

00903
12g

UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE MEXICO
ESCUELA NACIONAL DE ENFERMERIA Y OBSTETRICIA
DIVISION DE ESTUDIOS DE POSGRADO
ESPECIALIDAD EN ENFERMERIA INFANTIL

CUIDADO DE ENFERMERIA A LAS NECESIDADES BASICAS DE UN
LACTANTE CON NEUMONIA

E S T U D I O D E C A S O

PARA OBTENER EL DIPLOMA DE:
ESPECIALISTA EN ENFERMERIA INFANTIL
P R E S E N T A:
ESPINOSA MENESES VERONICA

ASESORIA: Dr. José Domingo Gamboa Marrufo.
Mtra. Magdalena Franco Orozco

276629

México, 1999

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN



Universidad Nacional
Autónoma de México

Dirección General de Bibliotecas de la UNAM

Biblioteca Central



UNAM – Dirección General de Bibliotecas
Tesis Digitales
Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS ©
PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

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

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



A mis asesores, especialmente a la Mtra. Magdalena por su tiempo y dedicación en la realización de este trabajo.

A los niños que requieren ser cuidados.

A las personas que han impulsado el cambio en la profesión de enfermería.

INDICE

	Página
PROLOGO	
INTRODUCCION.....	1
SELECCIÓN Y DESCRIPCION GENERICA DEL CASO.....	2
OBJETIVOS DEL ESTUDIO DE CASO.....	5
1. MARCO TEORICO.....	6
1.1. Antecedentes.....	6
1.2. Conceptos propuestos sobre la aplicación de las necesidades fundamentales ...	10
1.2.1. Conceptos generales.....	10
1.2.2. Componentes del modelo.....	11
1.2.2.1. Principales conceptos y definiciones.....	12
1.2.2.2. Supuestos principales.....	16
1.2.2.3. Afirmaciones teóricas.....	17
1.2.3. Esquema de aplicación.....	18
1.3. Proceso de atención de enfermería.....	20
1.3.1. Etapas.....	21
1.3.1.1. Valoración.....	22
1.3.1.2. Diagnóstico.....	24
1.3.1.3. Planeación.....	27
1.3.1.4. Ejecución.....	29
1.3.1.5. Evaluación.....	31
1.4. Consideraciones éticas en la practica de enfermería infantil.....	33
1.4.1. Respeto a la autonomía del niño.....	34
1.4.2. Consentimiento enterado.....	35
1.4.3. Investigación en pediatría.....	35
1.4.4. Prevención en pediatría.....	36

1.5 La Neumonía como factor modificante de la necesidad de oxigenación.....	37
1.5.1. Concepto.....	37
1.5.2. Epidemiología.....	37
1.5.3. Microbiología.....	38
1.5.4. Manifestaciones clínicas.....	38
1.5.5. Diagnóstico.....	39
1.5.6. Tratamiento.....	40
2. METODOLOGIA DEL ESTUDIO DE CASO.....	42
2.1. Proceso de identificación de Variables.....	42
2.2. Valoración de enfermería.....	43
2.2.1. Método usado para la valoración.....	43
2.2.2. Instrumentos para la recolección de datos.....	44
2.2.3. Fuentes secundarias.....	45
2.3. Proceso para la construcción del Diagnóstico de enfermería.....	46
2.4. Criterios de definición del Plan de intervenciones.....	48
3. RESULTADOS.....	49
4. CONCLUSIONES.....	76
5. SUGERENCIAS.....	78
BIBLIOGRAFIA.....	79
ANEXOS.....	83

PROLOGO

El presente caso “cuidado de enfermería a las necesidades básicas de un lactante con neumonía” es un trabajo que nos permite conocer la frecuencia que ocupa esta patología dentro de las enfermedades pediátricas ya que a pesar de todos los esfuerzos desde el punto de vista médico continúa teniendo una gran morbilidad y mortalidad.

En este paciente que se presenta tuvo una evolución hacia la curación, pero dentro de su manejo un factor importante dentro del tratamiento es la atención de enfermería desde la valoración hasta la evaluación, además de presentarnos todas las consideraciones éticas en relación al trato de los niños.

Considero que es un trabajo muy interesante a pesar de que es una patología frecuente, el punto de vista del abordaje abre nuevas perspectivas en el cuidado integral de este tipo de pacientes y cuenta con una extensa bibliografía lo que nos permite en caso de duda poderlas consultar.

