



**UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA  
DE MÉXICO  
ESCUELA NACIONAL DE  
ENFERMERIA Y OBSTETRICIA**



**PROCESO ATENCION DE ENFERMERIA  
APLICADO A UN PACIENTE PEDIATRICO  
DE APENDICITIS AGUDA.**

**Para obtener el Titulo de:  
Licenciada en Enfermería y Obstetricia**

**Presenta:  
MARIA LUISA MANJARREZ CAMACHO  
NUMERO DE CUENTA. 406116363.**

**Asesor académico:  
LIC. MA. MAGDALENA MATA CORTÉS.**

**MEXICO D.F. OCTUBRE-NOVIEMBRE 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.

## INDICE

	Página
Introducción.....	4
Objetivo general.....	5
Objetivos especifico.....	5
I.- Marco teórico.....	6
1.1 Definición de enfermería	
1.2.- El cuidado.....	7
1.3.-Proceso atención de enfermería.....	7
1.3.1.-Antecedentes del Proceso Atención de Enfermería.....	7
1.3.2.- Definición.....	8
1.3.3- Ventajas.....	9
1.4.- Etapas del proceso de atención de enfermería.....	10
1.4.1.- Valoración.....	10
1.4.2.- Diagnostico.....	21
1.4.3.- Planeación.....	28
1.4.3.1.- Clasificación de Resultados Esperados (NOC).	33
1.4.4.- Ejecución.....	35
1.4.4.1.- Clasificación de Intervenciones de Enfermería. (NIC)	36
1.4.5.- Evaluación.....	37
1.5.- Generalidades del modelo de Virginia Henderson.....	40
1.5.1.- Definición.....	40
1.5.2.- Necesidades.....	41
1.5.3.- Meta paradigmas.....	44
1.5.4.- Elementos filosóficos.....	48

1.5.5.- Postulados teóricos.....	49
2.- Metodología.....	49
3.- Aplicación Proceso Atención Enfermería.....	50
3.1.- Presentación del caso.....	50
3.2.- Valoración de necesidades humanas.....	52
3.3.- Diagnósticos de enfermería.....	61
3.4.- Planeación.....	68
3.5.- Ejecución.....	68
3.6 Evaluación.....	68
Conclusiones.....	99
Sugerencias.....	100
Bibliografía.....	101
Glosario.....	103
Anexos.....	104
Patología.....	104
Definición apendicitis aguda.....	104
Epidemiología.....	107
Sintomatología.....	108

## INTRODUCCION

El proceso de enfermería es un método ordenado y sistemático para obtener información e identificar los problemas de la persona, la familia y la comunidad, con el fin de planear, ejecutar y evaluar el cuidado de enfermería. Por lo tanto, es la aplicación del método científico en el quehacer de la enfermera (o).

La mayoría de los pacientes con apendicitis se recuperan con facilidad después del tratamiento quirúrgico, sin embargo, si el tratamiento no es oportuno en tiempo y forma pueden ocurrir complicaciones con consecuencias mortales ya que se puede presentar un cuadro de peritonitis que pone en peligro la vida de la persona, por ello la conducta frente a una apendicitis es la de una evaluación rápida y un tratamiento sin demora.

Por lo cual el presente proceso atención de enfermería fue aplicado a un paciente pediátrico que inicio su padecimiento desde hace 72 horas presentando dolor en área apendicular y fiebre por lo que acude a este hospital traído por su mamá y en el servicio de urgencias es diagnosticado como apendicitis aguda preparado y trasladado al área de quirófano dentro del cual se realizó la presente valoración.

## **OBJETIVOS**

### **General**

Aplicar el Proceso Atención de Enfermería, a una persona pediátrica de apendicitis aguda, con base en el modelo de Virginia Henderson; en la identificación de las catorce necesidades básicas proporcionando cuidados de calidad y calidez para asegurar el bienestar físico y emocional de la persona.

### **Objetivos Específicos**

- Valorar problemas reales y potenciales para la persona
- Planear un plan de cuidados de acuerdo a las necesidades dependientes o parcialmente dependientes de acuerdo a su patología
- Evaluar si los planes de cuidado de enfermería son los adecuados para su tratamiento.

## I.- MARCO TEÓRICO

### I.I.- Definición de Enfermería.

La función propia de las enfermeras (os) es ayudar a la persona, 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 debía 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.<sup>1</sup>

---

<sup>1</sup> 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. 3

## **1.2.- 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 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). A firma 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.<sup>2</sup>

## **1.3.-Proceso Atención de Enfermería**

### **1.3.1.- Antecedentes Proceso Atención de Enfermería**

Antes que se desarrollara el proceso de enfermería, las enfermeras(os) 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.

---

<sup>2</sup> Ibidem Pág. 29

El término Proceso de Enfermería y el método de trabajo que implica son relativamente nuevos. 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 misma.<sup>3</sup>

### 1.3.2.-Definición.

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 grupos a las alteraciones de salud reales o de riesgo.<sup>4</sup>

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.

---

<sup>3</sup> Ibidem Pág. 91

<sup>4</sup> Ibidem Pág. 93

**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.

**Pose 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

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 las personas.

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 a definir su función ante otras personas ajenas a la profesión.

Demostrando claramente las aportaciones que hace la enfermería a la salud de las personas.<sup>5</sup>

---

<sup>5</sup> *Ibidem* Pág. 95

## **1.4.- Etapas 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 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 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.<sup>6</sup>

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

- Las convicciones del profesional: Conforman la actitud y las motivaciones del profesional, lo que piensa, siente y cree sobre la enfermería, el hombre, la salud, la enfermedad, etc. Estas convicciones se consideran constantes durante el proceso.
- Los conocimientos profesionales: Deben tener una base de conocimientos sólida, que permita hacer una valoración del estado de salud integral de la persona, 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.

---

<sup>6</sup> Ibidem 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 (o) 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 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.<sup>7</sup>

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

- Datos sobre los problemas de salud detectados en la persona.
- Factores Contribuyentes en los problemas de salud.

---

<sup>7</sup> *Ibidem* pág. 97

En las valoraciones posteriores, tenemos que tener en cuenta:

Confirmar los problemas de salud que hemos detectar

- Análisis y comparación del progreso o retroceso de la persona.
- Determinación de la continuidad del plan de cuidados establecido.
- Obtención de nuevos datos que nos informen del estado de salud de la persona.

En la recogida de datos necesitamos:

- Conocimientos científicos (anatomía, fisiología, etc.) y básicos (capacidad de Enfermera (o) de tomar decisiones). Habilidades técnicas e interprofesionales
- 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

- Datos objetivos: Se pueden medir por cualquier escala o instrumento (cifras de la Tensión arterial).<sup>8</sup>

---

<sup>8</sup> *Ibidem* pág. 98

Datos históricos antecedentes: Son aquellos hechos que han ocurrido anteriormente y comprenden:

**Los tipos de datos:**

**Datos subjetivos:** No se pueden medir y son propios de paciente. Lo que la persona dice que siente o percibe. Solamente el afectado los describe y verifica. (Sentimientos) hospitalizaciones previas, enfermedades crónicas o patrones y pautas de comportamiento (eliminación, adaptaciones pasadas, etc.).

**Datos actuales:** Son datos sobre el problema de salud actual.<sup>9</sup>

**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 (o) realiza la historia del paciente.

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

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

- Obtener información específica y necesaria para el diagnóstico enfermero y la planificación de los cuidados.
- Facilitar la relación enfermera/paciente.
- Permitir a la persona informarse y participar en la identificación de sus problemas Y en el planteamiento de sus objetivos Y también.
- Ayudar a la enfermera (o) a determinar que otras áreas requieren un análisis específico a lo largo de la valoración.

---

<sup>9</sup> Ibidem pág. 99

- La entrevista consta de tres partes: Iniciación, cuerpo y cierre
- Iniciación: Se comienza por una fase de aproximación y se centra en la creación de un ambiente favorable, en donde se desarrolla una relación interpersonal positiva.
- Cuerpo: La finalidad de la conversación en esta parte se centra en la obtención de la información necesaria. Comienza a partir del motivo de la consulta o queja principal de la persona y se amplía a otras áreas como historial médico, información sobre la familia y datos sobre cuestiones culturales o religiosas. Existen formatos estructurados o semiestructurados para la recogida sistematizada y lógica de la información pertinente sobre el paciente.
- Cierre: Es la fase final de la entrevista No se deben introducir temas nuevos. Es importante resumir los datos más significativos. También constituye la base para establecer las primeras pautas de planificación. <sup>10</sup>

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.

Tres tipos de interferencias:

- Interferencia cognitiva: Consisten en que el problema del paciente no es percibido o comprendido por el entrevistador.

---

<sup>10</sup> Ibidem pág. 100

- Interferencia emocional: Es frecuente, consiste en una reacción emocional adversa de la persona 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 si mismos, excesiva proyección sobre la persona e incluso desresponsabilización de las obligaciones, Borrell (1986),
- 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. <sup>11</sup>

---

<sup>11</sup> *ibidem* pág. 101

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 de la persona, Y otro en el que le da a entender que la comprende.
- **Calidez:** Es la proximidad afectiva entre la persona y el entrevistador. Se expresa solo a nivel no verbal
- **Respeto:** Es la capacidad del entrevistador para transmitir a la persona 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).

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». <sup>12</sup>

## **B) La observación:**

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

---

<sup>12</sup> *ibidem* pág. 116

Es el segundo método básico de valoración, la observación sistemática implica la utilización de los sentidos para la obtención de información tanto la persona, 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.

- Inspección: Es el examen visual cuidadoso y global de la persona, para determinar estados o respuestas normales o anormales. Se centra en las características físicas o los comportamientos específicos (tamaño, forma, posición, situación anatómica, color, textura, aspecto, movimiento y simetría).
- Palpación: Consiste en la utilización del tacto para determinar ciertas características de la estructura corporal por debajo de la piel (tamaño, forma, textura, temperatura, humedad, pulsos, vibraciones, consistencia y movilidad). Esta técnica se utiliza para la palpación de órganos en abdomen. Los movimientos corporales Y la expresión facial son datos que nos ayudarán en la valoración
- Percusión: Implica el dar golpes con uno o varios dedos sobre la superficie corporal, con el fin de obtener sonidos. Los tipos de sonidos que podemos diferenciar son: Sordos, aparecen cuando se percuten músculos o huesos.
- Mates: Aparecen sobre el hígado y el bazo.

- Hipersonoros: Aparecen cuando percutimos sobre el pulmón normal lleno de aire Y Timpánicos: se encuentra al percutir el estómago lleno de aire o un carrillo de la cara.
- Auscultación: Consiste en escuchar los sonidos producidos por los órganos del cuerpo. Se utiliza el estetoscopio y determinamos características sonoras de pulmón, corazón e intestino. También se pueden escuchar ciertos ruidos aplicando solo la oreja sobre la zona a explorar. <sup>13</sup>

Una vez descritas las técnicas de exploración física se consideran las diferentes 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 de la persona 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 que debemos asegurarnos de que la persona quiere indicar lo que de hecho dice. En comunicación existen técnicas de reformulación que nos ayudan a comprender más fielmente los mensajes de la persona, evitando las interpretaciones.

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

---

<sup>13</sup> Ibidem pág. 117

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

#### **ORGANIZACIÓN DE LOS DATOS:**

Es el cuarto paso en la recogida de datos, en esta etapa se trata de agrupar la información, de forma tal que nos ayude en la identificación de problemas, el modo más habitual de organizar los datos es por necesidades humanas (Maslow, 1972), o por patrones funcionales (Gordon, 1987), 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 habíamos 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 de la persona 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 tratamientos 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).<sup>14</sup>

---

<sup>14</sup> *Ibidem* pág. 118

## **DOCUMENTACION 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

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.<sup>15</sup>

#### **1.4.2.- DIAGNÓSTICO:**

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

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

Un diagnóstico de enfermería no es sinónimo de uno médico.

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

---

<sup>15</sup> Ibidem Pág. 119

- 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.<sup>16</sup>

C. Componentes de los Categorías Diagnósticos aceptadas por la NANDA:

Hay que considerar la importancia de los beneficios específicos de una taxonomía diagnóstica en los distintos ámbitos del quehacer 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. 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:

---

<sup>16</sup> Ibidem pág. 120

- 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 currículo básico debe iniciarse y continuarse de forma coherente, y prolongarse de forma progresiva a lo largo de todo el curricular. 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.
- 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.
  - 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.<sup>17</sup>

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

---

<sup>17</sup> *Ibidem* pág. 140

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

- Factores Fisiopatológicos (biológico y psicológicos): Shock, ansiedad 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.<sup>18</sup>

#### **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.

---

<sup>18</sup> *Ibidem* pág 141

- **Real:** Representa un estado que ha sido clínicamente validado mediante características definitorias principales identificables. Tiene cuatro componentes: enunciado, definición características que lo definen y factores relacionados. El enunciado debe ser descriptivo de la definición del Diagnóstico y las características que lo definen (Gordon 1990). El término "real" no forma parte del enunciado en un Diagnóstico de Enfermería real. Consta de tres partes, formato PES: problema (P) + etiología, factores causales o contribuyentes (E) + signos/síntomas (S). Estos últimos son los que validan el Diagnóstico.
- **Alto Riesgo:** Es un juicio clínico de que un individuo, familia o comunidad son más vulnerables a desarrollar el problema que otros en situación igual o similar. Para respaldar un Diagnóstico potencial se emplean los factores de riesgo. 1.a descripción concisa del estado de Salud alterado de la persona va precedido por el término "alto riesgo" . Consta de dos componentes, formato PE: problema (P) + etiología/factores contribuyentes (E).
- **Posible:** Son enunciados que describen un problema sospechado para el que se necesitan datos adicionales. La enfermera (o) 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 (o) 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.

**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.
- No indique dos problemas al mismo tiempo, dificulta la formulación de los objetivos.<sup>19</sup>

---

<sup>19</sup> Ibidem Pág. 142

### 1.4.3.-PLANEACIÓN

.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 a la persona a prevenir, reducir o eliminar los problemas detectados. La fase de planeación del proceso de enfermería incluye cuatro etapas, Carpenito (1987) e Iyer (1989).<sup>20</sup>

#### 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 de la persona 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.

---

<sup>20</sup> Ibidem pág 143

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) o el médico y evaluar la respuesta.<sup>21</sup>

---

<sup>21</sup> *Ibidem* pág.144

### **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.<sup>22</sup>

---

<sup>22</sup> *Ibidem* pág. 145

## 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 ayudarle 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 pueden 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.

- Medio plazo: Para un tiempo intermedio, estos objetivos son también intermedios, de tal forma que, podemos 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:

- o Uno, abarca un período prolongado y requiere de acciones continuas de enfermería, que median directamente entre el objetivo y su logro.
  
- o 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.<sup>23</sup>

#### **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 de la persona se anotan en términos de lo que se espera que haga la persona, esto es, como conductas esperadas.

Las principales características de los objetivos de la persona son tres:

- Deben ser alcanzables, esto es, asequibles para conseguirlos.
- Deben ser medibles, así se describen con verbos mensurables del tipo de, afirmar, hacer una disminución, hacer un aumento, toser, caminar, beber, etc.
- Deben ser específicas en cuanto a contenido (hacer, experimentar o aprender) y a sus modificadores (quién, cómo, cuándo, dónde, 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).

---

<sup>23</sup> *Ibidem* pág. 146

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, concepciones, valores y tendencias emotivas.
- **Psicomotores:** Estos objetivos se proponen el desarrollo muscular o motor, ciertas manipulaciones de materias u objetos, o actos que precisan coordinación neuromuscular, Son habilidades.<sup>24</sup>

#### **.1.4.3.1.- Clasificación de Resultados esperados NOC**

El año 1991 se creó un equipo de investigación conducido por Marion Johnson y Merodean Maas, en la university of Iowa, para desarrollar una clasificación de los resultados de las personas que se correlacionan con los cuidados enfermeros. El trabajo del equipo de intervención dio como resultado la clasificación de Resultados de Enfermería ( NOC ) , una clasificación global y estandarizada de los resultados del paciente que puede utilizarse para evaluar los resultados de las intervenciones enfermeras (os), publicada por primera vez el año 1997 . Los resultados de la persona sirven como criterio para juzgar el éxito de una intervención enfermera(os). Un resultado se define como << un estado, conducta o percepción individual, familiar o comunitaria que se mide a lo largo de un continuo en respuesta a una intervención enfermera >> (Morread , Johnson & Maas, 2004, Pág. XX ) Es conocido que numerosas variables junto con la intervención , influyen en los resultados de la persona.

