



UNIVERSIDAD MICHUACANA DE SAN NICOLÁS DE HIDALGO

ESCUELA DE LICENCIATURA EN ENFERMERÍA

PROCESO DE ENFERMERIA

**“La metodología de enfermería y la filosofía
de Virginia Henderson, aplicado a un usuario en
Retinopatía y Desnutrición”**

Que para obtener el titulo de Licenciada en Enfermería

Presenta:

LEP: Yuridice Espino Mendoza

Asesoras:

L.E.O Alicia Lilia Alcantar Zavala

L.E.O. Martha Marín Laredo

Morelia Michoacán, Octubre de 2007

JURADO

L.E.O Ma. Lilia Alicia Alcantar Zavala
Presidente

L.E.O Martha Marín Laredo
Vocal 1

DR. José Carmen Ledesma Morales
Vocal 2

DIRECTIVOS

M.C. Josefina Valenzuela Garandilla
Directora de la Facultad de Enfermería

L.E.O. Ma. De Jesús Ruiz Recéndiz
Secretaria Académica

L.E.O. Ana Celia Anguiano Mora
Secretaria administrativa

DEDICATORIA

Dedico este trabajo a mis padres con cariño y amor por la herencia que me han dado en la vida por confiar en mi y brindarme la oportunidad de seguir superándome como persona, por estar siempre apoyándome y poner la fe en mi ya que con sacrificios y esfuerzos he logrado llegar a este día tan importante por sus tantas noches de desvelos dedicados pensando en mi y por sin escatimar esfuerzos alguno me han dado todo como les ha sido posible por ello les viviré eternamente agradecida, que Dios los colme de bendiciones hoy y siempre y les prometo ejercer mi profesión con orgullo y dignidad.

AGRADECIMIENTOS

A Dios

Por no dejarme vencer ante la enfermedad, el cansancio y los desvelos, por siempre alumbrar mi camino llevándome de la mano y así llegar hasta el final, obteniendo una profesión humanística y bella, por darme unas manos fuertes para curar enfermos.

A mi Mamá Sra. Alicia Mendoza Zambrano

Gracias por darme la vida, estar a mi lado en el momento justo y mas anhelado, cuidarme, enseñarme a estudiar desde pequeña y por estar conmigo en los momentos mas difíciles de mi vida, mostrarme que todo en este mundo tiene solución, gracias por el apoyo moral que siempre me has brindado, por enseñarme a luchar por lo que a uno le conviene, te admiro mucho no solamente por ser mi madre si no por la fortaleza que has mostrado en los momentos mas difíciles ya que siempre has luchado para darnos lo mejor a cada uno de tus hijos y no te has dejado vencer y que nadie destruye tus ilusiones te quiero mucho mamita y lo que ahora soy te lo debo a ti y por ello te estaré eternamente agradecida todos los días de mi vida pues me has heredado la mejor de las herencias que le puede regalar una madre a una hija.

A mi Papá Sr. Narciso Espino Valdovinos

Papa te doy las gracias por haberme depositado toda tu confianza, por haberme fomentado el estudio y por haberme apoyado durante cada paso de mis estudios, cuantas veces pudiste hiciste lo posible por venir hasta donde estaban tus hijas y traernos que comer para tener fuerzas para seguir estudiando y así lograr mi profesión, de todo corazón te agradezco el apoyo moral que recibí por parte tuya y los ánimos que siempre me brindaste, papito muchísimas gracias por regalarme mi herencia en mi vida pues no tengo forma de agradecer pues el mas maravilloso regalo que un padre le puede regalar a sus hijos que es el estudio.

A mis hermanos: Iveth, Cesar y Chavita

Agradezco su compañía, su apoyo y motivación por seguir adelante y llegar hasta el final de mi carrera la cual comparto con ustedes este logro.

A mis abuelitas: Ma. Mercedes y Ma. De Jesús

Les estoy eternamente agradecida por sus tantas bendiciones y por encontrarme en sus oraciones pidiendo siempre por mí para que hiciera posible llegar a mi meta, las quiero mucho y admiro su ejemplo que siempre me dieron de ser unas mujeres con tanta fuerza para seguir luchando., a mi abuelita chucha que siempre desde pequeña vi su entrega y esfuerzo de atender enfermos y jamás los dejo caer y fue de quien herede mi vocación de ser enfermera.

A mi tío Pillo

Te doy las gracias por haberme depositado toda tu confianza y por haberme apoyado económicamente durante cada paso de mis estudios para que yo lograra mi profesión, de todo corazón te agradezco el apoyo moral que recibí por parte tuya y los ánimos que siempre me brindaste.

A mi escuela y maestros

A la facultad de Licenciatura en Enfermería misma que ha sido el escalón de cientos de compañeros que han puesto su espíritu, cuerpo y alma para alcanzar nuestros mas grandes sueños. Hoy concluyó un proyecto más en mi vida y no hay nada más satisfactorio que ver mis objetivos realizados. El resultado de lo que hoy he logrado, no solamente es un motivo de satisfacción, si no que me impulsa para trabajar arduamente para lograr el éxito. Así como también agradezco con gratitud por haberme permitido formar parte de la institución en la que obtuve la transmisión de sus conocimientos de todos los maestros que tuve durante los años de carrera.

A mis amigos (as)

Por sus palabras de aliento cuando me sentía que estaba cayendo y no podía levantarme, siempre escuche esas palabras mágicas que me decían levántate ya falta poco, sigue adelante que al final del camino te espera una recompensa y ahora soy profesionalista y solo me queda por ejercer lo que ahora soy, que fue lo que encontré al final del camino es convertirme en una Licenciada en Enfermería.

A mis asesoras

Les estoy agradecida por su tiempo y dedicación que me tuvieron para que este trabajo fuera posible, por el estímulo brindado para seguir adelante, por la exigencia para dar lo mejor de mí y por compartir sus sabios conocimientos.

ÍNDICE

I.- INTRODUCCIÓN

II.- JUSTIFICACIÓN

III.- OBJETIVOS

IV.- METODOLOGÍA

V.- MARCO TEORICO REFERENCIAL

5.1.- Proceso de enfermería

5.2.- ETAPAS DEL PROCESO DE ENFERMERÍA

5.2.1 Valoración

5.2.2 Diagnóstico

5.2.3 Planeación

5.2.4 Ejecución

5.2.5 Evaluación

5.3.- TEORIA DE VIRGINIA HENDERSON

5.4.- PATOLOGÍAS

5.4.1 Retinopatía

5.4.2 Nutrición

5.4.3 Desnutrición

VI.- APLICACIÓN DEL PROCESO DE ENFERMERÍA UN USUARIO CON RETINOPATÍA Y DESNUTRICIÓN.

VII.- CONCLUSIONES

VIII.- SUGERENCIAS

IX.- GLOSARIO DE TÉRMINOS

X.- BIBLIOGRAFÍA

XI.- ANEXOS

I.- INTRODUCCIÓN

En este documento se incluye a detalle la definición del proceso de enfermería y sus pasos que se deben seguir en la aplicación, así como también palabras únicas para la redacción de problemas interdependientes y diagnósticos de enfermería.

En esta revisión se puede analizar la definición de retinopatía del prematuro, sus causas, factores de riesgo, etapas de retinopatía, tipos de retinopatía, exámenes, complicaciones, tratamiento y su eficacia.

También se describe como la nutrición es un proceso de educación, lo cual nos puede llevar a la desnutrición para esto existen factores de riesgo, población en riesgo, tipos de desnutrición y su tratamiento para cada uno de los tipos de desnutrición.

El significado y el impacto de la **retinopatía** del prematuro son cruciales. Cerca del 4-5% de los supervivientes de menos de 1,000 g son legalmente ciegos. Un porcentaje más elevado sufre alteraciones visuales significativas.

La retinopatía grave no sólo da lugar a la ceguera, sino que también se asocia a graves trastornos del neurodesarrollo.

Lamentablemente, en muchas UCIN de todo el mundo aún se desconocen las tasas de retinopatía del prematuro, o las estadísticas sobre este proceso son inexactas.

En varias bases de datos de gran volumen se observa que las tasas de retinopatía del prematuro grave varían desde el 2 hasta más del 12% en recién nacidos de 500 grs. a 1,500 grs. al nacer con diferencias en la necesidad de tratamiento con láser, entre el 1 y el 4%. Esta variabilidad entre los centros esta relacionada con diferencias en la asistencia clínica con respecto a la administración de oxígeno y su monitorización, y con otros aspectos asistenciales.

Al aumentar la gravedad de la retinopatía del prematuro, la tasa de discapacidad grave se incrementa desde cerca del 4% hasta el 20% cuando existe retinopatía del

prematureo umbral (el umbral se utiliza cuando está indicado el tratamiento). Más de la mitad de los niños con visión desfavorable sufren discapacidad grave. Con una visión desfavorable, las evoluciones funcionales son peores; el 77% son incapaces de atender su propio cuidado; el 50% tienen problemas de continencia; el 43% discapacidades motoras y el 66% alteración de la capacidad personal-social, unas 3 a 10 veces más que los controles con visión favorable.

No hay métodos probados para prevenirla, solo prevenir la prematuridad. No hay tratamiento que pueda ser hecho por médico general, solo el de derivar al especialista en forma precoz para que entre las 4 o 6 semanas de vida sea evaluado.

1

Michoacán se encuentra en la media nacional de los estados con problemas de **desnutrición**.

Michoacán se coloca en el lugar 14 a nivel de desnutrición, “queremos estar en los primeros lugares pero de una sana alimentación”.

El sector más afectado por la desnutrición en nuestro estado continúa siendo el indígena y rural, algunos con desnutrición severa algunos con desnutrición moderada pero se habla de 200 mil niños según cifras del DIF.

Pero la desnutrición no solo se presenta por factor económico sino también por malos hábitos alimenticios.

Morelia, Mich., 22 de diciembre del 2006.- esquema gubernamental y de política alimentaria se revertirá el problema de desnutrición que enfrentan al menos 215 mil menores en el est Morelia, Mich., 5 de agosto.- En Michoacán 189 mil niños se ubican en un gran riesgo de desnutrición, ya que los primeros años de vida no tienen las características para desarrollarse de manera adecuada, además de que la entidad está muy por encima de la media nacional en el número de infantes desnutridos.

En el estado existen 456 mil niños de cero a cinco años de edad, pero de esta población sólo 189 mil son considerados como grupo vulnerable.

En algunos casos como la comunidades indígenas, se prefiere dar a los menores un refresco que un vaso de leche.²

¹ Dr. A. Sola, I. Chow y M. Rogido., División de Medicina Neonatal Perinatal., Edición única., 2004

² <http://www.mimorelia.com/vernota.php?id=13044>

II.- JUSTIFICACIÓN

En la actualidad las enfermeras siguen desempeñándose de manera interdependiente respecto de otros profesionales de la salud, pero tienen mayor autonomía para brindar los cuidados que le corresponden.

Ahora se les confiere a las enfermeras la responsabilidad y confiabilidad para brindar una asistencia adecuada que refleje a su vez las normas de aceptación general de enfermería, y una de las herramientas que nos ayudará a hacerlo es la aplicación correcta y constante del proceso enfermero, por lo que considero importante tener el conocimiento teórico y práctico del mismo, para poder tener el reconocimiento de enfermera en el campo profesional.

Al ser el cuidado, el principal objetivo de la profesión de enfermería, debemos estar preparados para brindar una calidad de atención al usuario, para la aplicación del proceso de enfermería se debe estar capacitado, ya que es herramienta fundamental, basado en el método científico que nos dará los elementos necesarios para hacer esto posible.

Por tal motivo se realiza el presente trabajo, que sustenta la labor del profesional de enfermería, cuya finalidad es obtener el título de Licenciado en Enfermería.

III.- OBJETIVOS

OBJETIVO GENERAL

Aplicar la metodología de proceso de enfermería en base al referente filosófico de Virginia Henderson atendiendo las necesidades reales y/o potenciales identificadas de manera personalizada.

OBJETIVOS ESPECIFICOS

- ◆ Realizar la valoración de acuerdo a las 14 necesidades que cita Virginia Henderson en su filosofía.
- ◆ Formular diagnósticos de enfermería de acuerdo a las necesidades prioritarias detectadas en la valoración del paciente y brindar atención integral.
- ◆ Elaborar un plan de cuidados en cada uno de los diagnósticos formulados, para llevar a cabo la ejecución de manera organizada.
- ◆ Llevar a cabo las actividades planeadas brindando atención humanística a la usuaria y capacitar a la familia de quien atiende la paciente para obtener mejores resultados.
- ◆ Evaluar los objetivos establecidos.
- ◆ Estructurar y presentar un trabajo académico para obtener el título de Licenciada en Enfermería.

IV.- METODOLGIA

Se utilizó el Modelo de Virginia Henderson basado en las 14 necesidades humanas con las cuales se identificaron los problemas de salud que determinan el grado de dependencia del cliente.

Se aplicó el Proceso de Enfermería en sus cinco etapas y se utilizaron los diagnósticos establecidos por la Asociación Norteamericana de Enfermeras (NANDA).

El trabajo requirió de esta investigación en diversas fuentes bibliograficas, así como base de datos en páginas Web para estructurar el Marco Teórico, el cual esta conformado por tres apartados que incluyen: Desnutrición, Retinopatía y la filosofía de Virginia Henderson. Además de sustentar científicamente las intervenciones llevadas a cabo.

La primera etapa constituye la valoración de las necesidades de la persona, se llevó a cabo a través de la paliación de una guía estructurada de acuerdo a dichas necesidades y por medio de la entrevista personalizada. Una vez obtenida la información se procedió al análisis de los datos y la organización de los mismos para formular los diagnósticos de enfermería los cuales se obtuvieron de la Taxonomía de la Asociación Norteamericana de diagnósticos de enfermería (NANDA) para planear acciones, llevarlas a cabo, fundamentar las mismas y finalmente evaluar globalmente la realización de la metodología.

V.- MARCO TEORICO REFERENCIAL

5.1 PROCESO DE ENFERMERÍA

El proceso de enfermería es un método racional y sistemático de planificar y proporcionar cuidados de enfermería. Su objetivo es identificar el estado de cuidados de salud de un paciente, y los problemas de salud reales o potenciales, establecer planes destinados a cumplir las necesidades identificadas, y proporcionar intervenciones de enfermería específicas para hacer frente a dichas necesidades. El proceso de enfermería es cíclico, es decir, sus componentes siguen una secuencia lógica, pero en un momento dado puede participar más de un componente. Al final del primer ciclo, los cuidados pueden concluirse si se han alcanzado los objetivos, o el ciclo puede continuar con una nueva valoración, o puede modificarse el plan de cuidados.³

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 de la enfermería. Se trata de un enfoque deliberativo para la resolución de problemas que exige habilidades cognitivas, técnicas e interpersonales y va dirigido a cubrir las necesidades del cliente o del sistema familiar. El Proceso de Enfermería consta de cinco fases sucesivas e interrelacionadas: valoración, diagnóstico, planificación, ejecución y evaluación. Estas fases integran las funciones intelectuales de la resolución del problema en un intento por definir las acciones de enfermería.

Utilizando como rigor es en realidad un método sistemático que permite recoger la información necesaria, manejarla, concretarla en intervenciones adecuadas y evaluar sus resultados aplicados al marco conceptual de Virginia Henderson facilita de forma extraordinaria la identificación de las necesidades del cliente en el plano psico-social, cultural y espiritual y la búsqueda de las fuentes de dificultad que impiden su satisfacción. Igualmente permite poner en práctica intervenciones capaces de reducir la influencia de las fuentes de dificultad y de satisfacer las necesidades en la medida de lo posible.

³ Berman Audrey. Erb Glenova. Kozier Barbara. Zinder Shirlee. Fundamentos de Enfermería. Conceptos, proceso y práctica. 7ª Edición. Vol. 1. Mc Graw- Hill-Interamericana. Pp 284

HISTORIA DEL PROCESO DE ENFERMERÍA

El proceso de enfermería ha evolucionado hacia un proceso de cinco fases compatibles con la naturaleza evolutiva de la profesión. Hall (1955) lo describió por primera vez con un proceso distinto. Jonson (1959), Orlando (1961) y Wiedenbach (1963), desarrollaron un proceso de tres fases diferentes que contenía elementos rudimentarios del proceso de cinco fases actual. En 1967, Yura y Walsh fueron los autores del primer texto en el que se describía un proceso de cuatro fases: valoración, planificación, ejecución y evaluación. A mediados de los años 70, Bloch (1974), Roy (1975), Munding y Jauron (1975) y Aspinall (1976) añadieron la fase diagnóstica, dando lugar a un proceso de cinco fases.

Desde ese momento, el Proceso de Enfermería ha sido legitimado con el sistema de la práctica de la enfermería. La ANA utilizó el Proceso de Enfermería como guía para el desarrollo de las pautas de la asistencia. El Proceso de Enfermería ha sido incorporado al sistema conceptual de la mayor parte de los planes de estudio de Enfermería. También ha sido incluido en la definición de Enfermería en la mayor parte de las leyes sobre la práctica de la enfermería. Más recientemente, se revisaron los exámenes de licenciatura de los tribunales estatales para probar la capacidad del profesional de enfermería registrado aspirante para utilizar los pasos de Proceso de Enfermería.

Ambas directrices de tensión y de rendimiento profesional incluyen criterios de determinación que definen las actividades que demuestran que se han cumplido las directrices.⁴

Propósito

Proporcionar un sistema dentro del cual se puedan cubrir las necesidades individuales del cliente, de la familia y de la comunidad. Además de Identificar las necesidades de cuidados actuales o potenciales de un cliente, familia o comunidad para establecer planes y realizar acciones específicas que satisfagan esas necesidades.

⁴ D. Bernochi – Losey. PW Iyer B.J. Tapich. Proceso y diagnósticos de enfermería. Mc GRAW HILL INTERAMERICANA. 3ª Edición. 1997. Pp 9

Estructura

Esta organizado en cinco etapas identificables que se convierten en los elementos concretos para operativisar el proceso en el hacer cotidiano del profesional de enfermería.

1. **Valoración.** esta centrada en la recogida de información relativa al cliente, con el propósito de identificar necesidades, problemas o respuestas humanas del cliente.
2. **Diagnóstico.** los datos recogidos son analizados e interpretados de forma crítica. se extraen conclusiones en cuanto a las necesidades, problemas, preocupaciones y respuestas humanas.
3. **Planificación.** se desarrollan estrategias para evitar, reducir o corregir los problemas identificados en el diagnóstico de enfermería.
4. **Ejecución.** es el inicio y terminación de las acciones para lograr los resultados definidos en la planificación. implica la comunicación del plan a todas a aquellas personas que participan en los cuidados del paciente.
5. **Evaluación.** es un proceso continuo que determina hasta que punto se han alcanzado los objetivos asistenciales⁵

Utilidad

Queda constatada ante las exigencias cada vez de mayor nivel de los avances de salud que demandan cuidados de calidad:

- ◆ Impide omisiones y repeticiones
- ◆ Favorece la individualización
- ◆ Permite una buena comunicación

Propiedades

El proceso de enfermería tiene varias propiedades:

- ◆ Intencionado: Se puede describir como resuelto porque va dirigido a un objetivo.
- ◆ Sistemático: Es sistemático porque consiste en la utilización de un enfoque organizado para conseguir su propósito.

⁵ Ibidem Pp 39- 40

- ◆ **Dinámico:** Es dinámico porque está sometido a continuos cambios. Se trata de un proceso continuo enfocado en las respuestas cambiantes del cliente que se identifican a través de la relación entre profesional de enfermería y cliente.
- ◆ **Interactivo:** Se basa en las relaciones recíprocas que se establecen entre el profesional de enfermería y el cliente, la familia y otros profesionales sanitarios.
- ◆ **Flexible:** Se puede adaptar a la práctica de la enfermería en cualquier marco o área de especialización que trate con individuos, grupos o comunidades; Sus fases se pueden utilizar de forma consecutiva y concurrente.
- ◆ **Base Teórica:** Se ha ideado a partir de una amplia base de conocimientos, incluyendo ciencias y humanidades, y se puede aplicar a cualquiera de los modelos teóricos de la enfermería.
- ◆ **Método:** por que es una serie de pasos mentales a seguir por la enfermera, que permiten organizar su trabajo y solucionar problemas relacionados con la salud de los usuarios, los que posibilita la continuidad en el otorgamiento de los cuidados por tal motivo se compara con las etapas del método de solución de problemas y del método científico.
- ◆ **Humanista:** por considera al hombre como un ser holístico (total e integrado) que es mas que la suma de sus partes y que no se debe fraccionar.

CONCEPCIONES DE LA DISCIPLINA ENFERMERA

Autora	Cuidado	Persona	Salud	Entorno	Elementos clave
Virginia Henderson Filosofía relacionada con la definición de enfermería en términos funcionales	Asistencia a la persona sana o enferma en las actividades que no puede hacer por si misma por falta de fuerza, voluntad o de conocimientos para conservar o restablecer su independencia en la satisfacción sus necesidades fundamentales.	Ser biológico, psicológico y social que tiende hacia la independencia en la satisfacción de sus 14 necesidades fundamentales.	Capacidad de actuar de forma independiente en relación con las 14 necesidades fundamentales.	Factores externos que actúan de forma positiva o negativa.	Integridad Dependencia e independencia en la satisfacción de las necesidades Necesidades fundamentales y necesidades específicas. ⁶

⁶ Eva Reyes Gómez., Susana Rosales Barrera., Fundamentos de enfermería., proceso enfermero., Manual moderno., 3ª edición., Pp 227 - 228

Utilidad del proceso

Su utilidad queda constada ante las exigencias cada vez de mayor nivel de los avances de salud que demandan cuidados de calidad.

1. Impide omisiones y repeticiones: como consecuencia del registro cada enfermera se mantiene informada de los planes y actividades realizadas al cliente.
2. Favorece la individualización: cada persona responde de forma diferente ante los estímulos del medio o ante las situaciones de salud, por lo que precisa de acciones de enfermería adaptadas a sus particularidades.
3. Permite una buena comunicación: dado que se basa en la relación enfermera-cliente, esta interacción produce un aumento de la satisfacción tanto en el cliente como en la enfermera.

VENTAJAS DEL PROCESO DE ENFERMERÍA

A) Ventajas para la profesión

1. Demuestra de forma concreta el ámbito de la práctica del profesional de enfermería (define su papel ante el usuario y ante otros profesionales destacando que su actividad no es solamente la ejecución de las indicaciones médicas).
2. Se ha incorporado a las normas de práctica en algunos países como Estados Unidos, con lo cual las enfermeras son responsables de ejercer de acuerdo con estas normas.

B) Ventajas para el cliente

1. Calidad del cuidado: El cuidado de enfermería se planifica para encontrar y satisfacer las necesidades particulares del cliente; la evaluación continua asegura un nivel de calidad.
2. Continuidad del cuidado: El hecho de contar con un plan por escrito facilita que las personas implicadas puedan acceder a él.
3. Participación de los clientes en el cuidado de su salud: El proceso permite que los clientes desarrollen sus capacidades y sus habilidades en su propio cuidado.

C) Ventajas para la enfermera

1. Incrementa la satisfacción laboral. Las recompensas obtenidas por la práctica de la enfermería, generalmente se derivan de la capacidad de este profesional para ayudar al cliente a cubrir sus necesidades.
2. Facilita el desarrollo de una relación enfermera-cliente significativa.
3. Potencia el desarrollo profesional. La planeación del proceso de enfermería favorece el desarrollo de las capacidades cognoscitivas, técnicas e interpersonales.
4. Evita acciones legales.
5. Proporciona un marco de responsabilidad (condición de responder y ser responsable de conductas específicas que son parte del rol profesional).⁷

CONSECUENCIAS PARA EL CLIENTE

El empleo del Proceso de Enfermería es beneficioso para el cliente y para la familia. Les anima a participar de forma activa en la atención, al incluirles en las cinco etapas del proceso. El cliente proporciona datos para la valoración, valida el diagnóstico de enfermería confirma los resultados y las actuaciones, ayuda en su ejecución y proporciona antecedentes para la evaluación. Además del plan de cuidados escrito favorece la continuidad de los cuidados, lo que da lugar a un ambiente seguro y terapéutico. La ausencia de esta continuidad puede retrasar el tratamiento eficaz del usuario.

CONSECUENCIAS PARA EL PROFESIONAL DE ENFERMERÍA

El proceso de Enfermería aumenta la satisfacción por el trabajo y potencia el desarrollo profesional. El desarrollo de relaciones significativas entre profesional de enfermería y cliente se ve facilitado por el Proceso de Enfermería. Las recompensas obtenidas por la práctica de enfermería suelen derivar de la capacidad del profesional de enfermería para ayudar al cliente a cubrir las necesidades identificadas. Un agradecimiento sincero, independientemente de la forma en que sea expresado por los clientes y sus familiares, suele superar a cualquier otro tipo de reconocimiento.

