



**UNIVERSIDAD NACIONAL
AUTÓNOMA DE MÉXICO**

**ESCUELA NACIONAL DE
ENFERMERÍA Y OBSTETRICIA**



**PROCESO ATENCIÓN DE ENFERMERIA
APLICADO A PACIENTE PEDIATRICO
CON HIPERREACCIÓN BRONQUIAL**

**QUE PARA OBTENER EL TÍTULO DE LICENCIADA EN
ENFERMERÍA Y OBSTETRICIA**

PRESENTA:

MARIA DEL CARMEN SALGADO BENITEZ

No. DE CUENTA: 406117542

**ASESOR ACADEMICO
LIC. MA. MAGDALENA MATA CORTES**

México, D.F. Octubre 2009.



Universidad Nacional
Autónoma de México

Dirección General de Bibliotecas de la UNAM

Biblioteca Central



UNAM – Dirección General de Bibliotecas
Tesis Digitales
Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS ©
PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

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

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

AGRADECIMIENTOS

A la E.N.E.O, U.N.A.M., S.U.A por permitir que sigamos adelante en nuestro camino de aprendizaje continuo.

A TODAS LAS DOCENTES con las que tuvimos contacto ya que debo reconocer que la calidad de persona, y docencia es impresionante.

A LA MAESTRA NORBERTHA LOPEA TARANGO por su amistad, por su apoyo incondicional para conmigo.

A LA MAESTRA MA. MAGDALENA MATA CORTES por su apoyo incondicional para asesorarme para la realización del presente proceso.

AL PERSONAL DEL HOSPITAL GENERAL "DR. ERNESTO MEANA SAN ROMAN" por el apoyo que recibí durante mis practicas hospitalarias.

A MIS GRANDES AMIGAS: HILDA BERTHA MORALES CARRILLO, VERONICA GONZALEZ por su apoyo incondicional.

DEDICATORIAS

A DIOS, por la vida y por todas las bendiciones que derrama cada día en mi persona, porque siempre se ha manifestado en los momentos más bellos pero también en los más difíciles de mi vida.

A MIS PADRES ASCENCIÓN BENITEZ VAZQUEZ Y JUAN SALGADO FRANCO (qpd) GRACIAS por su amor su apoyo y porque ahora que soy madre me doy cuenta de la gran responsabilidad que tengo, espero no defraudarlos como hija.

A MI AMADO ESPOSO: Gracias por tu apoyo incondicional, gracias por darme tu amor, se lo difícil que ha sido para nosotros este proyecto y sin embargo siempre has estado presente para darme tu apoyo, gracias por enseñarme una y otra vez lo que es el amor TE AMO.

A MI PRINCIPE: JONNATHAN LOZANO SALGADO: quiero decirte que este proyecto es para demostrarte que nunca es tarde para volver a empezar GRACIAS por existir TE AMO MI MUÑECO aún desde antes que nacieras.

A MIS DOS PRINCESAS: GEMMA Y RUBÍ LOZANO SALGADO le doy gracias a dios por su vida y por la de su hermano, ustedes tres son el motor de mi vida, mis metas en gran parte son encaminadas para que ustedes tengan un mejor futuro y poder darles también un buen ejemplo.

A MI PASTOR ROBERTO OROZCO GRACIAS por sus consejos de gran sabiduría
Y por su apoyo incondicional.

INDICE

	Pagina
Introducción.....	5
Objetivos.....	6
1.- Marco teórico.....	7
1.1.- Definición de enfermería.....	7
1.2.- El cuidado.....	8
1.3.- Proceso de atención de Enfermería.....	8
1.3.1.- Antecedentes del proceso de atención de enfermería.....	8
1.3.2.- Definición del proceso atención de enfermería.....	9
1.3.3.- Ventajas del proceso atención de enfermería.....	9
1.3.4.- Características del proceso atención de enfermería.....	10
1.4.- Etapas del proceso de atención de enfermería.....	11
1.4.1.- Valoración.....	11
1.4.2.- Diagnósticos de enfermería.....	20
1.4.3.- Planificación.....	27
1.4.3.1.- Clasificación de resultados esperados N.O.C.....	37
1.4.3.2.- Clasificación de intervenciones de enfermería N.I.C.....	38
1.4.4.- Ejecución.....	39
1.4.5.- Evaluación.....	39
1.5.- Generalidades del modelo de Virginia Henderson.....	42
2.- Metodología.....	49
3.- Aplicación del proceso atención de enfermería.....	50
3.1.- Presentación del caso.....	50
3.2.- Valoración.....	51
3.3.- Diagnósticos de enfermería.....	59
3.4.- Planeación.....	60
3.5.- Ejecución.....	64
3.6.- Evaluación.....	64
Conclusiones.....	85
Sugerencias.....	86
Bibliografía.....	87
Anexos.....	89
Patología.....	89
Definición.....	89
Anatomía y fisiología.....	90
Epidemiología.....	100
Sintomatología.....	103
Tratamiento médico.....	104
Complicaciones.....	104

INTRODUCCIÓN

El cuidado de enfermería en suma es cuidar la vida humana integral respetando los derechos y sentimientos de la persona a quien se cuida, concebida como un ser fisiológico, psicológico, social y espiritual, en colaboración de familiares, amigos y otros profesionales de la salud.

El desempeño profesional de la enfermera abarca todos los niveles relacionados con la salud, siendo indispensable el desarrollo de un espíritu analítico, sin perder de vista la globalidad y la exigencia de una competencia técnica de alto nivel, la cual debe ser brindada y regida por un concepto holístico.

El personal de Enfermería tiene como base un marco conceptual que guía la elaboración y aplicación del proceso de enfermería y el marco conceptual del modelo de Virginia Henderson, que se fundamenta en la presencia de un ser humano con ciertas exigencias fisiológicas y aspiraciones denominadas necesidades fundamentales.

OBJETIVOS

GENERAL:

Aplicar el Proceso atención de enfermería con base en el modelo de Virginia Henderson a una persona pediátrica con alteración pulmonar para proporcionar cuidados de calidad y ofrecer así pues una calidad de vida satisfactoria.

ESPECIFICOS:

- 1.- Identificar las catorce necesidades básicas en forma específica, individual y contextual en base al modelo de Virginia Henderson.
- 2.- Aplicar los elementos teóricos, metodológicos y tecnológicos del Proceso de Enfermería.
- 3.- Reforzar mis conocimientos en las intervenciones de enfermería fundamentadas científicamente y por ende reafirmar mi identidad profesional.
- 4.- Sensibilizar a nuestro paciente, familia y comunidad a la aceptación de actitudes tendientes hacia la salud, mediante la enseñanza de cuidados orientados a la continuidad de la vida.
- 5.-Comprometer un cambio de actitud y de compromiso, retomando a nuestros usuarios con visión humanística y holística.

1.-MARCO TEORICO

1.1.- Definición de Enfermería



La función propia de la enfermeras es ayudar al individuo, enfermo o sano a desarrollar aquellas actividades que contribuyen a su salud o a su recuperación o a morir en paz que el mismo realizaría si tuviera la fuerza, la voluntad, o los conocimientos necesarios, y todo ello en forma, que le ayudara a adquirir independencia lo más rápidamente posible (Henderson 1966)

Desde los primeros tiempos se reconoce la figura de la enfermera como la persona que proporciona ayuda al enfermo, a los niños y a los recién nacidos, antes de la era cristiana (año 1500 d.c) eran las mujeres las encargadas de prestar atención al enfermo en el hogar, la enfermería ha venido practicándose desde los albores de la especie humana, desde entonces ha cambiado constantemente y continuara cambiando a medida que el conocimiento y los avances tecnológicos se incrementen, la enfermería empieza a ser reconocida como Ciencia Legítima a partir de la década de los 70s en la que se logro la integración de la investigación de Enfermería en todos los programas colegiados de formación.

Se debe a Florencia Nightingale el cambio en la dirección de la Enfermería y por ende la concepción moderna, ella pensaba que esta disciplina debia responder a una vocación, no solamente la intuición y a la dedicación, Florencia Nightingale dijo su recomendación a estudiantes de enfermería (1873). *"EL HONOR RADICA EN EL AMOR POR LA PERFECCIÓN, LA CONSISTENCIA Y EN EL TRABAJO DURO PARA CONSEGUIRLA*

Se debe precisamente a los cuidados basados en el uso de procedimientos físicos en el área de medicina sanitaria, higiene y nutrición brindados por Florencia Nightingale la disminución de las tasas de mortalidad.¹

¹ B.KOZIER, G. ERN, J. BLASS, *Fundamentos de enfermería conceptos, proceso y prácticas*
5ª Edición Editorial: Editorial McGRAW-Hill Internacional Impreso en México en 2005 Pág. 3, 4, 5

1.2.-EL CUIDADO

El papel cuidador de la enfermera ha formado parte tradicionalmente de aquellas actividades que representan la dignidad del individuo y que suelen llamarse actuaciones maternas de la enfermería. Sin embargo la representación de estos cuidados implica conocimientos y sensibilidad sobre los asuntos que más importan a los clientes.

El papel cuidador es difícil de definir el objetivo principal de la enfermería en este papel es coincidir en la interpretación de lo que es importante y prestar el apoyo adecuado.

La enfermera atiende al paciente apoyándole con actitudes y comportamientos que demuestran lo que le preocupa, su bienestar y aceptándole como persona, no sólo como un ser mecánico.

Bendery Wruber (1989) Afirma que el cuidado es esencial para el ejercicio eficaz de la enfermería. La enfermería nunca puede reducirse a la mera técnica, y al conocimiento científico, por que el humor, el enojo, el cariño, la administración de medicamentos incluso la enseñanza del paciente tiene distintas consecuencias en un contexto cuidador frente a otro que no lo es.

El cuidador es fundamental en la mayoría de las actividades de la enfermería y es un atributo esencial de la enfermera experta.²

1.3.-PROCESO DE ATENCIÓN DE ENFERMERÍA

1.3.1.-Antecedentes del Proceso de Atención de Enfermería

Antes que se desarrollara el proceso de enfermería, las enfermeras tenían tendencia a prestar la asistencia basándose en las órdenes redactadas por los médicos y que se centraban en los procesos patológicos específicos más que en la persona que estaba siendo asistida.

El cuidado de enfermería que se prestaba con independencia del médico se guiaba frecuentemente por la institución y la experiencia más que por un método científico.

El término proceso de enfermería y el método de trabajo que implica son relativamente nuevos.

² Ibidem Pág. 29, 30

En 1955, Hall creó el término y Johnson (1959), Orlando (1961), y Hieden Bach (1963) fueron las primeras a utilizarlo para referirse a una serie de fases que describen el proceso de enfermería y han organizado las fases de distinta manera.

EL proceso antes descrito con sus cinco fases es aceptado en la actualidad por la mayoría de los expertos.

El uso del proceso de atención de enfermería en la práctica clínica adquirió más legitimidad en 1973, cuando la American Nurses Association (ANA) publicó que describen las cinco fases del proceso de enfermería. La mayoría de los estados ha revisado desde entonces sus leyes sobre el ejercicio de la enfermería para reflejar estos aspectos de la misma³

1.3.2.-Definición del Proceso Atención de Enfermería

Es un método sistemático y organizado para proporcionar cuidados de enfermería individualizados, centrados en la identificación y tratamiento de las respuestas únicas de la persona o grupo a las alteraciones de salud reales o de riesgo.⁴

El proceso de enfermería tiene las siguientes propiedades

Es resuelto: Porque va dirigido a un objetivo

Es sistemático: Por utilizar un enfoque organizado para lograr su propósito

Es dinámico: Porque implica un cambio continuo, centrado en las respuestas humanas.

Es interactivo: Por centrarse en las respuestas cambiantes del paciente identificadas durante la relación enfermera (o) paciente.

Es flexible: Ya que se puede mostrar en dos contextos, adaptación a la práctica de enfermería en cualquier situación o área de especialización que se ocupe de individuos, o grupos o comunidades.

Posee una base teórica: Sustentada en una amplia variedad de conocimientos, incluyendo las ciencias y las humanidades, que pueden aplicarse a cualquiera de los modelos teóricos de enfermería.

1.3.3.-Ventajas del Proceso Atención de Enfermería

Beneficia a las personas mejorando la calidad de los cuidados que reciben. Un alto nivel de participación del cliente, junto a una evaluación continua, asegura el nivel adecuado de calidad de los cuidados dirigidos a satisfacer las necesidades del cliente debido a que el proceso de enfermería proporciona unos métodos organizados y sistemáticos, las enfermeras (os) pueden emplear el tiempo y los recursos con eficiencia, en beneficio propio y de las personas.

⁴ Ibidem Pág. 91, 92

⁵ Ibidem Pág. 93

Las enfermeras (os) tienen las ventajas de saber que están prestando cuidados que satisfacen las necesidades de los consumidores de cuidados de salud y cumpliendo las normas de su profesión.

Por tanto, es un método inestimable para las enfermeras (os). Debido a que los miembros del equipo de salud deben trabajar juntos para poner en práctica el plan de cuidados, el proceso de enfermería refuerza la colaboración y esto, a su vez, fomenta una atmósfera de trabajo más positiva. Por último el proceso de enfermería puede ayudar a las enfermeras (os) a definir su función ante otras personas ajenas a la profesión.

Demostrando claramente las aportaciones que hace la enfermería a la salud de los clientes.³

1.3.4.-Características del Proceso Atención de Enfermería

El proceso de enfermería tiene las siguientes propiedades:

Es resuelto: Porque va dirigido a un objetivo

Es sistemático: Por utilizar un enfoque organizado para lograr su propósito

Es dinámico: Porque implica un cambio continuo centrado en las respuestas humanas

Es interactivo: Por centrarse en las respuestas cambiantes del paciente identificadas durante la relación enfermera paciente

Es flexible: Ya que se puede demostrar dentro de 2 contextos-adaptación a la práctica de enfermería en cualquier situación o área de especialización que se ocupe de individuos grupos o comunidades-uso de sus fases en forma sucesiva o más de una etapa a la vez.

Posee una base teórica: Sustentada en una amplia variedad de conocimientos incluyendo las ciencias y las humanidades que pueden aplicarse a cualquiera de los modelos teóricos de enfermería

³ *Ibidem* Pág. 95

1.4.- ETAPAS DEL PROCESO DE ATENCIÓN DE ENFERMERÍA

1.4.1.- 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 primarias, secundarias pueden ser revistas profesionales, los textos de referencia.

Muchas enfermeras (os) recogen principalmente datos fisiológicos para que los utilicen otros profesionales e ignoran el resto de los procesos vitales que implican consideraciones psicológicas, socioculturales, de desarrollo y espirituales.

Desde un punto de vista holístico es necesario que la enfermera (o) conozca los patrones de interacción de las cinco áreas para identificar las capacidades y limitaciones de la persona y ayudarle a alcanzar un nivel óptimo de Salud.

Ignorar cualquiera de los procesos vitales puede acarrear la frustración y el fracaso de todos los implicados.

Las enfermeras y enfermeros deben poseer unos requisitos previos para realizar una adecuada valoración del cliente.⁶

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.

⁶ B. KOZIER, G. ERB, K. BLASIS, fundamentos de enfermería conceptos, proceso y práctica
5ª Edición Editorial, Editorial: McGRAW- Hill Internacional Impreso en México en 2005 Pág. 96

- 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 (os) 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, de forma que, en la práctica, la enfermera adquiera un hábito que se traduzca en no olvidar ningún dato, obteniendo la máxima información en el tiempo disponible de la consulta de Enfermería. La sistemática a seguir puede basarse en distintos criterios:

Criterios:

- 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.
- 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.
- 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.⁷

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

- Datos sobre los problemas de salud detectados en el paciente.
- Factores contribuyentes en los problemas de salud.

⁷ Ibidem pag. 97

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

1. Datos objetivos: Se pueden medir por cualquier escala o instrumento (cifras de la tensión arterial).
2. Datos históricos: Antecedentes: Son aquellos hechos que han ocurrido anteriormente y comprenden.

3. 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) 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).

4. Datos actuales: Son datos sobre el problema de salud actual.⁵

Métodos para obtener datos:

A) Entrevista Clínica:

Es la técnica indispensable en la valoración, ya que gracias a ella obtenemos el mayor número de datos.

Existen dos tipos de entrevista, ésta puede ser formal o informal. La entrevista formal consiste en una comunicación con un propósito específico, en la cual la enfermera realiza la historia del paciente.

El aspecto informal de la entrevista es la conversación entre enfermera y paciente durante el curso de los cuidados.

La entrevista es un proceso que tiene cuatro finalidades, éstas son

1.- Obtener información específica y necesaria para el diagnóstico enfermero y la planificación de los cuidados.

2.-Facilitar la relación enfermera/paciente.

3.-Permitir al paciente informarse y participar en la identificación de sus problemas Y en el planteamiento de sus objetivos Y también.

4.-Ayudar a la enfermera a determinar que otras áreas requieren un análisis específico a lo largo de la valoración.

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

1.-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.

⁵ *Ibidem* pag. 98

2.-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.

3.-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.

La entrevista clínica tiene que ser comprendida desde dos ámbitos:

- Un ámbito interpersonal en el que dos o más individuos se ponen en contacto y se comunican;
- Otro ámbito de la entrevista es el de una habilidad técnica.

La entrevista puede verse interrumpida por los ruidos, entendiéndose por esto no solamente los ruidos audibles sino también, la imagen global que ofrece el centro sanitario.

Éstas pueden ser controladas por el entrevistador en la mayoría de los casos. Tras tipos de interferencias:

1. Interferencia cognitiva: Consisten en que el problema del paciente no es percibido o comprendido por el entrevistador.
2. Interferencia emocional es frecuente, consiste en una reacción emocional adversa del paciente o del entrevistador. Los estados emocionales extremos como ansiedad, depresión, miedo a una enfermedad grave o a lo desconocido, dolor o malestar. Por parte del profesional, agresividad, excesiva valoración de sí mismos, excesiva proyección sobre los pacientes o incluso desresponsabilización de las obligaciones, Borrel (1966).
3. Interferencia social: En este caso las diferencias sociales conllevan en el profesional una menor conexión emocional a una menor implicación, y a prestar menor información al paciente.

Las técnicas verbales son:

- El interrogatorio permite obtener información, aclarar respuestas y verificar datos.

- La reflexión o reformulación, consiste en repetir o expresar de otra forma lo que se ha comprendido de la respuesta del paciente, permite confirmar y profundizar en la información.
- Las frases adicionales, estimula la continuidad del proceso verbal de la entrevista.

Las técnicas no verbales:

Facilitan o aumentan la comunicación mientras se desarrolla la entrevista, estos componentes no verbales son capaces de transmitir un mensaje con mayor efectividad incluso que las palabras habladas, las más usuales son:

- * Expresiones faciales,
- * La forma de estar y la posición corporal,
- * Los gestos,
- * El contacto físico,
- * La forma de hablar.

Para finalizar la entrevista y siguiendo a Briggs, J. (1985) y Gazda G.M. (1975) concretaremos las cualidades que debe tener un entrevistador: empatía, calidez, concreción, y respeto.

- Empatía: Entendemos por empatía la capacidad de comprender (percibir) correctamente lo que experimenta nuestro interlocutor, Cibanal (1991). Pero Borrell (1989), nos aporta que no basta con comprender al cliente, si no es capaz de transmitirle esa comprensión. La empatía pues consta de dos momentos, uno en el que el entrevistador es capaz de interiorizar la situación emocional del cliente, Y otro en el que le da a entender que la comprende.
- Calidez: Es la proximidad afectiva entre el paciente y el entrevistador. Se expresa solo a nivel no verbal
- Respeto: Es la capacidad del entrevistador para transmitir al paciente que su problema le atañe, y que se preocupa por él preservando su forma de pensar, sus valores ideológicos y éticos Borrell (1989). En palabras de Cibanal (1991), implica el aprecio de la dignidad y valor del paciente y el reconocimiento como persona.