---

<sup>24</sup> Ibidem Pág. 147

Estas variables van desde el proceso utilizado en el suministro del cuidado, incluyendo las acciones de otros profesionales sanitarios, hasta variables de organización y ambientales que influyen en la selección y el suministro de intervenciones según las características del paciente, como su estado físico y emocional y las circunstancias vitales experimentadas. Dado que los resultados describen el estado de la persona, otras disciplinas pueden considerarlos útiles para evaluar sus intervenciones.

Cada resultado NOC tiene una etiqueta, una definición, una escala de Likert de cinco puntos para medir el estado de la persona y una breve lista de regencias utilizadas en el desarrollo del resultado.

Las escalas permiten medir el estado del resultado en cada punto de un continuo, desde el más negativo al más positivo, así como la identificación de cambios en el resultado del paciente en diferentes puntos.

A diferencia de la información proporcionada por la manifestación de un objetivo, es decir, si un objetivo se satisface o no, los resultados NOC pueden utilizarse para controlar el progreso o ausencia de progreso, a lo largo de un proceso de cuidados y a través de diferencias entre entornos de cuidados.

Los resultados se han desarrollado para utilizarse en cualquier entorno de todas las especialidades y a lo largo de un continuo de cuidados. La tercera edición de la clasificación publicada en el año 2004 consta de 330 resultados agrupados en 31 clases y 7 dominios para facilitar su uso.

La clasificación se actualiza continuamente para incluir nuevos resultados y revisar resultados antiguos basándose en nuevas investigaciones o en la retroalimentación del usuario. Los libros de la clasificación NOC y otras muchas publicaciones documentan la extensa investigación derivada de desarrollar y validar la NOC y otras muchas publicaciones documentan la extensa investigación NANDA, los problemas del sistema Omaha, los patrones funcionales de Gordon, el Long-Term Care Minimum Data Set, el Resident Assessment Instrument utilizado en residencias.

La Internacional Classification of Functioning ( ICF) y las intervenciones NIC la clasificación NOC se ha traducido a ocho idiomas y está experimentando un uso creciente en Estados Unidos así como en otros países .<sup>25</sup>

#### 1.4.4 EJECUCION

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 (os):

- 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 (a) 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.<sup>26</sup>

---

<sup>25</sup> Marion Johnson et al Clasificación de Resultados de Enfermería (CRE) 2ª Edición Editorial Harcourt, Mosby España 2000 Pág. 3, 4, 5, 6

<sup>26</sup> 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. 162, 164, 165, 166

#### 1.4.4.1. Clasificación de Intervenciones de enfermería (NIC)

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 de la persona, 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.

- a) 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.<sup>27</sup>

---

<sup>27</sup> Joanne C. McCloskey et al Clasificación de Intervenciones de Enfermería ( CIE) 3ª Edición Editorial Harcourt, Mosby España 2001 Pág. 3,

#### 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

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

La evaluación es un proceso que requiere de la valoración de los distintos aspectos del estado de salud de la persona. La 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 la persona.
- Examen de la historia

3.- Conocimientos :

- o Entrevista con la persona
- o Cuestionarios (test),

4.- Capacidad psicomotora (habilidades).

- o Observación directa durante la realización de la actividad

5.- Estado emocional :

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

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

- o Entrevista con la persona.
- o información dada por el resto del personal.<sup>28</sup>

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:

- La persona ha alcanzado el resultado esperado.
- La persona está en proceso de lograr el resultado esperado, nos puede conducir a plantearse otras actividades.
- La persona 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.

---

<sup>28</sup> *ibidem* pág. 4

Siguiendo a M. Caballero (1989) la evaluación se compone de:

- Medir los cambios de la persona.
- En relación a los objetivos marcados.
- Como resultado de la intervención enfermera (o)
- 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.<sup>29</sup>

---

<sup>29</sup> Joanne C. McCloskey et al Clasificación de Intervenciones de Enfermería ( CIE) 3ª Edición Editorial Harcourt, Mosby España 2001 Pág. 432

## **1.5.- Generalidades del modelo de Virginia Henderson.**

### **1.5.1.- Definición.**

Virginia nació en 1897 en Kansas (Missouri). Se graduó en 1921 y se especializó como enfermera docente. Esta teórica de enfermería incorporó los principios fisiológicos y psicopatológicos a su concepto de enfermería.

Su influencia y sus logros conseguidos en la profesión de enfermería le reportaron al menos 9 investiduras como Doctor- Honoris Causa. Recibió mención honorífica especial por contribuciones que realizó durante toda su vida a la investigación, formación y desarrollo profesional de la enfermería.

Tras años de labor docente, asistencial y de investigadora, Virginia Henderson en 1956 Henderson define a la enfermería en términos funcionales como : " La única función de una enfermera es ayudar al individuo sano y enfermo , en la realización de aquellas actividades que contribuyan a su salud , su recuperación o una muerte tranquila , que éste realizaría sin ayuda si tuviese la fuerza , la voluntad y el conocimiento necesario . Y hacer esto de tal forma que le ayude a ser independiente lo antes posible"

El valor teórico, la creatividad innovadora y su propia trayectoria vital hicieron de Henderson un modelo para las enfermeras, especialmente para las docentes e investigadoras.<sup>30</sup>

#### **1. Necesidades de oxigenación**

Promover la salud y la vida, conservando la función respiratoria en óptimas condiciones

#### **2. Necesidades nutricionales**

Conservar la salud mediante la ingestión diaria de una dieta y aporte de líquidos adecuados.

---

<sup>30</sup> Carlos Ma. López González et al Cuidados de Enfermería. El proceso de atención de enfermería Editorial McGraw-Hill Madrid 1993 Pág. 110

3. Necesidades de eliminación

Mantener la salud mediante la práctica de medidas para conservar en condiciones óptimas la función de eliminación

4. Necesidades de movimiento

Mantener la salud mediante la puesta en práctica de actividades para conservar la buena postura y la capacidad de movimiento

5. Necesidades de descanso

Promover la salud reforzando los hábitos higiénicos que favorecen el sueño y el descanso, para recuperar plenamente las energías perdidas en el trabajo diario.

6. Necesidades de higiene

Mejorar el estado de salud del organismo, mediante el uso de ropa y calzado adecuado que eviten deformidades y proporcionen comodidad

7. Necesidades de termorregulación

Promover la salud mediante la puesta de actividades, para mantener la temperatura dentro de las cifras normales

8. Necesidades del cuidado de la piel.

Promover la salud mediante la práctica de actividades para proteger la integridad de la piel y conservarla en óptimas condiciones.

9. Necesidades de evitar riesgos y peligros

Promover la salud mediante la práctica de medidas para evitar riesgos de enfermedad o morir

10. Necesidades de comunicarse

Tener una relación de ayuda con la persona, que evite barreras de la comunicación, con una actitud que le inspire confianza para comunicar sus temores, necesidades y opiniones.

Atender a las necesidades espirituales de las personas

11. Necesidad de actuar de acuerdo a sus creencias y valores

Considerándolos como unidades con componentes materiales y espirituales

12. Necesidad de realización

Ayudar a la persona a iniciar al proceso necesario para un cambio de trabajo o de actividad cuando esto sea necesario para mejorar la salud o como consecuencia de sufrir una enfermedad.

13. Necesidad de recreación

Aprovechar el periodo de rehabilitación para aprender habilidades manuales que puedan servir como actividades recreativas y como ejercicio mental y físico

14. Necesidad de aprendizaje

Fomentar el aprecio del valor salud, mediante la difusión de conocimientos básicos de epidemiología al individuo, familia y comunidad recomendando la práctica de medidas, para la promoción y protección de salud así como la atención.

Estas necesidades son comunes a todos los individuos y cada persona en su unicidad tiene la habilidad y capacidad de satisfacerlas, si tiene el conocimiento, la fuerza y la voluntad de un modo diferente con el fin de crecer y desarrollarse a lo largo de la vida. Pero cuando algo de esto falta en la persona, una o más necesidades no se satisfacen, surgiendo los problemas de salud, las diferencias personales en la satisfacción de estas 14 necesidades básicas son determinadas por aspectos biológicos, psicológicos, socioculturales y espirituales, así como la estrecha relación entre las diferentes necesidades, al mismo tiempo cuando no es posible satisfacer las 14 necesidades aparece una dependencia que se debe según Virginia Henderson a 3 causas y se identifican como: "Falta de fuerza", "Falta de conocimiento" o "Falta de voluntad". La presencia de estas tres causas o una de ellas puede dar lugar a una: Dependencia total o parcial así como temporal o permanente.

Estas situaciones de dependencia pueden aparecer por causas de tipo físico, psicológico, sociológico o relacionado a una falta de conocimientos. Esto quiere decir que el estudio por separado de cada una de estas necesidades en ningún momento nos da la visión del ser humano en su totalidad sino solamente de una parte de la realidad de la persona, siendo necesaria la interrelación de cada una de estas necesidades con las restantes, para poder valorar el estado del individuo como un todo.

Virginia Henderson denomina cuidados básicos de enfermería a las actividades que las enfermeras realizan para suplir o cubrir estas necesidades y se aplican a través de un plan de cuidados de enfermería, elaborado en razón de las necesidades detectadas en la persona.

Su principal influencia consiste en la aportación de una estructura teórica que permite el trabajo enfermero por necesidades de cuidado, facilitando así la actuación enfermero y a nivel más práctico, la elaboración de un marco de valoración de enfermería en base a las 14 necesidades humanas básicas.

Según este principio las necesidades básicas son las mismas para todos los seres humanos y existen independientemente de las situaciones en que se encuentre cada persona. Sin embargo, dichas necesidades se modifican en razón de dos tipos de factores.

- Factores permanentes: Edad, nivel de inteligencia, medio social o cultural y capacidad física.

- Factores variables: Estados patológicos, falta aguda de oxígeno, conmoción, estados de inconsciencia, exposición al calor o al frío, que produzcan en el cuerpo temperaturas marcadamente anormales, estados febriles agudos una lesión local, herida o infección o bien ambas cosas, una enfermedad transmisible, estado preoperatorio, estado postoperatorio, inmovilización por enfermedad o prescrita como tratamiento, dolores persistentes que no admitan tratamiento<sup>31</sup>

### 1.5.3.- METAPARADIGMA

#### **Persona:**

Individuo objeto de los cuidados, que requiere asistencia para alcanzar su salud e independencia o una muerte en paz, cada persona es un ser humano único y complejo con componentes biológicos, psicológicos, socioculturales y espirituales.

La persona y su familia son consideradas como una unidad. La persona es un ser holístico.

Tanto el individuo sano o enfermo anhela el estado de independencia, con una serie de necesidades básicas para su supervivencia, cada persona en su unicidad tiene la habilidad y capacidad de satisfacerlas de modo diferente con el fin de crecer y desarrollarse a lo largo de la vida, mantener su integridad física y psicológica y promover su desarrollo y crecimiento.

#### **Salud:**

Virginia Henderson, considera la salud en terminas de habilidad de la persona para realizar sin ayuda y en forma continua, los catorce componentes básicos de los cuidados de enfermería. Equipara salud con la independencia, dependencia y causas de la dificultad ó problema.

---

<sup>31</sup> Carlos Ma. López González et al Cuidados de Enfermería. El proceso de atención de enfermería Editorial McGraw-Hill Madrid 1993 Pág. 118

**Independencia:**

Capacidad de la persona para alcanzar un nivel aceptable de satisfacción de sus necesidades básicas, por medio de acciones adecuadas para satisfacer las necesidades, de acuerdo con su edad, etapa de desarrollo y situación

**Dependencia:**

Incapacidad del sujeto para adoptar comportamientos o de realizar por si mismo, sin ayuda de otros, acciones que le permitan alcanzar un nivel aceptable de satisfacción de sus catorce necesidades básicas. Por otro lado puede ocurrir que se realicen actividades que no resulten adecuadas o sean insuficientes para conseguir la satisfacción de las mismas. La independencia se instala en el momento en que la persona debe recurrir a otro para que la asista, le enseñe lo que debe hacer o le supla en lo que no puede hacer por sí mismo.<sup>32</sup>

**Causas de dificultad o problema:**

Son los obstáculos o limitaciones personales o del entorno que impiden a la persona responder de forma autónoma y son los factores responsables del problema de salud

- **Falta de Fuerza:** Fuerza no es solo la capacidad física o habilidades mecánicas de las personas, sino también la capacidad del individuo para llevar a término las acciones pertinentes a la situación, lo cual vendrá determinado por el estado emocional, estado de las funciones psíquicas, capacidad intelectual, etc.
- **Falta de Conocimiento:** En lo relativo a las cuestiones esenciales sobre la propia salud y situación de la enfermedad, la propia persona (autoconocimiento) y sobre los recursos propios y ajenos posibles.

---

<sup>32</sup> Fernández Ferrín Carmen El modelo de Henderson y el proceso de Enfermería Editorial Masson-Salvat Barcelona 1995 Pág. 82

- **Falta de Voluntad:** Esta entendida como incapacidad o limitación de la persona para comprometerse en una decisión adecuada a la situación y ejecución y mantenimiento de las acciones oportunas para satisfacer las catorce necesidades básicas.

La presencia de estas 3 causas o de alguna de ellas puede dar lugar a una dependencia total o parcial, así como temporal o permanente. Así mismo estos aspectos deberán ser valorados para la planificación de las intervenciones de Enfermería correspondientes, el tipo de actuación (de suplencia o ayuda) vendrá siempre determinado por el grado de dependencia identificado

**Entorno:**

Virginia Henderson no incluye de manera específica el concepto de entorno dentro de su modelo, sin embargo menciona algunas veces de manera implícita y otras explícitamente la importancia de los aspectos socioculturales y del entorno físico(familia, grupo, cultura, aprendizajes, factores ambientales) para la valoración de las necesidades y la planificación de los cuidados.

Incluye relaciones con la propia familia, así mismo incluye las responsabilidades de la comunidad de proveer cuidados.

**Enfermería:**

Cuidados Básicos de Enfermería y Equipo de Salud, son conceptualizados según Virginia Henderson como las acciones que lleva a cabo la enfermera en el desarrollo de su función propia, actuando según criterios de suplencia o ayuda, según el nivel de dependencia identificado en la persona, considerados como un servicio derivado del análisis de las necesidades humanas, son universalmente los mismos porque todos tenemos necesidades comunes.

sin embargo varían constantemente ya que cada persona interpreta a su manera estas necesidades. Así la enfermería se compone de los mismos elementos identificables, pero estos se han de adaptar a las modalidades e idiosincrasia de cada persona, de ahí surge el concepto de cuidados individualizados y dirigidos a la persona en su totalidad.<sup>33</sup>

Relación Enfermera (o) – Equipo de Salud. La enfermera (o) trabaja de forma independiente con respecto de otros profesionales de salud, asegura el desarrollo de sus competencias y da muestras de habilidad e ingeniosidad para encontrar la destreza innovadora en la práctica de la enfermería y la organización de los cuidados en estrecha colaboración con otros profesionales de la salud, para completar el programa de cuidado a la persona pero no debe realizar tareas ajenas.

Virginia Henderson define que la enfermera tiene como única función ayudar a individuos sanos o enfermos, actúa como miembro del equipo de salud, posee conocimientos y puede evaluar las necesidades humanas básicas.

Virginia Henderson también analiza la contribución de las enfermeras al trabajo con el equipo multidisciplinar, considerando que colabora con los demás miembros del equipo así como estos colaboran con ella, en la planificación y ejecución de un programa global ya sea para el mejoramiento de la salud, el restablecimiento del paciente o para evitarle sufrimientos en la hora de su muerte.

La persona o usuario es visto pues como un sujeto activo y responsable de su propia salud, que participa en las decisiones y en el logro de sus metas.

La persona debe mantener su equilibrio fisiológico y emocional, el cuerpo y la mente son inseparables.