⁷ Ledesma Delgado Ma., Esther. Ortiz Díaz Ma. Elena., Proceso de Enfermería., Metodología para la práctica profesional., 1º Edición. Pp. 17

La satisfacción profesional se puede ver aumentada también por el uso del plan de cuidados desarrollado a partir del Proceso de Enfermería. Planes perfectamente escritos ahorran tiempo y energía y evitan la frustración generada por los ensayos, y errores de la práctica de enfermería.⁸

Beneficios

- ◆ Agiliza el diagnóstico y tratamiento de los problemas de salud reales y potenciales.
- ◆ Desarrolla un plan eficaz y eficiente, tanto en términos de sufrimiento humano como de gasto económico.
- ◆ Evita que se pierda de vista el factor humano.
- ◆ Promueve la flexibilidad y el pensamiento independiente.
- ◆ Adapta las intervenciones al individuo (no únicamente a la enfermedad)
- ◆ Ayuda a que:
- ◆ Los usuarios y sus familiares se den cuenta de que su aportación es importante y de que sus puntos fuertes son recursos.
- ◆ Las enfermeras tengan la satisfacción de obtener resultados.⁹

Funciones del proceso de enfermería para las instituciones

Simbólica, que trata de generar respuestas a las deficiencias percibidas por la organización. Desempeña esa función de símbolo en torno a la cual se dan respuestas a los problemas detectados; por tanto, su existencia es garantía de que se poseen los instrumentos pertinentes para solucionar dificultades.

Propagandística, debe servir como señal de identidad de la propia profesión con la que trata de acreditar su servicio y obtener su reconocimiento. Es, en suma, la imagen de los profesionales de enfermería que se da a la sociedad en general.

Racionalidad, es un instrumento para analizar e interpretar las propias prácticas y su historia desde una perspectiva de científicidad.

Política, en la medida en que crea un marco organizativo para la toma de decisiones sobre cuestiones que afectan a muchos ciudadanos.¹⁰

⁸ D. Bernochi – Losey. PW Iyer B.J. Tapich. Proceso y diagnósticos de enfermería. Mc GRAW HILL INTERAMERICANA. 3ª Edición. Pp 9

⁹ Ibidem Pp 11

5.2 ETAPAS DEL PROCESO DE ENFERMERÍA

5.2.1 VALORACIÓN

Es la primera fase del proceso de enfermería que se define como el proceso organizado y sistematizado de recogida y recopilación de datos, sobre el estado de salud del paciente a través de diversas fuentes; estas incluyen al paciente como fuente primaria, al expediente, a la familia o a cualquiera otra persona que de atención al paciente, y evaluar sus patrones de afrontamiento actuales y pasados.

La valoración puede derivarse de la aplicación de cualquier teoría de enfermería, en este caso, se valora al usuario siguiendo las 14 necesidades de Henderson.

La valoración como proceso continuo proporciona información valiosa del usuario, permitiéndonos emitir juicios sobre el estado de salud a partir de la identificación de problemas reales y de riesgo, y de los recursos (capacidades) existentes para conservar y recuperar la salud.¹¹

Componentes:

- 1.-Recolección de la información.
- 2.-Organización de datos
- 3.-Validación de datos.
- 4.-Registro de la información.

Tipos de datos

Los datos se clasifican según pueden ser observados medidos y/o supuestos en:

- ♦ **Objetivos** (signos manifiestos) son aquellos que son observables y mesurables por lo tanto delatan una información concreta y exenta de parcialidad habitualmente estos datos se obtuvieron a través de los sentidos (olfato, vista, oído y tacto) durante la exploración física del cliente. Ejemplo: signos vitales, coloración de la piel, llanto, edema y peso.

¹⁰ Berman Audrey., Erb Glenova., Kozier Barbara. Zinder Shirlee., Fundamentos de Enfermería. Conceptos, proceso y práctica. 7ª Edición. Vol. 1. Mc Graw- Hill-Interamericana. Pp 296

¹¹ Lynda Juall Carpenito Planes de cuidados y Documentación en enfermería, Interamericana, Mc. Pp 72

- ◆ Subjetivos (síntomas o datos encubiertos) son los datos que reflejan hechos y situaciones expresados por el propio cliente, solo son evidentes para la persona afectada y únicamente ella puede describirse y certificarlos. Estos datos se obtienen generalmente durante la anamnesis de enfermería e incluyen las percepciones, sentimientos e ideas del cliente sobre sí misma y sobre el estado de la salud personal.
- ◆ Históricos: antecedentes (hechos acaecidos con anterioridad)
- ◆ Actuales: los que refiere el cliente como datos del momento del presente

Recolección de datos:

Da inicio desde el primer encuentro con el usuario y continua en cada encuentro subsiguiente hasta que la persona sea dada de alta, por lo que es importante aprovechar cada momento con el usuario y familia para recolectar datos que nos permita conocerlos.

Para obtener información se recurre tanto a fuentes directas como indirectas. Fuentes directas (el usuario y familia que constituyen la principal fuente de información), fuentes secundarias son los amigos y profesionales por que aportan datos valiosos sobre el usuario. Las fuentes indirectas son expedientes clínicos y la bibliografía relevante.

Es indispensable contar con un guía durante la recolección de la información, para seguir una metodología específica durante la valoración, evitar omisiones y facilitar la agrupación de datos, la recolección de datos del usuario puede ser general y específica así primero tendrá un conocimiento de todos los aspectos relacionados con el estado de salud y una vez detectada un problema real o de riesgo centrar la valoración en un área específica.

Toda la información se recolecta por medio de la entrevista y el examen físico ambas se complementan y clarifican mutuamente en consecuencia se pueden realizar simultáneamente.¹²

¹² Ibidem Pp 76

Una **entrevista** es una comunicación planificada o una conversación que tiene una finalidad, como por ejemplo, obtener o proporcionar información, identificar problemas que preocupan a ambas partes, evaluar cambios, instruir, proporcionar apoyo, u ofrecer asesoramiento o terapia. Un ejemplo de entrevista es la historia de enfermería, que forma parte de la valoración de enfermería al ingreso.

Hay dos enfoques para la realización de la entrevista: la entrevista dirigida y la entrevista no dirigida. La **entrevista dirigida** esta muy estructurada y obtiene información específica. El profesional de enfermería establece el propósito de la entrevista la controla, el menos al inicio. El paciente responde a las preguntas, pero puede tener escasas oportunidades para hacer preguntas o abordar temas que le preocupen. Los profesionales de enfermería utilizan a menudo la entrevista dirigida para reunir y proporcionar información en situaciones en las que disponen de poco tiempo.

Por el contrario en una **entrevista no dirigida**, el profesional de enfermería deja que el paciente controle el propósito, el tema y el ritmo.

Durante una entrevista para obtener información suele ser adecuado realizar una combinación de los enfoques dirigido y no dirigido. Se comienza determinando las áreas de preocupación para el paciente.

Entre los aspectos que se debe tener presentes para realizar una entrevista están los siguientes:

- ◆ Seguir la guía de valoración para llevar un orden y saber exactamente lo que se va a preguntar al usuario (evitar improvisación).
- ◆ Asegurar un entorno con las características de privacidad y tranquilidad.
- ◆ Valorar el momento para realizar la entrevista, el usuario debe encontrarse en condiciones físicas y emocionales idóneas para poder contestar a las preguntas.
- ◆ Mantener durante la entrevista una distancia de uno a dos metros con relación al usuario por que lo puede intimidar o demostrarle falta de interés, también hay que procurar que tanto la cabeza de la enfermera como la del usuario estén a la misma altura para evitar sentimientos de inferioridad por parte del usuario.

- ◆ Dedicar el tiempo necesario para la entrevista, si no es posible valorar en un solo momento al usuario, fraccionar la entrevista y centrar la atención en aquellas áreas que son de mayor problema; sin olvidar completar la valoración general en la primera oportunidad.
- ◆ Ser amable, cordial y respetuoso (evitar sobrenombres y diminutivos)
- ◆ Formular preguntas claras y sencillas, considerando el nivel del usuario (evitar términos desconocidos).
- ◆ Escuchar con atención todo lo que dice el usuario (evitar escribir cuando el este hablando)
- ◆ Conseguir la información sin presionar al usuario, por que puede obtener información errónea o perderse de la misma.
- ◆ Poner atención en el lenguaje no verbal del usuario, este nos dice más que la palabra.
- ◆ Dejar que el usuario exprese sus ideas para poder conocer su verdad (evitar adivinar o completar)
- ◆ Desarrollara la capacidad de empatia con el fin de comprender mejor la actitud y conducta del usuario.

Planificación de la entrevista y el contexto

Antes de comenzar una entrevista, le profesional de enfermería revisa la información disponible, también revisa el formulario de recogida de los datos para identificar la información que debe obtenerse sin falta, y la información que puede o no obtenerse, dependiendo de ese paciente en concreto. Si no se dispone de un formulario, la mayoría de los profesionales de enfermería prepara un esquema de entrevista que le ayude a recordar las áreas de información y a determinar las preguntas a plantear. El esquema comprende una lista de temas y subtemas, en vez de una serie de preguntas. Cada entrevista se ve influida por el tiempo, el lugar, la disposición o distancia de los asientos, y el lenguaje.

Tiempo. Es preciso planificar las entrevistas con los pacientes ingresados cuando el paciente se encuentre físicamente bien y sin dolor, y en momentos en los que las de familiares, amigos y otros profesionales sanitarios sean mínimas. También deben programarse las entrevistas con los pacientes en sus domicilios en momentos

seleccionados por el paciente. Debe lograrse que el paciente este cómodo y sienta que no hay prisa.

Lugar. Una habitación bien iluminada, bien ventilada y de tamaño medio, que se encuentre relativamente libre de ruido, movimientos e interrupciones, fomenta la comunicación. Además, es deseable que se trate de un lugar en el que otras personas no pueden oír ni ver al paciente.

Distancia. La distancia entre el entrevistador y el entrevistado no debe ser ni muy pequeña, porque las personas se sienten incómodas hablando con alguien que está demasiado lejos. La mayoría de la gente se siente cómoda manteniendo una distancia de 60 a 90 cm.

Lenguaje. La falta de uso de un lenguaje que el paciente puede comprender es una forma de discriminación. El profesional de enfermería debe convertir la complicada terminología médica en un lenguaje común de uso habitual, y si el paciente y el profesional de enfermería no hablan el mismo idioma, deberá recurrirse a intérpretes o a traductores.

ETAPAS DE UNA ENTREVISTA

Una entrevista tiene tres etapas principales: el comienzo o introducción, el tema o idea principal y la finalización.

1. El comienzo

El comienzo puede ser la parte más importante de la entrevista, porque lo que se dice y se hace en este momento marca la pauta para el resto de la entrevista son: establecer una relación de comprensión y orientar al entrevistado.

La creación de una relación de comprensión es un proceso de establecimiento de confianza y buena voluntad. Puede comenzarse con un saludo o con una presentación acompañado de gestos no verbales como una sonrisa, un apretón de manos o una actitud amistosa. Es preciso tener cuidado de no excederse en esta fase; demasiada charla superficial puede crear ansiedad acerca de lo que ha de venir a continuación y puede parecer insincera.

En la orientación se debe explicar el propósito y la naturaleza de la entrevista. El profesional de enfermería explica al paciente de qué forma se utilizará la

información, y generalmente informa a este que tiene derecho a no proporcionar dicha información.¹³

2. Núcleo/cuerpo

Si la fase de presentación ha sido positiva, la persona puede comenzar a expresar sus percepciones, ideas, pensamientos y/o sentimientos. Durante esta parte de la entrevista la enfermera se centra en áreas específicas, para ello utiliza un esquema o formato que le permita una recolección lógica y sistemática de la información. También es aquí en donde la enfermera hace uso de las técnicas de comunicación como es la escucha activa y la respuesta profesional.

3. Finalización/Cierre

La enfermera concluye la entrevista cuando se han logrado las fases o por cansancio del cliente. Es importante utilizar las siguientes formas para cerrar una entrevista.

- ◆ Indique que la entrevista esta llegando a su fin.
- ◆ Haga saber al cliente que se ha cumplido el objetivo.
- ◆ Manifieste satisfacción.
- ◆ Exprese interés por el bienestar y la seguridad del cliente.
- ◆ Planifique el nuevo encuentro.
- ◆ Elabore un resumen para verificar la exactitud de la información y evitar conclusiones erróneas o percepciones equivocadas de la enfermera. Esto también permite la aclaración y mutua fijación de objetivos en el proceso planificación.¹⁴

El **examen físico** nos permite obtener una serie de datos para valorar el estado de salud de un individuo y determinar la eficacia de las intervenciones de enfermería, este debe ser completo, sistemático y preciso, con un modelo por sistemas corporales o de cabeza a pies. Para efectuar el examen físico se requiere cuatro técnicas principales: inspección, palpación, percusión y auscultación, además de la medición de los signos vitales y de la somatometria.

¹³ Audrey Berman. Kozier Bárbara. Glenova Erb. Vol. 1. Shirlee Zinder. Fundamentos de enfermería. Conceptos, proceso y práctica. 7º edición. Pp 292 - 295

¹⁴ Ledesma Delgado Ma., Esther. Ortiz Díaz Ma. Elena., Proceso de Enfermería., Metodología para la práctica profesional., 1º Edición. Pp. 26-27

- ♦ **Inspección:** Se refiere a la exploración visual del cliente, para determinar repuestas o estados normales, inusuales o anormales. Es sistemática y detallada, ya que define características como el tamaño, color, textura, aspecto, movimiento y simetría.
- ♦ **Palpación.** Es la utilización del tacto para determinar las características de la estructura orgánica debajo de la piel. Esta técnica permite ala enfermera evaluar el tamaño, forma, textura, temperatura, humedad, pulsación, vibración, consistencia y movilidad.
- ♦ **Percusión.** Consiste en que la enfermera golpea una superficie corporal con uno ovarios dedos para producir sonidos. Esto permite determinar el tamaño, la densidad, los bordes de un órgano y su localización.
- ♦ **Auscultación.** Consiste en escuchar el ruido producido por los órganos de cuerpo.

Observación: Sistemática implica el uso de sentidos para adquirir información relativa al cliente, persona allegadas al entorno y las relaciones existentes entre estas tres variables. Es una técnica que requiere disciplina y practica, experiencia y conocimiento cada uno de los datos identificados durante la observaciones deberá ser mas estudiada, pudiendo justificar o negar las impresiones iniciales de la enfermera.

Organización de datos.

La enfermera puede organizar los datos en diferentes esquemas o modelos disponibles, éste se puede modificar de acuerdo al estado físico del cliente.

Validación de la información

Una vez reunida la información del usuario tiene ser valida para estar seguros de que los datos obtenidos sean los correctos. La validación evita interpretaciones erróneas, omisiones, centrar la atención en la dirección equivocada y cometer errores al identificar los problemas. Para la validación de los datos es necesario revalorar al usuario, solicita a otra enfermera que recolecte aquellos datos en los que no se estén seguros, compara datos objetivos y subjetivos. La validación de los datos es de suma importancia por que si no se realiza es probable que en la etapa

de diagnóstico se presenten dificultades para la agrupación e interpretación de la información.

Registro de la información

Es el último paso de la etapa de valoración y consiste en informar y registrar los datos que se obtuvieron durante la entrevista y el examen físico, los objetivos que persigue de la información son favorecer la comunicación entre los miembros del equipo de atención sanitaria, facilitar la prestación de una asistencia de calidad, proporcionar mecanismos para la evaluación de la asistencia, formar un registro legal permanente y ser base para la investigación en enfermería.

Con respecto al registro de datos este varía de un control laboral a otro pero el saber como y que anotar es importante en extremo para el paciente y para protegerte a sí mismo de posibles demandas por mala práctica profesional.¹⁵

5.2.2 ETAPA DE DIAGNÓSTICO

Es la segunda etapa del proceso que inicia al concluir la valoración, es un juicio clínico sobre las respuestas humanas del individuo, la familia, o la comunidad problemas de salud, procesos de salud vital real o potencial los diagnósticos proporcionan la base para la selección de las intervenciones de enfermería con el objetivo de resolverlo o disminuirlo.

HISTORIA DEL DIAGNÓSTICO DE ENFERMERÍA

El término *diagnóstico de enfermería* se utilizó por primera vez en la década de los años 50. En 1960, Faye Abdella introdujo un sistema de clasificación para la identificación de 21 problemas clínicos del cliente. Este sistema se utilizó en el plan de estudios de las escuelas de enfermería en los años 60, para ayudar a los estudiantes a diagnosticar las respuestas del cliente ante la salud y la enfermedad que necesitaban actuaciones de enfermería.

En la década de los años 70, varios dirigentes de la enfermería reconocieron la necesidad de desarrollar una terminología para describir los problemas de salud diagnosticados y tratados por el profesional de enfermería. En 1973, tuvo lugar la

¹⁵ Ibidem Pp 302- 305

Primera Conferencia Nacional sobre la Clasificación de los Diagnósticos de Enfermería en la Escuela de Enfermería de St. Louis. El grupo comenzó a formular diagnósticos de enfermería y publicó una lista provisional. Desde entonces el grupo ha continuado trabajando para desarrollar y clarificar diagnósticos de enfermería.

La American Nurses Association (ANA) aprobó y legitimó el uso del término *diagnóstico de enfermería* y el proceso diagnóstico en las Directrices para la práctica de la Enfermería publicadas en 1973 (ANA). En la Directriz II se decía que los Diagnósticos de enfermería se obtienen de los datos del estado de salud del cliente. Posteriormente, varios estados comenzaron a incorporar el concepto a sus leyes sobre la práctica de la enfermería. Esto proporcionó al profesional de enfermería un derecho legal y una obligación profesional de utilizar el proceso diagnóstico para determinar los diagnósticos de enfermería era contemplado como desarrollo del diagnóstico de enfermería a través del inicio del proceso diagnóstico, se convirtió en la segunda etapa de las cinco fases del Proceso de Enfermería.

A lo largo de los años 70 y comienzo de los 80, la investigación de enfermería y la literatura explicaron el concepto de diagnóstico de enfermería y apoyaron el proceso diagnóstico como una fase del Proceso de Enfermería. Los años 80 fueron testigos también de la aparición de nuevos diagnósticos (entre ellos los primeros al bienestar), de la clarificación de diagnósticos existentes y de los continuados esfuerzos por validar diagnósticos mediante la investigación de enfermería. La North American Nursing Diagnosis Association (NANDA) aprobó un método para organizar los diagnósticos y la ANA adoptó los diagnósticos de la NANDA como el sistema oficial del diagnóstico de enfermería. La National League for Nursing (NLN), en sus criterios de aprobación para las escuelas de enfermería, exigía también la incorporación del concepto de diagnóstico de enfermería al plan de estudios como un componente del Proceso de Enfermería. La capacidad de la profesional enfermería graduada para utilizar el proceso diagnóstico se evaluó también en el examen NCLEX para la licenciatura de profesional de enfermería diplomado.

Las expectativas para los diagnósticos de enfermería en los años 90 son la clarificación de los diagnósticos existentes, el desarrollo de nuevos diagnósticos (incluida la ampliación de aquellos relacionados con clientes sanos) y la investigación

y validación continuadas. Los diagnósticos de enfermería pueden ser también uno de los componentes fundamentales de los sistemas financieros diseñados para el reembolso directo de los servicios de enfermería.¹⁶

Para realizar esta etapa se requiere de cuatro pasos fundamentales:

- ◆ Razonamiento diagnóstico
- ◆ Formulación de diagnósticos enfermeros
- ◆ Validación.
- ◆ Registro de diagnósticos enfermeros y problemas interdependientes.

1.- Razonamiento diagnóstico

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

Los pasos a seguir durante el razonamiento diagnóstico son los siguientes:

- ◆ Realizar un listado de todos los datos significativos: subjetivos, objetivos, históricos y actuales, que aporte la valoración incluyendo los recursos (capacidades).
- ◆ Analizar y agrupar los datos significativos (indicios) que cree que se relacionan y realizar las deducciones correspondientes.
- ◆ Comparar los datos significativos (subjetivos, objetivos, holísticos y actuales) con los factores relacionados/riesgos y con las características definitorias de las categorías diagnósticas de la NANDA.
- ◆ Efectuar revaloración si existen dudas y lagunas de información.
- ◆ Determinar si la enfermera tiene la autoridad para hacer el diagnóstico definitivo y ser principal responsable de la precisión prevención y tratamiento del problema.
- ◆ Proceder a dar el nombre correspondiente a las respuestas humanas y a las respuestas fisiopatológicas.
- ◆ Determinar los factores relacionados o de riesgo.

¹⁶ D. Bernochi – Losey. PW Iyer B.J. Tapich. Proceso y diagnósticos de enfermería. Mc GRAW HILL INTERAMERICANA. 3ª Edición. Pp 93-94

Requisitos para los diagnósticos de enfermería

- ◆ Capacidad de acción se refiere a la capacidad de la enfermera para recoger datos, lo cual requiere contar con un marco-teórico conceptual y en instrumento de valoración.
- ◆ Capacidad intelectual es decir, el tener como norma de comportamiento el indultar y cuestionar.
- ◆ Conocimientos clínicos y expedientes estos le permitirá inferir las conclusiones.

2.- Formulación de diagnósticos de enfermería

Diagnóstico de enfermería

Es un juicio clínico sobre la respuesta humana de una persona, familia o comunidad a procesos vitales y a problemas de salud reales y de riesgo, en donde la enfermera es responsable de su predicción prevención y tratamiento en forma independiente.

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

Componentes del diagnóstico de enfermería

Hay diferentes formas de presentar un diagnóstico enfermero, el más utilizado parte del modelo de **PES**. **(P)**, es una afirmación sobre el problema real o de riesgo de la persona o sobre un respuesta que arriesga su salud, **(E)** etiología o factores que producen el problema, todo el conjunto de valores ideológicos y socioculturales, psicológicos o fisiológicos que puede tener relación con el problema de salud de la persona y que contribuyen a su aparición y el enunciado **(S)** Representa los signos y síntomas que se detectan en la valoración. Son los datos que constituyen las características definitorias que determinan la etiqueta diagnóstica.

Clasificación de diagnósticos de enfermería

El profesional de enfermería, en virtud de sus leyes para la práctica de la enfermería, será el responsable de diagnosticar y tratar las respuestas humanas a problemas reales y potenciales de salud (ANA, 1980). La habilidad de enfermería, desarrollada como funciones de enfermería que se pueden ordenar de forma independiente, sin que sea necesaria la colaboración con el médico ni con otros profesionales de la atención sanitaria. Estas funciones pueden incluir enfoques preventivos, como la educación, los cambios de posición y la detección de potenciales complicaciones, o enfoques correctivos, como la administración obligada de líquidos, el cuidado de la piel y el asesoramiento. Este enfoque en acciones independientes de enfermería, no solo evita la duplicación y la superposición con otras disciplinas, sino que también se continúan para definir y validar los elementos de la práctica de la enfermería.

La NANDA ha identificado tres tipos de diagnósticos de enfermería: reales, de alto riesgo y bienestar, los cuales se definen del siguiente modo:

Diagnóstico de enfermería real

Estado o situación alterada que existe y que ha sido confirmado mediante las características definitorias (signos y síntomas) del diagnóstico, en este tipo de diagnósticos el enfoque de las actividades de enfermería se dirige hacia la eliminación, reducción del problema y el control, síntomas presentes.

Diagnóstico de enfermería de riesgo (potencial)

Describe respuestas humanas que pueden desarrollarse en un futuro próximo en una persona, familia o comunidad vulnerables, no existen características definitorias (datos objetivos y subjetivos) solo se apoya en los factores de riesgo (etiología).

Diagnóstico de enfermería de salud

Es un diagnóstico real que se formula cuando la persona, familia o comunidad goza de un nivel aceptable de salud o bienestar, pero puede y quiere alcanzar un nivel mayor. Reconoce a los pacientes sanos que desean lograr un mejor funcionamiento en un área específica, estos diagnósticos el personal se enfoca hacia la enseñanza de un mayor nivel de bienestar.

Como estructurar los diagnósticos de enfermería

Para redactar un diagnóstico de enfermería, el primer paso es utilizar el nombre correspondiente a la respuesta humana según las categorías diagnósticas de la NANDA previamente identificado por el profesional de enfermería durante el razonamiento diagnóstico.

En caso del **diagnóstico de enfermería real** se aconseja un formato en tres partes: *problema + factores relacionados y datos objetivos y subjetivos*.