- **Concreción:** Es la capacidad del entrevistador para delimitar los objetivos mutuos Y compartidos de la entrevista, Borrell (1989).⁹

Cibanal (1991) nos aporta una quinta característica del entrevistador:

La autenticidad, ésta supone que «uno es él mismo cuando lo que dice está acorde con sus sentimientos».

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.

Es el segundo método básico de valoración, la observación sistemática implica la utilización de los sentidos para la obtención de información tanto del paciente, como de cualquier otra fuente significativa Y del entorno, así como de la interacción de estas tres variables. La observación es una habilidad que precisa práctica y disciplina. Los hallazgos encontrados mediante la observación han de ser posteriormente confirmados o descartados.

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.

1. **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).
2. **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

⁹ Ibidem pag. 99

3. 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 percudir el estómago lleno de aire o un carrillo de la cara.
4. 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.

Formas de abordar un examen físico: Desde la cabeza a los pies, por sistemas/aparatos corporales y por patrones funcionales de salud:

- Desde la cabeza a los pies: Este enfoque comienza por la cabeza y termina de forma sistemática Y simétrica hacia abajo, a lo largo del cuerpo hasta llegar a los pies.
- Por sistemas corporales o aparatos, nos ayudan a especificar que sistemas precisan más atención.
- Por patrones funcionales de salud, permite la recogida ordenada para centrarnos en áreas funcionales concretas.

La información física del paciente que se obtiene es idéntica en cualquiera de los métodos que utilizemos.

Validación de datos:

Significa que la información que se ha reunido es verdadera (basada en hechos). Esto es lo que debemos asegurarnos de que el paciente quiere indicar lo que de hecho dice. En comunicación existen técnicas de reformulación que nos ayudan a comprender más fielmente los mensajes del paciente, evitando las interpretaciones.

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 (Gordón, 1987), etc

. La información ya ha sido recogida y validada, ahora los datos se organizan mediante categorías de información. Estas categorías ya las hemos visto en el apartado de examen físico y como hablamos apuntado, para el establecimiento de la agrupación, se debe elegir la que más se adapte al modelo desarrollado en cada centro asistencial, etc.

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

- Datos de identificación.
- Datos culturales y socioeconómicos.
- Historia de salud; Diagnósticos médicos, problemas de salud; resultados de pruebas diagnósticas y los tratamiento prescritos.
- Valoración física
- Patrones funcionales de salud.

La valoración mediante patrones funcionales (funcionamiento) se realiza en términos mensurables y no abstractos (necesidades), en este sentido los patrones funcionales de salud facilitan la valoración, aunque no por ello hay que entender que la valoración de los patrones funcionales es opuesta a la valoración de necesidades; antes al contrario, se complementan, Tomás Vidal (1994).

Aquí aportaremos que los diagnósticos de enfermería nos ayudan en la tarea de fundamentar los problemas detectados en las necesidades humanas, esto es, nos confirmarán la carencia de las necesidades básicas. Este tipo de fundamentación debería ser estudiado profundamente.¹⁰

Documentación y registro de la valoración:

Es el segundo componente de la fase de valoración y las razones que justifican su uso son de manera esquemática las que siguen:

- Constituye un sistema de comunicación entre los profesionales del equipo sanitario.
- Facilita la calidad de los cuidados al poder compararse con unas normas de calidad (véase tema referente a la garantía de la calidad de los cuidados enfermeros).
- Permite una evaluación para la gestión de los servicios enfermeros, incluida la gestión de la calidad.
- Prueba de carácter legal
- Permite la investigación en enfermería
- Permite la formación pregrado y postgrado

¹⁰ Ibidem pág. 100

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

A) 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.

B) Las descripciones e interpretaciones de los datos objetivos se deben apoyar en pruebas y observaciones concretas.

C) Se deben evitar las generalizaciones y los términos vagos como, «normal, regular», etc.

D) Los hallazgos deben describirse de manera meticulosa, forma, tamaño, etc.

E) La anotación debe ser clara y concisa.

F) Se escribirá de forma legible y con tinta indeleble. Trazar una línea sobre los errores.

G) Las anotaciones serán correctas ortográfica y gramaticalmente. Se usarán solo las abreviaturas de uso común.¹¹

1.4.2.-Diagnósticos de Enfermería

Según se utilice el PAE de 4 fases o el de 5 es el paso final del proceso de valoración o la segunda fase. Es un enunciado del problema real o en potencia del paciente que requiere 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.

Un diagnóstico de enfermería no es sinónimo de uno médico.

¹¹ Ibidem Pág 101

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:

- La dimensión dependiente de la práctica de la enfermera incluye aquellos problemas que son responsabilidad directa del médico que es quien designa las intervenciones que deben realizar las enfermeras. La responsabilidad de la enfermera es administrar el tratamiento médico prescrito.
- La dimensión interdependiente de la enfermera, se refiere a aquellos problemas o situaciones cuya prescripción y tratamiento colaboran las enfermeras y otros profesionales de la Salud. Estos problemas se describirán como problemas colaborativo o interdependiente, y son complicaciones fisiológicas que las enfermeras controlan para detectar su inicio o su evolución y colaboran con los otros profesionales para un tratamiento conjunto definitivo
- Dimensión independiente de la enfermera, es toda aquella acción que es reconocida legalmente como responsabilidad de Enfermería, y que no requiere la supervisión o dirección de otros profesionales. Son los Diagnósticos de Enfermería. (D.E.)

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
- Síntesis es la confirmación, o la eliminación de las alternativas.

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

Componentes de las categorías diagnósticos aceptados por la nanda:

Hay que considerar la importancia de los beneficios específicos de una taxonomía diagnóstica en los distintos ámbitos del que hacer profesional. La Asociación Española de Enfermería Docente (AEED) en 1993, elaboró un documento en el que especificaba estos beneficios:

- Investigación: Para poder investigar sobre los problemas de Salud que los profesionales de enfermería estamos capacitados para tratar, es necesario que los mismos estén bien definidos y universalizados, a fin de que los resultados de las investigaciones, puedan ser comprendidos y aplicados por otros enfermeros (as).
- Es evidente que esto no es posible llevarlo a cabo sin disponer de un lenguaje común previo que aúne los criterios y facilite la comunicación e intercambio de datos. En este momento los Diagnósticos enfermeros pueden

contribuir a la consolidación de la disciplina en Enfermería mediante líneas de investigación dirigidas a:

- * Determinar la compatibilidad de una taxonomía con cada uno de los modelos conceptuales.
 - * Validar en distintos ámbitos culturales las características definitorias y los factores relacionados de los diagnósticos de enfermería aceptados.
 - * Comparar la eficacia de las diversas intervenciones propuestas ante un mismo diagnóstico.
 - * Realizar el análisis epidemiológico de los diagnósticos que presenta una población determinada
 - * Identificar nuevas áreas de competencia en enfermería, o completar las ya identificadas, mediante el desarrollo y validación de nuevos diagnósticos.
- Docencia: la inclusión de los diagnósticos de enfermería en el currículum básico debe iniciarse y continuarse de forma coherente, y prolongarse de forma progresiva a lo largo de todo el currículum. Permite:
 - * Organizar de manera lógica, coherente y ordenada los conocimientos de Enfermería que deberían poseer los alumnos
 - * Disponer de un lenguaje compartido con otros profesionales, con los enfermeros docentes y con los propios alumnos, lo cual facilita enormemente la transmisión de ideas y conceptos relacionados con los cuidados.¹²
 - Asistencial: El uso de los diagnósticos en la práctica asistencial favorece la organización y profesionalización de las actividades de enfermería, al permitir:
 - * identificar las respuestas de las personas ante distintas situaciones de Salud.
 - * Centrar los cuidados brindados en las respuestas humanas identificadas a través de una valoración propia.
 - * Aumentar la efectividad de los cuidados al prescribir actuaciones de Enfermería específicas orientadas a la resolución o control de los problemas identificados.

¹² Ibidem pág. 116

- ^ Organizar, definir y desarrollar la dimensión propia del ejercicio profesional
 - ^ Delimitar la responsabilidad profesional, lo que como beneficio secundario crea la necesidad de planificar y registrar las actividades realizadas.
 - ^ Diferenciar la aportación enfermera a los cuidados de Salud de las hechas por otros profesionales.
 - ^ Unificar los criterios de actuación ante los problemas o situaciones que están dentro de nuestra área de competencia.
 - ^ Mejorar y facilitar la comunicación Inter. e Intradisciplinar.
- Gestión: Algunas de las ventajas que comportan la utilización de los Diagnósticos de Enfermería en este ámbito son:
 - ^ Ayudar a determinar los tiempos medios requeridos. Y por tanto, las cargas de trabajo de cada unidad o centro, al facilitar la organización y sistematización de las actividades de cuidados.
 - ^ Permitir, como consecuencia, una mejor distribución de los recursos humanos y materiales.
 - ^ Favorece la definición de los puestos de trabajo, ya que ésta podría incluir la habilidad para identificar y tratar los Diagnósticos de Enfermería que se dan con mayor frecuencia.
 - ^ Posibilitar la determinación de los costes reales de los servicios de Enfermería, y consecuentemente, los costes reales de los cuidados brindados al usuario.
 - ^ Facilitar el establecimiento de criterios de evaluación de la calidad de los servicios de Enfermería brindados en un centro o institución.
 - ^ Identificar las necesidades de formación para grupos profesionales específicos.

Los componentes de las categorías diagnósticas, aceptadas por la NANDA para la formulación y descripción diagnóstica, en 1990 novena conferencia se aceptaron 90 categorías diagnósticas.

Cada categoría diagnóstica tiene 4 componentes:

1.- Etiqueta descriptiva o título: Ofrece una descripción concisa del problema (real o potencial). Es una frase o término que representa un patrón.

2.- Definición: Expresa un significado claro y preciso de la categoría y la diferencia de todas las demás.

3.- Características definitorias: Cada diagnóstico tiene un título y una definición específica, ésta es la que nos da el significado propiamente del diagnóstico, el título es solo sugerente.

4.- Las características que definen los diagnósticos reales son los signos y síntomas principales siempre presentes en el 80-100% de los casos. Otros signos y síntomas, que se han calificado como secundarios están presentes en el 50-79% de los casos, pero no se consideran evidencias necesarias del problema.

5.- Factores etiológicos y contribuyentes o factores de riesgo: Se organizan entorno a los factores fisiopatológicos, relacionados con el tratamiento, la situación y la maduración, que pueden influir en el estado de salud o contribuir al desarrollo del problema.¹³

Los diagnósticos de enfermería de alto riesgo incluyen en su enunciado los factores de riesgo, por ejemplo es:

- * Factores Fisiopatológicos (biológico y psicológicos): shock, anorexia nerviosa

- * Factores de Tratamiento (terapias, pruebas diagnósticas, medicación, diálisis, etc.)

- De medio ambiente como, estar en un centro de cuidados crónicos, residuos tóxicos, etc.
- Personales, como encontrarnos en el proceso de muerte, divorcio, etc.

- * Factores de Maduración: paternidad/maternidad, adolescencia, etc

D) 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.

¹³ Ibidem pág. 117

- 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 (Gordón 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. La 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 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.¹⁴

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.
- La primera parte del Diagnóstico Identifica la respuesta de la persona, y no una actividad de Enfermería.
- Redactar en términos convenientes y aconsejables desde el punto de vista legal
- Escribir el Diagnóstico sin emitir juicios de valor, sino basarse en datos objetivos y subjetivos que se hayan recogido y validado con el usuario.
- Evitar invertir el orden de las partes del Diagnóstico, puede llevar a un enunciado confuso.
- No mencionar signos y síntomas en la primera parte del Diagnóstico.
- No indique el Diagnóstico de Enfermería como si fuera un Diagnóstico médico.
- No escriba un Diagnóstico de Enfermería que repita una orden médica.
- No rebautice un problema médico para convertirlo en un Diagnóstico de Enfermería.

¹⁴ Ibidem pág. 118

- No indique dos problemas al mismo tiempo, dificulta la formulación de los objetivos.¹⁶

1.4.3.- Planificación

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

- Establecer prioridades en los cuidados. Selección: Todos los problemas y/o necesidades que pueden presentar una familia y una comunidad raras veces pueden ser abordados al mismo tiempo, por falta de disponibilidad de la enfermera, de la familia, posibilidades reales de intervención, falta de recursos económicos, materiales y humanos.. Por tanto, se trata de ordenar jerárquicamente los problemas detectados.
- Planteamiento de los objetivos del cliente con resultados esperados: Esto es, determinar los criterios de resultado. Describir los resultados esperados, tanto por parte de los individuos y/o de la familia como por parte de los profesionales.
- Son necesarios porque proporcionan la guía común para el equipo de Enfermería, de tal manera que todas las acciones van dirigidas a la meta propuesta. Igualmente formular objetivos permite evaluar la evolución del usuario así como los cuidados proporcionados.
 - Deben formularse en términos de conductas observables o cambios mensurables, realistas y tener en cuenta los recursos disponibles. En el trato con grupos familiares hay que tener en cuenta que el principal sistema de apoyo es la familia, sus motivaciones, sus conocimientos y capacidades... así como los recursos de la comunidad. Se deben fijar a corto y largo plazo.

¹⁶ Ibidem Pág 119

- Por último es importante que los objetivos se decidan y se planteen de acuerdo con la familia y/o la comunidad, que se establezca un compromiso de forma que se sientan implicadas ambas partes, profesional y familia/comunidad.

Elaboración de las actuaciones de enfermería: esto es, determinar los objetivos de enfermería (criterios de proceso). Determinación de actividades, las acciones especificadas en el plan de cuidados corresponden a las tareas concretas que la enfermera y/o familia realizan para hacer realidad los objetivos.

Estas acciones se consideran instrucciones u órdenes enfermeras que han de llevar a la práctica todo el personal que tiene responsabilidad en el cuidado del paciente. Las actividades propuestas se registran en el impreso correspondiente y deben especificar: qué hay que hacer, cuándo hay que hacerlo, cómo hay que hacerlo, dónde hay que hacerlo y quién ha de hacerlo.

- Para un Diagnóstico de Enfermería real, las actuaciones van dirigidas a reducir o eliminar los factores concurrentes o el Diagnóstico, promover un mayor nivel de bienestar, monitorizar la situación.
- Para un Diagnóstico de Enfermería de alto riesgo las intervenciones tratan de reducir o eliminar los factores de riesgo, prevenir la presentación del problema, monitorizar su inicio.
- Para un Diagnóstico de Enfermería posible las intervenciones tratan de recopilar datos adicionales para descartar o confirmar el Diagnóstico. Para los problemas interdisciplinarios tratan de monitorizar los cambios de situación, controlar los cambios de situación con intervenciones prescritas por la enfermera o el médico y evaluar la respuesta.¹⁶

Documentación y registro

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.

¹⁶ Ibidem pág. 120

Se trata de establecer las necesidades que son prioritarias para el paciente. Creemos que es de interés indicar aquí, que bajo una concepción holístico-humanista, la insatisfacción de las necesidades básicas provoca la enfermedad, Maslow (1972), esta carencia coloca a la persona en un estado de supervivencia, a pesar de ello y en determinadas ocasiones de libre elección, la persona prefiere satisfacer unas necesidades, privándose de otras.

Es obvio añadir que son problemas prioritarios las situaciones de emergencia, como problemas de carácter biofisiológico, con excepción de la urgencia en los procesos de morir.

Por lo tanto daremos preferencia a aquellos diagnósticos de enfermería y complicaciones potenciales, referidos a las necesidades que el paciente da prioridad consensuada mente con la enfermera/o.

En realidad las actividades que la enfermería desarrolla con y para las personas tienen suma importancia dentro del campo asistencial y del desarrollo humano, ya que les ayuda a detectar, reconocer y potenciar sus propios recursos, esto es satisfacer sus necesidades humanas, Maslow (1972), favorece en gran medida la recuperación de la enfermedad.

Queremos hacer hincapié en la importancia que tienen las acciones de promoción de la salud enfocadas desde el cambio de estilo de vida, actividades que son exclusivamente responsabilidad de la enfermería y que aún no se han asumido.

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:

- Dirigir los cuidados.
- Identificar los resultados esperados.
- Medir la eficacia de las actuaciones.

Lo que se pretende con los objetivos de las actuaciones enfermeras es establecer qué se quiere conseguir, cómo, cuándo y cuánto.

Existen dos tipos de objetivos:

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

Normas generales para la descripción de objetivos

- Escribir los objetivos en términos que sean observables y puedan medirse.
- Describir los objetivos en forma de resultados o logros a alcanzar, y no como acciones de enfermería.
- Elaborar objetivos cortos.
- Hacer específicos los objetivos.
- Cada objetivo se deriva de sólo un diagnóstico de enfermería.

- Señalar un tiempo específico para realizar cada objetivo.

Objetivos de enfermería:

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

- A encontrar sus puntos fuertes, esto es, sus recursos de adaptación adecuados para potenciarlos.
- A buscar nuevos sistemas y recursos de adaptación.
- A conocer su estilo de vida y ayudarlo a modificarlo, si no fuera competente para el cambio, bien por una disminución de los recursos propios o por una inadecuación de los mismos.

Los objetivos de enfermería no se suelen escribir en el plan de cuidados, a excepción de que sea para los alumnos, en cualquier caso deben responder a preguntas sobre: capacidades limitaciones y recursos del individuo que se puedan fomentar, disminuir/aumentar o dirigir.

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.».

Esta consideración nos aporta la idea de comprensión de lo que la persona hace, piensa y siente con respecto a él mismo, a la enfermedad, al medio que le rodea, etc., esto es, reconocer y comprender sus sistemas de vida y sus recursos.

Los objetivos de enfermería se describen en el tiempo a:

- Objetivos a corto plazo: Son los resultados que pueden lograrse de modo favorable y rápido, en cuestión de horas o días. Estos son adecuados especialmente para establecer la atención inmediata en situaciones de urgencia cuando los pacientes son inestables y los resultados a largo plazo son inciertos.

- Objetivos a mediano plazo: Para un tiempo intermedio, estos objetivos son también intermedios, de tal forma que, podamos utilizarlos para reconocer los logros del paciente y mantener la motivación.

- Objetivos a largo plazo: Son los resultados que requieren de un tiempo largo. Existen dos tipos:

- * Uno, abarca un período prolongado y requiere de acciones continuas de enfermería, que median directamente entre el objetivo y su logro.

^ Otro, se obtiene mejor a través de una secuencia de objetivos a corto plazo. Este segundo tipo no requiere de la acción directa de enfermería, dado que las acciones de enfermería acompañan a los objetivos a corto plazo.

Objetivos de la persona:

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.¹⁷

Las principales características de los objetivos del cliente son tres:

1. Deben ser alcanzables, esto es, asequibles para conseguirlos.
2. Deben ser medibles, así se describen con verbos mensurables del tipo de, afirmar, hacer una disminución, hacer un aumento, toser, caminar, beber, etc.
3. Deben ser específicas en cuanto a contenido (hacer, experimentar o aprender) y a sus modificadores (quién, cómo, cuándo, donde, etc.). Así, al verbo se le añaden las preferencias e individualidades, Ejemplo: el paciente caminará (verbo) por el jardín (dónde) después de comer (cuándo) durante 15 minutos (cuánto).

