



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

**PROCESO ATENCIÓN DE ENFERMERÍA
APLICADO A UNA PERSONA CON OSTEOCONDROMATOSIS**

**Que para obtener el Título de:
LIC. EN ENFERMERÍA Y OBSTETRICIA**

P R E S E N T A

**MARÍA ELENA RÍOS CORTÉS.
No. de cuenta: 086500645**

**ASESOR ACADÉMICO:
LIC. MA. MAGDALENA MATA CORTÉS.**

NOVIEMBRE, 2010.



Universidad Nacional
Autónoma de México



UNAM – Dirección General de Bibliotecas
Tesis Digitales
Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS ©
PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

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

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

Agradecimientos.

A LA VIDA

Por el simple hecho de estar en este mundo.

A MIS PADRES

Por darme la oportunidad de vivir.

Por su amor incondicional.

Por la ayuda que siempre me han brindado.

A MI ESPOSO Y A MIS HIJAS

Por el apoyo que me dan.

Por estar a mi lado.

INDICE

INTRODUCCIÓN

JUSTIFICACIÓN

OBJETIVOS

CAPÍTULO I

MARCO TEÓRICO

1.1.	Concepto y Generalidades de Enfermería.....	8
	Etapas históricas del cuidado: Doméstica, vocacional, técnica y profesional.	
1.2.	Teoría del cuidado humano Jean Watson.....	13
1.3.	Proceso Atención de Enfermería.....	16
	1.3.1. Etapas del Proceso Atención de Enfermería.....	18
	1.3.2. Valoración.....	18
	1.3.3. Diagnóstico.....	21
	1.3.3.1. Taxonomía NANDA.....	22
	1.3.4. Planificación.....	25
	1.3.4.1. Taxonomía Resultados Esperados (NOC).....	28
	1.3.5. Ejecución.....	30
	1.3.5.1. Taxonomía Intervenciones de Enfermería (NIC).....	31
	1.3.6. Evaluación.....	32
1.4.	Generalidades del Modelo de Virginia Henderson.....	33

CAPÍTULO II

METODOLOGÍA.....	38
------------------	----

CAPÍTULO III

3.1 Aplicación del Proceso Atención de Enfermería.....	39
3.1.1. Presentación del caso.....	39
3.1.2. Guía de valoración de Virginia Henderson.....	40
3.1.3. Diagnósticos de Enfermería.....	47
3.1.4. Planeación.....	49
3.1.5. Ejecución.....	51
3.1.6. Evaluación.....	51

CONCLUSIONES.....	62
--------------------------	-----------

ANEXOS.....	64
--------------------	-----------

Anexo I Patología.....	65
Tumores Óseos.....	65
Osteocondroma.....	65
1.1. Frecuencia.....	65
1.2. Edad.....	65
1.3. Sexo.....	66
1.4. Localización.....	66
1.5. Cuadro clínico.....	66
1.6. Cuadro radiológico.....	66
1.7. Anatomía patológica.....	67
1.8. Tratamiento.....	67

Anexo 2 Guía de valoración de 14 Necesidades de Virginia Henderson.....	68
---	----

BIBLIOGRAFÍA.....	73
--------------------------	-----------

INTRODUCCIÓN

Cuidar es una de las actividades más antiguas de la humanidad, nació de la tendencia instintiva de protección y ayuda entre los miembros de una comunidad, constituye las raíces de la enfermería moderna.

El sujeto del cuidado enfermero indiscutiblemente es el ser humano, por lo tanto las enfermeras, como profesionales de la disciplina, proporcionan cuidados al individuo, familia y comunidad, en los aspectos biológico, psicológico, social y espiritual, en todas las etapas del ciclo vital, en estado de salud o enfermedad, con una concepción holística.

La profesión de enfermería tiene un rol colaborativo y de ejercicio independiente que implica responsabilidad legal, moral y un alto grado de compromiso, por lo que es necesario se desarrollen modelos operativos que guíen la práctica de la profesión.

La ciencia de enfermería se basa en un amplio sistema de teorías, la teoría proporciona los conocimientos específicos y necesarios que requiere la enfermera para perfeccionar la práctica diaria, mediante la descripción, explicación, predicción y control de los fenómenos.

El Proceso Atención de Enfermería, es el método que el profesional de enfermería utiliza para guiar de manera organizada su quehacer diario, requiere de habilidades técnicas, cognitivas e interpersonales, que lleven a la solución de los problemas identificados en el sujeto de atención, y va dirigido a cubrir las necesidades de la persona.

La osteocondromatosis es un tumor primario benigno de hueso que pertenece a la serie de cartílago y es el más frecuente de todos los tumores óseos.

El Proceso Atención de Enfermería que se presentará se refiere a un niño de 6 años 10 meses de edad, que padece dicha patología. Para poder llevarlo a cabo, me guiaré en el Modelo de Virginia Henderson, el cual señala catorce necesidades básicas para mantener la integridad de la persona.

JUSTIFICACIÓN

El Sistema Nacional para el Desarrollo Integral de la Familia (DIF), es una Institución gubernamental, que brinda acciones de Asistencia Social, a través de sus Centros de atención. Dicha asistencia comprende acciones de promoción, previsión, prevención, protección y rehabilitación.

Asistencia Social es el conjunto de acciones tendientes a modificar y mejorar las circunstancias de carácter social que impidan el desarrollo integral del individuo, así como la protección física, mental y social de las personas en estado de necesidad, hasta lograr su incorporación a una vida plena y productiva.

Dentro de los Centros de Atención se encuentra Casa Coyoacán, Institución que se encarga de brindar asistencia a una población vulnerable (menores de ambos sexos entre los 5 y 8 años de edad), que ingresa por diversos motivos (abandono, maltrato físico, psicológico, sexual, problemas legales y/o patológicos de sus familiares, etc).

Casa Coyoacán es un centro que brinda atención de primer nivel, cuenta con un equipo multidisciplinario que es el encargado de satisfacer las necesidades básicas de los niños. El servicio de enfermería forma parte de este equipo, participa activamente realizando actividades técnicas, generales y administrativas, y enfoca su cuidado en el aspecto físico y emocional de la población atendida.

Enfermería juega un papel relevante en el cuidado de la persona, por lo tanto es indispensable aplicar procedimientos específicos que contribuyan a la satisfacción de las necesidades del individuo, lo que hace importante la realización de un Proceso Atención de Enfermería.

OBJETIVOS

OBJETIVO GENERAL

Se aplicará el Proceso Atención de Enfermería a un niño con Osteocondromatosis, para brindar calidad en la atención de sus cuidados, de su tratamiento y rehabilitación; identificando y resolviendo las necesidades alteradas, con base en el modelo de Virginia Henderson.

OBJETIVOS ESPECÍFICOS

Determinar los diagnósticos de Enfermería de la persona con Osteocondromatosis.

Seleccionar e implementar las intervenciones de enfermería.

Proporcionar calidad en la atención de la persona.

Presentar un trabajo por escrito para obtener el título de Licenciada en Enfermería y Obstetricia.

CAPÍTULO I

MARCO TEÓRICO

1.1 CONCEPTO Y GENERALIDADES DE ENFERMERÍA.

La enfermería es una ciencia y un arte, tiene su propio conjunto de conocimientos basados en teorías científicas, está enfocada hacia la salud y el bienestar de la persona, la enfermera se ocupa de los aspectos psicológicos, espirituales, sociales y físicos, y no solo del proceso médico, por ende se centra en las respuestas globales de la misma.

La primera definición de Enfermería fue dada por Florencia Nightingale en 1859, definía la enfermería como la “encargada de la salud personal de alguien y lo que la enfermera tenía que hacer para que el cliente estuviera en las mejores condiciones”.

Los teóricos de la Enfermería son profesionales que desarrollan conceptos y propuestas específicas y concretas, extraen sus teorías de modelos que reflejan los objetivos y filosofías de la profesión. Estos modelos se basan en los principios, valores y opiniones que guían la práctica de enfermería, describen las actividades necesarias para conseguir los objetivos.

Enfermería es la ciencia y el arte de proporcionar cuidados de predicción, prevención y tratamiento de las respuestas humanas del individuo, familia y comunidad a procesos vitales/problemas de salud reales.

DEFINICIÓN DE ENFERMERÍA

VIRGINIA HENDERSON (1961)

La función singular de la enfermera es asistir al individuo, enfermo o no, en la realización de esas actividades que contribuyen a su salud o su recuperación (o a una muerte placentera) y que él llevaría a cabo sin ayuda si tuviera la fuerza, la voluntad o el conocimiento necesario. Y hacer esto de tal manera que le ayude a adquirir independencia lo más rápidamente posible.

Significado histórico de los cuidados de enfermería.

Conocer las sociedades humanas significa conocer las distintas manifestaciones sociales en su globalidad y su interacción permanente.

Cualquier fenómeno histórico nos remite a la sociabilidad humana: es históricamente impensable que el hombre esté fuera de un grupo social. En ninguna etapa de la historia, por primitiva que ésta sea, el hombre aparece al margen de la sociedad.

La concepción de la Enfermería parte de su consideración como saber enfermero en cuanto a realidad histórica. El ámbito enfermero de significación está constituido por la materia histórica, relacionada a su vez con las manifestaciones que han planteado el saber y el quehacer de la actividad de cuidar a lo largo de los siglos.

La práctica de cuidar ha estado ligada a la conservación de la especie humana, en todas las etapas de la historia las madres, mujeres y esclavos han sido los encargados de esta actividad.

Cualquier manifestación de la vida social del hombre, puede y debe ser considerada como un hecho histórico, susceptible de ser analizado para obtener un conocimiento de carácter científico.

Los cuidados de enfermería constituyen un hecho histórico, ya que desde el principio de la humanidad surgen con carácter propio e independiente.

Estas afirmaciones nos conducen a un sistema histórico de referencia, en el que, como apunta Collière “las enfermeras/os aseguraban la continuidad de la vida, ayudando a través de sus prácticas de cuidados, a enfrentarse a la enfermedad y a la muerte, en contextos de escasa valoración social y cultural”. El significado de los cuidados, sería entonces, aprehender nuestra existencia como pensadores y hacedores de cuidados de enfermería, en relación a un todo y a sus múltiples e interesantes interrelaciones.¹

¹ Hernández Conesa, Juana María, “*Historia de la Enfermería. Un análisis histórico de los cuidados de enfermería*”. España, McGraw- Hill Interamericana, 1ª. Edición 1995. Pág. 25-27.

Etapas históricas del cuidado.

Etapa Doméstica:

El concepto de ayuda a los demás está presente desde el inicio de la civilización, en aquella época se entremezclaban diversas formas de cuidar, que con el transcurso del tiempo dieron lugar a diferentes disciplinas, entre ellas la enfermería. En esta primera etapa los cuidados se desarrollan formando parte de la historia de la atención a la salud.

Se denomina doméstica por ser la mujer, en cada hogar, la encargada de este aspecto de la vida. El objetivo prioritario de atención de la mujer cuidadora es el “mantenimiento de la vida” frente a las condiciones adversas del medio.

Alrededor de cada mujer en la familia se entrelazan y elaboran las prácticas rituales que tienden a asegurar la vida, su promoción y su continuidad. La mujer utiliza elementos que son parte de esa misma vida natural, como el agua para la higiene, las pieles para el abrigo, las plantas y el aceite para la alimentación, y las manos, como instrumentos muy importantes de contacto maternal para transmitir bienestar.

Los cuidados van encaminados a ese mantenimiento de la vida a través de la promoción de la higiene, la adecuada alimentación, el vestido y en general todas las medidas que hacen la vida más agradable.

Etapa vocacional:

El calificativo vocacional de la actividad de cuidar, se asocia con el nacimiento de la religión cristiana. Con la aparición del Cristianismo, la salud adquirió una nueva interpretación, la sociedad cristiana de la época atribuyó la salud y la enfermedad a los designios de Dios. El valor religioso de la salud que imperó se determinó por la convicción del pensamiento de que la enfermedad era una gracia del Todopoderoso: el que sufre es un elegido de Dios.

Las actividades de cuidar se relacionan con el concepto que los incipientes Cristianos tienen sobre la enfermedad y además se corresponden con las normas establecidas por la idea religiosa. Como consecuencia de esta filosofía, lo verdaderamente importante de las personas dedicadas al cuidado, eran las

actitudes que debían mostrar y mantener, actitudes consistentes en hacer voto de obediencia y sumisión, actuar en nombre de Dios, permanecer en el seno de la iglesia, reconfortar a través del consejo de tipo moral y utilizar el cuidado como vehículo de salvación propia y comunicación con Dios.

Aparece la figura de la mujer cuidadora, llamada “mujer consagrada”.

Durante esta etapa los conocimientos teóricos requeridos por las enfermeras eran nulos y los procedimientos muy simples, lo importante eran las actitudes que debían mostrar y mantener hacia los enfermos, menesterosos y necesitados.

La práctica enfermera vista desde esa perspectiva no requería ningún tipo de preparación, a excepción de la formación religiosa. La enfermería de esa época se describe como una actividad ejercida por personas con gran sentido de religiosidad, caridad, sumisión y obediencia.

Etapa Técnica:

Esta etapa se desarrolla en la época en que la salud es entendida como una lucha contra la enfermedad.

Es aquí donde hace su aparición el desarrollo científico y tecnológico, este desarrollo condujo a la clase médica a un mayor conocimiento, que se centró en la búsqueda de las causas de la enfermedad y su tratamiento. El saber médico se enfocó hacia la persona como sujeto de enfermedad. Se acrecentó la tecnología y cada vez era más compleja; se fomentó la concentración de todos los recursos sanitarios para la atención diagnóstica y curativa dentro de los hospitales.

La complejidad tecnológica hizo necesaria la aparición de un personal que asumiera algunas tareas que realizaban los médicos (pruebas diagnósticas, medición de signos vitales, administración de fármacos, curaciones, etc.).

De esta manera, a las personas dedicadas al cuidado del enfermo se les denominó personal paramédico o auxiliar, calificativo derivado de las tareas que realizaban, en su mayoría delegadas por los médicos.

Esta etapa se inició a mediados del siglo XIX con el advenimiento de lo que Collière denomina “mujer-enfermera-auxiliar del médico”.

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

Los principios de la profesionalización se atribuyen a Florence Nightingale, pero la consideración de enfermería, como trabajo técnico, surgió a raíz de los años cincuenta del siglo XX cuando la red hospitalaria se extiende.

Etapa Profesional:

El concepto de salud se ve en esta etapa como un proceso integral, y no como un estado, se considera como un fenómeno de tipo psico-biológico-social. Por lo tanto, la atención a la salud requiere la intervención de profesionales integrados en un equipo multidisciplinario, que atienda al individuo de forma eficaz y autónoma los diferentes aspectos de la salud individual y colectiva.

En consecuencia, las enfermeras han tenido que ampliar su campo de actuación, el cuidado enfermero integra un conjunto de actividades para propiciar mayor bienestar físico y una mejor adaptación de los individuos con su entorno.

Paralelamente a este nuevo concepto de salud, las enfermeras comienzan a preguntarse sobre su razón de ser, entienden que están perdiendo su identidad ligada al individuo, y tratan de desprenderse de la dependencia histórica de otras disciplinas.

Surgen enfermeras investigadoras que a nivel teórico y filosófico describen la actuación diferenciada de la profesión, comienzan a emplearse métodos de trabajo científicos, sustituyendo a los empíricos, y la enseñanza se incluye en la universidad.

Se inicia la etapa de la enfermería profesional, se consolida como una disciplina, con un cuerpo de conocimientos propios, y una responsabilidad definida en la atención a la salud de la población.

Las enfermeras han asumido la responsabilidad de formar a sus propios profesionales, de organizar y dirigir los servicios de enfermería, y de iniciar investigaciones encaminadas a incrementar su cuerpo disciplinar.