A pesar de sus múltiples ocupaciones la enfermera Verónica Espinosa Meneses realizó una extraordinaria revisión del caso clínico lo cual permitirá al que lea dicho trabajo ampliar sus conocimientos de una manera integral.

Dr. José Domingo Gamboa Marrufo.

INTRODUCCION

Con el tiempo la práctica de enfermería ha evolucionado, cada vez más ha pasado de una concepción puramente técnica a una disciplina con más fundamentos científicos que la hagan distinguir como profesión única. Preocupadas por tener un terreno de ejercicio propio, destacadas enfermeras han realizado, para formular la base teórica que explique la naturaleza, meta y esencia de las intervenciones de enfermería, *modelos* o *teorías* como método de trabajo que guíen la práctica de las enfermeras; una de las propuestas más llevadas a la práctica en varios países es la de *Virginia Henderson*, que establece dentro de su concepción de la enfermería, 14 necesidades básicas del ser humano, así como otros conceptos que diversas autoras, como Phaneuf o Marriner Tomey, se han encargado de interpretar y proporcionar los elementos necesarios para llevar al terreno de la práctica los conceptos que conforman esta propuesta.

El presente estudio de caso pretende llevar a la práctica los elementos teóricos que propone Virginia Henderson a través del Proceso de Atención de Enfermería, para determinar que tan factible es esta propuesta en el terreno del cuidado del niño. La primera parte del trabajo inicia con la presentación del estudio de caso y el planteamiento de los objetivos, el primer capítulo corresponde al marco teórico donde se amplía la propuesta hecha por Henderson, el proceso de enfermería, la patología en el caso tratado y aspectos éticos y legales que influyen en la práctica de enfermería infantil. En el segundo capítulo se describe la metodología del trabajo, en el tercer capítulo se presentan los resultados obtenidos, posteriormente las conclusiones y sugerencias y por último la bibliografía y anexos.

Son muchos los cambios por los que está pasando la enfermería mexicana, y este cambio de metodología para proporcionar los cuidados de enfermería es sin duda uno de los más importantes al romper con esquemas que han llevado a la enfermera al desempeño de actividades que no le competen.

DESCRIPCION GENERICA DEL CASO

Lactante mayor (un año 4 meses) masculino cuyo motivo de consulta fue: fiebre de 6 días de evolución (38.5°C) de predominio nocturno, cediendo con metamizol (20 gts.c/8 h.); dificultad respiratoria de 3 días de evolución, caracterizada por polipnea, quejido y tiros intercostales progresivos, disociación toracoabdominal sin mejoría; tos de 6 días de evolución al inicio no productiva, emetizante, disneizante, no cianozante; y evacuaciones diarreicas semilíquidas, amarillas, con moco, sin sangre de 3 días de evolución, cediendo con kaopectate (1 cucharada, cada 8 horas). Es producto de la gesta I, a término (38 semanas de gestación), de madre de 25 años, ama de casa, padre de 30 años, electricista, sin hermanos, oriundos del Distrito Federal. Control prenatal regular desde el cuarto mes, cursa con infección de vías urinarias el último mes del embarazo (no recuerda medicamento de tratamiento). El parto fue normal, peso de 2,875 kg. Y talla de 48 cm. El periodo neonatal inmediato normal. Alimentación al seno materno hasta los 11 meses, ablactación a los seis meses con jugos, frutas y posteriormente verduras y carne de res. Desarrollo psicomotor: Sigue objetos y fija la mirada a los 2 meses, sostiene la cabeza a los 2 meses, se sienta solo a los 7 meses, gatea a los 9 meses, se para solo al año, camina con ayuda al año con 2 meses, sonrisa social al mes, balbucea a los 2 meses, dice sus primeras palabras a los 6 meses.