Los contenidos se describen como verbos y como ya hemos dicho que sean mensurables. En cuanto a los objetivos cuyo contenido es el área de aprendizaje quisiéramos aportar los ámbitos que B. Bloom hace del aprendizaje, referidos como objetivos de la educación.

- Cognoscitivos: Estos objetivos se fundamentan en la memoria o reproducción de algo adquirido mediante el aprendizaje, así como objetivos que precisan actividad de carácter intelectual (determinación de problemas, reestructuración), Los objetivos abarcan desde un mero repaso a la alta originalidad.
- Afectivos: Son objetivos que hacen hincapié en la tensión sentimental, una emoción o cierto grado de simpatía o repulsa. Oscilan entre una simple atención a la toma de conciencia de gran complejidad. Son objetivos que describen intereses, actitudes, conceptuaciones, valores y tendencias emotivas.

¹⁷ Ibidem pág. 121

- **Psicomotores:** Estos objetivos se proponen el desarrollo muscular o motor, ciertas manipulaciones de materias u objetos, o actos que precisan coordinación neuromuscular. Son habilidades.

La lectura de Bloom nos ayuda a conocer y adquirir habilidad para describir de una manera correcta los objetivos en el área del aprendizaje.

Actuaciones de enfermería:

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

El paciente y los familiares deben participar, siempre que sea posible, en las decisiones relativas a las intervenciones enfermeras encaminadas al logro de los objetivos. Para identificar las intervenciones es aconsejable conocer los puntos fuertes y débiles del paciente y sus familiares, como se explicó anteriormente.

Del modelo bifocal de los diagnósticos de enfermería, podríamos decir que se desprende la responsabilidad del tratamiento tanto, del diagnóstico 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.

En la elaboración de actividades han de tenerse presente los recursos materiales, desde la estructura física del servicio hasta su equipamiento, también hay que tener en cuenta, los recursos humanos, en la cantidad y la cualificación de los distintos estamentos que van a intervenir con nosotros; también influyen los recursos financieros.¹⁸

¹⁸ Ibidem pág. 122

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.

Las características de las actuaciones de enfermería son, según Iyer (1989)

- Serán coherentes con el plan de cuidados: es decir, no estarán en desacuerdo con otros planes terapéuticos de otros miembros del equipo.
- Estarán basadas en principios científicos: Recordemos los paradigmas de salud sobre los que se basa contemporáneamente la enfermería, empírico-analítico, hermenéutico-interpretativo y socio-crítico, éstos fundamentan las decisiones y actuaciones enfermeras.
- Serán individualizados para cada situación en concreto: Los cuidados de un paciente difieren de los de otro, aunque tengan diagnósticos enfermeros y médicos iguales o similares.
- Se emplearán para proporcionar un medio seguro y terapéutico.
- Van acompañadas de un componente de enseñanza y aprendizaje
- Comprenderán la utilización de los recursos apropiados.

Desde un punto de vista funcional la enfermería planifica actuaciones en las diferentes áreas de la salud, la enfermedad y el desarrollo humano:

- Promoción de la salud.
- Prevenir las enfermedades .
- Restablecer la salud
- Rehabilitación.
- Acompañamiento en los estados agónicos.

A este tipo de actividades hay que añadir las actividades de estudio, diagnóstico y tratamiento de la enfermedad delegadas por la medicina, por ejemplo realización de Pruebas diagnósticas, aplicación de fármacos, etc.

Las acciones más habituales de la planificación de los cuidados de enfermería integrales, entorno a los diferentes tipos de diagnóstico enfermero y a los problemas interdependientes son:

- El diagnóstico enfermero real:

- * Reducir o eliminar factores contribuyentes.
- * Promover mayor nivel de bienestar.
- * Controlar el estado de salud.

- Para el diagnóstico enfermero de alto riesgo:

- * Reducir o eliminar los factores de riesgo.
- * Prevenir que se produzca el problema.
- * Controlar el inicio de problemas.

- Para el diagnóstico enfermero posible:

- * Recoger datos adicionales que ayuden a confirmar o excluir un diagnóstico.

- Para el diagnóstico enfermero de bienestar:

- * Enseñar conductas que ayuden a conseguir mayor nivel de bienestar.

- Para problemas interdependientes:

- * Controlar los cambios de estado de la persona.
- * Manejar los cambios de estado de salud.
- * Iniciar las actuaciones prescritas por la enfermera (o) y el médico.

La determinación de las actuaciones de enfermería que son necesarias para resolver o disminuir el problema, requiere de un método. Los pasos a seguir son los que siguen:

- Definir el problema (diagnóstico).
- Identificar las acciones alternativas posibles.
- Seleccionar las alternativas factibles.

El segundo paso de este método consiste en desarrollar todas las soluciones o alternativas posibles. El éxito de las actuaciones de enfermería dependerá de la capacidad del profesional para elegir actividades y posteriormente desarrollar las más adecuadas para obtener los resultados esperados, solución del problema/diagnóstico posibles.

Para terminar este apartado, digamos que, las actuaciones de enfermería son aquellas actividades que necesariamente deben hacerse, para obtener los resultados esperados, y deben definirse para cada diagnóstico de enfermería y problema interdependiente.¹⁹

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).

Para la actualización de los planes de cuidados hay que tener en cuenta que todos los elementos de los planes de cuidados son dinámicos, por lo que se precisa de una actualización diaria. Los diagnósticos, resultados esperados y las actuaciones, que ya no tengan validez deben ser eliminados.

Los planes de cuidados deben tener los siguientes registros documentales:

- Diagnósticos de enfermería/problemas interdependientes.
- Objetivos del cliente para el alta a largo plazo (criterios de resultado)

¹⁹ Ibidem pág. 123

- Ordenes de enfermería (actividades).
- Evaluación (informe de evolución).

Hunt (1978) desarrolló tres documentos para recoger toda la información necesaria para enfermería:

- Hoja de admisión que recoge la información de la valoración.
- Documento donde se registra: Los problemas del paciente, los objetivos del plan de cuidados y las acciones de enfermería.
- Documento de evaluación

De una manera u otra, en la actualidad, todos los planes de cuidados utilizan estos documentos.

Tipos de planes de cuidados:

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

- Individualizado: Permiten documentar los problemas del paciente, los objetivos del plan de cuidados y las acciones de enfermería para un paciente concreto. Se tarda más tiempo en elaborar.
- Estandarizado: según mayers (1983), «un plan de cuidados estandarizado es un protocolo específico de cuidados, apropiado para aquellos pacientes que padecen los problemas normales o previsibles relacionados con el diagnóstico concreto o una enfermedad»
- Estandarizado con modificaciones: Este tipo de planes permiten la individualización, al dejar abiertas opciones en los problemas del paciente, los objetivos del plan de cuidados y las acciones de enfermería.
- Computarizado: Requieren la informatización previa de los diferentes tipos de planes de cuidados estandarizados, Son útiles si permiten la individualización a un paciente concreto.

Kahl et al (1991) nos indican que con la informatización de los servicios de salud, la documentación tiende a disminuir.

Los objetivos de la informatización de los planes de cuidados, mediante la revisión de autores que hace Serrano Sastre, M.R. (1994), recoge de autores como Hannah (1988), Hoy (1990), Kahl (1991) y otros, los objetivos para informatizar los planes de cuidados de enfermería, y estos son:

- Registrar la información de manera rápida, clara y concisa
- Recabar la información precisa sobre el estado de salud, que permite una óptima planificación de los cuidados, su revisión y la mejora del plan,
- Facilitar la continuidad de los cuidados, tanto en el hospital como la comunicación con otros servicios de salud.
- Evitar la repetición de los datos.
- Facilitar datos a la investigación y a la educación.
- Posibilitar el cálculo del coste-beneficio del servicio hospitalario.

Los beneficios que se obtienen tras la informatización de la documentación enfermera son según Kahl et al (1991):

- Eliminación del papeleo.
- Los planes de cuidados mantienen su flexibilidad y son personalizados.
- Los datos incluidos son más relevantes y más exactos.²⁰

1.4.3.1.- CLASIFICACIÓN DE RESULTADOS ESPERADOS (N.O.C.)

- Son los instrumentos de medición del plan de cuidado. El éxito del plan de cuidados depende si se alcanzaron los resultados esperados.
- Dirigen las intervenciones, primero se plantean los resultados al conseguir y luego como se conseguirán.
- Son elementos motivadores, todos los miembros del equipo conocen la meta a conseguir y dirigen sus esfuerzos hacia ello.

La clasificación de los resultados del NOC es una agrupación estandarizada de resultados en pacientes desarrollada para evaluar el efecto de las intervenciones de enfermería.

La clasificación de resultados contienen 330 resultados cada uno de ellos incluye un nombre de identificación (etiqueta). Una definición y un grupo de indicadores que describen el estado específico del paciente, cuidador familiar o sociedad en relación del resultado, una escala de medida de tipo Likert de cinco puntos y una selección de citas bibliográficas, utilizadas en la descripción del resultado.

²⁰ Ibidem Pág. 140

Todos los elementos de la taxonomía están codificados, incluyendo las escalas de medición, cada resultado tiene un código único 4 dígitos los indicadores se codifican añadiendo dos dígitos más el código de su respectivo resultado (del 01 al 99). Y las escalas van codificadas con letra²¹.

1.4.3.2.- CLASIFICACIÓN DE INTERVENCIONES DE ENFERMERÍA (N.I.C.)

La investigación para desarrollar un vocabulario y una clasificación de intervenciones enfermeras comenzó en 1987 con la formación de un equipo de investigación conducido por Joanne McCloskey (actualmente Joanne Dochterman) y Gloria Bulechek en la University of Iowa. El equipo desarrollo la clasificación de intervenciones que realizan las enfermeras (NIC) una clasificación global y estandarizada de las intervenciones que realizan las enfermeras (os), publicada por primera vez el año 1992. A diferencia de los diagnósticos enfermeros o del resultado del paciente, donde este es el centro de interés, en las intervenciones de enfermería el centro de interés es la conducta enfermera, todo aquello que los profesionales de enfermería realizan para ayudar al paciente a avanzar hacia un resultado deseado.

Una intervención se define como cualquier tratamiento basado en el conocimiento y juicio clínico, que realiza un profesional de enfermería para favorecer los resultados esperados del paciente /cliente.

Las intervenciones enfermeras incluyen todas las intervenciones ejecutadas por las enfermeras tanto los cuidados indirectos dirigidas a los individuos, las familias o la comunidad ya sean tratamientos iniciados por las enfermeras por los médicos o por otros profesionales >> (Dochterman & Bulechek 2004, pág. 23) . Cada intervención NIC consta de una etiqueta, una definición un conjunto de actividades que indican las acciones y el pensamiento que lleva a la intervención y una breve lista de regencias.

La etiqueta y la definición de la intervención son el contenido de la intervención que esta estandarizado y que no debe cambiarse cuando se utiliza la NIC para documentar los cuidados sin. Embargo estos pueden individualizarse a través de la elección de las actividades. A partir de una lista de aproximadamente entre 10 y 30 actividades por intervención, el profesional de enfermería elige las más adecuadas para un individuo o familia.²²

²¹ Marion Johnson et al Clasificación de Resultados de Enfermería (CRE) 2ª Edición Editorial Harcourt, Mosby España 2000 Pag. 3, 4, 5, 6

²² Joanne C. McCloskey et al Clasificación de Intervenciones de Enfermería (CIE) 3ª Edición Editorial Harcourt, Mosby España 2001 Pag 3, 4, 5, 6, 7, 8

1.4.4.-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.
- Realizar las actividades de enfermería.
- 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.

De las actividades que se llevan a cabo en esta fase quiero mencionar la continuidad de la recogida y valoración de datos, esto es debido a que por un lado debemos profundizar en la valoración de datos que quedaron sin comprender, y por otro lado la propia ejecución de la intervención es fuente de nuevos datos que deberán ser revisados y tenidos en cuenta como confirmación diagnóstica o como nuevos problemas.²³

1.4.5.-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.

Los dos criterios más importantes que valora la enfermería, en este sentido, son: la eficacia y la efectividad de las actuaciones, Griffith y Christensen (1982).

El proceso de evaluación consta de dos partes

1. Recogida de datos sobre el estado de salud/problema/diagnóstico que queremos evaluar.
2. Comparación con los resultados esperados y un juicio sobre la evolución del paciente hacia la consecución de los resultados esperados.

²³ B KOZIER, G. ERB, X. BLASIS, fundamentos de enfermería conceptos, proceso y práctica
5ª Edición Editorial, Editorial McGRAW-Hill, Internacional Impreso en México en 2005 Pág. 162

La evaluación es un proceso que requiere de la valoración de los distintos aspectos del estado de salud del paciente.

Las distintas áreas sobre las que se evalúan los resultados esperados (criterios de resultado), son según Iyer las siguientes áreas:

1.- Aspecto general y funcionamiento del cuerpo:

- * Observación directa, examen físico.
- * Examen de la historia clínica

2.- Señales y Síntomas específicos

- * Observación directa
- * Entrevista con el paciente.
- * Examen de la historia

3.- Conocimientos:

- * Entrevista con el paciente
- * Cuestionarios (test).

4.- Capacidad psicomotora (habilidades).

- * Observación directa durante la realización de la actividad

5.- Estado emocional:

- * Observación directa, mediante lenguaje corporal y expresión verbal de emociones.
- * Información dada por el resto del personal

6- Situación espiritual (modelo holístico de la salud):

- * Entrevista con el paciente.
- * Información dada por el resto del personal

Las valoraciones de la fase de evaluación de los cuidados enfermeros, deben ser interpretadas, con el fin de poder establecer conclusiones, que nos sirvan para plantear correcciones en las áreas estudio, veamos las tres posibles conclusiones (resultados esperados), a las que podremos llegar.

- 1.-El paciente ha alcanzado el resultado esperado.
2. El paciente está en proceso de lograr el resultado esperado, nos puede conducir a plantearse otras actividades.
3. El paciente no ha alcanzado el resultado esperado y no parece que lo vaya a conseguir. En este caso podemos realizar una nueva revisión del problema, de los resultados esperados, de las actividades llevadas a cabo.

De forma resumida y siguiendo a M, Caballero (1989)

La evaluación se compone de:

- Medir los cambios del paciente/cliente.
- En relación a los objetivos marcados.
- Como resultado de la intervención enfermera
- Con el fin de establecer correcciones.

La evaluación se lleva a cabo sobre las etapas del plan, la intervención enfermera y sobre el producto final.

A la hora de registrar la evaluación se deben evitar los términos ambiguos como «igual», «poco apetito», etc., es de mayor utilidad indicar lo que dijo, hizo y sintió el paciente. La documentación necesaria se encontrará en la historia clínica,

Una característica a tener en cuenta en la evaluación es, que ésta es continua, así podemos detectar como va evolucionando el cliente y realizar ajustes o introducir modificaciones para que la atención resulte más efectiva.²⁴

²⁴ B KOZIER, G. ERB, X. BLASIS, fundamentos de enfermería conceptos, proceso y práctica
5ª Edición Editorial, Editorial McGRAW- Hill, Internacional Impreso en México en 2005 Pág. 167

1.5.-GENERALIDADES DEL MODELO DE VIRGINIA HENDERSON



VIRGINIA HENDERSON

Describe la relación enfermera - paciente, destacando tres niveles de intervención: como sustituta, como ayuda o como compañera.

La evolución de la actividad de la enfermera a través de la historia se identifica por aspectos característicos que la definen en cada época. Sin consideraciones históricas excesivas, el inicio de los cuidados, como un ACTO DE VIDA, se pierde en la memoria de la propia existencia del hombre.

Cuidar es una actividad, tiempo atrás profesionalizada, enmarcada en la historia universal como profesión humanística. Su estudio también ha de hacerse dentro de la historia de la atención sanitaria, por ser una profesión dedicada a la salud.

La consideración de la salud y de la enfermedad es distinta en las diferentes etapas de la sociedad, condicionada por los valores, creencias, cultura, economía y otros factores sociales que vive el hombre en un periodo determinado.²⁵

Doméstica: (Relacionada con la concepción de la salud como mantenimiento de la vida).

El concepto de ayuda a los demás está presente desde el inicio de la civilización. No está tan claro que lo que denominamos el cuidado de enfermería aparezca con el hombre, ya que en esa época se entremezclaban diversas formas de cuidado, que con el transcurso del tiempo dieron lugar a diferentes disciplinas, con la convicción de que éstos han dado origen a los cuidados profesionales, razón de ser de las enfermeras.

²⁵ Fernández Fernn Caram en El modelo de Henderson y el proceso de Enfermería Editorial Masson-Salvat. Barcelona 1995 Pág. 82

En esta etapa los cuidados se denominan domésticos, por ser la mujer la encargada de su hogar en este aspecto de la vida, utilizando elementos que son parte de esa misma vida natural, como el agua para la higiene, las pieles para el abrigo, las plantas y el aceite para la alimentación y las manos, elemento muy importante de contacto maternal, para transmitir bienestar. Esto ha dado lugar a lo que hoy en día llamamos cuidados básicos.

Vocacional: (Relacionada La salud con valor religioso).

La actividad de cuidar se asocia con el nacimiento de la religión cristiana, la salud adquiere una nueva interpretación atribuyendo salud- enfermedad a los designios de dios. Las personas dedicadas al cuidado debían mostrar y mantener actitudes consistentes en hacer voto de obediencia y sumisión, actuar en nombre de Dios, utilizar el cuidado como medio de salvación propia y comunicación con Dios. "Mujer consagrada".

Era prohibido el contacto corporal, motivo por el cual la enfermera centró la atención en la palabra de forma de oración y en consejos morales, repercutiendo en conocimientos teóricos requeridos nulos y procedimientos muy simples. La práctica de la enfermera no requería de ninguna preparación a excepción de la formación religiosa (caridad, sumisión y obediencia).

Técnica: (La enfermera técnica centra su atención en el enfermo como sujeto de una enfermedad, paradigma "La salud como ausencia de enfermedad").²⁶

Desarrollada en la época en que la salud es entendida como lucha contra la enfermedad. En la atención médica, el desarrollo científico y tecnológico tuvo el exponente más claro en el siglo XIX, que condujo a la clase médica a un mayor conocimiento centrado en la búsqueda de las causas de la enfermedad y su tratamiento.

El saber médico se enfocó hacia la persona como sujeto de la enfermedad. Se acrecentó la tecnología y, alrededor de los enfermos, fueron apareciendo instrumental y apartaje cada vez más complejos. Se concentraron los recursos sanitarios para la atención diagnóstica y curativa.

La complejidad tecnológica hizo necesaria la aparición la aparición de personal que asumiera tareas de médicos. A las personas dedicadas al cuidado del enfermo, se les dominó personal paramédico o auxiliar, calificativo derivado de las tareas que estas personas realizaban, en su mayor parte delegadas por los médicos.

En esta etapa se denomina el advenimiento denominado por Colliere "mujer enfermera-auxiliar del médico". Época marcada por la herencia de estadios precedentes: profesión de las mujeres y, durante siglos, reservada a mujeres consagradas.

²⁶ Ibidem pág. 83

La aparición de la enfermera técnica y la separación de los poderes político y religioso permitieron el inicio de la enfermera en vías de profesionalización.

Los principios de la profesionalización de la enfermería se atribuyen a Florencia Nightingale, pero verdaderamente la consideración de enfermería, como trabajo eminentemente técnico surgió a raíz de los años cincuenta del siglo XX.