En el campo asistencial los cambios han sido muy significativos, desde una actividad basada en el empirismo y centrada en la técnica, se ha pasado a orientar el cuidado en un marco teórico propio, utilizando una metodología lógica y racional, como el uso del proceso de enfermería y la formulación de diagnósticos enfermeros.²

² García Martín-Caro, Catalina; Martínez Martín, Ma. Luisa, *"Historia de la Enfermería. Evolución histórica del cuidado enfermero"*. España, Edit. Elsevier, S.A. Pág. 15, 16, 18, 20, 159.

1.2 Teoría del cuidado humano de Jean Watson.

Desde el siglo XIX, la profesión de enfermería comienza a tener una interrelación con la práctica médica; desde este punto de la historia el cuerpo del ser humano pasó a ser objeto del médico, y el ambiente del enfermo a la práctica de enfermería. A partir de allí se desarrollaron los conceptos dominantes de la disciplina: persona, entorno, salud y la disciplina de la enfermería. Es cuando las teóricas en enfermería proponen el concepto de cuidado como aquella relación existente entre el cuidador – como la persona que entrega cuidado y la persona cuidada--, componentes claves de esta interacción.

La doctora Jean Watson, autora de la “Teoría del Cuidado Humano”, sostiene que “ante el riesgo de deshumanización en el cuidado de la persona, a causa de la reestructuración administrativa de los sistemas de cuidado de salud, se hace necesario el rescate del aspecto humano, espiritual y trans-personal en la práctica clínica, administrativa, educativa y de investigación, por parte de los profesionales de enfermería”. Considera que el estudio de las humanidades expande la mente e incrementa la capacidad de pensar y del desarrollo personal, por lo tanto, es pionera de la integración de las humanidades, las artes y las ciencias.

Ha estudiado el cuidado de enfermería con enfoques filosóficos y espirituales, lo ve como un ideal moral y ético. Lo anterior le permitió a Watson la articulación de sus premisas teóricas, conjuntamente con las premisas básicas de la ciencia de la enfermería.

Premisa 1. “El cuidado y la enfermería han existido en todas las sociedades. La actitud de asistencia se ha transmitido a través de la cultura de la profesión como una forma única de hacer frente al entorno”.

La oportunidad que han tenido las enfermeras de obtener una formación superior, de analizar los problemas y los asuntos de su profesión, le han permitido combinar su orientación humanística con los aspectos científicos.

Premisa 2. “La claridad de la expresión de ayuda y de los sentimientos, es el mejor camino para experimentar la unión, y asegurar que algún nivel de comprensión se ha logrado entre la enfermera-persona y paciente-persona”.

El grado de comprensión es definido por la profundidad de la unión trans-personal lograda, donde la enfermera y el paciente mantienen su calidad de persona conjuntamente con su rol.

Premisa 3. “El grado de genuinidad y sinceridad de la expresión de la enfermera, se relaciona con la grandeza y eficacia del cuidado”.

La enfermera que desea ser genuina debe combinar la sinceridad y la honestidad dentro del contexto del acto de cuidado.

Las premisas básicas expuestas son un reflejo de los aspectos interpersonales – trans-personales y espirituales de su obra, reflejando la integración de sus creencias y valores sobre la vida humana, proporcionan el fundamento para el desarrollo de su teoría:

- Las emociones y la mente de una persona son las ventanas de su alma.
- El cuerpo de una persona está limitado en el tiempo y el espacio, pero la mente y el alma no se limitan al universo físico.
- El acceso al cuerpo, a la mente y al alma de una persona es posible siempre que ésta, sea percibida como una totalidad.
- El espíritu, lo más profundo de cada ser, o el alma de una persona existe en él y para él.
- Las personas necesitan la ayuda y el amor de los demás.
- Para hallar soluciones es necesario encontrar significados.
- La totalidad de la experiencia en un momento dado constituye un campo fenomenológico.³

Watson identifica diez factores, con los que se construye la ciencia del cuidado:

- Formación de un sistema de valores humanístico-altruista.
- Inculcación de fe y esperanza.
- Cultivo de la sensibilidad para uno mismo y los demás.
- Desarrollo de una relación de ayuda y confianza.
- Promoción de la expresión de los sentimientos positivos y negativos.
- Utilización sistemática del método científico de resolución de problemas para la toma de decisiones.
- Promoción del aprendizaje y la enseñanza interpersonal.
- Promoción de un entorno de apoyo, protección o corrección mental, física, sociocultural y espiritual.
- Ayuda a la satisfacción de las necesidades humanas.
- Aceptación de fuerzas existenciales fenomenológicas.

³ http://www.encolombia.com/medicina/enfermeria/EnfermeriaVol/1042007/trabajos_libres.1htm.

Los cuatro conceptos del metaparadigma enfermero.

Persona:

Es considerada como un ser humano que debe ser valorado, cuidado, respetado, alimentado, comprendido y asistido.

Debe contemplarse de acuerdo con el desarrollo de la persona y los conflictos que surgen; la individualidad es importante.

Entorno:

Es definido como una sociedad con todas sus influencias.

Proporciona valores y determina cómo una persona debería comportarse y las metas que debería esforzarse por conseguir.

Abarca aspectos sociales, culturales y espirituales.

Salud:

Nivel elevado de funcionamiento físico, psíquico y social; adaptación general del funcionamiento cotidiano y la ausencia de enfermedad.

Se considera como un estado subjetivo dentro de la mente de una persona; cada individuo debe definir un estado de salud personal.

Enfermería:

Se interesa por la promoción y la restauración de la salud, la prevención de la enfermedad y el cuidado del enfermo.

Utiliza el proceso de los cuidados para ayudar a la persona a obtener un grado elevado de auto-armonía para promover el autoconocimiento, la autoayuda o intuir el significado de la vida.

Combina el proceso de investigación con el enfoque de resolución de problemas, permitiendo a una enfermera interpretar desde la base de datos, y los principios enfermeros básicos, tomar decisiones y juicios.

Contiene los mismos pasos que el proceso de investigación científico.⁴

⁴ Ruby L. Wesley, *“Teorías y Modelos de Enfermería”*, McGraw-Hill-Interamericana, 2ª. Edición.1997. Pág. 130-133.

1.3 PROCESO ATENCIÓN DE ENFERMERÍA.

La ciencia de la enfermería se basa en un amplio sistema de teorías, el proceso de enfermería es el método mediante el cual se aplica este sistema a la práctica, se trata de un enfoque deliberativo para la resolución de problemas, exige habilidades cognitivas, técnicas e interpersonales y va dirigido a cubrir las necesidades del cliente o del sistema familiar.

El proceso Atención de Enfermería ha evolucionado hacia un proceso de cinco fases compatibles con la naturaleza evolutiva de la profesión.

Hall en 1955 lo describió por primera vez como un proceso distinto. Johnson en 1959, Orlando en 1961 y Wiedenbach en 1963, lo consideraron un proceso de tres etapas (valoración, planeación y ejecución); en 1967 Yura y Walsh establecieron cuatro, agregando al anterior la evaluación; Bloch en 1974, Roy, Mundinger y Jauron en 1975, y Aspinall en 1976, establecieron las cinco etapas actuales al añadir la etapa diagnóstica. Desde ese momento el Proceso de Enfermería ha sido legitimado como el sistema de la práctica de la enfermería, ha sido utilizado como guía para el desarrollo de las pautas de la asistencia y se ha incorporado al sistema conceptual de la mayor parte de los planes de estudio de Enfermería.

El Proceso de Enfermería es el sistema de la práctica de la enfermera, en el sentido de que proporciona el mecanismo por el que el profesional de enfermería utiliza sus opiniones, conocimientos y habilidades para diagnosticar y tratar la respuesta de la persona a los problemas reales o potenciales de la salud, es un método sistemático y organizado de brindar cuidados humanistas y eficientes centrados en el logro de resultados esperados.

El uso del proceso de enfermería permite crear un plan de cuidados centrado en las respuestas humanas, este proceso trata a la persona como un todo; el paciente es un individuo único que necesita atención enfocadas específicamente a él y no sólo a su enfermedad.

El objetivo principal del proceso de enfermería es proporcionar un sistema dentro del cual se puedan cubrir las necesidades individuales de la persona, de la familia y de la comunidad.

BENEFICIOS DEL PROCESO DE ENFERMERÍA:

Constituye un método organizado para proporcionar cuidados de enfermería.

- ✓ Impide omisiones o repeticiones innecesarias.
- ✓ Permite una mejor atención.
- ✓ Se centra en la respuesta humana única del individuo.
- ✓ Favorece la flexibilidad necesaria para brindar cuidados de enfermería individualizados.
- ✓ Estimula la participación de quien recibe los cuidados.
- ✓ Aumenta la satisfacción de los profesionales de enfermería ante la consecución del resultado.
- ✓ El sistema, al contar con una etapa de evaluación, permite su retroalimentación y mejora en función del tiempo.

CARACTERÍSTICAS DEL PROCESO DE ENFERMERÍA:

El proceso de enfermería es un proceso cíclico y continuo que puede terminar en cualquier etapa si se resuelve el problema. Existe un solo proceso para todos los problemas de las personas y para todos los elementos de su cuidado.

La evaluación de los cuidados de enfermería llevará posiblemente a cambios en la realización de los mismos; es probable que las necesidades de la persona cambie durante su estancia en el hospital, ya sea por mejoría o deterioro de su estado de salud, está enfocado en las necesidades fisiológicas, de seguridad y protección, amor y pertenencia, autoestima y autorrealización.

- ✓ Cíclico y dinámico.
- ✓ Metas dirigidas y centradas en la persona.
- ✓ Interpersonal y colaborativo.
- ✓ Universalmente aplicable.
- ✓ Sistemático.

El proceso Atención de Enfermería es un sistema de planificación en la ejecución de los cuidados de enfermería, compuesto por cinco etapas: **valoración, diagnóstico, planificación, ejecución y evaluación.**

Como todo método, el Proceso Atención de Enfermería configura un número de pasos sucesivos que se relacionan entre sí.

1.3.1 ETAPAS DEL PROCESO DE ENFERMERÍA.

1.3.2 VALORACIÓN.

Es la primera etapa de proceso, sus actividades se centran en la obtención de información relacionada con la persona, familia o comunidad, con el fin de identificar las necesidades, problemas o respuestas humanas del cliente. Es un proceso organizado y sistemático de recogida de datos procedentes de diversas fuentes para analizar el estado de salud del individuo. La fase de valoración ofrece una base sólida que favorece la prestación de una atención individualizada y de calidad⁵.

Las valoraciones enfermeras a todos los niveles de análisis (personales, familiares, y comunitarios) constan de datos subjetivos procedentes de la persona o personas y datos objetivos procedentes de las pruebas diagnósticas y otras fuentes de datos. La valoración de los individuos consta de una historia de salud (datos subjetivos) y un examen físico (datos objetivos). La valoración de las familias consiste en la obtención de información específica de la familia (datos subjetivos) y la observación de las interacciones familiares (datos objetivos). La valoración de las comunidades consiste en obtener información de informantes clave dentro de la comunidad (datos subjetivos) y datos estadísticos (datos objetivos).

Los objetivos de la valoración son:

- Centrarse en los datos necesarios para identificar las respuestas y experiencias humanas.
- Se realice en colaboración con la persona, la familia o la comunidad siempre que sea posible.
- Los hallazgos estén basados en la investigación y otras evidencias.⁶

La valoración es la base para la identificación del diagnóstico de enfermería, el desarrollo de resultados, la ejecución de las actuaciones de enfermería y la evaluación de las acciones.

⁵ Iyer, Patricia. Taptich, Bárbara. *“Proceso y diagnóstico de enfermería”*, Barcelona España, Edit. McGraw – Hill Interamericana, tercera edición, 1990. Pág. 35-38.

⁶ *NANDA Internacional Diagnósticos Enfermeros. Definiciones y Clasificación 2009-2011*. Revisión Carmen Espinoza 2010 España, Elsevier, S.L. pág. 8-9

Métodos para la obtención de datos:

➤ **Entrevista clínica:**

Es la técnica indispensable en la valoración, ya que es un diálogo entre la enfermera y la persona, gracias a ella se obtiene el mayor número de datos, tiene como finalidad:

- Obtener información específica y necesaria para el diagnóstico enfermero y la planificación de los cuidados.
- Facilitar la relación entre la enfermera y la persona.
- Permitir al individuo informarse y participar en la identificación de sus problemas y en el planteamiento de sus objetivos.
- Ayudar a la enfermera a determinar que otras áreas requieren un análisis específico.

La entrevista consta de tres partes: Introducción, cuerpo y cierre.

Introducción.- 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 se centra en la obtención de la información necesaria, comienza a partir del motivo de la consulta o queja principal de la persona y se amplía a otras áreas, como historial médico, información sobre la familia y datos sobre cuestiones culturales y religiosas.

Cierre.- Es la fase final de la entrevista, es importante resumir los datos más significativos, constituye la base para establecer las primeras pautas de planificación.

Las cualidades que debe tener un entrevistador son empatía, calidez, concreción y respeto. Dentro de la entrevista existen técnicas verbales y no verbales que favorecen la comunicación,

Verbal.- 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 de la persona, permite confirmar y profundizar en la información.

No verbales.- Facilitan o aumentan la comunicación mientras se desarrolla la entrevista, son capaces de transmitir un mensaje con mayor efectividad, las más usuales son las expresiones faciales, la expresión corporal, los gestos, el contacto físico y la forma de hablar.

➤ **Observación:**

Es el momento del primer encuentro con la persona, la enfermera comienza la fase de recolección de datos por medio de la observación, implica la utilización de los sentidos para la obtención de información tanto del paciente como de su entorno, es una habilidad que precisa práctica y disciplina, los hallazgos encontrados mediante este método han de ser confirmados o descartados.

➤ **Exploración física:**

La actividad final de la recolección de datos es el examen físico, debe explicarse al individuo en qué consiste. Esta exploración se centra en determinar 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, así como confirmar los datos subjetivos obtenidos durante la entrevista.

Durante la exploración física se utilizan 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 (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, esta técnica permite evaluar tamaño, forma, textura, temperatura, humedad, pulsaciones, vibración, consistencia y movilidad, las manos son los instrumentos para realizar la palpación, es eficaz en la exploración del abdomen, para localizar órganos o identificar masas no habituales.

Percusión.- Consiste en golpear la superficie del cuerpo con uno o varios dedos con el fin de obtener sonidos, esto permite determinar tamaño, densidad, límites y localización de un órgano. Los sonidos producidos por la percusión se pueden describir como mates, que son de tono grave y bruscos y se producen al percutir músculo o hueso; los sonidos sordos son de tono medio y se pueden escuchar sobre hígado y bazo; la resonancia es un sonido claro y hueco producido por la percusión sobre un pulmón normal lleno de aire; el timpanismo es un sonido alto y agudo que se escucha sobre un estómago lleno de gas o sobre una mejilla hinchada.

Auscultación.- Consiste en escuchar los sonidos producidos por los órganos del cuerpo, se utiliza el estetoscopio y se determinan las características sonoras del pulmón, corazón e intestino, también se pueden escuchar ciertos ruidos aplicando solo la oreja sobre la zona a explorar.

Existen dos características importantes de la recogida de datos utilizados durante la valoración de enfermería: sistemática y continua.

Sistemática.- ésta es fundamental para que la valoración sea exacta y completa, debe ser céfalo caudal, verificando los principales sistemas corporales, las características de salud funcional y tipos de respuestas humanas.

Continua.- la valoración inicial permite acumular datos globales sobre la persona, establece una relación con ella y facilita la terminación de las fases restantes del proceso, confirma la existencia de problemas identificados con anterioridad y demuestran el progreso del cliente hacia los resultados.

