



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO

ESCUELA NACIONAL DE ENFERMERIA Y OBSTETRICIA

PROCESO ATENCIÓN DE ENFERMERIA

**APLICADO A UN PACIENTE PREMATURO DE 32 SEMANAS DE GESTACIÓN
CON SINDROME DE DIFICULTAD RESPIRATORIA**

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

PRESENTA

Pasante: MINERVA JIMENEZ DOMINGUEZ

No dé cuenta 406115469

ASESORA ACADÉMICO

LIC. ENF. MARÍA MAGDALENA MATA CORTES

MÉXICO, D.F.

OCTUBRE 2009



Universidad Nacional
Autónoma de México

Dirección General de Bibliotecas de la UNAM

Biblioteca Central



UNAM – Dirección General de Bibliotecas
Tesis Digitales
Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS ©
PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

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

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

INDICE

INTRODUCCIÓN.....	3
OBJETIVOS.....	4
1. MARCOTEÓRICO	
1.1 Antecedentes de enfermería.....	5
1.2 Cuidados de enfermería	6
1.3 Proceso atención enfermería.....	8
1.3.2 Definición de las etapas del proceso.....	9
1.4 Etapas del proceso	
1.4.1 Valoración.....	10
1.4.2 Diagnóstico de enfermería.....	20
1.4.3 Planificación.....	26
1.4.3.1 Resultados esperados (NOC).....	28
1.4.4 Ejecución.....	29
1.4.4.1.- Intervenciones de enfermería (NIC).....	30
1.4.5 Evaluación.....	31
1.5 GENERALIDADES DEL MODELO DE VIRGINIA HENDERSON	
1.5.1 Modelos de Virginia Henderson.....	34
1.5.2 Definición de Henderson y conceptos de los 4 Metaparadigma.....	37
1.5.3 Elementos filosóficos y postulados.....	40
2 METODOLOGÍA	
3 APLICACIÓN DEL PROCESO ATENCIÓN DE ENFERMERÍA	
3.1 Presentación del caso.....	43
3.2 Valoración.....	44
3.3 Diagnósticos.....	53
3.4 Planeación.....	57
3.5 Ejecución.....	59
3.6 Evaluación	
4 CONCLUSIONES.....	87
5 SUGERENCIAS.....	88
6 BIBLIOGRAFÍAS.....	89
7 GLOSARIO.....	91
8 ANEXOS	
8.1 Anexo 1.....	93
8.2 Anexo 2.....	99

INTRODUCCIÒN

La enfermería en la actualidad ocupa un lugar privilegiado dentro del campo de la salud. Ya que nuestra labor no comprende solamente la atención del individuo enfermo, si no también se orienta al individuo sano. Así como su familia y la comunidad manteniendo el bienestar físico, mental y social en su entorno.

El proceso atención de enfermería es un método científico por ser útil práctico y teórico. Esta atención incluye diversas labores entre las que destacan aquellas encaminadas a la detección de problemas potenciales de salud, de tal manera que se contribuyan líneas de intervención oportuna que intenten corregir las alteraciones antes de que tengan secuelas o pongan en peligro la vida de la persona.

Convencidos de que la enfermera desempeña una importante labor en los cuidados de la persona, por tal motivo este proceso se desarrollo para satisfacer las necesidades recién nacido con problemas respiratorios basado en el modelo de Virginia Henderson la cual conceptualiza a la persona como un ser único y complejo que para mantener su salud debe satisfacer 14 necesidades básicas.

En la metodología se describe la forma de cómo se llevo a cabo la elaboración de este trabajo.

En el marco teórico se describe la evolución que ha tenido la Enfermería, así como su conceptualización, se define el proceso atención de enfermería describiendo cada una de las etapas que lo integran, exponiendo el modelo de atención de Virginia Henderson, las 14 necesidades básicas y los conceptos del metaparadigma de Enfermería de Virginia Henderson.

En la aplicación del Proceso Atención de Enfermería la presentación del caso y la valoración de las necesidades básicas, donde se establecen los Diagnósticos de Enfermería en base a los editados por la NANDA. En la segunda etapa de este proceso se desarrolla la planeación de las acciones. Por último se describen las conclusiones, las sugerencias, haciendo mención de los objetivos alcanzados y resultados obtenidos en la realización de este proceso así mismo la experiencia obtenida en la realización del mismo.

En la bibliografía se menciona la literatura consultada en la realización de este trabajo. En los anexos se integra la valoración por necesidades.

OBJETIVO

Objetivo general

Aplicar el Proceso Atención de enfermería basado en el modelo conceptual de Virginia Henderson a un recién nacido con problema respiratorio

Objetivos específicos

A través de la valoración integrar una base de datos que permitan identificar las necesidades de un recién nacido

Analizar los datos obtenidos de la valoración para poder integrar los diagnósticos de enfermería

Con base a los diagnósticos de enfermería definir los cuidados a que ayuden al recién nacido a recuperar su salud o a limitar el daño

MARCO TEORICO

Antecedentes de Enfermería.

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

A mediados del siglo XIX la Enfermería dio un gran giro con la aparición de las teóricas la reforma llego de la mano de Florencia Nightingale (1820-1910) quien introdujo las ciencias de la salud en los hospitales militares, lucho por la limpieza , la comodidad de los mismos, para contar con un entorno favorable y de esta manera influir en la recuperación de las personas, así mismo se tuviera una formación educativa elevando esta al estatus de profesión, para que el pueblo aplicara medidas sanitarias para la prevención de posibles enfermedades, disminuyendo la tasa de mortalidad. Esta precursora demostró que la salud de las personas, y los heridos podía restablecerse mediante la instrucción o la formación clínica de las enfermeras.Se debe a Florencia Nightingale el cambio en la dirección de la Enfermería y por ende la concepción moderna, ella pensaba que esta disciplina debía responder a una vocación, no solamente la intuición y a la dedicación. Florencia Nightingale dijo su recomendación a estudiantes de enfermería (1873).” El honor radica en el amor por la perfección, la consistencia y en el trabajo duro para conseguirla.

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

En la primera mitad del siglo XX hubo factores que impulsaron el progreso de la enfermería, las guerras mundiales, la auto organización de las enfermeras, la legislación general de la enfermera, los problemas de bienestar social, el apoyo de las disciplinas de salud por parte de fundaciones, las complejidades de la medicina.

En la segunda mitad del siglo XX, ha habido movimientos que han afectado los cuidados de salud y la enfermería como: El consumismo, le creciente concientización y exigencias del paciente de recibir cuidados de salud de calidad, cambiar los modelos de trabajo-ocio, la lucha de los derechos civiles, el progreso de la salud pública, la lucha por la igualdad de los derechos de la mujer.

La función que distingue a la enfermería es la de cuidar a la persona sana o enferma, mediante actividades que contribuyan a mantener la salud o a recuperarla o en todo caso a un buen morir ya que son actividades que la persona puede llevar a cabo si tiene la fuerza, la voluntad o el conocimiento necesarios

Por tal motivo es función de la enfermera el desempeñar su labor de tal manera que ayuden a la persona a recuperar su independencia lo más pronto posible.

Cuidados de Enfermería

Enfermería se describe como el arte del cuidado de la salud de la persona sana o enferma en una dimensión integral con el propósito de esta utilice sus capacidades y potencialidades para la vida, teniendo como campo de acción todos los espacios donde la persona se desarrolla y en el que atiende su salud ya sea intra o extra hospitalario.

¹ [Http://www.cientec.or.cr/equidad/higtingale;htm/](http://www.cientec.or.cr/equidad/higtingale;htm/)

La Enfermería es el conjunto de actividades profesionales con conocimientos científicos, desarrollados dentro de un marco conceptual destinados a promover, mantener o restaurar un estado de salud óptimo que permita satisfacer las necesidades básicas del individuo, su familia y la sociedad.²

Enfermería: Arte y ciencia del cuidado, promoción, mantenimiento y restauración de la salud y el bienestar con una concepción holística del hombre, basados en fundamentos teóricos y metodológicos.

Por tanto la práctica de enfermería debe llevarse a cabo más allá de una simple realización de técnicas y procedimientos, ya que requiere de brindar cuidados fundamentados e intelectuales, debiendo reflexionar y responder a las necesidades particulares de cada persona ya que es esta su objeto de estudio.

Enfermería se basa en cuatro conceptos básicos que son: La persona, la salud, el cuidado y el entorno.

- La persona: Se define como un ser fisiológico, psicológico, sociocultural y espiritual, un todo integral e indisoluble, que tiene maneras de ser únicas en relación consigo mismas y con el universo, las cuales están en relación mutua con el entorno, la persona no puede ser separada de su cultura, sus expresiones y estilo de vida, los cuales reflejan sus valores, las creencias y las prácticas en torno a su salud las que le han permitido su supervivencia. Así la persona se considera única y particular lo cual determina necesidades propias, así como sus capacidades y potencialidades, las cuales deben tomarse en cuenta como punto de referencia para el cuidado de enfermería, abarcando al individuo, a la familia, al grupo y a la comunidad

- La Salud: Es un valor y una experiencia de vida según la perspectiva de cada persona, sus creencias, forma de actuar y las cuales son utilizadas con el fin de conservar el bienestar de una persona o grupo.
- El Cuidado: Las propias acciones de enfermería individualizados, en colaboración con la persona, la familia, el grupo y la comunidad
- teniendo diferentes connotaciones, cuidar de sí mismo, cuidar de otros y con otros, los cuidados están orientados hacia la vida y vinculados hacia la necesidad de garantizar y mejorar la continuidad y calidad de vida.
- El Entorno: Mediante los procesos interactivos, la enfermera orienta los intercambios entre la persona y su entorno hacia la promoción de la salud, acompaña a la persona en el camino de la curación y ayuda a la persona a reconocer las faltas de conexión internas, exteriores e interiores y volverse más atenta respecto a su cuerpo, se relaciona con todos los elementos contextuales en los que la persona se encuentra: Físicos, ecológicos, sociales, culturales, políticos, económicos, es decir con cualquier factor que tenga influencia sobre su estilo de vida, la interacción entre la persona y el entorno condiciona su proceso de salud-enfermedad.

Proceso Atención de Enfermería:

El proceso de Atención de Enfermería es un método sistemático y organizado para brindar cuidados humanistas de enfermería individualizados, de forma eficiente centrados y orientados en la identificación y tratamiento de las respuestas únicas de las personas o grupos y al logro de objetivos.

El Proceso Atención de Enfermería tiene sus orígenes cuando por primera vez fue considerado como un proceso, esto ocurrió con Hall (1955), Jonson (1959),

Orlando (1961), y Windenbach (1963), los cuales consideraron un modelo de 3 etapas: Valoración, planeación y ejecución, Yura y Wals (1967), establecieron 4 etapas: Valoración, planeación, realización y evaluación a mediados de los años 70, Blach (1974), Roy, Mundinger y Jauron (1975), Espinal (1976) y algunos autores más, establecieron las cinco actuales al añadir la etapa diagnóstica.

Es un sistema de planificación en la ejecución de los cuidados de enfermería, compuesto de cinco pasos: valoración, diagnóstico, planificación, ejecución y evaluación. Como todo método, el PAE configura un número de pasos sucesivos que se relacionan entre sí. Aunque el estudio de cada uno de ellos se hace por separado, sólo tiene un carácter metodológico, ya que en la puesta en práctica las etapas se superponen:

Definición de las Etapas del Proceso

- Valoración: Es la primera fase del proceso de Enfermería que consiste en la recogida y organización de los datos que conciernen a la persona, familia y entorno. Son la base para las decisiones y actuaciones posteriores
- Diagnóstico de Enfermería. Es el juicio o conclusión que se produce como resultado de la valoración de Enfermería.
- Planificación. Se desarrollan estrategias para prevenir, minimizar o corregir los problemas, así como para promocionar la Salud.
- Ejecución. Es la realización o puesta en práctica de los cuidados programados.
- Evaluación. Comparar las repuestas de la persona, determinar si se han conseguido los objetivos establecidos

Los Objetivos

El objetivo principal del proceso de enfermería es constituir una estructura que pueda cubrir, individualizándolas, las necesidades del paciente, la familiar la comunidad También:

- Identificar las necesidades reales y potenciales del paciente, familia y comunidad
- Establecer planes de cuidado individual, familiar o comunitario
- Actuar para cubrir los problemas, prevenir o curar la enfermedad.

Características:

- Es un método:

Porque es una serie de pasos mentales a seguir por la enfermera, que le permiten organizar su trabajo y solucionar problemas relacionados con la salud de los usuarios, lo que posibilita la continuidad en el otorgamiento de los cuidados.

- Sistemático:

Por estar conformado de 5 etapas que obedecen a un orden lógico y conducen al logro de resultados.

- Humanista:

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

- Intencionado:

Porque se centra en el logro de objetivos, permitiendo guiar las acciones para resolver las causas del problema o disminuir los factores de riesgo, valorando los recursos, capacidades, el desempeño del usuario y el de la propia enfermera.

- Dinámico:

Por estar sometido a constantes cambios que obedecen a la naturaleza propia del hombre.

- Flexible:

Puede aplicarse en los diversos contextos de la práctica de enfermería y adaptarse a cualquier teoría o modelo de enfermería.

- Interactivo:

Por requerir de la interrelación Humano- Humano con el (los) usuario (os) para acordar y lograr objetivos³

ETAPAS DEL PROCESO ATENCIÓN DE ENFERMERÍA.

Valoración:

Es la primera fase proceso de enfermería, pudiéndose definir como el proceso organizado y sistemático de recogida y recopilación de datos sobre el estado de salud del paciente a través de diversas fuentes: éstas incluyen al paciente como fuente primaria, al expediente clínico, a la familia o a cualquier otra persona que dé atención al paciente. Las fuentes secundarias pueden ser revistas profesionales, los textos de referencia. ⁴

Muchas enfermeras recogen principalmente datos fisiológicos para que los utilicen otros profesionales e ignoran el resto de los procesos vitales que implican consideraciones psicológicas, socioculturales, de desarrollo y espirituales. Desde un punto de vista holístico es necesario que la enfermera conozca los patrones de interacción de las cinco áreas para identificar las capacidades y limitaciones de la persona y ayudarle a alcanzar un nivel óptimo de Salud. Ignorar cualquiera de los procesos vitales puede acarrear la frustración y el fracaso de todos los implicados.

Las enfermeras y enfermeros deben poseer unos requisitos previos para realizar una

³ Fernández Ferrin Carmen Novel Gloria El Proceso Atención de Enfermería. Ed. Masson-Salvat, Barcelona España 1995 p 2

⁴ [Http://www.cientec.or/equidad/higtigal.htm/](http://www.cientec.or/equidad/higtigal.htm/)

- Las convicciones del profesional: Conforman la actitud y las motivaciones del profesional, lo que piensa, siente y cree sobre la enfermería, el hombre, la salud, la enfermedad, etc. Estas convicciones se consideran constantes durante el proceso.
- Los conocimientos profesionales: Deben tener una base de conocimientos sólida, que permita hacer una valoración del estado de salud integral del individuo, la familia y la comunidad. Los conocimientos deben abarcar también la resolución de problemas, análisis y toma de decisiones.
- Habilidades: En la valoración se adquieren con la utilización de métodos y procedimientos que hacen posible la toma de datos.
- Comunicarse de forma eficaz. Implica el conocer la teoría de la comunicación y del aprendizaje
- Observar sistemáticamente. Implica la utilización de formularios o guías que identifican los tipos específicos de datos que necesitan recogerse.
- Entre signos e inferencias y confirmar las impresiones. Un signo es un hecho que uno percibe a través de uso de los sentidos y una inferencia es el juicio o interpretación de esos signos. Las enfermeras a menudo hacen inferencias extraídas con pocos o ningún signo que las apoyen, pudiendo dar como resultado cuidados de Enfermería inadecuados. ⁵

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

- Criterios de valoración siguiendo un orden de "cabeza a pies": sigue el orden de valoración de los diferentes órganos del cuerpo humano, comenzando por el aspecto general desde la cabeza hasta las extremidades, dejando para el final la espalda, de forma sistemática.