Ingresa al servicio de urgencias de una institución de tercer nivel el 29/4/98, durante la consulta presentó deterioro de la función respiratoria, con quejido, disociación toracoabdominal, tiros intercostales, aleteo nasal y Silverman-Anderson de 6, por lo que fue proporcionado apoyo ventilatorio. La radiografía de tórax mostró borramiento de hemitórax izquierdo, desplazamiento de vía aérea hacia el lado contralateral y a la silueta cardiaca. Los exámenes de laboratorio mostraron leucocitosis (16,300), anemia leve (7.3), plaquetas bajas (++) y glicemia de 88, Na 13.3, K 4.2, Cl 113.4. Con esta evolución se practica toracocentesis obteniéndose secreción amarilla y espesa; posteriormente colocan sello de agua, drenando 300cc de material líquido amarillo, purulento no fétido y se diagnostica

como Neumonía complicada con derrame y empiema pleural. Por lo que inician tratamiento con dicloxacilina (100 mg/kg/día) intravenosa 250 mg, c/6 horas, cloranfenicol (100 mg/kg/día) 250 mg por vía intravenosa c/6 horas, y ranitidina (.8 mg/k/día) 8mg intravenosa c/8 horas; y debido al reporte de cultivo de la toracocentesis positivo para H. Influenzae no tipificable cambian a cefalosporina de 3ª. Generación (cefotaxima 500mg intravenoso c/6 horas; 200mg/kg/día) y amikacina (7.5 mg/kg/día) 75 mg. intravenoso c/8 horas. El día 2 de Mayo retiran apoyo ventilatorio por observar buena evolución. El 5 de Mayo determinan que el germen es H. Influenzae tipo B, por lo que suspenden cefotaxima e inician cloranfenicol (100 mg/kg/día), y ampicilina 250 mg. intravenoso c/6 horas. El tratamiento con dicloxacilina-cloranfenicol fue por 2 días, cefotaxime por 5 días, ampicilina y cloranfenicol por 4 días, y el día 9 de Mayo determinan cambiar de esquema antibiótico por no ceder la fiebre y persistencia de bandemia (800 bandas) y leucocitosis (16000) iniciando con cefuroxima (150 mg./kg/día) 400 mg intravenoso c/6 horas, el cual dura 14 días en tratamiento. Del 11 al 17 de Mayo se aísla al niño por estar en contacto con rubéola y sarampión (mamá). Permanece dos días con irrigación pleural de 75cc de agua destilada más 2 cc de isodine (12-13 de Mayo).

Al realizar la exploración física de enfermería el niño se encontraba con peso de 10 kg. Talla de 82 cm, PC 49 cm., PT 48 cm., PA 47cm., temperatura de 36.5 grados centígrados, FR 30/min, FC 100/min, TA 90/60 mm Hg. A la inspección aparenta edad igual a la cronológica, íntegro, bien conformado, consciente, posición libremente escogida, sin facies características, palidez de tegumentos, bien hidratado; normocéfalo, sin hundimientos, cabello bien implantado, expresión facial simétrica; ojos y movimientos oculares simétricos, reflejos pupilares presentes y normales (fotomotor y consensual), coloración de conjuntiva ligeramente pálida, nariz central, permeable; pabellón auricular bien implantado, conducto auditivo con cerumen, membrana íntegra; labios húmedos, amígdalas hipertróficas (grado II). Se palpa cuello cilíndrico, tráquea central y móvil, con pulsos sincrónicos, sin megalias. Tórax simétrico, piel con cicatriz secundaria a sello pleural en 5º espacio intercostal izquierdo, respiración regular, a la auscultación se escucha hipoventilación en base del pulmón izquierdo, sin estertores, a la percusión se aprecia matidez del mismo lado; área cardiaca con ruidos claros, rítmicos sin alteraciones. El

abdomen se palpó blando, depresible, no se palpa hígado, ni tumoraciones, la peristalsis estaba presente. Genitales: los testículos se encontraron descendidos y el prepucio retráctil. Extremidades con huellas de múltiples punciones y arco de movimiento libre, adecuado tono muscular, pulsos normales. Reflejos osteotendinosos se perciben normales.

Se realizaron 18 seguimientos en hospitalización y cuatro en domicilio, de los cuales se derivó el plan de intervención.

OBJETIVOS

GENERALES.

Aplicar conceptos de las necesidades fundamentales en el cuidado de un paciente lactante mayor con problemas de vías respiratorias inferiores.

ESPECIFICOS.

Valorar con las herramientas del método clínico el grado de dependencia de las necesidades fundamentales en un paciente con problemas de vías respiratorias inferiores.

Elaborar diagnósticos de enfermería de acuerdo a las necesidades detectadas en el paciente.