Otro componente de la fase de la valoración es la documentación de la base de datos, el registro de éstos forma parte importante del proceso de enfermería; se establece un mecanismo para la comunicación entre los miembros del equipo de atención sanitaria, de esta forma se proporcionan datos pertinentes, exactos y actuales sobre la persona, facilita la prestación de una asistencia de calidad; la información recabada permite al profesional de enfermería desarrollar diagnósticos, resultados e intervenciones, brindar una atención individualizada y constante; crea un registro legal permanente de la asistencia prestada al individuo.

1.3.3 DIAGNÓSTICO.

El término diagnóstico de enfermería se utilizó por vez primera en la década de los años 50. En 1960, Faye Abdellah introdujo un sistema de clasificación para la identificación de problemas clínicos del individuo, este sistema se utilizó para ayudar a los estudiantes de la enfermería a diagnosticar las respuestas del cliente ante la salud y la enfermedad y los cuales necesitaban actuaciones de enfermería.⁷

⁷ Iyer, Patricia. Taptich, Bárbara. *“Proceso y diagnóstico de enfermería”*, Barcelona, España., Edit. McGraw- Hill Interamericana, tercera edición, 1990. Pág. 54, 56, 60-68,93, 94.

1.3.3.1 TAXONOMÍA ASOCIACIÓN DE DIAGNÓSTICOS ENFERMEROS NANDA INTERNACIONAL.

Como resultado de la creciente toma de conciencia y de la necesidad de un lenguaje enfermero estandarizado, para definir el conocimiento de la enfermería y para permitir que se detecte su presencia y se midan sus efectos mediante sistemas informáticos, se creó la Asociación de Diagnósticos enfermeros NANDA Internacional.

En 1998 se presentó la primera conferencia sobre diagnósticos enfermeros, en la que se identificaron y definieron 80 diagnósticos, desde entonces la lista ha ido creciendo, y se ha refinado mediante propuestas realizadas por enfermeras basadas en la investigación, hasta la fecha existen 120 diagnósticos enfermeros.

Con el uso del término “diagnóstico enfermero” se hace evidente que las enfermeras diagnostican, utilizando para ello el razonamiento.

La persona o personas que son el foco de los cuidados enfermeros deben estar íntimamente implicadas como colaboradores de las enfermeras en el proceso de valoración y diagnóstico. Esto se debe a que el objetivo de los cuidados enfermeros es que la persona alcance su bienestar y mejoría.

El objetivo de enfermería es identificar las experiencias o respuestas de las personas para apoyarlas; las enfermeras necesitan desarrollar competencias diagnósticas para realizar un buen diagnóstico, por lo tanto, el personal requiere poner en práctica sus habilidades y características profesionales y personales.

Los diagnósticos enfermeros son interpretaciones científicas procedentes de los datos de la valoración que se usan para guiar a las enfermeras en la planificación, implementación y evaluación.

Diagnóstico enfermero:

Juicio clínico sobre la respuesta de una persona, familia o comunidad frente a problemas de salud/procesos vitales reales o potenciales. El diagnóstico enfermero proporciona la base para la selección de las intervenciones enfermeras destinadas a lograr los objetivos de los que la enfermera es responsable.

Componentes de un diagnóstico.

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

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

Características definitorias. Claves o inferencias observables que se agrupan como manifestaciones de un diagnóstico real, de salud o de promoción de la salud.

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

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

La NANDA determina cuatro tipos de diagnósticos:

Diagnóstico enfermero real:

Describe respuestas humanas a estados de salud/procesos vitales que existen en un individuo, familia o comunidad. Está apoyado por características definitorias (manifestaciones, signos y síntomas) que se agrupan en patrones de claves o inferencias relacionadas.

Diagnóstico enfermero de promoción de la salud:

Juicio clínico sobre las motivaciones y deseos de una persona, familia o comunidad de aumentar su bienestar y actualizar su potencial de salud que se manifiesta en su disposición para mejorar conductas de salud específicas.

Los diagnósticos de promoción de la salud pueden usarse con cualquier estado de salud y no requieren ningún nivel específico de bienestar establecido.

Diagnóstico enfermero de riesgo:

Describe respuestas humanas a estados de salud/procesos vitales que pueden desarrollarse en un individuo, familia o comunidad vulnerables. Está apoyado por factores de riesgo que contribuyen al aumento de la vulnerabilidad.

Diagnóstico de salud:

Describe respuestas humanas a niveles de bienestar en un individuo, familia o comunidad. Se sustenta en características definitorias, signos y síntomas que se agrupan en patrones de claves o inferencias relacionadas.⁸

La estructura de los diagnósticos de enfermería se desarrolla de la siguiente manera:

Diagnóstico Real:

Etiqueta Diagnóstica, r/c Factores Relacionados, m/p Características Definitorias.

Diagnóstico de riesgo:

“Riesgo” Etiqueta Diagnóstica, r/c Factores de Riesgo.

Promoción de la salud:

“Disposición” Etiqueta Diagnóstica, r/c Factores Relacionados, m/p Características Definitorias.

Salud:

Disposición” Etiqueta Diagnóstica, m/p Características Definitorias.

⁸ NANDA. Internacional Diagnósticos Enfermeros. Definiciones y Clasificación 2009-2011. Revisión Carmen Espinoza 2010 España Elsevier , S.L. pág. 3, 4, 5, 415.

1.3.4 PLANIFICACIÓN.

Consiste en la elaboración de estrategias diseñadas para reforzar las respuestas del cliente sano, o para evitar, reducir o corregir las respuestas del paciente enfermo. Durante la fase de planificación se elaboran los objetivos y las intervenciones de enfermería, estas intervenciones describen la forma en que el personal de enfermería puede ayudar al cliente a conseguir los objetivos; consta de cuatro etapas:

- **Establecimiento de prioridades.** Se realiza una valoración de los problemas del paciente y se establecen en orden preferencial las estrategias a seguir por parte de enfermería.⁹

JERARQUÍA DE NECESIDADES DE ABRAHAM MASLOW.

La escala de las necesidades de Maslow se describe a menudo como una pirámide que consta de cinco niveles: los cuatro primeros pueden ser agrupados como necesidades de déficit, al nivel superior lo denominó auto-realización, motivación de crecimiento, o necesidad de ser.

La diferencia estriba en que mientras las necesidades de déficit pueden ser satisfechas, la necesidad de ser es una fuerza impelente continua.

La idea básica de esta jerarquía es que las necesidades más altas ocupan nuestra atención sólo cuando se han satisfecho las necesidades inferiores de la pirámide. Las fuerzas de crecimiento dan lugar a un movimiento ascendente en la jerarquía, mientras que las fuerzas regresivas empujan las necesidades prepotentes hacia abajo en la jerarquía.

Según la pirámide de Maslow tendríamos de:

Necesidades básicas:

Son las necesidades fisiológicas básicas para mantener la homeostasis:

- Necesidad de respirar, beber agua y alimentarse.
- Necesidad de mantener el equilibrio y la temperatura corporal.
- Necesidad de dormir, descansar y eliminar los desechos.
- Necesidad de evitar el dolor.
- Necesidad de amar y ser amado.

⁹ Iyer, Patricia. Taptich, Barbara. *“Proceso y diagnóstico de enfermería”*, Barcelona, España, Edit. McGraw-Hill Interamericana, tercera edición, 1990. Pág. 157-158.

Necesidades de seguridad y protección:

Surgen cuando las necesidades fisiológicas se mantienen compensadas, son la de seguridad y protección.

- Seguridad física y de salud.
- Seguridad de empleo, de ingresos y recursos.
- Seguridad moral, familiar y de propiedad privada.

Necesidades de afiliación y afecto:

- Asociación
- Participación
- Aceptación

Están relacionadas con el desarrollo afectivo del individuo; se satisfacen mediante las funciones de servicios y prestaciones que incluyen actividades deportivas, culturales y recreativas.

El ser humano por naturaleza siente la necesidad de relacionarse, ser parte de una comunidad, de agruparse en familias, con amistades o en organizaciones sociales. Entre éstas se encuentran: la amistad, el compañerismo, el afecto y el amor, éstas se forman a partir del esquema social.

Necesidades de estima:

Maslow describió dos tipos de necesidades de estima, alta y baja.

- La estima *alta* concierne a la necesidad del respeto a uno mismo, incluye sentimientos tales como confianza, competencia, maestría, logros, independencia y libertad.
- La estima *baja* concierne al respeto de las demás personas: la necesidad de atención, aprecio, reconocimiento, reputación, estatus, dignidad, fama, gloria y dominio.

La merma de estas necesidades se refleja en una baja autoestima y el complejo de inferioridad.

Autorrealización o auto-actualización:

- Motivación de crecimiento.
- Necesidad de ser.
- Autorrealización.

Son las necesidades más elevadas, se hallan en la cima de la jerarquía, y a través de su satisfacción, se encuentra un sentido a la vida mediante el desarrollo potencial de una actividad, se llega a ésta cuando todos los niveles anteriores han sido alcanzados y completados, al menos hasta cierto punto.¹⁰

➤ **Elaboración de objetivos.**

Los objetivos son los instrumentos de medición del plan de cuidados, dirigen las intervenciones y se establecen de acuerdo a la jerarquización de los diagnósticos de enfermería.

RESULTADOS ESPERADOS MODELO AREA.

El modelo Análisis del Resultado del Estado Actual (AREA), es la evolución del proceso atención de enfermería, el cual se centra en los resultados.

El Dr. Daniel J. Pesut dice: “El razonamiento clínico que se centra en los resultados es más valioso que el que se centra en los problemas”. Hoy en día el sistema sanitario está más interesado en la especificación y medida de resultados que en la valoración e identificación de problemas. Los cuidados de enfermería centrados en los problemas no están necesariamente orientados a la consecución de objetivos específicos. Los resultados esperados apuntan hacia la consecución de objetivos finales o estados deseados, la especificación de éstos es fundamental para los cuidados y la gestión de casos.

El modelo AREA utiliza los hechos asociados a la historia de la persona para dotar de significado los problemas. La toma de decisiones clínicas en este modelo, se define como la elección de las acciones de enfermería.

Un juicio clínico es la conclusión o el significado que se le puede atribuir a los datos que se dibujan después de efectuar la comparación entre la información que corresponde al estado actual del cliente y los criterios especificados de resultado esperado. La reflexión sobre los juicios emitidos sugerirá la necesidad de re-encuadrar la situación o crear nuevas comparaciones, de decidir intervenciones diferentes o elecciones diferentes.

El razonamiento clínico incluye pensamiento concurrente, creativo, crítico y sistemático, este razonamiento es una herramienta de aprendizaje muy útil que ayuda a las enfermeras a comprender patrones de comportamiento y relaciones entre todas las necesidades de cuidados de enfermería que puede presentar la persona.

¹⁰ [“Pirámide de Maslow”](#), Wikipedia, la Enciclopedia libre.

El modelo sugiere que la enfermera considere simultáneamente las relaciones existentes entre diagnósticos, intervenciones y resultados, poniendo especial atención en la evidencia que se utiliza para emitir los juicios.

Este modelo nos es de resolución de problemas del tipo paso a paso, de los que se centran en un solo problema, AREA requiere que sean considerados un conjunto de problemas al mismo tiempo, y que de entre ellos, se discierna qué problema o cuestión es la más importante; una vez que la “cuestión clave” ha sido determinada, el proceso debe centrarse en la determinación del resultado esperado, así como, en cuál será la evidencia de la consecución de dicho resultado.¹¹

1.3.4.1 TAXONOMÍA CLASIFICACIÓN DE RESULTADOS DE ENFERMERÍA (NOC).

Esta clasificación estandariza el nombre y las definiciones del resultado para su uso en la práctica, la educación y la investigación.

El resultado ayuda a los profesionales de enfermería y de la asistencia sanitaria a evaluar y cuantificar el estado de la persona, del cuidador, de la familia o de la comunidad.

La identificación de los resultados que responden a los cuidados de enfermería, es un trabajo importante de la profesión. La práctica basada en la evidencia es un requisito esencial para la profesión.

Los esfuerzos de las enfermeras para medir los resultados y representar los cambios en el estado de salud de los pacientes, permiten que las enfermeras mejoren la calidad del cuidado y amplíen la base de conocimientos enfermeros.

La medición de los resultados es valida si la persona responde a las intervenciones de enfermería proporcionadas y facilita los datos necesarios para aclarar el conocimiento enfermero, avanzar en el desarrollo teórico y determinar la efectividad de los cuidados de enfermería.¹²

➤ *Desarrollo de intervenciones de enfermería.*

Las intervenciones de enfermería son estrategias concretas diseñadas para ayudar a la persona a conseguir los objetivos, están enfocadas en las actividades necesarias para favorecer, mantener o restablecer su salud; se basan en los factores relacionados e identificados en los diagnósticos de enfermería.

¹¹ “El Modelo AREA” Dr. Daniel J. Pesut. www.aentde.com 29 de junio 2005.

¹² Sue Moorhead, Marion Johnson, Meridean Mass, “Clasificación de Resultados de Enfermería (NOC)” España, Elsevier, tercera edición, 2005, pág. 20-21.

Existen tres categorías de actuaciones de enfermería:

Interdependientes: Son las actividades llevadas a cabo por enfermería en colaboración con otros miembros del equipo de salud, ofrecen una solución a un problema del cliente, mediante el razonamiento y las recomendaciones del equipo multidisciplinario.

Dependientes: Son las actividades que requieren indicación médica por escrito. Dentro de la práctica legal de enfermería no esta incluida la capacidad del profesional de prescribir y ordenar tratamientos, pero si debe llevar a cabo las indicaciones médicas.

Independientes: Son las actividades que puede realizar la enfermera sin necesidad de una indicación médica.

Pueden solucionar los problemas de la persona sin la colaboración de otros integrantes del equipo de salud.¹³

➤ **Documentación del plan de cuidados.**

Es la etapa final de la planificación, consiste en el registro de los diagnósticos de enfermería, de los objetivos y de las intervenciones de una forma organizada.

El plan de cuidados es un método de comunicación de la información importante sobre la persona. Es una norma escrita para los cuidados de enfermería:

- Permite identificar las estrategias de enfermería.
- Coordina los cuidados de enfermería.
- Fomenta la continuidad de los mismos.
- Reduce el riesgo de asistencia incompleta, incorrecta o inadecuada.
- Permite identificar y coordinar los recursos utilizados.
- Organiza la información de la enfermera.
- Permite evaluar la atención de enfermería.

1.3.5 EJECUCIÓN.

Es el comienzo del plan de cuidados de enfermería para conseguir objetivos concretos, en esta fase es donde se desarrollan las intervenciones de enfermería, se lleva acabo en tres etapas:

¹³ Iyer, Patricia. Taptich, Bárbara. "Proceso y diagnóstico de enfermería". Barcelona, España. Edit. McGraw – Hill Interamericana, tercera edición, 1990. Pág. 158, 162,186.

Preparación.- Consiste en una serie de actividades, las cuales exige el uso del razonamiento crítico.

- Revisión de las intervenciones de enfermería, para asegurar que son compatibles con el plan de cuidados.
- Análisis del conocimiento de enfermería y de las habilidades necesarias.
- Reconocimiento de las complicaciones potenciales asociadas a actividades de enfermería concretas.
- Preparación de un entorno seguro que conduzca a los tipos de actividades necesarias.

Intervención.- Las intervenciones están diseñadas para cubrir las demandas físicas y emocionales de la persona de acuerdo con sus necesidades, éstas pueden ser dependientes, interdependientes e independientes.