El paso a esta etapa técnica, desde la etapa vocacional, no ocurrió de forma brusca. Por el contrario, fue necesario un largo periodo de transición, conocido como la etapa oscura de la enfermería por las circunstancias que dieron lugar a ésta denominación.²⁷

Profesional: (Actual concepción de "la salud como equilibrio entre los individuos y su ambiente").

"Dentro de nuestro cambiante mundo actual, probablemente sea el de salud uno de los conceptos que han sufrido una más profunda transformación, fruto de la evolución de la comunidad humana en materia económica, social y política".

Los enfoques de salud como ausencia de la enfermedad se han pasado a un concepto más completo, entendiéndolo a la salud como un proceso integral y no como un estado.

Definiciones de salud enunciada por el profesor H San Martín, que la considera como un "fenómeno de tipo biológico, físico y social de equilibrio y adaptación de todas las posibilidades del organismo humano frente a la complejidad del ambiente social.

En este concepto de salud existen tres aspectos a considerar: un componente subjetivo (bienestar), otro objetivo (capacidad para la función) y un tercero de tipo psicosocial (adaptación social del individuo).

Desde esta perspectiva, la atención a la salud supone la intervención de diferentes profesionales que integrados en un equipo multidisciplinario, atiendan de forma eficaz y autónoma los diferentes aspectos de la salud individual y colectiva.

En consecuencia enfermería ha tenido que ampliar el campo de actuación que les era propio al lado de la cama del enfermo, integrando un conjunto de actividades para propiciar mayor bienestar físico y una mejor adaptación de los individuos con su entorno.

Enfermería comienza a preguntarse sobre la razón de ser, surgen enfermeras investigadoras que a nivel teórico y filosófico describen la actuación diferenciada de la profesión, se inicia el empleo de métodos de trabajo científicos sustituyendo a los empíricos, y las enseñanzas se incluyen en la universidad. Es definitiva, se inicia la etapa de la enfermería profesional.

²⁷ Ibidem pág. 84

Enfermería. Concebida Como la Ciencia y el Arte al Cuidado a la Salud de la persona sana o enferma en su dimensión integral y su campo de acción, son todos los espacios donde la persona se desarrolla y en el que atiende su salud.²⁸

Se sustenta en cuatro núcleos:

1.- El cuidado: Acciones que realiza la enfermera con la intención de que las personas desarrollen al máximo sus capacidades para mantener y conservar la vida. Respetando derechos y sentimientos de la persona que se cuida.

2.- La persona: Sujeto del cuidado, concebido como ser fisiológico, psicológico, sociocultural y espiritual, considerándolo como ser único y particular, lo que determina necesidades propias, capacidades y potenciales las cuales se constituyen en un punto de vista de referencia para el cuidado de enfermería. Se deberá abarcar al individuo, familia y comunidad.

3.- El entorno: Comprende dos medios.

Interno: Genético, fisiológico, psicológico y espiritual.

Externo: Compuesto por el conjunto del universo del que la persona forma parte (físicos, ecológicos, sociales, culturales, políticos, etc.). Factores que influyen en su estilo de vida (Hogar, escuela, centros de trabajo y los lugares que atienden en los que atiende su salud (centros comunitarios de asistencia social y hospitales).

4.- La salud: Valor y experiencia vivida según la perspectiva de cada persona, las creencias, las formas de actuar, que son culturalmente conocidas y utilizadas con el fin de conservar el bienestar de una persona o grupo.

Los factores del estilo de vida son agentes causales de salud y enfermedad.²⁹

²⁸ Ibidem pág. 85

²⁹ Fernández Ferrín Carmen El modelo de Henderson y el proceso de Enfermería Editorial Masson-Salvat Barcelona 1995 Pag. 36

Características de la práctica de enfermería:

Es más que la realización de técnicas y procedimientos, su objeto de estudio requiere agudeza visual para elegir (un cuidado) una acción pensada, reflexionada que responda a las necesidades particulares de la persona. Implica dominio de conocimientos teóricos y metodológicos caracterizadas por:

- ❖ Más allá del acto del cuidado que une el qué y el cómo.
- ❖ Reconocer la importancia de la persona en el cuidado.
- ❖ Reconocer las deferencias en las formas de ser y percibir.
- ❖ Favorecer el desarrollo de las potenciales de la persona.
- ❖ Basar el cuidado en conocimientos específicos de la disciplina de enfermería y en los de otros campos disciplinarios.
- ❖ Utilizar los medios necesarios para valorar la de la persona y el entorno.
- ❖ Determinar las necesidades de cuidados de salud.
- ❖ El cuidado es invisible, cuidar o preocuparse de alguien, creer en alguien, reforzar sus capacidades.
- ❖ Cuidado personalizado (Individual y contextual)
- ❖ Proceso de enfermería, método que posibilita el cuidado a la salud.
- ❖ Creación de un cuidado personalizado.
- ❖ Formulación de diagnóstica.
- ❖ Planificación de intervenciones.
- ❖ La ejecución.
- ❖ La evaluación.
- ❖ Los ámbitos dónde el personal ejerce su práctica.³⁰

³⁰ Ibidem pág. 87

METAPARADIGMA DE VIRGINIA HENDERSON

Postulados:

- ❖ Todo ser humano tiende hacia la independencia y la desea.
- ❖ El individuo forma un todo que se caracteriza por sus necesidades fundamentales
- ❖ Cuando una necesidad permanece insatisfecha el individuo no está completo, entero e independiente.

Valores:

- ❖ La enfermera tiene funciones que le son propias.
- ❖ Cuando la enfermera usurpa la función del médico, cede a su vez sus funciones propias a un personal no calificado.
- ❖ La sociedad espera de la enfermera un servicio especial que ningún otro trabajador le puede prestar.

El marco conceptual de Virginia Henderson se fundamenta en la presencia de un ser humano con ciertas exigencias fisiológicas y aspiraciones que ella denomina necesidades fundamentales

14 NECESIDADES HUMANAS BASICAS QUE PLANTEA VIRGINIA HENDERSON

- 1.-NECESIDAD DE RESPIRAR NORMALMENTE
- 2.-NECESIDAD DE COMER Y BEBER ADECUADAMENTE
- 3.-NECESIDAD DE ELIMINAR LOS DESECHOS CORPORALES POR TODAS LAS VIAS
- 4.-NECESIDAD DE MOVERSE Y MANTENER UNA BUENA POSTURA
- 5.-NECESIDAD DE DORMIR Y DESCANSAR, EVITAR EL DOLOR Y LA ANSIEDAD
- 6.-NECESIDAD DE PODER SELECCIONAR ROPAS APROPIADAS, PODER VESTIRSE Y DESVESTIRSE
- 7.-NECESIDAD DE MANTENER LA TEMPERATURA CORPORAL, DENTRO DE LÍMITES NORMALES
- 8.-NECESIDAD DE MANTENER LA HIGIENE CORPORAL Y LA INTEGRIDAD DE LA PIEL
- 9.-NECESIDAD DE EVITAR PELIGROS AMBIENTALES, E IMPEDIR QUE PERJUDIQUEN A OTROS
- 10.-NECESIDAD DE COMUNICARSE CON OTROS PARA EXPRESAR EMOCIONES, NECESIDADES, TEMORES U OPINIONES
- 11.-NECESIDAD DE VIVIR SEGÚN VALORES Y CREENCIAS
- 12.-NECESIDAD DE TRABAJAR DE MANERA QUE EXISTA UN SENTIDO DE LOGRO
- 13.-NECESIDAD DE JUGAR Y PARTICIPAR EN ACTIVIDADES RECREATIVAS
- 14.-NECESIDAD DE ESTUDIAR, DESCUBRIR O SATISFACER LA CURIOSIDAD QUE CONDUCE A UN DESARROLLO NORMAL DE LA SALUD³¹

³¹ PAGINA DE INTERNET: www.virginiahenderson.com 18-12-08

2.- METODOLOGÍA

El presente Proceso Atención de Enfermería se desarrollo con base en el modelo de Virginia Henderson en la identificación de las 14 necesidades básicas.

En la primera etapa del proceso se utilizo la guía de valoración de Virginia Henderson para identificación de las 14 necesidades. Se llevo a cabo el interrogatorio al paciente, la exploración física y se identificaron las necesidades afectadas del paciente, y se estructura la conclusión diagnóstica.

En la segunda etapa se realizaron los diagnósticos de enfermería con base en la taxonomía de la NANDA, se establecieron diagnósticos reales y potenciales.

En la tercera etapa se jerarquizaron las necesidades afectadas de la persona con base en la escala de Kallis y Maslow de las cinco prioridades:

Primera prioridad todo aquello que amenaza a la persona o tiene alteraciones fisiológicas

Segunda prioridad seguridad y protección

Tercera prioridad amor y pertenencia

Cuarta prioridad autoestima

Quinta prioridad realización de las actividades de la vida diaria.

Se establecieron los resultados esperados con base en la Clasificación de Resultados Esperados (NOC), identifique indicadores y escala de medición por cada uno de ellos.

El plan de cuidados que se desarrollo es individualizado

Se desarrollaron intervenciones interdependiente e independientes utilizando la Clasificación de la Intervenciones de Enfermería (NIC).

En la cuarta etapa se desarrolla el plan de cuidados

En la quinta etapa se evaluaron los logros de los resultados esperados y se evaluó la mejoría de la persona.

3.- APLICACION DEL PROCESO ATENCION DE ENFERMERIA

3.1.-Presentación del caso

Ingresa al servicio de urgencias acompañado por su madre una persona pediátrica de 12 años de edad, es estudiante de 1º de secundaria con diagnóstico médico de hiperreactor bronquial, por lo que se presume presenta las siguientes necesidades básicas alteradas:

NECESIDAD DE OXIGENACIÓN: Ingresa con dificultad para respirar secundario a un proceso inflamatorio bronquial por lo que presenta rudeza inspiratoria, sibilancias y estertores pulmonares bilaterales.

NECESIDAD DE NUTRICIÓN: Ingresa con dificultad respiratoria y a la persona se le dificulta la deglución.

NECESIDAD DE MOVIMIENTO: Por la dificultad respiratoria presenta Intolerancia a la actividad.

NECESIDAD SUEÑO Y DESCANSO: (ANSIEDAD)

Provocada por la insuficiencia respiratoria que presenta ha influido en su sueño, cuando tiene estos episodios afectos al mismo.

NECESIDAD EVITAR RIESGOS Y PELIGROS: DISMINUCIÓN DEL GASTO CARDIACO:

Existe un riesgo cardiaco secundario a la dificultad respiratoria y la taquicardia

NECESIDAD: COMUNICARSE :(AFECTO) INTERRUPCIÓN DE LOS PROCESOS FAMILIARES

Debido a la patología que esta presentando la persona necesita mas atención que la que le dan a su hermana es por eso que la familia se encuentra preocupada

NECESIDAD DE APRENDIZAJE: CONOCIMIENTOS DEFICIENTES: (sobre su proceso de enfermedad y régimen terapéutico) pues esta enfermedad que no es nada agradable crea conflicto a su persona y siente la necesidad de aprender sobre ella para saber que hacer en un caso de emergencia.

3.2.- Valoración

FICHA DE IDENTIFICACIÓN

Nombre: Julio s. e.
Edad: 12 años
Peso: 36 kilos
Talla: 1.12cm.
Fecha de nacimiento: 20 agosto 1996
Sexo: Masculino
Ocupación: Estudiante de 1° de secundaria
Escolaridad: Secundaria
Fecha de admisión: 11 de Julio 2009.
Hora: 23 hrs.
Procedencia: Jiutla, Morelos
Fuente de información: Mamá
Fiabilidad 1-4: 3

VALORACIÓN DE NECESIDADES HUMANAS

1.-NECESIDADES BÁSICAS DE: OXIGENACIÓN, NUTRICIÓN E HIDRATACIÓN, ELIMINACIÓN Y TERMORREGULACIÓN.

a) OXIGENACIÓN

Subjetivo:

Disnea debido a: Proceso inflamatorio (Hiperreactor bronquial)
Tos productiva/seca: productiva
Dolor asociado con la respiración: Si
Fumador: No
Desde cuando fuma/cuantos cigarros al día/varía la cantidad según su estado emocional: No

Objetivo:

Registro de signos vitales y características: T/A: 110/70, Temp. 37°c, FC.:110x', FR.: 26 x'

Tos productiva/seca: Productiva con flemas blanquecinas espesas
Estado de conciencia: Alerta
Coloración de piel/lechos ungueales/peribucal: Ligera cianosis peribucal, llenado capilar 2-3 segundos
Otros:

b) NUTRICIÓN E HIDRATACIÓN

Subjetivo:

Dieta habitual (tipo): normal, balanceada

Numero de comidas diarias: 3

Trastornos digestivos: ninguno

Intolerancia alimentaria/alergias: se encuentra en proceso de acudir a una cita con el alergólogo

Problemas de masticación y deglución: no

Patrón de ejercicio: solo juegos pasivos ya que si juega activamente a veces empieza con problemas respiratorios

Objetivo:

Turgencia de la piel: sin alteración

Membranas mucosas hidratadas/secas: semihidratadas

Características de uñas/cabello: limpios y en buen estado

Funcionamiento neuromuscular y esquelético: sin alteraciones

Aspecto de los dientes y encías: dentadura completa, sin presencia de caries y encías rosadas

Heridas, tipo y tiempo de cicatrización: una cicatriz en la rodilla izquierda que se hizo cuando tenía 6 años ya que se callo de la bicicleta, la mamá dice que le cicatrizó en una semana

Otros:

c) ELIMINACIÓN

Subjetivo:

Hábitos intestinales: defeca 1 a 2 veces al día de consistencia normal

Características de las heces, orina y menstruación:

Historia de hemorragias/enfermedades renales/otros: heces semipastosas cafes y orina amarilla clara

Uso de laxantes: No

Hemorroides: No

Dolor al defecar/menstruar/orinar: No

Como influyen las emociones en sus patrones de eliminación: No tiene problemas

Objetivo:

Abdomen/características: Blando

Ruidos intestinales: Presentes

Palpación de la vejiga urinaria: No presenta globo vesical

Otros:

d) TERMORREGULACIÓN

Subjetivo:

Adaptabilidad a los cambios de temperatura: Desde hace un año empezó a presentar problemas cuando hace frío o llueve

Ejercicio/tipo y frecuencia: Un poco bicicleta 2 o 3 veces a la semana, fut-boll 1 vez a la semana, natación 2 veces a la semana

Temperatura ambiental que le es agradable: En primavera ya que le gusta el calor

Objetivo:

Características de la piel: Hidratada

Transpiración: Escasa

Otros:

2.-NECESIDADES BÁSICAS DE: MOVERSE Y MANTENER BUENA POSTURA, USAR PRENDAS DE VESTIR ADECUADAS, HIGIENE Y PROTECCIÓN DE LA PIEL.

a) MOVERSE Y MANTENER BUENA POSTURA

Subjetivo:

Capacidad física cotidiana: Disminuida

Actividades en el tiempo libre: Jugar con sus amigos

Hábitos de descanso: A veces una siesta al día de una hora 2 a 3 veces por semana por las tardes

Hábitos de trabajo: Le ayuda a su mamá con los mandados y uno que otro quehacer en la casa

Objetivo:

Estado del sistema músculo esquelético/fuerza: Sin alteración

Capacidad muscular tono/resistencia/flexibilidad: Sin alteración

Posturas: Presenta postura arqueada ya que presenta disnea de mediano esfuerzo

Ayuda para la deambulación: Si

Dolor con el movimiento: No

Presencia de temblores: No

Estado de conciencia: Alerta

Estado emocional: Inquieto

Otros:

b) DESCANSO Y SUEÑO

Subjetivo:

Horario de descanso: De 5 pm a 6 pm

Horario de sueño: De 10 pm a 6 am

Horas de descanso: 1

Horas de sueño: 8

Siesta: 1

Ayudas: No

¿Padece insomnio?: Si

A que considera que se deba: Cuando presenta el periodo de hiperreacción bronquial

¿Se siente descansado al levantarse?: Si

Objetivo:

Estado mental: ansiedad/estrés/lenguaje: Ansiedad, estrés

Ojeras: No

Atención: Alerta

Bostezos: Si

Concentración: Si

Respuesta a estímulos: Si

Otros:

c) USO DE PRENDAS DE VESTIR ADECUADAS

Subjetivo:

¿Influye su estado de ánimo para la selección de sus prendas de vestir?: No

¿Su autoestima es determinante en su modo de vestir?: No

¿Sus creencias le impiden vestirse como a usted le gustaría?: No

¿Necesita ayuda para la selección de su vestuario?: No

Objetivo:

Viste de acuerdo a su edad: Si

Capacidad psicomotora para vestirse y desvestirse: Sin alteración

Vestido incompleto: No

Suclo: No

Inadecuado: No

Otros:

d) NECESIDAD DE HIGIENE Y PROTECCIÓN DE LA PIEL

Subjetivo:

Frecuencia de aseo: Baño diario a veces 2 veces al día

Momento preferido para el baño: Antes de irse a la escuela a las 6 am. y por la tarde a las 7 u 8pm aproximadamente

Cuántas veces se lava los dientes al día: 3

Aseo de manos antes y después de comer: Si

Después de eliminar: Si

¿Tiene creencias personales o religiosas que limiten sus hábitos higiénicos?: No

Objetivo:

Aspecto general: Se encuentra limpio y piel hidratada

Olor corporal: Sin alteración

Hallitosis: no

Estado del cuero cabelludo: Limpio y sin alteraciones
Lesiones dérmicas, que tipo: No

e) NECESIDAD DE EVITAR PELIGROS

Subjetivo:

Que miembros componen su familia de pertenencia: Su mamá, su papá, una hermana de 16 años y el de 12 años
Como reacciona ante una situación de urgencia: Se alarma y avisa a quien cree prudente y se encuentra junto a él
¿Conoce las medidas de prevención de accidentes?: Si
En el hogar: Si
En el trabajo: Si en la escuela
¿Realiza controles periódicos de salud recomendados?: Si en compañía de su mamá
Como canaliza las situaciones de tensión en su vida: Lo comenta con sus papas

Objetivo:

Deformidades congénitas: No
Condiciones del ambiente en su hogar: Aparentemente seguras
Trabajo: Las básicas en la escuela
Otros:

3.-NECESIDADES BÁSICAS DE: COMUNICACIÓN, VIVIR SEGÚN SUS CREENCIAS Y VALORES, TRABAJAR Y REALIZARSE, JUGAR Y PARTICIPAR EN ACTIVIDADES RECREATIVAS O DE APRENDIZAJE.

a) NECESIDAD DE COMUNICARSE

Subjetivo:

Estado civil: Soltero
Años de relación:
Vive con: Sus papás
Preocupaciones/estrés: Las que ocasionan la escuela y su actual padecimiento
Familiares: Sus papás y una hermana mayor
Otras personas que pueden ayudar: Maestros y amigos
Rol en la estructura familiar: Es el segundo hijo de sus padres
Comunica sus problemas debidos a la enfermedad/estado: Si
Cuanto tiempo pasa solo: Es muy raro que pase tiempos solo

Objetivo:

Habla claro: Habitualmente si pero en este momento presenta problemas por la disnea que presenta
Confuso: No
Dificultad en la visión: No
Audición: No
Comunicación verbal con la familia/con otras personas significativas: No hay problema ya que en su familia hay mucha confianza y comunicación

b) NECESIDAD DE VIVIR SEGÚN SUS CREENCIAS Y VALORES

Subjetivo:

Creencia religiosa: Católico

¿Su creencia religiosa le genera conflictos personales?: No

Principales valores en su familia: El amor y la confianza

Principales valores personales: El amor

¿Es congruente su forma de pensar con su forma de vivir?: Si

Objetivo:

Hábitos específicos de vestir (grupo social religioso): No

¿Permite el contacto físico?: Si

¿Tiene algún objeto indicativo de determinados valores y creencias?: Su familia

Otros:

c) NECESIDAD DE TRABAJAR Y REALIZARSE

Subjetivo:

¿Trabaja actualmente?: no solo estudia y ayuda en algunos quehaceres en casa

Tipo de trabajo:

Riesgos:

Cuanto tiempo le dedica a su trabajo:

¿Está satisfecho con su trabajo?:

¿Su remuneración le permite cubrir sus necesidades básicas y/o las de su familia?:

¿Esta satisfech@ con el rol familiar que juega?: si

Objetivo:

Estado

emocional/calmando/ansioso/enfadado/retraído/temeroso/irritable/inquieto/eufórico:

ansioso

Otros:

d) NECESIDAD DE JUGAR Y PARTICIPAR EN ACTIVIDADES RECREATIVAS

Subjetivo:

Actividades recreativas que realiza en su tiempo libre: A veces fut-boll, natación

¿Las situaciones de estrés influyen en la satisfacción de su necesidad?: Si

¿Existen recursos en su comunidad para la recreación?: Si

¿Ha participado en alguna actividad lúdica o recreativa?: Si en su colonia ha participado en kermés para beneficio de su iglesia

Objetivo:

Integridad del sistema neuromuscular: Si

¿Rechaza las actividades recreativas?: No

¿Su estado de ánimo es apático/aburrido/participativo?: Participativo

e) NECESIDAD DE APRENDIZAJE

Subjetivo:

Nivel de educación: 1º de secundaria

Problemas de aprendizaje: No

Limitaciones cognitivas: No

Tipo:

Preferencias leer/escribir: Leer

¿Conoce las fuentes de apoyo para el aprendizaje en su comunidad?: Si, la biblioteca de la comunidad

¿Sabe como utilizar estas fuentes de apoyo?: Si ya que ha realizado algunas tareas allí

¿Tiene interés en aprender a resolver problemas de salud?: Si

Otros:

Objetivo:

Estado emocional ansiedad /dolor: Ansiedad

Memoria reciente: Sin alteraciones

Memoria remota: Sin alteraciones

Otras manifestaciones:

CONCLUSION DIAGNOSTICA DE ENFERMERIA		
NECESIDAD	GRADO DE DEPENDENCIA	DIAGNOSTICO DE ENFERMERIA
1 - Oxigenación	I PD D X	Intolerancia a la actividad relacionado con desequilibrio entre aportes y demandas de oxígeno, manifestado por disnea, frecuencia cardíaca anormal, estertores y sibilancias pulmonares, aleteo nasal en respuesta a la actividad
2.- nutrición/ hidratación	I PD D X	déficit de autocuidado en la alimentación relacionado con incapacidad para deglutir los alimentos manifestados por disnea
3 - eliminación	I PD D X	Potencial de favorecer la eliminación
4 - moverse y mantener buena postura	I PD X D	Intolerancia a la actividad relacionada con desequilibrio entre aporte y demandas de oxígeno manifestado por disnea al realizar cualquier actividad
5 - descanso y sueño	I PD X D	Ansiedad relacionada con cambio en el estado de salud manifestado por inquietud, nerviosismo, sueño discontinuo
6 - usar prendas de vestir adecuadas	I X PD D	Potencial de mejora para usar prendas de vestir adecuadas
7.- termorregulación	I X PD D	Potencial de favorecer la termorregulación
8. - higiene y protección de la piel	I X PD D	Potencial de favorecer el autocuidado de baño e higiene y protección de la piel
9 - evitar peligros	I PD D X	Riesgo de disminución del gasto cardíaco relacionado con posible alteración de la frecuencia o ritmo cardíaco.
10.- comunicarse	I PD X D	Interrupción de los procesos familiares relacionado con cambio del estado de salud de un miembro de la familia manifestado por preocupación familiar por la enfermedad del mismo.
11 vivir según sus creencias y valores	I X PD D	Potencial de favorecer los valores y creencias positivos
12 - trabajar y realizarse	I X PD D	Potencial de mejorar el afrontamiento de trabajar y realizarse
13 jugar y participar en actividades recreativas	I X PD D	Potencial de favorecer actividad y ejercicios
14 - aprendizaje	I PD X D	Conocimiento deficiente relacionado con su proceso de enfermedad y régimen terapéutico manifestado por querer saber más acerca del problema que esta presentando.

3.3.- Diagnósticos de enfermería

Necesidad: OXIGENACIÓN

Dx de enfermería: Intolerancia a la actividad relacionado con desequilibrio entre aportes y demandas de oxígeno, manifestado por disnea, frecuencia cardíaca anormal, estertores y sibilancias pulmonares, aleteo nasal en respuesta a la actividad

Necesidad: NUTRICIÓN

Dx de enfermería: Déficit de autocuidado en la alimentación relacionado con incapacidad para deglutir los alimentos manifestados por disnea

Necesidad: MOVIMIENTO

Dx de enfermería: Intolerancia a la actividad relacionada con desequilibrio entre aporte y demandas de oxígeno manifestado por disnea al realizar cualquier actividad

Necesidad: DESCANSO Y SUEÑO

Dx de enfermería: ansiedad relacionada con cambio en el estado de salud manifestado por inquietud, nerviosismo, sueño discontinuo

Necesidad: EVITAR RIESGOS Y PELIGROS

Dx de enfermería: Riesgo de disminución del gasto cardíaco relacionado con posible alteración de la frecuencia o ritmo cardíaco

Necesidad: COMUNICARSE

Dx de enfermería: Interrupción de los procesos familiares relacionado con cambio del estado de salud de un miembro de la familia manifestado por preocupación familiar por la enfermedad del mismo

Necesidad: APRENDIZAJE

Dx de enfermería: Conocimiento deficiente relacionado con su proceso de enfermedad y régimen terapéutico manifestado por querer saber más acerca del problema que esta presentando

3.4 PLANEACIÓN

NECESIDADES	NECESIDADES JERARQUIZADAS	DIAGNOSTICOS DE ENFERMERIA	RESULTADOS ESPERADOS (NOC)	INTERVENCIONES (NIC)
1 Oxigenación	1 Oxigenación: • Dificultad respiratoria	Intolerancia a la actividad relacionado con desequilibrio entre aportes y demandas de oxígeno, manifestado por disnea, frecuencia cardíaca anormal, estertores y sibilancias pulmonares, alateo nasal en respuesta a la actividad	Control del asma Definición: acciones personales para revertir la situación la inflamatoria secundaria a la constricción bronquial de las vías respiratorias Estado respiratorio: intercambio gaseoso Definición: intercambio alveolar de co2 y o2 para mantener las concentraciones de gases arteriales Estado respiratorio: permeabilidad de las vías respiratorias Definición: grado en que las vías traqueobronquiales permanecen permeables	Manejo ambiental Manejo de la medicación Oxigenoterapia

2 Nutrición e Hidratación	9. Evitar riesgos y peligros	Riesgo de disminución del gasto cardíaco relacionado con posible alteración de la frecuencia o ritmo cardíaco	<p>Efectividad de la bomba cardíaca</p> <p>Definición: cantidad de sangre expulsada del ventrículo izquierdo por minuto para mantener la presión de perfusión sistémica</p> <p>Estado de los signos vitales</p> <p>Definición: temperatura, pulso, respiración y presión arterial dentro del rango esperado para el individuo</p>	Cuidados cardíacos
3 Eliminación	5 Descanso y sueño	Ansiedad relacionada con cambio en el estado de salud manifestado por inquietud, nerviosismo, sueño discontinuo	<p>Control de la ansiedad</p> <p>Definición: acciones personales para eliminar o reducir sentimientos de aprehensión y tensión por una fuente no identificable</p>	<p>Disminución de la ansiedad</p> <p>Definición: minimizar la aprensión, temor, presagios relacionados con una fuente no identificada de peligro por adelantado</p>

4 Moverse y mantener una buena postura	2. Nutrición o Hidratación	Déficit de autocuidado en la alimentación relacionado con incapacidad para deglutir los alimentos manifestado por disnea	Estado de deglución fase esofágica Definición: idoneidad del tránsito de líquidos y/ o sólidos desde la faringe hacia el estomago	Terapia de deglución Definición: facilitar la deglución y prevenir las complicaciones de una deglución defectuosa actividades:
5 Descanso y sueño	4 Moverse y mantener buena postura	Intolerancia a la actividad relacionada con desequilibrio entre aporte y demandas de oxígeno manifestado por disnea al realizar cualquier actividad	Conservación de la energía Definición: grado de energía necesaria para iniciar y mantener la actividad	Fomento del ejercicio Definición: facilitar regularmente la realización de ejercicios físicos con el fin de mantener o mejorar el estado físico y el nivel de salud

<p>6 Usar vendas de vestir adecuadas</p>	<p>14 Aprendizaje</p>	<p>Conocimiento deficiente relacionado con su proceso de enfermedad y régimen terapéutico manifestado por querer saber más acerca del problema que está presentando</p>	<p>Conocimiento: proceso de la enfermedad Definición: grado de comprensión transmitido sobre el proceso de una enfermedad concreta</p>	<p>Enseñanza: proceso de enfermedad Definición: ayudar a la persona a comprender la información relacionada con un proceso de enfermedad específico</p>
<p>7 Termorregulación</p>	<p>10 Comunicarse</p>	<p>Interrupción de los procesos familiares relacionado con cambio del estado de salud de un miembro de la familia manifestado por preocupación familiar por la enfermedad del mismo</p>	<p>Ambiente de la familia Interno Definición: clima social que caracteriza a las relaciones y objetivos de los miembros de la familia Superación de problemas de la familia Definición: acciones de la familia para controlar los factores estresantes que comprometen los recursos de la familia</p>	<p>Fomento de la implicación familiar Definición: facilitar la participación de la familia en el cuidado emocional y físico de la persona</p>

3.6.- Ejecución:

3.8.-Evaluación:

<p>Necesidad: oxigenación: intolerancia a la actividad</p> <p>NANDA: DOMINIO 4, CLASE 4</p> <p>Dx de enfermería: Intolerancia a la actividad relacionado con desequilibrio entre aportes y demandas de oxígeno, manifestado por disnea, frecuencia cardiaca anormal, estertores y sibilancias pulmonares, alateo nasal en respuesta a la actividad</p> <p>Definición: Insuficiente energía fisiológica o psicológica para tolerar o completar las actividades diarias requeridas o deseadas.³²</p>		
Resultados Esperados (NOC)	Intervenciones (NIC)	Fundamentación
<p>Domino: Salud fisiológica (H) Clase: Respuesta inmune (H)</p> <p>Control del asma</p> <p>Definición: Acciones personales para revertir la situación la inflamatoria secundaria a la constricción bronquial de las vías respiratorias³³</p>	<p>Campo: F Clase: L</p> <p>Manejo ambiental</p> <p>Definición: Vigilar y actuar sobre el ambiente físico cognoscitiva y el historial de conducta del paciente³⁴</p> <p>Actividades:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Elimina los factores de peligro del ambiente cuando sea posible 	<ul style="list-style-type: none"> o Todas las células del organismo requieren de la administración continua y suficiente de oxígeno³⁵ o La oxigenación es una necesidad básica para realizar los procesos metabólicos

³² NANDA DIAGNOSTICOS Enfermeros: Definiciones y Clasificación 2003-2004 Editorial ELSEVIER, España 2003-2004 Pág. 123

³³ Marion-Johnson et al Clasificación de resultados de enfermería (CORE) 2ª edición Editorial Harcourt, Mosby España 2000 Pág. 199

³⁴ Joanne C. McCloskey et al Clasificación de intervenciones de Enfermería (CIE), 3ª edición Editorial Harcourt, Mosby España 2000 Pág. 472

³⁵ Susana Rosales Barrera et al Fundamentos de Enfermería 3ª Edición Editorial Manual Moderno México 2004 Pág. 316

<p>Indicadores:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Demuestra un uso apropiado de inhaladores, difusores y nebulizadores <p>Escala de medición:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1.-Nunca manifestado 2.-Raramente manifestado 3.-En ocasiones manifestado 4.-Manifestado con frecuencia 5.-Constantemente manifestado <p>Dominio: Salud fisiológica (II) Clase: Cardiopulmonar (E)</p> <p>Estado respiratorio: intercambio gaseoso</p> <p>Definición: intercambio alveolar de co2 y o2 para mantener las concentraciones de gases arteriales³⁴</p> <p>Indicadores:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Facilidad de la respiración • Ausencia de disnea en reposo 	<ul style="list-style-type: none"> • Modifique el ambiente para minimizar los peligros y riesgos • Eduque a las personas o grupos de alto riesgo sobre los peligros ambientales <p>Campo: H Clase: S</p> <p>Manejo de la medicación</p> <p>Definición: Facilitar la utilización segura y efectiva de los medicamentos prescritos y de libre dispensación³⁷</p> <p>Actividades:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Determinar los fármacos necesarios y administrar de acuerdo con la prescripción medica y/ o protocolo como son los: mucolíticos y vaso espasmódicos. • Observar los efectos terapéuticos de la medicación en el paciente • Observar si hay signos y síntomas de toxicidad de la medicación 	<ul style="list-style-type: none"> ○ El oxígeno forma parte del gas atmosférico en un 21%, el oxígeno comercial para uso clínico debe ser por lo menos 99% puro, es producido por destilación fraccionada, purificado por compresión, expansión y enfriamiento y finalmente, en estado líquido o gaseoso, se deposita en recipientes metálicos en un sistema central o en cilindros de diferentes tamaños ○ La administración de oxígeno se utiliza de una manera muy conservadora en los individuos con enfermedades respiratorias agudas o crónicas, ya que los valores altos de este gas pueden alterar el centro del bióxido de carbono y originar un paro cardiorespiratorio
--	---	---

³⁴ Marion Johnson et al Clasificación de resultados de enfermería (CRR) 2ª edición Editorial Harcourt, Mosby España 2000 Pág. 315

³⁷ Jeanne C. McCloskey et al Clasificación de intervenciones de Enfermería (CIE) 3ª edición Editorial Harcourt, Mosby España 2000 Pág. 532

<p>Ausencia de disnea de esfuerzo pao2 d.l.n.</p> <p>Escala de medición:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Extremadamente comprometido 2. Sustancialmente comprometido 3. Moderadamente comprometido 4. Levemente comprometido 5 - No comprometido <p> dominio: Salud de la familia (II) Clase: Estado de salud de los miembros de la familia (E)</p> <p>Estado respiratorio: permeabilidad de las vías respiratorias</p> <p>Definición: Grado en que las vías traqueobronquiales permanecen permeables³⁶</p> <p>Indicadores:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Ausencia de ruidos respiratorios patológicos 	<ul style="list-style-type: none"> • Observe si se producen efectos adversos derivados de los fármacos • Explique al paciente o a la familia la acción y los efectos secundarios esperados de la medicación • Proporcionar al paciente y / o a los miembros de la familia información escrita y visual para potenciar la autoadministración de los medicamentos <p>Campo: k Clase: V</p> <p>Oxigenoterapia</p> <p>Definición: Administración de oxígeno y control de su eficacia³⁸</p> <p>Actividades:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Mantiene la permeabilidad de las vías aéreas 	<ul style="list-style-type: none"> o Los conocimientos del personal de enfermería sobre el funcionamiento del equipo de oxígeno, es abastecimiento suficiente de este gas, un regulador que garantice un flujo en cantidad fija, un aparato en buenas condiciones de uso, son requerimientos básicos para su eficaz administración o La tecnología de la oximetría de pulso permite la vigilancia continua de la saturación de oxígeno arterial (SaO2)⁴⁰
--	--	--

³⁵ Marion-Johnson et al Clasificación de resultados de enfermería (CORE) 2ª edición Editorial Harcourt, Mosby España 2000 Pág. 316

³⁶ Joanne C. McCloskey et al Clasificación de intervenciones de enfermería (CIE), 3ª edición Editorial Harcourt, Mosby España 2000 Pág. 620

⁴⁰ Susana Rosales Barrera et al Fundamentos de Enfermería 3ª Edición Editorial Manual Moderno México 2004 Pág. 313

<p>Escala de medición:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Extremadamente comprometido 2. Sustancialmente comprometido 3. Moderadamente comprometido 4. Levemente comprometido 5. No comprometido 	<ul style="list-style-type: none"> • Administre oxígeno suplementario • Comprué la eficacia de la oxigenoterapia) pulsioxímetro, gasometría de sangre arterial si procede • Asegure la recolocación de la máscara o cánula de oxígeno cada vez que se extrae del dispositivo 	
<p>Evaluación El niño julio logro mejorar su problema respiratorio, logrando satisfacer su necesidad ubicándola en una escala de 4 (levemente comprometida)</p>		

Necesidad: Nutrición: (déficit de autocuidado: alimentación)

NANDA: DOMINIO 2, CLASE 1

Dx de enfermería: Déficit de autocuidado en la alimentación relacionado con incapacidad para deglutir los alimentos manifestado por disnea

Definición: Deterioro de la habilidad para realizar o completar las actividades de alimentación ⁴¹

Resultados Esperados (NOC)	Intervenciones (NIC)	Fundamentación
<p>Dominio: Salud fisiológica (II)</p> <p>Clase: Nutrición (K)</p> <p>Estado de deglución fase osofagica</p> <p>Definición: Idoneidad del tránsito de líquidos y/o sólidos desde la faringe hacia el estomago ⁴²</p> <p>Indicadores:</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Ausencia de atragantamiento y/ o tos con la deglución 	<p>Campo: F</p> <p>Clase: D</p> <p>Terapia de deglución</p> <p>Definición: Facilitar la deglución y prevenir las complicaciones de una deglución defectuosa actividades. ⁴³</p> <p>Actividades:</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Ayude al paciente a sentarse en una posición erecta (lo mas cerca posible de los 90°) para la alimentación y ejercicio 	<ul style="list-style-type: none"> ○ La educación nutricional depende de la posibilidad de alimentos, su utilización y de las técnicas culinarias ○ Los procesos digestivos mecánicos son masticación, deglución, acción peristáltica y defecación

⁴¹ NANDA DIAGNOSTICOS Enfermeras. Definiciones y Clasificación 2003-2004 Editorial ELSEVIER, España 2003-2004 Pág. 123

⁴² Manón-Johanson et al Clasificación de resultados de enfermería (CRE) 2ª edición Editorial Harcourt, Mosby España 2000 Pág. 29

⁴³ Manón-Johanson et al Clasificación de resultados de enfermería (CRE) 2ª edición Editorial Harcourt, Mosby España 2000 Pág. 281

⁴⁴ Jeanne C. McCloskey et al Clasificación de intervenciones de Enfermería (CIE) 3ª edición Editorial Harcourt, Mosby España 2000 Pág. 721