El problema es la respuesta humana, los factores relacionados son la causa del problema (etiología), y los datos objetivos y subjetivos (características definitorias / sintomatología), son las evidencias de que el problema existe.

El problema se une a los factores relacionados con la palabra **RELACIONADO CON** y estos se unen con las características definitorias mediante las palabras **MANIFESTADO POR**.

Para un **diagnóstico de enfermería de riesgo (potencial)** se emplea únicamente dos partes: *problema + factores de riesgo*, ya que no existen datos objetivos y subjetivos (características definitorias) los factores de riesgo son aquellos que predisponen a un individuo, familia o comunidad a un acontecimiento nocivo.

En cuanto a la formulación de **diagnósticos de salud** estos únicamente llevan un solo elemento que es el nombre correspondiente a la respuesta humana a la cual se le antepone las palabras “*potencial de aumento o potencial de mejora de*”.

Se debe evitar al estructurar diagnósticos de enfermería

1. Formular diagnósticos de enfermería empleando terminología médica.
2. Identificar dos problemas al mismo tiempo.
3. Redactar el diagnóstico de manera que incrimine legalmente.
4. Usar debido a: en lugar de relacionado con.
5. Redactar diagnósticos de enfermería con juicio de valor que surgen de los valores personales y normas del profesional de enfermería y no de datos objetivos y subjetivos.
6. Cambiar el orden de los elementos del diagnóstico de enfermería.

7. Registrar dos enunciados en el diagnóstico de enfermería que tenga igual significado.
8. Escribir formulaciones diagnósticas sin considerar factores relacionados que la enfermera, pueda solucionar o modificar en forma independiente.
9. Emplear el diagnóstico médico en la formulación de un diagnóstico de enfermería.
10. Exponer el diagnóstico en forma clara y concisa.

Directrices para la redacción de un diagnóstico de enfermería.

- ◆ Escribir el diagnóstico en términos de la respuesta del cliente, en lugar de las necesidades de enfermería.
- ◆ Usar “relacionado con” en lugar de “debido” o “causado por” para conectar los dos enunciados del diagnóstico.
- ◆ Redactar el diagnóstico en términos legalmente aconsejables.
- ◆ Redactar los diagnósticos sin juicio de valor.
- ◆ Evitar la inversión de los enunciados del diagnóstico.
- ◆ Evitar el uso de indicios asociados en el primer enunciado del diagnóstico.
- ◆ Los dos enunciados del diagnóstico no deben significar lo mismo.
- ◆ Expresar el factor relacionado en términos que se puedan modificar.
- ◆ No incluir diagnósticos médicos en el diagnóstico de enfermería.
- ◆ Exponer el diagnóstico en forma clara y concisa.¹⁷

3.- Validación

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

Problema interdependiente

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

¹⁷ Ibidem 322- 327

Clasificación de de los problemas interdependientes

Los problemas interdependientes se clasifican en **reales y de riesgo**, cuando el problema se hace evidente a través de sus signos y síntomas, se trata de un problema interdependiente real, y si existen factores de riesgo pero aun no hay manifestaciones clínicas, entonces se trata de un problema interdependiente de riesgo.

Hay que tener en presente que los problemas interdependientes se refieren a respuestas fisiopatológicas y que deben redactarse con terminología médica.

Para estructurar los problemas interdependientes

En la redacción de problemas interdependientes **reales** se necesita del *problema*, *etiología del problema* y *sintomatología*: los problemas interdependientes de **riesgo** únicamente requiere del **problema y etiología**; así como de las palabras riesgo al inicio de su formulación.

Para unir el problema a la etiología se recomienda utilizar las palabras **SECUNDARIO A** y para integrar la sintomatología a la formulación se emplean las palabras **MANIFESTADO POR**.

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

Una vez validados los diagnósticos de enfermería y problemas interdependientes pueden escribirse en la hoja de notas de enfermería y en los planes de cuidados para iniciar con la etapa de Planeación. Las políticas y normas de cada institución para el cuidado de la salud generan una diversidad los registros de enfermería sin embargo todos deben considerar un apartado para que la enfermera documente sin juicios clínicos.¹⁸

Diferencias entre diagnósticos de enfermería y problemas interdependientes

Un diagnóstico de enfermería es un enunciado de un juicio de enfermería y hace referencia a un trastorno que los profesionales de enfermería están autorizados a tratar. Un diagnóstico médico es aquel que realiza un médico en relación con un turno que solo un médico puede tratar. Los diagnósticos médicos se refieren a

¹⁸ Rodríguez Bertha Alicia. Proceso Enfermero. Editorial Cuellar. México, 2002. Pp 55 -60

enfermedades-respuestas fisiopatológicas específicas que son bastante uniformes de un paciente a otro. En cambio, los diagnósticos de enfermería describen las respuestas físicas, socioculturales, psicológicas y espirituales a una enfermedad o a un problema de salud.

El diagnóstico médico permanece sin cambios durante tanto tiempo como persista la enfermedad, pero los diagnósticos de enfermería van cambiando a medida que lo hacen las respuestas del paciente.

Los profesionales de enfermería tienen responsabilidades en relación con los diagnósticos tanto médicos como de enfermería. Los diagnósticos de enfermería guardan relación con las funciones independientes de los profesionales de enfermería, es decir, las áreas de la asistencia sanitaria que son específicas de la enfermería y que son distintas de la práctica médica.

Es posible que los profesionales de enfermería no prescriban todos los cuidados para un diagnóstico de enfermería, pero si el problema es un diagnóstico de enfermería, el profesional de enfermería puede prescribir la mayoría de las intervenciones para su prevención o su resolución. En relación con los diagnósticos de enfermería, los profesionales de enfermería están obligados a realizar los tratamientos o medidas prescritas por el médico, es decir, las **funciones dependientes**.¹⁹

Ambos son juicios clínicos, **el diagnóstico de enfermería** se centra en las respuestas humanas que es el campo de acción específico de la enfermería en donde la enfermera (o) tiene autoridad para la predicción, prevención y tratamiento en forma independiente; en cambio el **problema interdependiente** se centra en las respuestas fisiopatológicas, en donde el médico es el principal responsable, la enfermera y el resto de los integrantes del equipo sanitario colaboran en la predicción, prevención y tratamiento.

¹⁹ Berman Audrey, Erb Glenova, Kozier Bárbara, Zinder Shirlee. Fundamentos de Enfermería. Conceptos, proceso y práctica. 7ª Edición. Vol. 1. Mc Graw- Hill-Interamericana. Pp 308,309

Para orientarse en la búsqueda del problema de dependencia del cliente, la enfermera debe previamente examinar los datos recogidos y separar los comportamientos que favorecen la satisfacción de necesidades (manifestaciones de independencia) de las que no la permiten (problema de dependencia).

Una vez seleccionados los datos objetivos, la enfermera tiene información que demuestra manifestaciones de dependencia que hay en un individuo. A partir de esta información puede llegar a deducir cual es el problema del cliente y establecer un diagnóstico de enfermería.

El establecimiento de un diagnóstico de enfermería facilita su trabajo pues teniendo muchos datos le resultaría difícil planificar intervenciones apropiados.

La formulación en síntesis de esta información, por medio de un diagnóstico, permite darse cuenta del sentido de las intervenciones.

El diagnóstico de enfermería presume una definición clara del problema de dependencia y, cuando es posible una descripción de las fuentes de dificultad que experimenta el cliente.²⁰

5.2.3 ETAPA DE PLANEACIÓN

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

Durante esta fase se desarrollan los resultados e intervenciones de enfermería. Los **resultados** indican lo que el cliente podrá hacer como resultado de las acciones de enfermería. Las **intervenciones** de Enfermería describen de qué modo la enfermera puede ayudar al cliente a alcanzar los resultados.²¹

Pasos

- ◆ Establecer prioridades

²⁰ Manual Op. Cit. Pp 100,102

²¹ Rodríguez, Bertha Alicia. Proceso Enfermero. Editorial Cuellar. México, 2002. Pp 68

- ◆ Elaborar objetivos
- ◆ Determinar acciones de enfermería
- ◆ Documentar el plan de cuidados

1.- Establecer prioridades

La priorización siguiendo que amenazan la vida e interfieren con las necesidades humanas, resulta fácil cuando la enfermera sigue un orden:

1. Los problemas de riesgo vital, se consideran de prioridad alta.
2. Los que suponen una amenaza de salud se les suele asignar una prioridad media.
3. La prioridad baja es aquella que surge de necesidades normales y requieren un apoyo mínimo de enfermería.
4. Problemas que amenazan la vida e interfieren con las necesidades fisiológicas.
5. Problemas que interfieren con la seguridad y la protección.
6. Problemas que interfieren con el amor y la pertenencia
7. Problemas que interfieren con la autoestima
8. Problemas que interfieren con la capacidad para lograr objetivos personales.

Durante la priorización se emplea el pensamiento crítico, para analizar los problemas y reconocer a que prioridad pertenecen, lo que permite brindar una atención de enfermería de acuerdo a la jerarquía de las necesidades humanas, es importante señalar que en la mayoría de las ocasiones los problemas interdependientes son prioritarios, sobre todo si el usuario se encuentra hospitalizado y graves; sin embargo los diagnósticos enfermeros se pueden tratar en formas simultáneas a los problemas interdependientes.

2.- Elaboración de objetivos

Los objetivos son una parte indispensable dentro de la etapa de planeación, ya que con ellos usted mide el éxito de un plan determinado al valorar el logro de los resultados. También permiten dirigir las acciones de enfermería para dar solución a los problemas de salud encontrados y son factores de motivación.

Normas generales par la descripción de objetivos:

1. Cuando sea posible, escribir los objetivos en términos que sean observados y medibles.
2. Describir en forma de resultado o logros a alcanzar y no como acciones de enfermería.
3. Elaborar objetivos cortos.
4. Hacer específicos los objetivos.

Establecimientos de objetivos:

- ◆ Describir lo que el cliente será capaz de hacer en un momento determinado.
- ◆ Derivados directamente de los diagnósticos.
- ◆ Permiten evaluar el funcionamiento del plan de cuidados (validez y eficacia).
- ◆ Permiten dirigir las actividades de enfermería en el sentido de alcanzar dichos objetivos.

NECESIDAD DE ENUNCIAR UN OBJETIVO

Enunciar un objetivo es necesario en primer lugar, para permitir conocer específicamente lo que desea lograrse. El área del gol en un evento deportivo siempre se identifica en forma clara. Sería muy difícil para un goleador de campo anotar un gol sin postes de meta. Lo mismo sucede en enfermería. Sin un enunciado claro y conciso de objetivos, la enfermera no sabe si el objetivo deseado se alcanza. Un enunciado claro de objetivos identifica el resultado de las acciones de enfermería debe definirse de manera tan clara.

Un objetivo de enfermería puede de hecho ser un objetivo aprendido, si el diagnóstico de enfermería se relaciona a una falta de conocimiento del paciente o a su capacidad.

Existen dos categorías generales de objetivos: a corto y a largo plazo. Los objetivos a corto plazo son los resultados que pueden lograrse de modo favorable y rápido, en cuestión de horas o días. Estos son adecuados especialmente, para establecer la atención inmediata en situaciones de urgencia, cuando los pacientes son inestables y los resultados a largo plazo son inciertos. Por ejemplo:

OBJETIVOS A CORTO PLAZO

1. Paciente que expresa en forma verbal disminución del dolor dentro de los 45 minutos posteriores a la administración de analgésicos.
2. Se establecen los ruidos intestinales y canalización de gases, a las 24 horas del periodo postoperatorio.
3. Frecuencia respiratoria dentro de lo normal, en 2 horas.
4. Ingreso de 2,000 cm³ de líquidos en las primeras 24 horas.
5. La frecuencia cardíaca fetal se mantiene en límites normales durante el trabajo del parto y del alumbramiento.

OBJETIVOS A LARGO PLAZO

Son los resultados que requieren de un tiempo largo. Existen dos tipos. El primer tipo abarca un periodo prolongado y requiere de acciones continuas de enfermería que median directamente entre el objetivo y su logro. Por ejemplo, un paciente propenso a las afecciones de la piel bajo los efectos del prolongado reposo en cama requiere de acciones continuas de enfermería, durante toda su estancia en el hospital para prevenir daños en la piel. El objetivo a largo plazo establece: "Prevenir los trastornos de la piel mientras permanezca encamado". Las acciones de enfermería de voltear y cambiar de posición al paciente mediante el uso de un colchón de aire a presión alterna y masaje al enfermo, tienen relación directa con el logro de los objetivos a largo plazo. El segundo tipo se obtiene mejor a través de una secuencia de objetivos a corto plazo. Cada objetivo progresivo a corto plazo requiere de una serie de acciones de enfermería para su logro. Este segundo tipo no requiere de la acción directa de enfermería, dado que las acciones de enfermería acompañan a los objetivos a corto plazo. Así, por ejemplo:

1. "Dentro de 6 meses el paciente demostrara el uso adecuado del brazo fracturado". Este paciente podría alcanzar el objetivo a largo plazo con un aumento progresivo de la cantidad y nivel de ejercicios de músculos y articulaciones.

Las sugerencias que aparecen a continuación pueden ser útiles para fijar los objetivos en los diagnósticos de enfermería.

1. **El objetivo establecido debe enfocarse hacia el comportamiento del paciente con el cual demuestre reducción o alivio del problema**

identificado en el diagnóstico de enfermería. Se inicia con el diagnóstico. ¿Cuál es el problema? Si el diagnóstico es: “Temor de ser incapaz de amamantar a su bebé, originado por una experiencia previa con su primer hijo”, el objetivo deberá ser eliminar o disminuir su temor. Si el diagnóstico es: “Alteración en la eliminación intestinal”, el objetivo deberá enfocarse hacia los hábitos intestinales y restablecimiento de la función normal, de ser posible.

2. El objetivo debe ser realista para el grado de habilidad y experiencia de la enfermera. Si el diagnóstico de enfermería se enfrenta a un problema mas allá del rol de la enfermera, la mejor solución será enviar el problema a un profesional apropiado. El paciente con un diagnóstico de enfermería de “Desnutrición relacionada con la negativa de comer el alimento del hospital”, deberá recibir atención del dietista.

3. Para la elaboración de objetivos, empezar con aquellos a corto plazo. Los estudiantes de enfermería no permanecen por periodos prolongados con un mismo paciente. Incluso pueden atender a un paciente durante uno o dos días solamente. Si se estructuran objetivos de acuerdo a la extensión de tiempo que se atenderá al paciente, podrá brindarse la atención necesaria y evaluar los resultados. Por medio de la evaluación se sabrá si el objetivo se logro antes de dejar al paciente, en esta forma se adquirirá la habilidad necesaria para realizar objetivos realistas y brindar la atención que alcancen dichos objetivos.

Normas generales para la descripción de objetivos

Cuando sea posible, escribir los objetivos en términos que sean observables y puedan medirse. Tratar de evitar palabras como: bueno, normal, adecuado y mejoría. Estas palabras tienen significados diferentes y tienden a hacer el objetivo confuso. Si se utilizan palabras que requieren de un juicio evaluativo, puede haber desacuerdo acerca de si se alcanzo o no un objetivo.²²

CARACTERÍSTICAS DE LOS OBJETIVOS

Las tres características de los objetivos que pueden ayudar a comunicar los propósitos se han identificado como realización, condiciones y criterio.

²² Murray Mary Ellen., Proceso de atención enfermero., leslie d. atkinson., manual moderno., Pp 33-37

Realización

Una realización es cualquier actividad emprendida en y para el paciente. Puede ser una actividad directamente observable o una que no puede observarse pero que es valorable. Las primeras, o realizaciones evidentes son aquellas visibles o audibles directamente; los verbos que indican realizaciones evidentes, es decir que son conductas directamente observables, son: narrar, enlistar, clasificar, dar expresión verbal, demostrar, nombrar, seleccionar y establecer.

Las realizaciones encubiertas son mentales, invisibles, cognoscitivas o internas, y tienen un camino directo de ser valoradas; los verbos que indican realizaciones encubiertas son: identificar, resolver, usar, comprar y determinar. Siempre que la realización establecida en un objetivo sea cubierta (como identificar), necesita agregarse un indicador de la conducta (como estado) al objetivo o aclararse en la fase de evaluación del proceso de atención de enfermería como un enunciado de criterios.

El objetivo deberá crear un cuadro de lo que se espera del paciente, comunicando su intento al paciente o aquellas personas que lo leen. Cada resultado o realización (rendimiento) importante necesita escribirse en un objetivo separado, por lo tanto, cada objetivo deberá contener solo un verbo de realización.

Condiciones

Un objetivo puede indicar las condiciones bajo las cuales el paciente concluye la realización, estas condiciones pueden incluir las experiencias que se espera haya tenido el paciente antes de terminar el objetivo, los recursos disponibles para usarse durante la ejecución del objetivo o las condiciones ambientales bajo las cuales el paciente llevó a cabo el desempeño. Las condiciones necesitan incluirse si son esenciales para alcanzar el objetivo; si el desempeño o realización establece claramente lo que se espera, no es necesario incluir las condiciones.

Criterio

Es la norma bajo la cual se evalúa el desempeño o realización. Los criterios o normas en el objetivo pueden exponerse en una de cuatro maneras:

1. *Velocidad*: Asignar un límite de tiempo que sea razonable de acuerdo al estado de salud del paciente y a las capacidades y limitaciones tanto de la enfermera como del paciente.
2. *Precisión*: Identificar un grado específico cuantitativo del desempeño.
3. *Calidad*: Indicar la norma que se espera en términos de los procedimientos aceptables dados.
4. *Con referencia al criterio*: Utilizar un libro u otro recurso como guía. Los criterios dan dirección a los planes para alcanzar el objetivo, y proporcionan una medida para evaluar el logro del mismo.

DOMINIOS DE LOS OBJETIVOS

Los objetivos pueden ser clasificados en tres dominios, que dan dirección para seleccionar estrategias y órdenes; los tres dominios identificados son:

1. Cognoscitivo
2. Afectivo
3. Psicomotor

Los objetivos **cognoscitivos** están asociados con cambios en el conocimiento o en las capacidades y destrezas individuales; los **afectivos** con cambios en los intereses, actitudes, valores o sentimientos, y los **psicomotores** con el desarrollo de la habilidad para ejecutar una destreza manual o motora. Después de haber desarrollado los objetivos, la enfermera identifica a cual dominio pertenece cada uno, esta identificación permite que se de dirección a la selección de estrategias y de ordenes, como demostración y practica (psicomotora) de la enseñanza y el aprendizaje (cognoscitiva) o comunicación terapéutica (afectiva).

Tipos de verbos en los tres dominios

Psicomotor	Afectivo	Cognoscitivo
Administrar	Escuchar	Informar
Demostrar	Tocar	Decir
Practicar	Narrar	Explorar
Mostrar	Ignorar	Discutir
Asistir	Respetar	Enlistar
Inyectar	Compartir	Evaluar

En el logro de un objetivo o meta puede intervenir más de un dominio.²³

Fórmula para describir un objetivo:

Sujeto + Verbo + Criterio de realización + condiciones (si son necesarios) = enunciado del objetivo.

Directrices para redactar los objetivos son:

- ◆ Los resultados deberán estar relacionados con la respuesta humana.
- ◆ Tienen que estar centrados en el cliente. Deberá tratar sobre lo que hará el cliente y cuándo y hasta que punto se llevará a cabo.
- ◆ Deberán ser claros y concisos.
- ◆ Asegurarse de que los resultados sean realistas para las capacidades y limitaciones y para el plazo asignado. Es importante tomar en cuentas los recursos con los que se cuente. Y deberán describir comportamiento mensurable y observable.
- ◆ Asegurarse de que el paciente considera los objetivos importantes y los valora.
- ◆ Asegurarse de que los objetivos y los criterios de resultados son compatibles con el trabajo y las terapias de otros profesionales.
- ◆ Asegurarse de que cada objetivo deriva de un solo diagnóstico de enfermería.

Los objetivos para un plan de cuidados deben reunir las siguientes características:

1. Resultar del diagnóstico enfermero o problema interdependiente; es decir centrarse en dar solución al problema (objetivo final) y en la modificación o desaparición de los factores causales del problema o de sus efectos (objetivos específicos)
2. Estar dirigidos al usuario, familia, por que en ellos se esperan los resultados; también pueden referirse a una parte del organismo o a una función como es el caso de algunos diagnósticos enfermeros y cuando se tratan de problemas interdependientes.

²³ Janet., J. Christensen., W.Griffith-Paula., Proceso de atención de enfermería., Aplicación de teorías y modelos., manual moderno., Pp. 169-171

3. Incluir verbos que se puedan observar y evaluar para tener la certeza de que se ha logrado el objetivo.
4. Considerar en los objetivos conductas de los dominios: cognitivos, afectivos y psicomotriz de acuerdo a las características del problema de salud.²⁴

3.- Determinación de acciones de enfermería

Son todas aquellas acciones (estrategias específicas para ayudar al cliente al logro de los objetivos) que realiza el equipo de enfermería dirigidos a promover pautas de comportamiento favorecedoras de la salud, preventivas de enfermería y protectoras de los riesgos ambientales, incluyendo además acciones conducentes a la recuperación de la salud, al control de la enfermedad y sus complicaciones, así como a la rehabilitación, estas se basan en los factores etiológicos o relacionados identificados en la segunda participación del diagnóstico de enfermería. En la determinación de dichas estrategias se emplea el pensamiento crítico, para analizar la situación problema mediante cuestionamientos que conducen a la selección de acciones de enfermería específicas.

El éxito de las intervenciones o estrategias, depende de la capacidad que tenga la enfermera de generar y escoger alternativas eficaces. Las intervenciones se centran en las actividades necesarias para el fomento, conservación o restablecimiento de la salud del cliente. Y pueden ser interdependiente e independientes.²⁵

Componentes del plan de cuidados

Pueden estructurarse de varias formas dependiendo de las normas institucionales, no obstante normalmente los componentes del plan deberán ser:

- ◆ Diagnósticos de enfermería o problemas independientes.
- ◆ Objetivo (deberá describirse mismamente un objetivo por cada diagnóstico y estos pueden ser a corto o largo plazo).
- ◆ Actividades de enfermería
- ◆ Informe de la evaluación.

Los planes de cuidados pueden ser:

²⁴ Ibidem Pp 48 -49

²⁵ Ibidem Pp 52 -53

- ♦ individualizados cuando se utiliza un formato dividido en columnas en donde la enfermera procede a escribir el diagnóstico. Enfermero/ problema interdependiente, objetivos, acciones de enfermería y evaluación.
- ♦ Estandarizados en caso que estén impresos y respondan a problemas específicos, permitiendo hasta cierto punto su individualización al dejar espacios en blanco para que la enfermera realice anotaciones particulares del usuario.
- ♦ Computarizados que surgen de planes creados por ordenador que después de introducir información del usuario, familia y comunidad ofrecen los planes de cuidados respectivos.

Características de las intervenciones.

1. Ser congruentes con el plan de cuidados. No deberán entrar en conflicto con los enfoques terapéuticos del resto de los miembros del equipo de salud.
2. Basarse en principios científicos. Utilización de un fundamento científico que apoye las decisiones de la enfermera y constituya la base de la acción de enfermería.
3. Individualizarse a las situaciones en concreto. Centrarse en los factores relacionados con el diagnóstico, incluir la opinión del paciente y familia, tener en cuenta las fuerzas y debilidades del cliente y familia y tener en cuenta la urgencia y gravedad de la situación.
4. Utilizarse para proporcionar un ambiente seguro y terapéutico. Deben satisfacer las necesidades fisiológicas, antes de poder ocuparse de niveles superiores. En un ambiente seguro, se proporcionan estas necesidades básicas mediante las intervenciones médicas y de enfermería. Para un ambiente terapéutico, se desarrollan estrategias que resulten eficaces en la promoción, mantenimiento o restablecimiento de la salud. Las intervenciones pueden consistir en tratamientos, valoración, enseñanza, consultas o cualquier tipo de acción que prometa ser útil.
5. Utilizar los recursos apropiados (ANA). La enfermera debe tener en cuenta si la intervención deberá ser práctica en lo referente al equipo, factores económicos y recursos humanos.²⁶

²⁶ Ibidem Pp 55-56

DESARROLLO DE LAS INTERVENCIONES DE ENFERMERÍA

Las intervenciones de enfermería son estrategias concretas diseñadas para ayudar al cliente a conseguir los objetivos. Se basan en el factor o factores identificados en las exposiciones de enfermería definen las actividades necesarias para eliminar los factores que contribuyen a la respuesta humana.

Tipos de intervenciones de enfermería

Las intervenciones de enfermería se pueden clasificar en interdependientes, independientes y dependientes.