- Criterios de valoración por "sistemas y aparatos": se valora el aspecto general y las constantes vitales, y a continuación cada sistema o aparato de forma independiente, comenzando por las zonas más afectadas.

Criterios de valoración por "patrones Funcionales de Salud": la recogida de datos pone de manifiesto los hábitos y costumbres del individuo/familia determinando el funcionamiento positivo, alterado o en situación de riesgo con respecto al estado de Salud. .⁶

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

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

En las valoraciones posteriores, tenemos que tener en cuenta:

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

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

- Tipos de datos a recoger:

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

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

- Los tipos de datos:

-Datos subjetivos: No se pueden medir y son propios de paciente. lo que la persona dice que siente o percibe. Solamente el afectado los describe y verifica. (Sentimientos).

-Datos objetivos: se pueden medir por cualquier escala o instrumento (cifras de la tensión arterial)

-Datos históricos - antecedentes: Son aquellos hechos que han ocurrido anteriormente y comprenden hospitalizaciones previas, enfermedades crónicas o patrones y pautas de comportamiento (eliminación, adaptaciones pasadas, etc.). Nos ayudan a referenciar los hechos en el tiempo. (Hospitalizaciones previas).

- datos actuales: son datos sobre el problema de salud actual ⁷

Métodos para obtener datos:

A) Entrevista Clínica:

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

Existen dos tipos de entrevista, ésta puede ser formal o informal. La entrevista formal consiste en una comunicación con un propósito específico, en la cual la enfermera realiza la historia del paciente. ⁸

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

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

- 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 el paciente.⁹

Fernández Ferrin Carmen Novel Gloria El Proceso Atención de Enfermería Ed. Masson-Salvat, Barcelona España 1995 p 4

[Htt://www.cientec.or/equidad/higtigal.htm](http://www.cientec.or/equidad/higtigal.htm)

Fernández Ferrin Carmen Novel Gloria El Proceso Atención de Enfermería Ed. Masson-Salvat, Barcelona España 1995 p 6

- 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, entendiendo 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 al paciente.
- Las técnicas verbales son:
 - El interrogatorio permite obtener información, aclarar respuestas y verificar datos.
 - La reflexión o reformulación, consiste en repetir o expresar de otra forma lo que se ha comprendido de la respuesta del paciente,

permite confirmar y profundizar en la información. Las frases adicionales, estimula la continuidad del proceso verbal de la entrevista. .¹⁰

- 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,
 - 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.

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

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

B) La observación:

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

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

C) La exploración física:

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

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

- Inspección: es el examen visual cuidadoso y global del paciente, para determinar estados o respuestas normales o anormales. Se centra en las características físicas o los comportamientos específicos (tamaño, forma,

posición, situación anatómica, color, textura, aspecto, movimiento y simetría).

- **Palpación:** Consiste en la utilización del tacto para determinar ciertas características de la estructura corporal por debajo de la piel (tamaño, forma, textura, temperatura, humedad, pulsos, vibraciones, consistencia y movilidad). Esta técnica se utiliza para la palpación de órganos en abdomen. Los movimientos corporales Y la expresión facial son datos que nos ayudarán en la valoración.
- **Percusión:** Implica el dar golpes con uno o varios dedos sobre la superficie corporal, con el fin de obtener sonidos. Los tipos de sonidos que podemos diferenciar son: Sordos, aparecen cuando se percuten músculos o huesos. Mates: aparecen sobre el hígado y el bazo. Hipersonoros: aparecen cuando percutimos sobre el pulmón normal lleno de aire Y Timpánicos: se encuentra al percutir el estómago lleno de aire o un carrillo de la cara.
- **Auscultación:** Consiste en escuchar los sonidos producidos por los órganos del cuerpo. Se utiliza el estetoscopio y determinamos características sonoras de pulmón, corazón e intestino. También se pueden escuchar ciertos ruidos aplicando solo la oreja sobre la zona a explorar.

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

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

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

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

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

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

Organización de los datos:

- Es el cuarto paso en la recogida de datos, en esta etapa se trata de agrupar la información, de forma tal que nos ayude en la identificación de problemas, el modo más habitual de organizar los datos es por necesidades humanas (Maslow, 1972), o por patrones funcionales (Gordon, 1987), etc. La información ya ha sido recogida y validada, ahora los datos se organizan mediante categorías de información. Estas categorías ya las hemos visto en el apartado de examen físico y como habíamos apuntado, para el establecimiento de la agrupación, se debe elegir la que más se adapte al modelo desarrollado en cada centro asistencial, etc. ¹¹

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

- Datos de identificación.
- Datos culturales y socioeconómicos.

- Historia de salud: Diagnósticos médicos, problemas de salud; resultados de pruebas diagnosticas y los tratamiento prescritos.
- Valoración física
- Patrones funcionales de salud.

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

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

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

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

DIAGNOSTICO DE ENFERMERÍA:

Fase de diagnóstico

Según se utilice el PAE de 4 fases o el de 5 es el paso final del proceso de valoración o la segunda fase. Es un enunciado del problema real o en potencia del paciente que requiera de la intervención de enfermería con el objeto de resolverlo o disminuirlo. En ella se va a exponer el proceso mediante el cual estaremos en condiciones de establecer un problema clínico y de formularlo para su posterior tratamiento, bien sea diagnóstico enfermero o problema interdependiente.

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

Un diagnóstico de enfermería no es sinónimo de uno médico. Si las funciones de Enfermería tienen tres dimensiones, dependiente, interdependiente e independiente, según el nivel de decisión que corresponde a la enfermera, surgirán problemas o necesidades en la persona que competirán a un campo u otro de actuación:

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

supervisión o dirección de otros profesionales. Son los Diagnósticos de Enfermería. (D.E.) ¹²

Los pasos de esta fase son:

1.- Identificación de problemas:

- Análisis de los datos significativos, bien sean datos o la deducción de ellos, es un planteamiento de alternativas como hipótesis
- Síntesis es la confirmación, o la eliminación de las alternativas.

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

Componentes de los Categorías Diagnósticos aceptadas por la NANDA:

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

- Investigación: Para poder investigar sobre los problemas de Salud que los profesionales de enfermería estamos capacitados para tratar, es necesario que los mismos estén bien definidos y universalizados, a fin de que los resultados de las investigaciones, puedan ser comprendidos y aplicados por otros enfermeros. Es evidente que esto no es posible llevarlo a cabo sin disponer de un lenguaje común previo que aúne los criterios y facilite la comunicación e intercambio de datos. En este momento los Diagnósticos enfermeros pueden contribuir a la consolidación de la disciplina en Enfermería mediante líneas de investigación dirigidas a:
 - Determinar la compatibilidad de una taxonomía con cada uno de los modelos conceptuales.

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

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

Los componentes de las categorías diagnósticas, aceptadas por la NANDA para la formulación y descripción diagnóstica, en 1990 novena conferencia se aceptaron 90 categorías diagnósticas. Cada categoría diagnóstica tiene 4 componentes:

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

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

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

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

5.- Factores etiológicos y contribuyentes o factores de riesgo: Se organizan entorno a los factores Fisiopatológicos, relacionados con el tratamiento, la situación y la maduración, que pueden influir en el estado de salud o contribuir al desarrollo del problema. Los diagnósticos de enfermería de alto riesgo incluyen en su enunciado los factores de riesgo, por ejemplo es:

- F. Fisiopatológicos (biológico y psicológicos): shock, anorexia nerviosa
- F. de Tratamiento (terapias, pruebas diagnósticas, medicación, diálisis, etc.)
 - De medio ambiente como, estar en un centro de cuidados crónicos, residuos tóxicos, etc.
 - Personales, como encontrarnos en el proceso de muerte, divorcio, etc.
- F. de Maduración: paternidad/maternidad, adolescencia, etc.

D) Tipos de diagnósticos:

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

- Real: Representa un estado que ha sido clínicamente validado mediante características definitorias principales identificables. Tiene cuatro componentes: enunciado, definición características que lo definen y factores relacionados. El enunciado debe ser descriptivo de la definición del Diagnóstico y las características que lo definen (Gordon 1990). El término "real" no forma parte del enunciado en un Diagnóstico de Enfermería real. Consta de tres partes, formato PES: problema (P) ¹³

etiología, factores causales o contribuyentes (E) + signos/síntomas (S). Estos últimos son los que validan el Diagnóstico.

- Alto Riesgo: Es un juicio clínico de que un individuo, familia o comunidad son más vulnerables a desarrollar el problema que otros en situación igual o similar. Para respaldar un Diagnóstico potencial se emplean los factores de riesgo. 1.a descripción concisa del estado de Salud alterado de la persona va precedido por el término "alto riesgo" . Consta de dos componentes, formato PE: problema (P) + etiología/factores contribuyentes (E).
- Posible: son enunciados que describen un problema sospechado para el que se necesitan datos adicionales. La enfermera debe confirmar o excluir. Consta de dos componentes, formato PE: problema (P) + etiología/factores contribuyentes (E).
- De bienestar: juicio clínico respecto a una persona, grupo o comunidad en transición desde un nivel específico de bienestar hacia un nivel más elevado. Deben estar presentes dos hechos: deseo de un nivel mayor de bienestar y estado o función actual eficaces. Son enunciados de una parte, conteniendo sólo la denominación. No contienen factores relacionados. Lo inherente a estos Diagnósticos es un usuario o grupo que comprenda que se puede lograr un nivel funcional más elevado si se desea o si se es

capaz. La enfermera puede inferir esta capacidad basándose en los deseos expresos de la persona o del grupo por la Educación para la Salud.

Podemos añadir un quinto tipo:

- De síndrome: comprenden un grupo de Diagnósticos de Enfermería reales o potenciales que se suponen que aparecen como consecuencia de un acontecimiento o situación determinados. Los Diagnósticos de Enfermería de Síndrome son enunciados de una parte, con la etiología factores concurrentes para el Diagnóstico contenidos en la denominación diagnóstica.¹⁴

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

- Unir la primera parte (P) con la segunda (E) utilizando " relacionado con" mejor que "debido a" o "causado por". No quiere significar necesariamente que hay una relación causa-efecto directa.
- La primera parte del Diagnóstico identifica la respuesta de la persona, y no una actividad de Enfermería.
- Redactar en términos convenientes y aconsejables desde el punto de vista legal
- Escribir el Diagnóstico sin emitir juicios de valor, sino basarse en datos objetivos y subjetivos que se hayan recogido y validado con el usuario.
- Evitar invertir el orden de las partes del Diagnóstico, puede llevar a un enunciado confuso.
- No mencionar signos y síntomas en la primera parte del Diagnóstico.
- No indique el Diagnóstico de Enfermería como si fuera un Diagnóstico médico.
- No escriba un Diagnóstico de Enfermería que repita una orden médica.

- No rebautice un problema médico para convertirlo en un Diagnóstico de Enfermería.
- No indique dos problemas al mismo tiempo, dificulta la formulación de los objetivos.

1.4.3 PLANIFICACIÓN:

Una vez identificados los diagnósticos de enfermería y problemas interdependientes específicos, la planificación es el momento en el cual se desarrollan estrategias para prevenir, minimizar o corregir los problemas y se determinan los cuidados de enfermería en una forma organizada, individualizada y orientada al cumplimiento de los objetivos planteados, tomando en cuenta que una vez priorizados los problemas a tratar debemos definir los objetivos encaminados a predecir, prevenir y tratar problemas relacionados con la salud, van a servir para dirigir los cuidados, identificar los resultados esperados y así mismo medir la eficacia de las actuaciones, implica las siguientes actividades: ¹⁵

- Continuar con la recolección de los datos.
- Planteamiento de los objetivos :
 - Dirigir los cuidados
 - Identificar los resultados esperados
 - Medir la eficacia de las actuaciones
- Establecer actividades de enfermería y dar prioridades en los cuidados.
- Documentación y registro del plan de cuidados

Etapas en el Plan de Cuidados

- **Establecer prioridades en los cuidados.** Selección. Todos los problemas y/o necesidades que pueden presentar una familia y una comunidad raras veces pueden ser abordados al mismo tiempo, por falta de disponibilidad de la enfermera, de la familia, posibilidades reales de intervención, falta de

recursos económicos, materiales y humanos.. Por tanto, se trata de ordenar jerárquicamente los problemas detectados.

- **Planteamiento de los objetivos del cliente con resultados esperados.** Esto es, determinar los criterios de resultado. Describir los resultados esperados, tanto por parte de los individuos y/o de la familia como por parte de los profesionales.

Son necesarios porque proporcionan la guía común para el equipo de Enfermería, de tal manera que todas las acciones van dirigidas a la meta propuesta. Igualmente formular objetivos permite evaluar la evolución del usuario así como los cuidados proporcionados.

Deben formularse en términos de conductas observables o cambios mensurables, realistas y tener en cuenta los recursos disponibles. En el trato con grupos familiares hay que tener en cuenta que el principal sistema de apoyo es la familia, sus motivaciones, sus conocimientos y capacidades... así como los recursos de la comunidad. Se deben fijar a corto y largo plazo.

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

Clasificación de Resultados Esperados (NOC)

El año 1991 se creó un equipo de investigación conducido por Marion Johnson y Merodean Maas, en la university of Iowa, para desarrollar una clasificación de los resultados de 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. xis) 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 el estado del paciente, otras disciplinas pueden considerarlos útiles para evaluar sus intervenciones.¹⁶

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 puede 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 Caree Minimum Data Set , el Residen Assessment Instrumento utilizado en residencias , la Internacional Clasificación of Funcionan (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 Effectiveness:www.nursing.uiwa.edu/cnc.

EJECUCIÓN:

Es la cuarta etapa del plan de cuidados, es el momento en que se pone en práctica el plan de acciones que conduzcan al logro de los objetivos planeados.

La enfermera tiene toda la responsabilidad en la ejecución del plan de cuidados, siendo sus intervenciones específicas y van dirigidas a ayudar al paciente al logro de objetivos y dirigidas a la resolución de problemas y necesidades de la persona así mismo debe involucrar a la persona, familia, así como a otros miembros del equipo en dichos cuidados, realizando las siguientes actividades: ¹⁷

- Continuar con la recolección y valoración de los datos
- Confirmación diagnóstica
- Realizar las actividades de Enfermería Planteadas
- Realizar anotaciones pertinentes de los cuidados de enfermería
- Mantener informado al paciente en forma verbal
- Mantener el plan de cuidados debidamente actualizado.

El enfermero tiene toda la responsabilidad en la ejecución del plan, pero incluye al paciente y a la familia, así como a otros miembros del equipo. En esta fase se realizarán todas las intervenciones enfermeras dirigidas a la resolución de

problemas (diagnósticos enfermeros y problemas interdependientes) y las necesidades asistenciales de cada persona tratada

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

Clasificación de Intervenciones de Enfermería (NIC)

La investigación para desarrollar un vocabulario y una clasificación de intervenciones enfermeras comenzó en 1987 con la formación de un equipo de investigación conducido por Joanne Mc Mloskey (actualmente Joanne Dochterman) y Gloria Bulechek en la univerity 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 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 ¹⁸

EVALUACIÓN:

Es un proceso que se requiere para realizar una comparación de las respuestas de la persona, para determinar si se han conseguido los objetivos establecidos. Permite determinar el progreso del usuario, familia y comunidad y valorar las competencias de la enfermera en el desarrollo de las 4 etapas anteriores, lo que posibilita realizar modificaciones necesarias. ¹⁹

Según Henderson nos ayuda a determinar los criterios que nos indicaran los niveles de independencia mantenidos y/o alcanzados a partir de la puesta en marcha del plan de cuidados, ya que nuestra meta es ayudar al individuo a conseguir su máxima independencia en la satisfacción de las necesidades lo más rápido posible

Es emitir un juicio sobre un objeto, acción, trabajo, situación o persona, comparándolo con uno o varios criterios de los cuales los más importantes son la eficacia y la efectividad de las actuaciones y consta de 2 partes:

- Recolección de datos sobre el estado de salud, problema diagnóstico que queremos evaluar.
- Comparación de los resultados esperados y un juicio sobre la evolución del paciente hacia la conservación de los resultados esperados

¹⁸ Toanne C. Mc Closkey Gloria M. Bulechek clasificación de intervenciones de enfermería Tercera edición Editorial Harcourt Mosby país Madrid España año 2000 pág. 45

¹⁹ Fernández Ferrin Carmen Novel Gloria El Proceso Atención de Enfermería Ed. Masson-Salvat, Barcelona España 1995 p 3

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

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

El proceso de evaluación consta de dos partes

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

La evaluación es un proceso que requiere de la valoración de los distintos aspectos del estado de salud del paciente. Las distintas áreas sobre las que se evalúan los resultados esperados (criterios de resultado), son según Iyer las siguientes áreas:

1.- Aspecto general y funcionamiento del cuerpo:

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

2.- Señales y Síntomas específicos

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

3.- Conocimientos:

- Entrevista con el paciente

- Cuestionarios (test),

4.- Capacidad psicomotora (habilidades).