---

<sup>33</sup> Ibidem pág. 83

La salud es calidad de vida, es fundamental para el funcionamiento humano según Virginia Henderson nuestra meta es ayudar al individuo a conseguir su independencia máxima en la satisfacción de las necesidades lo más rápidamente posible, por sí mismo de acuerdo a sus propias capacidades y recursos.<sup>34</sup>

#### 1.5.4.- Elementos filosóficos

- La enfermera(o) asiste a los pacientes en las actividades esenciales para mantener la salud, recuperarse de la enfermedad o alcanzar la muerte tranquila.
- Introduce y/o desarrolla el criterio de independencia de la persona en la valoración de la salud.
- Identifica 14 necesidades humanas básicas que componen los cuidados enfermeros y las esferas en que se desarrollan los cuidados.

Se observa una similitud entre las necesidades y la escala de necesidades de Maslow, las primeras 7 necesidades están relacionadas con la fisiología, la 8ª y la 9ª están relacionadas con la seguridad, la 10ª relacionada con la propia estima, la 11ª relacionada con la pertenencia y de 12ª a la 14ª relacionadas con la autorrealización.

De acuerdo con la definición de la función propia de la enfermera y a partir de ella, Virginia Henderson precisa su conceptualización del individuo o persona, objeto de los cuidados. Así cada persona se configura como un ser humano único y complejo con componentes biológicos, psicológicos, socioculturales y espirituales, que tiene 14 necesidades básicas o requisitos que debe mantener su integridad: Física y psicológica y promover su desarrollo y crecimiento

---

<sup>34</sup> Fernández Ferrín Carmen El modelo de Henderson y el proceso de Enfermería Editorial Masson-Salvat Barcelona 1995 Pág. 84

### 1.5.5.- Postulados teóricos

#### Postulados sobre los que se basa el modelo de Virginia Henderson

- 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 y por lo tanto no es independiente

#### Valores que fundamentan el Modelo de Virginia Henderson:

- La enfermera tiene funciones que le son propias
- Cuando la enfermera usurpa las funciones 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.<sup>26</sup>

---

<sup>26</sup> Página de internet: [www.virginiahenderson.com](http://www.virginiahenderson.com) 10 de Julio 10 Hrs.

## **2.- METODOLOGIA**

El presente caso clínico se desarrollo con base en la metodología del Proceso Atención de Enfermería y con el desarrollo del modelo de Virginia Henderson en la identificación de 14 necesidades básicas.

En la primera etapa del proceso se utilizo una guía de valoración 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.

---

<sup>39</sup> Página de Internet: [www.virginiahenderson.com](http://www.virginiahenderson.com) 10 de Julio 10 Hrs.

En la tercera etapa se jerarquizaron las necesidades afectadas del paciente con base en la escala de Kallis y Maslow de las cinco prioridades: Primera prioridad todo aquello que amenaza al individuo o tiene alteraciones fisiológicas, segunda prioridad seguridad y protección, tercera prioridad amor y pertenencia, cuarta prioridad autoestima y 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 del paciente.<sup>36</sup>

### 3.- APLICACIÓN DEL PROCESO ATENCIÓN DE ENFERMERÍA

#### 3.1.- Presentación del Caso Clínico

Ingresa el día 5 julio 2009 a las 23hrs a quirófano Josué Santana Salgado Hernández, con diagnostico médico de apendicitis aguda con 72horas de evolución. hasta el transfer del quirófano 1 del Hospital General "Dr. ERNESTO MEANA SAN ROMAN " de Jojutla Morelos, es acompañado por su mamá, la cual se despide de el dándole un beso y diciéndole que lo quiere mucho y estará afuera esperándolo, cuenta con 10 años de edad y pasó a quinto de primaria, pesa: 37kg, mide: 1.10, su fecha de nacimiento:22 -Abril-1999. Originario del municipio de Tlaquiltenango en el cual presumen las siguientes necesidades básicas alteradas.

---

<sup>36</sup> ibidem

NECESIDADES	VALORACION
1) OXIGENACION	Sin alteración  Fc.100hasta 120 Fr. 18 Temperatura 39 °C. StO <sub>2</sub> 85 % presión arterial 90/60
2) NUTRICIÓN E HIDRATACIÓN	Ayuno, deshidratado, presentado vomito. piel seca, áspera y elástica.
3) ELIMINACIÓN	Abdomen globoso, dolor abdominal, diarrea, disuria.
4)MOVERSE Y MANTENER BUENA POSTURA	Consiente, débil, posición antálgica de semiflexion del muslo sobre su abdomen, necesita ayuda al caminar.
5) DESCANSO Y SUEÑO	Ojeroso, no a dormido bien, estresado, apático.
6) VESTIRSE Y UTILIZAR PRENDAS ADECUADAS	Se mantiene con bata de hospital
7) TERMORREGULACIÓN	Fiebre 39° 2C.
8) HIGIENE Y PROTECCIÓN DE LA PIEL	Piel sucia, oídos sucios, mal olor corporal, pelo sucio, halitosis.
9) EVITAR PELIGROS	Tiene miedo a la cirugía.
10) COMUNICARSE	Se comunica claro sin ningún problema.
11) VIVIR SEGÚN SUS CREENCIAS	Reza diario
12) TRABAJAR Y REALIZARSE	No
13) ACTIVIDADES RECERATIVAS	A dejado el futbol, por su padecimiento
14) APRENDIZAJE	No

### 3.2.- VALORACIÓN DE NECESIDADES HUMANAS

#### 1.- Necesidades básicas de: Oxigenación, nutrición e hidratación, eliminación termorregulación.

##### a).- OXIGENACIÓN

Subjetivo:

Disnea debido a: No Tos productiva/seca: No Dolor asociado con la respiración: No Fumador: No Desde cuándo fuma/cuántos cigarrillos al día: No.

Objetivo:

Registro de signos vitales y características: fc: 120 x/min.

Temperatura: 39°C. T/A: 90/70

Tos productiva seca: No Estado de conciencia: conciente

Coloración de la piel/lechos ungüales/peri buca: palidez generalizada

Circulación del retorno venoso: normal

Otros: se encuentra inquieto.

##### b).- Nutrición e hidratación:

Subjetivo

Dieta habitual (tipo): carne, 3/7, verduras, 3/7, Pescado 1/7, leguminosas, 7/7 pastas 2/7, fruta 2/7, tortillas 4 en cada comida, pan, 6/7 aproximadamente ingiere un litro y medio de agua diaria, 500ml de refresco de sabor de preferencia coca cola. Frituras y golosinas. Numero de comidas diarias: 3 veces al día.

Trastornos digestivos: no padece ningún trastorno, pero a partir de que empezó a sentirse mal hace tres días empezó con diarrea y vomito.

Intolerancia alimentaria/ alergias: refiere su mamá que no es alérgico a nada alimenticio, y tampoco a ningún medicamento.

Problemas de la masticación y deglución: Desde que empezó con su padecimiento le cuesta mucho deglutir y le ocasiona náuseas y vomito.

Patrón de ejercicio: Pertenece a un club de futbol soker, entrena los lunes, jueves y viernes de 4 a 6 de la tarde y los domingos juega con su equipo llamado Tigres, también juega básquet bol, en la escuela pero él prefiere el fut bol.

Objetivo:

Turgencia de la piel: Si

Membranas mucosa hidratadas/secas: deshidratadas

Características de uñas/cabello: sus uñas largas y sucias, cabello sucio y largo

Funcionamiento neuromuscular y esquelético: le cuesta trabajo caminar, y pararse.

Aspecto de los dientes y encías: dientes sucios, con tres muelas con caries. No se cepilla los dientes diario, por esto su mama lo regaña ocasionalmente se los cepilla diario.

Heridas, tipo, tiempo de cicatrización No

Eliminación

Objetivo:

Habito intestinales: evacua dos veces al día, normal. Características de las heces, orina: evacuaciones diarreicas oliguria concentrada.

Historia de hemorragias/enfermedades renales/otros No

Uso de laxante No Hemorroides: No

Dolor al defecar/menstruar/orinar: al orinar refiere que le duele y arde.

Objetivo:

Abdomen/características: Abdomen globoso, con dolor a la palpación

Ruidos intestinales: presentes

Palpación de la vejiga urinaria: distendida

Otros: refiere su mama que las evacuaciones están muy fétidas, casi no orina, y el dolor abdominal no lo tolera y y no disminuye eso le preocupa. Ya que pocas veces se enferma de diarrea, y dándole medicamento se compone, pero ahora no se le quita y

ya que en el centro de salud el médico le dijo que tenía animales y que con el tratamiento iba a mejorar pero que ella no ve mejoría por ello decidió acudir al hospital.

**d).- Termorregulación.**

Subjetivo:

Adaptabilidad a los cambios de temperatura: se adapta muy bien a los cambios de temperatura

Ejercicio tipo y frecuencia Práctica futbol cada tercer día

Temperatura ambiental que le es agradable: Le agrada el calor.

Objetivo:

Características de la piel: Tés morena, seca, áspera, elástica

Transpiración: Sudoración normal

Condiciones del entorno físico: Mal estado

Otros: Refiere que le gusta ir a nadar en tiempo de calor, con su familia, el frio no le gusta porque su mama no lo deja ir a entrenar.

**2.- Necesidades básicas de moverse y mantenerse en buena postura, usar prendas de vestir adecuadas, higiene y protección de la piel.**

Subjetivo:

Capacidad física cotidiana: es muy inquieto, brinca, corre

Actividades en el tiempo libre: le gusta ver mucho la televisión, jugar video juegos.

Hábitos del descanso: Duerme muy bien, antes de su padecimiento

Hábitos del trabajo: Solo quehaceres domésticos

Objetivos:

Estado del sistema músculo esquelético/fuerza: Débil

Capacidad muscular tono/resistencia/flexibilidad: Sin alteración

Posturas: Antálgica de de semiflexion del muslo sobre el abdomen.

Ayuda para la deambulacion: Si

Dolor con el movimiento: Si

Presencia de temblores: No Estado de conciencia: Consciente

Estado emocional: Ansioso, apático

Otros: Es apoyado por su mama, para caminar, refiere que le duele al caminar.

b).- Descanso y sueño: Es normal

Horas de descanso: 9 hrs Horario de sueño: 10pm a 7 am

Siesta: Es rara vez que duerma en el día

¿Padece insomnio?: No

A que considera que se deba: Refiere su mama que desde que empezó a estar enfermo.

¿Se siente descansado al levantarse?: Si

Objetivo:

Estado mental ansiedad/estrés/lenguaje: Ansiedad

Ojeras: si Atención: No presta atención Bostezos: Si

Concentración: Si Apatía: No desea que nadie le hable, ni lo molesten

Respuesta a estímulos: Doloroso de abdomen

Otros: Refiere su mama que desde hace tres días no a podido dormir despierta dos o tres veces diciendo que le duele el abdomen, esta muy apático no quiere nada, ni jugar con sus hermanos. Y esto le preocupa.

**c).- Uso de prendas de vestir adecuadas:**

Subjetivo

¿Influye su estado de ánimo para la selección de sus prendas de vestir?: si

¿Su autoestima es determinante en su forma de vestir?: Si ya que por su padecimiento no le dan ganas de vestirse adecuadamente

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

¿Necesita ayuda para la elección de su vestuario : No

Objetivo:

Viste de acuerdo a su edad: Si

Capacidad psicomotora para vestirse y desvestirse: con la ayuda de su mama se viste y se desviste por su padecimiento

**e).- Necesidad de higiene y protección de la piel.**

Subjetivo:

Frecuencia del aseo: No le gusta bañarse diario, su mama lo regaña por causa de esto, y termina por bañarse diario, para que no lo sigan regañando y cuando su mama no se da cuenta no se baña.

Momento preferido para el baño: Antes de acostarse, por que a si duerme fresco cuando hace bastante calor.

Cuántas veces se lava los dientes al día: Una vez.

Objetivo:

Aseo de manos antes y después de ir a comer: Si

Después de eliminar: hay ocasiones que se le olvida, pero que regresa a lavárselas

Objetivo:

Aspecto general: Mal estado general

Olor corporal: Mal olor

Halitosis: Si

Estado del cuero cabelludo: Sucio

Lesiones dérmicas, qué tipo: No presenta ninguna, piquetes de sancudo

**d).- Necesidad de evitar peligros**

Objetivo

Qué miembros componen la familia de pertenencia: Segundo de sus hermanos

Cómo reacciona ante una situación de urgencia: Con miedo

¿Conoce las medidas de prevención de accidentes?: Si, las de sismos e incendios ya que en la escuela se las han enseñado

En el hogar: Si, su mama le dice que no se debe de acercar al fuego, ni jugar con el, se debe de fijar al cruzar las calles. Y no debe de andar corriendo por las escaleras ni en la azotea.

¿Realiza controles periódicos de salud recomendados?: Si su mamá lo lleva al menos una vez por año al médico

Cómo realiza las situaciones de tensión en su vida: Lo comenta con sus papas

Como canaliza las situaciones de tensión en su vida: Llorando y comunicándolo a sus papas

Objetivo:

Deformidades congénitas: No presenta ninguna

Condiciones del ambiente en su hogar: es bueno

### **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

Vive con: Sus padres, hermanos y su abuelita

Preocupaciones/estrés: Le preocupa cuando tiene exámenes.

Familiares: Tiene buena comunicación con su familia

Otras personas que pueden ayudar: Su abuelita paterna

Comunica sus problemas debidos a la enfermedad/estado: Refiere que siempre le dice a su mama cuando se siente enfermo.

Cuanto tiempo pasa solo: No tiene tiempos de soledad

Objetivo:

Habla claro: Si

Confuso: No

Dificultad en la visión: Sin alteración

Audición: Sin alteración

Comunicación verbal con la familia/con otras personas significativas: Sin alteración

#### **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: La unidad, que siempre se deben ayudar entre hermanos.

Principales valores personales: Sus papas le han dicho que siempre hable con la verdad, y que no tome lo que no es de él

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

Objetivo:

¿Permite el contacto físico?: Si

¿Tiene algún objeto indicativo de determinados valores y creencias?: Si tiene imagen de la virgen Maria

### C) NECESIDAD DE TRABAJAR Y REALIZARSE

Subjetivo:

¿Trabaja actualmente?: Solo en quehaceres doméstic

¿Está satisfecho con el rol familiar que juega?: Si

Objetivo:

Estado emocional/calmado/ansioso/enfadado/retraído/temeroso/irritable/inquieto/eufórico:

Otros: Se encuentra ansioso, se encuentra muy inquieto temeroso por el procedimiento quirúrgico que se le va a practicar

### d) NECESIDAD DE JUGAR Y PARTICIPAR EN ACTIVIDADES RECREATIVAS

Subjetivo:

Actividades recreativas que realiza en su tiempo libre: Juega fut bol

¿Las situaciones de estrés influyen en la satisfacción de su necesidad?: No

¿Existen recursos en su comunidad para la recreación?: Si, el campo deportivo, la perseverancia, cine, en ocasiones asiste con su familia, balnearios,

¿Ha participado en alguna actividad lúdica o recreativa?: Si en torneos de futbol

Objetivo:

Integridad del sistema neuromuscular: Si

¿Rechaza las actividades recreativas?: No

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

**e) NECESIDAD DE APRENDIZAJE**

Subjetivo:

Nivel de educación: 5° de primaria

Problemas de aprendizaje: El se considera un niño aplicado por que su promedio fue de 9

Preferencias leer/escribir: Le gusta leer.