- La enfermera debe comprender claramente las indicaciones que se van a ejecutar y cuestionar cualquiera que no se entienda, es la responsable de la ejecución inteligente de los planes de asistencia médica y de enfermería.
- Las actuaciones de enfermería deben adaptarse a cada individuo.
- Se deben realizar todas las actividades con las medidas de seguridad necesarias, tanto para la persona como para la enfermera.
- Requieren componentes de educación, apoyo y bienestar.
- Deben ser siempre holísticas. La enfermera debe ver al paciente en forma global y considerar la respuesta de éste, en ese ámbito.
- Se debe respetar la dignidad del cliente y favorecer su estima.
- Fomentar la participación del individuo según lo permita su estado de salud.

Registros de las ejecuciones.- La ejecución de intervenciones de enfermería debe ir seguida de una documentación completa y exacta de los acontecimientos presentados. Es un requerimiento legal de todos los sistemas del cuidado de la salud.

Los métodos de implementación deben ser registrados en un formato explícito y tangible, de forma que la persona pueda comprender si deseara leerlo, la claridad es esencial ya que ayudará a la comunicación entre todos los participantes del plan de atención.¹⁴

¹⁴ Iyer, Patricia. Taptich, Bárbara. "Proceso y diagnóstico de enfermería", Barcelona, España, Edit. McGraw – Hill Interamericana, tercera edición, 1990. Pág. 224-231

1.3.5.1 PARA EL DESARROLLO DE LAS INTERVENCIONES SE TOMARÁ COMO BASE, LA TAXONOMÍA CLASIFICACIÓN DE LAS INTERVENCIONES DE ENFERMERÍA (NIC).

NIC, es una clasificación normalizada completa de las intervenciones que realizan los profesionales de enfermería; es útil para la documentación clínica, la comunicación de cuidados en distintas situaciones, la integración de datos entre sistemas y situaciones, la investigación eficaz, la cuantificación de la productividad, la evaluación de la competencia, la retribución y el diseño de programas. Esta clasificación incluye las intervenciones realizadas por los profesionales de enfermería en función de las personas, intervenciones independientes y en colaboración, y cuidados directos e indirectos.

Puede utilizarse en todas las situaciones; en unidades de cuidados intensivos, cuidados domiciliarios, cuidados en hospitales y atención primaria, y en todas las especialidades, desde el cuidado crítico hasta el cuidado ambulatorio y a largo plazo. Abarca la esfera fisiológica y psicosocial y se han incluido para el tratamiento y prevención de enfermedades.

La Clasificación de las Intervenciones de Enfermería se ha relacionado con los Diagnósticos de Enfermería de la NANDA y la Clasificación de Resultados.

El lenguaje utilizado en estas Clasificaciones es claro, está redactado de manera lógica y refleja el lenguaje utilizado en la práctica.

La Taxonomía NIC define los siguientes conceptos:

INTERVENCIÓN:

Cualquier tratamiento basado en el conocimiento y juicio clínico que realiza un profesional de enfermería, para favorecer el resultado esperado del paciente. Las intervenciones de enfermería incluyen tanto cuidados directos como indirectos, dirigidos a la persona, familia y comunidad, como tratamientos puestos en marcha por profesionales de enfermería, médicos y otros proveedores de cuidados.

ACTIVIDAD:

Actividades o acciones específicas que realizan las enfermeras para llevar a cabo una intervención y que ayudan al paciente-cliente a avanzar hacia el resultado deseado. Las actividades de enfermería se traducen en acciones concretas.¹⁵

¹⁵ Bulechek, M. Gloria. *“Clasificación de intervenciones de enfermería NIC”*, Barcelona, España, Edit. Elsevier, quinta edición, 2009. Pág. 3,4.

1.3.6 EVALUACIÓN.

La evaluación es la fase final del proceso de enfermería y se produce siempre que el profesional de enfermería interactúa con el cliente. El propósito de esta etapa es evaluar el progreso de las intervenciones de enfermería.

Es la fase en la que se mide la respuesta y el progreso de la persona; las actuaciones de enfermería hacia el logro de los objetivos, y permite retroalimentar lo planeado y determinar si un individuo mejora, permanece estable o se deteriora; también consiste en la determinación de la calidad de los cuidados de enfermería.

Valorando la respuesta de la persona y comprobando que ésta sea positiva o negativa, se determina si el paciente ha progresado o no, y si las estrategias de enfermería son eficaces o se deben cambiar.

El proceso entero debe ser documentado en forma clara y específica, los registros de enfermería se utilizan para transmitir información oportuna sobre el plan de cuidados, si las notas son claras, el resto del personal encargado de la atención de la persona podrá determinar qué papel desempeña en la continuación del plan de atención de enfermería. La evaluación consta de tres etapas:

Continua.- Se realiza durante o inmediatamente después de ejecutar una indicación de enfermería.

Intermitente.- Realizada a intervalos determinados.

Final.- Indica el estado de salud del paciente en el momento de ser dado de alta.

Cada diagnóstico de enfermería en el plan de cuidados debe tener un objetivo y éste deberá tener un determinado tiempo para ser evaluado.

La enfermera deberá incorporar constantemente la evaluación a la práctica, para reducir los errores y asegurar que utiliza las estrategias más adecuadas. La comunicación con el equipo de salud es necesaria, ya que todos los miembros del equipo deben saber si el paciente está progresando.¹⁶

¹⁶ Iyer, Patricia. Taptich, Bárbara. "Proceso y diagnóstico de enfermería", Barcelona, España, Edit. McGraw – Hill Interamericana, tercera edición, 1990. Pág. 287-299.

1.4. GENERALIDADES DEL MODELO DE VIRGINIA HENDERSON.

El modelo de Virginia Henderson es uno de los modelos conceptuales más conocidos, en gran parte a causa de que la definición de la función propia de la enfermera que dio Henderson fue adoptada por el Consejo Internacional de Enfermería y que la ha mantenido hasta la fecha.

Resulta coherente con nuestros valores culturales y emplea una terminología de fácil comprensión para describir los conceptos. Expresa ideas profundas y complejas con un lenguaje sencillo y exento de artificios.

Su construcción teórica es muy abierta, lo que da lugar a diversas interpretaciones que permiten adaptarla a variantes culturales y sociales específicas de cada entorno y situación (hospitalización y comunidad).

Incluye también como parte de la actuación de la enfermera el papel de colaboración con otros profesionales de la salud; no sólo delimita claramente el campo de actuación propio, sino que incluye ayudar a la persona a seguir su plan terapéutico tal como fue indicado por el médico.

Da una imagen de unicidad al individuo, al conceptualizar al ser humano como un todo compuesto por aspectos biológicos, psicológicos, socioculturales y espirituales que interactúan entre sí.

Reconoce que la persona posee el potencial de cambio, de afrontamiento, de interrelación con los demás. Propicia la toma de conciencia para desarrollar un estilo de vida sano, de mejorar y mantener un ambiente saludable al afirmar que la persona/familia actúa como agente de sus propios cuidados, para alcanzar la independencia en la satisfacción de las necesidades básicas. Así, contemplada, la salud deja de ser algo externo, que es dado por el sistema sanitario para convertirse en un deber personal y colectivo.

Propone el método de solución de problemas, es decir, el proceso enfermero, como metodología adecuada para llevarlo a la práctica.

Permite utilizar la taxonomía diagnóstica NANDA para formular los problemas identificados.

Conceptos básicos de enfermería desde la perspectiva de Virginia Henderson:

Persona.- Es un ser integral con componentes biológicos, psicológicos, socioculturales y espirituales que interactúan entre sí, y tiende al máximo desarrollo de su potencial.

Entorno.- Habla de la naturaleza dinámica del entorno y de su impacto sobre el usuario y la enfermera.

Rol profesional.- Es un servicio de ayuda a la persona en la satisfacción de sus necesidades básicas. Se orienta específicamente a suplirla cuando ésta no pueda hacerlo, o ayudar a desarrollar lo que le falta (fuerza, conocimiento o voluntad) para que logre su independencia y las satisfaga por sí mismas.

Salud.- Se equipara con la satisfacción adecuada de las 14 necesidades básicas, bien sea mediante acciones llevadas a cabo por la persona o cuando ello no es posible, mediante acciones realizadas por otros.

Asunciones científicas o postulados:

1. La persona es un todo complejo con 14 necesidades.
2. La persona quiere la independencia y se esfuerza por lograrla.
3. Cuando una necesidad no está satisfecha la persona no es un todo.

Asunciones filosóficas o valores:

1. La enfermera tiene una función propia, aunque comparta actividades con otros profesionales.
2. Cuando la enfermera asume el papel del médico, abandona su función propia.
3. La sociedad espera un servicio de la enfermera que ningún otro profesional puede darle.

Elementos fundamentales:

Este componente representa el “qué” del modelo e incluye las siguientes conceptualizaciones:

Objetivo de los cuidados.- Consiste en ayudar a la persona a satisfacer sus necesidades básicas.

Usuario del servicio.- Es la persona que presenta un déficit, real o potencial, en la satisfacción de sus necesidades básicas o que aun sin presentarlo, tiene un potencial que desarrollar.

Rol profesional.- Consiste en suplir la autonomía de la persona (hacer por ella) o ayudarle a lograr la independencia (hacer con ella), desarrollando su fuerza, conocimientos y voluntad para que utilice de forma óptima sus recursos internos y externos.

Fuente de dificultad.- Alude a la falta de conocimientos, de fuerza o de voluntad de la persona para satisfacer sus necesidades básicas.

Para Virginia Henderson el concepto de necesidad no tiene el significado de carencia o problema, sino de requisito y todos son fundamentales para mantener la integridad, entendida como la armonía de todos los aspectos del ser humano.

14 NECESIDADES BÁSICAS

1. Respirar normalmente.
2. Comer y beber adecuadamente.
3. Eliminar por todas las vías corporales.
4. Moverse y mantener posturas adecuadas.
5. Dormir y descansar.
6. Escoger ropa adecuada: vestirse y desvestirse.
7. Mantener la temperatura corporal dentro de límites normales, adecuando la ropa y modificando el ambiente.
8. Mantener la higiene corporal y la integridad de la piel.
9. Evitar los peligros ambientales y evitar lesionar a otras personas.
10. Comunicarse con los demás expresando emociones, necesidades, temores u opiniones.
11. Vivir de acuerdo con sus propios valores y creencias.
12. Ocuparse en algo de tal forma que su labor tenga un sentido de realización personal.
13. Participar en actividades recreativas.
14. Aprender, descubrir o satisfacer la curiosidad que conduce a un desarrollo normal y a usar los recursos disponibles.¹⁷

¹⁷ Luis Rodrigo, Ma. Teresa; Fernández Ferrín Carmen; Navarro Gómez Ma. Victoria, *"De la teoría a la práctica. El pensamiento de Virginia Henderson en el siglo XXI"*, Barcelona, España, Edit. Masson, segunda edición.2000. Pág. 32, 33, 35, 36, 38.

Otras teóricas definen a la persona:

Dorothea Elizabeth Orem.

Agente.- Persona que se compromete a realizar una serie de acciones o que tiene poder para hacerlo.

Agente de cuidado dependiente.- Por lo general, estos agentes son personas adolescentes o adultas que aceptan y cumplen con la responsabilidad de conocer y satisfacer las necesidades de auto-cuidado terapéutico de otras personas socialmente dependientes de ellas, o bien que regulan el desarrollo o el ejercicio para que estas personas lleguen a conseguir su auto-cuidado.

Martha Elizabeth Rogers.

Define a la **persona** como un sistema abierto en continua interacción con otro sistema abierto que es su entorno (integridad).

También define al **ser humano unitario** como un campo de energía irreductible, indivisible y pandimensional que sigue un modelo y se expresa con manifestaciones que reflejan su esencia global. Los seres humanos no son entidades dispersas, agregados mecánicos. El hombre es un todo único con integridad propia y que expresa cualidades que no pueden interpretarse sólo como la suma de sus elementos individuales.

Dorothy E. Johnson.

Concibe a la **persona** como un sistema conductual con formas de comportamientos marcadas por un modelo, repetitivas e intencionadas, que la vinculan con el entorno. Una persona es un sistema compuesto por partes interdependientes que requiere labores de regulación y ajuste para mantener un equilibrio.

Betty Neuman.

En el modelo de los sistemas de Neuman, el concepto de **persona** es el de paciente/sistema del paciente, se trate de un individuo, una familia, un grupo, una comunidad o una entidad social. El sistema del paciente es un conjunto dinámico de relaciones establecidas entre los factores fisiológicos, psicológicos, socioculturales, de desarrollo y espirituales; se considera que este sistema está en un proceso de cambio o movimiento permanente, por lo que se contempla como un sistema abierto en mutua interacción con el entorno.

Imogene King.

Las personas son seres espirituales.

Tienen capacidad para pensar, conocer, elegir y optar entre cursos de acción alternativos.

Son capaces de fijar su historia y preservar su cultura a través del lenguaje y de otros símbolos.

Son sistemas abiertos en transacción con el entorno. La idea de transacción señala que no existe separación entre los seres humanos y el entorno.

Son seres únicos y holísticos, capaces de pensar racionalmente y de tomar decisiones en la mayoría de las situaciones.

Difieren en sus necesidades, deseos y objetivos.

Ida Jean Orlando.

La persona se manifiesta con acciones verbales y no verbales. Admite que las personas son capaces de satisfacer su propia necesidad de ayuda en algunas situaciones, pero sufren cuando se sienten incapaces de ello.

Joyce Travelbee

El término ***persona*** se entiende como ser humano. La enfermera y el paciente son seres humanos, cada ser humano es una persona única e irremplazable que se encuentra en un proceso continuo de progresión, evolución y cambio.

Sor Callista Roy.

Persona Ser bio-psicosocial en constante interacción con el entorno cambiante, que usa mecanismos innatos y adquiridos para afrontar los cambios y adaptarse a ellos, en los cuatro modos adaptativos: fisiológicos, autoimagen, dominio de rol e interdependencia. Es el receptor de los cuidados enfermeros.¹⁸

¹⁸ *Antología Teorías y Modelos para la atención de Enfermería*, Escuela Nacional de Enfermería y Obstetricia UNAM, 6ª. Reimpresión Febrero 2009. Pág. 192,208,223,239,264,280,296

CAPÍTULO II

METODOLOGÍA

El Proceso Atención de Enfermería que se presenta, se refiere a un niño de 6 años 10 meses de edad, originario del Distrito Federal, quien se encuentra en la “Casa Coyoacán”, dependiente del DIF; se desarrolló con base en el modelo de las catorce Necesidades básicas de Virginia Henderson.

En la primera etapa se instrumentó la guía de valoración de dichas necesidades (ver anexo II).

La segunda etapa consistió en la identificación de los Diagnósticos de Enfermería, (reconocidos mediante la taxonomía de la NANDA), los cuales se determinaron en base a las necesidades alteradas del niño; estableciéndose diagnósticos reales, de promoción a la salud y de riesgo.

En la siguiente etapa, de Planificación se diseña el Plan de cuidados, se concretando los Resultados Esperados y la jerarquización de necesidades, con base en la pirámide de Abraham Maslow.

En la etapa de Ejecución se lleva a cabo el plan de cuidados con el desarrollo propio de las intervenciones de enfermería, utilizando para ello la taxonomía NIC.

La última de las etapas es la Evaluación, donde se analizan los resultados propuestos en el plan de cuidados, en contra-referencia con la evolución de la persona.

CAPÍTULO III

3.1. APLICACIÓN DEL PROCESO ATENCIÓN DE ENFERMERÍA

3.1.1 PRESENTACIÓN DEL CASO

Se trata de un escolar masculino de 6 años 10 meses de edad, quien ingresó a Casa Coyoacán en noviembre del 2009 para recibir protección y cuidado integral, ya que era víctima de violencia familiar y abandono. Para su atención el menor se encuentra en el servicio de escolares.

Se adaptó en forma adecuada a la Institución, donde se mostró cooperador y obediente; ocasionalmente busca pelear con sus compañeros, se burla de ellos, es poco tolerante y se enoja con facilidad.

Actualmente cursa el primer grado de primaria, es un alumno de aprovechamiento regular; en cuanto a su conducta se reporta casualmente latoso y desobediente.

Fue valorado clínica y radiológicamente por el Servicio de Ortopedia de un hospital Pediátrico, donde se observó: hundimiento en hemitórax derecho, tumoración ósea en arcos costales anteriores; deformidad en miembro torácico izquierdo a nivel de tercio medio radial y en extremidad inferior derecha. Diagnosticando Ostecondromatosis Múltiple.

Debido a que el niño tiene conocimiento de su enfermedad, ha tomado conciencia, de acuerdo a su edad, acerca de los cuidados que requiere; también sabe que debe informar a la enfermera sobre cualquier molestia o dolor que presente su cuerpo.

3.1.2 Guía de valoración de Virginia Henderson.

Ficha de identificación.

Nombre: J.Y.R.P Edad: 6 años 10 meses. Peso: 22.800 kg. Talla: 13 cm.
Fecha de nacimiento: 24-enero 2004 Sexo: Masculino. Ocupación: Estudiante.
Escolaridad: 1º. Primaria Fecha de admisión: 12-11-2009 Hora: 10:00 hrs.
Procedencia: Albergue temporal PGJ. Fuente de información: Expediente.
Domicilio: Moctezuma no. 46 Col. Del Carmen, Del. Coyoacán.
Institución: Casa Coyoacán DIF. Servicio: Escolares. Cama: 200.
Fecha de valoración: 03-11 2010.
Signos vitales: Temperatura. 36.5°C F.C. 80 x min. F.R. 24 x min.
Diagnóstico: Osteocondromatosis.

Valoración de necesidades humanas.

1. Necesidad de Respirar.

Habitualmente respiras por:	la nariz ●	la boca ○	
¿Tienes dificultad para respirar?	No ●	Si ○	A veces ○
Tienes tos:	No		
Manifestaciones de dependencia y causa:	Ninguna.		

2. Necesidad de comer y beber.

Signos de deshidratación:	No	Falta de piezas dentales:	No
Tipo de dieta:	Normal 1200 calorías. Número de comidas diarias: 3 al día.		
¿Dónde comes y con quién?	En el comedor, con mis compañeros de la sala y de toda la casa.		
¿Hay algún alimento que no puedas comer, por que te hace daño?	No.		
¿Tienes dificultad para masticar?	No		
¿Te cuesta trabajo tragar los alimentos?	No.		

Manifestaciones de dependencia y causa: Ninguna.

3. Necesidad de eliminar.

Eliminación renal.- **Presenta micciones en número y características normales.**

Eliminación intestinal.- **Evacua 1- 2 veces al día, de características normales.**

Manifestaciones de dependencia y causa: Ninguna.

4. Necesidad de moverse y mantener una buena postura.

Equilibrio: estable ● inestable ○ Incapacidad: total ○ parcial ●

¿Presentas alguna dificultad para caminar, moverte, levantarte? **No.**

¿Habitualmente caminas solo o alguien te ayuda? **Camino yo solo.**

¿Haces ejercicio físico? **Si, educación física en la escuela y juego en la sala con mis amigos.**

¿Con cuál mano escribes y comes? **Con la derecha.**

Manifestaciones de dependencia y causa: **Hasta el momento no ha presentado ningún problema en relación al movimiento, pero esta consciente que debe evitar situaciones que le puedan provocar alteraciones en su salud.**

5. Necesidad de dormir y descansar.

Horario de sueño: **20:00 a 6:00 hrs.** ¿Duermes de día? **No.** ¿Cuándo te levantas te sientes cansado? **No.**

Manifestaciones de dependencia y causa: Ninguna.

6. Necesidad de vestirse y desvestirse.

Aspecto físico: limpio ● sucio ○ descuidado ○

¿Puedes vestirse y desvestirse solo? **Si.** ¿La ropa que llevas es cómoda? **Si.**

¿Qué tipo de calzado utilizas? **Tenis y zapatos.**

Manifestaciones de dependencia y causa: Por el momento ninguna.

7. Necesidad de mantener la temperatura corporal.

Temperatura: Te gusta qué haga calor o frío, **Un poco de calor, el frío no me gusta.**

Condiciones de su hogar: estufa ● calefacción **No** agua caliente●

¿Qué haces cuando tienes fiebre? **Le aviso a la enfermera que me siento mal.**

Manifestaciones de dependencia y causa: **Ninguna.**

8. Necesidad de mantener la higiene y la integridad de la piel.

Turgencia de la Piel: **Normal.** Membranas y mucosas: **Se observan con buena hidratación.** Características de las uñas: **cortas y limpias.** Aspecto de dientes y encías: **Dentición mixta sin alteraciones;** Higiene dental: **3 veces al día, es capaz de realizar él solo el aseo.**

¿Tienes alguna lesión? **No.**

Hábitos de higiene: **Baño diario por la mañana, con cambio de ropa completa.**

¿Te lavas las manos antes y después de comer y después de ir al baño?: **Si.**

Aspecto general: **Limpio.** Olor corporal: **Agradable.** Halitosis: **No.** Estado del cuero cabelludo: **Limpio, íntegro y sin lesiones.**

Funcionamiento neuromuscular y esquelético: **Presenta deformidad en tórax anterior derecho (hundimiento); en antebrazo izquierdo se observa deformidad no dolorosa a nivel de tercio medio de radial con prominencias óseas en radio y cúbito, tumoración en tobillo externo distal derecho.**

Manifestaciones de dependencia y causa: Es necesario evitar traumatismos que pongan en riesgo la integridad de su cuerpo.

9. Necesidad de evitar peligros.

Esta orientado en: tiempo ● espacio ● personas ●

Esquema de vacunación: **Inmunizaciones completas de acuerdo a su edad.**

Estado emocional: **Esporádicamente intolerante ante situaciones negativas.**

¿Conoces las medidas que debes tener para evitar lastimarte? **Si, no debo hacer**

karate, ni jugar futbol.

Manifestaciones de dependencia y causa: Es importante mantener contacto constante con él para reforzar las medidas de prevención de accidentes.

10. Necesidad de comunicar emociones, necesidades.

¿Con quién vives? ***Con los niños de la casa Coyoacán.***

¿Quién te cuida? ***Cris, la niñera.*** ¿Tiene amigos? ***Sí.***

¿Manifiesta sus emociones y sentimientos? ***A veces, En ocasiones le cuesta trabajo decir lo que siente, por ejemplo cuando esta enojado y se le pregunta el porqué, se queda callado; es poco tolerante ante algunas situaciones y busca pelear con sus compañeros.***

Observaciones durante la entrevista: ***Se observa tranquilo, aunque un poco tímido, responde a las preguntas en forma adecuada.***

Manifestaciones de dependencia y causa: Se requiere fomentar en él, la seguridad y la confianza para que pueda expresar sus sentimientos.

11. Necesidad de mantener creencias y valores.

¿Puede vivir según sus creencias y valores? ***Sí, vive en un ambiente agradable, con niños y niñas de su edad; se ha adaptado a la institución.***

¿Cuál es la percepción de salud que tiene actualmente? ***en la medida de sus posibilidades comprende el problema que tiene y trata de evitar peligros.***

Manifestaciones de dependencia y causa: Reforzar conductas positivas.

12. Necesidad de ocuparse para realizarse:

Actividad/trabajo: ***Estudiante de primaria.*** ¿Te gusta ir a la escuela? ***Sí.***

¿Su estado de salud modifica sus hábitos? ***No.***

Manifestaciones de dependencia y causa. Por los antecedentes familiares y patológicos que presenta el niño, es indispensable poner atención en su estado

emocional, ya que si éste se afecta, no permitirá la realización de actividades en forma positiva.

13. Necesidad de participar en actividades recreativas:

Realiza actividades recreativas programadas por la institución (paseos, eventos, fiesta de cumpleaños, etc.), mostrando hasta el momento buena adaptación durante estos acontecimientos.

Manifestaciones de dependencia y causa. Ninguna.

14.-Necesidad de aprender/descubrir:

¿Sabes que enfermedad/es tienes? **Si, un problema en los huesos.**

¿Conoces las acciones que debes hacer para cuidar tu salud? **debo tener cuidado cuando juego, cuando me baño y al hacer todas las actividades, para evitar lastimarse alguna parte de su cuerpo.**

Situaciones que pueden alterar su capacidad de aprendizaje:

¿Sabes leer y escribir? **Si.**

Medios que utiliza para aprender: leer escribir observar

Comportamientos indicativos de interés en el aprendizaje para resolver problemas de salud: pregunta participa

Manifestaciones de dependencia y causa: Requiere contacto directo y permanente para reforzar el proceso de aprendizaje.

CUADRO DE ANALISIS DE VIRGINIA HENDERSON GRADOS DE DEPENDENCIA

NECESIDAD	GRADO DE DEPENDENCIA	DIAGNOSTICO DE ENFERMERIA
1. Oxigenación.	D. PD. I. XXXXXX	
2. Nutrición.	D. PD. I. XXXXXX	
3. Eliminación.	D. PD. I. XXXXX	
4. Movimiento.	D. PD. XXXXXX I.	Riesgo de intolerancia a la actividad.
5. Descanso.	D. PD. I. XXXXXX	
6. Vestirse y desvestirse.	D. PD. I. XXXXXX	
7. Termorregulación.	D. PD. I. XXXXXX	
8. Higiene y cuidado de la piel.	D. PD. XXXXXX I.	Riesgo de deterioro de la integridad cutánea.
9. Evitar riesgos y peligros	D. PD. XXXXXX I.	Riesgo de lesión. Riesgo de caídas.
10. Comunicación	D. PD. XXXXXX I.	Riesgo de violencia.
11. Valores y creencias	D. PD. I. XXXXXX	
12. Trabajar y realizarse	D. PD. XXXXXX I.	Riesgo de deterioro de la vinculación. Interrupción de los procesos familiares. Deterioro parental. Riesgo de baja autoestima situacional.
13. Jugar y divertirse	D. PD. I. XXXXXX	
14. Aprendizaje	D. PD. XXXXXX I.	Disposición para mejorar el auto-cuidado. Disposición para mejorar los conocimientos.

Necesidades alteradas de la persona

NECESIDADES	MANIFESTACIONES
1. Necesidad de oxigenación.	Sin alteraciones.
2. Necesidad Nutricional.	Sin alteraciones.
3. Necesidad de Eliminación.	Sin alteraciones.
4. Necesidad de Movimiento.	No ha presentado alteraciones en relación al movimiento, sin embargo puede llegar a presentarlas.
5. Necesidad de descanso.	Sin alteraciones.
6. Necesidad de vestirse y desvestirse.	Sin alteraciones.
7. Necesidad de termorregulación.	Sin alteraciones.
8. Necesidad de higiene y cuidado de la piel.	Hasta el momento no han ocurrido incidentes, pero esta en riesgo de sufrir lesiones dérmicas pos-traumas.
9. Necesidad de evitar riesgos y peligros.	Esta en constante riesgo de presentar traumatismos.
10. Necesidad de comunicarse.	En ocasiones presenta dificultad expresar sus sentimientos. Intolerante ante situaciones que le provocan enojo, responde con agresión.
11. Necesidad de actuar de acuerdo a sus creencias y valores.	Sin alteraciones.
12. Necesidad de realización	Responde con enojo y agresividad ante situaciones que no sabe controlar. En ocasiones es intolerante.
13. Necesidad de recreación.	Sin alteraciones.
14. Necesidad de aprendizaje.	Por tratarse de un niño requiere contacto directo y permanente para el proceso de aprendizaje.

3.1.3 Diagnósticos de enfermería.

1.- Necesidad: Evitar riesgos y peligros.

Dx. enfermería: **Riesgo de caídas** R/C actividades físicas y recreativas propias de su edad.

2.- Necesidad: Evitar riesgos y peligros.

Dx. enfermería: **Riesgo de lesión** R/C actividades de contacto físico.

3.- Necesidad: Evitar riesgos y peligros.

Dx. enfermería: **Riesgo de deterioro de la integridad cutánea** R/C traumatismo en el sitio de las prominencias óseas.

4.- Necesidad: Trabajar y realizarse.

Dx. enfermería: **Riesgo de baja autoestima situacional** R/C los factores que desencadenan su estancia en la institución, así como sus antecedentes familiares y patológicos.

5.- Necesidad: Trabajar y realizarse.

Dx. enfermería: **Deterioro parental** R/C el nulo contacto con su familia, M/P la agresividad que a veces presenta.

6.- Necesidad: Trabajar y realizarse.

Dx. enfermería: **Interrupción de los procesos familiares** R/C el abandono del niño, M/P el poco interés que muestra en sus relaciones personales.

7.- Necesidad: Trabajar y realizarse.

Dx. enfermería: **Riesgo de deterioro de la vinculación** R/C la permanencia del niño en la institución.

8.- Necesidad: Aprendizaje.

Dx. enfermería: **Disposición para mejorar el auto-cuidado** R/C la independencia generada a partir de su ingreso a la institución, M/P la atención que presta a la mayoría de las indicaciones que se le dan para su cuidado.

9.- Necesidad: Aprendizaje.

Dx. enfermería: **Disposición para mejorar los conocimientos** R/C el interés que demuestra durante el aprendizaje, M/P el esfuerzo que realiza para mantener dicha actitud.

10.- Necesidad: Comunicación.

Dx. enfermería: **Riesgo de violencia dirigida hacia los demás** R/C la falta del núcleo familiar.

11.- Necesidad: Movimiento.

Dx. enfermería: **Riesgo de intolerancia a la actividad** R/C las deformidades que presenta en las extremidades.

Planeación:

Se jerarquizan las necesidades y se determinan los resultados esperados.

Necesidad jerarquizada:	Diagnóstico Enfermería:	Resultado esperado:
Evitar riesgos y peligros	<u>Riesgo de caídas</u> R/C actividades físicas y recreativas propias de su edad.	Conducta de prevención de caídas.
Evitar riesgos y peligros	<u>Riesgo de lesión</u> R/C actividades de contacto físico.	Control de riesgo
Evitar riesgos y peligros	<u>Riesgo de deterioro de la integridad cutánea</u> R/C traumatismo en el sitio de las prominencias óseas.	Conductas de seguridad personal.
Trabajar y realizarse.	<u>Riesgo de baja autoestima situacional</u> R/C los factores que desencadenan su estancia en la institución, así como sus antecedentes familiares y patológicos.	Autoestima.
Trabajar y realizarse.	<u>Deterioro parental</u> R/C el nulo contacto con su familia, M/P la agresividad que a veces presenta.	Recuperación del abandono.
Trabajar y realizarse.	<u>Interrupción de los procesos familiares</u> R/C el abandono del niño, M/P el poco interés que muestra en sus relaciones personales.	Modificación psicosocial: cambio de vida.

Trabajar y realizarse.	<u>Riesgo de deterioro de la vinculación</u> R/C la permanencia del niño en la institución.	Afrontamiento de problemas.
Aprendizaje.	<u>Disposición para mejorar el auto-cuidado</u> R/C la independencia generada a partir de su ingreso, M/P la atención que presta a la mayoría de las indicaciones que se le dan para su cuidado.	Autonomía personal.
Aprendizaje.	<u>Disposición para mejorar los conocimientos</u> R/C el interés que demuestra para el aprendizaje, M/P el esfuerzo que realiza para mantener dicha actitud.	Conocimiento: fomento de la salud.
Comunicación.	<u>Riesgo de violencia dirigida hacia los demás</u> R/C la falta del núcleo familiar.	Autocontrol de la agresión.
Movimiento.	<u>Riesgo de intolerancia a la actividad</u> R/C las deformidades que presenta en las extremidades.	Tolerancia a la actividad.