- Observación directa durante la realización de la actividad

5.- Estado emocional:

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

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

- Entrevista con el paciente.
- información dada por el resto del personal

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

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

De forma resumida y siguiendo a M, Caballero (1989) la evaluación se compone de:

- Medir los cambios del paciente/cliente.
- En relación a los objetivos marcados.

- Como resultado de la intervención enfermera
- Con el fin de establecer correcciones.

La evaluación se lleva a cabo sobre las etapas del plan, la intervención enfermera y sobre el producto final. A la hora de registrar la evaluación se deben evitar los términos ambiguos como «igual», «poco apetito», etc., es de mayor utilidad indicar lo que dijo, hizo y sintió el paciente. La documentación necesaria se encontrará en la historia clínica, Una característica a tener en cuenta en la evaluación es, que ésta es continua, así podemos detectar como va evolucionando el cliente y realizar ajustes o introducir modificaciones para que la atención resulte más efectiva²⁰

GENERALIDADES DEL MODELO DE VIRGINIA HENDERSON

VIRGINIA HENDERSON nació en 1897 en Kansas City, Missouri, graduándose en 1921 especializándose como enfermera docente, iniciándose como tal en 1922. Incorporando los principios fisiológicos y fisiopatológicos a su concepto de enfermería.²¹

Su influencia y sus logros conseguidos en la profesión de enfermería le reportaron al menos 9 investiduras como Doctor- Honoris Causa. Recibió mención honorífica especial por contribuciones que realizó durante toda su vida a la investigación, formación y desarrollo profesional de la enfermería.²²

²⁰

Fernández Ferrin Carmen Novel Gloria El Proceso Atención de Enfermería Ed. Masson-Salvat, Barcelona España 1995 p 6

²¹

Fernández Ferrin Carmen Novel Gloria El Proceso Atención de Enfermería Ed. Masson-Salvat, Barcelona España 1995 p 6

²² [Htt://www.cientec.or/equidad/higtigal.htm](http://www.cientec.or/equidad/higtigal.htm)

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

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

Necesidades Humanas según Virginia Henderson

- 1.- Necesidad de respirar con normalidad.
- 2.- Necesidad de comer y beber adecuadamente.
- 3.- Necesidad de eliminar los desechos del organismo.
- 4.- Necesidad de movimiento y mantenimiento de una postura adecuada.
- 5.- Necesidad de descansar y dormir.
- 6.- Necesidad de seleccionar una vestimenta adecuada.
- 7.- Necesidad de mantener la temperatura corporal.
- 8.- Necesidad de mantener la higiene corporal.
- 9.- Necesidad de evitar los peligros del entorno.
- 10.- Necesidad de comunicarse con otros, expresar sus emociones, necesidades, medios o opiniones
- 11.- Necesidad de ejercer culto a dios, acorde con su religión.
- 12.- Necesidad de trabajar de forma que permita sentirse realizado.
- 13.- Necesidad de participar en todas las formas de recreación y ocio.
14. Necesidad de estudiar, descubrir o satisfacer su curiosidad que le conduzca a un desarrollo normal de la salud.

Estas necesidades son comunes a todos los individuos y cada persona en su unicidad tiene la habilidad y capacidad de satisfacerlas, si tiene el conocimiento, la fuerza y la voluntad de un modo diferente con el fin de crecer y desarrollarse a lo largo de la vida. Pero cuando algo de esto falta en la persona , una o más necesidades no se satisfacen, surgiendo los problemas de salud, las diferencias personales en la satisfacción de estas 14 necesidades básicas son determinadas por aspectos biológicos, psicológicos, socioculturales y espirituales, así como la estrecha relación entre las diferentes necesidades, al mismo tiempo cuando no es posible satisfacer las 14 necesidades aparece una dependencia que se debe según Virginia Henderson a 3 causas y se identifican como: “Falta de fuerza”, “Falta de conocimiento” o “Falta de voluntad”. La presencia de estas tres causas o una de ellas puede dar lugar a una: Dependencia total o parcial así como temporal o permanente.²³

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

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

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

²³ [Htt://www.cientec.or/equidad/higtigal.htm](http://www.cientec.or/equidad/higtigal.htm)

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

- Factores permanentes: Edad, nivel de inteligencia, medio social o cultural y capacidad física.
- Factores variables: Estados patológicos, falta aguda de oxígeno, conmoción, estados de inconsciencia, exposición al calor o al frío, que produzcan en el cuerpo temperaturas marcadamente anormales, estados febriles agudos, una lesión local, herida o infección o bien ambas cosas, una enfermedad transmisible, estado preoperatorio, estado postoperatorio, inmovilización por enfermedad o prescrita como tratamiento, dolores persistentes que no admitan tratamiento

Definición de Henderson de los 4 conceptos del metaparadigma

Persona:

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

²⁴

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

Tanto el individuo sano o enfermo anhela el estado de independencia, con una serie de necesidades básicas para su supervivencia, cada persona en su unicidad tiene la habilidad y capacidad de satisfacerlas de modo diferente con el fin de

²⁴ Marrinet Ann. Introducción al análisis de las teorías de enfermería 4ª edición editorial Mosby –Doyma, Barcelona España 1998 p 3-15

crecer y desarrollarse a lo largo de la vida, mantener su integridad física y psicológica y promover su desarrollo y crecimiento.²⁵

Salud:

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

- Independencia:

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

- Dependencia:

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

Causas de dificultad o problema:

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

²⁵ Fernández Ferrin Carmen Novel Gloria El Proceso Atención de Enfermería Ed. Masson-Salvat, Barcelona España 1995 p 6

Falta de Fuerza: Fuerza no es solo la capacidad física o habilidades mecánicas de las personas, sino también la capacidad del individuo para llevar a término las acciones pertinentes a la situación, lo cual vendrá determinado por el estado emocional, estado de las funciones psíquicas, capacidad intelectual, etc.²⁶

- Falta de Conocimiento: En lo relativo a las cuestiones esenciales sobre la propia salud y situación de la enfermedad, la propia persona (autoconocimiento) y sobre los recursos propios y ajenos posibles.
- Falta de Voluntad: Esta entendida como incapacidad o limitación de la persona para comprometerse en una decisión adecuada a la situación y ejecución y mantenimiento de las acciones oportunas para satisfacer las catorce necesidades básicas.²⁷

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

Entorno:

Virginia Henderson no incluye de manera específica el concepto de entorno dentro de su modelo, sin embargo menciona algunas veces de manera implícita y

²⁶ Fernández Ferrin Carmen Novel Gloria El Proceso Atención de Enfermería Ed. Masson-Salvat, Barcelona España 1995 p 9

²⁷ Marrinet Ann. Introducción al análisis de las teorías de enfermería 4ª edición editorial Mosby –Doyma, Barcelona España 1998 p 3-15

otras explícitamente la importancia de los aspectos socioculturales y del entorno físico(familia, grupo, cultura, aprendizajes, factores ambientales) para la valoración de las necesidades y la planificación de los cuidados

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

Enfermería:

Cuidados Básicos de Enfermería y Equipo de Salud, son conceptualizados según Virginia Henderson como las acciones que lleva a cabo la enfermera en el desarrollo de su función propia, actuando según criterios de suplencia o ayuda, según el nivel de dependencia identificado en la persona, considerados como un servicio derivado del análisis de las necesidades humanas, son universalmente los mismos porque todos tenemos necesidades comunes, sin embargo varían constantemente ya que cada persona interpreta a su manera estas necesidades. Así la enfermería se compone de los mismos elementos identificables, pero estos se han de adaptar a las modalidades e idiosincrasia de cada persona, de ahí surge el concepto de cuidados individualizados y dirigidos a la persona en su totalidad.

Relación Enfermera – Equipo de Salud.

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

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

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

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

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

La salud es calidad de vida, es fundamental para el funcionamiento humano según Virginia Henderson nuestra meta es ayudar al individuo a conseguir su independencia máxima en la satisfacción de las necesidades lo más rápidamente posible, por si mismo de acuerdo a sus propias capacidades y recursos.²⁸

Postulados sobre lo que se basa el modelo de Virginia Henderson

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

Valores que fundamentan el Modelo de Virginia Henderson:

- La enfermera tiene funciones que le son propias

²⁸ Fernández Ferrin Carmen Novel Gloria El Proceso Atención de Enfermería Ed. Masson-Salvat, Barcelona España 1995 p 10

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

Elementos más importantes de su teoría:

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

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

De acuerdo con la definición de la función propia de la enfermera y a partir de ella, Virginia Henderson precisa su conceptualización del individuo o persona, objeto de los cuidados. Así cada persona se configura como un ser humano único y complejo con componentes biológicos, psicológicos, socioculturales y espirituales, que tiene 14 necesidades básicas o requisitos que debe mantener su integridad: Física y psicológica y promover su desarrollo y crecimiento²⁹.

²⁹ Marrinet Ann. Introducción al análisis de las teorías de enfermería 4ª edición editorial Mosby –Doyma, Barcelona España 1998 p 3-15

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.

Se aplica a un prematuro de 32 semanas de edad gestación que curso con un síndrome de dificultad respiratoria en el área de UCEN. En el Hospital Ernesto Meana San Román de Jojutla Mor.

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

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

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

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

El plan de cuidados que se desarrollo es individualizado

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

En la cuarta etapa se desarrolla el plan de cuidados

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

Aplicación del Proceso Atención de Enfermería

Presentación de caso

Neonato masculino de 32 semanas de gestación con peso 1,780 gr. con talla 45 cm. Pc 29 cm. Pt 27 cm. pa 26 cm. Hora de nacimiento 19 hrs. Fecha de nacimiento 5 de julio del 2009, con hora de ingreso 19:30 hrs. Se presumen las siguientes necesidades alteradas.

NECESIDADES	MANIFESTACIONES
1) OXIGENACION	Dificultad respiratoria; quejidos respiratorios tiraje intercostal aleteo nasal, acrocianosis, aleteo nasal, campos pulmonares hipoventilados. Fc. 120 Fr. 80 To 35.5cº Sat O ₂ 85 %
2) NUTRICIÓN E HIDRATACIÓN	Ayuno
4) MOVERSE Y MANTENER UNA BUENA POSTURA	Hipoactivo , hiporeactivo
5) DESCANSO Y SUEÑO	Administración sedación
7) TERMORREGULACIÓN	Hipotérmico
8) HIGIENE Y PROTECCIÓN DE LA PIEL	Barandales cuna térmica lesiones de dedal oximetría en pliegues plantar sangrado, mucosas orales,
9) EVITAR PELIGROS	El que no contaba con la prematurez de su bebe
11) EJERCER CULTO A DIOS	le llevan una imagen religiosa solicitan la pongan a un lado de su cuna térmica
12) TRABAJAR Y REALIZARSE	Padre manifiesta preocupación , falta al trabajo
14) APRENDIZAJE	Preocupación por los cuidados al egreso de su bebe.

VALORACION

FICHA DE IDENTIFICACION

Nombre: Escalano Corona Edad: 32 sdg Peso: 1,780 Talla: 45 cc
Fecha de nacimiento: 5/07/09 Sexo: Masculino Ocupación _____
Escolaridad _____ Fecha de admisión: 5/07/09 Hora: _____
Procedencia: _____ Fuente de información: Expediente
Fiabilidad (1- 4): _____ Miembro de la familia / persona significativa: _____

VALORACION DE NECESIDADES HUMANAS

1-Necesidades básicas de: oxigenación, nutrición e hidratación, eliminación y Termorregulación.

a) Oxigenación

Subjetivo:

Disnea debido a: _____ Tos productiva/seca: _____ dolor asociado con la respiración: _____ Fumador: _____

Desde cuando fuma/cuantos cigarros al día /varía la cantidad según su estado emocional:

Objetivo:

Registro de signos vitales y características:

Frecuencia cardiaca 120 Frecuencia Respiratoria 80 x Temperatura 35.5 °c

Tos producida /seca: _____ Estado de conciencia: _____

Coloración de piel/lechos ungueales / peribucal: acrocianosis

Circulación del retorno venoso: llenado capilar 3sg.

Otros: dificultad respiratoria; quejidos respiratorios, tiraje intercostal ; aleteo nasal, saturación oxígeno 85 % campos pulmonares hipo ventilados ruidos cardiacos rítmicos buena intensidad intubación endotraqueal cánula H3 mm DI administra dosis de surfactante T.E conecta ventilación mecánica modo ventilación A/C FiO2 80% PIM 18 ciclado 48 x Peep 3.5 saturación O2 98%

b) Nutrición e hidratación

Subjetivo

Dieta habitual (tipo): ayuno Numero de comidas diarias: _____

Trastornos digestivos: _____

Intolerancia alimenticia /alergias: _____

Problemas de la masticación y deglución: _____

Patrón de ejercicio: _____

Objetivo:

Turgencia de la piel: _____

Membranas mucosas hidratadas / secas: Hidratadas

Características de uñas /cabello: Buena implantación de cabello

Funcionamiento neuromuscular y esquelético: Hipoactivo, hiporeactivo

Aspecto de los dientes y encías: _____

Heridas, tipo y tiempo de cicatrización: _____

Otros: _____

c) Eliminación

Subjetivo:

Hábitos intestinales: _____ carácter de las heces, orina y menstruación: evacuación meconio

Historia de hemorragias /enfermedades renales /otros: _____

Uso de laxantes: _____ Hemorroides: _____

Dolor al defecar /menstruar/orinar: _____

Como influyen las emociones en sus patrones de eliminación: _____

Objetivo:

Abdomen /características: abdomen blando re prensible.

