



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



**PROCESO ATENCIÓN DE ENFERMERÍA
APLICADO A UN PACIENTE PEDIÁTRICO CON
FRACTURA SUPRACONDILEA DE HUMERO.**

**Que para obtener el Título de:
Licenciada en Enfermería y Obstetricia**

Presenta:
EVA PARRA RODRÍGUEZ
NUMERO DE CUENTA. 406117229.

Asesor académico:
LIC. MA. MAGDALENA MATA CORTÉS.

MÉXICO, D.F.

SEPTIEMBRE 2010.



Universidad Nacional
Autónoma de México



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.

TITULO	PAG.
INTRODUCCIÓN.....	4
OBJETIVOS	
General.....	5
Específico.....	6
1.- MARCO TEORICO	
1.1. Definición de enfermería.....	7
1.2 TEORIA DEL CUIDADO.....	9
1.3.- PROCESO ATENCIÓN DE ENFERMERIA.....	11
1.3.1 Historia del Proceso Atención de Enfermería.....	15
1.3.2 Etapas del Proceso de Atención de Enfermería.....	16
1.3.2.1.- Valoración.....	17
1.3.2.1.1 a) Entrevista.....	20
1.3.2.1.2 b) Examen físico.....	24
1.3.2.2.-Diagnostico.....	28
1.3.2.3.-Planeación.....	33
1.3.2.3.1.- Taxonomía NOC.....	35
1.3.2.4.- Ejecución.....	38
1.3.2.4.1.- Taxonomía NIC.....	40
1.3.2.5.- Evaluación.....	42
1.4.- GENERALIDADES DEL MODELO DE VIRGINIA HENDERSON	
1.4.1.- Definición.....	43
1.4.2.- Necesidades básicas.....	46
1.4.3.- Metaparadigma.....	50
1.4.4.- Afirmaciones teóricas.....	53
1.5- FRACTURA SUPRACONDILEA DE HUMERO.....	55
2.- METODOLOGIA.....	59

3.- APLICACIÓN DEL CASO CLINICO.....	60
3.1.- Presentación del Caso clínico.....	61
3.2.- Valoración.....	62
3.3.- Diagnostico de enfermería.....	74
3.4.- Planeación.....	76
3.5.- Ejecución.....	80
3.6.- Plan de Alta.....	111
4.- CONCLUSIONES.....	112
5.- SUGERENCIAS.....	113
6.- GLOSARIO.....	114
7.- BIBLIOGRAFIA.....	115
8.- ANEXOS.....	117

INTRODUCCION

En la actualidad, la enfermera tiene nuevos retos, no solo en la atención del individuo enfermo, familias o comunidades satisfaciendo sus necesidades específicas y los problemas que presenten de una forma holística, tomando en cuenta las necesidades fisiológicas, psicológicas, sociales, culturales y espirituales, la labor de la enfermera va encaminada al mantenimiento, fomento y educación para la salud, ya que es la primera persona con la que el individuo tiene el primer contacto.

El Proceso Atención de Enfermería, es una herramienta útil, práctica y teórica y de vital importancia para la atención del individuo, ya que es inmerso en la aplicación del método, permite a la enfermera proporcionar en forma holística, no solo para satisfacer las necesidades del individuo, si no también orientada al individuo sano, así como su familia y la comunidad manteniendo el más alto grado de bienestar físico, mental y social, englobando su entorno enfermera paciente.

Esta atención incluye diversas labores, en las que destacan aquellas, encaminadas a la detección de problemas potenciales de salud, de tal modo que se contribuyan líneas de intervención oportuna que intenten corregir las alteraciones, antes de que tengan secuelas o pongan en peligro la vida del paciente.

Convencidos que la enfermera desempeña una importante labor, en los cuidados del paciente, por tal motivo, el Proceso Atención de Enfermería, fue aplicado a un persona pediátrico con fractura supracondílea humeral, ya que este tipo de fractura si no se atiende oportunamente puede quedar con secuela de discapacidad al movimiento o deformidad del miembro superior derecho. Se aplico de acuerdo al modelo de Virginia Henderson, valorando las 14 necesidades, para proporcionar un cuidado de atención de calidad y calidez.

OBJETIVO GENERAL

Aplicar el Proceso Atención de Enfermería, a una persona pediátrico, con base en el modelo de Virginia Henderson e identificar las necesidades del mismo, proporcionando cuidados inmediatos con calidad y calidez, para el bienestar de la persona.

OBJETIVOS ESPECIFICOS

- Identificar problemas reales y potenciales para la persona.
- Establecer un plan de cuidados estratégicos, basándose a las necesidades de la persona.
- Evaluar el resultado de mis cuidados de atención de Enfermería.

1.-MARCO TEORICO

1.1. Definición de Enfermería.

Es la ciencia y el arte de proporcionar cuidados de "predicción, prevención y tratamiento." De las "respuestas humanas" del individuo, familia y comunidad a procesos vitales/ problemas de salud reales o potenciales; así como de colaboración con los demás integrantes del equipo sanitario en la solución de las respuestas fisiopatológicas.

Se considera una ciencia en su fase inicial del desarrollo por tener elementos integrantes de una actividad investigadora como son: conocimientos propios que surgen de la confrontación de conocimientos de diversas disciplinas científicas de la realidad específica de la enfermería, logrando un conjunto de conocimientos sistemáticos, respectivos al cuidado enfermero. La enfermería reúne características sistemáticas de la ciencia: paradigma para dar respuesta a los problemas de la enfermería de acuerdo al momento histórico, son supuestos, normas, métodos y técnicas.

Es arte por ser una profesión que requiere de múltiples y variadas habilidades para adaptarse a las necesidades de la personas en diversos contextos de la practica profesional; lo que hace ser creativa e innovadora.

La esencia de la enfermería es cuidar la salud, a través de los cuidados que permitan mantener y conservar la vida, mediante la satisfacción de las necesidades del individuo.

Las respuestas humanas es "la forma en que el cliente responde a un estado de salud o enfermedad" incluye reacciones fisiológicas del organismo, percepciones, sentimientos y conductas que presentan los individuos sanos como enfermos, son personales y múltiples para obedecer a la naturaleza propia de cada individuo y

surgen como resultados de las necesidades del ser humano, de la interacción con el entorno y de los propios que origina la pérdida de la salud.¹

¹ ALFARO-Lefevre, Rosalinda., "Aplicación del proceso enfermero", 4ta. Edición, en español. Springer Verlag, Ibérica, España, 1999. Pág. 19-20.

1.2.-TEORIA DEL CUIDADO

La teoría de Jean Watson, considera a la persona como "un ser el mundo." Se considera tres esferas: el alma, el cuerpo y el espíritu. La persona se esfuerza en actualizar la relación entre tres esferas para conseguir la armonía y son dimensiones que la enfermera debe tener en cuenta.

Watson se basa en el existencialismo, sostiene que el amor incondicional y los cuidados son esenciales, para la supervivencia, se centra en las relaciones transpersonales de la persona.

Esta teoría del cuidado humano se dedica a la promoción y restablecimiento de la salud a la prevención de la enfermedad y al cuidado de los enfermos. Los pacientes requieren de un cuidado holístico, que promueven el humanismo, la salud y la calidad de vida. El cuidado de los enfermos es un fenómeno social universal, que solo resulta efectivo si se practica en forma interpersonal.

Watson contribuye a la sensibilización de los profesionales hacia aspectos más personales.²

El papel cuidador de la enfermera ha formado parte tradicionalmente de aquellas actividades que representan la dignidad del individuo y que suelen llamarse actuaciones maternas de la enfermería. Sin embargo la representación de estos cuidados implica conocimientos y sensibilidad sobre los asuntos que más importan a los clientes. El papel cuidador es difícil de definir el objetivo principal de la enfermería en este papel es coincidir en la interpretación de lo que es importante y prestar el apoyo adecuado. La enfermera atiende a la persona

²<http://www.slideshare.net/enfe3005/presentacion> Jean Watson.

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

Bendery Wruber (1989). Afirma que el cuidado es esencial para el ejercicio eficaz de la enfermería. La enfermería nunca puede reducirse a la mera técnica, y al conocimiento científico, por que el humor, el enojo, el cariño, la administración de medicamentos incluso la enseñanza de la persona 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.³

³ KOZIER. B. Erb, G, "Fundamentos de enfermería, Conceptos, proceso y práctica" 5ª Edición, edit. McGraw. Hill. Interamericana, España, pág.

1.3. PROCESO ATENCION DE ENFERMERIA

El Proceso Atención de Enfermería es un método sistemático de brindar cuidados humanistas centrado en el logro de objetivos de forma eficiente, por el cual se analiza al individuo, a la familia y la comunidad, incluyendo su entorno, de una manera ordenada y sistemática, para poder planear, ejecutar y evaluar el cuidado de Enfermería.⁴.

Por lo tanto, es la aplicación del método científico en el quehacer de Enfermería. El Proceso Atención de Enfermería (PAE) utiliza una metodología que exige al profesional de Enfermería conocimientos en las áreas de las ciencias biológicas, sociales y de comportamiento y, además, habilidades para poder valorar, decidir, realizar y evaluar la respuesta humana del sujeto de atención hasta que alcance su potencial máximo de salud.

Permite al profesional de Enfermería asegurar la calidad de atención del individuo, familia y comunidad, por ser un método en el que podemos analizar ordenadamente los aspectos de la salud que están alterados para poder intervenir y luego evaluar el impacto de la intervención de Enfermería. Además, proporciona la base para el control operativo y el medio para sistematizar y hacer investigaciones de Enfermería

Características

Es un Método porque es una serie de pasos mentales a seguir por la enfermera(o) que le permite solucionar su trabajo y solucionar problemas relacionados con la salud de los usuarios, por tal motivo se compara con las etapas del método de solución de problemas y del método científico.

⁴ ALFARO-Lefevre, Rosalinda., Aplicación del proceso enfermero, 4 edición, Springer Verlag, Ibérica, España, 1999, pág. 29.

Es sistemático por estar conformado de cinco etapas que obedecen un orden lógico y conducen al logro de resultados (valoración, diagnóstico, planeación, ejecución, evaluación).

Es humanista por considerar al hombre como un ser holístico (total e integrado) que es mas que la suma de sus partes y que no se debe fraccionar.

Es intencionado por que se centra en el logro de objetivos, permitiendo guiar sus acciones para resolver la causa del problema o disminuir los factores de riesgo, al mismo tiempo que valora los recursos (capacidades), el desempeño del usuario y de la propia enfermera.

Es dinámico por estar sometido a constante cambio que obedecen a la naturaleza propia del hombre.

Es flexible porque puede aplicarse en los diversos contextos de la práctica de enfermería.

Es Interactivo por requerir de la interrelación humano – humano con el (Los) usuario (os) para acordar y lograr objetivos.

Ventajas

Al profesional de Enfermería le permite:

Brindar un cuidado de calidad a los usuarios y se evidencia cuando en todas las etapas se promueve un mayor grado de interacción entre el enfermo y el usuario, lo que permite una mejor percepción de los logros alcanzados.

Genera respuestas individuales y satisfacción en su trabajo, puesto que facilita la comunicación con el sujeto de atención.

actuación y así poder restablecer su salud, para de esta forma ir alcanzando un mayor grado de bienestar biopsicosocial.

Por otra parte el proceso compromete al individuo, familia y comunidad para tomar parte activa en las decisiones y cuidados que permitan mantener o recuperar la salud.

1.3.1.-Historia del Proceso Atención Enfermería.

El Proceso Enfermero ha evolucionado hacia un proceso de cinco fases compatibles con la naturaleza evolutiva de la profesión. El teórico Hall lo describió como un proceso distinto. Johnson, Orlando teóricos desarrollaron un proceso de tres fases diferentes, (Valoración, planeación y ejecución) que contenía elementos rudimentarios del proceso de cinco fases actual. Yura y Walsh fueron los autores del primer texto en el que se describía un proceso de cuatro fases: valoración, planificación, ejecución y evaluación. A mediados de la década de los años 70, Blach, Roy, Mundinger y Jauron y Aspinall añadieron la fase diagnóstica, dando lugar al proceso de cinco fases⁶.

Para la Asociación Americana de Enfermería (A.N.A) el proceso es considerado como estándar en la práctica de esta profesión; su importancia ha exigido cambios sustanciales en sus etapas, favoreciendo el desarrollo de Enfermería como disciplina científica e incrementando la calidad en la atención al individuo, familia y comunidad⁶.

Así en muchos países, la aplicación del proceso es un requisito para el ejercicio de la Enfermería profesional; en el nuestro, cada día adquiere mayor relevancia en la formación de enfermeras (os) y en su aplicación durante la práctica; sin embargo todavía nos falta camino por recorrer en este terreno, el cual resulta desconocido Para muchas compañeras (os) aun es nuestros días.

⁶ RODRIGUEZ, Sánchez, Bertha A. "Proceso Enfermero", 2ª edición, Edit., Cuellar, 2002 Guadalajara Jalisco, Pág.31

1.3.2. Etapas del Proceso Atención de Enfermería

El proceso se organiza en cinco fases cíclicas interrelacionadas y progresivas:

Valoración.

Diagnóstico de Enfermería.

Planeación- Resultados esperados NOC.

Ejecución- Intervención NIC.

Evaluación⁷

⁷ Op. Cit. Pag.31

1.3.2.1.- Valoración.

Es la primer etapa del proceso enfermero que nos permite estimar el estado de salud del usuario, familia y comunidad. "Con la valoración se reúnen todas la piezas del rompe cabezas"⁸.

Consiste en la recolección de los datos de la salud de las personas, familia o comunidad, de forma organizada y sistemática, lo cual es necesario para hacer el diagnóstico de Enfermería; mediante esta fase podemos identificar los problemas reales o potenciales de individuos o grupos y permite plantear los logros que se requieren en el futuro.

La valoración por un modelo enfermero puede derivarse de la aplicación de cualquier teoría de enfermería, de tal forma que se puede valorar a la persona, siguiendo las catorce necesidades de Virginia Henderson. Los cuatro principios de conservación de Levine, los subsistemas de Johnson, los requisitos de autocuidados de Orem etc. o bien optar por valorar siguiendo la perspectiva de necesidades humana, de los patrones funcionales de salud y de los patrones de respuesta humana. Así mismo la valoración por un modelo medico, puede utilizarse la metodología de exploración de cabeza a pies o por sistemas corporales.

Las enfermeras deben de poseer un requisito previo par realizar una adecuada valoración del cliente, estos requisitos previos son:

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

⁸ ALFARO-Lefevre, Rosalinda., Aplicación del proceso enfermero, 4 edición, Springer Verlag, Ibérica, España, 1999, pág. 35

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

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

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

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

Diferenciar entre signos e inferencias y confirmar las impresiones. Un signo es un hecho que uno percibe a través de uso de los sentidos y una inferencia es el juicio o interpretación de esos signos.

La valoración se hará en base al modelo conceptual de Virginia Henderson identificando las 14 necesidades para que con base a ellas se implemente el plan de cuidados de Enfermería.

Los pasos para realizar la valoración son:

La valoración como proceso continuo, proporciona información valiosa, del usuario, permitiéndonos emitir juicios sobre el estado de salud, a partir de la identificación, de problemas reales y de riesgo, y de los recursos (capacidades) existentes, para conservar y recuperar la salud.

- **Recolección de datos.**- Se necesita conocimientos científicos y básicos, Habilidades técnicas e interprofesionales, Convicciones, Capacidad creadora, sentido común, Flexibilidad.

“Da inicio desde el primer encuentro del usuario hasta que la persona sea dada de alta”. Por lo que es necesario aprovechar cada momento en que este con la persona y su familia para recolectar datos que nos permitan conocerlos.

Para obtener la información se recurre tanto fuentes directas como indirectas, son fuentes directas primarias el usuario y su familia (ellos constituyen la principal fuentes de información), los amigos y otros profesionales del área de salud son fuentes directas secundarias, por que aportan datos valiosos sobre el usuario y su familia. Las fuentes indirectas de información a las que también se deben recurrir son el expediente clínico y la bibliografía relevante.