<p>Necesidad: Evitar riesgos y peligros. Dx. enfermería: Riesgo de Caídas R/C actividades físicas y recreativas propias de su edad. Dominio 11: <i>Seguridad-protección</i>. Clase 2: <i>Lesión física</i>.</p>		
RESULTADOS ESPERADOS (NOC)	INTERVENCIONES (NIC)	FUNDAMENTACION CIENTIFICA
<p>Dominio IV: Conocimiento y conducta de salud.</p> <p>Clase T: Control de riesgo y seguridad.</p> <p>Conducta de prevención de caídas.¹⁹</p> <p>Acciones personales o del cuidador familiar para minimizar los factores de riesgo que podrían producir caídas en el entorno personal.</p> <p>Indicador:</p> <p>Uso de zapatos con cordones bien ajustados.</p> <p>Escala:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Nunca demostrado. 2. Raramente demostrado. 3. A veces demostrado. 4. Frecuentemente demostrado. 5. Siempre demostrado. 	<p>Campo 4 Seguridad: Cuidados que apoyan la protección contra peligros.</p> <p>Clase V Control de riesgos: Intervenciones para iniciar actividades de reducción de riesgos.</p> <p>Prevención de caídas.²⁰</p> <p>Establecer precauciones especiales en pacientes con alto riesgo de lesiones por caídas.</p> <p>Actividades:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Se identificaron las características del ambiente que aumenta la posibilidad de caídas (suelos resbaladizos y escaleras sin barandillas). • Se evito la presencia de objetos desordenados en la superficie del suelo. • Se oriento al niño sobre el orden físico que debe haber en su habitación. • Me asegure que el niño llevará zapatos con cordones ajustados correctamente y con suelas antideslizantes. • Se retiraron los objetos que tenían acceso a superficies elevadas. 	<p>La enseñanza para la promoción de un funcionamiento locomotor eficaz es importante para la prevención de accidentes.</p> <p>Debe protegerse a los pacientes contra accidentes del tipo de las caídas, los tropiezos y los golpes contra objetos duros.</p> <p>El cuerpo debe balancearse sobre una base firme de apoyo al estar de pie, al caminar, al encucillarse y al levantarse (manteniendo abiertos los pies y conservando el cuerpo en el centro de la base de sostén se aumenta la estabilidad en la postura abierta).²¹</p>
<p>EVALUACION.</p> <p>El niño manifiesto tener una conducta de prevención de caídas y frecuentemente demuestro usar zapatos bien ajustados en sus agujetas.</p>		

¹⁹ Sue Moorhead, Marion Johnson, Meridean Mass, "*Clasificación de Resultados de Enfermería (NOC)*", España, Elsevier Tercera edición 2005, pág. 257.

²⁰ Bulechek, M. Gloria. "*Clasificación de intervenciones de enfermería NIC*", Barcelona, España. Edit. Elsevier, quinta edición, 2009. Pág. 684.

²¹ Madelyn T. Nordmark, R.N.M.S. (N.E), Anne W. Rohweder, R.N.M.N. "*Bases Científicas de la Enfermería*". Ediciones Científicas, La Prensa Mexicana, S.A. 1984. Pág. 345-347.

<p>Necesidad: Evitar riesgos y peligros. Dx. enfermería: <u>Riesgo de lesión</u> R/C actividades de contacto físico. Dominio 11: <i>Seguridad-protección</i>. Clase 2: <i>Lesión física</i>.</p>		
RESULTADOS ESPERADOS (NOC)	INTERVENCIONES (NIC)	FUNDAMENTACIÓN CIENTIFICA
<p>Dominio IV: Conocimiento y conducta de salud.</p> <p>Clase T: Control de riesgo y seguridad.</p> <p>Control de riesgo.²²</p> <p>Acciones personales para prevenir, eliminar o reducir las amenazas para la salud modificables.</p> <p>Indicador:</p> <p>Reconoce factores de riesgo.</p> <p>Escala:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Nunca demostrado. 2. Raramente demostrado. 3. A veces demostrado. 4. Frecuentemente demostrado. 5. Siempre demostrado. 	<p>Campo 4 Seguridad: Cuidados que apoyan la protección contra peligros.</p> <p>Clase V: Control de riesgos.</p> <p>Identificación de riesgos.²³</p> <p>Análisis de los factores de riesgo potenciales, determinación de riesgos para la salud y asignación de prioridad a las estrategias de disminución de riesgos para un individuo o grupo de personas.</p> <p>Actividades:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Se realizó una valoración sistemática de riesgos mediante los formatos correspondientes de la institución. • Identifique al niño que precisa cuidados continuos. • Utilice los medios pertinentes para la prevención de riesgos, con el fin de establecer metas mutuas. • Se determinaron los recursos institucionales para ayudar a disminuir los factores de riesgo. 	<p>Al identificar riesgos en forma oportuna se mejora la seguridad de la persona dentro de la institución.</p> <p>La educación sanitaria oportuna reduce la incidencia de caídas en pacientes con alto riesgo de lesiones.²⁴</p>
<p>EVALUACIÓN</p> <p>Reconoció los factores de riesgo que ponen en peligro su salud.</p>		

²² Sue Moorhead, Op. Cit. Pág. 337.

²³ Bulechek, M. Gloria, Op. Cit. Pág. 437.

²⁴ Ackley Betty *"Manual de diagnósticos de enfermería"*, España, Editorial Elsevier, Séptima Edición 2007 Pág. 839.

<p>Necesidad: Evitar riesgos y peligros. Dx. enfermería <u>Riesgo de deterioro de la integridad cutánea</u> R/C traumatismo en el sitio de las prominencias óseas. Dominio 11: <i>Seguridad-protección</i>. Clase 2: <i>Lesión física</i>.</p>		
RESULTADOS ESPERADOS (NOC)	INTERVENCIONES (NIC)	FUNDAMENTACION CIENTIFICA
<p>Dominio IV: Conocimiento y conducta de salud.</p> <p>Clase T: Control del riesgo y seguridad.</p> <p>Conductas de seguridad personal.²⁵</p> <p>Acciones personales que previenen las autolesiones personales.</p> <p><u>Indicador:</u></p> <p>Se protege de las lesiones.</p> <p><u>Escala:</u></p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Nunca demostrado. 2. Raramente demostrado. 3. A veces demostrado. 4. Frecuentemente demostrado. 5. Siempre demostrado. 	<p>Campo 4 Seguridad: Cuidados que apoyan la protección contra peligros.</p> <p>Clase V: Control de riesgos.</p> <p>Identificación de riesgos.²⁶</p> <p>Análisis de los factores de riesgo potenciales, determinación de riesgos para la salud y asignación de prioridad a las estrategias de disminución de riesgos para un individuo o grupo de personas.</p> <p>Actividades:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Se dio prioridad a las áreas de disminución de riesgos, en colaboración con el niño/grupo. • Se planificaron actividades de disminución de riesgos en colaboración con el menor. • Se procedió a derivar a otro personal de cuidados. • Utilización de acuerdos con el menor. 	<p>La promoción de la salud es importante para la prevención de accidentes.</p> <p>Utilizar zapatos y medias que se ajusten a la persona de una manera adecuada, especialmente durante el periodo de crecimiento es primordial en la prevención de accidentes.</p> <p>La evaluación integral del paciente es de suma importancia cuando padece alguna enfermedad en la que se encuentran involucrados huesos, músculos y articulaciones.²⁷</p>
<p>EVALUACIÓN</p> <p>Se observó que el niño procura una conducta adecuada para protegerse de las lesiones.</p>		

²⁵ Sue Moorhead, Op. Cit. Pág. 261.

²⁶ Bulechek, M. Gloria, Op. Cit. Pág. 437.

²⁷ Madelyn T. Nordmark, Op. Cit. Pág. 343,345.

<p>Necesidad: Trabajar y realizarse. Dx. enfermería <u>Riesgo de baja autoestima situacional</u> R/C los factores que desencadenan su estancia en la Institución, así como sus antecedentes familiares y patológicos. Dominio 6: <i>Auto-percepción</i>. Clase 2: <i>Autoestima</i>.</p>		
RESULTADOS ESPERADOS (NOC)	INTERVENCIONES (NIC)	FUNDAMENTACION CIENTIFICA
<p>Dominio III: Salud psicosocial.</p> <p>Clase M: Bienestar psicológico.</p> <p>Autoestima.²⁸</p> <p>Juicio personal sobre la capacidad de uno mismo.</p> <p><u>Indicador:</u></p> <p>Aceptación de las propias limitaciones.</p> <p><u>Escala:</u></p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Nunca positivo. 2. Raramente positivo. 3. A veces positivo. 4. Frecuentemente positivo. 5. Siempre positivo. 	<p>Campo 3: Conductual.</p> <p>Clase R: Ayuda para hacer frente a situaciones difíciles.</p> <p>Potenciación de la autoestima.²⁹</p> <p>Ayudar a un paciente a que aumente el juicio personal de su propia valía.</p> <p>Actividad:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Ayudé al niño a identificar lo que le ha permitido mantener una autoestima positiva. • Animé al menor a identificar sus virtudes. • Se fomentó el contacto visual durante la comunicación • Impulsar el incremento de responsabilidad de sí mismo. • Se recompensó el progreso del niño en la consecución de objetivos. • Se realizaron afirmaciones positivas sobre el niño. 	<p>La experiencia emocional esta relacionada de manera compleja a la función psicológica y fisiológica total.</p> <p>Las reacciones emocionales influyen y son influidas por el sistema nervioso, y pueden demostrarse correlaciones fisiológicas a la emoción.</p> <p>Un individuo que experimente emociones placenteras a intervalos razonables es más probable que sea capaz de adaptarse a las frustraciones y a otras emociones desagradables que un individuo que rara vez experimenta una emoción placentera.³⁰</p>
<p>EVALUACION</p> <p>De acuerdo a su comprensión, se observó en el menor la capacidad para aceptar sus limitaciones.</p>		

²⁸ Sue Moorhead, Op. Cit. Pág. 207.

²⁹ Bulechek, M. Gloria, Op. Cit. Pág.650.

³⁰ Madelyn T. Nordmark, Op. Cit. Pág.595, 597.

<p>Necesidad: Trabajar y realizarse. Dx. enfermería <u>Deterioro parental</u> R/C el nulo contacto con su familia, M/P la agresividad que a veces presenta. Dominio 7: <i>Rol relaciones.</i> Clase 1: <i>Rol del cuidador.</i></p>		
RESULTADOS ESPERADOS (NOC)	INTERVENCIONES (NIC)	FUNDAMENTACION CIENTÍFICA
<p>Dominio VI: Salud familiar.</p> <p>Clase Z: Estado de salud de los miembros de la familia.</p> <p>Recuperación del abandono.³¹</p> <p>Curación física, emocional y espiritual tras la interrupción de los cuidados mínimos.</p> <p><u>Indicador:</u></p> <p>Recibe asistencia sanitaria adecuada.</p> <p><u>Escala:</u></p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Ninguno. 2. Escaso. 3. Moderado. 4. Sustancial. 5. Extenso. 	<p>Campo 5: Familia.</p> <p>Clase Z: Cuidados de crianza de un nuevo bebé.</p> <p>Fomentar el desarrollo del niño.³²</p> <p>Facilitar o enseñar a los padres/cuidadores a conseguir un crecimiento global y específico lingüístico, cognitivo, social, emocional y motor total de niños en edad preescolar y escolar.</p> <p>Actividades:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Desarrollé una relación de confianza e individualidad con el niño. • Se le impulsó a tener conciencia de su importancia como individuo. • Dispuse actividades que fomentaron la integración con otros niños. • Se le estimuló para la compartición y el establecimiento de turnos. • Se consoló al niño en momentos de angustia. 	<p>Los patrones del comportamiento se aprenden en el proceso del crecimiento y desarrollo.</p> <p>El desarrollo del comportamiento refleja la maduración a través del crecimiento así como los efectos acumulativos del aprendizaje a través de la experiencia.</p> <p>Cuando un individuo debe renunciar a los comportamientos de un estadio del desarrollo antes o durante el progreso hacia un nivel más alto de desarrollo ocurre el desequilibrio con sus tensiones concomitantes.³³</p>
<p>EVALUACION</p> <p>A pesar de su agresión ocasional, logro disminuir dicha actitud y se adapto favorablemente a la institución.</p>		

³¹ Sue Moorhead, Op. Cit. Pág.581.

³² Bulechek, M. Gloria, Op. Cit. Pág.410

³³ Madelyn T. Nordmark, Op. Cit. Pág.603-604.

<p>Necesidad: Trabajar y realizarse. Dx. enfermería <u>Interrupción de los procesos familiares</u> R/C el abandono del niño, M/P el poco interés que muestra en sus relaciones personales. Dominio 7: <i>Rol relaciones.</i> Clase 2: <i>Relaciones familiares.</i></p>		
RESULTADOS ESPERADOS (NOC)	INTERVENCIONES (NIC)	FUNDAMENTACION CIENTIFICA
<p>Dominio III: Salud psicosocial.</p> <p>Clase N: Adaptación psicosocial.</p> <p>Modificación psicosocial: cambio de vida.³⁴</p> <p>Respuesta psicosocial de adaptación de un individuo a un cambio de vida importante.</p> <p><u>Indicador:</u></p> <p>Expresiones de optimismo sobre el presente.</p> <p><u>Escala:</u></p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Nunca demostrado. 2. Raramente demostrado. 3. A veces demostrado. 4. Frecuentemente demostrado. 5. Siempre demostrado. 	<p>Campo 3: Conductual.</p> <p>Clase R: Ayuda para hacer frente a situaciones difíciles.</p> <p>Apoyo emocional.³⁵</p> <p>Proporcionar seguridad, aceptación y ánimo en momentos de tensión.</p> <p>Actividades:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Indagué con el niño lo que ha desencadenado sus emociones. • Se le ayudó a reconocer sentimientos tales como ansiedad, ira o tristeza; y lo animé a expresarlos. • Se le confortó en etapas de negación, ira, negociación y aceptación de las fases del sentimiento de pena. • Se favoreció la conversación o el llanto como medio para disminuir la respuesta emocional. • Se remitió a servicios de asesoramiento cuando fue necesario. 	<p>Las actitudes paternas parecen tener una influencia muy importante sobre el comportamiento subsecuente del adulto. El niño que recibe poco afecto, satisfacción de sus necesidades de dependencia, calor o ternura es muy probable que progrese hacia la madurez más lentamente, que experimente más problemas de adaptación, que sea más apático y menos capaz de llevar a cabo acciones independientes y que tenga un sentido de sí mismo más lentamente desarrollado y menos definido.</p> <p>El rechazo por parte de los padres parece producir inseguridad y auto-devaluación y tiene como resultado un comportamiento hostil, pesimista, de rebeldía, indiferencia y una incapacidad para dar y recibir afecto.³⁶</p>
<p>EVALUACION</p> <p>Identificó situaciones que le generan emociones negativas y mostro cierto progreso en su comportamiento.</p>		

³⁴ Sue Moorhead, Op. Cit. Pág.511.

³⁵ Bulechek, M. Gloria, Op. Cit. Pág.136.

³⁶ Madelyn T. Nordmark, Op. Cit. Pág.605.