◆ Intervenciones interdependientes

Las intervenciones interdependientes definen las actividades que el profesional de enfermería realiza en cooperación con otros miembros del equipo de atención sanitaria. Las intervenciones pueden suponer la colaboración con asistentes sociales, dentistas, terapeutas, técnicos y médicos, y pueden añadir detalles acerca de cómo se van a llevar a cabo las indicaciones promovidas por el medico.

◆ Intervenciones independientes

Actuaciones independientes son las actividades que puede llevar a cabo los profesionales de enfermería sin una indicación del medico. El tipo de actividades que el profesional de enfermería puede ordenar de forma independiente están definidas por los diagnósticos de enfermería. Estas son las respuestas que el profesional de enfermería esta autorizado a tratar en virtud de su educación y su experiencia.

Directrices para la redacción de las intervenciones de enfermería.

- a) Deberán estar fechadas y firmadas
- b) Deberán incluir verbos de acción concretos y enumerar las actividades específicas para lograr los resultados esperados.
- c) Deberán definir, Quién, Qué, Dónde, Cuándo, Cómo y Con Qué frecuencia tendrá lugar las actividades identificadas.
- d) Deberán estar individualizadas ²⁷

4.- Documentación del plan de cuidados

²⁷ D. Bernochi – Losey. PW Iyer B.J. Tapich. Proceso y diagnósticos de enfermería. Mc GRAW HILL INTERAMERICANA. 3ª Edición. 1997. Pp 186-187

Es el registro que la enfermera realiza de los componentes de un plan de cuidados en un formato especial, que permite guiar las intervenciones de enfermería y registrar resultados alcanzados. Además es el registro organizado de los diagnósticos de enfermería, resultados esperados, intervenciones de enfermería y progresos periódicos o informe de evaluación

Finalidades de la documentación

- ◆ Proporcionar cuidados individualizados.
- ◆ Continuidad asistencial.
- ◆ Comunicación con el equipo de salud.
- ◆ Evaluación del cuidado del cliente y de la calidad de la atención.

Propósitos

Sirve como borrador para dirigir las actividades de enfermería hacia el cumplimiento de las necesidades de salud del cliente. Proporciona un mecanismo para la administración de unos cuidados consientes y coordinados. Se utiliza como un instrumento de comunicación entre las enfermeras y demás miembros del equipo de salud.

Característica

1. Está escrito por profesionales de enfermería.
2. Se empieza después del primer contacto con el paciente.
3. Están fácilmente disponibles y actualizados ²⁸

CRITERIOS DE RESULTADO

Establecimiento de objetivos del paciente/resultados esperados

Una vez establecidas las prioridades, el profesional de enfermería y el paciente establecen los objetivos para cada diagnóstico de enfermería. En un plan de cuidados los **objetivos/resultados esperados** describen, en terminos de respuestas observables del paciente, que espera lograr el profesional de enfermería ejecutando, las intervenciones de enfermería. Los terminos *objetivo* y *resultados esperados* se utilizan indistintamente en este texto, escepto al comentar y utilizar lenguaje

²⁸ Ibidem Pp 189

normalizado. Ciertas fuentes de referencia también utilizan las expresiones *resultado deseado*, *resultado previsto* y *criterio de resultado*.

Algunos textos de enfermería diferencian estas expresiones definiendo los objetivos como enunciados generales sobre el estado del paciente, y los resultados esperados como los criterios observables más específicos, empleados para determinar si se han alcanzado los objetivos. Por ejemplo:

Objetivo (general): mejoría del estado nutricional

Resultado esperado (específico): Ganancia de 2.5 kg para el 25 de abril.

Cuando los objetivos se enuncian de forma general, como en el ejemplo anterior, el plan de cuidados debe incluir tanto los objetivos como los resultados esperados. En ocasiones combinan en un solo enunciado unido por las palabras “manifestado por”, de la forma siguiente:

Mejoría del estado nutricional manifestada por ganancia de peso de 2.5 kg para el 15 de abril.

Escribir primero el objetivo general puede ayudar a los estudiantes a pensar en los resultados específicos que se necesitan, pero el objetivo general es simplemente un punto de partida para la planificación. Son los resultados específicos y observables los que deben anotarse en el plan de cuidados y utilizarse para evaluar la evolución del paciente.²⁹

5.2.4 ETAPA DE EJECUCIÓN

Es la fase en que la enfermera pone en marcha el plan de cuidados de enfermería. Tras valorar de nuevo al cliente y determinar las necesidades de asistencia la enfermera ejecuta las estrategias planeadas. Las actividades de enfermería suelen incluir: cuidar, comunicar, ayudar, aconsejar, actuar como defensor y agente de cambio del cliente guiar y tratar. Además de incluir el delegar cuidados a otro personal de enfermería o supervisar y evaluar las actividades de enfermería de otros. Tras cumplir las órdenes de enfermería, las enfermeras completan la fase de

²⁹ Berman Audrey. Erb Glenova. Kozier Barbara. Zinder Shirlee. Fundamentos de Enfermería. Conceptos, proceso y práctica. 7ª Edición. Vol. 1. Mc Graw- Hill-Interamericana. Pp 333

ejecución registrando las intervenciones así como las respuestas del cliente en las notas evolutivas de enfermería.

Así mismo lo definen como la realización de ayuda o la dirección de la realización de actividades de la vida diaria, el asesoramiento y la información al cliente o a la familia, la prestación de cuidados directos, la supervisión y evaluación del trabajo del cuerpo de enfermería y el registro e intercambio de información relacionada con la asistencia sanitaria continuada al cliente.

Ejecución: validación del plan de atención + documentar el plan de atención + brindar atención de enfermería + continuar la recolección de datos.

Pasos de la ejecución

- ◆ Preparación.
- ◆ Intervención.
- ◆ Documentación.

1.- Preparación

Antes de llevar a cabo un plan de cuidados se debe:

1. Revisar que las acciones estén de acuerdo a las características del usuario y que sean compatibles con las intervenciones de otros profesionales de la atención sanitaria haciéndose necesaria la revaloración.
2. Analizar y estar seguros de que se tienen los conocimientos y habilidades necesarias para realizar las actividades planeadas, en caso de no ser así es indispensable solicitar asesoría.
3. Tener en mente las complicaciones que se pueden presentar al ejecutar cada actividad de enfermería.
4. Reunir el material y equipo necesario para llevar a cabo cada intervención.
5. Crear un ambiente cómodo y seguro para el usuario durante la realización de cada actividad.
6. Delegar cuidados enfermeros que se apeguen a los cuatro puntos clave de la delegación.

7. Interpersonales: son esenciales para una actuación eficaz de enfermería, el personal ha de comunicarse en forma clara con el paciente y debe estar atento a las respuestas emocionales del paciente y reconocer con momento el estado psicológico del paciente.
8. Técnicas: se refiere a los diversos procedimientos de enfermería que se deben realizar con el paciente, algunos pueden ser nuevos por lo que se debe valorar la capacidad del profesional de enfermería y determinar la necesidad de ayuda de nuevos conocimientos.

2.- Intervención

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

En cada intervención de enfermería usted es tan responsable de los resultados emocionales como de los resultados físicos por lo que es necesario actuar siempre con pleno conocimiento de los principios y razones observando atentamente la respuesta.

Normas para la ejecución de las actividades de enfermería

- ◆ Nunca efectué una actividad de enfermería hasta que conozca el motivo que la justifica su efecto y sus posibles efectos colaterales y adversos.
- ◆ Antes de llevar a cabo la actividad vuelva a valorar al paciente para determinar el estado del problema y si las acciones previamente.
- ◆ Realizar actividades no puede ser un proceso de repetición mecánica e inconsciente debe valorar continuamente la respuesta del paciente y estar preparado para cambiarlos si no funcionan correctamente.
- ◆ Al llevar acabo actividades de enfermería deberán efectuarse en un entorno seguro y terapéutico.

- ◆ Cuando realice actividades de enfermería compruebe que conoce los protocolos y procedimientos institucionales ya que a menudo varían de un centro a otro.
- ◆ Al realizar las acciones de enfermería es importante también considerar que siendo las enfermeras y los pacientes los involucrados en las acciones convenientes reflexionar sobre los derechos de ambos.

3.- Documentación de los cuidados de enfermería

Es el registro que realiza la enfermera en las notas de enfermería, en calidad de documento legal permanente del usuario y como requisito indispensable en todas las instrucciones de salud.

Son propósitos de los registros de enfermería: mantener informados a otros profesionales del área de la salud sobre datos de valoración del usuario, cuidados proporcionados y las respuestas del usuario / familia ser base para evaluación investigación y mejora de la calidad de los cuidados; respaldar legalmente las acciones de la enfermera y servir para estimar el pago de los servicios prestados.

Existen gran diversidad en los registros de enfermería por obedecer a requisitos particulares de cada unidad de atención para el cuidado de la salud; sin embargo, estos deben reunir ciertas características universales como:

- ◆ Fecha y hora
- ◆ Datos de valoración
- ◆ Intervenciones de enfermería
- ◆ Resultados obtenidos
- ◆ Nombre y firma de la enfermera.

Así mismo las notas deben ser claras, completas, legibles, relevantes y oportunas.

- ◆ Registros diferenciados por disciplinas.
- ◆ Registro cuyo núcleo son los problemas del paciente es más usual en los centros de salud y las instituciones clínicas.

- ♦ Alternativa cambiada consiste en un régimen llamada historia clínica con elementos de los modelos anteriores y un mismo núcleo central (un formato de planeacion unificado y conjunto).³⁰

TIPOLOGIAS DE REGISTRO

1. *Registros diferenciados por disciplinas.* En este tipo de registro se cuenta con documentos diferenciados para cada disciplina que interviene en la atención a la salud. El proceso de enfermería requiere para su aplicación un sistema de registro que incluya: impreso de valoración integral y formato de planificación, el cual debe contener los aparatos de: valoración focalizada, diagnostico de enfermería y evaluación. Además contiene otros formatos de interés disciplinario como: grafica de constantes vitales, grafica de balance de líquidos, pruebas diagnosticas y valoración física. Este sistema de registro incluye también formatos específicos para otros cambios que estime oportunos para mejorar la documentación; su desventaja es que la información esta fragmentada favoreciendo la duplicación de la misma.
2. *Registros cuyo núcleo son los problemas del cliente.* Este tipo de registro es más usual en los centros de salud y las historias clínicas incluyen la siguiente información; historia familiar, historia personal, notas del equipo, registro de problemas. Este tipo de registro evita la fragmentación y al estar centrado en los problemas, se puede informatizar con mas facilidad y favorecer los estudios epidemiológicos y de investigación. Es necesario que la valoración del cliente que corresponde al ámbito de enfermería pueda ser reflejada de forma explicita en la historia para evitar la ambigüedad en lo que se refiere al campo específico profesional.
3. *Alternativa combinada.* Consiste en un registro llamado historia clinica con elementos de los modelos anteriores y un mismo núcleo central. En este tipo de sistema cada disciplina tendría explicito su campo de competencia y anotaría en la planeacion los problemas que detecta y las acciones que se emprenden para

³⁰ Carpenito., Lynda Juall., Planes de cuidados y Documentación en enfermería, Interamericana., Pp 78-80

solucionarlos. Así se tendría registro de todo el proceso de toma de decisiones por parte de todo el equipo.³¹

5.2.5 ETAPA DE EVALUACIÓN

Es la última etapa del proceso enfermero y a la vez una exigencia en toda práctica de enfermería: la evaluación como parte del proceso es continuo y formal por lo que esta presente en la valoración, diagnóstico, planificación y ejecución. Evaluar es comparar una situación con los resultados esperados por lo tanto es un juicio relativo a la forma en que los problemas se están resolviendo, basado en una situación presente (juzgar o valorar).

La aplicación del proceso enfermero se evalúa con las siguientes preguntas:

1. ¿La valoración estuvo completa y la información fue válida?
2. ¿El razonamiento diagnóstico de enfermería y problemas interdependientes fue acertada?
3. ¿Los planes de cuidado dieron solución al problema y etiología de los problemas señalados?
4. Las acciones de enfermería realizadas permitieron el logro de los objetivos.

Componentes:

- ◆ Identificar la evolución esperada, que la enfermera utilizará para determinar la consecución de objetivos: Esto sirve para 2 propósitos:
 1. Establecer el tipo de datos evolutivos que han de ser obtenidos,
 2. Proporcionar un estándar frente al que se comparan los datos.
- ◆ Obtener datos relacionados con la evolución esperada: de esta manera se pueden extraer conclusiones sobre la consecución o no de los objetivos. Puede ser necesario obtener datos tanto subjetivos como objetivos.
- ◆ Comparar los datos de la evolución esperada y juzgar si se han conseguido los objetivos
- ◆ Relacionar las acciones de enfermería con la evolución del cliente: es determinar si las acciones son la causa o el único factor para la consecución total o parcial de un objetivo o para su no consecución.

³¹ Ledesma Delgado Ma., Esther. Ortiz Díaz Ma. Elena., Proceso de Enfermería., Metodología para la práctica profesional., 1ª Edición. Pp. 97-98

- ◆ Obtener conclusiones sobre el estado del problema: La enfermera utiliza los juicios sobre la consecución de objetivos para determinar si el plan de cuidados fue eficaz para resolver, reducir o prevenir problemas del cliente.
- ◆ Revisar y modificar el plan de cuidados del cliente: dependiendo del centro las modificaciones pueden efectuarse a través de partes del plan de cuidados utilizando su rotulador, para remarcar suspendido y la fecha. Hay que tomar ciertos números de decisiones sobre continuar, modificar o suspender los cuidados de enfermería para cada problema. Antes de continuar con modificaciones la enfermera debe determinar primero por que el plan no fue completamente eficaz.

Pasos para realizar la revisión del plan de cuidados.

- Valoración: Una base de datos incompleta o incorrecta influye sobre las fases posteriores del proceso de enfermería y sobre el plan de cuidados. Si esto ocurre la enfermera debe de valorar de nuevo al cliente y registrar nuevamente los datos.
- Diagnóstico: Si la base de datos es incompleta se pueden requerir nuevos informes diagnósticos. La enfermera debe analizar si el problema fue correctamente identificados y si los diagnósticos de enfermería son relevantes para la base de datos. Tras esta acción la enfermera revisa y añade nuevos diagnósticos, en función de las necesidades, para reflejar los datos mas recientes del cliente.
- Planificación (evolución esperada): Si el diagnóstico de enfermería no es preciso, obviamente habrá que revisar el informe de los objetivos.
- Planificación: La enfermera investiga si las estrategias de enfermería estuvieron relacionadas con la consecución de objetivos y si se escogieron las mejores estrategias.
- Ejecución: La enfermera debe comprobar si las órdenes de enfermería fueron cumplidas.

La evaluación en el proceso enfermero es útil para determinar el logro de los objetivos identificar las variables que afectan, decidir si hay que mantener el plan, modificado o dado por finalizado por consiguiente es necesario la valoración del

usuario, familia y comunidad para confrontar el estado de salud actual con el anterior y corroborar la consecución de objetivos.

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

La evaluación es compleja sin embargo al emplear la metodología del proceso enfermero se facilita por ser sistemática y continua ya que brinda una base cognoscitiva para la práctica autónoma de la enfermería y requiere de la interrelación con el usuario y su familia.³²

REVISIÓN DEL PLAN DE CUIDADOS

La evaluación de objetivos proporciona la retroalimentación para determinar si el plan de cuidados se ha resuelto, reducido o prevenido eficazmente los problemas del cliente. El profesional de enfermería requiere revisar todos los aspectos del plan de cuidados independientemente de que los objetivos se hayan cubierto o no.

Cuando los objetivos se han cubierto se debe tomar una de las siguientes decisiones: que el problema planteado en el diagnóstico ya se ha solucionado y por lo tanto el plan trazado para alcanzarlo se abandona o que el problema sigue existiendo a pesar de alcanzarse el objetivo y por lo tanto la actividad de enfermería se debe continuar aunque el objetivo se haya cubierto.

Cuando los objetivos no se han cubierto: en este caso se deben revisar la base de datos para asegurarse de que es completa y correcta, los diagnósticos planteados para identificar si el problema es correcto y corresponde a los datos, los objetivos establecidos para asegurarse que son **realistas y alcanzables** y las estrategias de enfermería para estar seguros de que se relacionan con los objetivos y que se eligieron las más adecuadas; es importante además que se constate que las ordenes se han ejecutado.

³² Ibidem Pp 82-85

Modificación del plan de cuidados

Cuando se ratifica la necesidad de cambiar el plan de cuidados se deberán contemplar los siguientes pasos:

- ◆ Cambiar los datos de la valoración para reflejar los nuevos hallazgos, poniendo fecha y señalándolos para indicar que son nuevos.
- ◆ Revisar los diagnósticos poniendo fecha en los nuevos.
- ◆ Revisar las prioridades del cliente, los objetivos y los criterios de resultados para correlacionarlos con los nuevos diagnósticos. También se debe poner fecha.
- ◆ Establecer nuevas estrategias que correspondan a los diagnósticos.
- ◆ Cambiar los objetivos ajustándolos a los otros cambios del plan de cuidados.

Evaluación de la calidad del cuidado de Enfermería

La evaluación es el factor clave para determinar estándares, protocolos, normas y procedimientos que ayudaran al profesional de enfermería a proporcionar cuidados de enfermería de calidad. En los últimos años se ha trabajado sobre este aspecto, con la intención de determinar que es un buen cuidado, cuando es efectivo y apropiado y cuando se proporciona con calidad. Evaluar la calidad es una parte fundamental de la responsabilidad de enfermería y comprende: la valoración cualitativa y el control de calidad; la primera analiza actividades, mientras que el control implica las medidas a tomar para evaluar y garantizar la calidad en el cuidado.

Pueden evaluarse tres aspectos de los cuidados: estructura, proceso y resultado.

- ◆ *La estructura de la evaluación cualitativa.* Se centra en la organización del sistema, como son los procedimientos administrativos y financieros que dirigen la provisión de los cuidados, las plantillas de personal, los estilos directivos, la disponibilidad de recursos y las facilidades físicas.
- ◆ *El proceso de cuidar.* El enfoque de esta evaluación son las actividades de enfermería, es decir, la realización de los cuidados en relación con las necesidades del cliente. Se puede evaluar hablando con el cliente,

consultando los registros del cliente y observando las actividades de enfermería.

- ♦ *Los resultados del cuidado recibido.* Esta evaluación se centra en el nivel de evaluación del cliente, su bienestar y satisfacción, o los resultados del cuidado en términos de cambios experimentados por este. Evaluar este aspecto es difícil de determinar en enfermería ya que los resultados del cliente o se pueden atribuir totalmente a la enfermera, sino que son el resultado de las contribuciones de otros profesionales de la salud y de la familia.³³

³³ Ibidem Pp. 104-105

5.3.- TEORIA DE VIRGINIA HENDERSON



Henderson definió enfermería como la única función de la enfermera consiste en ayudar al individuo, sano o enfermo a recuperar la salud o a una muerte tranquila, sin ayuda si contara con la fuerza, voluntad y conocimiento necesario, haciéndolo de tal modo que se le facilite la independencia lo más rápido posible, afirmando que a medida que cambiase las necesidades del paciente también podía cambiar la definición de enfermería, consideraba que enfermería cambiaría según la época en que se practicara y que dependía de lo que realizara el personal de salud”.

Henderson incorpora los principios fisiológicos y psicopatológicos a su definición de enfermería en sus innumerables trabajos explicó la importancia de la independencia de enfermería con a otras ramas del área de la salud.

Fuentes teóricas

Tres factores la condujeron a compilar su propia Definición de Enfermería el primero de ellos ocurrió al revisar el texto de Berta Harmer. El segundo factor fue su participación como integrante del Comité de la Conferencia Regional de la National Nursi Council en 1946, y el tercer factor estaba representado por su propio interés en el resultado de cinco años de Investigación de la American Nurses Association (ANA) sobre la función de enfermería en 1955. Henderson clasificó su trabajo como una definición más que como una teoría, la describió como una síntesis de muchas influencias, algunas positivas y otras negativas.

Tendencia y modelo

El modelo de Virginia Henderson se ubica en los Modelos de las necesidades humanas que parten de la teoría de las necesidades humanas para la vida y la salud como núcleo para la acción de enfermería.

Principales conceptos y definiciones

Su teoría es considerada como una filosofía definitoria de enfermería, se basa en las necesidades básicas humanas. La función de la enfermera es atender al sano o enfermo (o ayudar a una muerte tranquila), en todo tipo de actividades que contribuyan a su salud o a recuperarla.

Para Henderson las necesidades básicas son las mismas para todos los seres humanos y existen independientemente.

Las actividades que las enfermeras realizan para ayudar al paciente a cubrir estas necesidades son denominadas por Henderson como cuidados básicos de enfermería y estos se aplican a través de un plan de cuidado de enfermería, elaborado de acuerdo a las necesidades detectadas en el paciente.³⁴

DEFINICIÓN DE ENFERMERÍA

“Tiene como única función ayudar al individuo sano o enfermo en la realización de aquellas actividades que contribuya a su salud o recuperación (o una muerte tranquila) que realizaría sin ayuda si tuviese la fuerza, voluntad o conocimiento necesario, haciéndolo de tal modo que se le facilite su independencia lo más rápido posible”.³⁵

Salud: es ese margen de vigor físico y mental lo que permite a una persona trabajar con su máxima efectividad y alcanzar un nivel potencial más alto de satisfacción en la vida.

Entorno: es el conjunto de todas las condiciones e influencias externas que afectan a la vida y el desarrollo de un individuo.

³⁴ Ann Marriner – Tomey, Ph. D. R.N., F.A.A.N., Tercera Edición., Pp 101-104

³⁵ Ibidem Pp 104

Persona (paciente): individuo que necesita ayuda para recuperar su salud, independencia o una muerte tranquila, el cuerpo y el alma son inseparables.

Necesidades: No se encuentra una definición específica de necesidad, pero Henderson identifica 14 necesidades básicas en el paciente, que constituyen los componentes de la asistencia de enfermería. Dichas necesidades son:

1. Necesidad de oxigenación.
2. Necesidad de nutrición e hidratación.
3. Necesidad de eliminación
4. Necesidad de moverse y mantenerse en buena postura.
5. Necesidad de descanso y sueño.
6. Necesidad de vestirse adecuadamente.
7. Necesidad de termorregulación.
8. Necesidad de higiene y protección de la piel.
9. Necesidad de evitar peligros
10. Necesidad de comunicarse y sexualidad.
11. Necesidad de vivir según creencias y valores.
12. Necesidad de trabajar y realizarse.
13. Necesidad de participar en actividades recreativas.
14. Necesidad de aprendizaje.

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

conocimientos.

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

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

- **Permanentes:** edad, nivel de inteligencia, medio social o cultural, capacidad física.
- **Variables:** estados patológicos :
 - Falta aguda de oxígeno
 - Conmoción (inclusive el colapso y las hemorragias)
 - Estados de inconsciencia (desmayos, coma, delirios)
 - Exposición al frío o calor que produzcan temperaturas del cuerpo marcadamente anormales
 - Estados febriles agudos debidos a toda causa
 - Una lesión local, herida o infección, o bien ambas
 - Una enfermedad transmisible
 - Estado preoperatorio
 - Estado postoperatorio
 - Inmovilización por enfermedad o prescrita como tratamiento

Las actividades que las enfermeras realizan para suplir o ayudar al paciente a cubrir estas necesidades es lo que V. Henderson denomina cuidados básicos de enfermería. Estos cuidados básicos se aplican a través de un plan de cuidados de enfermería, elaborado en razón de las necesidades detectadas en el paciente.

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

Su principal influencia consiste en la aportación de una estructura teórica que permite el trabajo enfermero por necesidades de cuidado, facilitando así la definición del campo de actuación enfermero, y a nivel más práctico, la elaboración de un marco de valoración de enfermería en base a las catorce necesidades humanas básicas.³⁶

Supuestos principales

La enfermera tiene como única función ayudar a individuos sanos o enfermos, actúa como miembro del equipo de salud, posee conocimientos tanto de biología como sociología, puede evaluar las necesidades humanas.

La salud es calidad de vida, es fundamental para el funcionamiento favorecerla es más importante que cuidar al enfermo

Las personas sanas pueden controlar su entorno, la enfermera debe formarse en cuestiones de seguridad, proteger al paciente.

Afirmaciones teóricas

Relación enfermera – paciente:

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

Relación enfermera – médico: tiene una función especial, su trabajo es independiente, aunque existe una gran relación entre uno y otro dentro del trabajo, hasta el punto de que algunas de sus funciones se superponen.

³⁶ <http://www.terra.es/personal/duenas/teorias2.htm>

Relación enfermera – equipo de salud: La enfermera trabaja en forma independiente con respecto a otros profesionales de salud. Todos se ayudan mutuamente para completar el programa de cuidado al paciente.

Método lógico

Henderson utilizó el método deductivo de razonamiento lógico para desarrollar su teoría. Dedujo esta definición y las catorce necesidades.

Conclusiones

Ella planteo que la enfermera no solo debe valorar las necesidades del paciente, sino también las condiciones y los estados patológicos que lo alteran, puede modificar el entorno en los casos en que se requiera y debe identificar al paciente y familia como una unidad.

El concepto de enfermería de Henderson es complejo, posee numerosas variables y diferentes relaciones explicativas y descriptivas, su trabajo ha influido en el desarrollo de programas de estudios y ha contribuido a potenciar la investigación. En la actualidad en las áreas hospitalarias se pone en práctica su definición de enfermería.³⁷

Independencia / Dependencia y sus causas de la dificultad

Virginia Henderson, desde una filosofía humanística, considera que todas las personas tienen determinadas capacidades y recursos, tanto reales como potenciales. En este sentido, buscan y tratan de lograr la independencia y por lo tanto, la satisfacción de las necesidades de forma continuada, con el fin de mantener en estado óptimo la propia salud. Cuando esto no es posible aparece una dependencia que se debe según Henderson a tres causas y que identifica como “falta de fuerza”, “falta de conocimiento” o “falta de voluntad”, las cuales se desarrollan mas adelante.

- ◆ El concepto de INDEPENDENCIA puede ser definido como la capacidad de la persona para satisfacer por si misma sus Necesidades Básicas, es decir,

³⁷ Ann Marriner – Tomey, Ph. D. R.N., F.A.A.N., Tercera Edición., Pp 105 - 108

llevar a cabo las acciones adecuadas para satisfacer las necesidades de acuerdo con su edad, etapa de desarrollo y situación.

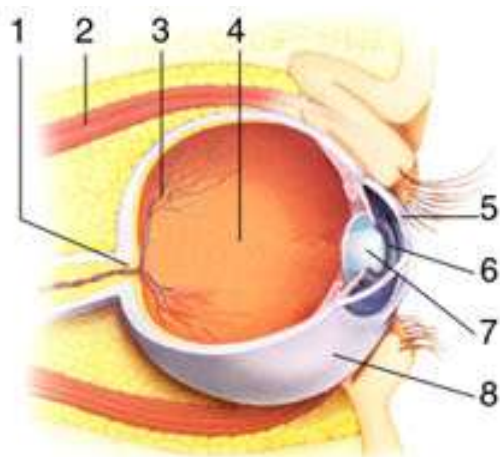
- ♦ La DEPENDENCIA puede ser considerada en una doble vertiente. Por un lado, la ausencia de actividades llevadas a cabo por la persona con el fin de satisfacer las 14 necesidades. Por otro lado puede ocurrir que se realicen actividades que no resulten adecuadas o sean insuficientes para conseguir la satisfacción de las necesidades.
- ♦ LAS CAUSAS DE LA DIFICULTAD son los obstáculos o limitaciones personales o del entorno, que impiden a la persona satisfacer sus propias necesidades. Herderson las agrupa en tres posibilidades:
 1. *Falta de fuerza.* Interpretamos por FUERZA, no sólo la capacidad física o habilidades mecánicas de las personas, sino también la capacidad del individuo para llevar a término las acciones pertinentes a la situación, lo cual vendrá determinado por el estado emocional, estado de las funciones psíquicas, capacidad intelectual, etc.
 2. *Falta de conocimientos, en lo relativo a las cuestiones esenciales* sobre la propia salud y situación de enfermedad, la propia persona (autoconocimiento) y sobre los recursos propios y ajenos disponibles.
 3. *Falta de voluntad,* entendida como incapacidad o limitación de la persona para comprometerse en una decisión adecuada a la situación y en la ejecución y mantenimiento de las acciones oportunas para satisfacer las 14 necesidades.

Cabe añadir que la presencia de estas tres causas o de alguna de ellas puede dar lugar a una dependencia total o parcial así como temporal o permanente, aspectos estos que deberán ser valorados para la planificación de las intervenciones correspondientes. El tipo de actuación (de suplencia o aguda) vendrá siempre determinado por el grado de dependencia identificado.³⁸

5.4.- PATOLOGÍAS

³⁸ Fundamentos de enfermería., Universidad Nacional Autónoma de México Escuela Nacional de enfermería., Antología., Tomo 1

5.4.1.- RETINOPATÍA DE LA PREMATURIDAD



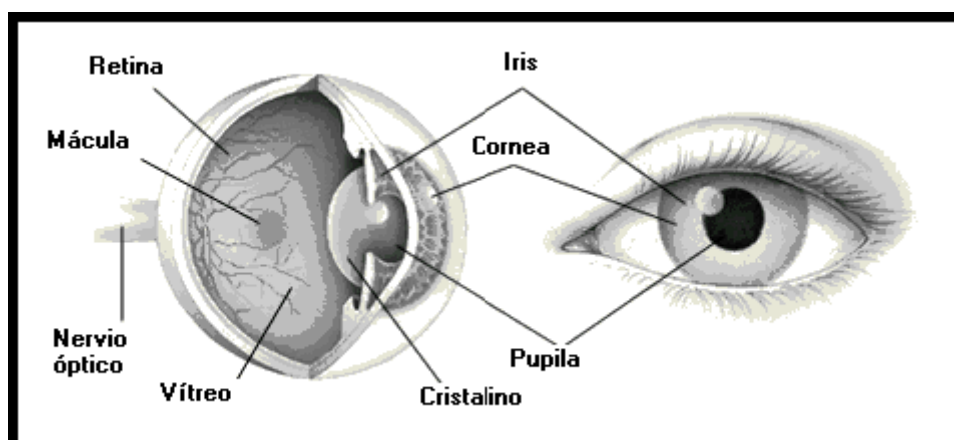
- 1.- Nervio óptico
- 2.- Músculo recto interno
- 3.- Retina
- 4.- Humor vítreo
- 5.- Cornea
- 6.- Iris
- 7.- Cristalino
- 8.- Globo ocular

Retinopatía por prematurez (ROP) es un trastorno en el desarrollo anormal de los vasos sanguíneos en la retina y comúnmente comienza durante los primeros días de vida, pudiendo progresar rápidamente, causando ceguera en cuestión de semanas.

Esto sucede debido a que el ojo se desarrolla rápidamente durante las semanas 28-40 de gestación. El abastecimiento de sangre a la retina comienza a las 16 semanas de gestación, en el nervio óptico, y los vasos sanguíneos se desarrollan de ese punto, hacia los bordes de la retina, hasta la hora de nacer. Su forma severa de la retinopatía se caracteriza por proliferación vascular retinal, cicatrización, desprendimiento de retina y ceguera.

La retina es la parte del ojo que transmite la información visual al cerebro, es la túnica delgada de múltiples capas que se encuentra en la parte posterior del ojo y funciona como una pantalla sobre la cual la córnea y el cristalino proyectan imágenes. (Cuando una persona tiene un desprendimiento de retina, la superficie interna sensible a la luz se ha separado de las capas externas) La mácula, en el centro de la retina, es la región que distingue el detalle en el centro del campo visual. Dos tipos de receptores visuales hay en la retina, los conos y los bastones, traducen las imágenes en impulsos nerviosos que se envían al cerebro. Los conos requieren una luz relativamente brillante para su funcionamiento, pero pueden detectar muchos tonos y matices de color. Por el contrario, los bastones requieren muy poca luz, lo

que los hace muy adecuados para la visión nocturna; sin embargo, no pueden discernir los colores.



Cuando un bebé nace prematuramente, este crecimiento normal de los vasos sanguíneos se detiene y comienzan a crecer vasos anormales. En el transcurso del tiempo este crecimiento de los vasos produce una cicatriz de tejido fibroso, el cual se adhiere a la retina y a la masa transparente de consistencia gelatinosa que llena el espacio entre la retina y la cara posterior del cristalino. Este anillo puede extenderse 360 grados alrededor en el interior del ojo. Si suficiente tejido se forma, puede comenzar a jalar la retina, desprendiéndola, y, en algunos casos, causar la ceguera.

No todos los bebés que nacen prematuramente padecen de ROP. Muchos de los bebés que nacen con ROP mejoran espontáneamente. Sin embargo, siendo que el ROP es "responsable por más ceguera de niños en este país, que todas las otras enfermedades combinadas".

Los vasos sanguíneos de la retina empiezan a desarrollarse 3 meses después de la concepción y completan su desarrollo en el momento del nacimiento normal. Cuando un bebé nace muy prematuramente se altera el desarrollo del ojo.

En los bebés que desarrollan retinopatía por prematurez (ROP), los vasos crecen de manera anormal desde la retina dentro del gel normalmente claro que llena el fondo del ojo. En este caso, sin soporte, los vasos son frágiles y, a menudo, forman hemorragias en el interior del ojo.

A esto le sigue la formación de tejido cicatricial, el cual desprende la retina de la superficie interior del ojo y lo trae hacia el centro del globo ocular ocasionando

desprendimiento retinal que puede reducir la visión o producir una ceguera total, en caso de que sea severo.

Muchos bebés prematuros desarrollan un crecimiento anormal de vasos sanguíneos retíales transitorio y leve que se transforma en un crecimiento normal sin tratamiento. Sólo aproximadamente en 1 de cada 10 bebés con cambios tempranos esta situación progresa a una enfermedad retinal más grave.

Causas, incidencia y factores de riesgo

Aunque se ha descubierto una conexión entre los primerizos que reciben altos niveles de oxígeno y el ROP, parecen existir una variedad de factores que pueden ser responsables por el desarrollo de ROP. Entre estos se encuentran, aparte del peso bajo al nacer y la edad de gestación: los niveles elevados de anhídrico carbónico en la sangre, anemia, las transfusiones de sangre, las hemorragias intraventriculares, el síndrome de tensión respiratoria, hipoxia crónica en el útero, múltiples ataques de apnea o bradicardia, la ventilación mecánica y las convulsiones. Hay algunos que sienten que el exponer al bebé a la luz fluorescente de los hospitales contribuye al desarrollo del ROP, pero hasta la fecha esto no ha sido comprobado. El pensamiento actual es que el ROP es causado por la combinación de varios factores, algunos de los cuales ocurren en el útero y otros después del nacimiento.³⁹

Síntomas de la retinopatía

Los cambios sutiles de la ROP son visibles únicamente mediante el examen oftalmoscopio y los padres no los pueden detectar. A todos los bebés prematuros se les hace exploración y seguimiento de rutina. Los resultados de la retinopatía severa pueden producir algunos de los siguientes signos:

- Pupilas blancas (leucocoria)
- Movimientos de los ojos (nistagmo)
- Ojos cruzados (estrabismo)
- Defecto severo de la visión cercana (miopía)

³⁹ http://www.minsa.gob.pe/portal/ocom/prensa/notadeprensa.asp?np_codigo=3302&mes=1&anio=2006

Signos y exámenes

La retinopatía por prematurez se puede diagnosticar durante un examen practicado por un oftalmólogo. Dado que existen pocos signos de que se esté desarrollando una ROP, es especialmente importante examinar a los niños con menos de 32 semanas de gestación.

El examen es indoloro, se hace con un oftalmoscopio indirecto el cual permite al doctor observar un amplio ángulo de la retina. Para reducir la incomodidad del bebé, primero se pone una gota de anestesia local. Después, con un aparato llamado espejo, se abren los párpados del bebé, y una sonda especial mantiene inmóvil el globo del ojo, para que el doctor lo pueda examinar. Debido a que este examen puede causar tensión en el bebé, algunas veces estos exámenes se posponen hasta que el estado médico del bebé se haya estabilizado un poco. Usualmente, estos exámenes únicamente se hacen a los bebés que están en la categoría de riesgo alto para ROP. Normalmente, estos bebés son los que nacen durante las tempranas etapas de gestación y bajos de peso. Los NICUs en Utah usan 2000 gramos o menos como el punto de referencia para hacer los exámenes.

Se realizan exámenes de seguimiento en intervalos de aproximadamente dos semanas.

Fases de retinopatía

Se suele presentar en dos fases (que se superponen en algún grado):

- a. Aguda** en la cual se interrumpe la vasculogénesis normal y se observa respuesta retiniana a una lesión.
- b. Proliferación tardía o crónica** de membranas hacia el vítreo, durante la cual se producen desprendimientos traccionales de retina, ectopia y cicatrización de la mácula, lo que lleva a una pérdida considerable de visión, pudiendo llegar a ser definitiva.⁴⁰

Etapas proliferativa y no proliferativa

⁴⁰ Revista de Posgrado de la VIa Cátedra de Medicina - N° 164 – Diciembre 2006. Pág. 17

La forma más leve "**o retinopatía no proliferativa**" donde la retina podría sangrar. Este tipo de retinopatía generalmente no interfiere con la visión ni necesita tratamiento, pero en cambio, si requiere ser examinada periódicamente.

En algunos casos, y cuando no es tratada a tiempo, la retinopatía progresa a etapas más severas, lo que se conoce como "**retinopatía proliferativa**" donde los vasos sanguíneos de la retina, están tan dañados que el oxígeno y los nutrientes no pueden alcanzar algunas partes de la retina. Esto hace que la retina "fabrique" nuevos vasos sanguíneos denominados "neovasos", los cuales son muy frágiles y hasta con un simple estornudo se podrían romper, haciendo que se derrame sangre en el ojo. Además de esto "los neovasos" hacen que se forme un tejido fibroso que cuando se contrae puede desprender la retina. Tanto el sangramiento o hemorragia, como el desprendimiento de la retina pueden causar ceguera.⁴¹

Clasificaciones

Existen ciertas clasificaciones de ROP que se usan para describir el progreso del padecimiento. La clasificación es de acuerdo a la ubicación y el grado de la cicatrización que ha ocurrido en la retina. El Cuadro 1 muestra varias etapas de ROP (1-5) y lo que las anotaciones significan. Los números de zona se refieren al diagrama ICROP Clasificación Internacional de Retinopatía del Prematuro que designa tres zonas en la retina. El Cuadro 2 muestra el ICROP. Por ejemplo, etapa 3, zona 1 ROP describe un ROP que es bastante severo, mientras que etapa 1, zona 3 ROP describe una condición que no ha progresado. Es importante subrayar que no todos los niños que padecen de ROP empeorarán hasta la etapa 5, y algunos bebés con ROP pueden recuperarse súbitamente de la etapa 1 o 2 de ROP.

Cuadro 1.- Etapas de Retinopatía del prematuro

Nivel Descripción clínica

⁴¹ <http://images.google.com.mx/images?q=retinopatia&hl>

Nivel 1 Línea de demarcación (línea en donde los vasos normales y anormales se encuentran)

Nivel 2 Pliegue interetinal (elevación sobre la retina resultado del crecimiento anormal de los vasos)

Nivel 3 Pliegue con proliferación extraretinal fibrovascular (la elevación crece y se extiende hacia el vítreo.)

Nivel 4 Desprendimiento subtotal de la retina (el desprendimiento parcial de la retina)

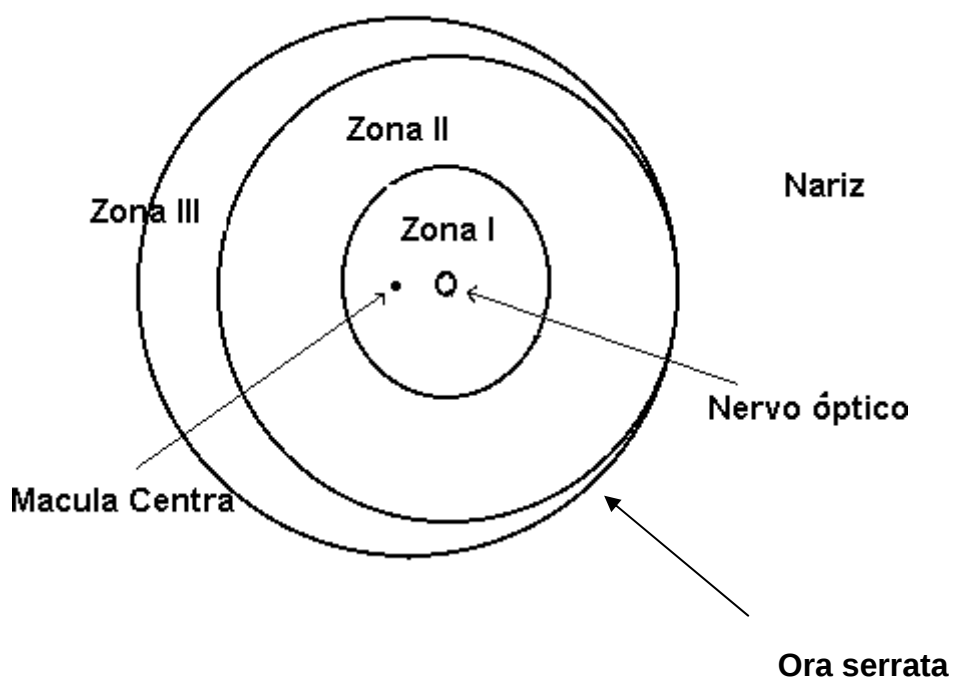
Nivel 5 Desprendimiento total de la retina.

Diagrama ICROP (Clasificación Internacional de la retinopatía del prematuro)

Zona I - El área centrada en el disco óptico y de mayor importancia para la visión que se extiende, del disco, hacia doble la distancia entre el disco y la mácula. Por este motivo es la peor zona para presentar una neoformación vascular anormal.

Zona II - El anillo, concéntrico a la Zona I, zona intermedia que se extiende hacia los bordes de la retina hacia la nariz. Se observa cuando la maduración de los vasos retinianos no ha ocurrido dentro de un diámetro de disco de la ora serrata nasal.

Zona III - El resto del área creciente de la retina hacia el lado opuesto a la nariz. Retinopatía del prematuro (periférica) ocurre cuando la maduración de los vasos retinianos se produce dentro de un disco de diámetro de la ora serrata en el lado nasal, al menos en dos sectores horarios



Expectativas (pronóstico)

Se puede esperar una recuperación completa de la mayoría de los bebés con ROP leve, mientras que la forma grave puede conducir a anomalías visuales marcadas o a la ceguera. Una vez más, el factor más importante en el resultado es la detección y tratamiento tempranos.

Complicaciones

Existen varias complicaciones relacionadas con el ROP que pueden presentarse después, entre las cuales se encuentra el estrabismo (ojos cruzados), ambliopía (el ojo flojo), la miopía, ceguera y el glaucoma. Es necesario hacer exámenes médicos regulares para supervisar y tratar estos padecimientos.

Dependiendo de la etapa de ROP, el niño puede tener desde vista casi normal, hasta casi ceguera. Muchos ROP no progresan hasta la etapa 5. Usualmente la intervención temprana y el estímulo de los sentidos benefician a los bebés. Adaptaciones, tales como alta iluminación, amplificación para trabajo de cerca, los

telescopios para ver a distancia, y la televisión de circuito cerrado (CCTV), pueden ayudar a algunos estudiantes.⁴²

La mayoría de los niños que presentan pérdida severa de la visión a causa de la retinopatía por prematuridad tienen otras complicaciones por su prematuridad y necesitan un enfoque multidisciplinario para su rehabilitación.

Tipos de retinopatía

La retinopatía no proliferativa es una señal de peligro y puede avanzar a etapas más graves

Hay dos tipos de retinopatía diabética:
- La no proliferativa, que se considera como el inicio de la retinopatía diabética y es la forma más leve y frecuente que se presenta.

Ocurre cuando los vasos sanguíneos ubicados dentro de la retina, presentan algunos cambios, se debilitan, unos disminuyen de tamaño y otros se agrandan e hinchán o desarrollan abombamientos, que impiden la adecuada circulación de la sangre y ocasionan sangrados.

En estas circunstancias, la retina se hincha y se forman depósitos de grasa llamados exudados. Este trastorno generalmente no afecta seriamente la visión, a menos que algunos de los vasos hinchados se encuentren en la pequeña porción de la retina que permite la visión central y que se llama mácula. Esta parte del ojo es la responsable de la visión más aguda, por lo que las imágenes de objetos situados directamente al frente, así como el leer o hacer trabajos detallados, pueden volverse borrosos y la pérdida de la visión central puede convertirse en una ceguera ya que la retinopatía no proliferativa es una señal de peligro y puede avanzar a etapas más graves.

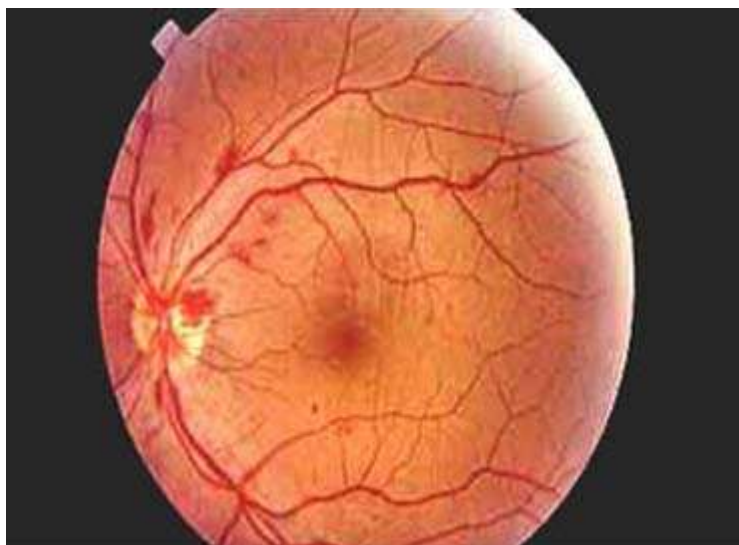
- La retinopatía proliferativa, inicia de la misma forma que la no proliferativa. La diferencia es que también hay una neoformación de los vasos sanguíneos en la superficie de la retina o del nervio óptico.

Cuando los diminutos vasos sanguíneos de la retina se dañan, pueden sangrar o cerrarse, pero además se pueden formar nuevos vasos que son tan frágiles que pueden desgarrarse y sangrar también dentro del humor vítreo que es la sustancia transparente y gelatinosa que llena el centro del globo ocular. Si este sangrado es intenso y llega a opacar el humor vítreo, se bloquea la luz que pasa a la retina y las imágenes se ven distorsionadas. Además, el tejido fibroso que se forma por causa de la masa de los vasos sanguíneos rotos, puede estirar y retraer la retina, desprendiéndola del fondo del ojo, lo que lleva a la ceguera total.

⁴² <http://www.nlm.nih.gov/medlineplus/spanish/ency/article/001618.htm>

Los vasos sanguíneos también pueden formarse en el iris, lo que ocasiona aumento de la presión ocular y con ello severas pérdidas de la visión.

Por ello es tan importante, que una persona diabética no deje de revisar sus ojos con un oftalmólogo, para detectar y atender tempranamente a la enfermedad y no dejarla avanzar.



La retina puede hincharse y se forman depósitos de grasa llamados "exudados".⁴³

Prevención

La incidencia de la ROP en bebés moderadamente prematuros ha disminuido sustancialmente con el mejoramiento de los cuidados en la unidad de cuidados intensivos para neonatos. Sin embargo, de manera irónica, esto ha ocasionado altas tasas de supervivencia de bebés muy prematuros que habrían tenido pocas oportunidades de sobrevivir en el pasado.

Dado que estos bebés muy prematuros tienen el riesgo más alto de desarrollo de ROP, la condición se puede estar en realidad haciendo muy común de nuevo. La prevención más efectiva para la retinopatía por prematurez es la prevención de los nacimientos prematuros.

Tratamiento

⁴³ <http://www.esmas.com/salud/enfermedades/cronicas/481173.html>

Lamentablemente, hasta la fecha no existe ninguna “curación” completamente eficaz de la retinopatía del prematuro, ni tampoco ningún tratamiento para detener su progresión hacia las formas mas graves.

El tratamiento para el ROP depende del nivel de la condición. Los niveles 1 y 2 no requieren más que observación. Hay una variedad de tratamientos para el ROP, pero el más común es el tratamiento con láser. La fotocoagulación con láser se hace para eliminar los vasos anormales antes de que causen el desprendimiento de la retina. El tratamiento de crioterapia se hace colocando un sondeador muy frío fuera de la pared del ojo y congelando hasta que se forma una bola de hielo en la superficie retinal. Estas opciones de tratamiento se necesitan hacer usualmente en niños en Etapa 3 ROP. El tratamiento de anillo escleral se hace colocando una banda de silicio alrededor del ecuador del ojo y apretándola para producir un pequeño corte en el interior del ojo. Esto evita que el tejido cicatrizante jale la materia gelatinosa y la retina, y permita a la retina que continúe yaciendo sobre la pared del ojo. Los infantes a los que se les hace el tratamiento de anillo escleral necesitan que la banda sea retirada meses o años después, ya que el ojo continúa creciendo. De lo contrario padecerán miopía. El tratamiento de vitreoctomía requiere hacer varias pequeñas incisiones en el ojo para retirar el vítreo y reponerlo con una solución salina con el objeto de mantener la forma y la presión en el ojo. Después que el vítreo se ha retirado, el tejido cicatrizante en la retina se puede cortar o pelar, permitiendo a que la retina se relaje y vuelva a yacer sobre la pared del ojo. Ya que puede tomar semanas para que la retina se vuelva a adherir, es posible que rasgaduras o vacíos puedan ocurrir lo que usualmente evita que la retina se vuelva a adherir. Si esto sucede el lente del ojo tienen que ser retirado para poder retirar el tejido cicatrizante. Los anillos esclerales se utilizan usualmente en niños que están en la etapa 4 o 5 de ROP, y el tratamiento de vitreoctomía se hace únicamente en la etapa 5.⁴⁴

⁴⁴ <http://www.tsbvi.edu/Outreach/seehear/winter98/rop-span.htm>

En las etapas iniciales de la ROP, con la examinación adecuada, el tratamiento por lo general se limita a terapia láser y seguimiento estrecho. Afortunadamente, la terapia láser se puede efectuar en la enfermería utilizando equipo portátil.

En el pasado, el uso excesivo de oxígeno para tratar a los bebés prematuros estimulaba el crecimiento anormal de los vasos. En la actualidad, el **oxígeno** se puede utilizar y monitorear fácil y acertadamente, pero esto es poco común.

Hoy el riesgo de desarrollar ROP es proporcional a la severidad de la prematurez. Normalmente, a todos los bebés de menos de 32 a 34 semanas de gestación se les explora esta condición. Sin embargo, sólo los bebés prematuros más pequeños, sin importar la edad gestacional, tienen el riesgo más alto.⁴⁵

Efecto del oxígeno

La restricción de oxígeno suplementario reduce significativamente la tasa y gravedad de los problemas visuales (retinopatía) en recién nacidos prematuros y de bajo peso al nacer.

Los recién nacidos prematuros (antes de las 37 semanas) o con un bajo peso al nacer tienen problemas respiratorios y necesitan oxígeno extra. El oxígeno suplementario proporcionó varios beneficios para estos neonatos, pero puede causar daño en sus ojos (retinopatía) y en sus pulmones. La revisión de ensayos encontró que cuando no se restringe el suplemento de oxígeno, pueden producirse potenciales efectos adversos sin que haya beneficios claros. La restricción del oxígeno reduce significativamente estos riesgos.

Aunque el uso de oxígeno suplementario tiene una larga historia dentro de la atención neonatal que resulta en beneficios y efectos perjudiciales significativos en la asistencia sanitaria, todavía existe incertidumbre acerca de cuál es el rango más adecuado para alcanzar ciertos niveles de oxígeno en sangre en recién nacidos prematuros y de bajo peso. Los beneficios potenciales de la selección de un nivel más elevado oxígeno incluyen patrones de sueño más estables y mejorías en el crecimiento y en el desarrollo a largo plazo. Sin embargo, pueden producirse efectos

⁴⁵ <http://www.nlm.nih.gov/medlineplus/spanish/ency/article/001618.htm>

perjudiciales significativos a nivel pulmonar e implicaciones en el uso de servicios sanitarios como resultado de dicha política.⁴⁶

5.4.2.- NUTRICIÓN

El termino nutrición tiene distintas acepciones, según el punto de vista desde que se le considere. Puede significar un estado de los seres vivos; así, una persona puede estar bien o mal nutrida; o puede entenderse como un proceso, es decir, aquel por medio del cual el ser vivo incorpora alimentos a su organismo. Este proceso puede dividirse en varias etapas o tiempos: los que ocurre antes de llegar el alimento al medio interno, o alimentación; lo que ocurre en el medio interno o metabolismo, y lo que ocurre al salir de sustancias alimenticias o sus desechos, al medio externo, o excreción. Abarca, por tanto, aspectos relacionados con los alimentos y con el individuo.

Si definimos la **nutrición** como “un estado de los seres vivos”, diremos que un organismo adulto bien nutrido vive en estado de equilibrio; su gasto energético y plástico es repuesto con regularidad y en cantidad suficiente para que mantenga reservas que en momentos de “stres”, o de mayor desgaste, le permitan seguir cumpliendo sus funciones eficientemente. En el niño, el organismo se mantiene en balance positivo debido a su crecimiento.

Si la definimos como proceso, diremos, que la nutrición es un conjunto de funciones armónicas y solidarias entre si que tiene por objeto mantener la integridad de la materia y conservar la vida, la buena nutrición implica, por lo tanto, que el individuo tenga una buena vida plena, que sea activo en su producción física, mental y biológica, manteniendo el organismo en las mejores condiciones posibles.

Si definimos a la **nutrición** como ciencia, diremos, que la nutrición es la ciencia que estudia los alimentos y su relación con la salud. Esto significa que es multidisciplinaria. En su estudio intervienen especialistas en producción, conservación y distribución de alimentos; especialistas en el estudio del valor

⁴⁶ <http://www.update-software.com/abstractsES/AB001077-ES.htm>

nutritivo de los alimentos y la forma de mejorar la calidad de los mismos; especialistas en el estudio de los hábitos alimentarios.

El Consejo de Alimentos y Nutrición la define así: “Nutrición es la ciencia que se ocupa de los alimentos, los nutrimentos y las otras sustancias que aquellos contienen; su acción, interacción y balance en relación con la salud y la enfermedad, así como los procesos por medio de los cuales el organismo ingiere, digiere, absorbe, transporta, utiliza y excreta las sustancias alimenticias. Además, la ciencia de la nutrición debe ocuparse de algunos aspectos sociales, económicos, culturales y psicológicos relacionados con los alimentos y la alimentación”.

Factores que determinan el estado de nutrición

El estado de nutrición de una comunidad y de sus diferentes miembros es el resultado de una serie de factores interrelacionados que pueden clasificarse esquemáticamente en aquellos que afectan a la disponibilidad de alimentos, aquellos que afectan a su consumo, y aquellos que afectan a la utilización de los nutrimentos contenidos en los alimentos ingeridos.

La disponibilidad de alimentos a nivel nacional depende principalmente de la producción, a la que debe sumarse la importación y restarse la exportación, las pérdidas y los alimentos que se usan para fines no alimenticios.

Los alimentos disponibles en una nación se distribuyen entre las distintas regiones de acuerdo con los medios de transporte y las posibilidades de conservación de los alimentos de fácil descomposición. Se distribuyen, así mismo, entre los diferentes grupos socioeconómicos de la población de acuerdo con los hábitos alimentarios de estos grupos y con costo de los alimentos en relación con el poder adquisitivo de las familias.

El consumo de los alimentos disponibles está determinado fundamentalmente por los hábitos alimentarios; estos forman parte importante de la cultura de una población y aunque son susceptibles de cambiar, son en general bastante fijos y no se les puede modificar substancialmente en forma rápida.

La manera de seleccionar los alimentos y comprarlos, la manera de prepararlos y servirlos y la distribución que se hace de los alimentos, tanto a nivel familiar como a nivel comunal, van a determinar el consumo de elementos nutritivos de cada una de los miembros de esa población, interesa, por lo tanto que desde la primera infancia el individuo adquiera hábitos alimentarios que van a favorecer una acertada selección y preparación, distribución y consumo de los alimentos.

La utilización de los elementos nutritivos contenidos en los alimentos que se ingieren puede ser modificada, bien por características del individuo, como por ejemplo, que padezca de procesos infecciosos, diarreicos, parasitarios o de otra serie de estados patológicos que sean obstáculos para la digestión, la absorción o el metabolismo de las sustancias nutritivas; bien por características del alimento mismo, como por ejemplo, su baja digestibilidad, que contengan sustancias que sirvan de obstáculo para la utilización de las sustancias nutritivas o que estas se hallen en forma que las haga poco asimilables.

Como puede apreciarse, lo que en última instancia interesa es que todas las sustancias nutritivas lleguen oportunamente y en cantidades adecuadas a las células del organismo, lo cual es el resultado de una serie de factores de naturaleza no solo médica y biológica, si no también social, económica y cultural. Por lo tanto, todos estos factores deben ser tomados en cuenta para el estudio de la situación nutricional de una población o de un individuo y en la búsqueda de soluciones a los problemas de la desnutrición.⁴⁷

Composición de los alimentos

a) Elementos orgánicos

- ◆ Hidratos de Carbono o Carbohidratos
 - Bioquímica elemental de los carbohidratos
 - El metabolismo de los carbohidratos
- ◆ Proteínas
 - Diferencias entre las proteínas de origen animal y vegetal
 - Aminoácidos

⁴⁷ Flores Solís Ma. Dolores., Universidad Michoacana de san Nicolás de Hidalgo., Antología de Nutrición 2003., Pp 2-3

- ♦ Lípidos o Grasas
 - Ácidos grasos
 - Ácidos grasos Omega 3 y Omega 6
 - Ácido linoleico conjugado CLA o ALC

b) **Elementos inorgánicos**

- ♦ Macro y microminerales
 - Macro: sodio, potasio, calcio, fósforo, magnesio y azufre.
 - Micro: cobre, iodo, hierro, manganeso, cromo, cobalto, selenio y zinc.
- ♦ Composición acuosa de los alimentos

Vitaminas y ácidos

c) **Vitaminas en general**

Vitaminas Liposolubles (A, D, E, K)

- ♦ Vitamina A,
- ♦ Vitamina D,
- ♦ Vitamina E,
- ♦ Vitamina K

Vitaminas Hidrosolubles (C y grupo B)

- ♦ Vitamina C (ácido ascórbico,
- ♦ Vitamina B1 (tiamina),
- ♦ Vitamina B2 (riboflavina),
- ♦ Vitamina B3 (niacina),
- ♦ Vitamina B6 (piridoxina),
- ♦ Vitamina B12 (cobalamina)

Ácidos considerados vitaminas

- ♦ Ácido fólico,
- ♦ Biotina
- ♦ Carnitina y sus funciones,
- ♦ Ácido pantoténico

Nutrición completa y adecuada

- ♦ Objetivos de la alimentación,
- ♦ Función de los alimentos,
- ♦ Necesidades diarias,
- ♦ La física y la energía en la alimentación cotidiana,
- ♦ Grupos que corren riesgos de encontrarse en estados nutricionales inapropiados,
 - o Consejos para una alimentación completa,
 - o Pirámide nutricional,
 - o Distribución adecuada de las comidas,
 - o La actividad física es el complemento necesario para la vida sana.
- ♦ Requerimientos diarios de vitaminas y minerales,
- ♦ Peso ideal de hombres y/o mujeres en kg., y en libras.
- ♦ Cálculo del índice de masa corporal
- ♦ Contextura corporal

Productos de consumo habitual que inciden sobre la energía consumida y las dietas

- ♦ El agua como bebida y las características del agua mineral,
- ♦ Pros y contras del consumo de bebidas alcohólicas.
- ♦ La cafeína ⁴⁸

5.4.3.- DESNUTRICIÓN

La desnutrición es un síndrome conocido desde hace muchos años que proviene de un desequilibrio entre el aporte de nutrientes a los tejidos, ya sea por una dieta inapropiada o por una utilización defectuosa por parte del organismo.

FISIOPATOLOGÍA: Un déficit de nutrientes de corta duración sólo compromete las reservas del organismo, sin alteraciones funcionales importantes; en cambio una

⁴⁸ <http://www.zonadiet.com/nutrición/>

desnutrición de larga duración puede llegar a comprometer funciones vitales. La *desnutrición* se asocia en el niño a una frenación de la curva ponderal inicialmente, y luego del crecimiento en talla, siendo la repercusión en esta última recuperable sin gran dificultad, si se logra una recuperación nutricional oportuna, no así cuando ha existido un trastorno nutricional de larga data, en que la recuperación de la talla será lenta y en ocasiones, sólo parcial. El deterioro nutricional, aparte del consumo de las reservas musculares y grasas, y de la detención del crecimiento, compromete en forma importante y precoz la *inmunidad* del individuo, especialmente la *inmunidad* celular, produciéndose así una estrecha interrelación entre *desnutrición* e infección, con subsiguiente agravamiento del problema, especialmente frente a condiciones ambientales adversas.⁴⁹

Existen dos tipos de desnutrición:

- a)** Desnutrición Calórica, Marasmo o Crónica, la cual se presenta mayormente en pacientes ambulatorios. Se caracteriza por ser de evolución lenta (semanas o meses) y es producida por una deficiente ingesta, predominantemente de energía (calorías), aunque también puede tratarse de proteínas. En este tipo de desnutrición se pierde una importante cantidad de tejido muscular y graso.
- b)** Desnutrición proteica o Kwashiorkor del adulto; es rara en pacientes ambulatorios, se presenta con mayor frecuencia en los hospitalizados con enfermedades graves, quienes por alteraciones del metabolismo secundarias a la enfermedad, sufren grandes pérdidas de proteínas. Los pacientes afectados no presentan grandes pérdidas de peso, sin embargo, los exámenes de laboratorio muestran una disminución importante de las proteínas corporales y una alteración de la respuesta inmune (defensas).⁵⁰

Clasificación

1.- Según Sedame y Lathan, basándose en tres variables:

Peso (P), Estatura (E) y P/E-

⁴⁹ http://www.nutrisa.com/productos_nutrisa/productos_nutrisa.html?gclid=CMHD9YOI6o4CFRFBhgodayDSJA

⁵⁰ <http://www.alemana.cl/benfermedad/ben001.asp?CODOMS=R634>

Eutrófico = P, E y P/E Normal-

Desnutrición Aguda = E - Normal, P - Bajo, P/E Bajo.-

Desnutrición Crónica Evolutiva = P - Bajo, E - Baja, P/E Bajo.-

Enanismo Nutricional = P - Muy bajo, E Muy baja, P/E normal.

2.- DPC primaria: es el síndrome clínico debido a un balance negativo de nutrientes por carencia alimenticia, fundamentalmente acompañada por carencia de estimulación neuropsicoafectiva y que afecta a lactantes y a niños de estratos sociales con graves carencias socio-económicas-culturales.

La desnutrición se manifiesta por pérdida y/o falta de progreso de peso, con peso inferior a lo normal y finalmente consumo de las propias reservas grasas y autofagia proteínica. Es una regla sin excepción que la desnutrición afecta principalmente al niño menor de 6 años por su rápido crecimiento, ya que tiene requerimientos nutritivos que son más elevados, específicos y difíciles de satisfacer. Por otra parte, ellos dependen de terceras personas para su alimentación, las que a veces no tienen los recursos necesarios.

3.- En cuanto a la intensidad de la DPC. De acuerdo al déficit del peso corporal sobre el esperado y normal para la edad, la desnutrición calórica o mixta puede tener tres grados, con riesgos crecientes de enfermar y morir.

Grado 1 (Leve): Déficit ponderal del 10-24%

Grado 1 (Moderado): Déficit ponderal del 25-39%

Grado II (Grave): Déficit ponderal del 40%

4.- Tipos de la desnutrición en la DPC de 3er.Grado

La desnutrición grave no se presenta de la misma manera en todos los niños. Hay cuatro formas en que puede manifestarse y son denominadas *kwashiorkor*, *marasmática*, *kwashiorkor marasmática mixta* y *sugar baby*. En el primer caso, los niños presentan inflamación; en el segundo, delgadez extrema (piel pegada al hueso); en el tercero, una combinación de las dos anteriores y en el cuarto lucen

sanos y "gorditos", pero cuando son sometidos a análisis se revela la insuficiencia de nutrientes. En los cuatro tipos, añade, los niños presentan palidez, caída de cabello y detención del crecimiento.

Los pacientes desnutridos pierden grasa y nutrientes, pero en ocasiones acumulan agua, y su peso aparentemente está dentro de los parámetros normales.

A) Kwashiorkor

Desnutrición por carencia alimenticia predominantemente proteica (no se incorporan los alimentos con proteínas animales cuando se suspende la lactancia materna), alimentación en base de harinas u otros aportes pobres en proteínas.

Según manifiesta en el primer año de vida en lactantes destetados, alimentados con muy poca leche y cocimientos de harinas vegetales y en niños preescolares con ese segundo tipo de alimentación.

Cuadro clínico del Kwashiorkor:

Edad predominante 2-3 años (Lactante mayor y preescolar)

1. Aspecto general = Extrema miseria.
2. Apatía mental = Nunca sonrían, llama la atención la gran indiferencia a los estímulos del mundo externo.
3. Posición preferencial: Encogidos, cubiertos (frío), en la oscuridad (fotofobia). La actitud general es peculiar: permanecen postrados sobre la cama, con los miembros flexionados, estatuarios o en la posición que se los deje.
4. Gran enflaquecimiento del tórax y segmentos proximales de los miembros y edemas de los segmentos distales (edema frío, no doloroso a la presión, blando y se localiza en un comienzo por orden de frecuencia en miembros inferiores, manos, cara y antebrazo).
5. Lesiones de piel, áspera, seca, fría, sin brillo, descamación, melanosis, lesiones pelagrosas, eritema, despigmentación con hiperpigmentación de los bordes. Queratosis folicular, fisuras lineales en flexuras: acrocianosis, escaras piodermitis secundarias. La descamación puede ser fría o en láminas, a veces en

colgajos. La melanosis, en áreas de la piel expuestas a la luz solar. Petequias o alteraciones purpúricas, de mal pronóstico. Son comunes las lesiones de intertrigo.

6.- Cabellos finos, secos, quebradizos, fácilmente se caen (alopecia). Si la desnutrición se prolonga, con varias recaídas, puede aparecer la señal de la bandera, franjas de coloración clara y oscura. Las alteraciones del cabello pueden ser de tres tipos: a) Pelo ralo o varias zonas de calvicie. b) Acromotriquia o despigmentación, que puede llegar a la decoloración completa. c) Cambios de textura: frágil, fino y seco, que se desprende con facilidad a la tracción.

7.- Uñas: finas, quebradizas, sin brillo, crecen poco.

8.- Mucosas: lengua con glositis de color rojo vivo por carencia de ácido nicotínico o de color violeta por déficit de riboflavina. Puede haber hipertrofia de las papilas, retracción y lesiones de las encías, labios rajados sangrantes, lesiones comisurales Atrofia papilar de la lengua.

9.- Ojos: Alteración de la conjuntiva, córnea: manchas, queratomalacia, úlceras, xeroftalmia. Puede llegar a la ceguera. Sequedad conjuntival y falta de lágrimas todo ello traduce la deficiencia de complejo B y vitamina A y C.

10.- Huesos: osteoporosis, líneas de parada de crecimiento, edad ósea retardada (proporcional al peso y no a la edad cronológica). Adelgazan de la cortical e intensificación de la línea de calcificación provisional.

11. Sistema nervioso: retardo neuropsicomotor, atrofia cortical y/o subcortical, retraimiento o irritabilidad. Menor PC con disminución de masa cerebral, alteración neuronal con disminución del árbol dendrítico y la orientación aberrante de la acción neuronal. Puede haber alteraciones bioquímicas, neurofisiológicas, metabólicas, bioeléctricas y funcionales que pueden ser reversibles si durante el tratamiento estos niños son sometidos a estimulación psicoafectiva temprana.

12. Vómitos, diarrea, anemia, edema. La anemia es de tipo carencial de mediana intensidad e hipocromía. A veces hay anemia megaloblástica, que responde a la administración de ácidos fólico o vitamina B 12.

13. Hepatomegalia, por acumulación grasa en los hepatocitos. La exploración del funcionamiento hepático demuestra alteraciones de la prueba de floculación.

14. Alteraciones bioquímicas (hipoalbuminemia) intensas (menor proporción de las alfa globulinas y de las beta globulinas).

15. Compromiso del sistema circulatorio, cuyos principales síntomas: son hipotensión, baja de la FC y tiempo de circulación prolongado. En el ECG puede haber anomalías como bajo voltaje y aplanamiento de las ondas.

16. Alteraciones inmunitarias: La desnutrición es la causa más frecuente de inmunodeficiencia. Los efectos principales se observan a nivel de la inmunidad celular, sistema de complementos, actividad fagocítica y respuesta de la IgA secretoria.

17. Termorregulación: La termolabilidad es una característica que en el niño desnutrido se representa por la escasez del panículo adiposo y el aumento relativo de la superficie corporal con mayor pérdida de calor y con menor termogénesis por trastorno del metabolismo. Las alteraciones de la termorregulación, con tendencia a la hipotermia, se deben además al compromiso de los centros superiores hipotalámicos

B) Marasmo

La desnutrición por carencia alimentaria prevalentemente calórica (hipoalimentación del lactante) comienza en los primeros meses de vida (1 er. trimestre). Ocurre con mayor frecuencia en el lactante (1-2 años) aunque puede aparecer también en edades más avanzadas. Se caracteriza por un gran enflaquecimiento alcanzando la pérdida ponderal al 40% o más con relación a la edad; hay pérdida del tejido graso (emaciación) que compromete no sólo la pared abdominal y la cintura escapular y pelviana, sino también las mejillas. La pérdida de grasa provoca ojos hundidos, mejillas deprimidas (facies de viejo o de Voltaire), nalgas colgantes o en tabaquera, resaltos óseos.

El pliegue cutáneo, tomado con pinzas calibres, es menor a 10 mm (2mm en la D IR). La piel aparece arrugada, de color pálido grisáceo, seca, contrastando a veces

con el enrojecimiento intenso de las mucosas .Es frecuente el enfriamiento distal. A nivel de prominencias óseas, la piel aparece delgada y brillante y hasta con ulceraciones que se infectan y son difíciles de mejorar. Son comunes las manifestaciones eritemato erosivas de la región gluteogenital. Las masas musculares están más reducidas y el tono muscular puede ser muy variable. Hay autofagia proteica (hipotrofia muscular) y en los períodos muy avanzados (atrepsia, descomposición, caquexia), detención del crecimiento estatural.

Existe compromiso de las funciones vitales, sin que haya infecciones que lo expliquen; hay enfriamiento de los segmentos distales de las extremidades. El pulso es muy difícil de aparecer por su escasa tensión y puede ser irregular. En el abdomen con pared delgada se puede observar asas intestinales distendidas; es común el meteorismo, que puede ser muy intenso. En periodos avanzados, hay atrofia de vellosidades intestinales con mala absorción y diarrea recurrente y prolongada.

Las proteínas plasmáticas son normales o están ligeramente bajas. Las alteraciones hematológicas son muy significativas, si es que no hay complicaciones. Por lo general no hay anemia y la hemoglobina es normal, si hay alteraciones de glóbulos rojos su vida media es normal. El recuento leucocitario es bajo.

Los signos de deficiencia de hierro son menos frecuentes en estos niños que en niños normales. Pero si se inicia la recuperación, la anemia y la deficiencia de hierro se hacen evidentes. Las infecciones son muy frecuentes y contribuyen a agravar la desnutrición, siendo casi siempre la causa de la muerte (puede deberse a una alteración de los mecanismos de defensa específicos y no específicos).

Puede dejar secuelas (retraso psiconeuromadurativo, cirrosis hepática). En las carencias crónicas se modifica el metabolismo y se adapta a las condiciones carenciales.

C) **Mixta** (marasmo-kwashiorkor)

Por carencia global, calórica proteica (desnutrición por hambre). Es una desnutrición de 3er. grado con características clínicas de los dos tipos de desnutrición. Es la prevalente en nuestro medio. Hay signos de marasmo y de emaciación, con hipoalbuminemia.⁵¹

La desnutrición puede ser:

1.- Dependiendo del tipo de nutriente:

a) Específica: Cuando falta un nutriente bien determinado.

Anemia = Falta de hierro.

Raquitismo = Falta de vitamina D.

Escorbuto = Falta de vitamina C.

Cretinismo = Falta de yodo.

b) Global: La deficiencia nutricional, tanto calórica como proteica, es la entidad médico social más importante en todo el mundo, en virtud de su elevada prevalencia, mortalidad y secuelas.

2.- Dependiendo de la causa:

a) Primaria o carencia: Por oferta inadecuada de alimentos (déficit de ingestión) en virtud de condiciones socioeconómicas desfavorables. Carencias prolongadas.

b) Secundaria sintomática: Aprovechamiento inadecuado de alimentos recibidos en forma correcta. La pérdida de peso es transitoria y sintomática de una enfermedad que altera el apetito y más los requerimientos calórico proteicos (enfermedades infecciosas, agudas o crónicas, neoplasia), altera la absorción de los alimentos (celiaca) o su metabolización (diabetes). Este tipo de desnutrición desaparece al curar la enfermedad que le dio origen.