¿Conoce las fuentes de apoyo para el aprendizaje en su comunidad?: Si la biblioteca de la comunidad además de los sitios de internet

¿Sabe cómo utilizar estas fuentes de apoyo?: Si

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

Objetivo:

Estado del sistema nervioso: Sin alteraciones

Órganos de los sentidos: Sin alteraciones

Memoria reciente: Sin alteraciones

Memoria remota: Sin alteraciones

CONCLUSION DIAGNOSTICA DE ENFERMERIA		
Necesidades	Grado de dependencia	Diagnostico de Enfermería
1-oxigenación	I <u>  X  </u> PD _____ D _____	Potencial de favorecer el patrón respiratorio eficaz
2-Nutrición/ Hidratación	I _____ PD <u>  X  </u> D _____	<ul style="list-style-type: none"> <li>○ Déficit de volumen de líquidos relacionado con fallo de mecanismos reguladores manifestado por mucosas orales secas.</li> </ul>
3-Eliminación	I _____ PD <u>  X  </u> D _____	<ul style="list-style-type: none"> <li>○ Desequilibrio nutricional por defecto relacionado con incapacidad para digerir o absorber los nutrientes debido a factores biológicos manifestado evacuaciones líquidas frecuentes</li> </ul>
4-moverse y mantener Una buena postura	I _____ PD <u>  X  </u> D _____  I _____ PD <u>  X  </u> D _____	<ul style="list-style-type: none"> <li>○ Deterioro de la movilidad en cama relacionado con dolor abdominal apendicitis manifestado para incorporarse en la cama, pasar de decúbito lateral derecho y decúbito lateral izquierdo</li> <li>○ Dolor agudo relacionado con agentes biológicos manifestado por el proceso inflamatorio apendicular</li> </ul>
5-Descanso y sueño	I _____ PD <u>  X  </u> D _____	<ul style="list-style-type: none"> <li>○ Deterioro del patrón del sueño, relacionado con dolor abdominal, malestar general relacionado por despertarse tres o más veces por la noche.</li> <li>○ Ansiedad relacionada con posible intervención quirúrgica manifestada por miedo de consecuencias inesperadas<sup>37</sup></li> <li>○</li> </ul>

<sup>37</sup> Ibidem Pag. 22

6-Usar prendas de Vestir adecuadas	I <u>  x  </u> PD _____ D _____	Potencial de favorecer el uso de prendas de vestir adecuadas
7-Termorregularización	I _____ PD <u>  X  </u> D _____	<ul style="list-style-type: none"> <li>○ Hipertermia relacionada con proceso inflamatorio apendicular manifestada por piel enrojecida, y una temperatura de 39°</li> </ul>
8-Higiene y protección	I _____ PD <u>  X  </u> D _____  I _____ PD <u>  X  </u> D _____	<ul style="list-style-type: none"> <li>○ Riesgo de la integridad cutánea relacionado con piel seca.</li> <li>○ Déficit de autocuidado, baño e higiene relacionado con disminución o falta de motivación manifestado por uñas y cabello largo, y sucios. (a).</li> </ul>
9- Evitar peligros	I <u>  X  </u> PD _____ D _____	Potencial de favorecer el evitar peligros positivo
10- Comunicarse	I <u>  X  </u> PD _____ D _____	Potencial de favorecer la comunicación positivo
11.- vivir según sus creencias.	I <u>  X  </u> PD _____ D _____	Potencial de favorecer valores creencias positivo

12- Trabajar y realizarse	I <u>      x      </u> PD <u>                  </u> D <u>                  </u>	Potencial de favorecer trabajar y realizarse positivo
13.- Jugar y participar en actividades recreativas.	I <u>      X      </u> PD <u>                  </u> D <u>                  </u>	Potencial de favorecer actividad, ejercicio eficaz
14- Aprendizaje	I <u>      X      </u> PD <u>                  </u> D <u>                  </u>	Potencial de favorecer cognitivo perceptivo

### 3.2.-.- DIAGNOSTICOS DE ENFERMERIA

#### **Necesidad: Nutrición e hidratación:**

○ **Diagnostico:**

- Déficit de volumen de líquidos relacionado con fallo de mecanismos reguladores manifestado por mucosas orales secas.<sup>38</sup>

**Definición:** Disminución de líquido intravascular, intersticial o intracelular. Se refiere a la deshidratación o pérdida sólo de agua, sin cambios en el nivel de sodio.

#### **Necesidad: Eliminación:**

○ **Diagnostico:**

- Desequilibrio nutricional por defecto relacionado con incapacidad para digerir o absorber los nutrientes debido a factores biológicos manifestado por evacuaciones líquidas frecuentes.<sup>39</sup>

**Definición:** Ingesta de nutrientes ineficientes para satisfacer las necesidades metabólicas.

#### **Necesidad: Moverse y mantener buena postura**

○ **Diagnostico:**

- Deterioro de la movilidad en cama relacionado con dolor abdominal manifestado para incorporarse en la cama, pasar de decúbito lateral derecho y decúbito lateral izquierdo.<sup>40</sup>

**Definición:** Limitación del movimiento independiente para cambiar de posición en la cama.

---

<sup>38</sup> Ibidem Pag. 215

<sup>39</sup> Ibidem Pag. 153

<sup>40</sup> Ibidem Pag. 142

✚ **Diagnostico:**

- Dolor agudo relacionado con agentes biológicos manifestado por el proceso inflamatorio apendicular<sup>41</sup>

**Definición:** Experiencia sensitiva y emocional desagradable ocasionada por una lesión tisular real o potencial o descrita en tales términos, inicio súbito o lento de cualquier intensidad de leve a grave con un final anticipado y una duración menos de 6 meses

**Necesidad: Higiene y protección de la piel**

○ **Diagnostico:**

- Riesgo de la integridad cutánea relacionado con piel seca.<sup>42</sup>

✓ **Definición:** Riesgo de que la piel se vea negativamente afectada.

○ **Diagnostico:**

- Déficit de autocuidado, baño e higiene relacionado con disminución o falta de motivación manifestado por uñas y cabello largo, y sucios.(a).<sup>43</sup>

✓ **Definición:** Deterioro de la habilidad de la persona para realizar o completar por si misma las actividades de baño e higiene.

**Necesidad: Descanso y sueño**

**Diagnostico:**

Deterioro del patrón del sueño, relacionado con dolor abdominal, malestar general relacionado por despertarse tres o más veces por la noche.<sup>44</sup>

**Definición:** Trastornos de la cantidad y calidad del sueño (suspensión de la conciencia periódica, natural) Limitada en el tiempo.

---

<sup>41</sup> Ibidem Pag. 82

<sup>42</sup> Ibidem Pag. 118

<sup>43</sup> Ibidem Pag. 30

<sup>44</sup> Ibidem Pag. 188

○ **Diagnostico:**

Ansiedad relacionada con posible intervención quirúrgica manifestada por miedo de consecuencias inesperadas<sup>45</sup>

- ✓ **Definición:** Vaga sensación de malestar o amenaza acompañada de una respuesta autonómica (cuyo origen con frecuencia es desconocido para el individuo); sentimiento de aprensión causado por la anticipación de un peligro. Es una señal de alerta que advierte de un peligro inminente y permite al individuo tomar medidas para afrontarlo.

**Necesidad: Termorregulación**

○ **Diagnostico:**

- Hipertermia relacionada por proceso inflamatorio apendicular manifestada por piel enrojecida, y una temperatura de 39°<sup>46</sup>

- ✓ **Definición:** Elevación de la temperatura corporal por encima de lo normal.

---

<sup>45</sup> Ibidem Pag. 22

<sup>46</sup> Ibidem Pag. 100

### 3.4.- PLANEACION

NECESIDADES	NECESIDADES JERARQUIZADAS	DIAGNOSTICOS DE ENFERMERIA	RESULTADOS ESPERADOS (NOC)	INTERVENCIONES (NIC)
1 Oxigenación	7. Termorregulación: <ul style="list-style-type: none"> <li>• Fiebre</li> </ul>	Hipertermia relacionada por proceso inflamatorio apendicular manifestada por piel enrojecida, y una temperatura de 39°	Estado de los Signos vitales  (Normotermia)	Manejo de medicación <ul style="list-style-type: none"> <li>• Monitorización de los signos vitales</li> <li>• Regulación de la temperatura</li> </ul>
2 Nutrición e Hidratación	3. eliminación: <ul style="list-style-type: none"> <li>• Desequilibrio nutricional por defecto</li> </ul>	Desequilibrio nutricional por defecto relacionado con incapacidad para digerir o absorber los nutrientes debido a factores biológicos manifestado por evacuaciones	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Eliminación intestinal</li> </ul> <p><u>DEFINICIÓN:</u> Capacidad del tracto gastrointestinal para formar y evacuar las heces de forma efectiva</p>	Manejo de la diarrea <ul style="list-style-type: none"> <li>• Cuidados perineales.</li> <li>• Manejo de la diarrea</li> <li>• Manejo de líquidos/electrolitos</li> <li>• Vigilancia de la piel tratamiento tópico.</li> </ul>

		liquidas frecuentes		<ul style="list-style-type: none"> <li>• Vigilancia</li> </ul>
3 Eliminación	<p>4 Moverse y mantener buena postura:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Deterioro de la movilidad en cama</li> <li>• Dolor agudo</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Deterioro de la movilidad en cama relacionado por dolor abdominal manifestado para incorporarse en la cama, pasar de decúbito lateral derecho y decúbito lateral izquierdo.</li> <li>• Dolor agudo relacionado con agentes biológicos manifestado por el proceso inflamatorio apendicular</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Nivel de movilidad</li> </ul> <p><b>DEFINICIÓN:</b> Capacidad para moverse con resolución</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Control del síntoma</li> </ul> <p><b>DEFINICIÓN:</b> Acciones personales para minimizar los cambios adversos percibidos en el funcionamiento físico y emocional</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Cuidados del paciente encamado.</li> <li>• Ayuda al autocuidado.</li> <li>• Manejo del dolor</li> </ul>

<p>4 Moverse y mantener una buena postura</p>	<p>2 Nutrición e hidratación:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Déficit de volumen de líquidos</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Déficit de volumen de líquidos relacionado con fallo de mecanismos reguladores manifestado por mucosas orales secas.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Equilibrio hídrico</li> </ul> <p><u>DEFINICION:</u> Equilibrio de agua en los compartimientos intracelulares y extracelulares del organismo</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Manejo de líquidos</li> <li>• Manejo de líquidos y electrolitos</li> <li>• Monitorización de los signos vitales</li> <li>• Definición: recogida y análisis de datos sobre el estado cardiovascular, respiratorio y de temperatura corporal para determinar y prevenir complicaciones</li> </ul>
---	--	--	--	--

<p>5 Descanso y sueño</p>	<p>5 Descanso y sueño:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Deterioro del patrón del sueño</li> <li>• Ansiedad</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Deterioro del patrón del sueño, relacionado con dolor abdominal, malestar general relacionado por despertarse tres o más veces por la noche.</li> <li>• Ansiedad relacionada con posible intervención quirúrgica manifestada por miedo de consecuencias inesperadas</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Nivel de comodidad</li> </ul> <p><u>DEFINICION:</u> Grado de comodidad y psicológico</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Control de la ansiedad</li> </ul> <p><u>DEFINICION:</u> Acciones personales para eliminar o reducir sentimientos de aprehensión y tensión por una fuente no identificable</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Disminución de la ansiedad.</li> <li>• Manejo del dolor.</li> <li>• Técnicas de relajación</li> <li>• Terapia musical</li> <li>• Ayuda en la exploración</li> <li>• Disminución de la ansiedad</li> <li>• Técnicas de relajación</li> <li>• Enseñanza prequirúrgica</li> <li>• Monitorización de los signos vitales</li> </ul>
---------------------------	---	---	--	---

<p>6 Usar prendas de vestir adecuadas</p>	<p>8 Higiene y protección de la piel:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Deterioro de la integridad cutánea</li> <li>• Déficit de autocuidado</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Riesgo de la integridad cutánea relacionado con piel seca.</li> <li>• Déficit de autocuidado, baño e higiene relacionado con disminución o falta de motivación manifestado por uñas y cabello largo y sucios. (a).</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Integridad tisular de piel y membranas mucosas.</li> </ul> <p><u>DEFINICION:</u> Indemnidad estructural y función fisiológica, normal de la piel y las membranas mucosas.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Nivel de movilidad</li> </ul> <p><u>DEFINICION:</u> Capacidad para moverse con resolución</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Vigilancia de la piel</li> <li>• Manejo de líquidos/electrolitos</li> <li>• Monitorización de los signos vitales.</li> <li>• Precauciones con hemorragias</li> </ul> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Cuidado de las uñas</li> <li>• Cuidados de los pies</li> <li>• Cuidado del cabello</li> </ul>
---	--	--	---	---

### 3.5.- EJECUCION

### 3.6 EVALUACION

**Necesidad:** Nutrición e hidratación

**Diagnostico de enfermería:** Déficit de volumen de líquidos relacionado con fallo de mecanismos reguladores manifestado por mucosas orales secas D 4 C 5

**Definición:** Disminución de líquido intravascular, intersticial o intracelular. Se refiere a la deshidratación o pérdida sólo de agua, sin cambios en el nivel de sodio<sup>47</sup>

Resultados esperados NOC	Intervenciones del NIC	Fundamentos de Enfermería
<p>Dominio: salud fisiológica( II)</p> <p>Clase: líquidos y electrolitos ( G )</p> <ul style="list-style-type: none"><li>Equilibrio hídrico</li></ul> <p><u>DEFINICION:</u> Equilibrio de agua en los compartimientos intracelulares y extracelulares del organismo<sup>48</sup></p>	<ul style="list-style-type: none"><li>Manejo de líquidos</li></ul> <p><u>DEFINICIÓN:</u> mantener el equilibrio de líquidos y prevenir las complicaciones derivadas de los niveles de líquidos anormales o no deseados<sup>49</sup></p> <p><u>ACTIVIDADES</u></p> <ul style="list-style-type: none"><li>Realice un registro preciso de ingesta y eliminación</li></ul>	<ul style="list-style-type: none"><li>Para conservar el equilibrio hídrico del organismo son esenciales volúmenes suficientes de agua</li><li>El agua es el principal componente de todos los organismos vivos. Del 45 al 60% del cuerpo del adulto está constituido por agua</li></ul>

<sup>47</sup> Nanda Diagnósticos enfermeros: Definiciones y clasificaciones 2003-2004. Editorial ELSEVIER España 2004 pág. 215

<sup>48</sup> Marion-Johnson et al Clasificación de resultados de Enfermería (CRE) 2ª edición Editorial Harcourt, Mosby España 2000 pág. 271

<sup>49</sup> Joanne C. McCloskey et al Clasificación de intervenciones de Enfermería (CIE) 3ª edición Editorial Harcourt, Mosby España 2000 pág. 553

<p><u>INDICADORES</u></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Presión venosa central ere</li> <li>• Pulsos periféricos palpables</li> <li>• Entradas y salidas diarias equilibradas</li> <li>• Ausencia de ojos hundidos</li> <li>• Ausencia de sed anómala</li> <li>• Hidratación cutánea</li> <li>• Humedad de membranas mucosas</li> <li>• Densidad específica urinaria</li> </ul> <p>ESCALA DE MEDICIÓN</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Extremadamente comprometida</li> <li>2. Sustancialmente comprometida</li> </ol>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Vigile el estado de hidratación( membranas mucosas húmedas, pulso adecuado y presión sanguínea ortostática)</li> <li>• Maneje líquidos y electrolitos</li> </ul> <p><u>DEFINICION:</u> Regular y prevenir las complicaciones derivadas de los niveles de líquidos y/ o electrolitos alterados<sup>50</sup></p> <p><u>ACTIVIDADES</u></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Administre líquidos</li> </ul> <p>Instruir al paciente en el estado nada por boca ( NPO)</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Monitorice los signos vitales</li> <li>• <u>DEFINICION:</u> Recogida y análisis de datos sobre el estado</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Un poco más de la mitad del agua corporal se encuentra localizada en el espacio intracelular ( dentro de la célula ) y el resto está en el espacio extracelular</li> <li>• Normalmente hay un equilibrio entre la ingestión y la pérdida de agua, el cual se mantiene por medio de una serie de fuerzas que controlan la salida y entrada de agua entre los diferentes espacios para conservar así una cantidad adecuada en cada uno de ellos.<sup>51</sup></li> </ul>
--	--	---

<sup>50</sup> Joanne C. McCloskey et al Clasificación de intervenciones de Enfermería (CIE) 3ª edición Editorial Harcourt, Mosby España 2000 pág. 555

<sup>51</sup> Nordemark/ Rohweder Bases Científicas de la Enfermería 2ª edición Editorial: EL manual moderno S.A. de C.V México 1998 Pag. 188-189

<p>3. Moderadamente comprometida</p> <p>4. Levemente comprometida</p> <p>5. No comprometida</p>	<p>cardiovascular, respiratorio y de temperatura corporal para determinar y prevenir complicaciones</p> <p><u>ACTIVIDADES:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Monitoree estado hemodinámica de p.v.c.</li> <li>• Administre terapia I.V.</li> </ul>	
---	---	--

**EVALUACION**

El niño Josué logra una buena hidratación favoreciendo así a un buen equilibrio hídrico, ubicándolo en una escala de 5 ( no comprometida )

**Necesidad:** Eliminación

**Diagnostico de enfermería:** Desequilibrio nutricional por defecto relacionado con incapacidad para digerir o absorber los nutrientes debido a factores biológicos manifestado por evacuaciones líquidas frecuentes.

D 2 C1

**Definición:** Ingesta de nutrientes ineficientes para satisfacer las necesidades metabólicas.<sup>52</sup>

Resultados esperados del NOC	Intervenciones del NIC.	Fundamentos de Enfermería
<p>Dominio: salud fisiológica (II )</p> <p>Clase: eliminación ( F )</p> <ul style="list-style-type: none"><li>• Eliminación intestinal</li></ul> <p><b>DEFINICIÓN:</b> Capacidad del tracto gastrointestinal para formar y evacuar las heces de forma efectiva<sup>53</sup></p> <p><b>INDICADORES</b></p> <ul style="list-style-type: none"><li>• Patrón de eliminación ERE( en el rango esperado)</li></ul>	<p>Manejo de la diarrea</p> <p><b>DEFINICIÓN:</b> Prevención y alivio de la diarrea<sup>54</sup></p> <ul style="list-style-type: none"><li>• Cuidados perineales.</li><li>• Manejo de la diarrea</li><li>• Manejo de líquidos/electrolitos</li><li>• Vigilancia de la piel tratamiento tópico.</li></ul>	<ul style="list-style-type: none"><li>• Para que el organismo funcione eficazmente es necesario que se eliminen los residuos alimenticios y los gases que se encuentran en el conducto gastrointestinal, y que las sustancias toxicas que se forman en el organismo se descodifiquen.<sup>55</sup></li></ul>

<sup>52</sup> Ibidem pág. 153

<sup>53</sup> Marion-Johnson et al Clasificación de resultados de enfermería (CRE) 2ª edición Editorial Harcourt, Mosby España 2000 pág. 263

<sup>54</sup> Joanne C. McCloskey et al Clasificación de intervenciones de Enfermería (CIE) 3ª edición Editorial Harcourt, Mosby España 2000 pág. 533

<sup>55</sup> Nordemark/ Rohweder Bases Científicas de la Enfermería 2ª edición Editorial: EL manual moderno S.A. de C.V México 1998 Pag. 243

<ul style="list-style-type: none"> <li>• Control de movimientos intestinales</li> <li>• Heces blandas y formadas</li> <li>• Ausencia de sangre en las heces</li> <li>• Ausencia de diarrea</li> <li>• Ausencia de dolor cólico</li> <li>• Ausencia de distensión</li> </ul> <p>Tabla de medición</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Extremadamente comprometida</li> <li>2. Sustancialmente comprometida</li> <li>3. Moderadamente comprometida</li> <li>4. Levemente comprometida</li> <li>5. No comprometida</li> </ol>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Vigilancia</li> </ul> <p><u>ACTIVIDADES</u></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Ayude con la higiene</li> <li>• Mantuve el perineo seco</li> <li>• Limpie el perineo exhaustivamente a intervalos regulares</li> </ul>	
--	--	--

**EVALUACIÓN**

El niño Josué logra disminuir las evacuaciones diarreas, favoreciendo al equilibrio hídrico, logrando satisfacer su necesidad, ubicándolo en una escala de 4 ( levemente comprometido )

**Necesidad:** Moverse y mantener buena postura

**.Diagnostico de enfermería:** Deterioro de la movilidad en cama relacionado con dolor abdominal manifestado para incorporarse en la cama, pasar de decúbito lateral derecho y decúbito lateral izquierdo. D 4 C2

**Definición.** Limitación del movimiento independiente para cambiar de posición en la cama<sup>56</sup>.

Resultados esperados NOC	Intervenciones del NIC	Fundamentos de Enfermería
<p>Dominio: salud funcional ( 1 )</p> <p>Clase: movilidad ( C )</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>Nivel de movilidad</li> </ul> <p><b>DEFINICION:</b> Capacidad para moverse con resolución<sup>57</sup></p> <p><b>INDICADORES:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>Mantenimiento del equilibrio</li> <li>Mantenimiento de la posición corporal</li> <li>Realización del traslado</li> <li>Deambulacion: camina</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Proporcione Cuidados del paciente encamado</li> </ul> <p><b>DEFINICION:</b> Fomento de la comodidad, la seguridad y la prevención de complicaciones en el paciente que no puede levantarse de la cama<sup>59</sup></p> <p><b>ACTIVIDADES:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>Subí las barandillas</li> <li>Ayuda al autocuidado</li> </ul> <p><b>DEFINICION:</b> Ayudar a otra persona a realizar las actividades de la vida diaria<sup>60</sup></p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Una posición correcta permite la realización óptima de la exploración física y la aplicación de tratamientos</li> <li>En la mecánica corporal los mecanismos posturales, el movimiento voluntario y la función motora perceptual son aspectos fundamentales: <ul style="list-style-type: none"> <li>Fijación postural del cuerpo como un todo</li> <li>Reacción de incorporación para adoptar una posición<sup>62</sup></li> </ul> </li> </ul>

<sup>56</sup> Ibidem pág. 142

<sup>57</sup> Marion-Johnson et al Clasificación de resultados de enfermería (CRE) 2ª edición Editorial Harcourt, Mosby España 2000 pág. 358

<sup>59</sup> Joanne C. McCloskey et al Clasificación de intervenciones de Enfermería (CIE) 3ª edición Editorial Harcourt, Mosby España 2000 pág. 290

<sup>60</sup> Joanne C. McCloskey et al Clasificación de intervenciones de Enfermería (CIE) 3ª edición Editorial Harcourt, Mosby España 2000 pag. 192

<p><b>ESCALA DE MEDICION:</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Dependiente no participa</li> <li>2. Requiere ayuda profesional y de dispositivos</li> <li>3. Requiere ayuda personal</li> <li>4. Independientemente con ayuda de dispositivos</li> <li>5. Completamente independiente</li> </ol> <p>Dominio: salud funcional ( I )</p> <p>Clase: movilidad ( C )</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Posición corporal inicial</li> </ul> <p><b>DEFINICION:</b> Capacidad para cambiar de posición corporal<sup>68</sup></p> <p><b>INDICADORES:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• De tumbado a sentado</li> <li>• De sentado a tumbado</li> <li>• De sentado a ponerse de pie</li> <li>• De pie a sentado</li> </ul>	<p><b>ACTIVIDADES:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Compré la capacidad del paciente para ejercer autocuidado independientes</li> <li>• Proporcione ayuda hasta que el paciente sea totalmente capaz de asumir los cuidados</li> </ul> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Manejo del dolor</li> </ul> <p><b>DEFINICION:</b> Alivio del dolor o disminución del dolor a un nivel de tolerancia que sea aceptable para el paciente<sup>61</sup></p> <p><b>ACTIVIDADES:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Enseñe al paciente y a la familia a valorar la intensidad, calidad y duración del dolor</li> </ul>	
---	---	--

<sup>62</sup> Susana Rosales Barrera et al Fundamentos de Enfermería 3ª edición Editorial: Manual moderno México 2004 Pag. 127-128

<sup>58</sup> Marion-Johnson et al Clasificación de resultados de enfermería (CRE) 2ª edición Editorial Harcourt, Mosby España 2000 pág. 376

<sup>61</sup> Joanne C. McCloskey et al Clasificación de intervenciones de Enfermería (CIE) 3ª edición Editorial Harcourt, Mosby España 2000 pág. 566

<b>ESCALA DE MEDICION:</b>  <ol style="list-style-type: none"><li>1. Dependiente no participa</li><li>2. Requiere ayuda profesional y de dispositivos</li><li>3. Requiere ayuda personal</li><li>4. Independientemente con ayuda de dispositivos</li><li>5. Completamente independiente</li></ol>		
---	--	--

Evaluación:

El niño Josué logra una movilidad con menos dolor ayudando esto a mantener una mejor postura ubicándolo en una escala de 4 ( independientemente con ayuda de dispositivos )

**Diagnostico de enfermería:** Dolor agudo relacionado con agentes lesivos biológicos manifestado por conducta expresiva (llanto, e irritabilidad) D 4 C 2

**Definición:** Experiencia sensitiva emocional desagradable ocasionada por una lesión tisular real o potencial o descrita en tales términos, inicio súbito o lento de cualquier intensidad leve a grave con un final anticipado o previsible y una duración de menos de 6 meses.<sup>63</sup>

Clasificación del NOC	Intervenciones del NIC	Fundamentos de Enfermería
<p>Dominio: Conocimiento y conducta en la Salud (IV)</p> <p>Clase: Conducta en salud (Q)</p> <p><b>Control del síntoma</b></p> <p>Definición: Acciones personales para minimizar los cambios adversos percibidos en el funcionamiento físico y emocional <sup>64</sup></p> <p><u>INDICADORES:</u></p> <p>Utiliza signos de alarma para buscar atención sanitaria</p> <p>Utiliza los recursos disponibles</p> <p>Refiere control de los síntomas</p>	<p><b>manejo del dolor</b></p> <p><u>DEFINICIÓN:</u> Alivio del dolor o disminución del dolor a un nivel de tolerancia que sea aceptable para el paciente<sup>65</sup></p> <p><u>ACTIVIDADES:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>Enseñe al paciente y a la familia a valorar la intensidad, calidad y duración del dolor</li> </ul> <p>Disminución de la ansiedad:</p> <p><u>DEFINICIÓN:</u> Minimizar la aprehensión, temor, presagios relacionados con una fuente no identificada de peligro por adelantado<sup>66</sup></p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>La sensación de dolor indica lesión o peligro de lesión del organismo</li> <li>Los receptores para el dolor son terminaciones nerviosas libres, están ampliamente distribuidas en las capas superficiales de la piel y en algunos tejidos internos como las paredes arteriales, el periostio, las superficies articulares y el endocráneo, se encuentran distribuidas de manera difusa en otros tejidos más profundos<sup>67</sup></li> </ul>

<sup>63</sup> Ibidem pág. 82.

<sup>64</sup> Ibidem pág. 222

<sup>65</sup> Joanne C. McCloskey et al Clasificación de intervenciones de Enfermería (CIE) 3ª edición Editorial Harcourt, Mosby España 2000 pág. 566

<sup>66</sup> Ibidem pág. 324

<sup>67</sup> Nordemark/ Rohweder Bases Científicas de la Enfermería 2ª edición Editorial: EL manual moderno S.A. de C.V México 1998 Pag. 417

<p>ESCALA DE MEDICION:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Nunca manifestado</li> <li>2. Raramente manifestado</li> <li>3. En ocasiones manifestado</li> <li>4. Con frecuencia manifestado</li> <li>5. Constantemente manifestado</li> </ol>	<p><u>ACTIVIDADES:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Utilice un enfoque sereno de seguridad</li> <li>• Explique todos los procedimientos, incluyendo las posibles sensaciones que se han de experimentar durante el procedimiento</li> <li>• Proporcione información objetiva respecto del diagnóstico, tratamiento y pronóstico</li> <li>• Permaneci con el paciente para promover la seguridad y reducir el miedo</li> <li>• Escuche con atención</li> <li>• Cree una ambiente que facilite la confianza</li> </ul>	
--	--	--

EVALUACION

El niño Josué logra reducir el dolor ubicándolo en una escala de 3 ( en ocasiones manifestado)

**NECESIDAD:** Descanso y sueño

**Diagnostico de enfermería:** Deterioro del patrón del sueño, relacionado con dolor abdominal, malestar general relacionado por despertarse tres o más veces por la noche.

D 4 C2

**DEFINICION:** Trastornos de la cantidad y calidad del sueño (suspensión de la conciencia periódica, natural)

Limitada en el tiempo.<sup>68</sup>

Clasificación del NOC	Intervenciones del NIC	Fundamentos de Enfermería
Dominio: salud percibida ( V )  Clase: estado del sistema ( V )  • Nivel de comodidad  Definición: Grado de comodidad y psicológico <sup>69</sup>	• Disminución de la ansiedad  Definición: minimizar la aprensión, temor, presagios relacionados con una fuente no identificada de peligros por adelantado. <sup>72</sup>  <u>ACTIVIDADES</u>  • Utilice un enfoque sereno que de seguridad • Explique todos los procedimientos incluyendo las posibles sensaciones que han de experimentar durante el procedimiento	• Los seres humanos necesitan cierta cantidad de sueño durante un periodo prolongado para mantener el funcionamiento optimo de su organismo ( tanto físico como mental ) • Las horas que se necesitan de sueño varían con cada individuo <sup>75</sup>

<sup>68</sup> Nanda Diagnósticos enfermeros: Definiciones y clasificaciones 2003-2004. Editorial ELSEVIER España 2004 pag 188

<sup>69</sup> Marion-Johnson et al Clasificación de resultados de enfermería (CRE) 2ª edición Editorial Harcourt, Mosby España 2000 pag. 356

<sup>72</sup> *Ibidem*

<sup>75</sup>

<p><b>INDICADORES</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Bienestar físico referido</li> <li>• Satisfacción referida con el control del síntoma</li> <li>• Satisfacción expresada con el control del dolor</li> </ul> <p><b>ESCALA DE MEDICION</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Ninguno</li> <li>2. Limitado</li> <li>3. Moderado</li> <li>4. Importante</li> <li>5. Extenso</li> </ol> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Nivel del dolor</li> </ul> <p><b>DEFINICIÓN:</b> Intensidad del dolor, referido o manifestado.<sup>70</sup></p> <p><b>INDICADORES:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Frecuencia del dolor</li> <li>• Expresiones orales de dolor</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Trate de comprender la perspectiva del paciente sobre una situación estresante</li> <li>• Proporcione una información objetiva respecto del diagnóstico, tratamiento y pronóstico</li> <li>• Permaneci con el paciente para promover la seguridad y reducir el miedo</li> <li>• Cree un ambiente que facilite la confianza</li> <li>• Anime la manifestación de sentimientos de percepciones y miedos</li> <li>• Manejo del dolor</li> </ul> <p><b>DEFINICIÓN:</b> Alivio del dolor o disminución del dolor a un nivel de tolerancia que sea aceptable para el paciente<sup>73</sup></p> <p><b>ACTIVIDADES</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Enseñe a la persona y a la familia a valorar la intensidad, calidad y duración del dolor.</li> <li>• Técnicas de relajación</li> </ul>	
---	---	--

<sup>70</sup> Marion-Johnson et al Clasificación de resultados de enfermería (CRE) 2ª edición Editorial Harcourt, Mosby España 2000 pag. 447

<sup>73</sup> Ibidem pag.566

<ul style="list-style-type: none"> <li>• Expresiones faciales de dolor y cambios de la frecuencia respiratoria</li> <li>• Cambios de la frecuencia respiratoria</li> <li>• Cambios de la frecuencia cardiaca</li> </ul> <p><b>ESCALA DE MEDICION</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Intenso</li> <li>2. Sustancial</li> <li>3. Moderado</li> <li>4. Ligero</li> <li>5. Ninguno</li> </ol> <p>Dominio: Salud fisiológica ( II )</p> <p>Clase: Respuesta terapéutica ( a )</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Respuesta a la medicación</li> </ul> <p><b>DEFINICIÓN:</b> Efectos terapéuticos y adversos de la medicación prescrita<sup>71</sup></p>	<p><b>DEFINICIÓN:</b> Disminución de la ansiedad del paciente que experimenta distres agudo<sup>74</sup></p> <p><b>ACTIVIDADES</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Acaricie la frente si procede</li> <li>• Reduje o elimine los estímulos que crean miedo o ansiedad</li> <li>• Elegi selecciones de música particularmente representativas de las preferencias de la persona teniendo en cuenta el cambio de conducta deseado</li> <li>• Facilite la participación activa de la persona</li> </ul>	
---	---	--

<sup>71</sup> Marion-Johnson et al Clasificación de resultados de enfermería (CRE) 2ª edición Editorial Harcourt, Mosby España 2000 pág. 392

<p>INDICADORES:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Efectos terapéuticos esperados presentes</li> <li>• Cambios esperados en los síntomas</li> <li>• Ausencia de reacción alérgica</li> <li>• Ausencia de efectos adversos</li> </ul> <p>ESCALA DE MEDICION</p> <p>1 En absoluto</p> <p>2De escasa magnitud</p> <p>3De magnitud moderada</p> <p>4De gran magnitud</p> <p>5De magnitud muy grande</p>		
---	--	--

EVALUACIÓN

El niño Josué logra un mejor nivel de comodidad y descanso, ubicándolo en una escala de 2 ( de escasa magnitud )

<sup>74</sup> Ibidem pág. 448

**NECESIDAD:** Descanso y sueño

**Diagnostico de enfermería:** Ansiedad relacionada con posible intervención quirúrgica manifestada por miedo de consecuencias inesperadas

D 9 C2

**DEFINICION:** Vaga sensación de malestar o amenaza acompañada de una respuesta autonómica (cuyo origen con frecuencia es desconocido para el individuo); sentimiento de aprensión causado por la anticipación de un peligro. Es una señal de alerta que advierte de un peligro inminente y permite al individuo tomar medidas para afrontarlos.<sup>76</sup>

Clasificación del NOC	Intervenciones del NIC	Fundamentos de Enfermería
<p>Dominio: Salud psicosocial ( III )</p> <p>Clase: Autocontrol ( O )</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>Control de la ansiedad</li> </ul> <p><u>DEFINICION:</u> Acciones personales para eliminar o reducir sentimientos de aprehensión y tensión por una fuente no identificable<sup>77</sup></p> <p>INDICADORES</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>Monitoriza la intensidad de la ansiedad</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Ayuda en la exploración</li> </ul> <p><u>DEFINICION:</u> Proporcionar ayuda al paciente y al cuidador durante un procedimiento o examen<sup>79</sup></p> <p><u>ACTIVIDADES:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>Asegure de que se ha obtenido el consentimiento</li> <li>Explique el motivo del procedimiento</li> <li>Proporcione información sobre la preparación sensorial</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>La evaluación del paciente en cuanto a la cantidad, calidad y manifestaciones en torno al sueño permitirá ayudar al paciente a intervenir en la satisfacción de necesidades o solución de problemas respectivos</li> <li>Las manifestaciones clínicas en la privación del sueño son : cansancio general, disminución en el empeño físico o mental, irritabilidad, cambios del comportamiento.<sup>82</sup></li> </ul>

<sup>76</sup> Ibidem pág. 22

<sup>77</sup> Marion-Johnson et al Clasificacin de resultados de enfermería (CRE) 2ª edición Editorial Harcourt, Mosby España 2000 pág. 191

<sup>79</sup> Nordemark/ Rohweder Bases Científicas de la Enfermería 2ª edición Editorial: EL manual moderno S.A. de C.V Mexico 1998 Pag. 303

<ul style="list-style-type: none"> <li>• Busca información para reducir la ansiedad</li> <li>• Utiliza técnicas de relajación para reducir la ansiedad</li> <li>• Refiere disminución de la duración de los episodios</li> <li>• Refiere dormir de forma adecuada</li> <li>• Refiere ausencia de manifestaciones físicas de ansiedad</li> <li>• Controla la respuesta de ansiedad</li> </ul> <p>ESCALA DE MEDICION:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Nunca manifestado</li> <li>2. Raramente manifestado</li> <li>3. En ocasiones manifestado</li> <li>4. Manifestado en frecuencia</li> <li>5. Constantemente manifestado</li> </ol> <p>Dominio: salud psicosocial (III)</p> <p>Clase: Adaptación psicosocial ( N )</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Superación del problema</li> </ul> <p><b>DEFINICION:</b> Acciones para controlar los factores estresantes que ponen a prueba los recursos del individuo<sup>78</sup></p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Utilice un lenguaje adecuado al explicar los procedimientos a los niños <ul style="list-style-type: none"> <li>• Disminución de la ansiedad</li> </ul> </li> </ul> <p><b>Definición:</b> Minimizar la aprensión, temor, presagios relacionados con una fuente no identificada de peligro por adelantado<sup>80</sup></p> <p><b>ACTIVIDADES:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Utilice un lenguaje adecuado al explicar los procedimientos a los niños</li> <li>• Proporcione apoyo emocional a la persona</li> <li>• Utilice un enfoque sereno que de seguridad <ul style="list-style-type: none"> <li>• Enseñanza prequirurgica</li> </ul> </li> </ul> <p><b>DEFINICION:</b> Ayudar a la persona a comprender y prepararse mentalmente para la cirugía y el periodo de recuperación</p>	
---	--	--

<sup>78</sup> Marion-Johnson et al Clasificación de resultados de enfermería (CRE) 2ª edición Editorial Harcourt, Mosby España 2000 pag. 403

<p>INDICADORES:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Verbaliza sensación de control</li> <li>• Refiere disminución de estrés</li> <li>• Verbaliza aceptación de la situación</li> <li>• Busca información sobre la enfermedad y su tratamiento</li> <li>• Utiliza el apoyo social disponible</li> <li>• Verbaliza la necesidad de asistencia</li> </ul> <p>ESCALA DE MEDICION:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Nunca manifestado</li> <li>2. Raramente manifestado</li> <li>3. En ocasiones manifestado</li> <li>4. Manifestado en frecuencia</li> <li>5. Constantemente manifestado</li> </ol>	<p>postoperatorio<sup>81</sup></p> <p><u>ACTIVIDADES:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Explique todos los procedimientos incluyendo las posibles sensaciones que han de experimentar durante el procedimiento</li> <li>• Trate de comprender la perspectiva del paciente sobre una situación estresante</li> <li>• Proporcione una información objetiva respecto del diagnostico, tratamiento y pronostico</li> </ul>	
---	---	--

El niño Josué logra disminuir su ansiedad al explicarle en qué consiste su procedimiento quirúrgico, logrando así una escala de medición de 2 ( raramente manifestado )

<sup>80</sup> Ibidem pag 324

60 Susana Rosales Barrera et al Fundamentos de Enfermería 3ª edición E editorial: Manual Moderno México 2004 Pag. 298-299

**NECESIDAD:** Termorregulación

**DIAGNOSTICO DE ENFERMERIA:** Hipertermia relacionada con proceso inflamatorio apendicular manifestada por piel enrojecida, y una temperatura de 39° D 11 C6

**DEFINICION:** Elevación de la temperatura corporal por encima de lo normal.<sup>83</sup>

Clasificación del NOC	Intervenciones del NIC	Fundamentos de Enfermería
<p>Dominio: salud fisiológica ( II)</p> <p>Clase: regulación metabólica ( I)</p> <ul style="list-style-type: none"><li>• Estado de los signos vitales.</li></ul> <p><u>DEFINICION:</u> Temperatura, pulso, respiración y presión arterial dentro del rango esperado para el individuo<sup>84</sup></p> <p>INDICADORES:</p> <ul style="list-style-type: none"><li>• Temperatura</li></ul>	<ul style="list-style-type: none"><li>• Manejo de medicación</li></ul> <p><u>DEFINICION:</u> Facilitar la utilización segura y efectiva de los medicamentos prescritos y de libre dispensación<sup>85</sup></p> <p><u>ACTIVIDADES:</u></p> <ul style="list-style-type: none"><li>• Determine los fármacos y administrar de acuerdo con la prescripción médica</li><li>• observe los efectos terapéuticos de la medicación en la persona</li><li>• Monitorice de los signos vitales</li></ul>	<ul style="list-style-type: none"><li>• La temperatura corporal es un equilibrio entre el calor producido por los tejidos ( mas el adquirido del ambiente ) y la pérdida del calor hacia el ambiente</li><li>• Si se dañan las células del sistema nervioso central se altera la regulación nerviosa del organismo</li><li>• La hipertermia puede producir daño cerebral permanente ya que las células nerviosas no se regeneran<sup>89</sup></li></ul>

<sup>83</sup> Ibidem p100

<sup>84</sup> Marion-Johnson et al Clasificación de resultados de enfermería (CRE) 2ª edición Editorial Harcourt, Mosby España 2000 pag. 288

<sup>89</sup>

<p><b>ESCALA DE MEDICION:</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Desviación extrema para el rango esperado</li> <li>2. Desviación sustancial para el rango esperado</li> <li>3. Desviación moderada para el rango esperado</li> <li>4. Desviación leve para el rango esperado</li> <li>5. Sin desviación del rango esperado</li> </ol> <p>Dominio: salud fisiológica ( II) Clase: respuesta inmune ( H)</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Estado infeccioso</li> </ul> <p><b>DEFINICION:</b> presencia y grado de infección<sup>85</sup></p> <p><b>INDICADORES:</b></p>	<p><b>DEFINICION:</b> Recogida y análisis de datos sobre el estado cardiovascular, respiratorio y de temperatura corporal para determinar y prevenir complicaciones<sup>87</sup></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Regulación de la temperatura</li> </ul> <p><b>DEFINICION:</b> Concepción y mantenimiento de la temperatura corporal dentro del margen normal<sup>88</sup></p> <p><b>ACTIVIDADES:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Controle periódicamente presión sanguínea, pulso, temperatura y estado respiratorio</li> <li>• Observe y registrar si hay signos y síntomas de hipotermia e</li> </ul>	
---	--	--

<sup>85</sup> Marion-Johnson et al Clasificación de resultados de enfermería (CRE) 2ª edición Editorial Harcourt, Mosby España 2000 pág. 297

<sup>87</sup> Ibidem 603

<sup>88</sup>

<ul style="list-style-type: none"> <li>• fiebre dolor/ hipersensibilidad</li> <li>• síntomas gastrointestinales</li> <li>• malestar general</li> </ul> <p>ESCALA DE MEDICION</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Intenso</li> <li>2. Sustancial</li> <li>3. Moderado</li> <li>4. Ligero</li> <li>5. Ninguno</li> </ol>	<p>hipertermia</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Observe periódicamente el color, la temperatura y humedad de la piel</li> <li>• Compré la temperatura a l menos cada 2 horas</li> <li>• Observe el color y la temperatura de la piel</li> </ul>	
--	---	--

**EVALUACIÓN**

El niño Josué logra mantener la temperatura dentro de los rangos normales ,ubicándolo en una escala de 8 ( ligero )

**NECESIDAD:** Higiene y protección de la piel

**DIAGNOSTICO DE ENFERMERIA:** Riesgo de la integridad cutánea relacionado con piel seca.

D 11 C2

**DEFINICION:** Riesgo de que la piel se vea negativamente afectada.<sup>90</sup>

Resultados esperados del NOC	Intervenciones del NIC	Fundamentos de Enfermería
<p>Dominio: Salud fisiológica (II)</p> <p>Clase: Integridad tisular (L)</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Integridad tisular de piel y membranas mucosas.</li> </ul> <p><u>DEFINICION:</u> Integridad estructural y función fisiológica, normal de la piel y las membranas mucosas.<sup>91</sup></p> <p><u>INDICADORES</u></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Temperatura tisular ere</li> <li>• Elasticidad ERE ( en el rango esperado)</li> <li>• Hidratación ERE ( en el rango esperado )</li> <li>• Coloración ERE ( en el rango esperado )</li> </ul>	<p>Riesgo de que la piel se vea negativamente afectada</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Vigilancia de la piel</li> <li>• Manejo de líquidos/electrolitos</li> <li>• Monitorización de los signos vitales.</li> <li>• Precauciones con hemorragias</li> </ul> <p><u>ACTIVIDADES</u></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Observe si hay enrojecimiento y pérdida de la integridad de la piel.</li> <li>• Observe si hay excesiva sequedad en la piel</li> <li>• Observe el color de la piel</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• La turgencia de la piel es la rigidez normal de esta y está determinada principalmente por la cantidad de liquido intersticial, una piel normalmente hidratada puede elevarse cuando se pellizca pero inmediatamente regresa a su lugar cuando es liberada, la piel deshidratada permanece en la posición del pellizco</li> <li>• Individualmente la piel varía en cuanto a su resistencia hacia las lesiones<sup>92</sup></li> </ul>

<sup>90</sup> Ibidem pág. 118

<sup>91</sup> Marion-Johnson et al Clasificación de resultados de enfermería (CRE) 2ª edición Editorial Harcourt, Mosby España 2000 pág. 343

<sup>92</sup> Nordemark/ Rohweder Bases Científicas de Enfermería 2ª edición Editorial: Manual Moderno México 1998 Pag. 370

<ul style="list-style-type: none"> <li>• Ausencia de lesión tisular</li> </ul> <p><b>ESCALA DE MEDICIÓN</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Extremadamente comprometida</li> <li>2. Sustancialmente comprometida</li> <li>3. Moderadamente comprometida</li> <li>4. Levemente comprometida</li> <li>5. No comprometida</li> </ol>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Tome nota de los cambios en la piel y membranas mucosas</li> </ul>	
---	---	--

**EVALUACIÓN**

El niño Josué logra tener una buena hidratación dérmica, ubicándolo en una escala de 5  
(no comprometida )

**NECESIDAD:** Higiene y protección de la piel.

**DIAGNOSTICO DE ENFERMERÍA:** Déficit de autocuidado, baño e higiene relacionado con disminución o falta de motivación manifestado por uñas y cabello largo(a). Y sucios

D 4 C5

**DEFINICION:** Deterioro de la habilidad de la persona para realizar o completar por si misma las actividades de baño e higiene.<sup>93</sup>

Resultados esperados NOC	Intervenciones del NIC	Fundamentos de Enfermería
<p>Dominio: Salud funcional (I)</p> <p>Clase: Movilidad (C)</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>Nivel de movilidad</li> </ul> <p><u>DEFINICION:</u> Capacidad para moverse con resolución<sup>94</sup></p> <p><u>INDICADORES:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>Mantenimiento de la</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Cuidado de las uña</li> </ul> <p><u>DEFINICION:</u> Fomentar el aspecto de las uñas y prevenir la aparición de lesiones en la piel relacionadas con un cuidado inadecuado de las uñas<sup>95</sup></p> <p><u>ACTIVIDADES</u></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>Controle o ayude en la limpieza de las uñas</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>La gran diversidad de normas higiénicas dentro de la sociedad reflejan las normas culturales de los diversos grupos que la constituyen</li> <li>La practica higiénica varían según las clases socioeconómicas existentes<sup>98</sup></li> </ul>

<sup>93</sup> Ibidem

<sup>94</sup> Marion-Johnson et al Clasificación de resultados de enfermería (CRE) 2ª edición Editorial Harcourt, Mosby España 2000 pag. 358

<sup>95</sup> Ibidem 267

<sup>98</sup> Susana Rosales Barrera et al Fundamentos de Enfermería 3ª edición E editorial: Manual Moderno México 2004 Pag. 300

<p>posición corporal</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Realización del traslado</li> <li>• Deambulacion, camina</li> </ul> <p>ESCALA DE MEDICION:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Rependiente no participa</li> <li>2. Requiere de ayuda personal y de dispositivos</li> <li>3. Requiere de ayuda personal</li> <li>4. Independiente con la ayuda de dispositivos</li> <li>5. Completamente independiente</li> </ol>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Controle o ayudar a cortar las uñas de acuerdo con la capacidad de autocuidado de la persona</li> <li>• Cuidados de los pies.</li> </ul> <p><u>DEFINICION</u> :Limpieza e inspección de los pies con el objeto de conseguir la relajación, limpieza y salud en la piel<sup>96</sup></p> <p><u>ACTIVIDADES</u></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Seque cuidadosamente los espacios interdigitales</li> <li>• Aplique absorbentes</li> <li>• Comente con la persona la rutina del cuidado de los pies</li> <li>• Controle la limpieza y el estado general del estado de los zapatos y calcetines</li> </ul>	
---	---	--

<sup>96</sup> Ibidem 270

72 Susana Rosales Barrera et al Fundamentos de Enfermería 3ª edición E editorial: Manual Moderno México 2004 Pag. 300

	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Cuidado del cabello</li> </ul> <p><u>DEFINICION:</u> Promoción del aseo, limpieza y aspecto del pelo<sup>97</sup></p> <p><u>ACTIVIDADES</u></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Lave el cabello</li> <li>• Cepille el cabello- peinar el cabello diario o con mayor frecuencia</li> <li>• Inspeccione el cabello todos los días</li> </ul>	
--	--	--

**EVALUACIÓN**

El niño Josué logra entender por medio de la consejería sobre la importancia de la higiene, ubicándolo en una escala de 5 ( completamente independiente )

<sup>97</sup> *ibidem* 273

## CONCLUSIONES

En numerosas ocasiones, la profesión de Enfermería ha desarrollado diversas iniciativas para mostrar qué hace, cómo lo hace y por qué lo hace. La variedad de cuidados enfermeros, la actividad que genera, no queda reflejado en ninguna base de datos.

Así, QUE EL PROCESO DE ATENCION ENFERMERO es un método capaz de identificar y unificar la práctica de enfermería, es decir proporcionar un lenguaje claro y una metodología homogénea, mediante la aplicación del mismo, mediante diagnósticos de enfermería estandarizados que sirvan de guía para la práctica profesional brindando así cuidados de calidad a la persona.

Solo con iniciativas como éstas conseguiremos hacer de la enfermería una profesión con un respaldo científico solido que nos dignifique como agentes de salud al servicio de la población, este es el camino que hará crecer a los estudiantes y futuros licenciados de enfermería, fortaleciendo los cimientos de la profesión unificándonos y dándonos a conocer a toda la comunidad lo que es la ENFERMERÍA, y la importancia y repercusiones que esta profesión .tiene sobre el bienestar y la calidad de vida de la población en general. Este es el camino a seguir y a todas (o) estamos convocando.

Por lo cual pude ver que las metas que me propuse aplicando el presente Proceso Atención Enfermería fueron con resultados positivos ayudando así pues que la persona lograra un estado de bienestar

## SUGERENCIAS.

El proceso enfermero es una mejora continua de la calidad de los cuidados de enfermería, con el fin de prestar una mejor asistencia al paciente, demostrando su aportación al sistema de salud.

La mejora de la calidad se define como el conjunto de actividades orientadas a mejorar la eficacia y eficiencia de los procesos. Siguiendo las doctrinas de cualquier modelo de gestión, para mejorar un proceso (entendido como un conjunto de actividades), ya que para algunas enfermeras (o) es necesario poder identificarlo y describirlo.

Esta es la razón por la que, es de suma importancia tener una materia de proceso atención enfermero dentro de las materias establecidas en la licenciatura, uno de los primeros pasos a seguir es la implantación de la actividad de normalización, al definir mediante documentos técnicos la metodología seguida en el desarrollo de un proceso.

## BIBLIOGRAFÍA

:

B.KOZIER, G.ERB, K.BLASIS

Fundamentos de enfermería conceptos, proceso y práctica

5ª Edición Editorial Vol. 1

Editorial: McGRAW- Hill. Internacional Impreso en México en 2005

Castaneto G; Patología quirúrgica de apéndice cecal. Cirugía digestiva, F, Galindo.www.sacd.orgar.2009, III.306 pág. 1 al 11.

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

Nordemark/ Rohweder Bases Científicas de Enfermería 2ª edición Editorial: Manual Moderno México 1998

NANDA:

DIAGNOSTICOS Enfermeros: Definiciones y Clasificación 2003-2004

Editorial ELSEVIER

España 2003-2004

Rosales Barrera Susana et al Fundamentos de Enfermería 3ª edición E editorial: Manual Moderno México 2004

Schwartz, Seymour I. et.al. PRINCIPIOS DE CIRUGIA 6a Edición Vol. 2 Editorial: Interamericana. McGraw-Hill México 2005

## GLOSARIO

**Signo de Rousing:** La presión sobre el colon descendente que se refleja en el cuadrante inferior derecho es también una indicación de irritación del peritoneo.

**El signo del psoas:** Se confirma haciendo que el paciente se acueste en decúbito supino mientras que el examinador lentamente extienda el muslo derecho, haciendo que el psoas se contraiga.

**El signo del obturador:** Se demuestra haciendo que el paciente flexione y rote la cadera hacia la línea media del cuerpo mientras se mantiene en posición acostada boca-arriba, o posición supina. La prueba es positiva si la maniobra le causa dolor al paciente, en especial en el hipogastrio.

**ERE:** En el rango esperado.

**DNL:** Dentro de los límites normales.

## ANEXOS

### **PATOLOGÍA (APENDICITIS AGUDA)**

Es la afección quirúrgica que con más frecuencia se presenta en los hospitales.

Se conoce que en la época medieval aparece la descripción de una terrible enfermedad caracterizada por una tumoración grande conteniendo pus y que fue denominada "fosa iliaca". Hasta antes del siglo XX fue aceptado que la fosa iliaca era originada por inflamación del ciego y no del apéndice. La apendicitis aguda se describió por primera vez en 1886 por Reginaldo Fitz. En 1887 T.G.Morton hizo la primera apendicectomía exitosa por ruptura del apéndice y a partir de entonces la operación para apendicitis se hizo común. Charles McBurney en 1889, describió su famoso punto doloroso y razonó correctamente que, realizar una operación exploratoria prontamente con el propósito de examinar y extraer el apéndice antes de que se perfora, era menos dañino que el tratamiento expectante.<sup>99</sup>

### **ANATOMÍA DEL APÉNDICE**

El apéndice cecal o vermicular morfológicamente representa la parte inferior del ciego primitivo. Tiene la forma de un pequeño tubo cilíndrico, flexuoso, implantando en la parte inferior interna del ciego a 2-3cm por debajo del ángulo ileocecal, exactamente en el punto de confluencia de las tres cintillas del intestino grueso. Sus dimensiones varían desde 2,5 cm hasta 23cm, su anchura de 6-8 mm, es mayor a nivel de la base del órgano, la cual a veces (en niños) se continúa con la extremidad del ciego, sin línea de demarcación bien precisa.

---

<sup>99</sup> Schwartz, Seymour I. et.al. PRINCIPIOS DE CIRUGIA 6a Edición Vol. 2 Editorial: Interamericana. McGraw-Hill México 2005 pág.

Exteriormente es liso de color gris rosado. Interiormente comprende una cavidad central que en su extremidad libre termina en fondo de saco y el otro extremo se continúa con el ciego, en el que algunas veces se encuentra un repliegue valvular, llamado válvula de Grlac, la cual se aplica sobre el orificio cuando el ciego se distiende, impidiendo así hasta cierto punto que las heces penetren en la cavidad apendicular. Aparentemente no desempeña ningún papel en la patogenia de la apendicitis.

**Posición;** El apéndice, por estar ligado al ciego, sigue a este órgano en sus diversas posiciones. De acuerdo a esto el apéndice puede adquirir una posición normal en fosa iliaca derecha pero otras veces puede encontrarse en la región lumbar derecha delante del riñón o debajo del hígado (posición alta), otras veces puede localizarse en la cavidad pelviana (posición baja) y muy raras veces en la fosa ilíaca izquierda (posición ectópica).

Sin embargo, independientemente de la posición del ciego, el apéndice en relación al mismo ciego presenta una situación que varía mucho según los casos. Sin embargo, hay un punto de este órgano que ocupa con todo una situación poco menos que fija, aquél en que aboca la ampolla cecal (base del apéndice). Si a nivel de este punto trazamos una línea horizontal y otra vertical, podemos catalogar a la situación del apéndice en: ascendente, descendente interna o externa, anterior o posterior (retro cecal) o cualquier otra variedad que adquiera según la posición con respecto a estas líneas.

Según esto la posición descendente interna es la más frecuente: 44%, le sigue la posición externa 26%, la posición interna ascendente 17% y después la retro cecal 13%. Estas distintas situaciones y posiciones que adquiere el apéndice nos explican la variedad de zonas y puntos dolorosos que a veces dificultan el diagnóstico de apendicitis aguda.<sup>100</sup>

---

<sup>100</sup> Ibidem pág. 2

**Fijación:** El apéndice se encuentra fijado en su base al ciego y a la porción terminal del ileón por el mesoapéndice, sin embargo en algunas oportunidades puede formar un meso cuyo borde se fija al peritoneo de la fosa iliaca y en otras no existe meso y el peritoneo lo tapiza aplicándolo contra el plano subyacente (apéndice subseroso).

El apéndice está constituido por cuatro túnicas, una serosa, una muscular, la submucosa, y mucosa.

La túnica serosa que cubre a toda la superficie es lo que va a constituir el meso del apéndice y en cuyo borde libre discurre la arteria apendicular, que es una de las cuatro ramas de la arteria mesentérica superior y que desciende por detrás del ángulo ileocecal, cruza la cara posterior del ileón y se introduce en el mesoapéndice.

La túnica muscular sólo dispone de dos capas de fibras musculares: las longitudinales y las circulares.

La túnica mucosa y submucosa es igual a la del intestino grueso, presenta un epitelio cilíndrico, una estoma reticulada, una muscular mucosa y glándulas tubulares. Solo se diferencia por el tejido linfóide de gran desarrollo que se ha comparado a la amígdala o a una vasta placa de peyer.

Vasos y nervios: Ya hemos dicho que la arteria apendicular es la que a irrigar dicho órgano y está acompañada generalmente de la vena apendicular que va a unirse a las venas del ciego.

Los linfáticos que se inician en los folículos linfoides atraviesan directamente la túnica muscular y van a continuarse con los linfáticos subserosos del apéndice, del ciego, del colon ascendente, del mesenterio.

Los nervios del apéndice proceden, como los del ciego, del flexo solar, por medio del flexo mesentérico superior.<sup>101</sup>

---

<sup>101</sup> Ibidem pág. 3

## Epidemiología

La apendicitis puede ocurrir a cualquier edad, aunque la incidencia máxima de la apendicitis aguda se presenta con mayor frecuencia en el segundo y tercer decenio de la vida en el que, exceptuando las hernias estranguladas, es la causa más frecuente de dolor abdominal intenso y súbito y de cirugía abdominal de urgencias en muchos países. Es también una causa importante de cirugías pediátricas, frecuente en preescolares y escolares con cierto predominio en los varones y una predisposición familiar.

La tasa de apendicetomía es aproximadamente 12% en hombres y 25% en mujeres, en la población general las apendicetomías por una apendicitis ocurren en 10 de cada 10,000 pacientes cada año y la tasa de mortalidad son menores de 1 por 100.000 pacientes desde el año 1993.<sup>20</sup>

En el mundo, la incidencia de apendicitis es mucho menor en países en vía de desarrollo son sobre todo en algunas partes de África y en los grupos de menor nivel socioeconómico. A pesar de la aparición de nuevas y mejoradas técnicas de diagnóstico, la apendicitis se diagnostica erróneamente en un 15% de los casos y no se ha notado una disminución en la tasa de ruptura de un apéndice inflamado desde los años 1990.

La data epidemiológica ha demostrado que la diverticulitis y los pólipos adenomatosos no se veían en comunidades libres de apendicitis y que la aparición del cáncer de colon es extremadamente rara en esas poblaciones. Caso contrario se ha visto en pacientes con apendicitis, ocurriendo ésta como antecedente al cáncer de colon y de recto.<sup>102</sup>

---

<sup>102</sup> Ibidem pág. 4

## Sintomatología

## Diagnóstico



El *punto de McBurney* (identificado con el número 1), es uno de los signos más frecuentes en el diagnóstico de la apendicitis

El diagnóstico de la apendicitis se basa en la exploración física y en la historia clínica, complementado con análisis de sangre, orina y otras pruebas como las radiografías simples de abdomen, de pie y en decúbito, ecografía abdominal y TAC abdominal simple entre otros.

La exploración física se basa en la palpación abdominal. La presentación de la apendicitis suele comenzar como un dolor repentino localizado en la mitad inferior de la región epigástrica o región umbilical, caracterizado por ser un dolor de moderada intensidad y constante que ocasionalmente se le superponen calambres intermitentes. Luego desciende hasta localizarse en la fosa iliaca derecha, en un punto ubicado en la unión del tercio externo con los dos tercios internos de una línea imaginaria entre el ombligo y la espina iliaca antero-superior, llamado Punto de McBurney.<sup>103</sup>

---

<sup>103</sup> *Ibidem* pág. 5

### Signos diagnósticos

En el 75% de los casos existe la triada de Cope, que consiste en la secuencia dolor abdominal (ya descrito), vómitos alimentarios y febrícula. Los signos clásicos se localizan en la fosa ilíaca derecha, en donde la pared abdominal se vuelve sensible a la presión leve de una palpación superficial. Además, con la descompresión brusca dolorosa del abdomen, un signo llamado *Signo del Rebote*, se indica una reacción por irritación peritoneo parietal. En los casos de que el apéndice esté ubicado detrás del ciego, la presión profunda del cuadrante inferior derecho puede no mostrar dolor, llamado *apéndice silente*. Ello se debe a que el ciego, por estar distendido con gases, previene que la presión del examinador llegue por completo al apéndice. Igualmente, si el apéndice se ubica dentro de la pelvis, por lo general hay la ausencia de rigidez abdominal. En tales casos, el tacto rectal produce el dolor por compresión retro vesical. El toser produce dolor en el punto de McBurney (véase: signo de Dunphy), el cual es la forma menos dolorosa de localizar un apéndice inflamado. El dolor abdominal puede empeorar al caminar y es posible que la persona prefiera quedarse quieta debido a que los movimientos súbitos le causan dolor.

En los niños el diagnóstico puede ser más difícil por la irritabilidad del paciente y su falta de colaboración para el examen físico, en estos casos el papel de la ecografía es muy eficiente como medio diagnóstico de gabinete. En ocasiones en niños con apendicitis de localización pélvica puede suceder una erección peneana, debido a la irritación del peritoneo sobre la fascia de Waldeyer ocasionando un estímulo parasimpático, dicho evento es conocido como signo de Eros. Si la palpación del abdomen produce una rigidez involuntaria, se debe sospechar una peritonitis, que es una emergencia quirúrgica.<sup>104</sup>

---

<sup>104</sup> *Ibidem* pág. 6

### **Signo de Rousing**

La palpación profunda de la fosa ilíaca *izquierda* puede producir dolor en el lado opuesto, la fosa ilíaca *derecha*, lo cual describiría un signo de Rousing positivo, uno de los signos usados en el diagnóstico de la apendicitis. La presión sobre el colon descendente que se refleja en el cuadrante inferior derecho es también una indicación de irritación del peritoneo. La presión en la fosa ilíaca izquierda genera desplazamiento del gas en el marco cólico en forma retrograda, y al llegar dicho gas al ciego produce dolor en la fosa ilíaca derecha. También se produce el mismo fenómeno presionando sobre el epigastrio, conocido como signo de Aarón o, si es en el hipocondrio derecho, signo de sheig

### **Signo del Psoas**

A menudo, el apéndice inflamado se ubica justo por encima del llamado músculo psoas de modo que el paciente se acuesta con la cadera derecha flexionada para aliviar el dolor causado por el foco irritante sobre el músculo. El signo del psoas se confirma haciendo que el paciente se acueste en decúbito supino mientras que el examinador lentamente extiende el muslo derecho, haciendo que el psoas se contraiga. La prueba es positiva si el movimiento le causa dolor al paciente. Aunque este signo también llamado signo de Cope se presenta en casos de absceso del psoas.

### **Signo del obturador**

Similar al signo del psoas, el apéndice inflamado puede estar en contacto con el músculo obturador localizado en la pelvis, causando irritación del mismo. El signo del obturador se demuestra haciendo que el paciente flexione y rote la cadera hacia la línea media del cuerpo mientras se mantiene en posición acostada boca-arriba, o posición supina. La prueba es positiva si la maniobra le causa dolor al paciente, en especial en el hipogastrio.<sup>105</sup>

---

<sup>105</sup> *Ibidem* pág. 7

### Diagnósticos para clínicos

El hemograma con recuento diferencial muestra un leve leucocito (10.000–18.000/mm) con predominio de neutrófilos en pacientes con apendicitis aguda no complicada. Los conteos de glóbulos blancos mayores de 18.000/mm aumentan la posibilidad de una apendicitis perforada. El examen de orina es útil para descartar una infección urinaria, pues en la apendicitis aguda, una muestra de orina tomada por sonda vesical no se caracteriza por bacteriuria o bacterias en la orina.

La radiografía de abdomen debe ser tomada en casos de abdomen agudo y, aunque no son relevantes para el diagnóstico de apendicitis, son útiles para descartar otras patologías, como la obstrucción intestinal o un cálculo uretral. Ocasionalmente, sobre todo en niños, el radiólogo experimentado puede notar un fecalito radiopaco en la fosa ilíaca derecha, sugestivo de una apendicitis.

Las ecografías y las ecografías-Doppler también ofrecen información útil para detectar la apendicitis, pero en una cantidad nada despreciable de casos (alrededor del 15%), especialmente en aquellos en un estado inicial sin líquido libre intraabdominal, una ultrasonografía de la región de la fosa ilíaca puede no revelar nada anormal a pesar de haber apendicitis. A menudo, en una imagen ecográfica puede distinguirse lo que es apendicitis de otras enfermedades con signos y síntomas muy similares como por ejemplo la inflamación de los ganglios linfáticos cercanos al apéndice.

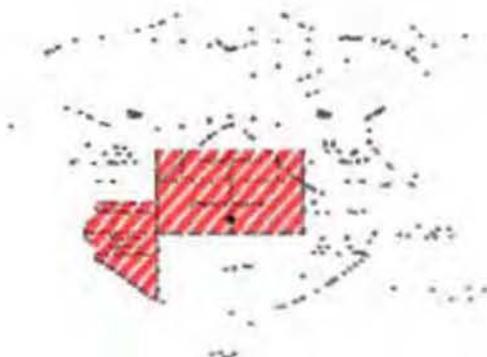
En situaciones donde hay una TAC (Tomografía axial computarizada) disponible, es el método preferido. Una TAC correctamente realizada tiene una tasa de detección (sensibilidad) por encima del 95%). Lo que se busca en una TAC es la falta de contraste en el apéndice y signos de engrosamiento de la pared del apéndice, normalmente >6mm en un corte transversal; también pueden haber evidencias de inflamación regional la llamada "grasa desflecada". Las ecografías son especialmente útiles para valorar las causas ginecológicas del dolor abdominal derecho inferior en mujeres puesto que la TAC no es el método ideal para estas circunstancias.<sup>106</sup>

---

<sup>106</sup> Ibidem pág. 8

### Escala de Alvarado

La probabilidad del diagnóstico correcto de apendicitis se incrementa cuando se hace hincapié en las manifestaciones clínicas específicas, las cuales se resumen en una escala de puntuación denominada la *Escala de Alvarado*.



Zonas más frecuentes del dolor abdominal asociado a la apendicitis, Adaptación de Anatomía de Gray.

<b>Síntomas</b>	
Dolor migrante fosa ilíaca derecha	1 punto
Anorexia	1 punto
Náusea y vómitos	1 punto
<b>Signos</b>	
Dolor en la fosa ilíaca derecha	2 puntos
Dolor de rebote a la palpación	1 punto
Fiebre	1 punto
<b>Laboratorio</b>	
Leucocitosis	2 puntos
Neutrófilos inmaduros	1 punto
<b>Puntaje total</b>	<b>10 puntos</b>

Un valor acumulado de 7 o más puntos es altamente sugestivo de una apendicitis. Cuando el puntaje no pasa de 5-6 puntos, se recomienda realizar una tomografía para reducir la probabilidad de falsos negativos descubiertos durante la apendectomía.

Otros signos sugerentes de apendicitis son el Punto de Lanz, el Punto de Morris y el Punto de Lecene. El paciente puede presentar náuseas, vómitos, taquicardia, en especial si se acompaña de fiebre (entre 37,5 y 38 °C) y anorexia. El tacto rectal puede servir para orientar el diagnóstico: si la pared derecha (donde está el apéndice) está inflamada, es probable que el paciente tenga apendicitis.

### **Diagnostico diferencial**

La precisión diagnóstica de la apendicitis suele ser entre el 75-80% basado en los criterios clínicos. Cuando se erra, las alteraciones más frecuentes encontradas en la operación son, en orden de frecuencia, la linfadenitis mesentérica, ausencia de enfermedad orgánica, enfermedad inflamatoria pélvica aguda, rotura de folículo ovárico o cuerpo amarillo y gastroenteritis aguda.

### **En la infancia:**

- Gastroenteritis, adenitis mesentérica, divertículo de Meckel, invaginación intestinal, púrpura de Schönlein-Henoch, neumonía lobar o linfagioma intraabdominal.

### **En adultos:**

- Enteritis regional, cólico nefrítico, úlcera péptica perforada, torsión testicular, pancreatitis, hematoma de la vaina del músculo recto mayor del abdomen, enfermedad inflamatoria pélvica, embarazo ectópico, endometriosis, torsión o ruptura de un quiste ovárico.

**En ancianos:**

- Diverticulitis, obstrucción intestinal, cáncer de colon, isquemia mesentérica, aneurisma de aorta con fuga.<sup>107</sup>

**Tratamiento**



Apéndice inflamado siendo removido por cirugía abierta.

Una vez diagnosticada la apendicitis aguda, el paciente debe recibir tratamiento médico y quirúrgico. El manejo médico se hace con hidratación del paciente; aplicación de antibióticos adecuados—como la—y analgésicos cefuroxima o el metronidazol. La cirugía se conoce con el nombre de apendicectomía y consiste en hacer una incisión en la fosa iliaca derecha o laparotomía según la gravedad del paciente y extirpar el apéndice afectado, así mismo drenar el líquido infectado, y lavar la cavidad con solución salina. No se ha demostrado que la irrigación de la cavidad abdominal con antibióticos sea ventajosa durante o después de la apendicetomía. No se acostumbra la colocación de drenajes durante la operación. En marzo de 2008, una paciente femenina tuvo su apéndice extraída por vía vaginal, guiado por endoscopia, la primera vez que dicha maniobra se reporta oficialmente.

---

<sup>107</sup> Ibidem pág. 8

Es importante que si la apendicitis no se atiende a tiempo pueda perforarse el apéndice y de esta manera causar peritonitis, un padecimiento que exige más cuidados que la apendicitis y que es muy grave. A su vez, la peritonitis puede llevar a la muerte del paciente por una complicación llamada septicemia, por lo que es importante llamar al médico en cuanto se presente cualquier tipo de dolor abdominal agudo (súbito) que dure más de 6 horas (un indicativo probable de apendicitis). Cuanto más temprano sea el diagnóstico, mayores serán las probabilidades de recibir una atención médica adecuada, un mejor pronóstico, menores molestias y un periodo de convalecencia más corto.

De acuerdo con estudios de meta análisis que comparaban la laparoscopia con incisiones abiertas, parecen demostrar que la laparoscopia es más ventajosa, en especial en la prevención de infecciones posoperatorias, aunque la incidencia de abscesos intra abdominales era mayor. La laparoscopia puede que sea especialmente ventajosa para un subgrupo de pacientes que son obesos, del sexo femenino y atletas.

Se debate el hecho de que la apendectomía de emergencia (en menos de 6 horas de hospitalización) reduce o no el riesgo de perforaciones o complicaciones en comparación con la apendectomía de urgencia, que tiende a esperar más de 6 horas. En un estudio, no se encontró diferencias significativas en la cantidad de perforaciones en los dos grupos estudiados. Igualmente, no se observaron diferencias en la aparición de otras complicaciones, como los abscesos hepáticos. Ese mismo estudio sugiere que el comenzar con antibioticoterapia y retardando la apendectomía en casos de pacientes que llegan al hospital de noche, para el día siguiente, no aumenta el riesgo de perforación u otras complicaciones.<sup>108</sup>

### **Pronóstico**

La mayoría de los pacientes con apendicitis se recuperan con facilidad después del tratamiento quirúrgico, sin embargo, pueden ocurrir complicaciones si se demora el tratamiento. La recuperación depende de la edad y condición de salud del paciente y otras circunstancias, como las complicaciones y el consumo de licor, entre otras.

---

<sup>108</sup> Ibidem pág. 9

Por lo general la recuperación después de una apendectomía tarda entre 10 y 28 días y en niños alrededor de los 10 años, puede tardar hasta 3 semanas.

La posibilidad de una peritonitis pone en peligro la vida del paciente, por ello la conducta frente a una apendicitis es la de una evaluación rápida y un tratamiento sin demoras. La apendicitis clásica responde rápidamente a una apendectomía, aunque en algunas ocasiones se resuelve espontáneamente. Aún permanece en debate si hay ventajas en una apendectomía electiva en estos pacientes para prevenir un episodio recurrente. La apendicitis atípica, es decir, aquella asociada a un apéndice supurativo o purulento, es más difícil de diagnosticar y es la que con más frecuencia causa complicaciones, aún si la operación quirúrgica ocurre con rapidez.

La mortalidad y las complicaciones severas, aunque infrecuentes, ocurren especialmente si se acompaña con peritonitis, si esta persiste o si la enfermedad toma su curso sin tratamiento. Una de las complicaciones poco frecuentes de una apendectomía ocurre cuando queda tejido remanente inflamado después de una apendectomía incompleta.<sup>109</sup>

---

<sup>109</sup> Castaneto G; Patología quirúrgica de apéndice cecal. Cirugía digestiva, F.pág. 1.

**FICHA DE IDENTIFICACIÓN**

Nombre \_\_\_\_\_ Edad \_\_\_\_\_ Peso \_\_\_\_\_ Talla: \_\_\_\_\_ Fec  
hanacimiento: \_\_\_\_\_ Sexo: \_\_\_\_\_ Ocupacion: \_\_\_\_\_ Escolaridad: \_\_\_\_\_ Fecha  
de admisión: \_\_\_\_\_ Hora: \_\_\_\_\_ Procedencia: \_\_\_\_\_ Fuente de  
información: \_\_\_\_\_

Nombre \_\_\_\_\_ Edad \_\_\_\_\_ Peso \_\_\_\_\_ Talla: \_\_\_\_\_ Fec  
hanacimiento: \_\_\_\_\_ Sexo: \_\_\_\_\_ Ocupacion: \_\_\_\_\_ Escolaridad: \_\_\_\_\_ Fecha  
de admisión: \_\_\_\_\_ Hora: \_\_\_\_\_ Procedencia: \_\_\_\_\_ Fuente de  
información: \_\_\_\_\_ Miembro de la familia: \_\_\_\_\_

**VALORACIÓN DE NECESIDADES HUMANAS**

1.- Necesidades básicas de: Oxigenación, nutrición e hidratación, eliminación termorregulación.

**a).- OXIGENACIÓN**

Subjetivo:

Disnea debido a: \_\_\_\_\_ Tos productiva/seca: \_\_\_\_\_ Dolor asociado con la  
respiración: \_\_\_\_\_ Fumador: \_\_\_\_\_ Desde cuándo fuma/cuántos cigarrillos al  
día: \_\_\_\_\_

Objetivo:

Registro de signos vitales y características: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Tos productiva seca: \_\_\_\_\_ Estado de conciencia: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_ Coloración de la piel/lechos ungüales/perí buca: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_ Circulación del retorno venoso: \_\_\_\_\_

Otros: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

**b).- Nutrición e hidratación:**

Subjetivo:

Dieta habitual (tipo): \_\_\_\_\_ Numero de comidas diarias \_\_\_\_\_

Trastornos digestivos: \_\_\_\_\_

Intolerancia alimentaria/ alergias: \_\_\_\_\_ --

Problemas de la masticación y deglución: \_\_\_\_\_

Patrón de ejercicio: \_\_\_\_\_

Objetivo:

Turgencia de la piel: \_\_\_\_\_

Membranas mucosa hidratadas/secas: \_\_\_\_\_

Características de uñas/cabello: \_\_\_\_\_

Funcionamiento neuromuscular y esquelético: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Aspecto de los dientes y encías: \_\_\_\_\_

Heridas, tipo, tiempo de cicatrización: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Otros: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Eliminación: \_\_\_\_\_

Objetivo:

Habito intestinales: \_\_\_\_\_ Características de las heces, orina, y menstruación: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_ -

Historia de hemorragias/enfermedades renales/otros: \_\_\_\_\_

Uso de laxantes: \_\_\_\_\_ Hemorroides: \_\_\_\_\_

Dolor al defecar/menstruar/orinar: \_\_\_\_\_

Cómo influyen las emociones en sus patrones de eliminación: \_\_\_\_\_

Objetivo:

Abdomen/características: \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Ruidos intestinales: \_\_\_\_\_

Palpación de la vejiga urinaria: \_\_\_\_\_

Otros: \_\_\_\_\_

d).- Termorregulación.

Subjetivo:

Adaptabilidad a los cambios de temperatura: \_\_\_\_\_

Ejercicio tipo y frecuencia \_\_\_\_\_

Temperatura ambiental que le es agradable: \_\_\_\_\_

Objetivo:

Características de la piel: \_\_\_\_\_

Transpiración: \_\_\_\_\_

Condiciones del entorno físico: \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Otros: \_\_\_\_\_

2.- Necesidades básicas de moverse y mantenerse en buena postura, usar prendas de vestir adecuadas, higiene y protección de la piel.

Subjetivo:

Capacidad física cotidiana: \_\_\_\_\_

Actividades en el tiempo libre: \_\_\_\_\_

Hábitos del descanso: \_\_\_\_\_

Hábitos del trabajo: \_\_\_\_\_

Objetivos:

Estado del sistema músculo esquelético/fuerza: \_\_\_\_\_

Capacidad muscular tono/resistencia/flexibilidad: \_\_\_\_\_

Posturas: \_\_\_\_\_

Ayuda para la deambulacion: \_\_\_\_\_

Dolor con el movimiento: \_\_\_\_\_

Presencia de temblores: \_\_\_\_\_ Estado de conciencia: \_\_\_\_\_

Estado emocional: \_\_\_\_\_

Otros: \_\_\_\_\_

b).- Descanso y sueño: \_\_\_\_\_

Horas de descanso: \_\_\_\_\_ Horario de sueño: \_\_\_\_\_

Horas de descanso: \_\_\_\_\_ Horas de sueño: \_\_\_\_\_

Siesta: \_\_\_\_\_ Ayuda: \_\_\_\_\_

¿Padece insomnio?: \_\_\_\_\_

A que considera que se deba: \_\_\_\_\_

¿Se siente descansado al levantarse?: \_\_\_\_\_

Objetivo:

Estado mental ansiedad/estrés/lenguaje: \_\_\_\_\_

Ojeras: \_\_\_\_\_ Atención: \_\_\_\_\_ Bostezos: \_\_\_\_\_

Concentración: \_\_\_\_\_ Apatía: \_\_\_\_\_ Cefaleas \_\_\_\_\_

Respuesta a estímulos: \_\_\_\_\_

Otros: \_\_\_\_\_

c).- 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 forma de vestir?: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

¿Sus creencias le impiden vestir como a usted le gustaría?: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

¿Necesita ayuda para la elección de su vestuario: \_\_\_\_\_

Objetivo:

Viste de acuerdo a su edad: \_\_\_\_\_

Capacidad psicomotora para vestirse y desvestirse: \_\_\_\_\_

Vestido incompleto: \_\_\_\_\_ Sucio: \_\_\_\_\_ Inadecuado: \_\_\_\_\_

e).- Necesidad de higiene y protección de la piel.

Subjetivo:

Frecuencia del aseo \_\_\_\_\_

Momento preferido para el baño \_\_\_\_\_

Cuántas veces se lava los dientes al día \_\_\_\_\_

Objetivo:

Aseo de manos antes y después de ir a comer \_\_\_\_\_

Después de eliminar: \_\_\_\_\_

Tiene creencias personales o religiosas que limiten sus hábitos higiénicos

\_\_\_\_\_

Objetivo:

Aspecto general: \_\_\_\_\_

Olor corporal: \_\_\_\_\_

Halitosis. \_\_\_\_\_

Estado del cuello cabelludo: \_\_\_\_\_

Lesiones dérmicas, qué tipo: \_\_\_\_\_

d).- Necesidad de evitar peligros

Objetivo

Qué miembros componen la familia de pertenencia: \_\_\_\_\_

Cómo 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?: \_\_\_\_\_

Cómo realiza las situaciones de tensión en su vida: \_\_\_\_\_

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.**

**a) 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: \_\_\_\_\_

Frecuencia de los diferentes contactos sociales en el trabajo

Objetivo:

Habla claro: \_\_\_\_\_ --

Confuso: \_\_\_\_\_

Dificultad en la visión: \_\_\_\_\_

Audición: \_\_\_\_\_

Comunicación verbal con la familia/con otras personas significativas: \_\_\_\_\_

Otros:

**b) 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?: \_\_\_\_\_

Otros: \_\_\_\_\_

**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 satisfecho con el rol familiar que juega?: \_\_\_\_\_

Objetivo:

Estado emocional/calmado/ansioso/enfadado/retraído/temeroso/irritable/inquieto/eufórico: \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_ -

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?: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

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 cómo utilizar estas fuentes de apoyo?: \_\_\_\_\_

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

\_\_\_\_\_

Otros: \_\_\_\_\_

Objetivo:

Estado del sistema nervioso \_\_\_\_\_

Órganos de los sentido \_\_\_\_\_

Estado emocional ansiedad /dolor: \_\_\_\_\_

Memoria reciente: \_\_\_\_\_

Memoria remota: \_\_\_\_\_