<ul style="list-style-type: none"> • Comodidad con la deglución • Aceptación de la comida <p>Escala de medición:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Extremadamente comprometida 2. Muy comprometida 3. Moderadamente comprometida 4. Levemente comprometida 5. No comprometida 	<ul style="list-style-type: none"> • Ayude a mantener una posición sentada durante 30 min. después de terminar de comer • Enseñe al paciente a no hablar mientras come • Controle si hay signos de fatiga al comer, beber y tragar 	<ul style="list-style-type: none"> ◦ Las anomalías congénitas, estados infecciosos, neoplasias, obstrucciones, heridas y trastornos por agentes químicos en el aparato digestivo, son factores que modifican la nutrición ◦ La alineación cercana a la posición anatómica impide el esfuerzo o la tensión muscular innecesarios ◦ Existen padecimientos o razones medicas que impiden o limitan la participación del paciente en su alimentación⁴⁴
<p>Evaluación El niño Julio al lograr controlar su nivel respiratorio, logra deglutir los alimentos favoreciendo así su problema de deglución, ubicándolo en una escala de 5 (no comprometida)</p>		

⁴⁴ Suarez Rosales, Barrera et al Fundamentos de Enfermería 3ª Edición Editorial Manual Moderno, Mexico 2004 Pag. 314-317-318

<p>Necesidad: Movimiento: Intolerancia a la actividad</p> <p>NANDA: DOMINIO 4, CLASE 4</p> <p>Dx de enfermería: Intolerancia a la actividad relacionada con desequilibrio entre aporte y demandas de oxígeno manifestado por disnea al realizar cualquier actividad.</p> <p>Definición: Insuficiente energía fisiológica o psicológica para tolerar o completar las actividades diarias requeridas o deseadas.⁴⁵</p>		
Resultados Esperados (NOC)	Intervenciones (NIC)	Fundamentación
<p> dominio: Salud funcional (I) Clase: Mantenimiento energía (A)</p> <p>Conservación de la energía</p> <p>Definición: Grado de energía necesaria para iniciar y mantener la actividad.⁴⁶</p> <p>Indicadores:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Reconoce limitaciones de energía • Utiliza técnicas de conservación de energía 	<p>Campo: A</p> <p>Clase: S</p> <p>Fomento del ejercicio</p> <p>Definición: Facilitar regularmente la realización de ejercicios físicos con el fin de mantener o mejorar el estado físico y el nivel de salud.⁴⁷</p> <p>Actividades:</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Valore las ideas del paciente sobre el efecto del ejercicio físico en la salud 	<ul style="list-style-type: none"> ○ Un plan de atención para la recuperación funcional del paciente tiende a considerar sus necesidades de independencia, movilización, traslado con o sin utilización de implementos de apoyo⁴⁸

⁴⁵ NANDA DIAGNOSTICOS Enfermeros. Definiciones y Clasificación 2003-2004 Editorial ELSEVIER, España 2003-2004 Pág. 123

⁴⁶ Marton-Johnson et al Clasificación de resultados de enfermería (NRE) 2ª edición Editorial Harcourt, Mosby España 2000 Pág. 186

⁴⁷ Joana C. McCloskey et al Clasificación de intervenciones de enfermería (CIE) 1ª edición Editorial Harcourt, Mosby España 2000 Pág. 432

⁴⁸ Susana Rosales Barrera et al Fundamentos de Enfermería 3ª Edición Editorial Manual Modone México 2004 Pág. 129

<ul style="list-style-type: none"> • Adapta el estilo de vida al nivel de energía <p>Escala de medición:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Absoluto 2. De escasa magnitud 3. De magnitud moderada 4. De gran magnitud 5 De magnitud muy grande 	<ul style="list-style-type: none"> • Instruí al paciente acerca del tipo de ejercicio adecuado para su nivel de salud en colaboración con el médico • Enseñe al paciente técnicas de respiración adecuadas para maximizar la absorción de oxígeno durante el ejercicio físico 	
<p>Evaluación El niño Julio al controlar su nivel respiratorio logra restablecer la necesidad de movimiento, ubicándolo en una escala de 2 (de escasa magnitud)</p>		

<p>Necesidad: Sueño y descanso: (ansiedad)</p> <p>NANDA: DOMINIO 9, CLASE 2</p> <p>Dx de enfermería: Ansiedad relacionada con cambio en el estado de salud, cambio manifestado por inquietud, nerviosismo, sueño discontinuo.</p> <p>Definición: Vaga sensación de malestar o amenaza acompañada de una respuesta autonómica (cuyo origen es con frecuencia desconocido por el individuo) sentimiento de aprehensión causado por la anticipación de un peligro, es una señal de alerta que advierte de un peligro y permite al individuo tomar medidas para afrontarlo.⁴⁹</p>		
Resultados Esperados (NOC)	Intervenciones (NIC)	Fundamentación
<p>Domínio: Salud psicosocial (III)</p> <p>Clase: Autocontrol (0)</p> <p>Control de la ansiedad</p> <p>Definición: Acciones personales para eliminar o reducir sentimientos de aprehensión y tensión por una fuente no identificable.⁵⁰</p> <p>Indicadores:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Monitorea la intensidad de la ansiedad 	<p>Campo: T</p> <p>Clase: 2</p> <p>Disminución de la ansiedad</p> <p>Definición: Minimizar la aprensión, temor, presagios relacionados con una fuente no identificada de peligro por adelantado.⁵¹</p> <p>Actividades:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Utilice un enfoque sereno que da seguridad 	<ul style="list-style-type: none"> ○ Las células del organismo necesitan periodos de disminución de la actividad durante los cuales pueden restablecerse ○ Los seres humanos necesitan cierta cantidad de sueño durante un periodo prolongado para mantener funcionamiento óptimo de su organismo (tanto físico como emocional)

⁴⁹ NANDA DIAGNOSTICOS Enfermeras: Definiciones y Clasificación 2003-2004 Editorial ELSEVIER, España 2003-2004 Pág. 22

⁵⁰ Manon-Johnson et al Clasificación de resultados de enfermería (CRE) 2ª edición Editorial Harcourt, Mosby España 2000 Pág. 191

⁵¹ Joanne C. McCloskey et al Clasificación de intervenciones de enfermería (CIE) 3ª edición Editorial Harcourt, Mosby España 2000 Pág. 324

<ul style="list-style-type: none"> • Busca información para reducir la ansiedad • Conserva las relaciones sociales • Mantiene la concentración • Refiere dormir de forma adecuada <p>Escaia de medición:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Nunca manifestado 2. Raramente manifestado 3. En ocasiones manifestado 4. Manifestado con frecuencia 5. Constantemente manifestado 	<ul style="list-style-type: none"> • Explique todos los procedimientos, incluyendo las posibles sensaciones que se han de experimentar durante el procedimiento • Trate de comprender la perspectiva del paciente sobre una situación estresante • Permanezca con el paciente para promover la seguridad y reducir el miedo • Anime la manifestación de sentimientos, percepciones y miedos 	<ul style="list-style-type: none"> ○ El nivel de tensión (durante los periodos de tensión pueden aumentar las necesidades de sueño) ○ El sueño restablece el equilibrio normal entre las distintas partes del sistema nervioso⁶²
<p>Evaluación El niño Julio logra reducir su ansiedad al entender la explicación que se le dio sobre las posibles causas de su problema, ubicándolo en una escala de 3 (en ocasiones manifestado)</p>		

⁶² Nordmark/ Rohwedder Bases Científicas de Enfermería 2ª Edición Editorial Manual Moderno México 1998. Pag. 303-304

<p>Necesidad: Evitar riesgos y peligros: disminución del gasto cardíaco</p> <p>NANDA: DOMINIO 4, CLASE 4</p> <p>Dx de enfermería: Riesgo de disminución del gasto cardíaco relacionado con posible alteración de la frecuencia o ritmo cardíaco</p> <p>Definición: La cantidad de sangre bombeada por el corazón es inadecuada para satisfacer las demandas metabólicas del cuerpo.²³</p>		
Resultados Esperados (NOC)	Intervenciones (NIC)	Fundamentación
<p>Dominio: Salud fisiológica (II)</p> <p>Clase: Cardiopulmonar (E)</p> <p>Efectividad de la bomba cardíaca.</p> <p>Definición: Cantidad de sangre expulsada del ventrículo izquierdo por minuto para mantener la presión de perfusión sistémica.²⁴</p> <p>Indicadores:</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Frecuencia cardíaca ere (en el rango esperado) ▪ Índice cardíaco ere (en el rango esperado) 	<p>Campo: N</p> <p>Clase: J</p> <p>Cuidados cardíacos</p> <p>Definición: Limitación de las complicaciones derivadas de un desequilibrio entre el aporte y la demanda de oxígeno miocárdico en pacientes con síntoma de deterioro de la función cardíaca.²⁵</p> <p>Actividades:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Tome nota de los signos y síntomas significativos de descenso del gasto cardíaco 	<ul style="list-style-type: none"> o La sangre transporta sustancias del exterior al interior de las células y viceversa, y por ello el volumen y la presión de la sangre circulante deben conservarse dentro de ciertos límites para satisfacer las necesidades variables del organismo.

²³ NANDA DIAGNOSTICOS Enfermeros, Definiciones y Clasificación 2003-2004 Editorial ELSEVIER, España 2003-2004 Pág. 97

²⁴ Marion-Johnson et al Clasificación de resultados de enfermería (CRE) 2ª edición Editorial Harcourt, Mosby España 2000 Pág. 260

²⁵ Jeanne C. McCloskey et al Clasificación de intervenciones de Enfermería (CIE) 3ª edición Editorial Harcourt, Mosby España 2000 Pág. 242

<ul style="list-style-type: none"> • Tolerancia a la actividad • Coloración de la piel • Ausencia de ingurgitación de las venas del cuello • Ausencia de arritmia <p>Escala de medición:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Extremadamente comprometida 2. Sustancialmente comprometida 3. Moderadamente comprometida 4. Levemente comprometida 5. No comprometida <p>Domino: Salud fisiológica (II)</p> <p>Clase: Regulación metabólica (I)</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Observe signos vitales con frecuencia • Monitoree el estado cardiovascular observar si hay disnea, fatiga, taquipnea y ortopnea 	<ul style="list-style-type: none"> ○ Existe un sistema especial de excitación y conducción, compuesto por fibras miocárdicas especializadas, que coordinan la secuencia del funcionamiento del ritmo cardíaco, este sistema genera y transmite impulsos eléctricos que produce la concentración de los segmentos auricular y ventricular del miocardio ○ El gasto cardíaco aumenta cuando hay un aumento general en la actividad metabólica del organismo⁵⁷
--	--	--

<p>Estado de los signos vitales</p> <p>Definición: Temperatura, pulso, respiración y presión arterial dentro del rango esperado para el individuo.⁶⁶</p> <p>Indicadores:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Frecuencia del pulso radial • Frecuencia respiratoria • P.a. sistólica • P.a diastólica <p>Escala de medición:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Desviación extrema para el rango esperado 2. Desviación sustancial para el rango esperado 3. Desviación moderada para el rango esperado 		
--	--	--

⁶⁶ Nordmark/ Rohwedder Bases Científicas de Enfermería 2ª Edición Editorial Manual Moderno Médico 1998 Pag. 21-39-32

⁶⁷ Munton-Johnson et al Clasificación de resultados de enfermería (CORE) 2ª edición Editorial Harcourt, Mosby España 2000 Pag. 288

4. Desviación leve para el rango esperado		
5 Sin desviación del rango esperado		
Evaluación El niño Julio logra entender que debe practicar deportes pasivos ya que el riesgo de problemas cardiacos podria presentarse de no hacerlo así, ubicándolo en una escala de 4 (levemente comprometida)		

<p>Necesidad: : Afecto: comunicarse Interrupción de los procesos familiares</p> <p>NANDA: DOMINIO 7, CLASE 2</p> <p>Dx de enfermería: Interrupción de los procesos familiares relacionado con cambio del estado de salud de un miembro de la familia manifestado por preocupación familiar por la enfermedad del mismo</p> <p>Definición: Cambio en las relaciones o en el funcionamiento familiar.⁵⁰</p>		
Resultados Esperados (NOC)	Intervenciones (NIC)	Fundamentación
<p>Dominio: Salud de la familia (VI)</p> <p>Clase: Bienestar de la familia (X)</p> <p>Ambiente de la familia interno</p> <p>Definición: Clima social que caracteriza a las relaciones y objetivos de los miembros de la familia.⁵⁰</p> <p>Indicadores:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Comparta sentimientos con los miembros de la familia 	<p>Campo: X</p> <p>Clase: U</p> <p>Fomento de la implicación familiar</p> <p>Definición: Facilitar la participación de la familia en el cuidado emocional y físico del paciente.⁵¹</p> <p>Actividades:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Identifique la capacidad de los miembros de la familia para implicarse en el cuidado del paciente 	<ul style="list-style-type: none"> o Una atención basada en la comprensión, aceptación y apoyo estimula el comportamiento para disminuir, controlar o eliminar problemas emocionales y espirituales o Las doctrinas éticas surgen apartir de problemas sociales, concretamente con los principios, valores y normas, mismas que requieren esclarecimiento o sustitución en cada época y estructura social. Todas pretenden como fin ultimo una conducta moral efectiva

⁵⁰ NANDA DIAGNOSTICOS Enfermeros. Definiciones y Clasificación 2003-2004 Editorial ELSEVIER, España 2003-2004 Pág. 173

⁵¹ Marion-Johnson et al Clasificación de resultados de enfermería (CRE) 2ª edición Editorial Harcourt, Mosby España 2000 Pág. 114

⁵² Jeanne C. McCloskey et al Clasificación de intervenciones de Enfermería (CIE) 3ª edición Editorial Harcourt, Mosby España 2000 Pág. 415

<ul style="list-style-type: none"> • • Discute aspectos importantes para la familia • Soluciona problemas observados <p>Escala de medición:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Nunca manifestado 2. Raramente manifestado 3. En ocasiones manifestado 4. Con frecuencia manifestado 5. Manifestado constantemente 	<ul style="list-style-type: none"> • Identifique los déficit de cuidados propios del paciente • Favorece los cuidados por parte de los miembros de la familia durante la hospitalización cuando sea posible • Determine el nivel de dependencia respecto de la familia que tiene el paciente, si procede a la edad o a la enfermedad 	<ul style="list-style-type: none"> ○ Religión es la relación del hombre con lo divino y los deberes que de ella se derivan, virtud que mueve a ofrecer un culto a Dios. Se caracteriza por poseer conocimiento de un poder sobrenatural, sentimiento de dependencia y sistema de relaciones⁶⁷
---	---	---

⁶⁷ Suarez Rosales, Barrera et al. Fundamentos de Enfermería 3ª Edición Editorial Manual Medonte, Mexico 2004. Pag. 289-290

<p> dominio: Salud de la familia (VI)</p> <p> Clase: Bienestar de la familia (X)</p> <p> Superación de problemas de la familia</p> <p> Definición: Acciones de la familia para controlar los factores estresantes que comprometen los recursos de la familia⁶⁰</p> <p> Indicadores:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Afronta los problemas • Implica a los miembros de la familia en la toma de decisiones • Busca atención para las necesidades de todos los miembros de la familia • Establece prioridades 		
--	--	--

⁶⁰ Johnson-Johnson et al. Clasificación de resultados de enfermería (CORE). 2ª edición Edición: Harcourt, Mosby España 2000. Pág. 404

<p>Escala de medición:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Nunca manifestado 2. Raramente manifestado 3. En ocasiones manifestado 4. Con frecuencia manifestado 5. Manifestado constantemente 		
<p>Evaluación El niño Julio y su familia logran comprender que al cumplir con el tratamiento y los cuidados que se le indican es adecuado para lograr una mejor calidad de vida ubicándolo en una escala de 2 (raramente manifestado)</p>		

<p>Necesidad: Aprendizaje: conocimientos deficientes</p> <p>NANDA: DOMINIO 5, CLASE 4</p> <p>Dx de enfermería: Conocimiento deficiente relacionado con su proceso de enfermedad y régimen terapéutico manifestado por querer saber mas acerca del problema que esta presentando</p> <p>Definición: Carencia o deficiencia de información cognitiva relacionada con un tema específico ⁶³</p>		
Resultados Esperados (NOC)	Intervenciones (NIC)	Fundamentación
<p>Dominio: Conocimiento y conducta en salud (IV) Clase: Conocimiento sobre la salud (S)</p> <p>Conocimiento: proceso de la enfermedad</p> <p>Definición: Grado de comprensión transmitido sobre el proceso de una enfermedad concreta.⁶⁴</p>	<p>Campo: S Clase: J Enseñanza: proceso de enfermedad</p> <p>Definición: Ayudar al paciente a comprender la información relacionada con un proceso de enfermedad específico.⁶⁵</p>	<ul style="list-style-type: none"> o Para mantener el equilibrio psicológico se necesita que el individuo tenga una oportunidad para crecer y desarrollarse positivamente para aprender en general y para lograr el comportamiento adecuado para solucionar problemas de adaptación en particular. o La percepción esta determinada por las experiencias, y tiene para el Individuo un significado interés y valor individual

⁶³ NANDA DIAGNOSTICOS Enfermeras. Definiciones y Clasificación 2003-2004 Editorial ELSEVIER, España 2003-2004 Pág. 57

⁶⁴ Marlen-Johnson et al Clasificación de resultados de enfermería (CRE) 2ª edición Editorial Harcourt, Mosby España 2000 Pág. 176

⁶⁵ Joanne C., McCloskey et al Clasificación de intervenciones de Enfermería (CIE) 3ª edición Editorial Harcourt, Mosby España 2000 Pág. 360

<p>Indicadores:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Familiaridad con el nombre de la enfermedad • Descripción del proceso de la enfermedad • Descripción de los factores de riesgo • Descripción de los efectos de la enfermedad • Descripción de los factores de riesgo • Descripción de los efectos de la enfermedad • Descripción de los signos y síntomas • Descripción del curso habitual de la enfermedad • Descripción de medidas para minimizar la progresión de la enfermedad • Descripción de las complicaciones 	<p>Actividades:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Evalúe el nivel actual de conocimientos del paciente relacionado con el proceso de enfermedad específico • Describa los signos y síntomas comunes de la enfermedad • Identifique la etiología posible. • Evite las promesas tranquilizadoras vacías • Proporcione información a la familia/ ser querido acerca de los procesos del paciente según proceda • Comente los cambios en el estilo de vida que puedan ser necesarios para evitar futuras complicaciones y/o controlar el proceso de enfermedad 	<ul style="list-style-type: none"> ○ El proceso de comunicación incrementa una relación de ayuda
---	---	---

<ul style="list-style-type: none"> • Descripción de las precauciones para prevenir complicaciones • Descripción de las precauciones para prevenir complicaciones <p style="text-align: center;">Escala de medición:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Ninguno 2. Escaso 3. Moderado 4. Sustancial 5. Extenso 		
<p>Evaluación El niño Julio logra entender la explicación de las posibles causas de su problema, favoreciendo así su necesidad de aprendizaje sobre su enfermedad, ubicándolo en una escala de 2 (escaso)</p>		

CONCLUSIONES:

La experiencia que se adquiere al aplicar el Proceso Atención de Enfermería es de mucho interés para mí como persona y enfermera ya que nos permite conocer a la persona con un enfoque más personal, abarcar cada una de las esferas de la personalidad del individuo, familia o comunidad.

Es importante conocer la diferencia que se observa al brindar los cuidados de enfermería a la persona, cuando se lleva a cabo un proceso, ya que de esta forma se valora mediante una serie de pasos y en forma integral, las necesidades de salud de la persona, familia o comunidad. Además de la actitud que toma la persona y sus familiares cuando recibieron una educación e información sobre la hiperreacción bronquial, es muy interesante porque actúan de una manera más segura y confiable.

Cabe mencionar que el Proceso Atención de Enfermería es flexible y se adapta a los problemas a los cuales se pretende dar respuesta, esta sujeto a variaciones o a una reestructuración cuando se aprecia que no ofrece una respuesta satisfactoria.