La recolección de datos del usuario puede ser general y especifica (focalizada); Así primero tendrá un conocimiento de todos los aspectos relacionados con el estado de salud y una vez detectado un problema real o de riesgo centrar la valoración de un área especifica. Durante la valoración el profesional de Enfermería recoge cuatro tipos de datos: Subjetivos, objetivos, históricos y actuales.⁹

Los datos subjetivos:

Son aquellos que el usuario nos refiere y que manifiesta una percepción de carácter individual (ejemplo el dolor, el temor, la debilidad y la impotencia etc...).

Los datos objetivos:

La información se debe observar y medir através de los órganos de los sentidos, (ejemplo: antecedentes familiares y personales de enfermedad, conductas que se han tenido para el cuidado de la salud, hospitalizaciones, tratamientos médicos recibidos etc....)

Los datos actuales:

⁹ IYER, Patricia W. et al. Proceso y diagnostico de enfermería, 3 edición, Mc. Graw Hill, México 1997, pag.41

Son hechos que suceden en el momento y que son el motivo de consulta u hospitalización.

La entrevista es una labor compleja que requiere ante todo habilidad en la comunicación y de la interrelación estrecha con el usuario.

Su finalidad es la obtención de la información necesaria para el diagnóstico y planeación de actividades, la iniciación de un ambiente terapéutico caracterizado por el diálogo, respeto, confianza y el establecimiento de objetivos comunes entre la enfermera y el usuario.

Toda entrevista por mas sencilla que deba ser tiene una *introducción*, para saludar al usuario proceder a presentarse y explicar la razón de la entrevista debe poseer un núcleo, caracterizado por el diálogo y por seguir la estructura de la guía de la valoración, la entrevista debe presentar un cierre para informar al usuario sobre su termino, agradecer la colaboración y establecer objetivos comunes.¹⁰

Métodos para obtener datos:

1.3.2.1.1-A) Entrevista Clínica:

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

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

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

¹⁰ALFARO-Lefevre, Rosalinda., Aplicación del proceso enfermero, 4 edición, Springer Verlag, Ibérica, España, 1999, pág. 41

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 al paciente informarse y participar en la identificación de sus problemas Y en el planteamiento de sus objetivos Y también.
- Ayudar a la enfermera a determinar que otras áreas requieren un análisis específico a lo largo de la valoración.

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

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

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

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

La entrevista clínica tiene que ser comprendida desde dos ámbitos:

- Un ámbito interpersonal en el que dos o más individuos se ponen en contacto y se comunican;

- Otro ámbito de la entrevista es el de una habilidad técnica.

La entrevista puede verse interrumpida por los ruidos, entendiéndose por esto no solamente los ruidos audibles sino también, la imagen global que ofrece el centro sanitario. Éstas pueden ser controladas por el entrevistador en la mayoría de los casos. Tres tipos de interferencias:

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

Interferencia emocional Es frecuente, consiste en una reacción emocional adversa del paciente o del entrevistador. Los estados emocionales extremos como ansiedad, depresión, miedo a una enfermedad grave o a lo desconocido, dolor o malestar. Por parte del profesional, agresividad, excesiva valoración de sí mismos, excesiva proyección sobre los pacientes e incluso de responsabilización 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 a la persona.

Las técnicas verbales son:

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

La reflexión o reformulación, consiste en repetir o expresar de otra forma lo que se ha comprendido de la respuesta del paciente, permite confirmar y profundizar en la información.

Las frases adicionales, estimula la continuidad del proceso verbal de la entrevista.

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

Expresiones faciales,

La forma de estar y la posición corporal.

Los gestos.

El contacto físico.

La forma de hablar.

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

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

Cibanal (1991), implica el aprecio de la dignidad y valor del paciente y el reconocimiento como persona.

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

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».

1.3.2.1.2.-B) Exámen físico

Permite obtener una serie de datos a valorar el estado de salud de un individuo y determinar la eficacia de las intervenciones de enfermería y medicas, este debe ser sistemático y preciso, con un modelo por sistemas corporales o de cabeza.

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

Para efectuar "el exámen físico se requiere de cuatro técnicas principales: inspección, palpación, percusión y auscultación."¹¹

La enfermera debe practicar el exámen físico integral, haciéndose necesarios los conocimientos, habilidades y actividad para tener éxito.

La inspecciónconsiste en utilizar los sentidos de la vista, olfato y oído. Es un proceso activo donde la enfermera debe saber que inspecciona y el orden a

¹¹ KOZZIER, Barbara, et. Al., Enfermería fundamenta, I vol., I y II, 4 edición., Mc. GrawHill, Interamericana, España, 1993, pág. 43-44

seguir, se puede valorar el cuerpo expresiones faciales, características de la piel, movimientos realizados, olor y ruidos que emite el usuario.

La palpación es el examen que se realiza utilizando el sentido del tacto, es decir las yemas de los dedos, por su inervación las hace sensibles para determinar: textura, temperatura, posición y tamaño de órganos, etc... Puede ser superficial, para tener éxito es necesario que el usuario se encuentre relajado, que las manos del explorador estén tibias e iniciar con la palpación superficial y en zonas que no sean dolorosas.

La percusión es un método de valoración en la que la superficie del cuerpo es golpeada para producir sonidos, o vibraciones se emplea para estimar el tamaño del órgano, la presencia de líquido, aire o algún sonido, puede ser directa al golpear el área que ha de percutir con las yemas de los dedos directos o indirectamente, cuando coloca contra la piel el dedo medio de la mano dominante y procede a golpear con la punta del dedo de la otra mano.

La auscultación es el proceso de escuchar los sonidos producidos por el cuerpo valora el funcionamiento de diversos órganos, al igual que la percusión esta puede ser directa cuando se emplea el sentido de la audición e indirecta empleando un estetoscopio.

- Validación de la información

La validación de datos evita interpretaciones erróneas, omisiones, centrar la atención en la dirección equivocada y cometer errores al identificar los problemas.

Revalorar al usuario, comparar datos objetivos y subjetivos, consultar a la persona/ familia y a otros integrantes del equipo sanitario.¹²

La validación de datos es de suma importancia por que si no se realiza es probable, que en la etapa del diagnostico se presentes dificultades para la agrupación e interpretación de la información.

Es necesario re revalorar al usuario, solicitar a otra enfermera que recolecte aquellos datos en los que no este seguro, comparar datos objetivos, subjetivos, consultar al usuario/ familia y a otros integrante del equipo sanitario.

- Organización de datos

La forma de organizar los datos depende de sus conocimientos, habilidades y preferencias. El propósito de organizar o agrupar la información en categorías es ayudarle a usted a obtener una imagen más clara de los problemas y de los recursos, es conveniente organizar los datos de acuerdo al modelo de Enfermería.

- Comunicación y registro de los datos.

Es el ultimo paso de la valoración consiste en informar y registrar los datos que se obtuvieron durante la entrevista y el examen físico.

Los objetivos que persiguen el registro de la información son: favorecer la comunicación entre los miembros del equipo de atención sanitaria, facilitar la prestación de una asistencia de calidad. Proporciona mecanismos para la evaluación de la asistencia, formar un registro legal permanente y ser base para la investigación en Enfermería.¹³

¹² ALFARO-Lefevre, Rosalinda., Aplicación del proceso enfermero, 4 edición, Springer Verlag, Ibérica, España, 1999, pág. 46

¹³ IYER, Patricia W. et al. Proceso y diagnostico de enfermería, 3 edición, Mc. Graw Hill, México 1997, pag.47

Informar de los datos significativos para acelerar el tratamiento y completar la recolección de la base de datos

Con respecto al registro de datos, este varía de un centro laboral a otro, pero el "saber como y que anotar, es importante en extremo para el paciente y para protegerse así misma de posibles demandas por mala práctica profesional."¹⁴

¹⁴ ALFARO-Lefevre, Rosalinda., Aplicación del proceso enfermero, 4 edición, Springer Verlag, Ibérica, España, 1999, pág. 47

1.3.2.2. Diagnóstico.

Es la segunda etapa del proceso que inicia al concluir la valoración y constituye una función intelectual compleja, al requerir de diversos procesos mentales para Establecer un juicio clínico sobre la respuesta de la persona, familia y comunidad, así como los recursos existentes (capacidades).¹⁵

Para realizar esta etapa se requiere de cuatro pasos fundamentales:

1.- Razonamiento diagnóstico

Es la aplicación del pensamiento crítico a la solución de problemas. La enfermera durante el razonamiento diagnóstico realiza diversas funciones intelectuales, integra los conocimientos adquiridos y experiencias para finalmente concluir en un juicio clínico.

2.- Realizar la valoración

Se requiere haber realizado la valoración y el razonamiento diagnóstico antes de iniciar con la formulación de diagnóstico enfermeros y problemas interdependientes. También es preciso conocer las categorías diagnóstica de la N.A.N.D.A. y la estructura que deben de tener los diagnósticos enfermeros y problemas interdependientes de acuerdo sus características.

3.- Validación

Consiste en confirmar la precisión de los diagnósticos enfermeros y problemas interdependientes. Durante la validación, la enfermera debe de consultar al usuario para corroborar que este en lo cierto, también es recomendable solicitar accesoria cuando no se reúnan los conocimientos o experiencias suficientes.

4.- Registro de los diagnósticos enfermeros y problemas interdependientes.

¹⁵ IYER, Patricia W. et al. Proceso y diagnóstico de enfermería, 3 edición, Mc. Graw Hill, México 1997, pag.51.

Una vez validados los diagnósticos enfermeros y problemas interdependientes, puede escribirse en la hoja de notas de Enfermería y en los planes de cuidados para iniciar con la etapa de planeación¹⁶.

Diagnostico:

Es un juicio clínico sobre la respuesta humana de una persona, familia o comunidad a procesos vitales y a procesos de salud.

Los diagnósticos enfermeros están dentro del ámbito independiente de la práctica profesional ya que se refieren a situaciones que la enfermera identifica, valida y trata independientemente, siendo ella la responsable del logro del resultado deseado, por lo tanto, únicamente en los diagnósticos enfermeros deben utilizarse las categorías diagnósticas de la N.A.N. D. A.

Diagnostico interdependiente o de colaboración:

Es un juicio clínico sobre la respuesta fisiopatológica del organismo a problemas de salud, reales o riesgo donde la enfermera es responsable de su predicción, prevención y tratamiento, en colaboración con el equipo sanitario.

Los problemas interdependientes, se relacionan con la patología, con la aplicación del tratamiento prescrito por el médico y con el control tanto de la respuesta a este como de la evolución de la situación patológica, lo que sitúa en el ámbito de la interdependencia con otro profesional, aunque nuestra atención siga centrada en la persona.

Los diagnósticos enfermeros se clasifican en reales, de riesgo y promoción de salud y salud de salud.

¹⁶ RODRIGUEZ, Sánchez, Bertha A. "Proceso Enfermero", 2ª edición, Edit., Cuellar, 2002 Guadalajara Jalisco, Pág. 51- 62

REALES: Describe las respuestas humanas a procesos vitales/estados de salud que existen en una persona familia o comunidad. Esta apoyado por características definitorias (manifestaciones, signos y síntomas) que se agrupan en patrones de claves o interferencias relacionadas.

RIESGO: Describe respuesta humanas a estados de salud/procesos vitales que pueden desarrollarse en una persona, familia o comunidad vulnerables. Esta apoyado por factor de riesgo que contribuyen al aumento de la vulnerabilidad.

SALUD: Describe respuestas humanas a niveles de bienestar en una persona, familia o comunidad que están en disposición de mejorar. Esta disposición se sustenta en características definitorias. Como en todos los diagnósticos, se identifican los resultados sensibles a la intervención enfermera e intervenciones enfermeras que proporcionen una alta probabilidad de alcanzarlos.

PROMOCION DE LA SALUD: Juicio clínico sobre las motivaciones y deseos de una persona, familia o comunidad de aumentar su bienestar y actualizar su potencial de salud que se manifiesta en su disposición para mejorar conductas de salud específicas, como la nutrición y el ejercicio. Pueden usarse con cualquier estado de salud y no requieren ningún nivel específico de bienestar. Esta disposición se apoya en características definitorias. Las intervenciones se seleccionan conjuntamente con la persona, familia o comunidad para asegura al máximo la habilidad para alcanzar los resultados esperados.

Componentes de un Diagnostico:

Etiqueta: Proporciona un nombre al diagnostico. Es un término o frase concisa que representa un patrón de claves relacionadas. Puede incluir modificadores.

Definición: Proporciona una descripción clara y precisa, delinea su significado y ayuda a diferenciarlo de diagnósticos similares.

Características definitorias: Claves observables/inferencias que se agrupan como manifestaciones en un diagnóstico enfermero real o de bienestar.

Factores de riesgo: Factores ambientales y elementos fisiológicos, psicológicos, genéticos o químicos que incrementan la vulnerabilidad de una persona, familia o comunidad ante un evento no saludable.

Factores relacionados: Factores que parecen mostrar algún tipo de patrón de relación con el diagnóstico enfermero. Puede describirse como antecedentes a, asociados con, relacionados con, contribuyentes a o coadyuvantes al diagnóstico. Solo los diagnósticos enfermeros reales tienen factores relacionados.¹⁷

Definición y la forma de estructuración:

Real:

Etiqueta Diagnóstica relacionada con Factor Relacionado Contribuyente manifestado por Características Definitorias.

Riesgo:

Etiqueta Diagnóstica relacionado con Factor de Riesgo.

Salud:

Disposición Etiqueta Diagnóstica manifestado por Características definitorias.

Promoción de la Salud:

¹⁷ NANDA I, "Diagnósticos enfermeros, Definiciones y clasificaciones", 2007 – 2008, Edit. Elsevier, 2007, Madrid- España, págs. 344-345.

Disposición Etiqueta diagnostica relacionada con Factor Relacionado
Contribuyente manifestado por Características Definitorias.

1.3.2.3. Planeación.

Es la tercera etapa del proceso enfermero que inicia después de haber formulado los diagnósticos enfermeros y problemas interdependientes, y que consiste en “la elaboración de estrategias diseñadas para reforzar la respuestas del cliente sano o para evitar reducir o corregir las respuestas del cliente enfermo”.

Los pasos de planeación son:

1.- Establecer prioridades.- Durante la priorización se emplea el pensamiento crítico, para analizar los problemas y reconocer a que prioridad pertenece, lo que permite brindar una atención de Enfermería de acuerdo a la jerarquía de las necesidades humanas. Es importante señalar que la mayoría de las ocasiones los problemas interdependientes son prioritarios, sobre todo si la persona se encuentra hospitalizado y grave; sin embargo, los diagnósticos enfermeros se pueden tratar en forma simultanea a los problemas interdependientes.

2.- Elaborar los resultados esperados.-son una parte indispensable dentro de la etapa de planeación ya que con ellos” usted mide el éxito de un plan determinado” al valorar el logro de los resultados. También permite dirigir las acciones de Enfermería para dar solución a los problemas de salud encontrados, y son factores de motivación, al generar numerosas acciones a las enfermeras.

3.- Intervenciones de Enfermería.- son estrategias concretas diseñadas para ayudar al cliente a conseguir los objetivos, y están encaminadas a tratar los factores relacionados o de riesgo del problema de salud señalado en el diagnóstico enfermero o problema interdependiente. En la determinación de dichas estrategias se emplea el pensamiento crítico, para analizar la situación

"problema" mediante cuestionamientos que conducen a la selección y acciones de Enfermería específica.

4.- Documentar el plan de cuidados.- Los planes de cuidados de Enfermería son documentos que contienen: el problema de salud encontrada (diagnóstico enfermero o problema interdependiente), objetivos, acciones de Enfermería y evaluación. Existen dos tipos de planes de acuerdo a sus componentes: para diagnósticos enfermeros y para problemas interdependientes; la diferencia entre ambos es que uno se refiere a una respuesta humana (diagnóstico enfermero), y el otro a una respuesta fisiopatología (problema interdependiente); y que las funciones interdependientes de Enfermería únicamente se incluyen en los planes de cuidados para problemas interdependientes¹⁸.

Es un juicio clínico sobre la respuesta humana de una persona o familia o comunidad a procesos vitales y a problemas de salud reales,

Posterior a la etapa de diagnóstico concluye con un número determinado de diagnósticos enfermeros y problemas interdependientes, lo que hace indispensable la identificación de los problemas de salud en los cuales se debe centra la atención, y realizar acciones inmediatas, por que representan una amenaza para la vida de la persona.

La priorización, siguiendo la jerarquía de las necesidades humanas de Maslow y Kalish, resulta fácil cuando la enfermera sigue el orden señalado.

Durante la priorización se emplea el pensamiento crítico para realizar los problemas y reconocer a que prioridad pertenecen, lo que permite brindar una atención de Enfermería de acuerdo a la jerarquía de las necesidades humanas.

¹⁸ Ibidem, pag.51

Los objetivos son parte indispensable dentro de la etapa de la planeación, ya que con ellos usted mide un plan determinado.

1.3.2.3.1 Taxonomía NOC resultados esperados.

El año 1991 se creó un equipo de investigación conducido por Marion Johnson y Morread MAAS, en la university of Iowa, para desarrollar una clasificación de los resultados de los pacientes 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 , publicada por primera vez el año 1997 . Los resultados del paciente sirven como criterio para juzgar el éxito de una intervención enfermera. 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. XIX) Es conocido que numerosas variables junto con la intervención , influyen en los resultados del paciente . 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 es estado del paciente, 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 del paciente 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 cambio 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 entornos de cuidados. Los resultados se han desarrollado para utilizarse en cualquier entorno 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 dada para 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 . La información actual sobre la NOC está disponible en la página Web de center for Nursing XClassification and Clinical Effectiveness: www.nursing.uiowa.edu/cnc.

- Son los instrumentos de medición del plan de cuidado. El éxito del plan de cuidados depende si se alcanzaron los resultados esperados.
- Dirigen las intervenciones, primero se plantean los resultados al conseguir y luego como se conseguirán.

- Son elementos motivadores, todos los miembros del equipo conocen la meta a conseguir y dirigen sus esfuerzos hacia ello.

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

La clasificación de resultados contienen 330 resultados cada uno de ellos incluye un nombre de identificación (etiqueta). Una definición y un grupo de indicadores que describen el estado específico del paciente, cuidador familiar o sociedad en relación del resultado, una escala de medida de tipo Likert de cinco puntos y una selección de citas bibliográficas, utilizadas en la descripción del resultado. Todos los elementos de la taxonomía están codificados, incluyendo las escalas de medición, cada resultado tiene un código único 4 dígitos los indicadores se codifican añadiendo dos dígitos más el código de su respectivo resultado (del 01 al 99). Y las escalas van codificadas con letra¹⁹.

¹⁹ JOHNSON, Marion. Et Cols. "Clasificación de resultados de enfermería", 2ª edición, Edit. Harcut – Mosby, 2000, Madrid - España, Págs. 162-167.

1.3.2.4 Ejecución

Es la cuarta etapa del proceso enfermero que comienza una vez que se han elaborado los planes de cuidados y esta enfocada al inicio de aquellas intervenciones de Enfermería que ayudan a la persona a conseguir los objetivos deseados. Y los pasos para la ejecución son:

Preparación.-

- Revisar que las acciones estén de acuerdo con las características de la persona y que sean compatibles con las de otros profesionales, haciéndose necesaria la revaloración.
- Analizar y estar seguros de que se tienen los conocimientos y habilidades necesarios para realizar actividades planeadas, en caso de no ser así, es indispensable solicitar accesoria.
- Tener en mente las complicaciones que se pueden presentar al ejecutar cada actividad de Enfermería.
- Reunir el material y equipo para llevar a cabo cada intervención.
- Crear un ambiente confortable y seguro para el usuario durante la realización de cada actividad.
- Delegar cuidados enfermeros que se apeguen a los cuatro puntos clave de la delegación, tarea correcta, persona correcta, comunicación correcta y evaluación correcta.

Intervención.- Las intervenciones de Enfermería pueden llevarse a cabo de forma independiente o interdependiente que incluyen, la valoración la prestación de cuidados para conseguir los objetivos, la educación del usuario, familia y comunidad, y la comunicación con otros miembros del equipo de atención sanitaria. Es importante considerar las capacidades físicas, psicológicas y sociales

del usuario durante la ejecución de las acciones de Enfermería, para lograr su participación e independencia.

Como las respuestas humanas y fisiopatológicas son cambiantes, es precisa la revaloración del usuario, familia y comunidad para estar seguros que las intervenciones de Enfermería son las apropiadas.

Documentación.- Es el registro que realiza la enfermera en las notas de Enfermería, en calidad de documento legal permanente del usuario y como registro indispensable en todas las instituciones de salud.

Existe gran diversidad en los registros de Enfermería por obedecer a registros particulares de cada unidad de atención para el cuidado de la salud, sin embargo estos deben de reunir ciertas características como son: fecha y hora; datos de valoración, intervenciones de Enfermería; resultados obtenidos y nombre/ firma de la enfermera. Asimismo las notas deben de ser concisas, claras y completas, legibles, relevantes y oportunas.²⁰

Posteriormente pueden llevarse a cabo las intervenciones de enfermería independientes e interdependientes planeadas, que incluyen: la valoración, la prestación de cuidados para conseguir los objetivos, la educación del usuario, familia y comunidad, y la comunicación con otros miembros del equipo. Es fundamental considerar las capacidades físicas, psicológicas y sociales de la persona durante la ejecución de las acciones de enfermería, para lograr su participación e independencia.

Como las respuestas humanas y fisiopatológicas son cambiantes, es precisa la revaloración de la persona, familia y comunidad para estar seguros de que las intervenciones de Enfermería son las apropiadas. Cada acción de enfermería

²⁰TYER, Patricia W. et al. Proceso y diagnóstico de enfermería, 3 edición, Mc. Graw Hill, México 1997, pag.89.

debe de ser el resultado de una valoración y de la aplicación del pensamiento crítico.²¹

1.3.2.4.1.- Taxonomía 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 McMloskey (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, publicada por primera vez el año 1992. A diferencia de los diagnósticos enfermeros o del resultado del paciente, donde este es el centro de interés, en las intervenciones de enfermería el centro de interés es la conducta enfermera, todo aquello que los profesionales de enfermería realizan para ayudar al paciente a avanzar hacia un resultado deseado.

Una intervención se define como << cualquier tratamiento basado en el conocimiento y juicio clínico, que realiza un profesional de enfermería para favorecer los resultados esperados del paciente /cliente. Las intervenciones enfermeras incluyen todas las intervenciones ejecutadas por las enfermeras tanto los cuidados indirectos dirigidas a los individuos, las familias o la comunidad ya sean tratamientos iniciados por las enfermeras por los médicos o por otros profesionales >> (Dochterman & Bulechek 2004. pág. xxiii). 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

²¹ RODRIGUEZ, Sánchez, Bertha A. "Proceso Enfermero", 2ªedicion, Edit., Cuellar, 2002 Guadalajara Jalisco, Pág. 90.

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

.²²

²² JOANNE C. McCloskey et al Clasificación de Intervenciones de Enfermería (CIE) 3ª Edición Editorial Harcourt, Mosby España 2001 Pág. 3,

1.3.2.5.- Evaluación

Es la última etapa del Proceso Enfermero y a la vez una exigencia en toda la práctica de Enfermería; la evaluación como parte del proceso es continua y formal por lo que está presente en la *valoración, diagnóstico, planificación y ejecución*.

La evaluación en el Proceso Enfermero es útil para determinar el logro de los objetivos; identificar las variables que afectan, decidir si hay que mantener el plan, modificarlo o darlo por finalizado.

La evaluación es compleja; sin embargo al emplear la metodología del proceso enfermero se facilita por ser sistemática y continua, ya que se brinda una base cognoscitiva para la práctica autónoma de Enfermería y requiere de la interrelación con el usuario y su familia²³

La evaluación en el proceso enfermero es útil para "alcanzar los resultados esperados; identificar las variables que afectan, decidir si hay que mantener el plan, modificarlo o darlo por finalizado por lo tanto, es necesaria la valoración del usuario, familia y comunidad. Para confrontar el estado de salud actual con el anterior y corroborar la consecución de objetivos.

Cuando los resultados no son los esperados o simplemente no hay una respuesta satisfactoria, la enfermera debe revisar cada una de las etapas del proceso detectar posibles fallas y proceder y corregirlas para el desarrollo de esa actividad, la enfermera y el paciente deben determinar el progreso o la falta de progreso hacia la realización de sus metas en forma conjunta; identificando obstáculos y estrategias.²⁴

²³ RODRIGUEZ, Sánchez, Bertha A. "Proceso Enfermero", 2ª edición, Edit., Cuellar, 2002 Guadalajara Jalisco, Pág. 93-95

²⁴ LEDDY, Susan, et al., Bases conceptuales de la enfermería profesional, 1ª edición, O.P.S, Harper Row, Publisher, U.S.A., 1989, pág. 93.

1.4.-Generalidades del modelo de Virginia Henderson:

1.4.1.-Definición

Nació en Kansas City, Missouri, desarrollo su interés por la enfermería En 1918 ingresó en la Army School of Nursing de Washington. Se graduó en 1921 y aceptó el puesto de enfermera domiciliaria en el Henry Street Visiting Nurse Service de Nueva York. En 1922 empezó a enseñar enfermería en el Norfolk Protestant Hospital de Virginia. Se da cuenta que le falta preparación para enseñar aquellos conocimientos que quería impartir y cinco años más tarde entra en el Teacher's College de la Universidad de Columbia donde consecutivamente obtuvo los grados de Bachelor of Science y Master of Arts., con especialización en docencia de Enfermería. En 1929 trabajó como directora docente en las clínicas de Strong Memorial Hospital de Rochester, Nueva York.

En 1930 volvió al Teacher's College como miembro del profesorado para impartir cursos sobre el proceso analítico en enfermería y práctica clínica hasta 1948. Pasa un tiempo como enfermera en rehabilitación, será en esta época donde tomo conciencia de la importancia en recobrar la independencia del enfermo.

Lleva a cabo un trabajo de investigación comparando métodos de asepsia y utilizándolos en los cuidados enfermeros. Elabora un trabajo de investigación que duró cinco años con el sociólogo Leo Simmons, sobre la importancia del crecimiento profesional de la Enfermería.

Virginia Henderson ha disfrutado de una larga carrera como autora e investigadora. Durante su estancia entre el profesorado del Teacher's College revisó la 4ª edición del "Textbook of de Principales and Practice of Nursings" de

Bertha Harmer, edición editada en 1939. La 5ª edición del texto fue publicada en 1955 y contenía la propia definición de Enfermería de Henderson. Ha estado asociada a la Universidad de Yale desde principios de los años 50 y ha hecho mucho para promover la investigación de enfermería a través de esta asociación.

Su libro "The Nature of Nursing" se publicó en 1966 y en él define su concepto original y primordial de enfermería. Se volvió a publicar en 1991, añadiendo al título, "Reflexiones 25 años después". En 1978 publica la 6ª edición de "The Principles and Practice of Nursing".

Como enfermera docente. Esta teórica de Enfermería incorporó los principios fisiológicos y psicopatológicos a su concepto de Enfermería. Inicialmente no pretendió elaborar una teoría de Enfermería. Lo que llevó a desarrollar su trabajo fue la preocupación que le causaba el constatar la ausencia de una determinación de la función propia de la enfermera desde su época de estudiante. "sus experiencias teóricas y prácticas la llevaron a preguntarse que es lo que debería de hacer las enfermeras que no pudieran hacer los otros profesionales de la salud. El modelo absolutamente medicalizado de las enseñanzas de Enfermería de aquella época, le creaba insatisfacción por la ausencia de un modelo enfermero que le proporcionara una identidad propia.

A partir de la revisión de la bibliografía existente en aquellos sobre Enfermería, se dio cuenta que los libros que pretendían ser básicos para la formación de enfermeras, no definían de forma clara cuáles eran sus funciones y que sin ese elemento principal para ella no se podían establecer los principios y la práctica de la profesión. En 1956 define la función propia de la enfermera en el libro "The nature of Nursing" de la siguiente forma:

“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 este 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 posible²⁵.”

Los elementos más importantes de su Modelo son:

La enfermera asiste a las personas en las actividades esenciales para mantener la salud, recuperarse de la enfermedad, o alcanzar la muerte en paz.

Introduce y/o desarrolla el criterio de independencia de la persona en la valoración de la salud.

Identifica 14 necesidades humanas que componen “los cuidados enfermeros”, esferas en las que se desarrollan los cuidados.

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

²⁵ FERNÁNDEZ Ferrín Carmen, Novel Martí Gloria (1995) “El modelo de Henderson y el proceso de atención de enfermería”, Edición Edit. Pág. 69

1.4.2.- Necesidades humanas básicas según Virginia Henderson son

1º.- Necesidad de Oxigenación.

Matiza el control de algunos aspectos ambientales, tales como la temperatura, humedad, sustancias irritantes y olores. Hace referencia al masaje cardiaco y control de oxigenación.

2º.- Necesidad de Nutrición e Hidratación.

La enfermera debe conocer los aspectos psicológicos de la alimentación y establecer una supervisión constante sobre la comida, teniendo en cuenta, gusto, etc.

3º.- Necesidad Eliminación.

La enfermera deberá observar si la eliminación es normal. Incluye la protección de la piel contra la hidratación y una buena utilización de ropa de vestir y camas.

4º.- Necesidad de Termorregulación.

Hace referencia también al control de insectos, prevención de la polución de las aguas y contaminación de la comida

5º.- Necesidad de Moverse y Mantener buena postura.

Hace matiz sobre los cambios posturales y la prevención de úlceras por decúbito, e incluye la rehabilitación.

6º.- Necesidad de Descanso y Sueño.

Hace referencia la dolor y al uso discriminado de somníferos.

7º.- Necesidad de usar prendas de vestir adecuadas.

Es importante reducir al mínimo la interrupción de costumbres establecidas y el uso de ropas que lo hagan sentir un miembro activo de la comunidad.

8º.- Necesidad de Higiene y Protección de la piel.

Tiene en cuenta el valor psicológico, aparte de los fisiológicos. El número de baños completos deben determinarse de acuerdo con la necesidad física y la voluntad del paciente.

9º.- Necesidad de Evitar los peligros.

Hace referencia a la prevención de accidentes y a la protección a sí mismo y de las personas que lo rodean. La autoestima también introduce el conocimiento sobre la esterilización.

10º.-Necesidad de Comunicarse.

En medida que fomente las buenas relaciones del paciente, promueve el bienestar de sí mismo, ayuda a la persona a comprenderse así mismo y cambiar ciertas condiciones, que son las que han convertido en enfermo y aceptar aquello que no puede ser cambiado.

11º.-Necesidad de Vivir según sus creencias y valores.

Respeto y tolerancia a la raza, color, religión, creencias y valores. Secreto profesional.

12º.-Necesidad Trabajar y realizarse.

Aceptación del rol de cada uno.

13º.-Necesidad de Jugar y participar en actividades recreativas.

Puede ser un estímulo y un medio de hacer ejercicio. La enfermera puede ayudar a los familiares y amigos del paciente, a que atiendan sus necesidades recreativas del mismo.

14º.-Necesidad de aprendizaje.

La orientación, el adiestramiento o la educación forman parte de los cuidados básicos de la mayoría de las personas, la enfermera tiene una función de docente.

Estas necesidades son comunes en todos los individuos y cada persona en su unicidad, tiene la habilidad y capacidad de satisfacer de forma diferente con el fin de crecer y desarrollarse a lo largo de su vida. Así como la interrelación existente entre las diferentes necesidades que implica que cualquier modificación en cada una de ellas pueda dar lugar a modificaciones en las restantes; 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 sano 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.

Partiendo de la teoría de las necesidades humanas básicas, la autora identifica 14 necesidades básicas y fundamentales que comparten todos los seres humanos, que pueden no satisfacerse por causa de una enfermedad o en determinadas etapas del ciclo vital, incidiendo en ellas factores físicos, psicológicos o sociales²⁶. Normalmente estas necesidades están satisfechas por la persona cuando esta tiene el conocimiento, la fuerza y la voluntad para cubrirlas (independiente), pero cuando algo de esto falta o falla en la persona, una o más necesidades no se satisfacen, por lo cual surgen los problemas de salud (dependiente). Es entonces cuando la enfermera tiene que ayudar o suplir a la persona para que pueda tener las necesidades cubiertas. Estas situaciones de dependencia pueden a parecer por causas de tipo físico, psicológico, sociológico o relacionado a una falta de conocimientos.

Virginia Henderson parte del principio de que todos los seres humanos tienen una serie de necesidades básicas que deben satisfacer dichas necesidades son normalmente cubiertas por cada individuo cuando esta sano y tiene los suficientes conocimientos para ello.

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

²⁶<http://www.terra.es/personal/duenas/teorias2.htm> - Enfermeras Teóricas Virginia Henderson

Permanentes: Edad, nivel de inteligencia, medio social o cultural, capacidad física.

Variabes: estados patológicos, falta aguda de oxígeno, conmoción(inclusive el colapso y las hemorragias), estados de inconsciencia (desmayos, delirios, coma), exposición al calor o al frío que produzcan temperaturas del cuerpo marcadamente anormales, estados febriles agudos debido a toda causa, 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.

Las actividades que las enfermeras realizan para suplir o ayudar ala persona a cubrir estas necesidades es lo que Virginia Henderson denomina cuidados básicos de Enfermería. Estos cuidados básicos sé aplican a través de un plan de cuidado 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 la definición del campo de actuación enfermero, y nivel mas practico, la elaboración de una marco de valoración de Enfermería en base a las 14 necesidades humanas básicas²⁷.

²⁷ Rosales, Barrera Susana. " Fundamentos de Enfermería" , 3 edición, Edit. El manual moderno, Colombia, Bogotá, Pág. 90.

1.4.3.- Metaparadigma

Definición de Henderson de los 4 conceptos básicos del metaparadigma de enfermería:

1.- Persona:

Individuo que requiere asistencia para alcanzar salud e independencia o una muerte en paz, la persona y la familia son vistas como una unidad. La persona es una unidad corporal/física y mental, que esta constituida por componentes biológicas, psicológicas, sociológicas y espirituales. La mente y el cuerpo son inseparables.

La Persona y su familia son consideradas como una unidad. Tanto el individuo sano o el enfermo anhela el estado de independencia. Tienen una serie de necesidades básicas para la supervivencia. Necesita fuerza, deseos, conocimientos para realizar las actividades necesarias para una vida sana.

2.- Salud:

La calidad de la salud, mas que la vida en si misma, es ese margen de vigor físico y mental lo que permite a una persona trabajar con la máxima efectividad y alcanzar su nivel potencial más alto de satisfacción en la vida. Considera la salud en términos de habilidad del paciente para realizar sin ayuda los catorce componentes de los cuidados de Enfermería. Equipara salud con independencia.

Independencia.- La capacidad de la persona para satisfacer por si misma sus necesidades básicas, es decir llevar a cabo las acciones adecuadas para satisfacer las necesidades de acuerdo con su edad, etapa de desarrollo y situación.

Dependencia.-Puede ser considerada una doble vertiente. Por un lado la ausencia de actividades llevadas a cabo por la persona con el fin de satisfacer las 14 necesidades básicas. Por otro lado puede ocurrir que se realicen actividades que

no resulten adecuadas o sean insuficientes para conseguir la satisfacción de las necesidades.

3.- Entorno:

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

Virginia Henderson, no incluyó un concepto de entorno en su modelo. Sin embargo sí menciona de forma implícita y otros explícitamente la importancia de los aspectos socioculturales y del entorno físico (familia, grupo, cultura, aprendizaje, factores ambientales) para la valoración de las necesidades y la planificación de los cuidados.

Así podemos afirmar que el entorno está contemplado sistemáticamente en la descripción de las características de las 14 necesidades básicas y de los factores que las influyen.

CAUSAS DE DIFICULTAD O PROBLEMA

Causas de la dificultad: Son los obstáculos o limitaciones personales o del entorno, que impiden a la persona satisfacer sus propias necesidades:

- 1.- Falta de fuerza: Interpretamos por FUERZA: no 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.
- 2.- Falta de conocimiento: en lo relativo a las cuestiones esenciales sobre la propia salud y situación de enfermedad, la propia persona (autoconocimiento), y sobre los recursos propios y ajenos disponibles.
- 3.- Falta de voluntad: entendida por incapacidad o limitación de la persona para comprometerse en una decisión adecuada a la situación y en la ejecución y

mantenimiento de las acciones oportuna para satisfacer las 14 necesidades básicas.

La presencia de estas tres causas o alguna de ellas puede dar lugar a una dependencia total o parcial, así como temporal o permanente, aspectos que deben ser valorados para la participación de las intervenciones correspondientes. El tipo de participación (de suplencia o de ayuda) vendrá siempre determinada por el grado de dependencia identificado.

4.- Enfermería:

Rol profesional/cuidados básicos de Enfermería y equipo de salud:

Los cuidados básicos son conceptualizados como acciones que lleva a cabo la enfermera en el desarrollo de su función propia, actuando según criterios de suplencia o ayuda, según el nivel de dependencia identificado en la persona.

Virginia Henderson afirma que "los cuidados básicos de Enfermería considerados como un servicio derivado del análisis de las necesidades humanas, son universalmente los mismos, por que todos tenemos necesidades comunes.

Sin embargo varían constantemente por que cada persona interpreta a su manera estas necesidades. Así la enfermera se compone de los mismos elementos identificables, pero estos se han de adaptar a las modalidades y la idiosincrasia de cada persona. De ahí surge el concepto de cuidados individualizados y dirigidos a al persona en su totalidad²⁸.

²⁸ Ibidem Pág. 297

1.4.4.-Afirmaciones teóricas:

Relación enfermera- persona:

Se establecen tres niveles en la relación enfermera persona y estos son:

La enfermera como sustituta de la persona: este se da siempre que la persona tenga una enfermedad grave, aquí la enfermera es un sustituto de las carencias de la persona debido a su falta de fortaleza física, voluntad o conocimiento.

La enfermera como auxiliar de la persona: Durante los periodos de convalecencia la enfermera ayuda a la persona para que recupere su independencia.

La enfermera como compañera de la persona: La enfermera supervisa y educa a la persona pero es ella quien realiza su propio cuidado.

Relación enfermera - medico:

La enfermera tiene una función especial, diferente al de los médicos, su trabajo es independiente, aunque existe una grande relación entre uno y otro dentro del trabajo, hasta el punto de que algunas de sus funciones se superponen.

Relación enfermera - equipo de salud:

La enfermera trabaja en forma independiente con respecto a otros profesionales de salud. Todos se ayudan mutuamente para completar el programa de cuidado a la persona pero no debe realizar las tareas ajenas.

Dentro de las afirmaciones de Virginia Henderson ella define que la enfermera tiene como única función ayudar a individuos sanos o enfermos, actúa como miembro del equipo de salud, posee conocimientos tanto de biología como de sociología, puede evaluarlas necesidades humanas básicas. La persona debe de mantener su equilibrio fisiológico y emocional, el cuerpo y la mente son inseparables, requiere ayuda para conseguir su independencia.

La salud es calidad de vida es fundamental para el funcionamiento humano requiere independencia e interdependencia, favorecer la salud es mas importante que cuidar

1.5 FRACTURA SUPRACONDÍLEA DE HUMERO

La fractura supracondílea se define como la pérdida de solución de continuidad de la metáfisis distal del húmero, por encima de los cóndilos y proximal a la línea fisiaria. Representa el 3-16 % de todas las fracturas en niños, solo superada por la fractura distal del radio; además, es la fractura más frecuente del codo en niños y adolescentes. Su mayor incidencia ocurre en el esqueleto inmaduro, por lo que su pico máximo es en la primera década de vida, entre los 5 y 8 años de edad.

La fractura supracondílea de húmero se clasifica según su mecanismo de producción en: fractura en extensión o flexión. La fractura en extensión ocurre cuando el paciente cae y se apoya sobre la mano con el codo en hiperextensión; mientras que la fractura en flexión ocurre cuando el niño cae sobre el codo y se encuentra en flexión.

Se asocian a un alto porcentaje de la unión incorrecta con deformidades residuales y, lo que es más temible, al grave peligro de la isquemia de Volkmann (síndrome compartimental.) de los nervios y músculos del antebrazo con la contractura resultante.

ANATOMIA PATOLOGICA

La metáfisis distal del humero es ancha, y plana posee una muesca anterior (Fosa corónides) y una posterior (fosa olecraniana,) lo cual la convierte en una zona relativamente débil de la extremidad superior. A consecuencia de un traumatismo e hiperextensión del codo o una caída sobre la mano con el codo flexionado, las fuerzas del impacto se transmiten a través del codo, el cual rodea el extremo distal del humero como la haría una llave inglesa. El resultado es una fractura justo por encima del codo, cuando el traumatismo es notable, se produce un considerable desplazamiento de los fragmentos en el momento de la fractura.

El extremo afiliado del fragmento proximal de la fractura desgarró el periostio anterior y se dirige hacia delante cruzando el músculo braquial hasta el plano donde se sitúan y el nervio mediano y la arteria braquial en el tejido graso subcutáneo de la fosa cubital anterior. Puede atravesar la piel desde dentro produciendo una fractura abierta.

DIAGNOSTICO

La exploración clínica muestra en la región del codo una deformidad evidente, que pronto se convierte en una gran tumefacción a tensión, causada por hemorragia interna.

Debe evaluar e inmediatamente el estado de la circulación periférica y la función de los nervios periféricos. Una alteración circulatoria exige una reducción urgente de la fractura. La exploración radiológica muestra el desplazamiento de los fragmentos óseos, pero no, la gravedad de la lesión de los tejidos blandos.

El fragmento distal se encuentra en un plano posterior y existe una bisagra perióstica posterior intacta. Además, el fragmento distal suele estar desplazado en sentido medial o lateral, siendo esta última la desviación más frecuente.

Cuando el desplazamiento es medial, la charnela perióstica medial está intacta pero si es lateral, existe una bisagra perióstica lateral intacta. Estos factores son importantes en relación con el tratamiento.

TRATAMIENTO

La mayoría de las fracturas supracondílea de humero desplazada, pueden tratarse con reducción cerrada, para ello se realiza una suave tracción.

Si el fragmento distal se encuentra desplazado lateralmente, el antebrazo se coloca en supinación, para tensar el periostio lateral intacto y cerrar la fractura en la cara medial, Lo cual evita desviación en el vago.

Después de la reducción de la fractura se practica una exploración radiológica, con radiografías o con intensificador de imágenes en proyecciones antero posterior y lateral; se aconseja girar el tubo de rayos X y no el brazo del niño con el objeto de no perder la reducción. En esta fase se mantiene la reducción con un enclavamiento percutáneo, bajo control con el intensificador de imágenes, este método evita las complicaciones circulatorias asociadas a la inmovilización en flexión de un codo tumefacto. La extremidad del niño se inmoviliza entonces con una flexión interior a los 90 una férula posterior de yeso (no con un vendaje circular de yeso) se debe ingresar al niños al hospital durante varios días. Una fractura bien reducida y fijada con agujas es estable y proporciona comodidad al paciente. El dolor persistente puede ser una señal de alarma de una isquemia, y no se debe enmascarar con sedación.

La consolidación de las fracturas supracondílea es rápida y el yeso siempre se retira a las 3 semanas. La inmovilización durante un periodo mas largo casi siempre se complica con una rigidez articular del codo incluso en los niños, debida ala extensa lesión de los tejidos blandos.

Después de retirar la férula posterior de yeso y las agujas, a las 3 semanas, el codo del niño presenta cierto déficit de extensión, los ejercicios activos son el único método seguro par recuperar la movilidad articular, y tal vez tengan que realizarse durante un periodo de varios meses o incluso mas tiempo, antes de recuperar el rango de movilidad completo.

Los estiramientos pasivos de la articulación son perjudiciales y hay que evitarlos.

Las fracturas supracondílea cuya reducción es muy inestable pueden tratarse mediante tracción esquelética. Sin embargo, el enclavamiento percutánea ha

sustituido este método, excepto cuando la inestabilidad de la reducción cerrada es extrema.²⁹

²⁹BRUCE Salter Robert, "Trastornos y lesiones del sistema musculoesquelético", Introducción a la ortopedia, fracturas y lesiones articulares, reumatología, osteopatía metabólica y rehabilitación, 3ª Edición, Edit. Masson Barcelona, 2000, pág. 578-580.

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.

En la tercera etapa se jerarquizaron las necesidades afectadas del paciente con base en la escala de Henderson, 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.

3.-APLICACIÓN DEL PROCESO ATENCION DE ENFERMERIA

FICHA DE IDENTIFICACION.

FECHA DE ADMISION: 11 de Enero 2010.

HORA: 11: 15 am.

NOMBRE: Oscar de Jesús Castañón Téllez.

FECHA DE NACIMIENTO: 23 de Octubre 2004.

EDAD: 5 AÑOS.

SEXO: Masculino.

PESO: 24 KG.

TALLA: 1 10cm

ESCOLARIDAD: Preescolar.

DOMICILIO: Calle 10 de Abril # 111.

COL. Emiliano zapata Jojutla, Morelos.

FUENTE DE INFORMACION: Directa con la persona y su madre.

TELEFONO: 734 34 2 56 02.

3.1.- PRESENTACION DEL CASO.

Se trata de preescolar, de sexo masculino, Oscar de Jesús de 5 años de edad, hijo único, vive con su madre y su padre en casa propia, construcción de tabicón, cuenta con todos los servicios públicos y de transporte. con un peso de 24 kilogramos y una estatura de 1.10 cm. de religión católica, acompañado de su madre la Sra. Dulce, quien ingresa al servicio de urgencias del Hospital General Dr. Ernesto Meana San Román ,quien refiere que Oscar sufrió caída de 1 metro de altura aproximadamente, sufriendo lesión de su codo derecho a su llegada. En la exploración física se observa consciente, orientado en tiempo y espacio, sin daños en cabeza, mucosas orales hidratadas, campos pulmonares ventilados, saturando adecuadamente, miembro superior derecho presenta deformidad, edema, con buena circulación distal, llenado capilar de 3 segundos, refiere dolor intenso a la movilización, abdomen blando, depresible, genitales íntegros, miembros inferiores sin alteraciones.

Se presume las siguientes necesidades:

Movimiento y mantener una buena postura.

Descanso y sueño.

Utilizar prendas de vestir.

Higiene y protección.

Evitar peligros.

Comunicación.

Jugar y participar en actividades recreativas.

Aprendizaje.

3.2.- VALORACIÓN

FICHA DE IDENTIFICACIÓN

Nombre Oscar de Jesús Castañón Téllez Edad: 5 años peso 24kg Talla:

Fecha de nacimiento: 23 de octubre 04 Sexo: masculino Ocupación:

Escolaridad: preescolar Fecha de admisión 11 enero 2010 Hora: 11:15 am
Procedencia: Jojutla Fuente de información: Directa al paciente y a la madre

Miembro de la familia: Primogénito.

VALORACIÓN DE NECESIDADES HUMANAS

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

a).- OXIGENACIÓN

Subjetivo:

Disnea debido a: sin alteracion Tos productiva/seca: negado Dolor asociado con la respiración: negado Fumador: negado Desde cuándo fuma/cuántos cigarros al día: negado

Objetivo:

Registro de signos vitales y características: FC 95x FR30x Temp: 36.5c

Tos productiva seca: negado Estado de conciencia: consiente orientado

Coloración de la piel/lechos un guales/peri bucal: buena coloración

De tegumentos Circulación del retorno venoso: buena circulación venosa

Otros: llenado capilar de 3 segundos.

b).- Nutrición e hidratación:

Subjetivo:

Dieta habitual (tipo): normal, leche, huevo, pollo, frutas, verduras, pescado.

Numero de comidas diarias: 3 a 4 veces por día

Trastornos digestivos: sin alteración

Intolerancia alimentaria/ alergias: sin alteración

Problemas de la masticación y deglución: sin alteración

Patrón de ejercicio: presenta dificultad para realizar ejercicios y actividades de acuerdo a su edad, por inmovilización.

Objetivo:

Turgencia de la piel: piel hidratada

Membranas mucosa hidratadas/secas: mucosas orales hidratadas

Características de uñas/cabello: uñas limpias, cabello limpio.

Funcionamiento neuromuscular y esquelético: dificultad para la movilización del codo, inflamación, buen llenado capilar de 3 segundos, inmovilizado debido a la fractura

Aspecto de los dientes y encías: limpios, encías integras.

Heridas, tipo, tiempo de cicatrización: negados

Otros:

Eliminación: sin alteración

Objetivo:

Habito intestinales: evacua de 1 a 2 veces al día Características de las heces, orina, y menstruación: micciones abundantes, amarillo claro, cuando toma 1 ½ al día

Historia de hemorragias/enfermedades renales/otros: negados

Uso de laxantes: no aplica Hemorroides: negados

Dolor al defecar/menstruar/orinar: negados

Cómo influyen las emociones en sus patrones de eliminación: refiere
desesperación al no poder realizar actividades para realizar su eliminación

Objetivo:

Abdomen/características: abdomen blando, deprecible.

Ruidos intestinales: perístalsis presente

Palpación de la vejiga urinaria: sin alteración

Otros: _____

d).- Termorregulación.

Subjetivo:

Adaptabilidad a los cambios de temperatura: refiere que se adapta muy bien.

Ejercicio tipo y frecuencia: practica futbol cada tercer día.

Temperatura ambiental que le es agradable: le gusta el calor, ya que le encanta ir
a nadar

Objetivo:

Características de la piel: piel limpia e hidratada.

Transpiración: normal, aumenta en tiempo de calor

Condiciones del entorno físico: casa de tabique y loza, piso rustico, cuenta con
dos recamaras, sala, comedor y un baño.

Otros: cuenta con todos los servicios públicos, agua, luz y drenaje.

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: con dificultad por presentar fractura en miembro superior derecho.

Actividades en el tiempo libre: ve televisión, y escucha música

Hábitos del descanso: descansa de 1 a 2 horas por las tardes.

Hábitos del trabajo: negados.

Objetivos:

Estado del sistema músculo esquelético/fuerza: refiere sentir debilidad, dolor al movimiento y disminución y fuerza de miembro superior derecho

Capacidad muscular tono/resistencia/flexibilidad: dificultad a la extensión y flexión de codo derecho afectado.

Posturas: limitante a la postura del lado derecho

Ayuda para la deambulación: requiere de ayuda, para la realización de algún movimiento, para levantarse y bajar de la camilla

Dolor con el movimiento: dolor al levantarse de la camilla.

Presencia de temblores: negado Estado de conciencia: consiente

Estado emocional: aprensivo, irritable, quejumbroso

Otros: _____

b).- Descanso y sueño: descansa de 1 a 2 horas por las tardes, y duerme de 9 a 10 horas por las noches.

Horas de descanso: _____ Horario de sueño: _____

Horas de descanso: _____ Horas de sueño: _____

Siesta: 1 hora por la tarde. Ayuda: _____

¿Padece insomnio?: no

A que considera que se deba _____

¿Se siente descansado al levantarse?: no, ya que no pudo descansar bien debido al dolor, y al ambiente hospitalario desconocido

Objetivo:

Estado mental ansiedad/estrés/lenguaje: consiente, aprensivo

Ojeras: negados. Atención: alerta Bostezos: si
Concentración: buena Apatía: negado Cefalea: negados
Respuesta a estímulos: buena 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?: si, ya que el va selecciona sus prendas de vestir, refiere que el viste solo ya que se siente grande.

¿Su autoestima es determinante en su forma de vestir?: si, es determinante, ya que refiere, no poder usar su traje del hombre araña.

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

¿Necesita ayuda para la elección de su vestuario?: si, necesita ropa holgada.

Objetivo:

Viste de acuerdo a su edad: si, pantalón short, playeras, camisas.

Capacidad psicomotora para vestirse y desvestirse: con dificultad, necesita ayuda para colocarle la ropa, debido a la inmovilización de su miembro superior derecho.

Vestido incompleto: negado Sucio: negado Inadecuado: negado

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

Subjetivo:

Frecuencia del aseo: baño, refiere incapacidad para realizar la higiene adecuada después de la evacuación.

Momento preferido para el baño: por las noches.

Cuántas veces se lava los dientes al día de 2 a 3 veces al día.

Objetivo:

Aseo de manos antes y después de ir a comer: si se realiza lavado de manos

Después de eliminar: si lo realiza

Tiene creencias personales o religiosas que limiten sus hábitos higiénicos no interfiere su religión en sus hábitos higiénicos.

Objetivo:

Aspecto general: es bueno, de limpieza

Olor corporal: normal.

Halitosis. Negado

Estado del cuello cabelludo: limpio

Lesiones dérmicas, qué tipo: no presenta lesiones.

d).- Necesidad de evitar peligros

Objetivo

Qué miembros componen la familia de pertenencia: padre y madre de óscar.

Cómo reacciona ante una situación de urgencia: miedo, irritabilidad y llanto, pide ayuda a su madre cuando la necesita

¿Conoce las medidas de prevención de accidentes?: si

En el hogar: que no se acerque a la estufa cuando esta encendida, que s tenga precaución al cruzar la calle.

En el trabajo: si, en el preescolar

¿Realiza controles periódicos de salud recomendados?: si

Cómo realiza las situaciones de tensión en su vida: con miedo, ya que después de sufrir el accidente, refiere no querer asistir al preescolar por temor hacer lastimado por sus compañeros.

Objetivo

Deformidades congénitas: negados Condiciones del ambiente en su hogar: tranquilo, no tiene áreas de riesgo.

Trabajo: no trabaja.

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

a) NECESIDAD DE COMUNICARSE

Subjetivo:

Estado civil: soltero

Años de relación: negados

Vive con: sus padres

Preocupaciones/estrés: se estresa, ya que no puede realizar sus actividades

Familiares: abuelos, Tíos, primos.

Otras personas que pueden ayudar: padres, abuelos

Rol en la estructura familiar: hijo único

Comunica sus problemas debidos a la enfermedad/estado: refiere estar triste por que no va a poder ver a sus compañeros del preescolar por un tiempo.

Cuanto tiempo pasa solo: ningún momento, ya que es un niño

Frecuencia de los diferentes contactos sociales en el trabajo.

Objetivo:

Habla claro: si

Confuso: negado

Dificultad en la visión: sin alteración

Audición: sin alteración

Comunicación verbal con la familia/con otras personas significativas: si, refiere temor al personal de enfermería y al ser lastimado nuevamente por su compañero.

Otros:

b) NECESIDAD DE VIVIR SEGÚN SUS CREENCIAS Y VALORES

Subjetivo:

Creencia religiosa: católico

¿Su creencia religiosa le genera conflictos personales?:

No le afecta.

Principales valores en su familia: amor, respeto, honestidad.

Principales valores personales: amor, honestidad, respeto.

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

Si

Objetivo:

Hábitos específicos de vestir (grupo social religioso):

Usa pantalones, playeras, short y refiere que le gusta vestir su traje del hombre araña

¿Permite el contacto físico?: _____
¿Tiene algún objeto indicativo de determinados valores y creencias?: _____ negados _____
Otros: _____

C) NECESIDAD DE TRABAJAR Y REALIZARSE

Subjetivo:
¿Trabaja actualmente?: no trabaja
Tipo de trabajo: solo acude al preescolar de 9 a 12 pm.
Riesgos: negados
Cuanto tiempo le dedica a su trabajo: tres horas
¿Está satisfecho con su trabajo?: _____
¿Su remuneración le permite cubrir sus necesidades básicas y/o las de su familia?: _____ negado _____
¿Está satisfecho con el rol familiar que juega?: si _____

Objetivo:

Estado
emocional/calmado/ansioso/enfadado/retraído/temeroso/irritable/inquieto/eufórico:
inquieto, irritable, con temor
Otros: _____

d) NECESIDAD DE JUGAR Y PARTICIPAR EN ACTIVIDADES RECREATIVAS

Subjetivo:

Actividades recreativas que realiza en su tiempo libre: practica futbol 3 veces por semana, y pertenece a un equipo del mismo.

Ve televisión

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

refiere que tendrá que suspender su deporte favorito ya que teme ser lastimado.

¿Existen recursos en su comunidad para la recreación?: si, cuenta con una unidad deportiva con canchas de futbol, básquetbol juegos recreativos y área de natación.

¿Ha participado en alguna actividad lúdica o recreativa?: si, torneo infantil de futbol

Objetivo:

Integridad del sistema neuromuscular: dificultad al movimiento

¿Rechaza las actividades recreativas?: si

¿Su estado de ánimo es apático/aburrido/participativo?: aburrido, por su padecimiento

e) NECESIDAD DE APRENDIZAJE

Subjetivo:

Nivel de educación: tercer año de preescolar

Problemas de aprendizaje: si, no sabe leer

Limitaciones cognitivas: no sabe leer, ni escribir debido a su edad

Tipo: _____

Preferencias leer/escribir: no le agrada mucho escribir

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

si

¿Sabe cómo utilizar estas fuentes de apoyo?: si

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

Si, ya que no comprende cómo va a prender a escribir con la mano izquierda por la inmovilización de extremidad superior derecha.

Otros: _____

Objetivo:

Estado del sistema nervioso sin compromiso

Órganos de los sentidos: sin compromiso _____

Memoria reciente: sin compromiso

Memoria remota: sin compromiso.

3.2.- Valoración.

Necesidades Afectadas.

Necesidad	Manifestación
1 Oxigenación.	Sin alteración
2 Nutrición e Hidratación.	Sin alteración.
3 Eliminación.	Sin alteración.
4 Termorregulación.	Sin alteración
5 Movimiento y mantener una buena postura	Dificultad a la movilización para mantener una buena postura y realizar actividades como, levantarse y bajar de la camilla.
6 Descanso y sueño	Refiere no haber completado su sueño, debido al dolor de su miembro superior derecho afectado y al ambiente hospitalario desconocido. Dolor por la fractura manifestado por llanto y agitación.
7 Utilizar prendas de vestir.	Dificultad para colocarse por si mismo su vestimenta. Manifestado por enojo.
8 Higiene y protección de la piel.	Refiere incapacidad para realizar la higiene después de la evacuación.
9 Evitar peligros.	Horror a ser lastimado nuevamente.
10 Comunicación.	Temor al personal de enfermería.
11 Vivir según sus creencias y valores.	Sin alteración.
12 Trabajar y realizarse.	Sin alteración.
13 Jugar y participar en actividades recreativas.	Suspender temporalmente su deporte favorito.
14 Aprendizaje.	no sabe escribir con su mano izquierda

3.3.- Diagnósticos de enfermería.

Necesidad	Diagnóstico
1 Oxigenación.	Potencial de favorecer el patrón respiratorio.
2 Nutrición e Hidratación.	Potencial de favorecer el patrón de nutrición e hidratación.
3 Eliminación	Potencial de favorecer el patrón de eliminación.
4 Termorregulación	Potencial de favorecer el patrón de termorregulación.
5. Movimiento y postura.	Deterioro de la movilidad física relacionado por disminución del control muscular manifestado por dificultad para girarse en la cama.
6 Descanso y sueño.	Deprivación del sueño relacionado por malestar prolongado manifestado por Irritabilidad e interrupciones continuas del sueño.
	Diagnostico de Colaboración: Dolor agudo relacionado por fractura de codo manifestado por conducta expresiva de llanto, agitación.
7 Prendas de vestir	Déficit de auto cuidado vestido/acicalamiento relacionado por dolor manifestado por incapacidad y enojo para vestirse por si mismo.
8 Higiene y protección	Déficit del autocuidado del W.C. relacionado por deterioro de la movilidad manifestado por incapacidad para realizar higiene adecuada tras la evacuación.
9 Evitar peligros.	Síndrome postraumático relacionado por accidentes graves anteriores manifestado por horror a ser aventado. Por compañero del preescolar y ser lastimado.

10 Comunicación	Temor relacionado por falta de familiaridad con la experiencia o experiencias ambientales manifestado por sentirse asustado y falta de confianza al personal.
11 Vivir según sus creencias y valores	Potencial de favorecer sus creencias y valores.
12 Trabajar y realizarse.	Sin alteracion.
13 Jugar y participar en actividades recreativas.	Déficit de actividad y ejercicio relacionado por realizar actividades y usuales manifestado por desesperación al no poder jugar futbol.
14 Aprendizaje.	Conocimientos deficientes relacionado por no saber leer ni escribir, manifestado por verbalización del problema

3.4.- Planeación

Jerarquizar de necesidades y establecimiento de resultados esperados

Necesidades afectadas	Necesidades jerarquizadas	Diagnósticos de enfermería	Resultados esperados
1oxigenacion.	-Descanso y sueño.	Diagnostico de colaboración. Dolor agudo relacionado porfractura de codo manifestado por conducta expresiva de llanto, agitación. Deprivación del sueño relacionado por malestar prolongado manifestado por irritabilidad e interrupciones continuas del sueño.	Control del dolor. Sueño
2 Nutrición e hidratación.	-Movimiento y postura.	Deterioro de la movilidad fisica relacionado por disminucion del control muscular o mala forma fisica	Movimiento articular activo.

		manifestado por dificultad para girarse en la cama y poder levantarse solo.	
3 Eliminación.	-Higiene y protección	Déficit del autocuidado del W.C. relacionado por deterioro de la movilidad manifestado por incapacidad para realizar higiene adecuada tras la evacuación.	Cuidados Personales de Higiene
4 Termorregulación.	4 .-Comunicación	Temor relacionado por falta de familiaridad con la experiencia o experiencias ambientales manifestado por sentirse asustado y falta de confianza al personal.	Control del miedo.
5 movimiento y	Utilizar prendas de vestir	Déficit de autocuidado	Cuidados Personales de

mantener una buena postura.		vestido/acicalamiento relacionado por ferula de yeso y dolor manifestado por incapacidad y enojo para vestirse por si mismo.	Vestir
6 descanso y sueño.	-Evitar peligros	Síndrome post-traumático Relacionado por accidentes graves. Manifestado por horror hacer aventado por compañero del preescolar y ser lastimado.	Superación del Problema.
7.- Vestirse.	-Jugar y participar en actividades recreativas.	Déficit de actividad y ejercicio relacionado por realizar actividades y usuales manifestado por desesperación al no poder jugar futbol	Participación en juegos.
8.- higiene y protección ala piel	-Aprendizaje.	Conocimientos deficientes relacionados por no	Elaboración de la información.

		saber leer ni escribir manifestado por verbalización del problema.	
9 evitar peligros	.		
10 comunicación			
11 vivir creencias			
12 trabajar y realizarse			
13 jugar y participar en actividades recreativas			
14 aprendizaje			

3.5.- EJECUCIÓN

3.5.1- Diagnósticos de Enfermería.

NECESIDAD DE MOVERSE Y MANTENER BUENA POSTURA

DOMINIO: 4 ACTIVIDAD/REPOSO.

Producción, conservación, gasto o equilibrio de los recursos energéticos.

CLASE: 2 ACTIVIDAD/EJERCICIO.³⁰

Movimientos de parte del cuerpo (movilidad) hacer un trabajo o llevar a cabo acciones frecuentemente (pero no siempre) contra resistencia.

DETERIORO DE LA MOVILIDAD FISICA Relacionado por disminución del control muscular o mala forma física.

Manifestado por dificultad para girarse en la cama y poder levantarse solo.

DEFINICION: limitación del movimiento independiente e intencionado del cuerpo de una o más extremidades.³¹

Resultados Esperados NOC	Intervenciones de Enfermería NIC	Fundamentación
Dominio: I Salud Funcional. Resultados que describen la capacidad y realización de las tareas básicas de la vida.) Clase: C Movilidad Física Resultados que describen la movilidad	Campo: Fisiológico Básico. Cuidados que apoyan el funcionamiento físico.) Clase: c	La identificación oportuna de necesidades en el paciente con relación con la mecánica corporal, permite un plan efectivo de atención de enfermería

³⁰ NANDA I, "Diagnósticos enfermeros, Definiciones y clasificaciones", 2007 – 2008, Edit. Elsevier, 2007, Madrid- España, págs. 282-283.

³¹ Op. Cit. Pág. 173.

<p>física del individuo y las secuelas por la restricción de movimiento.³²</p> <p>Movimiento articular activo. Riesgo de la movilidad de las articulaciones con un movimiento auto iniciado.)</p> <p>Indicador Codo derecho</p> <p>Escala de Medición</p> <p>1 Sin movimiento. 2 Movimiento Limitado. 3 Movimiento Moderado. 4 Movimiento.³³</p>	<p>Control de Inmovilidad. Intervenciones para controlar el movimiento corporal restringido y las secuelas.³⁴</p> <p>Intervención: Cambio de Posición Movimiento deliberado del paciente o de una parte corporal para proporcionar el bienestar fisiológico/o psicológico. Actividades -Explique al usuario que se le realizara cambio de posición. -Anime al paciente A participar en los cambios de posición. -Pre medique al paciente antes de cambiarlo, se le ministro analgésico ketorolaco 10 mg IV.</p>	<p>La ausencia o deficiencia de movilización, alineación incorrecta de segmentos corporales, son factores de riesgo de lesiones mecánicas.</p>
---	--	--

³² JOHNSON, Marion. Et Cols. "Clasificación de resultados de enfermería", 2ª edición, Edit. Harcut – Mosby, 2000, Madrid - España, Pág. 90

³³ Op. Cit. Pag.353.

³⁴ BULECHEK, Gloria M. "Clasificación de Intervenciones de enfermería" 5ª edición, Edit. Elsevier, 2002, Barcelona – España, pág. 79.

	<p>-Coloque en la posición terapéutica especificada. Se inmovilizo miembro torácico derecho con férula de yeso.</p> <ul style="list-style-type: none"> - Eleve la parte corporal afectada. <p>-Coloque apoyos en las zonas edematosas (almohadas de bajo de brazo afectado.) Coloque un respaldo.</p> <ul style="list-style-type: none"> -Coloque los objetos frecuentes a su alcance, timbre de llamado etc. - Enseñe a la persona a obtener una buena postura y utilizar una buena mecánica corporal.³⁵ <p>Intervención: Ayuda con los autocuidados: transferencia. Ayudar a una persona con limitación del movimiento</p>	
--	---	--

	independiente para aprender a cambiar de sitio el cuerpo. Actividades - Elegí técnicas de traslado de una zona a otra que fueron adecuadas. Elegí una buena mecánica corporal durante los movimientos. ³⁶	
--	--	--

Evaluación
Oscar aprendió a utilizar una buena mecánica corporal y así logro realizar cambios de posición y movimientos independientes. Alcanzo una escala de medición de 5

³⁴ Op. Cit. Pág. 196.

NECESIDAD DE DESCANSO Y SUEÑO.

Dominio: 12 CONFORT

Sensación de bienestar o comodidad física, mental o social.

Clase: 1 CONFORT FISICO

Sensación de bienestar o comodidad y ausencia de dolor.³⁷

DOLOR AGUDO: Relacionado por dolor intenso de fractura. Manifestado por conducta expresiva de llanto agitación y gemidos.

Definición: Experiencia sensitiva y emocional desagradable ocasionada por una lesión tisular, real o potencial, descrita en tales términos, inicio súbito o lento de cualquier intensidad de leve a grave con un final anticipado o previsible y una duración menor de 6 meses.³⁸

Resultados Esperados NOC	Intervenciones de Enfermería NIC	Fundamentación
Dominio: IV Conocimiento y Conducta Salud. Resultados que describen actitudes, comprensión y acciones con respecto a la salud y ala enfermedad. Clase: Q Conducta en Salud	Campo: I Fisiológico Básico Cuidados que apoyan el funcionamiento físico. Clase: E Fomento de la Comodidad Física. Intervenciones para fomentar la comodidad utilizando técnicas físicas. ⁴¹	La identificación oportuna de las fases del dolor permite establecer un plan terapéutico para evitar, disminuir o controlar el dolor.

³⁶ Ibidem, pág. 180

³⁷ NANDA I, "Diagnósticos enfermeros, Definiciones y clasificaciones", 2007 – 2008, Edit. Elsevier, 2007, Madrid- España, pág. 291

³⁸ Op. Cit. Pág. 96.

⁴¹ DD BULECHEK, Gloria M. "Clasificación de Intervenciones de enfermería" 5ª edición, Edit. Elsevier, 2002, Barcelona – España, pág. 79.

<p>Resultados que describen las acciones de un individuo para favorecer, mantener o restablecer la salud.³⁹</p> <p>Control del dolor Acciones personales para controlar el dolor.</p> <p>Indicador. Refiere dolor controlado.</p> <p>Escala de Medición .</p> <p>1 Nunca manifestado 2 Raramente Manifestado. 3 En ocasiones Manifestado.⁴⁰ 4 Con frecuencia.</p>	<p>Intervención: Manejo del Dolor</p> <p>Alivio del dolor a nivel de tolerancia que sea aceptable para el paciente.)</p> <p>Actividades:</p> <p>-Realice una valoración exhaustiva del dolor que incluyo la localización, características, aparición/duración, frecuencia, calidad, intensidad o severidad del dolor y factores desencadenantes. -Verifique que la persona recibió los cuidados analgésicos correspondientes. - Determine el impacto de la experiencia del dolor sobre la calidad de vida. (Sueño, apetito, actividad, función cognoscitiva, humor.) -Realice una exploración a Óscar sobre los factores que alivian/empeoran el dolor. -Ayude a la persona y ala familia a obtener y proporcionar apoyo.</p>	<p>El uso de la aromaterapia disminuye el estrés, el dolor.</p>
--	--	---

³⁹ JOHNSON, Marion. Et Cols. "Clasificación de resultados de enfermería", 2ª edición, Edit. Harcut – Mosby, 2000, Madrid - España, Pag.91.

⁴⁰ Op. Cit. Pág. 200.

	<p>-Proporcione información acerca del Dolor, tal como causas del dolor, el tiempo que durara y las incomodidades que se esperan debido a los procedimientos.</p> <p>- Se Controlaron factores ambientales que pudieron influir en la respuesta del paciente a las molestias.(iluminación, ruido)</p> <p>-Disminuí y se eliminaron los factores que precipitaban o aumentaban la experiencia del dolor (miedo, fatiga, monotonía y falta de conocimientos.</p> <p>-Enseñe los principios de control dolor.⁴²</p> <p>Intervención</p> <p>Aromaterapia</p> <p>Administración de aceites esenciales mediante, pueden ser masajes, ungüentos o lociones tópicas, inhalación, duchas o compresas (calientes o frías) para calmar y tranquilizar, aliviar el dolor aumentar la relajación y confort.</p> <p>Actividades</p> <p>- obtuve el consentimiento verbal de</p>	
--	---	--

⁴² Op. Cit. Pag.569.

	Óscar para utilizar la aromaterapia. - Ayude a Óscar a darse un baño de regadera. -Observe si Óscar presentaba alguna incomodidad a la aplicación de aceites. ⁴³	
Evaluación Oscar controló el dolor, e identificó las etapas del dolor alcanzó una escala de 3.		

⁴³ Op. Cit. Pag.152.

NECESIDAD DE DESCANSO Y SUEÑO

Dominio: 4 ACTIVIDAD/REPOSO

Producción, conservación, gasto o equilibrio de los recursos energéticos.

Clase: 1 Reposo/ Sueño.

Sueño, descanso, tranquilidad, relajación o inactividad.⁴⁴

DEPRIVACION DEL SUEÑO Relacionado por Malestar prolongado. Manifestado por Irritabilidad e Interrupciones continuas del sueño.

DEFINICION: Prolongados periodos de tiempo sin sueño (suspensión periódica, naturalmente sostenida de relativa inconsciencia).⁴⁵

Resultados Esperados NOC	Intervenciones de Enfermería NIC	Fundamentación
Dominio: I Salud Funcional. Resultados que describen la capacidad y realización de las tareas básicas de la vida. Clase: A Mantenimiento de la Energía. Resultados que describen la recuperación, conservación y gasto de la energía de un individuo. ⁴⁶	Campo: IFisiológico Básico. Cuidados que apoyan el funcionamiento físico. Clase: E Fomento de la comodidad Física. Intervenciones para fomentar la comodidad utilizando técnicas físicas. ⁴⁸ Intervención:	

⁴⁴ NANDA I, "Diagnósticos enfermeros, Definiciones y clasificaciones", 2007 – 2008, Edit. Elsevier, 2007, Madrid- España, pag. 282.

⁴⁵ Op. Cit. Pag. 228.

<p>Sueño Magnitud y patrón de suspensión periódica natural de la conciencia durante el cual se recupera el organismo.</p> <p>Indicador</p> <p>Sueño interrumpido.</p> <p>Escala de Medición: 1 Extremadamente comprometida. 2 sustancialmente Comprometida. 3 Moderadamente Comprometida. 4 levemente Comprometida. 5 No comprometido.⁴⁷</p>	<p>Manejo Ambiental: confort</p> <p>Manipulación del entorno del paciente para facilitar una comodidad óptima.</p> <p>Actividades</p> <ul style="list-style-type: none"> - Determine los objetivos de la persona y familia para la manipulación del entorno y una comodidad óptima. -Proporcione la transición dela persona y de la familia dándoles una cálida bienvenida al nuevo ambiente. - Proporcione una habitación individual por la necesidad de la persona, para obtener y favorecer (El silencio y el descanso) - Atendí inmediatamente las llamadas del timbre. -Evite interrupciones innecesarias. - Cree un ambiente tranquilo y de apoyo. - Proporcione un ambiente limpio y seguro. 	<p>La capacidad de adaptación que tiene el individuo para controlar su ambiente depende de factores como edad, limitaciones físicas, elementos físicos y biológicos en su entorno, experiencias.</p> <p>Es medida de comodidad, la disposición de un ambiente en óptimas condiciones de limpieza y físicas. (Luz tenue, eliminación de ruidos innecesarios.)</p>
--	--	--

⁴⁶ JOHNSON, Marion. Et Cols. "Clasificación de resultados de enfermería", 2ª edición, Edit. Harcut – Mosby, 2000, Madrid - España, Pág. 90.

⁴⁸ BULECHEK, Gloria M. "Clasificación de Intervenciones de enfermería" 5ª edición, Edit. Elsevier, 2002, Barcelona – España, págs. 79.

⁴⁷ Op. Cit. Pág. 402.

	<p>-Facilite medidas de higiene para mantener la comodidad de la persona (aplique cremas dérmicas, limpieza corporal)⁴⁹</p> <p>Intervención: Relajación Muscular Progresiva Facilitar la tensión y relajación de los músculos sucesivos mientras se atiende a las diferencias de sensibilidad resultantes.</p> <p>Actividades: -Elegí un ambiente tranquilo y cómodo. - Se disminuyo la iluminación. -Tome precauciones para evitar interrupciones. - Instale a la persona en una posición cómoda. -explice la importancia de vestir prendas cómodas.⁵⁰</p>	<p>El sueño es una de las formas para recuperar la energía perdida durante el día, por lo tanto, genera descanso físico y mental.</p> <p>La evaluación de la manifestación en el entorno, permite ayudar al paciente a intervenir en la satisfacción de necesidades o solución de problemas.</p>
--	---	--

⁴⁹ Op. Cit. Pág. 468.

⁵⁰ Op. Cit. Pág. 713.

Evaluación:

Oscar logro evitar las interrupciones de sueño mediante la proporción de un ambiente cálido, y una posición cómoda. Quedo en una escala de 5.

NECESIDAD DE USO DE PRENDAS DE VESTIR

Dominio: 4 ACTIVIDAD/REPOSO

Producción, conservación, gasto o equilibrio de los recursos energéticos.

Clase: 5 AUTOCUIDADO

Habilidad para realizar las actividades de cuidado del propio cuerpo y de las funciones corporales.⁵¹

DEFICIT DE AUTOCUIDADO VESTIDO/ ACICALAMIENTO Relacionado por dolor, manifestado por incapacidad y enojo para vestirse por si mismo.

Definición: deterioro de la incapacidad de la persona para realizar o completar por si misma las actividades de vestido y arreglo personal.⁵²

⁵¹ NANDA I, "Diagnósticos enfermeros, Definiciones y clasificaciones", 2007 – 2008, Edit. Elsevier, 2007, Madrid- España, Pág. 284.

⁵² Op. Cit. Pág. 33.

Resultados Esperados	Intervenciones de Enfermería Nic	Fundamentación
<p>Noc</p> <p>Dominio: I Salud Funcional. Resultados que describen la capacidad y realización de las tareas básicas de la vida.</p> <p>Clase: D Autocuidado Resultados que describen la habilidad individual para realizar actividades básicas e instrumentales de la vida diaria.⁵³</p> <p>Cuidados Personales: Vestir, capacidad para Vestirse.</p> <p>Indicador: Se pone la ropa en la parte superior del cuerpo.</p> <p>ESCALA DE MEDICION</p>	<p>Campo: I Fisiológico Básico. Cuidados que apoyan el funcionamiento físico.</p> <p>Clase: F Facilitación de los Autocuidados. Intervenciones para proporcionar o ayudar en las actividades rutinarias de la vida cotidiana.⁵⁵</p> <p>Intervención</p> <p>Vestir</p> <p>Elegir, poner y quitar la ropa a una persona que no puede realizar la actividad por sí misma.</p> <p>Actividades</p> <ul style="list-style-type: none"> - Observe la capacidad de la persona para vestirse. - Vestí a la persona después de completar la higiene personal. 	

⁵³ JOHNSON, Marion. Et Cols. "Clasificación de resultados de enfermería", 2ª edición, Edit. Hareut – Mosby, 2000, Madrid - España, Pág. 90.

⁵⁵ BULECHEK, Gloria M. "Clasificación de Intervenciones de enfermería" 5ª edición, Edit. Elsevier, 2002, Barcelona – España, Pág. 79.

<p>1 Dependiente no Participa. 2 Requiere de ayuda personal y de Dispositivos. 3 Requiere ayuda Personal. 4 Independiente- Mente con ayuda Dispositivos. 5 completamente Independiente.⁵⁴</p>	<p>-fomente su participación en la vestimenta. -Fomente el uso de mecanismos para el auto cuidado. -Vestí la extremidad afectada primero. - Realice cambio la ropa al acostarse. - Proporcione asistencia hasta que la persona fue totalmente capaz de vestirse por si mismo.⁵⁶</p> <p>Intervención <u>Ayuda con los Autocuidados de Vestir/Arreglo Personal.</u> Ayudar a un paciente con la ropa. Actividades. -Considere la edad de la persona al fomentar las actividades de autocuidado. -Proporcione las prendas personales, como calzoncillo ala persona. - Mantuve intimidad mientras Oscar vestía -Explique a Oscar la vestimenta disponible y adecuada que puede vestir.⁵⁷</p>	<p>La ropa y pertenencias del individuo a menudo son símbolo de su identidad.</p> <p>El uso de ropa holgada favorece la facilidad de vestir del usuario y disminuye molestias.</p>
--	--	--

⁵⁴ Op. Cit. Pág. 239

⁵⁶ Op. Cit. Pág. 784.

⁵⁷ Op. Cit. Pág.181.

Evaluación: Oscar comprendió que el uso de ropa holgada facilita su vestimenta, aprendió a colocarse la ropa por sí mismo, queda en una escala de 5.

NECESIDAD DE HIGIENE Y PROTECCION

Dominio: 4 ACTIVIDAD/REPOSO

Producción, conservación, gasto o equilibrio de los recursos energéticos.

Clase: 5 AUTOCUIDADO

Habilidad para realizar las actividades de cuidado del propio cuerpo y de las funciones corporales.⁵⁸

DEFICIT DE AUTOCUIDADO USO DEL WC Relacionado por deterioro de la movilidad, manifestado por incapacidad para realizar la higiene adecuada tras la evacuación.

Definición: deterioro de la incapacidad de la persona para realizar o completar por sí misma las actividades de uso del orinal o WC.⁵⁹

Resultados Esperados Noc	Intervenciones de Enfermería Nic	Fundamentación
Dominio: ISalud Funcional: Resultados que describen la capacidad y realización de las tareas básicas de la vida.	Campo Fisiológico Básico. Cuidados que apoyan el funcionamiento físico.	

⁵⁸ NANDA I, "Diagnósticos enfermeros, Definiciones y clasificaciones", 2007 – 2008, Edit. Elsevier, 2007, Madrid- España, Págs. 282-284.

⁵⁹ Op. Cit. Pág. 32.

<p>Clase : D Autocuidado Resultados que describen la habilidad individual para realizar actividades básicas e instrumentales de la vida diaria.⁶⁰</p> <p>Cuidados Personales de: Higiene</p> <p>Capacidad para mantener la higiene personal.</p> <p>Indicador Se limpia la zona perineal.</p> <p>Escala de Medición.</p> <p>1 Dependiente no Participa. 2 Requiere ayuda Personal y de Dispositivos. 3 Requiere ayuda Personal.</p>	<p>Clase: FFacilitación de los Autocuidados. Intervenciones para proporcionar o ayudar en las actividades rutinarias de la vida cotidiana.⁶²</p> <p>Intervención</p> <p>Ayuda con los Autocuidados: Aseo.</p> <p>Ayudar a otra persona en las eliminaciones.</p> <p>Actividades -Considere la edad de la persona al fomentar las actividades de auto cuidado. - Quite la ropa esencial para permitir la eliminación. -Ayude a la persona en el aseo.</p> <p>-Considere la respuesta de la persona a la falta de intimidad. -Se dispuso de intimidad durante la eliminación.</p>	<p>La comprensión del funcionamiento digestivo influye positivamente en la atención de las necesidades de eliminación del paciente. Un mínimo de ropa sobre el paciente facilita las maniobras durante el procedimiento de la eliminación.</p> <p>El establecimiento de hábitos higiénicos en la eliminación, esta influido por la estructura psicofisiológica.</p>
--	---	--

⁶⁰ JOHNSON, Marion. Et Cols. "Clasificación de resultados de enfermería", 2ª edición, Edit. Harcut – Mosby, 2000, Madrid - España, Pág. 90.

⁶² BULECHEK, Gloria M. "Clasificación de Intervenciones de enfermería" 5ª edición, Edit. Elsevier, 2002, Barcelona – España, Pág. 79.

<p>4 Independiente Con ayuda de Dispositivos. 5 completamente Independiente.⁶¹</p>	<ul style="list-style-type: none"> -Facilite la higiene de aseo después de terminar la eliminación. -Cambie la ropa de la persona después de la eliminación -Enseñe a la persona y a otras personas significativas la rutina del aseo. -Motive las idas al baño, por sí solo. -Controle la integridad cutánea de la persona. -Enseñe la utilidad de la mano izquierda.⁶³ <p>Intervención Ayuda al Autocuidado Ayudar a otra persona a realizar las actividades de la vida diaria.</p> <p>Actividades -Considere la edad de Óscar al promover las actividades de autocuidados. -Proporcione un ambiente terapéutico privado y personalizado par realizar</p>	<p>El aseo de manos antes y después de la eliminación, evita la transmisión de microorganismos causantes de enfermedades gastrointestinales.</p> <p>La humedad en la ropa de cama favorece la aparición de úlceras por presión.</p>
---	---	---

⁶¹ Op. Cit. Pág. 232

⁶³ Op. Cit. Pág. 178

	<p>actividades de autocuidado. -Proporcione ayuda a Óscar hasta que fue capaz de asumir sus autocuidados. -Enseñe a los padres a fomentar la independencia, para intervenir solamente cuando Óscar no pueda realizar la acción dada.⁶⁴</p>	
<p>Evaluación: Oscar aprendió a realizar la higiene utilizando la mano izquierda tras la evacuación, quedo en una escala de 5.</p>		

⁶⁴ Op. Cit. Pág.174

NECESIDAD DE EVITAR PELIGROS.

Dominio: 9 AFRONTAMIENTO/TOLERANCIA AL ESTRÉS.

Forma de hacer a los acontecimientos/ procesos vitales.

Clase: 1 RESPUESTA POSTRAUMÁTICA.

Reacciones tras un trauma físico o psicológico.⁶⁵

SINDROME POS TRAUMÁTICO Relacionado por accidentes graves. Manifestado por horror a ser aventado por compañero del preescolar y ser lastimado.

Definición: Persistencia de una respuesta desadaptada ante un acontecimiento traumático, abrumador.⁶⁶

Resultados Esperados NOC	Intervenciones NIC	Fundamentos
Dominio III Salud Psicosocial. Resultados que describen el funcionamiento psicológico y social. Clase N: Adaptación Psicosocial. Resultados que describen la adaptación psicológica y/o social de un individuo a la alteración de	Campo: 4 Seguridad Cuidados que apoyan la protección contra peligros. Clase V: Control de Riesgos. Intervenciones para iniciar actividades de reducción de riesgos y continuar con el control de riesgos. ⁶⁹	Una atención basada en la comprensión, aceptación y apoyo estimula el comportamiento para disminuir, controlar o eliminar problemas emocionales.

⁶⁵ NANDA I, "Diagnósticos enfermeros, Definiciones y clasificaciones", 2007 – 2008, Edit. Elsevier, 2007, Madrid- España, Pág. 287

⁶⁶ Op. Cit. Pág. 201

<p>la salud o de circunstancias de vida.⁶⁷</p> <p>Superación de Problemas.</p> <p>Acciones para controlar los factores estresantes que ponen a prueba los recursos del individuo.</p> <p>Indicador.</p> <p>Refiere aumento del Bienestar Psicológico.</p> <p>Escala de Medición.</p> <p>1 Nunca Manifestado. 2 Raramente Manifestado. 3 En ocasiones</p>	<p>Intervención</p> <p>Identificación de riesgos. Análisis de los factores de riesgo potenciales, determinación de riesgo para la salud y asignación a la prioridad a las estrategias de disminución de riesgos para un individuo o grupo de personas.</p> <p>Actividades -Se planificaron las actividades de disminución de riesgos, en colaboración de la persona. - Explique la prioridad de las áreas de disminución de riesgos. -Explique la determinación temporal del nivel educativo.⁷⁰</p> <p>Intervención Vigilancia y Seguridad Reunión objetiva y continuada y</p>	<p>El ser humano con autoestima elevada esta en condiciones de enfrentar dificultades emocionales.</p>
--	--	--

⁶⁹BULECHEK, Gloria M. "Clasificación de Intervenciones de enfermería" 5ª edición, Edit. Elsevier, 2002, Barcelona - España, Pág. 86

⁶⁷JOHNSON, Marion. Et Cols. "Clasificación de resultados de enfermería", 2ª edición, Edit. Harcut - Mosby, 2000, Madrid - España, Pág. 90.

⁷⁰ Op. Cit. Pág. 437

<p>Manifestado. 4 Manifestado con Frecuencia. 5 Constantemente Manifestado.⁶⁸</p>	<p>análisis de la información acerca de la persona y del ambiente para utilizarla en la promoción y mantenimiento de la seguridad.</p> <p>Actividades -Brinde confianza al cliente. -Observe si presentaba alteraciones, de la función física o cognitiva que pudieran conducir a una conducta insegura.</p> <p>-Comunique la información acerca del riesgo de la persona a los otros miembros del personal de cuidados. -Proporcione el nivel adecuado de supervisión y vigilancia permitiendo acciones terapéuticas.⁷¹</p>	<p>La confianza y seguridad minimiza el sufrimiento y ayudan a obtener un bienestar al individuo y así lograr una interacción social.</p>
--	--	---

⁶⁸Op. Cit. Pág. 403

⁷¹Op. Cit. Pág. 793

Evaluación: Oscar aprendió a identificar riesgos y aumento su bienestar psicológico. Queda en una escala de 2.

NECESIDAD DE COMUNICACIÓN

Dominio: 9 AFRONTAMIENTO/TOLERANCIA AL ESTRÉS.

Forma de hacer a los acontecimientos/ procesos vitales.

Clase: 2 RESPUESTAS DE AFRONTAMIENTO

Procesos para manejar el estrés ambiental.⁷²

TEMOR Relacionado por falta de confianza y familiaridad hacia el personal de Enfermería, manifestado por sentirse asustado.

Definición: Respuesta a la percepción de una amenaza que se reconoce conscientemente como un peligro.⁷³

Resultados Esperados NOC	Intervenciones de Enfermería NIC	Fundamentos
Dominio III Salud Psicosocial. Resultados que describen el funcionamiento psicológico y social. Clase: O Autocontrol	campo: 3 Conductual Cuidados que apoyan el funcionamiento psicosocial y facilitan los cambios de estilo de vida.	

⁷² NANDA I, "Diagnósticos enfermeros, Definiciones y clasificaciones", 2007 – 2008, Edit. Elsevier, 2007, Madrid- España, Pág. 288.

⁷³ Op. Cit. Pág. 237.

<p>Resultados que describen la capacidad de un individuo para controlar una conducta que puede ser emocional o físicamente perjudicial, para si mismo y para los demás. ⁷⁴</p> <p>Control del Miedo. Acciones personales para eliminar o reducir los sentimientos incapacitantes de alarma secundarios a una fuente identificable.</p> <p>Indicador</p> <p>Controla la Respuesta del Miedo</p> <p>1 Nunca Manifestado. 2 Raramente Manifestado 3 En ocasiones Manifestado. 4 Con frecuencia Manifestado.</p>	<p>Clase: T Fomento de Comodidad Psicológica. Intervenciones para fomentar la comodidad utilizando técnicas psicológicas. Intervención</p> <p>Disminución de la Ansiedad Minimizar la aprensión, temor o presagios relacionados con una fuente no identificada de peligro por adelante.</p> <p>Actividades -Mantener contacto físico con la persona. -Utilizar un enfoque sereno de seguridad -Establecer claramente las expectativas del comportamiento de la persona. -Explicar todos los procedimientos, incluyendo las posibles sensaciones que se han de experimentar durante el procedimiento. ⁷⁶</p> <p>Intervención: Distracción</p>	<p>El contacto físico reduce la tensión, temor, inquietud, transmite calor, seguridad e infunde fortaleza.</p> <p>El periodo entre el planteamiento de la necesidad y la hospitalización son causa de ansiedad en el paciente.</p>
---	---	--

⁷⁴JOHNSON, Marion. Et Cols. "Clasificación de resultados de enfermería", 2ª edición, Edit. Harcut - Mosby, 2000, Madrid - España, Pág. 90.

5 Manifestado Constantemente. ⁷⁵	<p>-Enfoque intencionado de la atención para alejarla de sensaciones indeseables.</p> <p>Actividades</p> <p>-Se animo a Oscar a utilizar una técnica de distracción, como escuchar música, ver televisión, escuchar un cuento o participar en una conversación.</p> <p>-Se enseño a la persona y familia a participar a dedicarse a la distracción.</p>	El uso de técnicas de distracción, ayuda al usuario a mantener la mente ocupado y disminuye el temor.
<p>Evaluación</p> <p>Oscar controló el miedo y obtuvo confianza y familiaridad por parte del personal hospitalario. Queda en una escala de 2.</p>		

⁷⁶ BULJECHER, Gloria M. "Clasificación de intervenciones de enfermería" 3ª edición, Edit. Elsevier, 2002, Barcelona – España, Pág. 308

⁷⁵ Op. Cit. Pág. 201

⁷⁷ Op. Cit. Pág. 318

NECESIDADES DE JUGAR Y PARTICIPAR EN ACTIVIDADES RECREATIVAS.

Dominio: 4 ACTIVIDAD/REPOSO

Producción, conservación, gasto o equilibrio de los recursos energéticos.

Clase: 2 ACTIVIDAD/EJERCICIO

Movimientos de parte del cuerpo (movilidad) hacer un trabajo o llevar a cabo acciones frecuentemente (pero no siempre) contra resistencia.⁷⁸

DEFICIT DE ACTIVIDADES RECREATIVAS.

Relacionado por realizar actividades recreativas usuales. Manifestadas por temor a ser lastimado nuevamente.

Definición: disminución de la estimulación (del interés o de la participación) en actividades recreativas de ocio.⁷⁹

Resultados Esperados	Intervenciones de Enfermería	Fundamentación
NOC	NIC	
Dominio: I Salud Funcional. Resultados que describen la capacidad y realización de las tareas básicas de la vida. Clase: B Crecimiento y Desarrollo. Resultados que describen la maduración física, emocional	Campo 4 Seguridad. Cuidados que apoyan la protección contra peligros. Clase: V Control de Riesgos. Intervenciones para iniciar actividades de reducción de riesgos y continuar el control de riesgos. ⁸² Intervención: Prevenición de Caídas.	

⁷⁸NANDA I, "Diagnósticos enfermeros, Definiciones y clasificaciones", 2007 - 2008, Edit. Elsevier, 2007, Madrid- España, Págs. 283.

⁷⁹ Op. Cit. Pág. 3

<p>y social de un individuo.⁸⁰</p> <p>Participación en Juegos Uso de actividades necesarias para el placer, diversiones y desarrollo de los niños.</p> <p>Indicador Participación en juegos.</p> <p>Escala de medición. 1 No adecuado. 2 Ligeramente Adecuado. 3 Moderadamente Adecuado. 4 Sustancialmente Adecuado. 5 Completamente Adecuado.⁸¹</p>	<p>Establecer precauciones especiales en pacientes con alto riesgo de lesiones por caídas.</p> <p>Actividades: - Identifique déficit cognoscitivos físicos del paciente que puedan aumentar la posibilidad de caídas en un ambiente dado. - Identifique conductas y factores que afecten al riesgo de caídas. - Explique las características del ambiente que puedan aumentar las posibilidades de caídas (suelos resbaladizos y escaleras sin barandales.) - Instruí al paciente para que pida ayuda al moverse. - Enseñe al paciente como caer para minimizar el riesgo de lesiones. - Observe la habilidad para pasar de la cama a la silla y viceversa. - Utilice la técnica adecuada para y levantar al paciente de la cama.</p>	<p>La identificación de factores de riesgos de caídas ayuda al usuario a evitar lesiones o accidentes graves.</p>
---	--	---

⁸⁰BULECHEK, Gloria M. "Clasificación de Intervenciones de enfermería" 5ª edición, Edit. Elsevier, 2002, Barcelona - España, Pág. 86.

⁸⁰JOHNSON, Marion. Et Cols. "Clasificación de resultados de enfermería", 2ª edición, Edit. Harcut - Mosby, 2000, Madrid - España, Pág. 90.

⁸¹ Op. Cit. Pág. 368

	<p>-Se colocaron barandales laterales y banco de altura para evitar caídas de la cama. -Colocar la cama mecánica en la posición mas baja. - Sugerir adaptaciones en el hogar para aumentar la seguridad. - Ayude a la familia a identificar los peligros del hogar y a modificarlos. - Coloque señales que alerten al personal de que la persona tiene alto riesgo de caídas.⁸³</p> <p>Intervención <u>Prevención de Lesiones Deportivas.</u> Reducción de riesgos de lesiones deportivas. Fomentar el buen estado físico general.</p> <p>Actividades: -Informe sobre la modificación de las reglas del juego de acuerdo con la edad y la capacidad de los</p>	<p>La educación física tiende a Promover la armonía corporal y el desarrollo intelectual.</p> <p>El deporte, juegos y actividades de esparcimiento generan descanso.</p> <p>El deporte basado en el desarrollo armónico, resistencia física, reglas específicos y</p>
--	---	---

⁸³ Op. Cit. Pág. 685.

	<p>participantes</p> <ul style="list-style-type: none"> - Informe sobre el Control del seguimiento de las líneas de entrenamiento recomendadas. -Controle la conformidad con las reglas de seguridad. -Explique del Control y el uso correcto y la seguridad del equipo. -Explique la importancia del uso de calentamientos y enfriamiento para evitar lesiones. -Explique la importancia del uso entrenadores preparados y actualizados en deportes. -Explique la importancia de grupos de vigilancia para asegurar la educación de las escuelas.⁸⁴ 	<p>objetivos, ofrecen efectos sobre el sistema neuromuscular y cardiorespiratorio y en las relaciones interpersonales.</p>
<p>Evaluación: Oscar logro realizar deportes y ejercicios bajo la supervisión y vigilancia, comprendió la modificación de técnicas y ejercicios de acuerdo a su enfermedad. Quedo en una escala de 5.</p>		

⁸⁴Op. Cit. Pág. 689

NECESIDAD DE APRENDIZAJE

Dominio: 5 PERCEPCION/COGNICION

Sistema humano de procesamiento de la información, incluyendo la atención, orientación, sensación, percepción, cognición y comunicación.

Clase: 4 COGNICION

Uso de la memoria, el aprendizaje, pensamiento, solución de problemas, abstracción, juicio, introspección, capacidad intelectual, cálculo y lenguaje.⁸⁵

CONOCIMIENTOS DEFICIENTES DEBIDO A LA FALTA DE LA ESCRITURA relacionado por inmovilización de miembro superior derecho, manifestado por falta de habilidad para escribir con miembro superior izquierdo.

Definición: carencia o deficiencia de información cognitiva, relacionada con un tema específico.⁸⁶

⁸⁵NANDA I, "Diagnósticos enfermeros, Definiciones y clasificaciones", 2007 – 2008, Edit. Elsevier, 2007, Madrid- España, Págs. 284-285.

⁸⁶ Op. Cit. Pág. 63.

Resultados Esperados NOC	Intervenciones de Enfermería NIC	Fundamentación.
<p>Dominio: II Salud fisiológica Resultados que describen el funcionamiento orgánico.</p> <p>Clase: J Neurocognitiva Resultados que describen el estado neurológico y cognitivo de un individuo.⁸⁷</p> <p>Elaboración de la Información. Capacidad para adquirir, organizar y utilizar una información.</p> <p>Indicador. IDENTIFICA CORRECTAMENTE OBJETOS COMUNES. 1 Nunca manifestado. 2 Raramente manifestado. 3 En ocasiones manifestada. 4 Con frecuencia manifestado. 5 Manifestada constantemente.⁸⁸</p>	<p>Campo: 3 Conductual Cuidados que apoyan el funcionamiento psicosocial y facilitan los cambios de estilo de vida.</p> <p>Clase: P Terapia Cognitiva. Intervenciones para reforzar o fomentar el funcionamiento cognitivo deseable o alterar el funcionamiento cognitivo indeseable.⁸⁹</p> <p>Intervención. Facilitar el Aprendizaje. Fomentar la capacidad de procesar y comprender la información.</p> <p>Actividades. -Identifique los objetivos de enseñanza y utilice términos entendibles para el usuario. -Dispone un ambiente que indujera el aprendizaje. -Utilice un lenguaje familiar. -Se ajuste el contenido de acuerdo a</p>	<p>El uso de material educativo, como ilustraciones o el utilizar un lenguaje familiar o entendible, facilita al usuario el aprendizaje.</p>

⁸⁷JOHNSON, Marion. Et Cols. "Clasificación de resultados de enfermería", 2ª edición, Edit. Harcut - Mosby, 2000, Madrid - España, Pág. 90

⁸⁸Op. Cit. Pág. 262

⁸⁹BULECHEK, Gloria M. "Clasificación de Intervenciones de enfermería" 5ª edición, Edit. Elsevier, 2002, Barcelona - España, Pág. 84.

	<p>las capacidades cognitivas y afectivas de la persona. -Fomente la participación del usuario. -Proporcione material educativo para ilustrar la información de enseñanza importante.⁹⁰</p> <p>Intervención Potenciación de la Disposición de Aprendizaje. Mejorar la capacidad y disposición de recibir información.</p> <p>Actividades. -Vigile el estado emocional del usuario. -Trate las inquietudes de la persona. -Facilite la aceptación de la situación del usuario. -Logre la participación de la familia. -Explique como la información ayudara a que el usuario cumpla con sus metas de aprendizaje. -Ayude al usuario a ver alternativas para su estilo de vida.⁹¹</p>	<p>La participación del usuario en el aprendizaje ayuda al usuario a conocer alternativas para su estilo de vida.</p>
<p>EVALUACION: Oscar obtuvo una mejor disposición para el aprendizaje, aprendió a utilizar su mano izquierda y aprendió nuevas técnicas de aprendizaje. Alcanzo una escala de 5.</p>		

3.6.-Plan de alta

Persona pediátrica que está cursando con inmovilización de miembro superior derecho, inmovilizado con férula de yeso.

Medicamentos:

Paracetamol 300mg. V.O cada 8 hrs.

Alimentación:

Normal, adecuada para su edad, rica en proteínas, vitaminas y minerales.
Frutas, verduras, huevo, pollo, Pescado.

Procedimientos específicos:

Mantener férula durante 3 semanas.

No movilizar, ni quitar férula de miembro superior derecho.

Vigilar coloración de dedos.

Cubrir férula con bolsa de plástico al realizar baño diario.

Ejercicio diario. Actividad normal.

4.-CONCLUSIONES

La Enfermería ha ido evolucionando de tal manera que esta adquiriendo una disciplina científica que marca cambios que obligan a la enfermera a una formación continua y responsable, para mantener al día y actualizar sus conocimientos y ofrecer atención con calidad al individuo y a la comunidad, sin perder su eje que es el cuidado.

El Procesos de Atención de Enfermería, es importante por que nos permite conocer las necesidades primordiales de las personas que atendemos en diversos ámbitos; logrando así su integración familiar y social disminuyendo los riesgos potenciales, que ponen en peligro su integridad biopsicococial.

Las personas son beneficiadas, aprenden sobre su autocuidado y con ello cambian sus estilos de vida, lo que tendrá repercusión en su calidad de vida.

La aplicación del proceso de enfermería, me ha proporcionado grandes satisfacciones, entre ella me ha dado la oportunidad de crecer como persona, y como enfermera, y me ayudo a realizar intervenciones desarrolladas para satisfacer las necesidades del usuario.

Al realizar este Proceso de Atención de Enfermería se plantearon objetivos a corto plazo y se cumplieron en un porcentaje del 90%, se obtuvieron resultados satisfactorios para la persona y familia.

En el ámbito laboral me fue de gran utilidad debido a que aprendí a tratar a la persona, brindando el cuidado de manera holística , atendiendo no solo su padecimiento actual si no detectando necesidades.

La persona logro su independecia para cubrir sus necesidades.

Cabe señalar, que una de las estrategias rescatables es el formato para la recolección y organización de los datos.

5.- SUGERENCIAS.

Tomar un curso de proceso enfermero, previo a la realización de un proyecto de esta naturaleza, ya que la mayoría no estamos familiarizadas en su realización.

El proceso enfermero es una mejora continua de la calidad de los cuidados de enfermería, con el fin de prestar una mejor asistencia a la persona, 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 (os), 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.

De manera importante sugiero que toda enfermera que se encuentre con la idea de titularse por medio de este proyecto cuente con las habilidades de computación, redacción y ortografía con la finalidad de culminar satisfactoriamente dicho trabajo.

6.- GLOSARIO.

INMOVILIZACION: Supresión temporal del movimiento de una articulación o segmentos óseos fracturados, para dejarlos en reposo, con el fin de conseguir su reparación se realiza con férula o yeso.

FERULA: Dispositivo hecho de yeso y guata, que se utiliza, para evitar el movimiento de una articulación o mantener inmóvil alguna parte del cuerpo.

FRACTURA SUPRACONDÍLEA: Se define como la pérdida de solución de continuidad de la metáfisis distal del húmero, por encima de los cóndilos y proximal a la línea fisiaria.

MESTAFISIS: Articulación distal del hueso.

CONDILO: Eminencia redondeada, en la extremidad de un hueso.

PERIOSTICA: Formación de un hueso o de una sustancia ósea que puede ser cartilaginosa

FOSA CORONOIDEA: Es la parte medial de la cara anterior.

La cabeza radial y la apófisis corónides se alojan en estas fosas durante la flexión del codo.

FOSA OLECRANEANA: Cara posterior del humero.

8.- ANEXOS.

FRACTURA SUPRACONDILEA DE HUMERO

La fractura supracondílea se define como la pérdida de solución de continuidad de la metáfisis distal del húmero, por encima de los cóndilos y proximal a la línea fisiaria. Representa el 3-16 % de todas las fracturas en niños, solo superada por la fractura distal del radio; además, es la fractura más frecuente del codo en niños y adolescentes. Su mayor incidencia ocurre en el esqueleto inmaduro, por lo que su pico máximo es en la primera década de vida, entre los 5 y 8 años de edad.

La fractura supracondílea de húmero se clasifica según su mecanismo de producción en: fractura en extensión o flexión. La fractura en extensión ocurre cuando el paciente cae y se apoya sobre la mano con el codo en hiperextensión; mientras que la fractura en flexión ocurre cuando el niño cae sobre el codo y se encuentra en flexión.

Se asocian a un alto porcentaje de la unión incorrecta con deformidades residuales y, lo que es más temible, al grave peligro de la isquemia de Volkmann (síndrome compartimental.) de los nervios y músculos del antebrazo con la contractura resultante.

ANATOMIA PATOLOGICA

La metástasis distal del humero es ancha, y plana posee una muesca anterior (Fosa corónides) y una posterior (fosa olecraniana,) lo cual la convierte en una zona relativamente débil de la extremidad superior. A consecuencia de un traumatismo e hiperextensión del codo o una caída sobre la mano con el codo flexionado, las fuerzas del impacto se transmiten a través del codo, el cual rodea el extremo distal del humero como la haría una llave inglesa. El resultado es una fractura justo por encima del codo, cuando el traumatismo es notable, se produce un considerable desplazamiento de los fragmentos en el momento de la fractura.

El extremo afiliado del fragmento proximal de la fractura desgarró el periostio anterior y se dirige hacia delante cruzando el músculo braquial hasta el plano donde se sitúan y el nervio mediano y la arteria braquial en el tejido graso subcutáneo de la fosa cubital anterior. Puede atravesar la piel desde dentro produciendo una fractura abierta.

DIAGNOSTICO

La exploración clínica muestra en la región del codo una deformidad evidente, que pronto se convierte en una gran tumefacción a tensión, causada por hemorragia interna.

Debe evaluar e inmediatamente el estado de la circulación periférica y la función de los nervios periféricos. Una alteración circulatoria exige una reducción urgente de la fractura. La exploración radiológica muestra el desplazamiento de los fragmentos óseos, pero no, la gravedad de la lesión de los tejidos blandos.

El fragmento distal se encuentra en un plano posterior y existe una bisagra perióstica posterior intacta. Además, el fragmento distal suele estar desplazado en sentido medial o lateral, siendo esta última la desviación más frecuente.

Cuando el desplazamiento es medial, la charnela perióstica medial está intacta pero si es lateral, existe una bisagra perióstica lateral intacta. Estos factores son importantes en relación con el tratamiento.

TRATAMIENTO

La mayoría de las fracturas supracondílea de humero desplazada, pueden tratarse con reducción cerrada, para ello se realiza una suave tracción.

Si el fragmento distal se encuentra desplazado lateralmente, el antebrazo se coloca en supinación, para tensar el periostio lateral intacto y cerrar la fractura en la cara medial, lo cual evita desviación en el vago.

Después de la reducción de la fractura se practica una exploración radiológica, con radiografías o con intensificador de imágenes en proyecciones antero posterior y lateral; se aconseja girar el tubo de rayos X y no el brazo del niño con el objeto de no perder la reducción. En esta fase se mantiene la reducción con un enclavamiento percutáneo, bajo control con el intensificador de imágenes, este método evita las complicaciones circulatorias asociadas a la inmovilización en flexión de un codo tumefacto. La extremidad del niño se inmoviliza entonces con una flexión interior a los 90 una férula posterior de yeso (no con un vendaje circular de yeso) se debe ingresar al niños al hospital durante varios días. Una fractura bien reducida y fijada con agujas es estable y proporciona comodidad al paciente. El dolor persistente puede ser una señal de alarma de una isquemia, y no se debe enmascarar con sedación.

La consolidación de las fracturas supracondílea es rápida y el yeso siempre se retira a las 3 semanas. La inmovilización durante un periodo mas largo casi siempre se complica con una rigidez articular del codo incluso en los niños, debida ala extensa lesión de los tejidos blandos.

Después de retirar la férula posterior de yeso y las agujas, a las 3 semanas, el codo del niño presenta cierto déficit de extensión, los ejercicios activos son el único método seguro par recuperar la movilidad articular, y tal vez tengan que realizarse durante un periodo de varios meses o incluso mas tiempo, antes de recuperar el rango de movilidad completo.

Los estiramientos pasivos de la articulación son perjudiciales y hay que evitarlos.

Las fracturas supracondílea cuya reducción es muy inestable pueden tratarse mediante tracción esquelética. Sin embargo, el enclavamiento percutánea ha sustituido este método, excepto cuando la inestabilidad de la reducción cerrada es extrema.⁹²

⁹²BRUCE Salter Robert, "Trastornos y lesiones del sistema musculoesquelético", Introducción a la ortopedia, fracturas y lesiones articulares, reumatología, osteopatía metabólica y rehabilitación, 3ª Edición, Edit. Masson Barcelona, 2000, pág. 578-580.

FICHA DE IDENTIFICACIÓN

Nombre _____ Edad _____ Peso _____ Talla: _____
Fechanacimiento: _____ Sexo: _____ Ocupacion: _____ Escolaridad: _____
Fecha de admisión: _____ Hora: _____ Procedencia: _____
Fuente de información: _____

Nombre _____ Edad _____ Peso _____ Talla: _____
Fechanacimiento: _____ 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 cigarros al día: _____.

Objetivo:

Registro de signos vitales y características: _____

Tos productiva seca: _____ Estado de conciencia: _____

Coloración de la piel/lechos unguales/peri bucal: _____

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
fisico: _____

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 deambulación: _____

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?:

¿Este 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: _____

Diagnósticos de Enfermería.

Necesidad	Diagnóstico
1.- Oxigenación.	
2.- Nutrición e Hidratación.	
3.- Eliminación	
4.- Termorregulación	
5.- Movimiento y postura.	
6.- Descanso y sueño.	
7.- Prendas de vestir	
8.- Higiene y protección	
9.- Evitar peligros.	
10.- Comunicación	
11.- Vivir según sus creencias y valores	
12.- Trabajar y realizarse.	
13.- Jugar y participar en actividades recreativas.	
14.- Aprendizaje.	

Necesidades afectadas	Necesidades jerarquizadas	Diagnósticos de enfermería	Resultados esperados
1.- Oxigenación.			
2.- Nutrición e hidratación.			
3.- Eliminación.			
4.- Termorregulación.			
5.- movimiento y mantener una buena postura.			
6.- descanso y sueño.			
7.- Vestirse.			
8.- higiene y protección ala piel			
9.- evitar peligros			
10.- comunicación			
11.- vivir creencias			
12.- trabajar y realizarse			
13.- jugar y participar en actividades recreativas			
14.- aprendizaje			

Ejecución.

Resultados Esperados NOC	Intervenciones de Enfermería NIC	Fundamentación