Ruidos intestinales: perístasis presente

Palpación de la vejiga urinaria: diuresis presente

Otros: sonda orogastrica o derivación

d) Termorregulación

Subjetivo:

Adaptabilidad a los cambios de temperatura: prematures

Ejercicio/tipoy frecuencia: _____

Temperatura ambiental que le es agradable: _____

Objetivo:

Características de la piel: delgada; x falta grasa . tendencia a la hipotermia

Transpiración: _____

Condición del entorno físico: _____

Otros: susceptible regular su temperatura

2.- Necesidades básicas de: moverse y mantenerse una buena postura, usar Prendas de vestir adecuadas, higiene y protección de la piel.

a) Moverse y mantener una buena postura

Subjetivo:

Capacidad física cotidiana: _____

Actividad en el tiempo libre: _____

Hábitos de descanso: _____

Hábitos de trabajo: _____

Objetivo:

Estado del sistema músculo esquelético /fuerza: hipotónico hipo reactivo

Capacidad muscular tono /resistencia/flexibilidad: hipoactivo

Posturas: _____

Ayuda para la de ambulación: _____

Dolor con el movimiento: _____

Presencia de temblores: _____ Estado de conciencia: _____

Estado emocional: _____

Otros : _____ (sedación) cambios de posición _____

b) Descanso y sueño

Subjetivo:

Horario de descanso: _____ Horario de sueño: _____

Horas de descanso: _____ Horas de sueño: _____

Siesta: _____ Ayudas: _____

¿Padece insomnio?: _____

A que considera que se deba: _____

¿Se siente descansado al levantarse?: _____

Objetivo:

Estado mental: ansiedad /estrés/lenguaje: Estrés
Ojeras: _____ Atención: _____ Bostezos: _____ Concentración: _____
Apatía: _____ Cefaleas: _____
Respuesta a estímulos: _____
Otros: respuesta a estímulos, ruido, luz al tacto

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 modo de vestir?: _____
¿Sus creencias le impiden vestirse como a usted le gustaría?: _____
¿Necesitas ayuda para la selección de su vestuario?: _____

Objetivo:

Viste de acuerdo a su edad: solo usa pañal
Capacidad psicomotora para vestirse y desvestirse: _____
Vestido incompleto: _____ sucio: _____ inadecuado: _____
otros: solo usa pañal desechable

e) Necesidad de higiene y protección de la piel

Subjetivo:

Frecuencia de aseo: diario baño de esponja
Momento preferido para el baño: por la mañana
Cuántas veces se lava las manos al día: _____
Aseo de manos antes y después de comer: _____ Después de eliminar: _____
¿Tiene creencias personales o religiosas que limiten sus hábitos higiénicos?: _____

Objetivo:

Aspecto general: _____
Olor corporal: _____
Halitosis: _____
Estado del cuero cabelludo: _____
Lesiones dérmicas que tipo: lesión dérmica por adhesivos.
(Anote su ubicación en el diagrama)

Otros: _____

d) Necesidades de evitar peligro

Subjetivo:

Que miembro compone su 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? _____

Como canaliza las situaciones de tensión en su vida: _____

Objetivo:

Deformidad congénita: _____

Condiciones del ambiente en su hogar: _____

Trabajo: _____

Otros: riesgos de infección _____

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: _____

Comunica sus problemas debido a la enfermedad / estado _____

Cuanto tiempo pasa sola: _____

Frecuencia de los diferentes contactos sociales en el trabajo: _____

Objetivo:

Habla claro: _____ confusa: _____

Dificultad en la visión: _____ Audición: _____

Comunicación verbal /no verbal con la familia /con otras personas significativas _____

Otros: La madre se siente culpable, cree no haberse cuidado adecuadamente _____

b) Necesidades de vivir según sus creencias y valores

Subjetivo:

Creencia religiosa _____

¿Su creencia religiosa le genera conflictos personales?: _____

Principales valores en su familia: _____

¿Es congruentes su forma de pensar con su forma de vivir?: _____

Objetivo:

Hábitos específicos de vestir (grupos social religioso): _____

¿Permite el contacto físico?: _____

¿Tiene algún objeto indicativo de determinar valores o creencias?: _____

Otros: La mama solicita le permitan colocar en la cuna térmica una imagen religiosa cuando entra a la visita le pide a dios que le cuide y sane a su bebe

c) Necesidad de trabajar y realizarse

Subjetivo

¿Trabaja actualmente?: _____ tipo de trabajo: _____

Riesgos: _____ cuanto tiempo le dedica al trabajo: _____

¿Está satisfecho con su trabajo?: _____ ¿su remuneración le permite cubrir

Sus necesidades básicas y/o las de su familia? _____

¿Está satisfecho (a) con el rol familiar que juega?: _____

Objetivo:

Estado emocional
calmado/ansioso/enfadado/retraido/temeroso/irritable/inquieto/euforico:

Otros: el papa se encuentra preocupado por el estado de salud de su niño por la cual A faltado a su trabajo por estar al pendiente; acudir a los informes.

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 situación de su necesidad? _____

¿Existen recursos en su comunidad para la recreación ? _____

¿Ha participado en alguna actividad lucida o recreativa?: _____

Objetivo:

Integridad del sistema neuromuscular: _____

¿Rechaza las actividades recreativas?: _____

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

e) Necesidades 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 sentidos: _____

Estado emocional/ansiedad/dolor: _____

Memoria reciente: _____

Memoria remota: _____

Otras: manifestaciones: la mama pregunta por los cuidados que le
brindan a su bebe cuando se lo den de alta y los programas de
Estimulación temprana

CONCLUSION DIAGNOSTICA DE ENFERMERIA

Necesidades	Grado de dependencia	Diagnostico de Enfermería
1-Oxigenación	I _____ PD _____ D <u> X </u>	<u>Deterioro del intercambio gaseoso</u> <u>Perfusión tisular ineficaz</u> <u>Riesgo de aspiración</u>
2-Nutrición/ Hidratación	I _____ PD _____ D <u> x </u>	<u>Interrupción de lactancia materna</u> _____ _____
3-Eliminación	I _____ PD _____ D <u> x </u>	<u>potencial de la eliminación eficaz</u> <u>positiva</u> _____
4-Moverse y Mantener una Buena postura	I _____ PD _____ D <u> X </u>	<u>Deterioro de la integridad</u> <u>tisular</u> _____
5-Descanso y sueño	I _____ PD _____ D <u> x </u>	<u>Deterioro del patrón de sueño</u> _____ _____
6-Usar prendas de Vestir adecuadas	I _____ PD _____ D <u> x </u>	<u>potencial que favorece positivamente</u> _____ _____
7-Termorregularizacion	I _____ PD _____ D <u> x </u>	<u>Termorregulación ineficaz</u> _____ _____
8-Higiene y protección	I _____ PD _____ D <u> X </u>	<u>Riesgo de deterioro de la</u> <u>integridad cutánea</u> _____
9- Evitar peligros	I _____ PD _____ D <u> x </u>	<u>Riesgo de infección</u> <u>Riesgo de asfixia</u> _____

- 10- Comunicarse I _____ potencial para mejorar el rol
 PD _____ relación positiva
 D _____ x _____
- 11-Vivir según sus Creencias I _____ Sufrimiento espiritual
 PD _____ _____
 D _____ X _____
- 12-Trabajar y realizarse I _____ Riesgo de cansancio del rol de
 PD _____ de cuidados
 D _____ x Interrupción de los procesos
familiares
- 13-Jugar y participar en I _____ potencial favorece la recreación
 PD _____ positiva
 D _____ x _____
- 14-Aprendizaje I _____ Disposición para mejorar
 PD _____ el manejo del régimen
 D _____ X terapéutico

DIAGNÓSTICO DE ENFERMERIA

Necesidad: Oxigenación

❖ Diagnóstico

- Deterioro del intercambio gaseoso relacionado con prematurez por falta de surfactante alveolar, manifestado por dificultad respiratoria, quejido respiratorio, tiraje intercostal, aleteo nasal y acrocianosis

➤ Definición

Alteración por exceso o por defecto en la oxigenación o en la eliminación del dióxido de carbono a través de la membrana alveolar – capilar

Necesidad: Oxigenación

❖ Diagnostico

- Perfusión tisular inefectiva Relacionado con deterioro de transporte de oxígeno a través de la membrana capilar o alveolar Manifestado por campos pulmonares hipoventilados, aleteo nasal

➤ Definición

Reducción de la porte del oxígeno que provoca la incapacidad para nutrir los tejidos a nivel capilar

Necesidad: Oxigenación

❖ Diagnostico

- Riesgo de aspiración Relacionado con la presencia de tubo endotraqueal y acumulación de secreciones

➤ Definición

Riesgo de que penetre en el árbol traqueo bronquial las secreciones

Gastrointestinales orónfaríngeas, o sólidos o líquidos

Necesidad: Nutrición y Hidratación

❖ Diagnostico

- Interrupción de lactancia materna Relacionado con la enfermedad y la prematures de neonato Manifestado por la separación madre e hijo (ayuno)

➤ Definición

Interrupción del proceso de lactancia materna debido a la incapacidad del niño para mamar o la inconveniencia de que lo haga.

Necesidad: Moverse y Mantenerse en una buena Postura

❖ **Diagnostico**

- Deterioro de la integridad tisular Relacionadas con la destrucción tisular mucosas oral o tejido subcutáneo, manifestado por lesiones dérmicas y sangrado de mucosas oral

➤ Definición

Lesión de las membranas mucosa de corneas intergumentarias o de los tejido subcutáneos

Necesidad: Descanso y Sueño

❖ **Diagnostico**

- Deterioro de patrón de sueño Relacionado con procedimientos invasivos (Aparatos electro médicos) manifestado por el ruido de monitores, iluminación.

➤ Definición

Trastorno de la cantidad y calidad de sueño (suspensión de la conciencia periódica natural) limitado en el tiempo

Necesidad: Termorregulación

❖ **Diagnostico**

- Termorregulación ineficaz Relacionada por la inmadurez de la piel del prematuro manifestado por la frialdad de la piel .

➤ Definición

Fluctuación de la temperatura de la hipotermia y la hipertermia

Necesidad: Higiene y protección de la Piel

❖ Diagnostico

- Riesgo de deterioro integridad cutánea Relacionada con factores mecánicos con fuerza cizallamiento por presión o por sujeción

➤ Definición

Riesgo de que la piel se vea negativamente afectad

Necesidad: Evitar Peligros

❖ Diagnostico

- Riesgo de asfixia Relacionado con el mecanismo compensador de la respiración ventilación artificial

➤ Definición

El aumento de riesgo de asfixia accidental (inadecuación del aire disponible para la inhalación)

Necesidad: Evitar Peligros

❖ Diagnostico

- Riesgo de infección Relacionado con procedimientos invasivos

➤ Definición

El aumento de riesgo de ser invadido por microorganismos patógenos

Necesidad: Vivir según sus creencias y valores

❖ Diagnostico

- Sufrimiento espiritual Relacionada con la expresión de falta de esperanza manifestado con el dolor de ver a su hijo delicado.

➤ Definición

Deterioro para experimentar e integrar el significado y propósito de la vida mediante la conexión poder superior al propio yo.

Necesidad: Trabajar y Realizarse

❖ Diagnostico

- Riesgo de cansancio del rol de cuidados Relacionado nacimiento prematuro

➤ Definición

El cuidado es vulnerable o la percepción de dificultad para desempeñar su rol de cuidados de la familia.

Necesidad: Trabajar y Realizarse

❖ Diagnostico

- Interrupción del proceso familiar Relacionado; la participación en la solución de problemas, manifestado modificar las finanzas, los gastos familiares.

➤ Definición

Cambios en la relación o en el funcionamiento familiar

Necesidad: Aprendizaje

❖ Diagnostico

- Disposición para mejorar el manejo del régimen terapéutico
Relacionadas Manifestado por deseos de manejar el
tratamiento, los cuidados y la prevención de secuelas

➤ Definición

Patrón de regulación e integración en la vida diaria de un programa o programas para alcanzar los objetivos relacionados con la salud y que puede ser reforzado ¹

¹ Autor Nanda Diagnósticos enfermeros definición y clasificación 2003 y 2004 el editorial El sevier país Madrid España año 2003

PLANEACION (JERARQUIZACION DE NECESIDAD Y RESULTADO ESPERADOS)

Plan de Atención

Necesidades	Necesidad jerarquización	Diagnostico de Enfermería	Resultado esperado(NOC)	Intervención
1- Oxigenación	Necesidad alterada 6- Oxigenación	Dx. Deterioro del intercambio gaseoso Dx. Perfusión tisular inefectiva Dx. Riesgo de aspiración	Estado respiratoria ventilado Perfusión tisular pulmonar Estado respiratorio ventilado	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Monitorización de los signos vitales ➤ Resucitador neonatal ➤ Ayuda a la ventilación ➤ Manejo de las vías aéreas artificiales ➤ Monitorización respiratoria ➤ Manejo de acido – base acidosis respiratoria ➤ oxigenoterapia
2- Nutrición 3- Eliminación	Comer y beber de forma que permita sentirse realizado	Interrupción de lactancia materna	Lazos efectivo padres-hijos	<ul style="list-style-type: none"> ➤ apoyo al cuidado principal ➤ fomento de la normalización familiar
4- Moverse y mantener una buena postura	Movimiento y mantener una buena postura	Deterioro de la integridad tisular	Integridad tisular; piel y membrana , mucosa	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Vigilancia de la piel ➤ Cambios de posición
5- Descanso y sueño 6-Vestirse y utilizar prendas adecuadas	Descanso y sueño	Deterioro de patrón de sueño	sueño	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Manejo ambiente

7-Termorregulación	Termorregulación	Termorregulación ineficaz	Termorregulación neonatal	➤ Regulación de la temperatura
8-Higiene y protección de la piel	Mantener la higiene corporal	Riesgo de deterioro Integridad cutánea	Integridad tisular piel membranas mucosa	➤ Manejo de presión ➤ Vigilancia de la piel
9-Evitar peligros 10-Comunicarse	Evitar peligros del entorno	Riesgo de infección	Conducta terapéutica enfermedad o lesión	➤ Manejo de las vías aéreas artificiales ➤ Precaución para evitar las aspiraciones ➤ Protección contra las infecciones ➤ control de infecciones
11- ejercer culto a dios	Ejercer culto a dios	Sufrimiento espiritual	Bienestar espiritual	➤ apoyo espiritual
12 Trabajar y realizarse	Trabajar de forma que permita sentirse realizado	Riesgo de cansancio de rol cuidado	Alteración del estilo de vida del cuidador familiar	➤ Apoyo al cuidador principal ➤ Fomento de la normalización familiar
13 Actividades recreativas				
14- Aprendizaje	Estudiar , descubrir o satisfacer curiosidad	Disposición para mejorar el manejo del régimen terapéutico	Conducta de cumplimiento	➤ Potenciación de la disposición de aprendizaje

NECESIDADES RESPIRATORIAS ADECUADA

DIAGNOSTICO DE ENFERMERÍA: Deterioro del intercambio gaseoso relacionado con prematuridad, por falta de surfactante alveolar manifestado por dificultad respiratoria quejido respiratorio aleteo nasal, acrocianosis.