Se logró que la persona se familiarizara con la patología que estaba presentando y aprendiera cuáles son los cuidados específicos para mejorar su salud y evitar una posible recaída.

SUGERENCIAS

Es de suma importancia que las enfermeras (os) estudiemos en escuelas que no están incorporadas a la UAEM, ahora en nuestro empeño por nivelar nuestro nivel académico con la licenciatura en enfermería, la materia de proceso de enfermería intercalando las tres taxonomías (NANDA, NIC, NOC) debería ser básica en la misma licenciatura ya que al realizar el presente proceso de enfermería me di cuenta que aun nos falta mucho camino por recorrer hablando de este tema y mas que nada para que el lenguaje de las enfermeras (os) sea universal.

Creo también de suma importancia que antes de presentarse las alumnas (os) a las practicas hospitalarias se debería impartir casi el 100 % de la materia de ginecología, pues como solo habíamos recibido pocas asesorías, solo llegamos con lo que teníamos aprendido empíricamente.

Quiero felicitar a todas las docentes pues la calidad que demostraron en el aula es de excelencia.

BIBLIOGRAFIA:

B.KOZIER, G.ERB, K.BLASIS
Fundamentos de enfermería conceptos, proceso y práctica
5ª Edición Editorial
Editorial: McGRAW- Hill. Internacional Impreso en México en 2005

Fernández Ferrin Carmen
El modelo de Henderson y el proceso de Enfermería
Editorial Masson-Salvat
Barcelona 1995

Johnson Marion et al
Clasificación de Resultados de Enfermería (CRE)
2ª Edición
Editorial Harcourt, Mosby
España 2000

McCloskey Joanne C. et al
Clasificación de Intervenciones de Enfermería (CIE)
3ª Edición
Editorial Harcourt, Mosby
España 2001

NANDA:
DIAGNOSTICOS Enfermeros: Definiciones y Clasificación 2003-2004
Editorial ELSEVIER
España 2003-2004

Nordmark/ Rohweder Bases Científicas de Enfermería 2ª Edición Editorial Manual
Moderno México 1998

PAGINA DE INTERNET:
www.virginiahenderson.com
18-12-08

PAGINA DE INTERNET:
www.hiperresctorbronguial.com
18-07-09

PAGINA DE INTERNET:
www.imageneshiperreactorbronguial.com
18-07-09

PAGINA DE INTERNET:
www.asma.com
24-06-09

Rosales Barrera Susana et al Fundamentos de Enfermería 3ª Edición Editorial
Manual Moderno México 2004 Pág. 289-290

ANEXOS:

ASMA

Definición

El asma es una enfermedad inflamatoria crónica de las vías aéreas en la que intervienen varias células que también juegan un papel importante en el desarrollo de la hiperreactividad bronquial. Los leucotrienos son mediadores que participan de manera relevante en el proceso inflamatorio

El asma es una de las enfermedades de mayor morbilidad en todas las edades y estratos económicos, que no tiene época de presentación y que se asocia con importante componente psicógeno y/o ambiental.

El término asma se deriva de la palabra griega *adqma* que significa jadeo, ahogo, dificultad respiratoria. El asma es un trastorno inflamatorio repetitivo de las vías aéreas, que limita el flujo de aire dentro del árbol respiratorio, con sintomatología y signología de dificultad para respirar.

La hiperreactividad bronquial (HRB) está representada por aumento del tono del músculo liso bronquial, en respuesta a estímulos que no son alérgicos ni sensibilizantes como el frío, humo de cigarrillo, irritantes, ejercicio o fármacos. La HRB puede ser episódica o crónica, estar asociada con síntomas y se correlaciona con el grado de inflamación bronquial.

En casos leves a moderados no hay perfecta correlación con la sintomatología (sibilancias, tos y disnea). Es estable en el tiempo, empeora con infecciones o alérgenos, alcanza su máxima reactividad desde el nacimiento hasta los 5 años, disminuye en la pubertad y en la vida adulta, y aumenta de nuevo en la vejez

Las características de la HRB son:

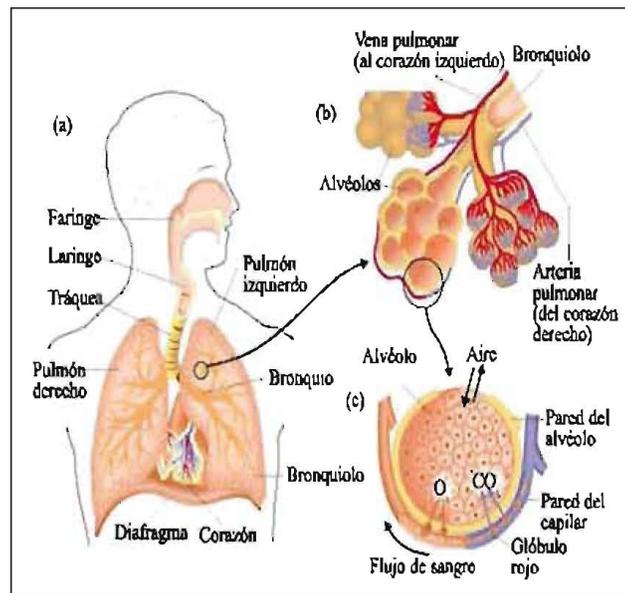
- a. Aumento de eosinófilos en el lavado bronquial.
- b. Correlación con síntomas severos.
- c. Dependiente de inflamación bronquial.

Los estímulos que producen HRB son:

- a. Infecciones virales respiratorias que la prolongan por 6-8 semanas.
- b. Contaminación aérea: NO₂, O₃ (ozono), humo de cigarrillo, metacolina.
- c. Contaminación atmosférica: SO₂, H₂SO₄ (lluvias ácidas de verano).

d. Alergenos. exposición a epitelios de animales por contacto profesional, veterinarios y empleados de los laboratorios Reacción mediada por IgE⁶⁶

Anatomía y fisiología



El sistema respiratorio está formado por un conjunto de órganos que tiene como principal función llevar el oxígeno atmosférico hacia las células del organismo y eliminar del cuerpo el dióxido de carbono producido por el metabolismo celular

Los órganos que conforman el sistema respiratorio se agrupan en.

-VÍAS AÉREAS SUPERIORES. cavidades nasales, faringe y laringe.

-VÍAS AÉREAS INFERIORES. tráquea, bronquios y pulmones.

⁶⁶ PAGINA DE INTERNET: [www.http://eres.ctot.br/bronquiol.com](http://eres.ctot.br/bronquiol.com) 18-07-09

Los pulmones son los órganos centrales del sistema respiratorio donde se realiza el intercambio gaseoso. El resto de las estructuras, llamadas vías aéreas o respiratorias, actúan como conductos para que pueda circular el aire inspirado y espirado hacia y desde los pulmones, respectivamente.

Por su contacto con la faringe, la cavidad bucal permite la entrada de aire a las vías respiratorias aunque no forme parte el sistema respiratorio

La parte interna de todos los órganos respiratorios está cubierta por:

- Una capa de tejido epitelial, cuyas células muy unidas entre sí protegen de lesiones e infecciones.

- Una mucosa respiratoria, responsable de mantener las vías bien húmedas y una temperatura adecuada.

La superficie de la mucosa respiratoria posee dos siguientes tipos de células:

- Células mucosas: elaboran y segregan moco hacia la entrada de las vías respiratorias.

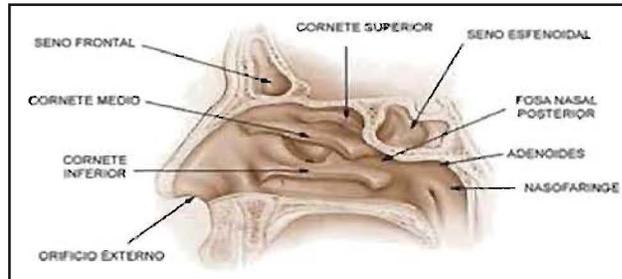
- Células ciliadas: poseen cilios en constante movimiento con el fin de desalojar el moco y las partículas extrañas que se fijan en la mucosa respiratoria.

Cavidades nasales:

Son dos estructuras, derecha e izquierda ubicadas por encima de la cavidad bucal. Están separadas entre sí por un tabique nasal de tejido cartilaginoso.

En la parte anterior de cada cavidad se ubican las narinas, orificios de entrada del sistema respiratorio. La parte posterior se comunica con la faringe a través de las coanas.

El piso de las cavidades nasales limita con el paladar duro y con el paladar blando, que las separa de la cavidad bucal. Están recubiertas por una mucosa que envuelve a los cornetes, serie de huesos enrollados en número de tres (superior, medio e inferior). Dicha mucosa calienta el aire inspirado.



Las cavidades nasales presentan pelos que actúan como filtro, evitando que el polvo y las partículas del aire lleguen a los pulmones. En la parte dorsal de las cavidades hay terminaciones nerviosas donde asienta el sentido del olfato.

Las cavidades nasales tienen las siguientes funciones:

- Filtrar de impurezas el aire inspirado
- Humedecer y calentar el aire que ingresa por la inspiración
- Permitir el sentido del olfato
- Participar en el habla⁶⁷

Faringe

Órgano tubular y musculoso que se ubica en el cuello. Comunica la cavidad nasal con la laringe y la boca con el esófago. Por la faringe pasan los alimentos y el aire que va desde y hacia los pulmones, por lo que es un órgano que pertenece a los sistemas digestivo y respiratorio. Las partes de la faringe son:

Nasofaringe:

Porción superior que se ubica detrás de la cavidad nasal. Se conecta con los oídos a través de las trompas de Eustaquio

Bucofaringe:

Porción media que se comunica con la boca a través del istmo de las fauces.

⁶⁷ PAGINA DE INTERNET: www.hipertensionbronquial.com 18-07-09

Laringofaringe.

Es la porción inferior que rodea a la laringe hasta la entrada al esófago. La epiglotis marca el límite entre la bucofaringe y la laringofaringe.

Las funciones de la faringe son:

- Deglución
- Respiración
- Fonación
- Audición
- Laringe

Órgano tubular, de estructura músculo - cartilaginosa, que comunica la faringe con la tráquea. El diámetro vertical mide 5-7 centímetros.

Se ubica por encima de la tráquea. Está formada por el hueso hioides, que actúa como aparato suspensor. Además, posee nueve cartílagos:

Aritenoides, de Santorini y de Wrisberg (pares) y los cartílagos tiroideos, cricoides y epiglótico (impares).

La laringe contiene las cuerdas vocales, estructuras fundamentales para permitir la fonación.

POSICIÓN DE RESPIRACIÓN:

Las cuerdas vocales se abren hacia los lados y el aire circula libremente.

La tos, de acción voluntaria o involuntaria, es un mecanismo donde se expulsa de manera violenta el aire contenido en los pulmones.

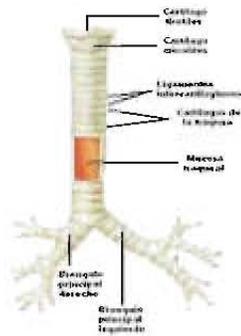
Tiene por finalidad mantener despejadas las vías respiratorias. No obstante, es un signo de enfermedad del sistema respiratorio (faringitis, laringitis, bronquitis, neumonía, gripe, tuberculosis, etc.) y de causas extra-respiratorias (trastornos cardíacos, tumores de esófago, etc.).

El mecanismo de la tos se inicia con una inspiración profunda y cierre de la glotis (porción más estrecha de la luz laríngea). Se producen contracciones de los músculos torácicos, hecho que provoca aumento de presión dentro de los pulmones respecto de la atmósfera. La glotis se abre de repente y se produce un típico sonido a raíz de la brusca salida de aire.

La expectoración es el desprendimiento y expulsión, a través de la tos, de las flemas y secreciones que se depositan en las vías respiratorias.

El color del contenido expectorado resulta ser de importancia clínica. Cuando es blanquecino es de tipo mucoso, verde amarillento mucopurulento, verdoso purulento y rojizo implica expectoración hemorrágica.

Tráquea



Es un órgano con forma de tubo, de estructura cartilaginosa, que comunica la laringe con los bronquios. Está formada por numerosos anillos de cartilago conectados entre sí por fibras musculares y tejido conectivo. La función de los anillos es reforzar a la tráquea para evitar que se colapse durante la respiración.

Las medidas aproximadas en humanos son de 10-11 centímetros de longitud y 2 a 2,5 centímetros de diámetro. La tráquea posee unos 20-22 cartilagos con forma de herradura. La mitad de los anillos se ubican a la altura del cuello, mientras que la otra mitad se aloja en la cavidad torácica, a la altura del esternón. La tráquea se bifurca cerca del corazón, dando lugar a dos bronquios primarios.

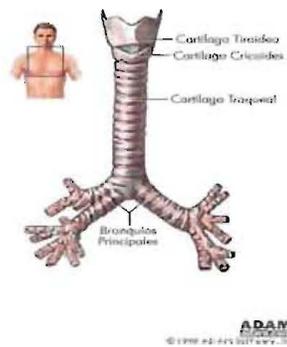
La forma tubular de la tráquea no es cilíndrica, ya que sufre un aplastamiento en su parte dorsal donde toma contacto con el esófago.

La tráquea está tapizada por una mucosa con epitelio cilíndrico y ciliado que segrega mucus, el moco ayuda a limpiar las vías del sistema, gracias a que los movimientos que los cilios ejercen hacia la faringe.

El moco procedente de la tráquea y de las cavidades nasales llega a la faringe y es expectorado o deglutido.⁶⁸

⁶⁸ ibidem

Bronquios



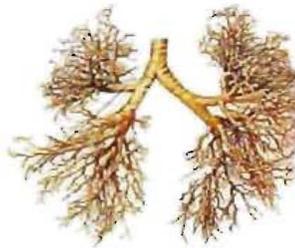
Son dos estructuras de forma tubular y consistencia fibrocartilaginosa, que se forman tras la bifurcación de la tráquea. Igual que la tráquea, los bronquios tienen una capa muscular y una mucosa revestida por epitelio cilíndrico ciliado.

El bronquio derecho mide 2-3 cm y tiene entre 6 y 8 cartílagos. El bronquio izquierdo mide de 3 a 5 cm y posee entre 10 y 12 cartílagos.

Sección transversal de un bronquio

Los bronquios penetran en cada pulmón y van reduciendo su diámetro. A medida que progresan van perdiendo los cartílagos, se adelgaza la capa muscular y se forman finos bronquios secundarios y terciarios. La función de los bronquios es conducir el aire inspirado de la tráquea hacia los alvéolos pulmonares.⁶⁹

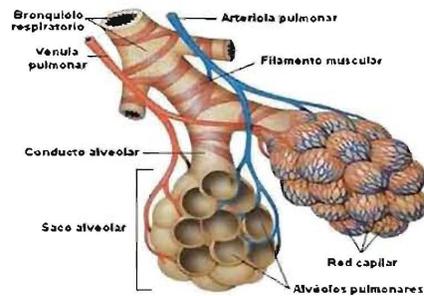
Bronquiolos



⁶⁹ ibidem

Son pequeñas estructuras tubulares producto de la división de los bronquios. Se ubican en la parte media de cada pulmón y carecen de cartílagos. Los bronquiolos están formados por una delgada pared de músculo liso y células epiteliales cúbicas sin cilios. Penetran en los lobulillos del pulmón donde se dividen en bronquiolos terminales y bronquiolos respiratorios.
Estructura de los bronquios y bronquiolos

Alvéolos pulmonares



Los bronquiolos respiratorios se continúan con los conductos alveolares y estos con los sacos alveolares. Los sacos alveolares contienen muchas estructuras diminutas con forma de saco llamadas alvéolos pulmonares. El bronquiolo respiratorio, el conducto alveolar, el saco alveolar y los alvéolos constituyen la unidad respiratoria.
Esquema de la unidad respiratoria

En los alvéolos del pulmón se lleva a cabo el intercambio de oxígeno y de dióxido de carbono, proceso que se denomina hematosis. La pared de los alvéolos se reduce a una muy delgada membrana de 4 micras de grosor. Uno de sus lados contacta con el aire que llega de los bronquiolos. El otro lado se relaciona con la red capilar, donde los glóbulos rojos realizan la hematosis.
Pared del alvéolo pulmonar

Dentro de los alvéolos existe un tipo de células que elaboran una sustancia que recubre el epitelio en su parte interna. Dicha sustancia es el surfactante, cuya misión es evitar que el alvéolo se colapse luego de una espiración. El surfactante está compuesto por un 90% de fosfolípidos y 10% de proteínas.

Pulmones

Órganos huecos, situados dentro de la cavidad torácica, a ambos lados del corazón y protegidos por las costillas. Posee tres caras: costal, mediastínica y diafragmática.

Los pulmones están separados entre sí por el mediastino. El mediastino es una cavidad virtual que divide el pecho en dos partes. Se ubica detrás del esternón, delante de la columna vertebral y entre ambas pleuras derecha e izquierda. Por debajo limita con el diafragma y por arriba con el istmo cervicotorácico.
Proyección del mediastino

Dentro del mediastino se ubican: el corazón, el esófago, la tráquea, los bronquios, la aorta y las venas cavas, la arteria y las venas pulmonares y otros vasos y estructuras nerviosas.

Los pulmones están llenos de aire, y su estructura es elástica y esponjosa. Están rodeados por la pleura, que es una cubierta de tejido conectivo que evita el roce de los pulmones con la cara interna de la cavidad torácica, suavizando así los movimientos. La pleura tiene dos capas (parietal y visceral) y entre ambas se encuentra el líquido pleural, de acción lubricante.

-Pulmón derecho: es algo mayor que el izquierdo y pesa alrededor de 600 gramos. Presenta tres lóbulos: superior, medio e inferior, separados por fisuras.

-Pulmón izquierdo: pesa cerca de 500 gramos y tiene dos lóbulos, uno superior y otro inferior.

Cada pulmón contiene alrededor de 300 millones de alvéolos. La principal función de los pulmones es establecer el intercambio gaseoso con la sangre. Es por esa razón que los alvéolos están en estrecho contacto con los capilares. Además, actúan como un filtro externo ante la contaminación del aire, mediante sus células mucociliares y macrófagos alveolares.

CIRCULACION PULMONAR

Los pulmones son órganos que reciben dos tipos de irrigación sanguínea.

-Recibe sangre de las arterias pulmonares que parten del ventrículo derecho (circulación menor) para su oxigenación.

-Es irrigado con sangre oxigenada por las arterias bronquiales, procedentes de la arteria aorta (circulación mayor).

Las principales funciones del sistema respiratorio son:

Realizar el intercambio gaseoso entre los alvéolos y la sangre

Acondicionar el aire que arriba a los pulmones

Regular el pH de la sangre

Actuar como vía de eliminación de distintas sustancias

Permitir la fonación

Mecánica respiratoria

El intercambio de oxígeno y de dióxido de carbono (hematosis) tiene lugar entre los alvéolos y los capilares del pulmón a través de la membrana alveolocapilar, que es semipermeable. Con la inspiración, el aire ingresa a los pulmones porque la presión dentro de ellos es menor a la presión atmosférica.⁷⁰

Inspiración

Se contraen el diafragma, los músculos intercostales y los pectorales menores. La cavidad torácica se expande. Los pulmones se dilatan al entrar aire oxigenado. Tras la inspiración, el oxígeno llega a los alvéolos y pasa a los capilares arteriales.