<p>Necesidad: Trabajar y realizarse. Dx. enfermería <u>Riesgo de deterioro de la vinculación</u> R/C la permanencia del niño en la institución. Dominio 7: <i>Rol relaciones.</i> Clase 2: <i>Relaciones familiares.</i></p>		
RESULTADOS ESPERADOS (NOC)	INTERVENCIONES (NIC)	FUNDAMENTACION CIENTIFICA
<p>Dominio III: Salud psicosocial.</p> <p>Clase N: Adaptación psicosocial.</p> <p>Afrontamiento de problemas.³⁷</p> <p>Acciones personales para controlar los factores estresantes que ponen a prueba los recursos del individuo.</p> <p><u>Indicador:</u></p> <p>Verbaliza aceptación de la situación.</p> <p><u>Escala:</u></p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Nunca demostrado. 2. Raramente demostrado. 3. A veces demostrado. 4. Frecuentemente demostrado. 5. Siempre demostrado. 	<p>Campo 3: Conductual.</p> <p>Clase R: Ayuda para hacer frente a situaciones difíciles.</p> <p>Aumentar el afrontamiento.³⁸</p> <p>Ayudar al paciente a adaptarse a los factores estresantes, cambios o amenazas perceptibles que interfieren en el cumplimiento de las exigencias y papeles de la vida cotidiana.</p> <p>Actividades:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Se dispuso un ambiente de aceptación. • Evalué la capacidad del niño para tomar decisiones. • Lo animé a desarrollar relaciones. • Se reconocieron sus éxitos anteriores. • Favorecí situaciones que fomentaron la autonomía del menor. • Se alentó al niño a evaluar su propio comportamiento. • Ayudé al niño a identificar sistemas de apoyo disponibles. 	<p>La separación prolongada del niño lejos de sus padres y de su hogar produce diferentes efectos en cada niño, de acuerdo con su edad y las relaciones que tiene con sus padres.</p> <p>Una separación prolongada es más probable que produzca retardo emocional e intelectual, relaciones menos satisfactorias con personas de la familia o extra-familiares, capacidad retardada para expresar o experimentar afecto, lenguaje y desarrollo cognoscitivo más lento.³⁹</p>
<p>EVALUACION</p> <p>Percibí cierta dificultad en la expresión de sus sentimientos y emociones.</p>		

³⁷Sue Moorhead, Op. Cit. Pág. 167.

³⁸ Bulechek, M. Gloria, Op. Cit. Pág.168.

<p>Necesidad: Aprendizaje Dx. enfermería <u>Disposición para mejorar el auto-cuidado</u> R/C la independencia generada a partir de su ingreso, M/P la atención que presta a la mayoría de las indicaciones que se le dan para su cuidado. Dominio 4: <i>Actividad/reposo.</i> Clase 5: <i>Auto-cuidado.</i></p>		
RESULTADOS ESPERADOS (NOC)	INTERVENCIONES (NIC)	FUNDAMENTACION CIENTIFICA
<p>Dominio IV: Conocimiento y conducta de salud.</p> <p>Clase Q: Conducta de salud.</p> <p>Autonomía personal.⁴⁰</p> <p>Acciones personales de un individuo competente para controlar las decisiones vitales.</p> <p><u>Indicador:</u></p> <p>Participa en las decisiones de los cuidados de la salud.</p> <p><u>Escala:</u></p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Nunca demostrado. 2. Raramente demostrado. 3. A veces demostrado. 4. Frecuentemente demostrado. 5. Siempre demostrado. 	<p>Campo 1: Fisiológico básico.</p> <p>Clase F: Facilitación de los auto-cuidados.</p> <p>Ayuda al auto-cuidado.⁴¹</p> <p>Ayudar a otra persona a realizar las actividades de la vida diaria.</p> <p>Actividades:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Consideré la edad del niño al promover las actividades de auto-cuidados. • Se comprobó su capacidad para ejercer auto-cuidados independientes. • Observé las limitantes para la adaptación de higiene alimentación y arreglo personal. • Participé en proporcionar un ambiente terapéutico que le garantizara una experiencia cálida, relajante, privada y personalizada. • Se proporcionó ayuda hasta que fue capaz de asumir sus auto-cuidados. • Ayudé a que aceptara sus necesidades de dependencia. 	<p>La seguridad en las situaciones de la vida es más probable que aumente mientras el individuo logra más experiencia (habilidad) al hacer frente a situaciones específicas o variaciones de una situación.</p> <p>La adquisición de las habilidades necesarias para llevar a cabo una actividad con éxito requiere de la oportunidad para obtener experiencias y aprendizaje adecuados.⁴²</p>
<p>EVALUACION</p> <p>Frecuentemente se observó en el niño una actitud adecuada en la realización de sus actividades.</p>		

³⁹ Madelyn T. Nordmark, Op. Cit. Pág.606- 607.

⁴⁰ Sue Moorhead, Op. Cit. Pág.211.

⁴¹ Bulechek, M. Gloria, Op. Cit. Pág.174.

<p>Necesidad: Aprendizaje. Dx. enfermería <u>Disposición para mejorar los conocimientos</u> R/C el interés que demuestra para el aprendizaje, M/P el esfuerzo que realiza para mantener dicha actitud. Dominio 4: <i>Actividad reposo</i>. Clase 5: <i>Auto-cuidado</i>.</p>		
RESULTADOS ESPERADOS (NOC)	INTERVENCIONES (NIC)	FUNDAMENTACION CIENTIFICA
<p>Dominio IV: Conocimiento y conducta de salud.</p> <p>Clase S: Conocimiento sobre salud.</p> <p>Conocimiento: fomento de la salud.⁴³</p> <p>Grado de comprensión transmitido sobre la información necesaria para conseguir y mantener una salud óptima.</p> <p><u>Indicador:</u></p> <p>Conducta para prevenir lesiones no intencionadas.</p> <p><u>Escala:</u></p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Ningún conocimiento. 2. Conocimiento escaso. 3. Conocimiento moderado. 4. Conocimiento sustancial. 5. Conocimiento extenso. 	<p>Campo 3. Conductual.</p> <p>Clase S: Educación de los pacientes.</p> <p>Potenciación de la disposición de aprendizaje.⁴⁴</p> <p>Mejorar la capacidad y disposición de recibir información.</p> <p>Actividades:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Persuadí al niño para instaurar credibilidad en mi enseñanza. • Ayudé a que desarrollara confianza en su capacidad de aprendizaje. • Lo concienticé acerca de la gravedad de su enfermedad, así como de sus posibles complicaciones. • Lo asistí para enfrentarse a emociones intensas (ansiedad, ira) que obstaculicen su aprendizaje. • Fomenté la manifestación verbal de sentimientos, percepciones e inquietudes. 	<p>El equilibrio psicológico requiere que el individuo tenga y sea capaz de utilizar la capacidad y la oportunidad para aprender.</p> <p>El aprendizaje esta influenciado por una variedad de factores internos y externos.</p> <p>Los factores emocionales perturbadores pueden interferir con el aprendizaje eficaz, las situaciones en extremo tensas o traumáticas pueden hacer que el individuo necesite repetir con más frecuencia lo que debe aprender o que necesite varias experiencias agradables antes de que lleve a cabo el aprendizaje.</p> <p>La información que se aprende con mayor eficacia es aquella que tiene significado para el contexto de la vida del individuo.⁴⁵</p>
<p>EVALUACION</p>		
<p>El menor logró comprender los cuidados específicos que debe mantener para lograr que su salud no se vea afectada.</p>		

⁴² Madelyn T. Nordmark, Op. Cit. Pág.627.

⁴³ Sue Moorhead, Op. Cit. Pág.285.

⁴⁴ Bulechek, M. Gloria, Op. Cit. Pág.653.

⁴⁵ Madelyn T. Nordmark, Op. Cit. Pág. 609- 610.

<p>Necesidad: Comunicación. Dx. enfermería: <u>Riesgo de violencia dirigida a otros</u> R/C la falta del núcleo familiar. Dominio 11: <i>Seguridad/protección</i>. Clase 3: <i>Violencia</i>.</p>		
RESULTADOS ESPERADOS (NIC)	INTERVENCIONES (NIC)	FUNDAMENTACION CIENTIFICA
<p>Dominio III Salud psicosocial.</p> <p>Clase O Autocontrol</p> <p>Autocontrol de la agresión.⁴⁶</p> <p>Autocontrol de conductas violentas, combativas o destructivas hacia los demás.</p> <p><u>Indicador:</u></p> <p>Se abstiene de golpear a los demás.</p> <p><u>Escala:</u></p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Nunca demostrado. 2. Raramente demostrado. 3. A veces demostrado. 4. Frecuentemente demostrado. 5. Siempre demostrado. 	<p>Campo 3: Conductual.</p> <p>Clase P: Terapia cognitiva.</p> <p>Ayuda para el control del enfado.⁴⁷</p> <p>Facilitación de la expresión del enfado de manera adecuada y no violenta.</p> <p>Actividades:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Establecí un acercamiento sereno y confiable con el niño. • Se le animó a buscar ayuda del personal de cuidados, durante sus periodos de tensión. • Se controló su potencial de agresión para evitar que se manifieste. • Se le ayudó a identificar la causa del enfado. • Fomente su expectativa acerca del control de su comportamiento. • Se instruyó al niño sobre las medidas que le proporcionan calma. 	<p>Una sensación de seguridad y de bienestar surge si el individuo siente que es capaz de hacer frente a las situaciones de la vida con éxito (el control de una situación y de sí mismo, de tal manera que se prevenga el daño)</p> <p>Uno de los factores que contribuyen para la claridad de la percepción de una situación es tener conocimiento de los hechos.⁴⁸</p>
<p>EVALUACION</p> <p>El niño mostró interés y procuró mantener la calma durante sus episodios de enojo, para evitar lastimar a sus compañeros.</p>		

⁴⁶ Sue Moorhead, Op. Cit. Pág.177.

⁴⁷ Bulechek, M. Gloria, Op. Cit. Pág.190.

⁴⁸ Madelyn T. Nordmark, Op. Cit. Pág. 626.

<p>Necesidad: Movimiento. Dx. enfermería <u>Riesgo de intolerancia a la actividad</u> R/C las deformidades que presenta en las extremidades. Dominio 4: <i>Actividad/ reposo.</i> Clase 4: <i>Respuesta cardiovascular/pulmonar.</i></p>		
RESULTADOS ESPERADOS (NOC)	INTERVENCIONES (NIC)	FUNDAMENTACION CIENTIFICA
<p>Dominio I: Salud funcional.</p> <p>Clase A: Movimiento de la energía.</p> <p>Tolerancia a la actividad.⁴⁹</p> <p>Respuesta fisiológica a los movimientos que consumen energía en las actividades diarias.</p> <p><u>Indicador:</u></p> <p>Facilidad para realizar las actividades diarias.</p> <p><u>Escala:</u></p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Gravemente comprometido. 2. Sustancialmente comprometido 3. Moderadamente comprometido 4. Levemente comprometido. 5. No comprometido. 	<p>Campo 1: Fisiológico básico.</p> <p>Clase A: Control de actividad y ejercicio.</p> <p>Terapia de ejercicios: Movilidad articular.⁵⁰</p> <p>Realizar movimientos corporales activos o pasivos para mantener o restablecer la flexibilidad articular.</p> <p>Actividades:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Se determinarán las limitaciones del movimiento articular y se actuara sobre la función. • Se desarrollará un programa de ejercicios, los que se ejecutaran en el momento adecuado. • Se explicará al niño el objeto y el plan de ejercicios de las articulaciones. • Será necesario determinar la localización y naturaleza de la molestia o dolor durante el movimiento/actividad. • Antes de comenzar el ejercicio se dispondrán medidas de control del dolor. • Se proporcionarán al alta instrucciones escritas sobre los ejercicios y las medidas necesarias para su cuidado. 	<p>El esqueleto esta formado por huesos situados en un orden definido, unidos por ligamentos, cartílagos y músculos.</p> <p>Los huesos están unidos entre sí por estructuras de tejido conjuntivo que permiten diversos grados de motilidad entre un hueso y otro.</p> <p>La motilidad articular puede limitarse o perderse por completo cuando la articulación no se mueve dentro de su radio de motilidad durante un tiempo prolongado.⁵¹</p>
<p>EVALUACION</p> <p>Se observo que el niño no ha presentado dificultad para el movimiento.</p>		

⁴⁹ Sue Moorhead, Op. Cit. Pág.669.

⁵⁰ Bulechek, M. Gloria, Op. Cit. Pág.751.

⁵¹ Madelyn T. Nordmark, Op. Cit. Pág.310- 311.

CONCLUSIONES

Se puede entender al cuidado de la persona como toda acción encaminada a hacer algo por alguien; desde el aspecto humano, moral y afectivo, hasta la interacción personal y la intervención terapéutica; así como a la expresión de sentimientos volcados en un hacer, reflejados en la atención que ayuda al otro a crecer, a realizarse y a enfrentar dificultades propias de la vida.

El cuidado es un proceso recíproco, interactivo e interpersonal, que involucra el bienestar tanto del que recibe como del que lo otorga, pues permite la preservación de la especie en la historia y el espacio. Es parte fundamental en el quehacer diario de la enfermera; desde tiempos remotos ha existido ese compromiso ético-moral por parte del profesionista, contribuyendo al bienestar biop-sicosocial que todo individuo requiere.

Es necesario ver a la persona demandante de atención de una manera integral; resulta indispensable no olvidar la salud emocional del ser humano, ya que ésta es parte fundamental para su crecimiento y desarrollo óptimo.

Es importante que el personal de enfermería, además de contar con un perfil profesional, adquiera y mantenga un compromiso ético y humano; para así poder proporcionar atención y cuidado con calidad y calidez a las personas que lo demanden.

El Proceso Atención de Enfermería es el instrumento de trabajo fundamental que el profesionista necesita para llevar a cabo las intervenciones propias de su función, éste le permite realizar sistemática y ordenadamente cada una de sus actividades, logrando con esto la atención integral del individuo y su familia.

Concretamente la población atendida en Casa Coyoacán está integrada por niños y niñas que por diversos motivos se encuentran en situación de desamparo y de alta vulnerabilidad; por lo tanto son sujetos de la asistencia social que el Estado a través de esta Institución, tiene como obligación brindar.

Es por demás importante mencionar que el equipo multidisciplinario que presta sus servicios en dicho Centro y en especial el personal de enfermería, otorgue la atención integral necesaria a la población asistida, con el fin de cubrir tanto sus necesidades biológicas como emocionales, siendo estas las de mayor relevancia por el estado psicológico en que se encuentran.

El personal de enfermería de la institución realiza actividades técnicas, administrativas, de prevención, de promoción a la salud, todas ellas encaminadas al bienestar físico y mental de los niños y las niñas en mención.

El caso clínico presentado fue referente a un niño que presenta una patología que frecuentemente lo pone en riesgo, hablando específicamente de su salud física. Sin embargo, hasta el momento no ha presentado ninguna alteración debido al tratamiento, atención y cuidados proporcionados. Es importante mantener contacto directo y constante con él, reforzar el proceso de auto-cuidado y aprendizaje con el fin de evitar situaciones que pongan en riesgo su salud.

El menor es un individuo altamente vulnerable y tiene la necesidad de asistencia social, debido al abandono de su familia y de otras personas que tienen el deber legal y moral de su cuidado; por lo que debe atenderse de manera oportuna y eficaz para lograr que crezca y se desarrolle lo mas adecuadamente posible, y así obtenga un mejor nivel de vida que le permita en un futuro ser una persona loable y autosuficiente.

En términos generales, se observó que el niño progresó en cuanto a su actitud y comportamiento, ya que la agresividad manifestada se redujo; considero necesario continuar con el procedimiento descrito anteriormente.

En lo personal me enorgullece y satisface formar parte del equipo integral que lo atiende y tener la dicha de colaborar en su cuidado me proporciona una sensación de utilidad, calidez y alto compromiso profesional y humano. El continuar con esta labor, y en la medida en que se refleja una mejoría en su estado de salud, sin duda alguna me retroalimenta, y refrendo mi compromiso de seguir brindando y atendiendo con amor, cariño, comprensión al ser humano que se encuentra en situación de vulnerabilidad; tratando de lograr la seguridad y confianza que todo individuo necesita para su sobrevivencia.

La guía de valoración que se realizo con base al modelo de Virginia Henderson me pareció adecuada para identificar las necesidades del niño, sin embargo fue necesario hacer algunas adaptaciones en relación a su edad.

ANEXOS

ANEXO I

PATOLOGIA

TUMORES ÓSEOS

Los tumores óseos son producidos por el crecimiento de células anormales en los huesos, pueden ser cancerosos (malignos) o no (benignos). Los no cancerosos son relativamente frecuentes, mientras que los cancerosos son poco frecuentes.

El dolor en los huesos es el síntoma más frecuente de los tumores óseos, puede ser intenso; además es posible notar una masa o tumefacción.

OSTEOCONDROMA

Los osteocondromas (exostosis osteocartilaginosas) son el tipo de más frecuente de tumor óseo no canceroso y suelen aparecer en personas de 10 a 20 años. Estos tumores son masas que crecen en la superficie del hueso y sobresalen como protuberancias duras. La persona afectada puede tener uno o varios tumores. La predisposición a desarrollar varios tumores puede ser congénita.⁵²

El osteocondroma es un tumor primario benigno de hueso que pertenece a la serie de cartílago; es el más frecuente de todos los tumores benignos óseos. La mayoría de las ocasiones es solitario, pero existe la variedad múltiple. Se localiza con frecuencia en los huesos del esqueleto apendicular, en el área metafisiaria y, por lo general, aumenta su desarrollo constantemente hasta que el paciente termina su maduración esquelética, después de la cual el osteocondroma deja de aumentar de tamaño. Se piensa que su formación es debida a que se separa un fragmento del cartílago epifisiario, rotando 90° y creciendo en una dirección transversal a la longitud del hueso. Es bien conocida la capacidad que tiene la radioterapia en la generación de osteocondromas.

1.1. Frecuencia

Es el tumor benigno primario óseo más común; comprende aproximadamente el 10 por ciento de todos los tumores primarios óseos.

1.2. Edad

Este tumor es una neoplasia de gente joven, se encuentran antes de los treinta años de edad; el decenio más afectado es el segundo. Es muy raro encontrarlo en pacientes de más de 30 años.

⁵² *“Nuevo Manual Merck de Información Médica General”*, Barcelona, España Editorial Océano, pág. 432.

1.3. Sexo

El osteocondroma tiene un marcado predominio por el sexo masculino.

1.4. Localización

Esta lesión ataca preferentemente, la metáfisis de los huesos tubulares largos, estos tumores se han detectado en los huesos de la rodilla y el húmero proximal.

Los lugares más frecuentes, en orden de importancia son: la metáfisis distal del fémur, la metáfisis proximal del húmero y la metáfisis proximal de la tibia.

1.5. Cuadro clínico

En algunos pacientes, el osteocondroma es una lesión que evoluciona asintomática y es detectada cuando se toman radiografías por alguna otra razón. Cuando el paciente señala síntomas es por que nota una tumoración con dolor moderado, la cual ha ido aumentando muy lentamente de tamaño sobre el sitio de la misma; las molestias se incrementan con la actividad física debido a la fricción de las estructuras adyacentes sobre la periferia del tumor. En la mayoría de los casos los síntomas dependerán del tamaño y sitio de la lesión.

Físicamente, se detecta la presencia de una tumoración dura, fija y de dolor no muy grave a la palpación; en ocasiones, puede ser muy dolorosa y haber aumento importante de volumen sobre el área del tumor, ya que puede haber sufrido la fractura del osteocondroma.

1.6. Cuadro radiológico.

Radiológicamente, los osteocondromas, de acuerdo a su inserción ósea, se clasifican en sésiles y pediculados. La cortical del osteocondroma se continúa con la cortical ósea normal, pero de forma organizada y sólida; el patrón trabecular de la cavidad medular del tumor se continúa, también, con la trabécula ósea del hueso donde se origina. Las características de estas trabéculas son normales; la periferia del osteocondroma está bien delimitada y puede tener una capa de cartílago, generalmente con un grosor de menos de un centímetro y mineralizado, lo que hace que su periferia sea densa.

En el esqueleto apendicular, el diagnóstico diferencial, sobre todo en las lesiones gigantes próximas al esqueleto axial, debe ser con condrosarcoma. Este, casi siempre tiene una periferia mal definida de tejido blando con calcificación irregular, la capa de cartílago es de un centímetro de grosor o más. La tomografía axial computarizada y el tomo grama hipocicloide son una excelente arma para ayudar, antes de realizar una operación, al diagnóstico diferencial de estas lesiones.

1.7. Anatomía Patológica

Macro. Se observa la tumoración de tamaño variable, de aspecto de coliflor, cubierta por una Bursa producida por la irritación que causa en las estructuras adyacentes. Al retirarse la Bursa se observa una capa delgada de periostio que recubre la tumoración, la cual, si se le remueve, muestra al cartílago hialino que recubre la tumoración y que es de color blanco celeste y de grosor variable, dependiendo de la edad del paciente. En sujetos jóvenes, la capa de cartílago es gruesa pudiendo éste ser, en ocasiones mayor a un centímetro. Cuando la persona es adulta, en la mayoría de los casos, la capa de cartílago es muy delgada o ha desaparecido. Pero, si es en un adulto se observa una capa de cartílago hialino que recubre al osteocondroma y mide un centímetro o más, debe de hacerse un estudio histológico cuidadoso de la pieza ya que puede ser el caso de un osteocondroma convertido en condrosarcoma. Debajo de la capa de cartílago se verá el hueso esponjoso con sus características normales; el canal medular normal estará en continuidad con el osteocondroma.

Micro. Se observa en la periferia de la lesión la capa de cartílago hialino con los condrocitos agrupados en líneas paralelas, similares a los encontrados en una epífisis normal. Las características histológicas de los condrocitos son normales, sin embargo, en pacientes jóvenes se pueden observar condrocitos binucleados, el hueso esponjoso del centro de la lesión tiene características normales. El diagnóstico diferencial de las lesiones grandes o en sujetos con tumores de capa cartilaginosa gruesa debe ser con condrosarcoma.

1.8. Tratamiento

Si la lesión es pequeña y asintomática, el tratamiento debe ser la observación del paciente, ya que al llegar a la madurez esquelética, el osteocondroma cesará su crecimiento, transformándose en una lesión estable. Si la lesión causa, por su localización, molestias al paciente, ésta debe resecarse en bloque. Cuando la tumoración es del tipo gigante, debe hacerse la resección de ella ya que aproximadamente el 1 por ciento de ellos se transforma en condrosarcomas.

Ahora bien, si el paciente es una persona adulta y si la lesión es sintomática o radiológicamente no esta bien definida, se hará la resección en bloque, por la capacidad de transformación sarcomatosa de la tumoración. Al momento de la resección en bloque, deberán resecarse el periostio que recubre la lesión y el que se encuentra en la base de la misma. El porcentaje de recurrencia local en el

osteocondroma es del orden del 10 por ciento, en la mayoría de los casos, como resultado de la remoción incompleta en la cirugía inicial.⁵³

⁵³ M. Sepúlveda Víctor, Tumores Óseos, Ediciones científicas, La prensa Médica Mexicana, S.A. Pag.33-36.

ANEXO II

Guía de valoración de Virginia Henderson, en base a las 14 necesidades.

Ficha de identificación.

Nombre: _____ Edad: _____ Peso: _____ Talla: _____
Fecha de nacimiento: _____ Sexo: _____ Ocupación: _____ Escolaridad: _____
Fecha de admisión: _____ Hora _____ Procedencia: _____
Fuente de información _____
Diagnóstico médico: _____
Nombre enfermera responsable: _____
Nombre del médico responsable: _____
Signos vitales: Temperatura _____ F.C. _____ F.R. _____ TA. _____

Necesidad de Respirar.

Habitualmente respira por:	la nariz <input type="radio"/>	la boca <input type="radio"/>	
¿Tiene dificultad para respirar?	No <input type="radio"/>	Si <input type="radio"/>	A veces <input type="radio"/>
Tos:	Expectoración:		
Recursos que utiliza para mejorar la respiración:			
Manifestaciones de dependencia y causa:			

Necesidad de comer y beber.

Signos de deshidratación:	Falta de piezas dentales:			
Ingesta diaria.	Desayuno:	Merienda:		
Comida:	Cena:			
Líquidos:	Alcohol:	Café:	Té:	Otros:
¿Dónde come habitualmente?			¿Come solo?	
¿Sigue algún tipo de dieta?				

¿Tiene alguna intolerancia alimentaria? ¿Tiene dificultad de masticación?

¿De deglución? ¿De digestión?

¿Tiene dificultad para mantener un buen control de peso?

Influencia de las emociones:

Manifestaciones de dependencia y causa:

Necesidad de eliminar.

Orina:	Frecuencia:	Aspecto:	Cantidad:
Heces:	Frecuencia:	Aspecto:	

Menstruación:	Otros:	¿Necesita ayuda para evacuar?	¿De qué tipo?
---------------	--------	-------------------------------	---------------

Salida de heces/orina sin control: ¿Los cambios modifican hábitos de eliminación?

¿Qué recursos utiliza?

Manifestaciones de dependencia y causa:

Necesidad de moverse y mantener una buena postura.

Equilibrio: estable inestable Incapacidad: total parcial

Disminución o ausencia de movimientos: ¿De qué parte del cuerpo?

Dificultad para: moverse levantarse sentarse caminar

¿Se desplaza solo habitualmente? ¿Qué recursos utiliza?

¿Hace ejercicio físico? ¿Es hiperactivo? Movimientos rápidos y frecuentes:

¿Es diestro? ¿Es zurdo?

Manifestaciones de dependencia y causa:

Necesidad de dormir y descansar.

Cuántas horas duerme habitualmente: ¿Duerme de día? ¿Se levante cansado?

Cambios de horario frecuentes: Sonambulismo:

¿Necesita ayuda para dormir? ¿De qué tipo? ¿Qué recursos utiliza?

Manifestaciones de dependencia y causa:

Necesidad de vestirse y desvestirse.

Aspecto físico: limpio sucio descuidado

¿Puede vestirse y desvestirse solo? ¿Lleva ropa cómoda y adecuada?

¿Qué tipo de calzado usa habitualmente? ¿Qué recursos utiliza?

Manifestaciones de dependencia y causa:

Necesidad de mantener la temperatura corporal.

Temperatura: Tiene sensación de: frío calor

Condiciones de su hogar: estufa calefacción agua caliente

Recursos que utiliza para adaptarse a los cambios de temperatura:

¿Qué hace cuando tiene fiebre?

Manifestaciones de dependencia y causa:

Necesidad de mantener la higiene y la integridad de la piel.

Coloración de la piel: Mucosas: Uñas: Cianosis:

Edemas: Varices: ¿Hay lesiones? Localización:

Higiene bucal: Caries: ¿Se puede lavar solo los dientes?

Hábitos higiénicos diarios que considere necesarios:

Interés/desinterés en mantener las medidas higiénicas:

Condiciones del entorno: ducha bañera otros Recursos que utiliza:

Manifestaciones de dependencia y causa:

Necesidad de evitar peligros.

Caídas frecuentes: Signos de depresión: De ansiedad Dolor: crónico agudo

¿Necesita ayuda para disminuir el dolor? ¿Qué tipo de ayuda necesita?

Esta orientado en: tiempo espacio personas

¿Toma medicamentos, cuáles? Alergias:

Esquema de vacunación:

Capacidades físicas y psicológicas para resolver problemas de salud:

¿Conoce medidas para prevenir enfermedades?

Planificación familiar:

Manifestaciones de dependencia y causa:

Necesidad de comunicar emociones, necesidades etc.

Déficit sensoriales: gafas audífono lentes de contacto

¿Con quién vive? ¿Quién lo cuida?

¿Manifiesta sus emociones y sentimientos? ¿Tiene amigos?

Habla poco: Habla mucho: ¿Tiene tics?

¿Quiere comentar algún aspecto sobre su sexualidad?

Adolescentes: ¿Tiene o recibe información sexual? ¿Tiene con quien hablar?

Observaciones durante la entrevista:

Manifestaciones de dependencia y causa:

Necesidad de mantener creencias y valores.

¿Puede vivir según sus creencias y valores? ¿Cuál es la percepción de salud que tiene actualmente?

Manifestaciones de dependencia y causa:

Necesidad de ocuparse para realizarse:

Actividad/trabajo: ¿Le gusta el trabajo que realiza? ¿Se siente útil?

¿Su estado de salud modifica sus hábitos?

¿Participa en la toma de decisiones que le afectan? ¿Qué recursos utiliza?

Manifestaciones de dependencia y causa.

Necesidad de participar en actividades recreativas.

Actividades que le gusta realizar:

¿Considera importante dedicar tiempo a las actividades de ocio?

¿Conoce los recursos disponibles en la comunidad?

Manifestaciones de dependencia y causa.

Necesidad de aprender/descubrir:

¿Sabe que enfermedad/es padece?

¿Sabe para qué sirven los medicamentos que esta tomando?

¿Conoce las medidas para mejorar su salud?

Situaciones que pueden alterar su capacidad de aprendizaje:

¿Sabe leer? ¿Sabe escribir?

Medios que utiliza para aprender: Leer escribir observar otros

Comportamientos indicativos de interés en el aprendizaje para resolver problemas de salud: pregunta participa propone alternativas

Sabe resolver problemas otros

Manifestaciones de dependencia y causa:

BIBLIOGRAFIA

Hernández Conesa, Juana María, “Historia de la Enfermería, Un análisis histórico de los cuidados de enfermería”.

España, McGraw- Hill Interamericana, 1ª. Edición 1995.

García Martín-Caro, Catalina; Martínez Martín, Ma. Luisa, “Historia de la Enfermería. Evolución histórica del cuidado enfermero”. España, Edit. Elsevier, S.A.

<http://www.encolombia.com/Medicina//EnfermeríaVol/1042007/trabajoslibres.1htm>.

Ruby L. Wesley, “Teorías y Modelos de Enfermería”, McGraw-Hill-Interamericana, 2ª. Edición.1997.

Iyer, Patricia. Taptich, Bárbara. “Proceso y diagnóstico de enfermería”, Barcelona, España., Edit. McGraw- Hill Interamericana, tercera edición, 1990.

NANDA. Internacional Diagnósticos Enfermeros, Definiciones y Clasificación 2009-2011. Revisión Carmen Espinoza 2010 España Elsevier, S.L.

“Pirámide de Maslow”, Wikipedia, la Enciclopedia libre.

“El Modelo AREA” Dr. Daniel J. Pesut. www.aentde.com 29 de junio 2005.

Sue Moorhead, Marion Johnson, Meridean Mass, “Clasificación de Resultados de Enfermería (NOC)” España, Elsevier, tercera edición, 2005.

Bulechek, M. Gloria. “Clasificación de intervenciones de enfermería NIC”, Barcelona, España, Edit. Elsevier, quinta edición, 2009.

Luis Rodrigo, Ma. Teresa; Fernández Ferrín Carmen; Navarro Gómez Ma. Victoria, “De la teoría a la práctica. El pensamiento de Virginia Henderson en el siglo XXI”, Barcelona, España, Edit. Masson, segunda edición.2000.

Antología Teorías y Modelos para la atención de Enfermería, Escuela Nacional de Enfermería y Obstetricia UNAM, 6ª. Reimpresión Febrero 2009.

Madelyn T. Nordmark, R.N.M.S. (N.E), Anne W. Rohweder, R.N.M.N. “Bases Científicas de la Enfermería”. Ediciones Científicas, La Prensa Mexicana, S.A. 1984.

“Nuevo Manual Merck de Información Médica General”, Barcelona, España Editorial Océano.

M. Sepúlveda Víctor, “Tumores Óseos”, Ediciones científicas, La prensa Médica Mexicana, S.A.