Las manifestaciones DPT (desnutrición proteicocalórica)

⁵¹ <http://www.invdes.com.mx/antecedentes/Marzo2000/htm/ssa82.html>

a) Universales: Presentes en todos los desnutridos. Son de naturaleza bioquímica (hipoalbuminemia, hipocolesterolemia, hipoglicemia, etc.) y traducen tres procesos fundamentales de la desnutrición (3 D).

Dilución = Bioquímica

Disfunción = Hipo función en el desenvolvimiento neuromotor.

Depleción = Distrofia, atraso en el crecimiento físico.

Este proceso lleva a una:

Desaceleración = Casos leves de crecimiento.

Interrupción = Casos moderados.

Involución = Casos graves.

b) Circunstanciales: Son de naturaleza clínica (Ej: edema, alteración de cabellos y de piel) y se combinan de diversas maneras, dando los diferentes cuadros clínicos, con dos extremos bien definidos: marasmo y kwashiorkor, con numerosas formas intermediarias o indeterminadas.

c) Agregados: Pueden depender:

1. Dolencia primaria que provoca desnutrición Ej-. Vómitos en estenosis, hipertrofia del píloro.

2. De las complicaciones de la desnutrición: a) Infección intercurrente, EDA, IRA con neumonía. b) Disturbios hidroelectrolíticos y deshidratación.

La desnutrición pluricarencial o primaria facilita la instalación de infecciones, que la agravan, cerrando un círculo vicioso (desnutrición más infección y mayor desnutrición) y es causa de fondo de la alta morbi- mortalidad infantil en países subdesarrollados.

Signos y Síntomas más frecuentes:

Baja de peso

Baja de masa grasa y muscular

Particularidades del desnutrido

1. Alteración gastrointestinal.

- a) Masticación y deglución.
- b) Atrofia de la mucosa gástrica e hipocloridia con enflaquecimiento de la barrera a las bacterias.
- c) Páncreas: Disminución de amilasa, lipasa, tripsina y quimiotripsina.
- d) Hígado: Disminución de la síntesis de las sales biliares y de su conjugación.
- e) Intestino delgado: 1.- Aumento del crecimiento bacteriano que lleva a la desconjugación de los ácidos biliares, hay reducción de las sales biliares conjugadas, con alteración en la digestión. 2.- Reducción de las disacaridasas lactosa.

2. Metabolismo de las proteínas

Hay buena absorción y utilización de las proteínas de alto valor biológico (proteínas animales). A causa de las reservas cutáneas y musculares, el proteinograma plasmático permanece bastante tiempo sin alteraciones, pero a la larga surge la disproteinemia, más evidente en el Kwashiorkor, con disminución temprana del Na-aminico, expresión del balance nitrogenado alterado.

3.-Metabolismo de las grasas.

- a) Ingestión insuficiente (la fuente de grasa animal es carente en la dieta del desnutrido).
- b) Digestión deficiente (por déficit de lipasa y sales biliares conjugadas).
- c) Absorción deficiente (50% contra 85% que es lo normal).

4.-Metabolismo de los hidratos de carbono.

Insuficiencia pancreática, baja producción de disacaridasas y lactasa (en el edematizado en el marasmático con diarrea crónica). Lesión estructural del intestino delgado; neoglucogénesis comprometida en virtud de la baja reserva funcional adrenal. Movilización defectuosa: consumo periférico disminuido.

Consecuencia: Todo lo anterior lleva a un disturbio en la absorción y utilización de los hidratos de carbono que produce a hipoglucemia.

5. Metabolismo de agua y electrolitos.

- a) Hipotonicidad extracelular y edema intracelular.
- b) Dilución - Hiposmolar, hiponatremia (sodio intracelular aumentado), potasio sérico normal o bajo.
- c) Electrolitos intracelulares: potasio, magnesio y fósforo disminuidos.
- d) Poliuria con orina hipotónica (nefropatía temporaria por déficit de potasio).
- e) Alteración del equilibrio ácido-base: tendencia a acidosis metabólica, a veces alcalosis metabólica en las deficiencias graves del potasio.

Consecuencias de la desnutrición infantil

Las complicaciones que sufre un niño cuando es alimentado deficientemente no sólo tienen efecto en la estatura y el peso. Esto se debe a que una dieta inadecuada tiene consecuencias negativas en los niveles de vitaminas, proteínas y minerales, lo cual conduce a la desnutrición.

La desnutrición daña principalmente a los pequeños que viven en la pobreza extrema, pues carecen de recursos económicos necesarios que les permitan llevar un buen régimen alimenticio. Por otra parte, también se desarrolla porque la dieta de algunos niños no es vigilada y por tanto, no tiene un balance de nutrientes. Así, a medida que este mal avanza se originan trastornos en la salud de los pequeños y son más susceptibles a adquirir diversas infecciones. Además, se altera la función de órganos como riñón e hígado, lo cual aunado a la deficiencia proteínica ocasiona que el niño tratado con fármacos tenga una alteración importante en la absorción, distribución, metabolismo y eliminación de los mismos. Esto puede provocar una intoxicación con el consecuente riesgo de caer en estado de coma.

Etiología de la desnutrición

La correlación de la desnutrición infantil con factores socioeconómicos ambientales adversos se debe no solo a la falta de aporte de nutrientes esenciales, si no a la interacción de factores como la contaminación del medio y saneamiento ambiental, reprivación afectiva, acceso a la salud y educación, condiciones de vivienda.

El destete precoz e introducción inadecuada de alimentación artificial en el lactante es el principal factor que lleva a su desnutrición en los primeros años de vida. La

edad y escolaridad de la madre, cesantía del padre y números de hijos, puede constipar factores de riesgo.

Por lo tanto una buena anamnesis debe considerar estos antecedentes, así como la evolución de la curva ponderoestatural en cada periodo de vida y su relación con infecciones intercurrentes.

Sin embargo, aun en presencia de los factores anteriores, debe descartarse una patología subyacente como causa de la desnutrición.⁵²

Diagnóstico:

Se debe hacer una historia clínica completa, acompañada por un examen físico. Siempre es necesario buscar una causa orgánica, la cual, en este tipo de pacientes sobre la base de la clínica y los exámenes necesarios es fácil de encontrar.

El diagnóstico de desnutrición se basa, fundamentalmente en la anamnesis y el examen físico completo. Las formas ocultas pueden diagnosticarse tempranamente tomando en cuenta el nivel de riesgo (factores orgánicos, psicoafectivos, socioeconómicos, culturales). El examen físico debe completarse con estudios bioquímicos a fin de prevenir la aparición de las alteraciones funcionales, somáticas y psíquicas.

Antropometría.- El Comité de Antropometría Nutriológica de la Oficina de Alimentos y Nutrición del Consejo Nacional de Investigación de México propone los siguientes parámetros:

Peso y talla. Circunferencia cefálica, braquial, torácica y de la pierna. Diámetro biacromial y bicrestal. Pliegue cutáneo brazo y tórax. Edad ósea. Número de dientes.

El bajo peso al nacer representa uno de los principales factores de riesgo de enfermar y morir en los primeros años de vida, lo que determina que la intervención de la embarazada se altere en relación al costo.

⁵² Bennet y Plum., Tratado de Medicina Interna Vol. 1. Editorial Mc Graw Hill Interamericana-México DF., 1999. Edición No. 20 Pp 228-230

La anemia ferropriva representa la principal carencia nutricional específica a nivel mundial.

Atención primaria de la salud

Control del crecimiento y desarrollo:

Debe incluir la evaluación del estado nutricional materno, educación nutricional, suplementación con hierro y folatos.

Cuidados alimentarios y nutricionales de niños desnutridos:

El tratamiento dietético constituye un elemento fundamental en la recuperación de la desnutrición infantil. El esfuerzo por mejorar la alimentación se dificulta por los insuficientes conocimientos del personal sanitario, en relación a la cual debiera ser la alimentación más adecuada de los niños desnutridos.

La exploración antropométrica

La antropometría nutricional pretende evaluar las dimensiones y proporciones corporales, al mismo tiempo que valora algunos aspectos macroscópicos de la composición corporal y sus variaciones. La medición repetida en el tiempo de diferentes parámetros antropométricos y su comparación con sus patrones de referencia permite detectar precozmente desviaciones de la normalidad y controlar la evolución del estado nutricional y la respuesta al tratamiento establecido.

1. **Peso.**- Debe determinarse con el niño desnudo (lactantes) o bien en ropa interior ligera, descalzo (niños mayorcitos).
2. **Talla.**- Para la determinación de la talla se utilizan estadiómetros. Con una precisión mínima de 0,5 cm.
3. **Perímetro craneano.**- Se obtiene colocando una cinta métrica inextensible - precisión 1 mm alrededor de la cabeza, de manera que cruce la frente sobre la gabel y los arcos superciliares y, en la parte posterior, sobre la parte más prominente de occipucio.
4. **Pliegues cutáneos.**- Los pliegues cutáneos permiten medir la depleción o el

exceso de los depósitos de grasa. Se pueden tomar en diferentes localizaciones, aunque los más utilizados son el pliegue tricipital, bicipital, subescapular.⁵³

Tratamiento:

En primer lugar, tratar en cuanto sea posible la enfermedad de base, y en segundo lugar, se requiere una rehabilitación nutricional gradual y adecuada.

La recuperación del desnutrido *crónico* requiere de un enfrentamiento multiprofesional, ya que es importante considerar los factores sociales, psicológicos y ambientales asociados. En principio, debe recuperarse al niño en su hogar, pero si el deterioro es muy severo o la situación del hogar muy crítica, puede ser necesario sacar al niño transitoriamente de su medio a un *centro* especializado o ambiente protegido. Se ha estimado requerimientos para recuperación nutricional de 0.22 gr. de proteínas y 5 Kcal. por gramo de *tejido* depositado, y recomendaciones de nutrientes en general del orden de 150 a 200% de los requerimientos normales por kg de peso. La velocidad con que se llegue a estos aportes depende del estado inicial del paciente, debiendo corregirse primero los trastornos hidroelectrolíticos y ácidobase. Es recomendable en un paciente muy depletado iniciar aportes cercanos a los requerimientos basales, y aumentarlos progresivamente de acuerdo a la tolerancia del paciente en base a fórmulas de fácil digestión, cuidando de suplementar simultáneamente vitaminas y minerales. Debe evitarse el "síndrome de realimentación" en los casos de *desnutrición* severa; esta condición es provocada principalmente por un descenso brusco de los niveles plasmáticos de potasio y fosfato, al ingresar éstos al compartimento intracelular. La vía oral siempre es de elección, pero debe recurrirse a la alimentación enteral continua cuando la tolerancia oral o la digestiva son malas; la vía nasoyeyunal se justifica solo en caso de vómitos o intolerancia gástrica. La alimentación parenteral está indicada si no es posible utilizar la vía digestiva, o los aportes por esta vía no son suficientes. Es importante suplementar la *nutrición* con multivitamínicos, folato, hierro y zinc durante la recuperación nutricional, ya que los requerimientos de estos nutrientes aumentan, y

⁵³ http://www.indexmedico.com/publicaciones/journals/revistas/bolivia/instituto_sucres/edicion1/byron_desnutricion.htm

hay deficiencias preexistentes de ellos. Puede requerirse también suplementos de cobre, carnitina, calcio, fosfato y magnesio.⁵⁴

VI.- APLICACIÓN DEL PROCESO DE ENFERMERÍA A UN USUARIO CON RETINOPATÍA Y DESNUTRICIÓN.

Metodología de intervenciones de enfermería

Valoración por necesidades

Mediante la aplicación de una guía de entrevista bajo el referente de las 14 necesidades básicas del ser humano de Virginia Henderson, se obtienen los siguientes datos:

1. **Oxigenación:** Presenta independencia en la satisfacción de esta necesidad, manifestada por FR: , FC: , T/A:

No tiene toxicomanías

Necesidad sin evidencias

2. **Nutrición e hidratación:** La paciente presenta dependencia en la satisfacción de esta necesidad manifestada por pérdida del gusto al apetito, su abuelita es quien se encarga de darle su alimento y tiene que estar diciéndole que coma ya que se distrae y deja de comer, come en pocas cantidades y presenta náuseas cuando se siente satisfecha.

Generalmente en el desayuno toma 1 vaso de leche, almuerza huevo con jamón con media tortilla o ninguna, en la comida caldo de pollo y en la cena cereal con leche, muy rara vez come entre comidas.

Ingiera muy poca cantidad de agua ya que no le gusta y su abuelita es quien le insiste en que ingiera líquidos, por tanto presenta estreñimiento, presenta levemente resequedad en la piel, todos los días se le aplica crema hidratante en todo su cuerpo.

⁵⁴ http://www.nutrisa.com/productos_nutrisa/productos_nutrisa.html?gclid=CMHD9YOI6o4CFRFBhgodayDSJA

Su peso actual es de 13.600 kg y mide 112.5 cm

3. **Necesidad de eliminación:** La paciente presenta alteración en la satisfacción de esta necesidad manifestada por estreñimiento ya que la frecuencia de evacuaciones es cada tercer día, de consistencia dura y refiere hacer esfuerzo para lograr evacuar, no tiene uso de laxantes. Orina con frecuencia de 4 a 6 veces al día de color amarillo oscuro, sin dolor, sin ardor o algún otro signo de alteración.
4. **Necesidad de moverse y mantener una buena postura:** La paciente presenta alteración en la satisfacción de esta necesidad manifestada por vigilancia por parte de su abuelita cuando la niña camina ya que su vista no esta en óptimas condiciones y ella puede sufrir un accidente, en su hogar ella anda sola pero a veces cuando ella quiere tomar algo no lo toma de primera intención y camina con cuidado, cuando sale a la calle siempre la llevan de la mano, y su mano izquierda la niña siempre la lleva tapándose su ojo izquierdo.

Su estado de conciencia es normal, presentando una expresión facial de alerta ya que siempre quiere andar corriendo sin presentar ninguna agitación, su postura es dependiente debido a que no necesita ayuda para moverse, su modo de andar es sin ayuda de ningún aparato ortopédico, su ejercicio habitual es correr.

5. **Necesidad de descanso y sueño.** La paciente no presenta alteración en la satisfacción de esta necesidad ya que por la noche duerme de 8 a 10 horas, le gusta cantar para conciliar el sueño despertando con la sensación de descanso, refiere no tener siesta durante el día.
6. **Necesidad de vestirse adecuadamente:** La paciente presenta alteración en la satisfacción de esta necesidad manifestada por vestirse con limitaciones y se desviste sin limitación, no presenta ninguna alergia a la ropa pues siempre usa ropa cómoda y limpia se viste de acuerdo a su edad y le agrada la forma en que se viste en ocasiones su estado de ánimo influye para la selección de la ropa, así como también su mamá le compra la ropa a su gusto, se cambia de ropa diariamente.

7. **Termorregulación:** La paciente presenta independencia de esta necesidad ya que su temperatura axilar es de 36° c, no presenta sudoración cutánea durante el examen físico.
8. **Necesidad de higiene y protección de la piel:** La paciente presenta alteración en la satisfacción de esta necesidad ya que es dependiente de su abuelita que es quien la baña diariamente y cambia de ropa, su cepillado de dientes es 1 vez al día, su piel y cabello es un poco reseco pero sin tendencia a perderlo.
9. **Necesidad de evitar peligros:** La paciente presenta alteración en la satisfacción de esta necesidad manifestado por riesgo al salir a la calle sola y en su casa caerse de lo escalones ya que su vista no se encuentra en optimas condiciones debido a la retinopatía por prematurez. Necesidad con evidencia de alteraciones.
10. **Necesidad de comunicarse y sexualidad:** La paciente no presenta alteración en la satisfacción de esta necesidad manifestado por hablar con claridad y rapidez, su comunicación es coherente y organizada, su curso de pensamiento es adecuado. Necesidad sin evidencia de alteración.
11. **Necesidad de vivir según sus creencias y valores:** La paciente no presenta alteración en la satisfacción de esta necesidad manifestado por sentirse satisfecha con los valores que le inculcaron en su familia, la persona quien le gustaría que tomara una decisión por ella es su mamá. Necesidad sin evidencia de alteración.
12. **Necesidad de trabajar y realizarse:** La paciente no presenta alteración en la satisfacción de esta necesidad manifestado por ser una niña dedicada a su escuela acudiendo a una especial para niños con discapacidad visual, por su edad de 5 años no realiza actividades laborales.
13. **Necesidad de jugar / participar en actividades recreativas:** La paciente no presenta alteración en la satisfacción de esta necesidad manifestado por no tener pérdida de interés por las actividades recreativas, reserva mucho tiempo para divertirse su diversión preferida son las muñecas. Necesidad sin evidencia de alteración.
14. **Necesidad de aprendizaje:** No presenta alteración en la satisfacción de esta necesidad manifestado por adaptarse en el momento de aprender, no

presenta retraso en el desarrollo, tiene interés en el aprendizaje ella pregunta y escucha. Necesidad sin evidencia de alteración.

AGRUPACION DE DATOS.

Se trata de una usuaria de 5 de edad, originaria del municipio de Tarímbaro Michoacán, actualmente vive con su mamá, su abuelita y su única hermana que es mayor para ella, es de religión católica y su vivienda es tipo rural con paredes de tabique y techo de teja, cuenta con luz y agua, patio de tierra.

Resolución del embarazo a las 25 semanas de gestación, con un peso de 800 grs. talla de 37 cm. y un apgar de 7 y 8 a los 5 minutos respectivamente. Ingres a UCIN donde la atendieron por dos semanas de tiempo en el cual su peso desciende a 600 grs. posteriormente ingresa a incubadoras donde permaneció tres meses y salió con un peso de 1,800 grs.

Necesidades alteradas

La paciente presenta alteración en la satisfacción de nutrición y eliminación manifestado por tener perdida del gusto por el apetito, durante el día consume en pocas cantidades su alimento por lo que presenta desnutrición leve, ingiere $\frac{1}{4}$ de litro de agua al día por lo que la paciente presenta estreñimiento, el evacuar realiza esfuerzo evacuando heces de consistencia dura; su expresión facial es de alerta debido a que no ve con su ojo derecho y con el ojo izquierdo ve poco por lo que tiene riesgo de sufrir algún accidente ya que en su hogar ella anda caminando sin ayuda debido a que ya conoce su casa sin embargo su abuelita quien esta encargada de cuidarla y siempre la esta observando, todos los días la baña y la cambia de ropa, la paciente no identifica colores, a las personas las reconoce por su respectivo olor o por la voz, los objetos los reconoce por la textura y los alimentos por el olor.

METODOLOGÍA DE LAS INTERVENCIONES DE ENFERMERÍA

Diagnósticos de enfermería y problemas interdependientes

1.- Problema interdependiente real

Desnutrición secundario a: una ingesta insuficiente de nutrientes.

Objetivo

- ♦ La usuaria aumentará su peso paulatinamente.

Intervenciones de enfermería

- ♦ Charla a la abuela sobre la importancia de ingerir una alimentación completa, equilibrada y variada durante una hora cada tercer día; lunes, miércoles y viernes.
- ♦ Confeccionar una dieta hipercalórica e hiperproteica en conjunto con la abuela y usuaria de acuerdo a su nivel económico y alimentos regionales y de temporada.
- ♦ Incluir suplementos ricos en calorías y / o proteínas, ya sean comerciales o hechos en casa.
- ♦ Recomendar ingestas ligeras, de poca cantidad, frecuentes (6 veces al día) y con variación de alimentos.
- ♦ Incluir estimulantes del apetito.
- ♦ Establecer horarios de alimentación.
- ♦ Verificar que lleve la dieta establecida.
- ♦ Llevar control de peso cada semana.
- ♦ Referirla con un médico Pediatra.

2.- Problema interdependiente real

Retinopatía secundario a: oxigenoterapia prolongada, manifestado por ceguera total en ojo izquierdo.

3.- Problema interdependiente de riesgo

Riesgo de lesión secundario a: ceguera.

1.- Diagnóstico de enfermería real

Estreñimiento relacionado con una alimentación baja en fibras y menor ingesta de líquidos manifestado por heces duras con esfuerzo y disminución en la frecuencia de evacuación.

Definición

Estreñimiento: Estado en el que el individuo experimenta o está en alto riesgo de experimentar una éstasis del intestino grueso, lo que da como resultado una eliminación poco frecuente o heces secas y duras.

Objetivo

El usuario mejorará su función intestinal

Intervenciones de enfermería

Confeccionar dieta rica en fibra y abundantes líquidos.

Fomentar la ingesta de líquidos de un mínimo de 1000 ml/día.

Fundamentos

Ejecución

Planeación

2.- Diagnóstico de enfermería real

Déficit de volumen de líquidos relacionado con disminución de ingesta oral manifestado por micciones poco frecuentes y concentradas.

Definición

Déficit de volumen de líquidos: Estado en el que un individuo que no está en dieta absoluta experimenta o está en riesgo de experimentar deshidratación vascular, intersticial o intracelular.

VII.- CONCLUSIONES

En este documento se concluye que las respuestas del paciente fueron parcialmente satisfactorias ya que la usuaria no puede llevar a cabo su tratamiento al como lo indica el médico debido a que la solvencia económica no le es suficiente para atender su patología.

Actualmente acude a citas con el Dr. Especialista en retinopatía del prematuro lo cual se le programo cirugía de su ojo derecho para mejorar su visión.

Y con lo que respecta a nutrición se le refirió con un especialista nutriólogo, actualmente acudió a una primer cita y cada 15 días esta citada para su valoración.

VIII.- SUGERENCIAS

A lo largo de este trabajo se puede observar como la retinopatía es un problema actual en todo el mundo sin embargo las personas que sufren esta discapacidad generalmente no son atendidas., por tanto se sugiere que halla mas programas para la atención de las familias que viven con miembro de familia con esta discapacidad, ya que es muy caro atender esta patología y muchas de la familias no cuentan con este recurso.

IX.- GLOSARIO DE TÉRMINOS

Anamnesis: La facultad de la memoria.

Anemia ferropriva: Caracterizada por la disminución o ausencia de depósitos de hierro, baja concentración sérica de hierro, disminución de la saturación de transferrina, baja concentración de hemoglobina y hematocrito.

Apnea: Suspensión de la respiración. Ataques pasajeros de insuficiencia de la regulación automática de la respiración, que se tornan más intensos durante el sueño y pueden originar acidosis y vasoconstricción e hipertensión de las arteriolas pulmonares.

Atrepsia: Marasmo

Autofagia: Acción de comer de la propia carne. Nutrición del cuerpo mediante consumo de sus propios tejidos.

Bradicardia: Lentitud del latido cardíaco, que se manifiesta por disminución de la frecuencia del pulso a menos de 60.

Ceguera: Falta o pérdida de la vista; falta de la percepción de estímulos visuales.

Córnea: Parte anterior transparente del ojo.

Crioterapia: Uso terapéutico del frío.

Desnutrición: Es un síndrome conocido desde hace muchos años que proviene de un desequilibrio entre el aporte de nutrientes a los tejidos, ya sea por una dieta inapropiada o por una utilización defectuosa por parte del organismo.

Ectopia: Desplazamiento o posición defectuosa, principalmente si son congénitos.

Escorbuto: Estado que depende de deficiencia de ácido ascórbico (vitamina C) en la dieta y se caracteriza por debilidad, anemia, encías esponjosas, tendencia a las hemorragias mucocutáneas y endurecimiento leñoso de los músculos de pantorrillas y piernas.

Fotocoagulación: Condensación de material proteico mediante el uso controlado de un haz de luz intensa; se emplea especialmente en el tratamiento de desprendimiento de retina y para la destrucción de vasos retinianos anormales o de masas humorales intraoculares.

Glaucoma: Grupo de enfermedades oculares caracterizados por el aumento de la presión intraocular, que produce cambios patológicos en el disco óptico y defectos típicos en el campo de la visión.

Hipoxia: Reducción del suministro de oxígeno a los tejidos por debajo de los niveles fisiológicos, a pesar de una perfusión tisular adecuada por sangre.

Kwashiorkor: Forma de mal nutrición energético-proteica producida por una deficiencia grave de proteínas; la ingesta calórica suele ser también deficiente. Los síntomas consisten en retraso del crecimiento, cambios en el pigmento de la piel y el cabello, edema, inmunodeficiencia y cambios patológicos en el hígado.

Marasmo: Forma de mal nutrición calóricoproteica debida principalmente a un déficit calórico prolongado e intenso, que aparece preferentemente durante el primer año de vida, con retraso del crecimiento y agotamiento progresivo de la grasa subcutánea y del músculo.

Metabolismo: Suma de los procesos físicos y químicos por medio de los cuales se produce y conserva la sustancia viva organizada; también transformación por medio de la cual queda energía disponible para que la emplee el organismo.