Espiración

El diafragma, los músculos pectorales menores y los intercostales se relajan. La cavidad torácica se reduce en volumen. Los pulmones se contraen al salir aire desoxigenado. Con la espiración el aire sale de los pulmones porque la presión en los alvéolos es mayor que la atmosférica.

La inspiración es un proceso activo, ya que necesita del trabajo muscular. Antes de cada inspiración, la presión intrapulmonar es casi igual a la existente en la atmósfera. La espiración es un fenómeno pasivo, que solo depende de la elasticidad de los pulmones.

Antes de cada espiración, la presión intrapulmonar es mayor a la atmosférica.

Hematosis

Es el proceso por el cual el oxígeno del aire inspirado pasa a la sangre y se intercambia con el dióxido de carbono que es impulsado de la sangre a los alvéolos para ser eliminado con la espiración al exterior.

La hematosis se rige cumpliendo con la ley de los gases, ya que la difusión se produce desde un lugar de mayor a otro de menor concentración. La hematosis se produce a nivel de los alvéolos (respiración externa) y de las células de todos los tejidos (respiración interna o celular).

⁷⁰ ibidem

El aire inspirado, con alta carga de oxígeno, atraviesa por difusión simple la membrana alveolocapilar y llega a la sangre, que tiene menos concentración. El pasaje de oxígeno desde los alvéolos a los capilares arteriales es favorecido por la presencia de la hemoglobina presente en los glóbulos rojos.

Cuando la sangre abandona los pulmones transporta el 97% de oxígeno en forma de oxihemoglobina, quedando un 3% disuelto en el plasma. Una molécula de hemoglobina se une a cuatro de oxígeno en forma reversible.

El dióxido de carbono que proviene de los desechos celulares es volcado a la sangre, que tiene menos concentración, y captado por los glóbulos rojos. Una parte se transforma en ácido carbónico, que rápidamente se ioniza formando bicarbonato y protones.

El resto es llevado hacia los pulmones en forma de carboxihemoglobina. La sangre que llega a los pulmones tiene más concentración de dióxido de carbono que la existente en el aire inspirado, razón por la cual pasa a los alvéolos y es eliminado del organismo con la espiración.

Bostezo

Es un acto no controlado donde ingresa aire por la boca hacia los pulmones a través de una amplia separación de los huesos maxilares, seguida de la eliminación de una cantidad algo menor de aire por la misma vía con cierre de la cavidad bucal.

En general, se acompaña de un leve lagrimeo. Duran alrededor de tres segundos y suelen ser contagiosos entre humanos.

Las causas del bostezo no son aún del todo claras. Entre las numerosas hipótesis se cree que sirve para regular la temperatura del cuerpo, como también señalar determinados comportamientos anímicos en especies animales gregarias, donde el bostezo indicaría cansancio al grupo familiar, sincronizando así los patrones del sueño.

En general, se acepta que el bostezo es un indicador de aburrimiento, agotamiento, estrés y rechazo.

Estornudo

Es un acto reflejo debido a numerosos factores que provocan irritación de la mucosa nasal. El estornudo se inicia con una inspiración manifiesta seguida por una violenta y sonora expulsión de aire de los pulmones.

Se acompaña con un movimiento hacia delante de la cabeza. Dentro de los factores que desencadenan la necesidad de estornudar están los estados alérgicos, los ambientes con mucho polvo, el polen de las flores, el pelo de algunos animales, los productos tóxicos como el amoníaco y determinadas enfermedades infecciosas como los resfríos y los estados gripales.

Frecuencia respiratoria

Es la cantidad de veces por minuto que se realiza un ciclo respiratorio, es decir, una inspiración seguida de una espiración. Durante el reposo los humanos tienen una frecuencia respiratoria de 12 a 18 ciclos por minuto, valor que depende de la edad y del estado físico.

Volúmenes respiratorios

- volumen corriente: es la cantidad de aire que ingresa y egresa en cada movimiento respiratorio. En una persona adulta equivale a medio litro.

- volumen de reserva espiratorio:

Luego de una espiración normal, es la cantidad de aire que se puede eliminar tras una espiración forzada. En humanos es aproximadamente 2 litros.

- volumen residual: cantidad de aire que queda en los pulmones luego de una espiración forzada. En una persona adulta equivale a un litro.

- volumen de reserva inspiratorio: luego de una inspiración normal, cantidad de aire que puede ingresar a los pulmones tras una inspiración forzada. El valor promedio es de 2 litros.⁷¹

Epidemiología

La prevalencia mundial del asma fluctúa entre 3% y 5%². Se supone que las más bajas frecuencias de esta enfermedad en los indios americanos o entre los habitantes de Nueva Zelanda y en los esquimales obedece a una menor exposición a agentes alérgicos.

La edad de presentación de la enfermedad es variable

El asma en las primeras dos décadas de la vida es más frecuente en hombres (2:1) para luego igualarse en ambos sexos. Se la asocia con alergias del tipo rinitis (83%), conjuntivitis (9%), dermatitis (7%) y pólipos (1%)

La mortalidad es de 0.4 por 100,000 entre 5 y 34 años en los Estados Unidos, país donde es dos veces más frecuente en la población negra. En casos severos que requieren de ventilación mecánica en las unidades de cuidado intensivo la mortalidad puede alcanzar hasta 15%.

En las grandes urbes la contaminación tiene un gran impacto sobre la salud a nivel respiratorio, al grado que provoca 7 mil muertes cada año en México, según la Organización Mundial de la Salud (OMS).

⁷¹ ibidem

En el caso de los niños (0 a 16 años), las principales causas de atención son: crisis asmática, hiperreactor bronquial (espasmo bronquial) y bronquiolitis. En adultos: enfermedad pulmonar obstructiva crónica (EPOC), crisis asmática e hiperreactor bronquial

Mientras que en el Seguro Social anualmente son atendidos más de 2 millones 399 mil personas en los servicios de Inhaloterapia, en otros centros de salud, como el Instituto Nacional de Enfermedades Respiratorias (INER), se tratan a 60 mil pacientes, en el mismo periodo.

Estudios realizados en Finlandia, Suecia, Australia, Nueva Zelanda y Gran Bretaña, y en países de América Latina como Brasil, Puerto Rico y México han hallado que la prevalencia del asma se ha ido incrementando en la última década; algunos otros revelan que la mortalidad por asma, medida a través de las defunciones que ocurren en los pacientes hospitalizados, ha tenido un incremento, particularmente entre los niños.

La rinitis alérgica constituye la enfermedad crónica más común de las vías respiratorias altas; esta última se presenta aproximadamente en 10% de los niños de EUA.

Este tipo de enfermedades tiene, además, un amplio impacto sobre la actividad de los niños y adolescentes. Diferentes estudios señalan que las personas con algún tipo de padecimiento crónico tienen que permanecer, en promedio, 3.4 días en cama o faltar hasta 4.4 días a la escuela.

En todo el mundo se han realizado múltiples estudios, predominantemente de tipo transversal, con la finalidad de determinar la prevalencia de estas enfermedades y observar su tendencia.

Se considera que existen más de 10 millones de personas que presentan asma en los EUA, y diversos estudios en algunas ciudades arrojan información sobre prevalencias que oscilan entre 6.4 a 10.8% en niños de 7 a 8 años de edad.⁶ Por otro lado, desde el punto de vista epidemiológico, se ha visto una ligera diferencia con relación al sexo y a la raza: afecta en mayor proporción al sexo masculino y a los de raza negra; no existen cambios importantes en lo referente a edad infantil.

Los datos comunicados de prevalencia de asma, según estudios hechos en diferentes ciudades de México, arrojan información que va desde 2.7 hasta 21.8%, variando notablemente de una región a otra.^{4,7-10} La prevalencia arrojada por el único estudio realizado en este país, utilizando la metodología de ISAAC, fue de 5.7 y de 5.9% para los dos grupos de edad estudiados.

Moyes y colaboradores, utilizando la metodología ISAAC en 1995, efectuaron un estudio con el propósito de conocer la prevalencia de síntomas respiratorios en niños, examinando la asociación con factores ambientales.

Con el fin de explorar el comportamiento de estos padecimientos se realizó el estudio en el área metropolitana de Ciudad Juárez, Chihuahua, una de las principales ciudades fronterizas de nuestro país y uno de los municipios más importantes del estado de Chihuahua.

Está situada al norte de la República Mexicana, a una longitud de 106° 29' 01" y una latitud de 36° 44' 18", tiene una altura de 1 277 metros sobre el nivel del mar y una extensión territorial de 4 853.84 km². Según cálculos realizados por la Dirección de Estadísticas de Ciudad Juárez (DECJ) sobre la base del ritmo de crecimiento, y según datos del Instituto Nacional de Estadística, Geografía e Informática (INEGI) del XI Censo General de Población y Vivienda de 1990, Ciudad Juárez contaba con un total de 1 000 363 habitantes para marzo de 1995. Tiene un clima extremo y alcanza temperaturas en primavera-verano de 46 °C, y temperaturas mínimas en invierno de hasta -5 °C.

Según cálculos del Departamento de Planeación, Investigación y Desarrollo del Departamento de Tráfico y Transportación de la Ciudad de El Paso Texas, en el año de 1995 circularon de esa ciudad al municipio de Juárez un total de 2 259 828 vehículos no comerciales y un total de 117 945 vehículos comerciales, los cuales, sumados al total de los que normalmente circulan en esta ciudad y al incremento en el número de industrias maquiladoras que se ha venido suscitando, desencadena un problema de contaminación que afecta principalmente la salud de sus habitantes y en especial a las personas más susceptibles a estos fenómenos: los niños y los ancianos

ETIOLOGÍA:

Se consideran siete factores para abarcar las causas premonitorias del episodio agudo

1. Las infecciones virales en todas las edades son el estímulo más frecuente.
2. El ejercicio es uno de los desencadenantes de las crisis agudas.

En estos casos se comprometen la hiperventilación, la temperatura, el contenido de agua del aire inspirado y la severidad de la obstrucción bronquial.

3. Los alérgenos en el aire inspirado como plumas, caspa de animales, ácaros, mohos y otros.
4. Dentro de los fármacos implicados como desencadenantes de episodios agudos están la aspirina y otros antiinflamatorios no esteroideos y los betabloqueadores.

Los colorantes y las conservas alimenticias producen reacciones cruzadas con otras sustancias como ensaladas, frutas frescas, papas, mariscos y vino.

5. Los factores ambientales que la provocan son el ozono, el dióxido de nitrógeno y el azufre.
6. Los factores laborales incluyen las sales metálicas, polvos de madera y vegetales, productos industriales y plásticos, detergentes, productos de origen animal o de insectos.
7. Tensión emocional.⁷²

⁷² PAGINA DE INTERNET: www.asma.com 24-06-08

FACTORES GENÉTICOS

Se la clasifica como una enfermedad multifactorial, con acciones de múltiples genes e influencia ambiental. Se ha estudiado la participación del brazo largo de los cromosomas 5q, 6p21, 11q13. Según Zubiria, en Colombia 53% de quienes sufren de asma tienen antecedentes familiares.

PATOGENIA:

Se puede describir en tres fases:

- a. Fase temprana: broncoespasmo.
- b. Fase tardía: edema e hiperreacción bronquial.
- c. Fase crónica: daño epitelial, hiperreactividad bronquial y mucho moco.⁷³

Sintomatología

- Disnea de mediano a gran esfuerzo
- Alteración de signos vitales
- Diaforesis
- Hipersecreción bronquial

⁷³ *ibidem*

Tratamiento médico

los tratamientos son: oxigenoterapia; aerosol terapia con nebulizador dosificador, en hospitalización o consulta externa; instalación de nebulizador de depósito grande (500 ml.); traslado de pacientes con ventilador portátil de quirófano a hospitalización o viceversa, o a estudios de gabinete; instalación y vigilancia de ventilación mecánica para apoyo a corto, mediano o largo plazo; fisioterapia pulmonar; y lavado bronquial.



Complicaciones

Por la intensidad de la tos se pueden producir neumotórax y enfisema mediastinal. Se puede presentar cor pulmonar, bronquiectasias, deformaciones torácicas y EPOC.

El status asmático es la complicación más severa. Se considera una mortalidad entre 0% y 15%, producto de encefalopatía hipóxica, barotrauma, arritmias cardíacas y sepsis.⁷⁴

⁷⁴ ibidem

FICHA DE IDENTIFICACIÓN

Nombre:
Edad:
Peso:
Talla:
Fecha de nacimiento:
Sexo:
Ocupación:
Escolaridad:
Fecha de admisión:
Hora:
Procedencia:
Fuente de información:
Fiabilidad 1-4:

VALORACIÓN DE NECESIDADES HUMANAS

1.-NECESIDADES BÁSICAS DE: OXIGENACIÓN, NUTRICIÓN E HIDRATACIÓN, ELIMINACIÓN Y TERMORREGULACIÓN.

e) OXIGENACIÓN

Subjetivo:

Disnea debido a:
Tos productiva/seca:
Dolor asociado con la respiración:
Fumador:
Desde cuando fuma/cuántos cigarrillos al día/varia la cantidad según su estado emocional:

Objetivo:

Registro de signos vitales y características:

Tos productiva/seca:
Estado de conciencia:
Coloración de piel/lechos ungueales/peribucal

f) NUTRICIÓN E HIDRATACIÓN

Subjetivo:

Dieta habitual (tipo):
Número de comidas diarias:
Trastornos digestivos:

Intolerancia alimentaria/alergias:
Problemas de masticación y deglución:
Patrón de ejercicio:
Objetivo:

Turgencia de la piel:
Membranas mucosas hidratadas/secas:
Características de uñas/cabello.
Funcionamiento neuromuscular y esquelético:
Aspecto de los dientes y encías:
Heridas, tipo y tiempo de cicatrización:

g) ELIMINACIÓN

Subjetivo:

Hábitos intestinales:
Características de las heces, orina y menstruación:
Historia de hemorragias/enfermedades renales/otros:
Uso de laxantes:
Hemorroides:
Dolor al defecar/menstruar/orinar:
Como influyen las emociones en sus patrones de eliminación:

Objetivo:

Abdomen/características:
Ruidos intestinales:
Palpación de la vejiga urinaria:
Otros:

h) TERMORREGULACIÓN

Subjetivo:

Adaptabilidad a los cambios de temperatura:
Ejercicio/tipo y frecuencia:
Temperatura ambiental que le es agradable:
Objetivo:

Características de la piel:
Transpiración:

**2.-NECESIDADES BÁSICAS DE: MOVERSE Y MANTENER BUENA POSTURA,
DESCANSO Y SUEÑO USAR PRENDAS DE VESTIR ADECUADAS, HIGIENE Y
PROTECCIÓN DE LA PIEL. EVITAR PELIGROS**

f) MOVERSE Y MANTENER BUENA POSTURA

Subjetivo:

Capacidad física cotidiana:

Actividades en el tiempo libre:
Hábitos de descanso:
Hábitos de trabajo:
Objetivo:

Estado del sistema músculo esquelético/fuerza:
Capacidad muscular tono/resistencia/flexibilidad:
Posturas:
Ayuda para la deambulación:
Dolor con el movimiento:
Presencia de temblores:
Estado de conciencia:
Estado emocional:

g) DESCANSO Y SUEÑO

Subjetivo:

Horario de descanso:
Horario de sueño:
Horas de descanso:
Horas de sueño:
Siesta:
Ayudas:
¿Padece insomnio?:
A que considera que se deba:

¿Se siente descansado al levantarse?:

Objetivo:

Estado mental: ansiedad/estrés/lenguaje:
Ojeras:
Atención:
Bostezos:
Concentración:
Respuesta a estímulos:

h) USO DE PRENDAS DE VESTIR ADECUADAS

Subjetivo:

¿Influye su estado de ánimo para la selección de sus prendas de vestir?:
¿Su autoestima es determinante en su modo de vestir?:
¿Sus creencias le impiden vestirse como a usted le gustaría?:
¿Necesita ayuda para la selección de su vestuario?:

Objetivo:

Viste de acuerdo a su edad:
Capacidad psicomotora para vestirse y desvestirse:
Vestido incompleto:

Sucio:
Inadecuado:

i) NECESIDAD DE HIGIENE Y PROTECCIÓN DE LA PIEL

Subjetivo:

Frecuencia de aseo
Momento preferido para el baño:
Cuántas veces se lava los dientes al día:
Aseo de manos antes y después de comer:
Después de eliminar:
¿Tiene creencias personales o religiosas que limiten sus hábitos higiénicos?:

Objetivo:

Aspecto general:
Olor corporal:
Halitosis:
Estado del cuero cabelludo:
Lesiones dérmicas, que tipo:

j) NECESIDAD DE EVITAR PELIGROS

Subjetivo:

Que miembros componen su familia de pertenencia: Como reacciona ante una situación de urgencia:
¿Conoce las medidas de prevención de accidentes?:
En el hogar:
En el trabajo:
¿Realiza controles periódicos de salud recomendados?:

Como canaliza las situaciones de tensión en su vida: Objetivo:

Deformidades congénitas:
Condiciones del ambiente en su hogar
Trabajo:

3.-NECESIDADES BÁSICAS DE: COMUNICACIÓN, VIVIR SEGÚN SUS CREENCIAS Y VALORES, TRABAJAR Y REALIZARSE, JUGAR Y PARTICIPAR EN ACTIVIDADES RECREATIVAS O DE APRENDIZAJE.

c) NECESIDAD DE COMUNICARSE

Subjetivo:

Estado civil:
Años de relación:
Vive con:
Preocupaciones/estrés:
Familiares:

Otras personas que pueden ayudar:
Rol en la estructura familiar:
Comunica sus problemas debidos a la enfermedad/estado:
Cuanto tiempo pasa solo:
Objetivo:

Habla claro:
Confuso:
Dificultad en la visión:
Audición:
Comunicación verbal con la familia/con otras personas significativas:

d) NECESIDAD DE VIVIR SEGÚN SUS CREENCIAS Y VALORES

Subjetivo:

Creencia religiosa:
¿Su creencia religiosa le genera conflictos personales?:
Principales valores en su familia
Principales valores personales:
¿Es congruente su forma de pensar con su forma de vivir?:

Objetivo:

Hábitos específicos de vestir (grupo social religioso):
¿Permite el contacto físico?:
¿Tiene algún objeto indicativo de determinados valores y creencias?:

C) NECESIDAD DE TRABAJAR Y REALIZARSE

Subjetivo:

¿Trabaja actualmente?:
Tipo de trabajo:
Riesgos.
Cuanto tiempo le dedica a su trabajo:
¿Está satisfecho con su trabajo?:
¿Su remuneración le permite cubrir sus necesidades básicas y/o las de su familia?:
¿Esta satisfech@ con el rol familiar que juega?:

Objetivo:

Estado
emocional/calmando/ansioso/enfadado/retraido/temeroso/irritable/inquieto/euforico:
Otros:

d) NECESIDAD DE JUGAR Y PARTICIPAR EN ACTIVIDADES RECREATIVAS

Subjetivo:

Actividades recreativas que realiza en su tiempo libre:
¿Las situaciones de estrés influyen en la satisfacción de su necesidad?:

¿Existen recursos en su comunidad para la recreación?:
¿Ha participado en alguna actividad lúdica o recreativa?: si en su colonia ha participado en kermes para beneficio de su iglesia

Objetivo:
Integridad del sistema neuromuscular:
¿Rechaza las actividades recreativas?:
¿Su estado de ánimo es apático/aburrido/participativo?:

e) 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?:
¿Tiene interés en aprender a resolver problemas de salud?:

Objetivo:

Estado emocional ansiedad /dolor:
Memoria reciente:
Memoria remota:
Otras manifestaciones: