizados por tener un efecto B2 más

selectivo y un inicio inmediato de acción. Se recomienda nebulización cada 20 minutos durante la primera hora y continuar cada hora hasta detectar mejoría clínica y funcional. Hay datos que soportan el hecho de que estos medicamentos también pueden administrarse por medio de inhaladores de mano con espaciadores logrando un beneficio funcional similar.

Terbutalina. Nebulización: 5-10 gotas (4-10 mg) en 2,5 ml. de sol. Salina.

Inhalación con espaciador: 2-4 aspiraciones. Cada 20 minutos en la primera hora, después cada hora.

Salbutamol. Nebulización: 0,5 ml. de solución al 0,5% (2,5 mg) en 2,5 de sol salina.

Inhalación con espaciador: 2-4 aspiraciones. Cada 20 minutos en la primera hora, después cada hora.

Teofilina: Es un broncodilatador menos eficaz que los B2 inhalados; por lo tanto, no es la droga de primera elección. Su utilización simultánea puede aumentar la incidencia de efectos colaterales como náusea, temblor, taquicardia y ansiedad. No hay estudios que respalden su utilización en estado asmático agudo o que demuestren una mejoría más rápida con su administración. Su uso está restringido solamente para aquellos pacientes con respuesta inadecuada después de la administración de B2 inhalados y corticoesteroides. No hay diferencia en la utilización oral o parenteral, prefiriendo la infusión intravenosa en pacientes que puedan requerir intubación; la medición de niveles debe iniciarse 4-6 horas después de iniciada esta medicación. La administración oral previa hace indispensable la medición de niveles sanguíneos de la droga antes de re-iniciar su administración.

Teofilina (aminofilina): dosis inicial 6 mg/kg en infusión en 30 minutos seguida, de 0,5 mg/ kg/hora en infusión continua.

Anticolinérgicos (bromuro de ipratropio): su utilización no se debe hacer en forma rutinaria; su utilidad como droga de segunda línea es reconocida por haberse encontrado que puede aumentar la mejoría de las cifras de VEF1 al usarlo en forma simultánea con los B2 inhalados. Se recomienda su administración en pacientes que no responden adecuadamente a los B2 inhalados y los corticosteroides.

Antibióticos: debido a que las infecciones que generalmente desencadenan el asma son virales, no hay indicación para la prescripción de antibióticos. La aparente purulencia del esputo no es razón para su administración debido a que ésta es consecuencia de la presencia de células inflamatorias, especialmente eosinófilos.

La presencia de fiebre junto con un examen de esputo con abundancia de neutrófilos, el hallazgo de una consolidación neumónica o la presencia de sinusitis purulenta aguda son indicaciones de antibioterapia. La sospecha clínica de una infección por gérmenes atípicos también es indicación.

VII.- GLOSARIO

Auscultación.- Consiste en escuchar los sonidos producidos por los órganos del cuerpo. Se utiliza con mayor frecuencia para determinar las características de los ruidos pulmonares, cardiacos e intestinales.

Clasificación.- Dividir la información haciéndola más manejable. Centrarse en los datos que están relacionados con las necesidades concretas del paciente.

Complicación potencial: Posible causa efecto de una patología

Concepto.- Es una idea abstracta o una imagen mental de la realidad. Entre los que influyen significativamente en la profesión de enfermería y determinan su práctica.

Diagnostico de enfermería.- Juicio clínico sobre la respuesta de un individuo, familia o comunidad a problemas de salud reales o potenciales y a procesos vitales.

Documentación.- Escribir en la hoja correspondiente ya sea diagnóstico de enfermería, problema interdependiente o complicación potencial.

Ejecución: Esta fase comienza después de haberse desarrollado el plan de cuidados y está enfocado en el inicio de aquellas intervenciones de enfermería que ayudan al paciente a conseguir los objetivos deseados. Se ejecutan intervenciones de enfermería concretas para modificar los factores que contribuyen al problema del paciente.

Enfermería – actividades, características y atributos del individuo que proporciona el cuidado enfermero.

Entorno – condiciones internas y externas, circunstancias e influencias que afectan a la persona.

Entrevista.- Proceso complejo que requiere de la comunicación.

Establecimiento de prioridades: Se debe establecer un sistema para determinar que diagnóstico o diagnósticos se abordan primero. El mecanismo más habitual está basado en la pirámide de Maslow.

Evaluación: Es un proceso continuo que determina hasta que punto se han alcanzado los objetivos asistenciales. La enfermera valora el progreso del paciente, establece medidas correctoras

Exploración física.- Examen exhaustivo y sistemático del paciente.

Formulación.- Construcción diagnóstica de diagnósticos de enfermería, problema interdependiente y complicación potencial.

Inspección.- Se refiere a la exploración visual del paciente para determinar estados o respuestas normales, o habituales o anormales.

Interpretación.- Identificación de datos importantes, comparación con patrones o normas y reconocimiento de pautas o tendencias.

Intervenciones de enfermería independientes.- Acción reconocida legalmente como responsabilidad de enfermería y que no requiere la supervisión o dirección de otros profesionales.

Intervenciones de enfermería interdependientes.- Acciones de enfermería que requieren la dirección o asesoramiento de otros profesionales de la salud.

Marco.- Es una estructura principal que sostiene algo.

Marco conceptual.- Es un conjunto de conceptos y declaraciones que se integran dentro de una configuración significativa, marca una dirección unívoca y específica para las tres funciones principales de la enfermería: asistencia, educación e investigación.

Modelo.- Marca la pauta de lo que debe hacerse, es una aproximación o simplificación de la realidad. Marca los elementos de una disciplina, los de enfermería incluyen solamente aquellos conceptos que el diseñador considera relevantes y que ayudan a su interpretación.

Observación.- Implica el uso de los sentidos para adquirir información del paciente *Palpación.*- Es el uso del tacto para determinar las características de la estructura corporal por debajo de la piel. Le permite evaluar tamaño, forma, textura, temperatura, humedad, pulsación, vibración, consistencia y movilidad.

Percusión.- Consiste en golpear la superficie del cuerpo con el dedo o los dedos para provocar sonidos. Esto permite determinar tamaño, densidad, límites de un órgano y localización. Los sonidos producidos por la percusión se pueden describir como mates, sordos, resonantes, o timpánicos. Los sonidos MATE son de tono grave y brusco y se producen al percutir musculo o hueso. Los sonidos sordos son de tono medio y se pueden escuchar sobre hígado y bazo

Persona: receptor de cuidados enfermeros.

Plan de alta: Es un proceso sistemático de valoración, preparación y coordinación que se hace para facilitar la administración de cuidados sanitarios y asistencia social antes y después del alta

Planeación: Es el desarrollo de las estrategias diseñadas para prevenir, corregir, reducir y eliminar las respuestas alteradas del paciente.

Proceso de enfermería: Es un método sistemático y organizado para administrar los cuidados de enfermería, centrándose en la identificación y tratamiento de las respuestas únicas de la persona o grupos a alteraciones de salud reales o potenciales.

Recolección de datos.- Es la información específica de un paciente.

Respuesta humana: Es la manifestación dinámica que refleja la interacción del individuo con el ambiente.

Salud: grado de bienestar o enfermedad experimentado por la persona.

Teoría: Al igual que un modelo conceptual, se constituye con conceptos y proposiciones; su primer objetivo es generar conocimientos en un determinado campo, mientras que el marco conceptual representa el método a seguir en lo asistencial, educativo e investigación.

Validación.- Confirmar la exactitud de la interpretación de los datos mediante la interacción con el paciente, familia y equipo de salud.

Valoración.- Es el proceso organizado y sistemático de recolección de datos a partir de diversas fuentes, para analizar el estado de salud de un paciente.

VIII. BIBLIOGRAFIA

- I. Alfaro –LeFeyre Rosalinda “aplicación del proceso de enfermería” 3º edición, edit. Mosby México, 1992
- II. Asthma: What Causes Asthma. Asthma and Allergy Foundation of America.
- III. Brunner y Suddarth
- IV. Camaño. R. Piqué, J. (1999) Concepto de Enfermería. Un análisis semántico Rev ROL Enf; 22 (7-8).
- V. Campo MA, Espinalt MA, Fernández C, Oriach MR y Viladot A. Proceso de Enfermería y Valoración. Barcelona: Multimédica; 2000.
- VI. Carmén Fernandez Ferrín, Gloria Novel Martí “El Proceso Atención de Enfermería. Estudio de Casos”
- VII. Cara C. The apprenticeship of caring. International journal for human caring 2001
- VIII. Cara C. A pragmatic view of Jean Watson’s caring theory. URL disponible en: www.humancaring.org
- IX. Carpenito, I. j. planes de cuidados y documentación en enfermería. diagnósticos de enfermería y problemas asociados. unidad 1 introducción a la planificación de cuidados interamericana mcgraw-hill México 1994
- X. Del Llano J, Otún V, Martín JM, Millán J, Gené J. Gestión Sanitaria, innovaciones y desafíos. Barcelona, Masson 1999.
- XI. Donahue P. Historia de la Enfermería. Barcelona. Doyma 1985
- XII. Duquette A. Cara C. Le caring et la santé de l’infirmière. L’infirmière canadienne 2000.
- XIII. Eseverri C. Historia de la Enfermería Española e Hispanoamericana. Ed Universitas S.A. 1995.
- XIV. F Collière MF. Promover la vida. Madrid: Interamericana. McGraw-Hill 1993.
- XV. Fawcet J, George J, Walker L, Watson J. Nursing: Human science and human care, a theory of nursing. Nursing Science Quarterly 1985.

- XVI. Fernández C, Novel G. El Proceso de Atención de Enfermería. Estudio de Casos. Barcelona: Masson-Salvat Enfermería; 1993.
- XVII. Harrison Principios de Medicina Interna 16a edición (2006). Capítulo 236. Asma (en español). Harrison online en español. McGraw-Hill.
- XVIII. Henderson V. Principios Básicos de los Cuidados de Enfermería. Ginebra: Consejo internacional de enfermeras; 1971.
- XIX. Iyer, p. w. Proceso y diagnóstico de enfermería Interamericana McGraw-Hill tercera edición México 1997.
- XX. Kérouac S, Pepin J, Ducharme F. Duquette A, Major F. El pensamiento enfermero. Barcelona: Masson; 1995.
- XXI. kérouac, ducharme, Duquette, Major. El pensamiento enfermero capítulo 2 concepciones de Nightingale a parse Masson 1996.
- XXII. kozier, Erb, Olivier enfermería fundamental. Conceptos, procesos y práctica. tomo 1 interamericana McGraw-Hill cuarta edición. México 1993.
- XXIII. Schroeter K. Advocacy in perioperative nursing practice AORN Journal 2000.
- XXIV. Rothman DJ. The origins and consequences of patient autonomy: a 25-year perspective. Health. Care Anal 2001.
- XXV. Peacock JW, Nolan PW. Care under threat in the modern world. J Adv Nurs 2000
- XXVI. Luis MT, Fernández C, Navarro MV. De la teoría a la práctica. El pensamiento de Virginia Henderson en el siglo XXI. Barcelona: Masson; 1998.
- XXVII. Marriner A, Raile M. Modelos y teorías en enfermería. 5a ed. Barcelona: Mosby; 2002.
- XXVIII. Mustard LW. Caring and competency. JONA's Healthc Law Ethics Regul 2002
- XXIX. Watson J. Theory of Human caring. URL disponible en: <http://www2.uchsc.edu/son/caring/content/wct.asp>
- XXX. Wesley, r. I. Teorías y modelos de enfermería Interamericana mcgraw-hill. segunda edición México 1997.