Neovasos: Los neovasos son extraordinariamente frágiles y se rompen fácilmente, produciendo grandes hemorragias en el ojo y en especial en el humor vítreo, lo cual impide cualquier tipo de visión.

Nutrición: Conjunto de procesos mediante los que se ingieren, asimilan y utilizan los nutrientes.

Raquitismo: Afección debida a una deficiencia de vitamina D, especialmente en la lactancia y la infancia, con alteraciones de la osificación normal, caracterizadas por distorsión de los huesos, retardo en el cierre de las fontanelas, dolor muscular y sudoración de la cabeza.

Retina: La túnica mas interna del globo ocular, que contiene los elementos nerviosos para la recepción y transmisión de los estímulos visuales.

Retinopatía: Retinopatía bilateral que se produce de forma típica en lactantes prematuros tratados con altas concentraciones de oxígeno, caracterizada por proliferación, dilatación y tortuosidad vascular, edema, desprendimiento retiniano y tejido fibroso por detrás del cristalino.

Vasculogénesis: Se define vasculogénesis como la formación *de novo* de vasos por diferenciación y ensamblaje de precursores mesodérmicos indiferenciados. Estos precursores se unen, se alinean formando cordones que desarrollan una cavidad interna y dan lugar a capilares primitivos.

Vasos sanguíneos: Conducto que sirve para transportar sangre.

ROP: Retinopatía por prematurez⁵⁵

⁵⁵ DORLAN., Diccionario médico ilustrado., Edición 25., McGraw HILL - INTERAMERICANA

X.- BIBLIOGRAFÍA

Ann Marriner – Tomey, Ph. D. R.N., F.A.A.N., Tercera Edición

Bennet y Plum., Tratado de Medicina Interna Vol. 1. Editorial Mc Graw Hill Interamericana-México DF., 1999. Edición No. 20

Berman Audrey. Erb Glenova. Kozier Bárbara. Zinder Shirlee. Fundamentos de Enfermería. Conceptos, proceso y práctica. 7ª Edición. Vol. 1. Mc Graw- Hill- Interamericana.

D. Bernochi – Losey. PW Iyer B.J. Tapich. Proceso y diagnósticos de enfermería. Mc GRAW HILL INTERAMERICANA. 3ª Edición. 1997. Pp 9

DORLAN., Diccionario médico ilustrado., Edición 25., McGraw HILL - INTERAMERICANA

Eva Reyes Gómez., Susana Rosales Barrera., Fundamentos de enfermería., proceso enfermero., Manual moderno., 3ª edición.

Flores Solís Ma. Dolores., Universidad Michoacana de san Nicolás de Hidalgo., Antología de Nutrición 2003.

Fundamentos de enfermería., Universidad Nacional Autónoma de México Escuela Nacional de enfermería., Antología., Tomo 1

Murray Mary Ellen., Proceso de atención enfermero., leslie d. atkinson., manual moderno.

Janet., J. Christensen., W.Griffith - Paula., Proceso de atención de enfermería., Aplicación de teorías y modelos., manual moderno.

Ledesma Delgado Ma., Esther. Ortiz Díaz Ma. Elena., Proceso de Enfermería., Metodología para la práctica profesional., 1º Edición.

Lynda Juall Carpenito Planes de cuidados y Documentación en enfermería, Interamericana.

Rodríguez Bertha Alicia. Proceso Enfermero. Editorial Cuellar. México, 2002.

Manual Op. Cit. Pp 100,102

Revista de Posgrado de la VIa Cátedra de Medicina - N° 164 – Diciembre 2006.

Rodríguez, Bertha Alicia. Proceso Enfermero. Editorial Cuellar. México, 2002.

ES.htm<http://www.update-software.com/abstractsES/AB001077>

ES.htm<http://www.nlm.nih.gov/medlineplus/spanish/ency/article/001618.htm>

<http://www.nlm.nih.gov/medlineplus/spanish/ency/article/001618.htm>

<http://www.minsa.gob.pe/portal/ocom/prensa/notadeprensa.asp?>

<http://images.google.com.mx/images?q=retinopatia&hl>

<http://www.invdes.com.mx/antiores/Marzo2000/htm/ssa82.html>

http://www.indexmedico.com/publicaciones/journals/revistas/bolivia/instituto_sucree/edicion1/byron_desnutricion.htm

<http://www.terra.es/personal/duenas/teorias2.htm>

<http://www.tsbvi.edu/Outreach/seehear/winter98/rop-span>

<http://www.updatesoftware.com/abstractsES/AB001077>

<http://www.zonadiet.com/nutricion/>

XI.- ANEXOS

VALORACIÓN POR NECESIDADES

1.- NECESIDAD DE OXIGENACIÓN

Frecuencia respiratoria _____

Calidad: normal _____ superficial _____ taquipnea _____ hipopnea _____

Ruidos a la auscultación _____ descripción _____

Tos: SI __ NO __ características _____

Secreciones SI __ NO __ características _____

Tabaquismo SI __ NO __ otros _____

¿Tiene alguna alergia respiratoria? _____

2.- NECESIDAD DE NUTRICIÓN E HIDRATACIÓN

Peso _____ talla _____

Dieta habitual: desayuno _____ comida _____ merienda _____ cena _____

Dieta especial _____

Aproximada ingesta de líquidos por día 1lts. __ 2lts. __ 3lts. __

Intolerancia a algún alimento SI NO ¿cual? _____

Características del apetito normal _____ disminuido _____ náuseas _____ vomito _____

Problemas de masticación SI __ NO __ usa prótesis dental SI __ NO __

Problemas de deglución SI __ NO __ cual _____

La piel esta hidratada _____ características _____

Come entre comidas frecuentemente _____ rara vez _____ nunca _____

3.- NECESIDAD DE ELIMINACIÓN

Urinaria

Frecuencia _____

Disuria___ poliuria___ Hematuria ___ Retención ___ Incontinencia ___ pañal ___

Color: amarillo claro ___ amarillo oscuro ___ naranja ___ rojo ___

¿Ha sufrido alguna enfermedad urinaria? SI ___ NO ___

¿Cuál? _____

Intestinal:

Frecuencia _____

Estreñimiento SI ___ NO ___ uso de laxante o rutina _____

Diarrea SI ___ NO ___ uso de astringente _____

Incontinencia SI ___ NO ___

Problemas de hemorroides _____ sangrado _____ heces negras _____

4.- NECESIDAD DE MOVERSE Y MANTENER UNA BUENA POSTURA

Expresión facial: alerta ___ hostil ___ dolor ___ miedo ___

Comportamiento motor: inhibición ___ rigidez ___ flacidez ___
incoordinación_____

Otros _____

Características de la postura _____

Modo de deambular: normal_____ lento ___ acelerado ___ tambalearte _____

Otros _____

Limitaciones físicas: temporales ___ permanentes ___ parciales ___ totales _____

Aparatos de ayuda _____ ¿Cuál?

Realiza algún tipo de actividad física SI ___ NO ___ ¿Cuál?

5.- NECESIDAD DE DESCANSO Y SUEÑO

Horas de sueño nocturno _____ otros descansos _____

Problemas del sueño:

Al inicio _____ interrumpido _____ (nº de veces _____) despertar temprano _____
sueño excesivo _____ pesadillas _____ (tipo _____)

Sensación después de dormir: descanso _____ cansado _____ confuso _____ otros _____

Factores que alteran el sueño _____

Ayudas para favorecer el sueño: lectura _____ baño _____ fármacos _____ otros _____

6.- NECESIDAD DE VESTIRSE ADECUADAMENTE

Actualmente ¿es capaz de vestirse por si mismo? SI ___ NO ___ con limitaciones ___

Alergias a determinados tejidos _____ cuales son _____

Que importancia da a su aspecto poca _____ bastante _____ mucha _____

Su forma de vestirse es adecuada al lugar, estación y circunstancias SI ___ NO ___

Otros datos interesantes _____

7.- NECESIDAD DE TERMOREGULACION

Tº corporal: normal _____ hipotermia _____ hipertermia _____ Tº _____ actual

Sudoración cutánea: SI ___ NO ___ ¿están fríos sus pies y/o manos? SI ___ NO ___

Si fuese necesario sería capaz de medirse usted mismo la Tº SI ___ NO ___

8.- NECESIDAD DE HIGIENE Y PROTECCION DE LA PIEL

Hábitos de higiene corporal: baño _____ ducha _____ frecuencia _____

Cepillado de dientes _____ frecuencia _____

Autónomo ____ necesita ayuda; SI ____ NO ____ especificar _____

Descuidado en: cabello _____ dientes _____ uñas _____

Su piel es: seca _____ grasa _____

A notado alguna lesión: (ulcera, eccema) descríbalos _____

Sus cabellos: son secos _____ Grasos _____ se rompen con facilidad _____

Tiene últimamente tendencia a perder el pelo SI _____ NO _____

9 NECESIDAD DE EVITAR LOS PELIGROS

Niveles de conciencia y actitud frente al entorno:

Somnoliento ____ confuso ____ apático ____ hipervigilante ____ distraído ____

Fluctuante ____

No responde a estímulos _____ solo sigue instrucciones _____

Orientación espacio-tiempo-persona

Tiempo: (estación, día, mes, año) especificar _____

Espacio: (país, provincia, ciudad, recinto, sala) especificar _____

Persona: (reconoce personas significativas) especificar _____

Alteraciones perceptivas:

auditivas _____ tipo _____ visuales _____ tipo _____

Táctiles _____ tipo _____ olfativas _____ tipo _____

Localización de la percepción: interna _____ externa _____

Auto descripción de sí mismo:

Alegre ____ triste ____ confiada ____ desconfiada ____ tímida ____ inquieta ____

Sobre valoración de logros ____ exageración de errores ____ infravaloración ____

Auto evaluación general y competencia persona: positiva ____ negativa ____

Sentimientos respecto a ello:

Inferioridad ____ superioridad ____ culpabilidad ____ inutilidad ____ impotencia ____

Tristeza ____ ansiedad ____ miedo ____ rabia ____ depresión ____ otros ____

Alergias a alguna sustancia o medicamento: SI ____ NO ____ cuales ____

El estado de esta persona puede constituir un peligro potencial para ella ____

o para otros ____ especificar

Precauciones: mas vigilancia ____ poner barandillas ____ contención mecánica ____

10 NECESIDAD DE COMUNICARCE Y SEXUALIDAD

Organización del pensamiento-lenguaje:

Contenido: coherente y organizado ____ distorsionado

Descripción de la alteración _____

Curso del pensamiento:

Inhibido ____ acelerado ____ perseverancia ____ incoherencia ____ desorganizado

Formas de expresión:

Claro ____ organizado ____ coherente ____ confuso ____ desorganizado ____

Incoherente ____ tartamudeos ____ autista ____

Humor:

Deprimido ____ eufórico ____ ansioso ____ triste ____ fluctuante ____ apático ____ otros ____

Lenguaje:

Velocidad ____ rápido ____ lento ____ paroxístico ____

Cantidad: abundante _____ escaso _____ lacónico _____ verborreico _____

Tono y modulación:

Alterado _____ hostil _____ tranquilo _____

Vive: solo _____ acompañado _____ lugar que ocupa en la familia _____ rol _____

Personas más significativas _____ principal confidente _____

Personas con las que se relaciona a diario _____

Su relación es: satisfactoria _____ insatisfactoria _____ indiferente _____

Tiempo que pasa solo y por que _____

Tiempo que pasa con amigos y compañeros _____

SEXUALIDAD:

Ultima regla _____ anticoncepción SI _____ NO _____ método _____

Cambios percibidos en las relaciones sexuales: SI _____ NO _____ motivos _____

Nº de embarazos _____ realiza auto examen SI _____ NO _____

11.- NECESIDAD DE VIVIR SEGÚN CREENCIAS Y VALORES

Que es lo más importante para usted en la vida _____

Religión _____

Desea realizar practicas religiosas SI NO visita del capellán? SI NO

En caso de no poder tomar dediciones, que persona le gustaría que lo hiciera por usted _____

12.- NECESIDAD DE TRABAJAR Y REALIZARCE

Se estado de salud le impide hacer lo que le gusta SI NO

Si la respuesta es si explíquese _____

Problemas laborales _____

Tiempo dedicado al trabajo _____ tiempo dedicado al ocio _____

Capacidad de decisión: SI NO resolución de problemas SI NO

Grado de incapacidad personal atribuida _____

13.- NECESIDAD DE JUGAR / PARTICIPAR EN ACTIVIDADES RECREATIVAS

Reserva algún tiempo para divertirse poco _____ mucho _____ suficiente _____

Cual es su diversión preferida _____

Perdida de interés por las actividades recreativas SI NO

Cambio en habilidades o funciones físicas / corporales _____

14.- NECESIDAD DE APRENDIZAJE

Alteración en la memoria: reciente _____ remota _____

Inteligencia general: adaptado al momento _____ retraso en el desarrollo _____

Comportamiento indicativo de interés en el aprendizaje:

Pregunta _____ escucha _____ interés _____ desinterés _____ propone alternativas _____

Conoce usted el motivo de su hospitalización _____

Hay algo que usted desearía saber sobre el medio hospitalario en que se encuentra

NORMA Oficial Mexicana NOM-031-SSA2-1999, Para la atención a la salud del niño.

Control de la nutrición, el crecimiento y el desarrollo del niño menor de cinco años

Medidas de Prevención: Las actividades que han demostrado ser efectivas y que deben promoverse en la comunidad, son:

Orientación alimentaría a la madre o responsable del menor de cinco años en los siguientes aspectos:

Alimentación adecuada de la madre durante el embarazo y lactancia;

Lactancia materna exclusiva durante los primeros cuatro a seis meses de vida;

Ablactación adecuada;

Orientación a la madre y al niño para la utilización de alimentos locales en forma variada y combinada.

Promoción de la higiene dentro del hogar, con énfasis en el lavado de manos, corte de uñas periódicamente, el consumo de agua hervida y cloración de la misma, así como en el manejo de alimentos;

Capacitar a la madre o responsable del menor de cinco años en signos de alarma por desnutrición.

Esquema básico de vacunación completo;

Desparasitación intestinal periódica mediante tratamiento con Albendazol dos veces al año;

Megadosis de vitamina A, en administración periódica;

Fomentar la atención médica del niño sano, para vigilar su crecimiento y desarrollo, en forma periódica;

Atención integrada del niño enfermo.

Consultas

En cada consulta se deberá registrar: edad (en el menor de un año en meses y días y en el mayor de un año en años y meses), peso, talla, perímetro cefálico y evaluación del desarrollo psicomotor.

El personal de salud deberá otorgar al niño menor de 28 días dos consultas médicas, la primera a los siete días y la segunda a los 28.

El personal de salud deberá otorgar al niño menor de un año seis consultas al año, una cada dos meses.

El personal de salud deberá otorgar al niño de uno a cuatro años, una consulta con una periodicidad mínima de cada seis meses.

Se consideran como mínimas, para el registro de peso y talla de los niños en la Cartilla Nacional de Vacunación y en el Censo Nominal, las visitas a las unidades de salud con objeto de recibir las dosis del Esquema Básico de Vacunación:

Menores de un año: al nacimiento, a los dos, cuatro y seis meses de edad;

Al año;

A los dos años; y

A los cuatro años.

Somatometría

Longitud, talla: la longitud debe medirse acostando en un Infantómetro a los niños que no pueden ponerse de pie. Se utilizará el estadímetro en niños que pueden ponerse de pie; se deben retirar zapatos y descubrir la cabeza de objetos y peinados que alteren la medición; hay que asegurarse que el niño tenga las rodillas estiradas, la espalda recta y la vista al frente. La lectura se debe realizar frente a la escala y debe anotarse en centímetros.

Peso: para su medición se debe calibrar y colocar la báscula en una superficie plana (báscula pesa bebé o de piso), o colgarla de un sitio fijo (báscula de resorte), se debe retirar toda la ropa, zapatos y objetos pesados, colocando al niño en la báscula y realizando la lectura de la medición cuando el instrumento esté sin movimiento, de frente a la escala de medición y expresarse en kilogramos.

Perímetro cefálico: debe realizarse hasta los dos años de edad, con cinta métrica metálica, flexible, 5 milímetros de ancho, expresándose en centímetros. En caso de detectarse problema, se efectuará el seguimiento del mismo y la medición por especialistas, hasta que el niño cumpla los cinco años de edad.

Valoración del estado de nutrición

La valoración del estado de nutrición debe basarse en una evaluación que comprende:

historia dietética, social y económica, historia clínica con énfasis en los datos antropométricos y signos de desnutrición.

Los índices antropométricos a utilizar en la valoración del estado nutricional son: peso para la edad, talla para la edad y peso para la talla.

Para la valoración de peso-edad, se aplicarán las Tablas 1 y 2 del APENDICE A;

Para la valoración de talla-edad, se utilizarán las Tablas 1 y 2 del APENDICE B;

Para la valoración de peso-talla, se hará uso de las Tablas 1 y 2 del APENDICE C;

La clasificación del estado de nutrición se realizará de acuerdo a los cuadros 1, 2 y 3 del APENDICE D.

La evaluación del perímetro cefálico se realizará de acuerdo a las tablas 1 y 2 del APENDICE E;

Las unidades de salud deben disponer e incorporar en los expedientes clínicos, tablas de crecimiento y desarrollo o las gráficas que de ellas se deriven.

Medidas de control

Atención de la desnutrición:

Desnutrición leve: incorporarlo a un programa de orientación alimentaria, consulta mensual en la unidad de salud hasta su recuperación.

Desnutrición moderada sin infección agregada que ponga en riesgo su vida: incorporarlo a un programa de recuperación nutricional ambulatorio, consulta cada 15 días hasta que disminuya el grado de desnutrición y continuar en un programa de orientación alimentaria hasta su recuperación.

Desnutrición moderada con infección agregada que ponga en riesgo su vida: envío a una unidad de segundo nivel, al disminuir el grado de desnutrición y ser dado de alta, incorporarlo a un programa de recuperación nutricia ambulatorio, consulta cada 15 días hasta que disminuya el grado de desnutrición y continuar en un programa de orientación alimentaria hasta su recuperación.

Desnutrición grave: envío a una unidad de segundo nivel, al disminuir el grado de desnutrición y ser dado de alta, incorporarlo a un programa de recuperación nutricia ambulatorio, consulta cada 15 días hasta que disminuya el grado de desnutrición y continuar en un programa de orientación alimentaria hasta su recuperación.

En caso de sobrepeso u obesidad: integrarlo a un programa de orientación alimentaría, incrementar la actividad física y evaluar periódicamente su estado de nutrición.

Para clasificar la desnutrición, se emplean las mediciones de peso para la edad, peso para la talla o talla para la edad, y se comparan con los valores de una población de referencia que establezca indicadores. Actualmente se usan las tablas propuestas por la Organización Mundial de la Salud (APENDICE "A" al "F"). La interpretación de estos indicadores somatométricos es como sigue:

Peso para la edad: útil para vigilar la evolución del niño, cuando se sigue su curva de crecimiento;

Peso para la talla: el bajo peso para la talla indica desnutrición aguda y refleja una pérdida de peso reciente.

Talla para la edad: una talla baja para la edad, refleja desnutrición crónica.

Valoración del desarrollo psicomotor del niño menor de un año y de uno a cuatro años de edad.

Se realizará cada que el niño acuda a consulta para el control de la nutrición y crecimiento, utilizando los parámetros de normalidad del APENDICE F.

APENDICE A**TABLAS DE REFERENCIA PARA VALORAR PESO / EDAD EN NIÑAS Y NIÑOS
MENORES DE 5 AÑOS****TABLA 1****PESO (kg) POR EDAD****0 MESES A 4 AÑOS 11 MESES NIÑAS**

EDAD	DESNUT. GRAVE	DESNUT. MODERADA	DESNUT. LEVE	PESO NORMAL	SOBRE PESO	OBESIDAD	OBESIDAD
MESES	-3 D.E.	-2 D.E.	-1 D.E.	MEDIANA	+1 D.E.	+2 D.E.	+3 D.E.
0	1.8	2.2	2.7	3.2	3.6	4.0	4.3
1	2.2	2.8	3.4	4.0	4.5	5.1	5.6
2	2.7	3.3	4.0	4.7	5.4	6.1	6.7
3	3.2	3.9	4.7	5.4	6.2	7.0	7.7
4	3.7	4.5	5.3	6.0	6.9	7.7	8.6
5	4.1	5.0	5.8	6.7	7.5	8.4	9.3
6	4.6	5.5	6.3	7.2	8.1	9.0	10.0
7	5.0	5.9	6.8	7.7	8.7	9.6	10.5
8	5.3	6.3	7.2	8.2	9.1	10.1	11.1
9	5.7	6.6	7.6	8.6	9.6	10.5	11.5
10	5.9	6.9	7.9	8.9	9.9	10.9	11.9
11	6.2	7.2	8.2	9.2	10.3	11.3	12.3
12	6.4	7.4	8.5	9.5	10.6	11.6	12.7
13	6.6	7.6	8.7	9.8	10.8	11.9	13.0
14	6.7	7.8	8.9	10.0	11.1	12.2	13.2
15	6.9	8.0	9.1	10.2	11.3	12.4	13.5
16	7.0	8.2	9.3	10.4	11.5	12.6	13.7
17	7.2	8.3	9.5	10.6	11.8	12.9	14.0
18	7.3	8.5	9.7	10.8	12.0	13.1	14.2
19	7.5	8.6	9.8	11.0	12.2	13.3	14.5
20	7.6	8.8	10.0	11.2	12.4	13.5	14.7
21	7.7	9.0	10.2	11.4	12.6	13.8	15.0
22	7.9	9.1	10.3	11.5	12.8	14.0	15.2
23	8.0	9.3	10.5	11.7	13.0	14.2	15.5
AÑOS/MESES							
2/0	8.3	9.4	10.6	11.8	13.2	14.6	16.0
2/01	8.4	9.6	10.8	12.0	13.5	14.9	16.4
2/02	8.5	9.8	11.0	12.2	13.7	15.2	16.8

2/03	8.6	9.9	11.2	12.4	14.0	15.6	17.1
2/04	8.8	10.1	11.3	12.6	14.2	15.9	17.5
2/05	8.9	10.2	11.5	12.8	14.5	16.1	17.8
2/06	9.0	10.3	11.7	13.0	14.7	16.4	18.1
2/07	9.1	10.5	11.9	13.2	15.0	16.7	18.5
2/08	9.2	10.6	12.0	13.4	15.2	17.0	18.8
2/09	9.4	10.8	12.2	13.6	15.4	17.2	19.1
2/10	9.5	10.9	12.3	13.8	15.6	17.5	19.4
2/11	9.6	11.0	12.5	13.9	15.8	17.8	19.7
3/0	9.7	11.2	12.6	14.1	16.1	18.0	20.0
3/01	9.8	11.3	12.8	14.3	16.3	18.3	20.2
3/02	9.9	11.4	12.9	14.4	16.5	18.5	20.5
3/03	10.0	11.5	13.1	14.6	16.7	18.7	20.8
3/04	10.1	11.6	13.2	14.8	16.9	19.0	21.1
3/05	10.2	11.8	13.3	14.9	17.0	19.2	21.3
3/06	10.3	11.9	13.5	15.1	17.2	19.4	21.6
3/07	10.4	12.0	13.6	15.2	17.4	19.6	21.8
3/08	10.5	12.1	13.7	15.4	17.6	19.8	22.1
3/09	10.6	12.2	13.9	15.5	17.8	20.1	22.3
3/10	10.7	12.3	14.0	15.7	18.0	20.3	22.6
3/11	10.8	12.4	14.1	15.8	18.1	20.5	22.8
4/0	10.9	12.6	14.3	16.0	18.3	20.7	23.1
4/01	10.9	12.7	14.4	16.1	18.5	20.9	23.3
4/02	11.0	12.8	14.5	16.2	18.7	21.1	23.5
4/03	11.1	12.9	14.6	16.4	18.9	21.3	23.8
4/04	11.2	13.0	14.8	16.5	19.0	21.5	24.0
4/05	11.3	13.1	14.9	16.7	19.2	21.7	24.3
4/06	11.4	13.2	15.0	16.8	19.4	21.9	24.5
4/07	11.5	13.3	15.1	17.0	19.6	22.2	24.8
4/08	11.5	13.4	15.2	17.1	19.7	22.4	25.0
4/09	11.6	13.5	15.4	17.2	19.9	22.6	25.3
4/10	11.7	13.6	15.5	17.4	20.1	22.8	25.5
4/11	11.8	13.7	15.6	17.5	20.3	23.0	25.8 ⁵⁶

⁵⁶ <http://www.copeson.org.mx/medicos/NOM-031.htm>