DEFINICIÓN: Alteración por exceso o por defecto en la oxigenación en la eliminación de dióxido de carbono a través de la membrana alveolar - capilar² D (3) C (4)

RESULTADOS ESPERADOS (NOC)	INTERVENCIONES DE ENFERMERIA (NIC)		
<p style="text-align: center;">D 11 C 4</p> <p>Estado Respiratorio : Ventilación</p> <p>Definición: Movimiento de entrada y salida del aire en los pulmones³</p> <p>Frecuencia respiratoria Ritmo respiratorio Profundidad de la respiración Expansión torácica simétrica Facilita la respiración Movilización del esputo hacia fuera de las vías aéreas Ausencia de dificultad respiratoria Ruidos respiratorios a la auscultación Hallazgos en la radiografía de tórax</p>	<p>INTERVENCION</p> <p>C (2) C (V)</p> <p>Monitorización de los signos vitales.</p> <p>Definición: Recolección sobre el estado cardiovascular, respiratorio y de temperatura corporal para determinar y de prevenir complicaciones.⁴</p>	<p style="text-align: center;">ACTIVIDADES</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Se tomaron signos vitales cada hora ▪ escuchando periódicamente los sonidos pulmonares ▪ llevando a cabo monitorización continua oximetría ▪ y se observo si se producen esquemas respiratorios anormales ▪ se observo periódicamente el color, la temperatura y la humedad de la piel. ▪ cianosis central y periférica ▪ Se Observo si hay relleno capilar normales⁸ <p style="text-align: center;">ACTIVIDADES</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ se probaron las bolsa de 	<p style="text-align: center;">FUNDAMENTACION</p> <p>❖ La estimulación de signos vitales debe basarse en mediciones confiables ,objetivos y graficas , ya sea por métodos habituales o biosignograficos digitalizados basados en formas reproducibles</p>

¹⁴ Nanda diagnósticos enfermero definición y clasificación 2003 y 2004 editorial el sevier país Madrid España año 2003 p . 121

³ Editorial Marion Johnson clasificación de resultados de enfermería segunda edición editorial Harcourt Mosby país Madrid España p. 317

⁴ Toanne C. Mc Closkey Gloria M Bulechek clasificación de intervenciones de enfermería tercera edición editorial Harcourt Mosby País Madrid España p 603

⁸ Ibídem p. 694

<p>Escala</p> <p>1- Extremadamente 2- Sustancialmente 3- Moderadamente 4- Levemente 5- No comprometida</p>	<p style="text-align: center;">INTERVENCIÓN</p> <p style="text-align: center;">C (2) C (W)</p> <p style="text-align: center;">Resucitador neonatal</p> <p style="text-align: center;">Definición: adopción de medidas de urgencias para la adaptación del recién nacido a la vida extrema ⁵</p>	<p>resucitador, aspiración y flujo de oxígeno para asegurar un funcionamiento correcto.</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ se coloco al recién nacido bajo el calentador radiante ▪ se coloco en posición de espaldas, con el cuello ligeramente extendido para abrir la vía aérea. ▪ se coloco una mantita enrollada debajo de los hombros. ▪ se aspiraron las secreciones de la nariz y de la boca. ▪ se proporciono estimulación táctil frotando la planta de los pies o acariciando la espalda del bebe. ▪ se utilizo oxígeno al 100 % , de 5 a 8, para llenar la bolsa de resucitación ▪ se continúo con las ventilaciones hasta que comiencen las respiraciones espontáneas adecuadas y el color sea rosado. ▪ se inserto tubo endotraqueal si se prolonga la ventilación o si la respuesta a la bolsa y la 	<p style="text-align: center;">FUNDAMENTACION</p> <ul style="list-style-type: none"> ❖ Equipo para utilizar en caso de paro cardiorrespiratorio
--	--	---	---

⁵ Ibídem 694

		<p>ventilación es pobre.</p> <ul style="list-style-type: none">▪ se auscultaron los sonidos respiratorios bilaterales para confirmar la colocación del tubo endotraqueal.▪ se observó si se eleva el tórax sin distensión gástrica para comprobar la colocación. sonda orogastrica 10fr.▪ se administraron ,midazolam, 100mcg/k ,surfactante por tuboendotraqueal, 100^{mg}120mg/k.▪ se registraron el tiempo , la secuencia y las respuestas del recién nacido a todos los pasos de la resucitación y se conecta a la ventilación mecánica▪ se informó a los padres de las actividades realizadas⁹	
--	--	--	--

⁹ Toanne C. MC Closkey Gloria M. Bulechek clasificación de intervenciones de enfermería tercera edición Harcourt Mosby país Madrid España año 2000 p . 624

	<p style="text-align: center;">INTERVENCIÓN</p> <p style="text-align: center;">C (2) C (K)</p> <p style="text-align: center;">Ayuda a la ventilación</p> <p style="text-align: center;">Definición: Estimulación de un esquema respiratorio espontáneo óptico que aumente el intercambio de oxígeno y dióxido de carbono en los pulmones⁶</p>	<p style="text-align: center;">ACTIVIDADES</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Se Mantuvo una vía aérea permeable ▪ se coloco al paciente de forma que facilite la concordancia ventilación / percusión. ▪ se ayudo en los frecuentes cambios de posición. ▪ se coloco al paciente de forma que se minimicen los esfuerzos respiratorios ▪ se monitorizo los efectos del cambio de posición en la oxigenación: niveles de gases arteriales, S_aO₂. ▪ se observo si había fatiga muscular respiratoria. ▪ mantuvieron suplemento de oxígeno según prescripción. ▪ se administraron medición adecuada para evitar la hipoventilacion. ▪ se controlo periódicamente el estado respiratorio y de oxigenación. 	<p style="text-align: center;">FUNDAMENTACION</p> <ul style="list-style-type: none"> ❖ El aire entra y sale del aparato respiratorio debido a la producción periódica intermitente de cambio de la presión en la cavidad intrapulmonar.
--	--	---	---

⁶ Ibídem 191

	<p style="text-align: center;">Intervenciones</p> <p style="text-align: center;">C (2) C (K)</p> <p style="text-align: center;">Manejo de las vías aéreas artificiales</p> <p style="text-align: center;">Definición: Mantenimiento de tubos traqueales y prevención de complicaciones asociadas con su utilización ⁷</p>	<p style="text-align: center;">ACTIVIDADES</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Se Mantuvo una vía aérea permeable ▪ se coloco al paciente de forma que facilite la concordancia ventilación / percusión. ▪ se brindaron frecuentes cambios de posición, ▪ se monitorizaron los efectos del cambio de posición en la oxigenación: niveles de gases arterial , SaO₂ . ▪ se auscultaron sonidos respiratorios, tomando nota de las zonas de disminución o ausencia de ventilación y presencia de sonidos extraños.. ▪ se controlo periódicamente el estado respiratorio y de oxigenación.¹⁰ 	<p style="text-align: center;">FUNDAMENTACION</p> <p>❖ El proceso mecánico de la respiración se efectúa mediante los movimientos de la pared torácica y del diafragma y en condiciones, normales se realiza sin esfuerzo.</p>
<p>Evaluación : Prematuro , Escalona ; Corona mejoro su estado respiratorio o la ventilación pulmonar facilitando la respiración ubicándose en una escala de (4 levemente comprometida)</p>			

⁷ Ibídem 550

¹⁰ Ibídem p. 549

NECESIDADES RESPIRATORIAS ADECUADA

DIAGNOSTICO DE ENFERMERIA: Perfusión Tisular inefectiva relacionado con deterioro del transporte de oxígeno a través de la membrana capilar o alveolar, manifestada aleteo nasal acrocianosis

DEFINICION: Reducción de la parte de oxígeno que provoca la incapacidad para nutrir los tejidos a nivel capilar¹¹ D (4) C (4)

Resultado Esperado (NOC)	INTERVENCIONES ENFERMERIA (NIC)
-------------------------------------	--

¹¹ Ibídem 166

D 11 C E	INTERVENCIONES	ACTIVIDADES	FUNDAMENTACION
<p>Perfusión tisular Pulmonar</p> <p>Definición : Medida en la que la sangre fluye a través de la vasculatura pulmonar con una presión y volumen adecuada , refundiendo la unidad alvéolo cavilar ¹² ,</p> <p>Estado respiratorio intercambio gaseoso</p> <p>Estado respiratorio ventilación</p> <p>Signos vitales</p> <p>Gases arteriales sanguíneos</p>	<p>C (2) C (V)</p> <p>Monitorización respiratoria</p> <p>Definición: Reunión y análisis de datos de un paciente para asegurar la permeabilidad de las vías aéreas y el intercambio de gas adecuado. ¹³</p>	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Se Vigilo la frecuencia ritmo profundidad y esfuerzo de las respiraciones ▪ se observaron el movimiento torácico mirando la simetría , utilización de músculos accesorios y tracciones de músculos intercostal ▪ se observo si se producen respiraciones ruidosas , como cacareos o ronquidos ▪ se auscultaron los sonidos respiratorios, cada hora ▪ se determino la necesidad de aspiración auscultando para ver si hay crepitación o roncus en las vías aéreas principales ▪ se controlaron las lecturas del ventilador mecánico , anotando los aumentos y disminuciones de presión inspiratorias en volumen corriente ▪ Se Observo si aumenta la intranquilidad , ansiedad o falta de aire ▪ Se Vigilaron las secreciones respiratorias del paciente 	<ul style="list-style-type: none"> ❖ La actividad del centro respiratorio aumenta en relación directa con la elevación o disminución de la concentración de C02 las respiraciones serán débiles y de frecuencia mas lenta.

¹² Ibídem 374

¹³ Ibídem 834

<p>Escala</p> <p>1-extremadamente</p> <p>2-Muy comprendida</p> <p>3-Moderadamente comprendida</p> <p>4-Levemente comprometida</p> <p>5-No comprometida.</p>	<p>Intervención</p> <p>C (2) C (V)</p> <p>Monitorización de signos vitales</p> <p>Definición: recosida y análisis de datos sobre cardiovascular, respiratorio y de temperatura. Corporal para determinar y prevenir complicaciones ¹⁴</p> <p>Intervención</p> <p>C (2) C (K)</p> <p>Oxigenoterapia</p>	<p>realizando aspiración por turno o por PRN.</p> <p>ACTIVIDADES</p> <ul style="list-style-type: none"> • Se Controla periódicamente presión sanguínea pulso, temperatura, respiración. • Se Registro la temperatura • Se realizo a ocultación pulmonar cada hora • Se registro periódicamente la oximetría del pulso • Se Observo el calor , la temperatura y la humedad de la piel • Se Observo si hay llenado capilar normal • Se Identifico causas posibles de los cambios en los signos vitales. <p>ACTIVIDADES</p> <ul style="list-style-type: none"> • Se eliminaron las secreciones bucales nasales • se mantuvo permeabilidad de las vías aéreas • se vigilo el flujo de oxigeno • se Controlo eficacia de la 	<p>FUNDAMENTACION</p> <p>❖ La estimulación de los signos vitales debe basarse en medición confiable, adjetiva y gráfica ya sea por métodos habituales o biosignosgraficos digitalizados basados en fenómenos reproducibles.</p> <p>FUNDAMENTACION</p> <p>❖ todas las células del organismo requiere de la administración continua y suficiente</p>
---	--	---	---

¹⁴ Ibídem 614

	<p>Definición: administración de oxígeno y control de su eficacia¹⁵</p> <p>Intervención</p> <p>C (2) C (W)</p> <p>Resucitación : neonatal</p> <p>Definición : adopción de medidas de urgencias para apoyar la adopción del recién nacido a la vida extrauterina¹⁶</p>	<p>oxigenación (pulsioxímetro, gasometría de sangre arterial)</p> <p>ACTIVIDADES</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ se comprobó que las bolsa de resucitador, aspiración y flujo de oxígeno para asegurar un funcionamiento correcto. ▪ se aspiraron las secreciones de la nariz y de la boca. ▪ se controló las respiraciones ▪ se tomó la frecuencia cardíaca ▪ se ajustó la bolsa para que llene correctamente ▪ se consiguió un ajuste con el conector canula endotraqueal. ▪ se continuó con las ventilaciones hasta que comiencen las respiraciones espontáneas adecuadas y el color sea rosado. ▪ se auscultaron los sonidos respiratorios bilaterales para confirmar la colocación del tubo endotraqueal. ▪ se observó si se eleva el tórax sin distensión gástrica para comprobar la 	<p>del oxígeno el aparato respiratorio se encarga del intercambio de oxígeno y bióxido de carbono entre la atmósfera y la sangre circulante.</p> <p>FUNDAMENTACION</p> <p>❖ Equipo para utilizar en caso de paro cardíaco respiratorio</p>
--	---	---	---

¹⁵ Ibídem 620

¹⁶ Ibídem p. 694

		<p>colocación.</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ se instalo sonda orogastrica ▪ se registro el tiempo, la secuencia y las respuestas del recién nacido a todos los pasos de la resucitación ▪ se informo a los padres de las actividades realizadas¹⁷ 	
<p>Evaluación : el prematuro Escalona ; logro recuperara ; adecuadamente el que el oxigeno llegara a sus alvéolos ; con ello una buena coloración ubicándose en una escala (5 levemente no comprometida)</p>			

¹⁷ Ibídem p . 718

NECESIDAD RESPIRAR ADECUADAMENTE

DIAGNOSTICO DE ENFERMERIA: Riesgo de aspiración relacionado con la presencia de tubo endotraqueal y acumulo de secreción

DEFINICION: Riesgo de que penetre en el árbol traqueo bronquial la secreción gastrointestinal oró faríngeas o sólidos o líquidos¹⁸ D (11) C (2)

RESULTADOS ESPERADOS (NOC)	INTERVENCIONES ENFERMERIA (NIC)		
<p style="text-align: center;">D(11) C (E)</p> <p style="text-align: center;">Estado respiratorio: ventilación. Definición Movimiento de entrada y salida del aire en los pulmones.¹⁹</p> <p>Frecuencia respiratoria</p> <p>Ritmo respiratorio</p> <p>Profundidad de la respiración</p> <p>Expansión torácica simétrica</p> <p>Facilidad de la respiración</p> <p>Movilización del esputo hacia fuera de las vías respiratorias.</p>	<p style="text-align: center;">INTERVENCIONES</p> <p style="text-align: center;">C (2) C (K)</p> <p style="text-align: center;">Aspiración de las vías Aéreas.</p> <p style="text-align: center;">Definición</p> <p style="text-align: center;">Extracción de secreción de las vías aéreas mediante la introducción de un catéter de aspiración en la vía aérea oral / traqueal del paciente²⁰</p>	<p style="text-align: center;">ACTIVIDADES</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ se mantuvo una vía aérea permeable ▪ se coloco al paciente de forma que facilite la concordancia ventilación / percusión. ▪ se dieron frecuentes cambios de posición. ▪ se coloco al paciente de forma que se minimicen los esfuerzos respiratorios ▪ se monitorizaron los efectos del cambio de posición en la oxigenación: niveles de gases arterial, saO₂ . ▪ se auscultaron sonidos respiratorios, tomando nota de las zonas de disminución o ausencia de ventilación y presencia de sonidos extraños. ▪ se Observo si hay fatiga muscular respiratoria. 	<p style="text-align: center;">FUNDAMENTACION</p> <ul style="list-style-type: none"> ❖ La aspiración de la vía aérea nasofaríngea o bucofaríngea reduce la lesión traumática y favorece la permeabilidad de la vía aérea.

¹⁸ Ibídem p . 26

¹⁹ Ibídem p .317

²⁰ Ibídem 785

	<p style="text-align: center;">INTERVENCIONES</p> <p style="text-align: center;">C (2) C ((K)</p> <p style="text-align: center;">Manejo de las vías aéreas artificiales</p> <p style="text-align: center;">Definición : Mantenimiento de tubos endotraqueales o de traqueotomía y prevención de complicaciones asociadas con su utilización ²¹</p>	<p style="text-align: center;">ACTIVIDADES</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Se Proporciono humedad al 100 % aire inspirado ▪ se proporciono una hidratación sistémica adecuada mediante la administración intravenenosa de líquidos ▪ se aspiro la orofaringe y las secreción más de la parte superior del tubo. gentilmente ▪ se realizo la aspiración endotraqueal si está indicado una vez por turno ▪ se proporcionaron cuidados bucal y aspiración oro faringe si procede oxígeno, según prescripción. ▪ se administraron medición adecuada contra el dolor para evitar la hipoventilacion. ▪ se llevo un control periódicamente el estado respiratorio y de oxigenación. ²² 	<p style="text-align: center;">FUNDAMENTACION</p> <ul style="list-style-type: none"> ❖ El proceso mecánico de la respiración se efectúa mediante los miembros de la pared torácico y del diafragma y en condiciones , normales se realiza sin esfuerzo
<p>Escala</p> <p style="text-align: center;">1- extremadamente 2- sustancialmente 3- moderadamente 4- levemente 5- no comprometida</p>	<p>Evaluación : Se logro que se mejorara la frecuencia respiratoria la facilito salida de secreción hacia fuera de las vías aéreas ubicándose en una escala (5 no comprometida)</p>		

²¹ Ibídem p. 551

²² Ibídem p. 559

NECESIDAD DE COMER Y BEBER ADECUADAMENTE

DIAGNOSTICO DE ENFERMERIA: Interrupción de lactancia Materna

DEFINICION: Interrupción del proceso de lactancia materna debido a la inconveniencia de que lo haga²³ D (7) C (3)

RESULTADO ESPERADO (NOC)	INTERVENCIONES ENFERMERIA (NIC)		
<p style="text-align: center;">D III C P Lazos efectivos padres – hijos</p> <p>Definición</p> <p>Conducta que demuestra lazos efectivos perdurables entre padre e hijo²⁴</p> <p>Los padres verbalizan sentimientos positivos hacia el lactante. Los padres tocan acarician y dan palmaditas al lactante Los padres utilizan el contacto ocular.</p>	<p style="text-align: center;">INTERVENCION</p> <p style="text-align: center;">C (2) C (T) Disminución de la ansiedad</p> <p style="text-align: center;">Definición</p> <p>Minimizar la presión temor o presagios relacionados con una fuente no identificada de peligro por adelantado²⁵</p>	<p style="text-align: center;">ACTIVIDADES</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Se oriento a la madre sobre la suspensión a la lactancia ▪ se explicaron todos los procedimientos incluyendo las posibles sensaciones que han de experimentar durante el procedimiento ▪ se proporciono información objetiva respecto al diagnostico , tratamiento y pronostico ▪ se proporcionaron objetos que simbolicen seguridad ▪ se creo un ambiente de confianza ▪ se animo la manifestación de sentimientos , percepciones y miedos ▪ se identificaron los 	<p style="text-align: center;">FUNDAMENTACION</p> <ul style="list-style-type: none"> ❖ Continua puede acompañarse de trastornos de la función psicológica como cambios del sistema endocrino ,alteración del sistema nervioso autónomo o de las reacciones del sistema circulatorio

²³ Ibídem p. 128

²⁴ Ibídem p. 346

²⁵ Ibídem p. 2308

<p>Escala.</p> <p>1- Nunca manifestado 2- Raramente 3- En ocasiones 4- Con frecuencia 5- Manifestado constantemente</p>	<p>INTERVENCIONES</p> <p>C (2) C (R)</p> <p>Apoyo emocional</p> <p>Definición: proporcionar seguridad aceptación y animo en momento de tensión ²⁶</p>	<p>cambios en el nivel de ansiedad.</p> <p>ACTIVIDADES</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Se Comento la experiencia con la medre ▪ se comentaron las consecuencias de profundizada el sentimiento culpa. ▪ se escucharon las expresiones de sentimientos y creencias. ²⁷ 	<p>FUNDAMENTACION</p> <p>❖ La emoción es una experiencia psicológica básica común del hombre tiene una gran variedad de efectos tanto constructivos como no constructivos sobre el equilibrio psicológicos</p>
<p>Evaluación: El prematuro Escalona recupera su estado de salud reiniciando satisfactoriamente la lactancia materna ubicándose en una escala (5 manifestado constantemente)</p>			

²⁶ Ibídem p .155

²⁷ Ibídem p.136

NECESIDAD MOVIMIENTO DE UNA POSTURA ADECUADA

DIAGNOSTICO DE ENFERMERIA: Deterioro de la integridad tisular subcutáneas; manifestada por lesiones dermicas y sangrado de mucosas

DEFINICION: Lesión de las membranas mucosas de corneas in tegumentarias de los tejidos subcutáneos.²⁸ D (11) C (2)

RESULTADO ESPERADO (NOC)	INTERVENCIONES ENFERMERIA (NIC)		
<p align="center">D 11 C E</p> <p>Integridad tisular : piel y membranas mucosas</p> <p>Definición : Indemnidad estructura y función fisiológica normal de la piel y las membranas mucosas²⁹</p> <p>Temperatura tisular Sensibilidad Coloración Textura Ausencia del lesión tisular Perfusión tisular</p>	<p align="center">INTERVENCIONES C (2) C (L)</p> <p align="center">Vigilancia de la piel</p> <p align="center">Definición</p> <p align="center">Recogida análisis de datos del paciente con el propósito de manifestar , la integridad de la piel y de las membranas mucosas ³⁰</p>	<p align="center">ACTIVIDADES</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Se Inspecciono el estado del sitio de lesión ▪ se observo su color, calor pulso inflamación, edema y ulcera miento en las extremidades. ▪ se observo si hay enrojecimiento mucosas ▪ observo enrojecimiento o pedida de integridad de la piel ▪ observo si hay fuentes de expresión y fracción ▪ se vigilo coloración de la piel. 	<p align="center">FUNDAMENTACION</p> <ul style="list-style-type: none"> ❖ La piel es el mayor órgano del cuerpo. Cubre toda la superficie del cuerpo y su epitelio de los órganos externos de las vías digestivas , respiratorias y genitourinaria

²⁸ Ibídem p. 119

²⁹ Ibídem p. 374

³⁰ Ibídem p . 766

	<p style="text-align: center;">INTERVENCION C (2) C (L)</p> <p style="text-align: center;">Cambios de posición</p> <p>Definición : Movimiento de liberado del paciente o de una parte corporal para proporcionar el bienestar fisiológico y / o psicológica ³¹</p>	<p style="text-align: center;">ACTIVIDAD</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Se Coloco sobre un colchón terapéutico (bolsas de solución) ▪ se vigilo el estado de oxigenación antes y después de un cambio de posición ▪ se coloco en posición terapéutica especificada ▪ se le brindo una posición que facilite la ventilación perfusión. ▪ se brindo cambios de posición al menos cada dos horas ³² 	<p style="text-align: center;">FUNDAMENTACION</p> <ul style="list-style-type: none"> ❖ La identificación oportuna y problemas en el paciente en relación con la mecánica corporal permite trazar un plan efectivo de atención de enfermería
<p>Escala</p> <p>1- Extremadamente comprometida</p> <p>2- Muy comprometida</p> <p>3- Moderadamente comprometida</p> <p>4- Levemente</p> <p>5- No comprometida</p>	<p>Evaluación: El prematuro logro mejorar su lesión dérmicas y sus mucosas orales se recuperaron. ubicándose en una escala (5 no comprometida)</p>		

³¹ Ibídem p . 211

³² Ibídem p. 196

NECESIDAD DE CANSANCIO Y SUEÑO

DIAGNOSTICO DE ENFERMERIA: Deterioro de patrón de sueño relacionado con los procedimientos invasivos monitores iluminación.

DEFINICION: Trastorno de la cantidad y la calidad de sueño suspensión de la conciencia periódica natural limitado en el tiempo.³³ D(4)c(1)

RESULTADO ESPERADO (NOC)	INTERVENCIONES DE ENFERMERIA (NIC)		
<p style="text-align: center;">D1 C A Sueño</p> <p>Definición Magnitud y patrón de suspensión, periódica natural de la conciencia durante el cual se recupera el organismo.³⁴</p> <p>Horas de sueño Patrón de sueño calidad de sueño sueño interrumpido contrastes vitales</p> <p>Descanso Tiempo de descanso Patrón de descanso Calidad del descanso Descanso físicamente Consumo de fármacos</p>	<p style="text-align: center;">INTERVENCIONES</p> <p style="text-align: center;">C (2) C (W)</p> <p style="text-align: center;">Manejo ambiental</p> <p>Definición: manipulación del entorno del paciente para conseguir beneficios terapéuticos ³⁵</p>	<p style="text-align: center;">ACTIVIDADES</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Se Creo un ambiente seguro para el paciente ▪ se proporciono una cuna radiante y un entorno limpios y cómodos ▪ se disminuyeron los estímulos ambientales ▪ se evito las exposiciones innecesarias, corrientes, exceso de calefacción o frío. ▪ se ajusto una temperatura ambiental adaptada a las necesidades del paciente en caso de que se altere la temperatura corporal ▪ se trato de controlar o evitar ruidos indeseables o excesivos, cuando sea posible proporcionar 	<p style="text-align: center;">FUNDAMENTACION</p> <p>❖ El ambiente que un individuo requiere desde su ingreso a un medio hospitalario ya sea para diagnostico o tratamiento , debe como parte de un sistema estar formado por una serie de elementos que en forma coordinada tiendan a lograr un máximo de eficiencia y eficacia en su atención a través de recursos tanto humanos como físicos</p> <p>El ambiente terapéutico es el conjunto de elementos físicos y humanos que comprenden la interacción del personal de la</p>

³³ Ibídem p . 188

³⁴ Ibídem p . 402, 255

³⁵ Ibídem p . 465

<p>Escala</p> <p>1- Extremadamente comprometido</p> <p>2- Sustancialmente</p> <p>3- Moderadamente</p> <p>4- Levemente</p> <p>5- No comprometido</p>		<p>música.</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ se controla la iluminación para conseguir beneficios terapéuticos³⁶ 	<p>institución de salud con el paciente y familiares para estimular al primero hacia su salud o rehabilitación</p>
<p>Evaluación: El prematuro logra superar el patrón del sueño con calidad .ubicándose en una escala de (4 levemente comprometida)</p>			

³⁶ Ibídem p. 465

NECESIDADES MANTENER LA TEMPERATURA CORPORAL

DIAGNOSTICO DE ENFERMERIA: Termorregulación ineficaz relacionado por la inmadurez de la piel

DEFINICION: fluctuación de la temperatura de la hipotermia y la hipertermia.³⁷ D (11) C (6)

RESULTADO ESPERADO (NOC)	INTERVENCIONES ENFERMERIA (NIC)		
<p align="center">D 11 C I</p> <p align="center">Termorregulación Neonatal</p> <p>Definición Equilibrio entre la producción ganancia y pérdida de calor durante el periodo neonatal³⁸</p> <p>Temperatura corporal DLN Cambios de coloración Uso de postura conservadora de calor Hidratación adecuada</p> <p>Escala</p> <p>1- Extremadamente 2- Sustancialmente 3- Moderadamente 4- Levemente 5- No comprometido</p>	<p align="center">INTERVENCIONES</p> <p align="center">C (2) C (M)</p> <p align="center">Regulación de la Temperatura</p> <p align="center">Definición</p> <p align="center">Conservar y mantenimiento de la temperatura corporal dentro del margen norma³⁹</p>	<p align="center">ACTIVIDADES</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Se comprobó la temperatura amenos cada hora ▪ se vigilo la temperatura del recién nacido hasta que se estabilice ▪ se coloco el sensor de temperatura de la cuna térmica ▪ se controlo la presión sanguínea el pulso y la respiración cada hora ▪ se registraron los signos y síntomas de hipotermia ▪ se favoreció una ingesta nutricional y de líquidos adecuada ▪ se mantuvo la temperatura corporal del recién nacido 	<p align="center">FUNDAMENTACION</p> <ul style="list-style-type: none"> ❖ en los organismos vivos la temperatura varia según las especies en el hombre se mantiene constante por la capacidad que tiene para regular , independientemente de las variación climatológicas o estacionales su centro termorregulador se encuentra en el hipotálamo
<p>Evaluación : Escalona logro mejorar la temperatura corporal limite normales ubicándose en una escala de (5 no comprometida)</p>			

³⁷ Ibídem p 201

³⁸ Ibídem p . 405

³⁹ Ibídem p . 683

<p>Escala</p> <p>1- Extremadamente 2-Sustancialmente 3- Moderadamente 4-Levemente 5-No comprometido</p>	<p>Definición</p> <p>Recogida y análisis de datos del paciente con el propósito de mantener la integridad de la piel y de las membranas mucosas. ⁴³</p>	<ul style="list-style-type: none"> • se vigilo el color y la temperatura de la piel • se observo si hay zonas de descolocación y magulladuras en la piel y las membranas mucosas y perdida de integridad • se observo si hay zonas de presión y fricción • se observo si hay excesiva sequedad o humedad en la piel • se vigilo si había infecciones • se tomo nota de los cambios en la piel y membranas mucosas • se instauraron medidas para evitar mayor deterioro (p. ej. Colchón antiescaras, horario de cambio de posición.)⁴⁴ 	<p>de los orificios externos de las vias digestivas , respiratorias y genitourinaria</p>
<p>Evaluación : El paciente logro mejorar la integridad y textura de su piel , ubicándose en una escala de (4 levemente comprometida)</p>			

⁴³ Ibídem p. 560

⁴⁴ Ibídem 787

NECESIDADES EVITAR LOS PELIGROS DEL ENTORNO

DIAGNOSTICO DE ENFERMERIA: Riesgo de asfixia relacionada con el mecanismo compensador de la respiración, ventilación artificial.

DEFINICIÓN: El aumento de riesgo de asfixia accidental inadecuación de aire disponible para la inhalación.⁴⁵ D (11) C (2)

RESULTADO ESPERADO (NOC)	INTERVENCIONES ENFERMERIA (NIC)		
D I V C T	INTERVENCIONES	ACTIVIDADES	FUNDAMENTACION
<p>Control de la aspiración</p> <p>Definición</p> <p>Acción personales para prevenir el paso de partículas o solidas hacia los pulmones ⁴⁶</p> <p>Identificar factores de riesgo</p> <p>Evitar factores de riesgo</p>	<p style="text-align: center;">C (2) C (K)</p> <p>Manejo de las vías aéreas artificiales</p> <p>Definición</p> <p>Manteniendo tubo endotraqueal o de traqueotomía y prevención de complicaciones asociadas con su utilización. ⁴⁷</p>	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Se Proporciono una humidificación del 100 % al gas / aire inspirado ▪ se proporciono una hidratación sistémica adecuada mediante la administración oral o intravenosa de liquido ▪ se ausculto si había sonidos pulmonares bilaterales después de la inserción y después de cambiar la sujeción del tubo endotraqueal. ▪ se marco la referencia en centímetros en el tubo endotraqueal para comprobar posibles desplazamientos ▪ se colabora en el examen radiológico del tórax , si es necesario , para comprobar la posición del tubo . ▪ se observo si hay presencia de crepitaciones y roncus en las vía aéreas ▪ se realizo aspiración endotraqueal ▪ se realizaron medidas que 	<ul style="list-style-type: none"> ❖ El proceso mecánico de la respiración se efectúa mediante los miembros de la pared torácico y del diafragma y en condiciones , normales se realiza sin esfuerzo

⁴⁵ Ibídem p. 26

⁴⁶ Ibídem p. 192

⁴⁷ Ibídem p. 551

<p>Escala</p> <p>1- Nunca manifestado 2- Raramente 3- En ocasiones 4- Manifestado con frecuencia constantemente manifestado</p>	<p>INTEREVCNION</p> <p>C (2) C (K)</p> <p>Precauciones para evitar las aspiraciones.</p> <p>Definición: prevención o disminución al mínimo de los factores de riesgo en el paciente con riesgo de aspiración ⁴⁸</p>	<p>impidan la des intubación accidental : fijar la vía aérea artificial con cinta / cuerda ; administrar sedacion</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ se preparo un equipo de intubación adicional en un sitio fácil disponibilidad. <p>ACTIVIDADES</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Se Vigilo el nivel de conciencia ▪ se controlo de estado pulmonar ▪ se mantuvo una vía aérea ▪ se coloco vertical al 90 % o lo mas incorporado posible ▪ se mantuvo un equipo de aspiración disponible.⁴⁹ 	<p>FUNDAMENTACION</p> <ul style="list-style-type: none"> ❖ Antes de iniciar el procediomeinto valorar la necesidad de aspiración , asi como signos vitales estado respiratorio y nivel de conciencia del paciente la valoración precisa evita riesgos y mayor compromiso respiratorio al paciente la limpieza de vias respiratorias se mantiene por movimientos ciliaritos y filtración de las vias respiratorias superiores
<p>Evaluación: Se logro que mediante una buena técnica de aspiración se evitaron riesgos. ubicándose en una escala de (1 nunca manifestado)</p>			

⁴⁸ Ibídem p . 651

⁴⁹ Ibídem p. 672

NECESIDADES EVITAR LOS PELIGROS DEL ENTORNO

DIAGNOSTICO DE ENFERMERIA: Riesgo de infección relacionado con procedimiento invasivos

DEFINICION: El aumento de riesgo de ser invadido por microorganismos patógenos⁵⁰ D(11) C(1)

RESULTADO ESPERADO (NOC)	INTERVENCIONES ENFERMERIA (NIC)		
<p style="text-align: center;">D I V C Q</p> <p style="text-align: center;">Conducta Terapéutica enfermedad o lesión.</p> <p>Definición Acción personal para paliar o eliminar patología⁵¹</p> <p>Cumple las precauciones recomendadas cumple el régimen terapéutico recomendado</p> <p>cumple con las actividades prescritas</p> <p>cumple con régimen de medicación</p> <p>evitar conducta que potencian la patología</p> <p>Utiliza dispositivos correctamente.</p>	<p style="text-align: center;">INTERVENCIONES</p> <p style="text-align: center;">C (2) C (V)</p> <p style="text-align: center;">Protección contra las infecciones</p> <p style="text-align: center;">Definición</p> <p style="text-align: center;">Prevención y detección precoz de la infección en un paciente de riesgo⁵²</p>	<p style="text-align: center;">ACTIVIDADES</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Se observaron signos y síntomas de infección sistemático y localizada ▪ se observo el grado de vulnerabilidad del paciente a las infecciones ▪ se vigilo el recuento de glóbulos blancos y los resultados diferentes ▪ se limito el número de visitas ▪ se mantuvieron las normas de asepsia. ▪ se proporcionaron cuidados adecuados a la piel ▪ se inspecciono la existencia de enrojecimiento, calor drenaje en la piel y las membranas mucosas. 	<p style="text-align: center;">FUNDAMENTACION</p> <p>❖ Es necesario contar con un programa de control de infecciones para disminuir ciertos padecimientos de origen infecto contagioso durante la hospitalización este debe aplicarse en áreas de mayor riesgo de infección bacterianas</p>

⁵⁰ Ibídem p. 111

⁵¹ Ibídem p. 451

⁵² Ibídem p. 676

<p>Escala</p> <ol style="list-style-type: none"> 1- Nunca manifestada 2- Raramente manifestada 3- En ocasiones manifestada 4- Con frecuencia manifestada 5- Constantemente manifestada 	<p style="text-align: center;">INTERVECIONES</p> <p style="text-align: center;">C (2) C (L)</p> <p style="text-align: center;">Control de infección.</p> <p style="text-align: center;">Definición: minimizar el contagio y transmisión de agentes infecciosos ⁵³</p>	<p style="text-align: center;">ACTIVIDADES</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Se realizaron muestras para un hemocultivo. ▪ se observo si había cambios en el nivel de vitalidad / malestar ▪ se fomento un aumento de la movilidad ▪ se informo de una sospecha de infección al personal de control de infección ▪ se informo sobre los resultados de cultivos positivos al personal de control de infecciones ⁵⁴ 	<p style="text-align: center;">FUNDAMENTACION</p> <ul style="list-style-type: none"> ❖ Es sistema de vigilancia continua no solo a paciente y familiares sino también a los integrantes de barreras naturales inmunitarias educación continua sobre patologías prevalentes
<p>Evaluación: Se logro que el prematuro Escalona; eliminara cualquier riesgo de infección llevado a cabo el régimen terapéutico recomendado. utilizando una escala de (1 nunca manifestado)</p>			

⁵³ Ibídem p. 237

⁵⁴ Ibídem p. 213

NECESIDADES EJERCITAR CULTO A DIOS CON SU RELIGION

DIAGNOSTICO DE ENFERMERIA: Sufrimiento espiritual relacionado con la esperanza de que le permitan colocar una imagen religiosa en la cuna térmica de su bebe manifestando angustia

DEFINICION: Deterioro de la capacidad para experimentar e integrar el significado y propósito de la vida mediante la conexión con el y los otros, el arte, la musuca y la literatura la naturaleza; o un poder superior al propio yo.⁵⁵ D (10) C (3)

RESULTADO ESPERADO (NOC)	INTERVENCIONES ENFERMERIA (NIC)		
<p align="center">D V C U</p> <p>Alteración de estilo de vida del cuidador familiar Definición Alteración en el estado de vida de un miembro debido a su papel de cuidado.⁵⁶</p> <p>Expresión de confianza expresión de esperanza sensibilidad expresión amor oración participación en ritos y ceremonias religiosas</p> <p>Escala</p> <p>1- Intensa 2- Sustancial 3- Moderada 4- Ligera 5- Ninguna</p>	<p align="center">INTERVENCIONES</p> <p align="center">C (2) C (R)</p> <p align="center">Apoyo Espiritual</p> <p>Definición</p> <p>Ayudar al paciente a conseguir el equilibrio a través de sus creencias⁵⁷</p>	<p align="center">ACTIVIDADES</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ se fomento el uso de recursos espirituales si se desea por parte de los familiares ▪ se proporcionaron los objetivos espirituales de acuerdo con las preferencias ▪ se estuvo disponible a escuchar los sentimientos 	<p align="center">FUNDAMENTACION</p> <p>❖ Toda cultura conocida tiene alguna forma de comportamiento culturalmente organizada a asociada con la religión . la importancia de las creencias y las practicas religiosas tienden a aumentar durante los momentos de tension e incertidumbre</p>
<p>Evaluación : La madre de prematuro logro recuperar la confianza la serenidad ; utilizando una escala de (4 levemente comprometida)</p>			

⁵⁵ Ibídem p. 193

⁵⁶ Ibídem p. 123

⁵⁷ Ibídem p. 492

NECESIDAD TRABAJO DE FORMA QUE ACORDE CON SU REALIZADO.

DIAGNOSTICO DE ENFERMERIA: Riesgo de cansancio del rol cuidado relacionado nacimiento de su bebe prematuro.

DEFINICION: El cuidado es vulnerable a la percepción de dificultad para desempeñar su rol de cuidados de la familia.⁵⁸ D (7) C (1)

RESULTADO ESPERADO (NOC)	INTERVENCIONES ENFERMERIA (NIC)		
<p align="center">D V I C W</p> <p>Alteración en el estilo de vida de un miembro de la familia debido a su papel de cuidado.</p> <p>Definición Alteraciones en el estilo de vida de un miembro de la familia debido a su papel de cuidado⁵⁹</p> <p>Insatisfacción con las circunstancias de la vida realización del rol alterado producción laboral comprometida recursos económicos agotados</p> <p>Escala 1- Intensa 2- Sustancial</p>	<p align="center">INTERVENCION</p> <p align="center">C (2) C (X)</p> <p align="center">Apoyo al cuidador principal</p> <p>Definición</p> <p>Suministro de la necesidad información / recomendación y apoyo para facilitar los cuidados primarios al paciente por parte de una persona distintos sanitarios⁶⁰</p> <p align="center">INTERVENCIÓN</p> <p align="center">C (2) C (X)</p> <p align="center">Fomento de la normalización familiar</p>	<p align="center">ACTIVIDADES</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Se Determino el nivel de conocimiento del cuidado ▪ se determino la aceptación del cuidado de su papel ▪ se animo al cuidador a que asuma su responsabilidad ▪ se controlaron los problemas de intervención de la familia en la relación cuidados del paciente. ▪ se apoyo al cuidador mediante proceso de quejas <p align="center">ACTIVIDADES</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ se fomento el desarrollo de la integridad del niño en el sistema familiar sin 	<p align="center">FUNDAMENTACION</p> <ul style="list-style-type: none"> ❖ Presencia de agentes estresantes situaciones que normalmente afectan a las familias.

⁵⁸ Ibídem p. 184

⁵⁹ Ibídem p . 113

⁶⁰ Ibídem p. 154

<p>3- Moderada 4- Ligera 5- Ninguna</p>	<p>Definición: ayudar a los padres y demás miembros de la familia con niños con enfermedad crónica o discapacidad a tener experiencias vitales normales para sus niños y familia ⁶¹</p>	<p>que él niños se convierte en el centro de la familia</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ se ayudo a la familia a alterar el régimen terapéutico prescrito para que se adapte terapéutico prescrito para que se adopte al programa normal ▪ se determinaron las necesidades cuidador intermitentes para los padres y demás cuidadores ▪ se animo a los padres a que dispone de tiempo para el cuidado de sus necesidades personales ▪ se Animo a la familia a manifestar los hábitos, rituales y rutinas normales.⁶² 	<p>FUNDAMENTACION</p> <p>❖ Toda sociedad o cultura ha establecido reglas y códigos de conducta que gobierna los papeles y las relaciones de los miembros de la familia</p>
<p>Evaluación :Logro mejorar su ambiente laboral y relacionar familiar , satisfactoriamente ubicándose en una escala de(2 sustancial)</p>			

⁶¹ Ibídem p. 416

⁶² Ibídem p. 413

NECESIDAD ESTUDIAR; DESCUBRIR O SATISFACER SU CURIOSIDAD QUE LE CONDUZCA A UN DESARROLLO NORMAL DE LA SALUD

DAIGNOSTICO DE ENFERMERIA: disposición para mejorar el manejar el tratamiento los cuidados y la prevención de secuelas

DEFINICION: Patrón de regulación e integración en la vida de un programa o programas para alcanzar los objetivos relacionados con la salud y que pueden ser reforzados.⁶³ D (1) C (2)

RESULTADO ESPERADO (NOC)	INTERVENCIONES ENFERMERIA (NIC)		
<p align="center">D I V C G</p> <p align="center">Conducta de Cumplimiento</p> <p>Definición</p> <p>Acciones basadas en el asesoramiento profesional para promocionar el bienestar y la recuperación y la rehabilitación ⁶⁴</p> <p>confianza en el profesional solicitar la pauta prescrita acepta diagnostico conservar la cita</p> <p>Escala</p> <p>1-Nunca manifestado</p> <p>2-Ligeramente</p> <p>3-En ocasiones</p> <p>4-Manifestado c / frecuencia</p> <p>5-Constantemente</p>	<p align="center">INTERVENCIONES</p> <p align="center">C (2) C (5)</p> <p align="center">Potenciación de la disposición de aprendizaje</p> <p align="center">Definición</p> <p align="center">Mejorar la capacidad y disposición de recibir información⁶⁵</p>	<p align="center">ACTIVIDADES</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ se fomento el aprendizaje ▪ se estableció un ambiente de aprendizaje ▪ se logro la participación de la familia ▪ se explico como la información ayudara a reducir; riesgos. ⁶⁶ 	<p align="center">FUNDAMENTACION</p> <ul style="list-style-type: none"> ❖ Para mantener el equilibrio psicológico para crecer y desarrollarse positivamente para aprender en general y para lograr el comportamientos adecuado para solucionar problemas de adaptación en parto cular.
<p>Evaluación : La madre de Escalona logro mejorar la confianza en el profesional ubicándose en una escala de (4manifestado con frecuencia)</p>			

⁶³ Ibídem p. 184

⁶⁴ Ibídem p. 113

⁶⁵ Ibídem p.. 154

⁶⁶ Ibídem p. 653

CONCLUSIONES

El Proceso de Atención de enfermería es un instrumento de mejora de calidad de los cuidados de enfermería. Con el fin de proporcionar cuidados a la población demostrando su aportación al sistema de salud esta orientada a mejorar la eficacia y eficiencia de los procesos en enfermero. el proceso uno de los primeros pasos a seguir para estandarizar actividades mediante documentos técnicos de metodología . Permite evidenciar que el proceso enfermero es el que le da sentido y contenido a las normas . el proceso se aplica en cualquier paciente

La sistematización de los conocimientos enfermeros en torno a la idea del método científico denominado proceso de enfermería que consta de valoración, diagnósticos, planificación, ejecución y evaluación. es uno de los avances , mas significativos a un método universal de trabajo .

SUGERENCIAS

Considero es importante que el programa de estudios de la Licenciatura en enfermería y obstetricia incluyan un Taller sobre Proceso de Atención de Enfermería con la finalidad de obtener y mejorar los conocimientos sobre el proceso Atención de Enfermería ya que es un instrumento de trabajo que se debe llevar a cabo en la vida laboral, ya que cada día que pasa la enfermería implica nuevos retos en beneficios del bienestar de nuestros pacientes.

BIBLIOGRAFIA

Cardenal L. Diccionario termológico de ciencias medicas. México : Salvat editores 1960

Cole FS. Defects in surfactant synthesis: clinical implications. *Pediatr Clin North Am.* Oct 2006; 53(5): 911-27.

Courtney SE. Continuous positive airway pressure and noninvasive ventilation. *Clin Prenatal.* Mar 2007; 34(1): 73-92.

Fernández Ferrin Carmen. El modelo de Henderson y el proceso atención de enfermería Ed. Masson – Salvat, Barcelona, España 1995 pág. 4, 5, 7, 8, 9,10

[Http://www.cientec.or.cr/equidad/higtingale.htm/](http://www.cientec.or.cr/equidad/higtingale.htm/)

Henderson, V.A. (1978) the concepts of Nursing *Journal of Advanced Nursing*, Marzo Pag 24

Internet. Tendencias y Modelos más utilizados en Enfermería. El Proceso de Atención de Enfermería. [http:// www.aibarra.org/](http://www.aibarra.org/) Abril Pag 15, 16, 17.

Internet. Enfermeras Teóricas. Virginia Henderson. [http:// www.teleline.terra.es/](http://www.teleline.terra.es/) Abril Pag 1, 2, 3.

Kinsella JP Inhaled nitric oxide in the premature newborn. *J Pediatr.* Jul 2007; 151(1): 10-5

Lampland AL. The role of high-frequency ventilation in neonates: evidence-based recommendations. *Clin Prenatal.* Mar 2007; 34(1): 129-44.

MARRINET. T Ann. Introducción al análisis de las Teorías de enfermería 4ª ed. Mosby-Doyma, Barcelona España, 1998, Pag. 3-15

Marion Johnson Clasificación de resultados de enfermería. Segunda edición
Harcourt Mosby País Madrid España año 2000
pág. 317,374,317,785,551,346,347,402,255,405,343,192,451,123

Nanda Diagnósticos enfermería definición y clasificación 2003 y 2004 editorial el
sevier país España 2003 pág.121,166,26,128,119,188,201,118,26,11,193,184,132

Stevens TP. Surfactant replacement therapy. Chest. May 2007; 131(5): 1577-82.

Toane C. MC Closkey Gloria M. Bulechek Clasificación de intervenciones de
enfermería tercera edición editorial Harcourt Mosby país Madrid España año 2000.

GLOSARIO

Acrocianosis Coloración violácea permanente de manos y pies con enfriamiento tróficas; cuadro debido a trastornos de lentitud circulatorio.

Alcalosis Aumento de la reserva alcalina de la sangre, diversa también en Metabólica y respiratoria

Alveolo Fondo de saco terminal de las ramificaciones bronquiales

Asfixia Supresión de la función respiratoria

Cánula Traqueal Tubo de calibre; forma y materiales variables, abierto por ambos extremos, que se introduce en la traqueo para permitir el peso del aire.

Cizallamiento Deformación lateral que se produce por una fuerza externa. También llamado corte, cortadura

Dificultad Respiratoria Es una afección que involucra una sensación de dificultad o incomodidad a respirar o la sensación de no estar recibiendo suficiente aire.

Hipoventilacion reducción de la frecuencia de los movimientos respiratorios

Infección Dícese actualmente de la entrada, desarrollo o multiplicación de un agente infeccioso por la acción de las toxinas microbianas

Oxigeno Incoloro libre en la atmosfera, de cuyo peso construye el 20 % peso específico 1.105, símbolo O agente esencial de la respiración y la combustión.

Surfactante El surfactante pulmonar es un complejo altamente tenso activo que recubre la superficie alveolar del pulmón; constituye un material heterogéneo que

existe en formas especializadas extravascular extracelular. Está constituido por 90% de lípidos y 10% de proteínas, aproximadamente

Quejidos respiratorios que denota aumento en presión respiratoria

Polipnea incremento en la ventilación pulmonar por taquipnea o polipnea

Prematuro Que ocurre antes del tiempo propio o término; niño nacido del término, pero variable.

ANEXOS

SÍNDROME DE DIFICULTAD RESPIRATORIA NEONATAL

Definición

Es una de las complicaciones más comunes que se observa en bebés prematuros. Esta afección hace que la respiración sea difícil.

Nombres alternativos

Enfermedad de la membrana hialina; Síndrome de dificultad respiratoria en bebés (IRDS); Síndrome de dificultad respiratoria en neonatos; SDR en bebés

Causas, incidencia y factores de riesgo

El síndrome de dificultad respiratoria neonatal (SDR) ocurre en bebés cuyos pulmones no se han desarrollado todavía totalmente.

La enfermedad es causada principalmente por la falta de una sustancia resbaladiza y protectora, llamada surfactante o agente tensioactivo, que ayuda a los pulmones a inflarse con aire e impide que los alvéolos colapsen. Esta sustancia normalmente aparece en los pulmones maduros.¹

También puede ser el resultado de problemas genéticos con el desarrollo pulmonar.

Cuanto más prematuro sea un bebé al nacer, menos desarrollados estarán sus pulmones y mayor será la probabilidad de presentar el síndrome de dificultad respiratoria neonatal. La mayoría de los casos se observa en bebés nacidos antes de 28 semanas y es muy raro en los bebés nacidos a término (a las 40 semanas).

Además de la prematuridad, los siguientes factores incrementan el riesgo de presentarse este síndrome:

¹ Marrinet Ann. Introducción al análisis de las teorías de enfermería 4ª edición editorial Mosby –Doyma , Barcelona España 1998 p 3-15

- ❖ Un hermano o hermana que lo padecieron
- ❖ Diabetes en la madre
- ❖ Parto por cesárea
- ❖ Complicaciones del parto que llevan a que se presente acidosis en el recién nacido al nacer
- ❖ Embarazo múltiple (gemelos o más)
- ❖ Trabajo de parto rápido

El riesgo del síndrome de dificultad respiratoria neonatal puede disminuirse si la madre embarazada tiene hipertensión arterial crónica relacionada con el embarazo o ruptura prolongada de membranas, debido a que la tensión de estas situaciones hace que los pulmones del bebé maduren más pronto. .²

Síntomas

Los síntomas normalmente aparecen en cuestión de minutos después del nacimiento, aunque pueden no observarse durante varias horas. Los síntomas pueden abarcar:

- ❖ Color azulado de la piel y membranas mucosas (cianosis)
- ❖ Detención breve de la respiración (apnea)
- ❖ Disminución del gasto urinario
- ❖ Ronquidos
- ❖ Aleteo nasal
- ❖ Brazos o piernas hinchados o regordetes
- ❖ Respiración rápida
- ❖ Respiración poco profunda
- ❖ Dificultad para respirar y sonidos roncós mientras respira
- ❖ Movimiento respiratorio raro: retracción de los músculos del tórax con la respiración

Signos y exámenes Una gasometría arterial muestra bajos niveles de oxígeno y exceso de ácido en los líquidos corporales.

² Cloherty J. Stara A. Eichenwald E Manual of Neonatal Care 5 th ed. Lippincott. Wilkins and Williams ;2003

Una radiografía de tórax muestra disnea. Los pulmones tienen una apariencia de "vidrio molido", que a menudo se desarrolla de 6 a 12 horas después de nacer. Se pueden necesitar estudios de la función pulmonar.³

Se llevan a cabo exámenes de laboratorio para descartar infección y sepsis como causa de la disnea.

Tratamiento El tratamiento específico para la HMD será determinado por el médico de su bebé basándose en lo siguiente:

- La edad gestacional de su bebe su estado general de salud y los antecedentes médicos
- La gravedad del trastorno
- La tolerancia de determinado medicamento , procedimiento terapias
- Las expectativas para la evolución del trastorno
- Su opinión o preferencia

El tratamiento para la HMD puede incluir:

- colocación de un tubo endotraqueal (su sigla en inglés es ET) en el conducto de aire del bebé
- respirador mecánico (para cumplir la función respiratoria por el bebé)
- oxígeno suplementario (cantidades adicionales de oxígeno)
- presión positiva continua de la vías respiratorias (su sigla en inglés es CPAP)
 - respirador mecánico que aporta un flujo continuo de aire u oxígeno a las vías respiratorias para mantener abiertos los diminutos pasajes aéreos en los pulmones
- reemplazo del surfactante con surfactante adicional - se logra la mayor eficacia si se comienza a realizar durante las primeras seis horas posteriores al nacimiento. El reemplazo del surfactante demostró ser eficaz para reducir la gravedad de la HMD. El suministro de esta sustancia es un tratamiento profiláctico (preventivo) para algunos bebés de muy alto riesgo a causa de la

³ Cloherty J. Stara A. Eichenwald E Manuel of Neonatal Care 5 th ed. Lippincott. Wilkins and Williams ;2003

HMD, mientras que para otros, se utiliza como un método de "rescate". La droga es un polvo que se mezcla con agua esterilizada y luego se administra, generalmente en varias dosis, a través del tubo ET (tubo respiratorio).

- medicamentos (sedantes y paliativos para los bebés durante el tratamiento)

Expectativas (pronóstico) La afección con frecuencia empeora durante 2 a 4 días después del nacimiento con un mejoramiento lento de ahí en adelante. Algunos bebés afectados por el síndrome de dificultad respiratoria grave morirán, aunque esto es poco común durante el primer día de vida. Si ocurre, generalmente sucede entre los días 2 y 7. Es posible que se presenten complicaciones a largo plazo como resultado de la toxicidad del oxígeno, las altas presiones ejercidas sobre los pulmones, la gravedad de la enfermedad en sí misma o los períodos en que el cerebro u otros órganos no recibieron suficiente oxígeno.⁴

Complicaciones Se puede acumular aire o gas en:

- El espacio que rodea los pulmones (neumotórax)
- El espacio en el tórax entre los dos pulmones (neumomediastino)
- El área entre el corazón y el delgado saco que lo rodea (neumopericardio)

Otras complicaciones pueden ser:

- Hemorragia intracerebral (hemorragia intraventricular en recién nacidos)
- Hemorragia intrapulmonar (algunas veces asociada con el uso de agentes tensioactivos)
- Coágulos de sangre debido a un catéter arterial umbilical
- Displasia bronco pulmonar
- Retraso en el desarrollo mental y retardo mental asociado con sangrado o daño cerebral
- Retinopatía de la prematuridad y ceguera

Situaciones que requieren asistencia médica Esta enfermedad se desarrolla generalmente poco después del nacimiento, mientras el bebé está todavía en el hospital. En caso de dar a luz en el hogar o fuera de un centro médico, se debe

⁴ Cloherty J. Stara A. Eichenwald E Manuel of Neonatal Care 5 th ed. Lippincott. Wilkins and Williams ;2003

buscar asistencia médica de emergencia si el bebé desarrolla cualquier tipo de dificultad respiratoria.

Prevención Prevenir la prematures es la manera más importante de evitar el SDR neonatal. Lo ideal es que este esfuerzo empiece con la primera visita prenatal, que debe programarse tan pronto una madre se dé cuenta de que está embarazada. El buen cuidado prenatal da como resultado bebés más grandes, más saludables y menos nacimientos prematuros.⁵

El hecho de evitar las cesáreas innecesarias o mal programadas también puede reducir el riesgo del síndrome de dificultad respiratoria.

Si una madre comienza el trabajo de parto prematuramente, se hace un examen de laboratorio para determinar la madurez de los pulmones del bebé. Cuando sea posible, normalmente se detiene el parto hasta que el examen muestre que los pulmones del bebé han madurado, lo cual disminuye las probabilidades de desarrollar SDR.

En algunos casos, se pueden administrar medicamentos llamados corticosteroides para ayudar a acelerar la madurez pulmonar en el bebé en desarrollo. Éstos a menudo se administran a mujeres embarazadas entre 24 y 34 semanas de gestación que parezca que probablemente van a dar a luz a la siguiente semana. La terapia puede reducir la tasa y severidad del SDR, como también la tasa de otras complicaciones de la prematures, como hemorragia intraventricular, conducto arterial persistente y enterocolitis necrosante. No está claro si las dosis adicionales de corticosteroides son seguras o eficaces.⁶

⁵ Cloherty J. Stara A. Eichenwald E Manuel of Neonatal Care 5 th ed. Lippincott. Wilkins and Williams ;2003

FICHA DE IDENTIFICACION

Nombre: _____ edad _____ Peso: _____ Talla: _____
Fecha de nacimiento: _____ Sexo: _____ Ocupación: _____
Escolaridad _____ Fecha de admisión: _____ Hora: _____
Procedencia: _____ Fuente de información: _____
Fiabilidad (1- 4): _____ Miembro de la familia / persona significativa: _____

VALORACION DE NECESIDADES HUMANAS

1- Necesidades básicas de: oxigenación, nutrición e hidratación, eliminación y Termorregulación.

a) Oxigenación

Subjetivo:

Disnea debido a: _____ Tos productiva/seca: _____ dolor asociado con la
Respiración: _____ Fumador: _____
Desde cuando fuma/cuantos cigarros al día /varía la cantidad según su estado emocional:

Objetivo:

Registro de signos vitales y características:

Tos producida /seca: _____ Estado de conciencia: _____
Coloración de piel/lechos ungueales / peribucal: _____
Circulación del retorno venoso: _____
Otros: _____

b) Nutrición e hidratación

Subjetivo:

Dieta habitual (tipo): _____ Numero de comidas diarias: _____
Trastornos digestivos: _____
Intolerancia alimenticia /alergias: _____
Problemas de la masticación y deglución: _____

Patrón de ejercicio: _____

Objetivo:

Turgencia de la piel: _____

Membranas mucosas hidratadas / secas: _____

Características de uñas /cabello: _____

Funcionamiento neuromuscular y esquelético: _____

Aspecto de los dientes y encías: _____

Heridas, tipo y tiempo de cicatrización: _____

Otros: _____

c) eliminación

Subjetivo:

Hábitos intestinales: _____

Carácter de las heces, orina y menstruación: _____

Historia de hemorragias /enfermedades renales /otros: _____

Uso de laxantes: _____ Hemorroides: _____

Dolor al defecar /menstruar/orinar: _____

Como influyen las emociones en sus patrones de eliminación : _____

Objetivo:

Abdomen /características: _____

Ruidos intestinales: _____

Palpación de la vejiga urinaria: _____

Otros: _____

d) Termorregulación

Subjetivo:

Adaptabilidad a los cambios de temperatura: _____

Ejercicio/tipoy frecuencia: _____

Temperatura ambiental que le es agradable: _____

Objetivo:

Características de la piel: _____

Transpiración: _____

Condición del entorno físico: _____

Otros: _____

2.- necesidades basitas de: moverse y mantenerse una buena postura, usar Prendas de vestir adecuadas, higiene y protección de la piel.

a) Moverse y mantener una buena postura

Subjetivo:

Capacidad física cotidiana: _____

Actividad en el tiempo libre: _____

Hábitos de descanso: _____

Hábitos de trabajo: _____

Objetivo:

Estado del sistema músculo esquelético /fuerza: _____

Capacidad muscular tono /resistencia/flexibilidad: _____

Posturas: _____

Ayuda para la deambulacion: _____

Dolor con el movimiento: _____

Presencia de temblores: _____ Estado de conciencia: _____

Estado emocional: _____

Otros: _____

b) Descanso y sueño

Subjetivo:

Horario de descanso: _____ Horario de sueño: _____

Horas de descanso: _____ Horas de sueño: _____

Siesta: _____ Ayudas: _____

¿Padece insomnio?: _____

A que considera que se deba: _____

¿Se siente descansado al levantarse?: _____

Objetivo:

Estado mental: ansiedad /estrés/lenguaje: _____

Ojeras: _____ Atención: _____ Bostezos: _____

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 modo de vestir?: _____

¿Sus creencias le impiden vestirse como a usted le gustaría?: _____

¿Necesitas ayuda para la selección de su vestuario?: _____

Objetivo:

Viste de acuerdo a su edad: _____

Capacidad psicomotora para vestirse y desvestirse: _____

Vestido incompleto: _____ sucio: _____ inadecuado: _____ otros: _____

e) Necesidad de higiene y protección de la piel

Subjetivo:

Frecuencia de aseo: _____

Momento preferido para el baño: _____

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

¿Tiene creencias personales o religiosas que limiten sus hábitos higiénicos?: _____

Objetivo:

Aspecto general: _____

Olor corporal: _____

Halitosis: _____

Estado del cuero cabelludo: _____

Lesiones dermicas que tipo: _____

(Anote su ubicación en el diagrama)

Otros:

d) Necesidades de evitar peligro

Subjetivo:

Que miembro compone su 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? _____
Como canaliza las situaciones de tensión en su vida: _____

Objetivo:

Deformidad congénita: _____
Condiciones del ambiente en su hogar: _____
Trabajo: _____
Otros: _____

3.- Necesidades básicas de: comunicación vivir según sus creencias y valores
Trabajar y realizarse, jugar y participar en actividades recreativas o de
aprendizaje.

a) necesidad de comunicarse

Subjetivo:

Estado civil: _____ Años de relación: _____ vive con: _____
Preocupaciones /estrés: _____ Familiares: _____
Otras personas que pueden ayudar: _____
Comunica sus problemas debido a la enfermedad / estado _____
Cuanto tiempo pasa sola: _____
Frecuencia de los diferentes contactos sociales en el trabajo: _____

Objetivo:

Habla claro: _____ confusa: _____
Dificultad en la visión: _____ Audición: _____
Comunicación verbal /no verbal con la familia /con otras personas significativas

Otros: _____

b) necesidades de vivir según sus creencias y valores

Subjetivo:

Creencia religiosa _____

¿Su creencia religiosa le genera conflictos personales?: _____

Principales valores en su familia: _____

¿Es congruentes su forma de pensar con su forma de vivir?: _____

Objetivo:

Hábitos específicos de vestir (grupos social religioso): _____

¿Permite el contacto físico?: _____

¿Tiene algún objeto indicativo de determinar valores o creencias?: _____

Otros: _____

c) Necesidad de trabajar y realizarse

Subjetivo:

¿Trabaja actualmente?: _____ tipo de trabajo: _____

Riesgos: _____ cuanto tiempo le dedica al trabajo: _____

¿Está satisfecho con su trabajo?: _____ ¿su remuneración le permite cubrir
Sus necesidades básicas y/o las de su familia? _____

¿Está satisfecho (a) 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 situación de su necesidad ? _____

¿Existen recursos en su comunidad para la recreación ? _____

¿Ha participado en alguna actividad lucida o recreativa?: _____

Objetivo:

Integridad del sistema neuromuscular: _____

¿Rechaza las actividades recreativas?: _____

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

Otros: _____

e) Necesidades 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 sentidos: _____

Estado emocional/ansiedad/dolor: _____

Memoria reciente: _____

Memoria remota: _____

Otras manifestaciones: _____

CONCLUSION DIAGNOSTICA DE ENFERMERIA

Necesidades	Grado de dependencia	Diagnostico de Enfermería
1-oxigenación	I _____ PD _____ D _____	_____ _____ _____
2-Nutrición/ Hidratación	I _____ PD _____ D _____	_____ _____ _____
3-Eliminación	I _____ PD _____ D _____	_____ _____ _____
4-moverse y mantener Una buena postura	I _____ PD _____ D _____	_____ _____ _____
5-Descanso y sueño	I _____ PD _____ D _____	_____ _____ _____
6-Usar prendas de Vestir adecuadas	I _____ PD _____ D _____	_____ _____ _____
7-Termorregularizacion	I _____ PD _____ D _____	_____ _____ _____
8-Higiene y protección	I _____ PD _____ D _____	_____ _____ _____
9- Evitar peligros	I _____ PD _____ D _____	_____ _____ _____

10- Comunicarse	I _____	_____
	PD _____	_____
	D _____	_____
11-Vivir según sus	I _____	_____
	PD _____	_____
	D _____	_____
12-Trabajar y realizarse	I _____	_____
	PD _____	_____
	D _____	_____
13-Jugar y participar en	I _____	_____
	PD _____	_____
	D _____	_____
14-Aprendizaje	I _____	_____
	PD _____	_____
	D _____	_____