Describir intervenciones de enfermería para superar la dependencia detectada en un paciente con problemas de vías respiratorias inferiores.

1. MARCO TEORICO

1.1. ANTECEDENTES

La neumonía ha sido descrita a través de la historia como un proceso agudo y frecuente que ha afectado a los seres humanos. El examen histológico de momias egipcias (1250-1000 a.c.) revela hepatización de los pulmones, compatible con neumonía neumocócica aguda. Hipócrates describió la sintomatología y terapéutica que consistía en drenaje torácico. En 1819, Laennec describió los cambios anatomopatológicos y signos físicos de la neumonía y pleuresías. En 1842, Rokitansky distinguió la neumonía lobar de la bronconeumonía. En 1881, Pasteur, en Francia y Sternberg, en Estados Unidos, aislaron, cultivaron y describieron el neumococo desarrollado en conejos inoculados con saliva humana. En 1882, Friedländer describió el neumococo en cortes histológicos del pulmón y pleura en punciones de enfermos vivos con neumonía¹. Luego de la severa epidemia de influenza en 1918, históricamente cambia el concepto de que las neumonías eran sólo producidas por bacterias. En 1933 Smith Andreu y Laidlon aislaron el virus de la influenza A. dando pie a muchas investigaciones y microaislamientos de gérmenes².

El diagnóstico de neumonía bacteriana ha sido difícil de definir, la clínica, laboratorio y radiología no son específicos para diferenciar la causa bacteriana de la viral. Ha sido estimado que del 10 al 30% de todos los casos de neumonía aguda, han sido por causa bacteriana³.

Estudios realizados de aspiración de pulmón, antes de la administración de antibióticos, en diversas ciudades han demostrado que *S. Pneumoniae* fue la bacteria patógena más frecuente, siguiendole *H. Influenzae*, tanto de tipo *b* como no tipificable, y por último *S. Aureus*. Estudios más recientes, han demostrado que, usando detección de

¹ Klein JO. "Neumonías Bacterianas" en: Feigin RD y Cherry JD (Eds) en: Tratado de infecciones en pediatría. 3a. ed, editorial Interamericana, 1996: 336-345.

² Meza, JE. Aspectos resalantes en Neumología Pediátrica. Raúl Clemente editor, México, 1987:1850-210.

³ Jo-Ann SH: Bacterial Pneumonie in the 1990s. Seminars in Pediatric Infectious Diseases 1995; 6: 142-148

antígenos y serología, *S. Pneumoniae* y *H. Influenzae* son las bacterias patógenas más comunes⁴.

Haemophilus. influenzae (H.I.) fue encontrada como la causa principal de neumonía bacteriana en Hawaii y responsable del 30% de casos de neumonía bacteriana en el hospital de Chicago en un periodo de 5 años. H.I. tipo *b* fue el patógeno más común que causo empiema entre 1974-1987 en Bethesda, Maryland. En países como Gambia, Papua Nueva Guinea y Pakistán, H.I. no tipificable es causa importante de neumonía. Los datos obtenidos del National Notifiable Diseases Surveillance System reportan que el 95% de disminución de H.I. tipo *b* en niños de 5 años de 1987 a 1993 fue a partir de la introducción de vacunas en 1985 (polisacárido) y 1990 (vacunas conjugadas)⁵.

En nuestro país, las enfermedades por H.I. *b* son al parecer una causa importante de morbilidad en entidades como meningitis y neumonía complicada, equiparable a otros países en vías de desarrollo y desarrollados; según datos de Conde González⁶ (1988), H.I. tipo *b* produce la tercera parte de las neumonías en menores de 5 años. Publio Toala⁷ sugiere que la frecuencia aproximada de casos de neumonía por este germen en niños menores de dos años es de aproximadamente 2% y en mayores de esa edad probablemente 1%. Estudios realizados con punción lumbar en niños con neumonía, describen el 61% de cultivos positivos, de los cuales 24-40% corresponden a H.I., diversos estudios bacteriológicos en niños de 0-18 años con empiema post-neumónico no tuberculoso logran aislar alguna bacteria en 36% de los cuales 20-47% corresponden a H.I. *b*, predominantemente en menores de 5 años. En el Hospital Infantil de México Federico Gómez, las infecciones por H.I. *b* son la primera causa de meningitis bacteriana y una de las bacterias más frecuentemente aisladas en niños con neumonía complicada con derrame pleural, así como en infecciones de huesos y articulaciones en menores de 5 años⁸.

⁴ Idem p. 142-148

⁵ Idem p. 142-148

⁶ Salmon LE: Infecciones invasoras por H. I. Tipo b. Revista de enfermedades infecciosas en pediatría 1994; número especial:31-33

⁷ Publio T: Neumonías bacterianas. Infectología 1982; 5:323-329.

⁸ Villaseñor A, Avila FC, Santos PJ: Impacto de las infecciones por Hi en niños Mexicanos. Bol Med Hosp Infant Mex 1993; 6:415-419.

En un estudio prospectivo, longitudinal y comparativo de enero de 1990 a diciembre de 1992, se estudiaron 31 pacientes, de la consulta de urgencias de pediatría del Hospital Metropolitano de Monterrey, el objetivo de la investigación fue encontrar en la población estudiada los principales agentes causales de empiema. A los pacientes se les tomó radiografía anteroposterior de tórax y lateral, toracocentesis y muestra para análisis citoquímico, cultivo, tinción de Gram y coagulación; en donde se encontró que *S. Pneumoniae* es la causa más frecuente de empiema, y le siguen *S. Aureus* y *H. Influenzae*⁹.

En otro estudio se tomaron cultivos nasofaríngeos a 500 niños sanos de 1-4 años en guarderías infantiles del ISSSTE de la zona sur de la ciudad de México; se obtuvieron 34 cultivos positivos de H.I.b (prevalencia de 6.8%); 142 cultivos positivos a H.I. no tipificable (prevalencia de 28.4). El total de H.I. fue de 176 (prevalencia de 35.2%). Se concluye que en las guarderías existe una alta prevalencia de portadores asintomáticos de *H. Influenzae b*, así como el riesgo de desarrollar infección por H.I.b es alto en niños que acuden a estas estancias. Esto representa que las estancias del ISSSTE ubicadas en la zona sur de la ciudad tienen prevalencias similares a las estancias del IMSS de la zona norte de la ciudad, Villaseñor y col. reportaron una prevalencia de 9.3% en 537 niños de 4 estancias del IMSS en la zona norte de la ciudad de México¹⁰.

La prevalencia de colonización de nasofaringe encontrada en los niños menores de 15 años en un estudio realizado por Villaseñor en Nezahualcóyotl, estado de México, es similar a lo reportado en la literatura. Se cultivaron 639 muestras de nasofaringe, H.I. fue aislado en 156 niños (21%). La proporción de tipos aislados fue: H.I. no tipificable 125 casos (92%), H.I. tipo *b* 6 casos (4%) y H.I. *a, c, f* 5 casos (4%). Este estudio se realizó durante el mes de agosto de 1992¹¹.

El cultivar H.I. de la nasofaringe puede considerarse como un hallazgo normal en niños sanos ya que durante los primeros años de vida por periodos variables de días o meses se puede portar alguno de los serotipos de H.I., existiendo un recambio periódico con

⁹ Abiel AM, Delgado FG: Causas de empiema y comparación del tratamiento con dicloxa-cloranfenicol contra ampicilina-sulbactam. Rev de Enfermedades infecciosas en pediatría 1993; 25: 105-108.

¹⁰ González BO: Prevalencia de HI tipo b en la nasofaringe de niños asintomáticos en estancias del ISSSTE del sur de la Cd de México. Rev de enfermedades infecciosas en pediatría; 32: 139-144.

¹¹ Villaseñor, Sierra: Prevalencia de estado portador de HI en niños de Cd Neza, estado de México. Salud pública de México; 2:87-92.

adquisición y pérdida de H.I. Se ha observado variabilidad en los serotipos que pueden estar colonizando a los niños que permanecen en lugares cerrados, como las guarderías y los niños que permanecen en su domicilio; Juárez y col¹². Muestran resultados de tres centros infantiles en Puebla en niños menores de 5 años encontrando al 32% de portadores asintomáticos, con variaciones en los centros de 20-37%. Predominio de H.I. no tipificable en el 72.7% de los casos, H.I. *b* elevado (20.5%). Esto difiere por lo encontrado por Guiscafré y col¹³ y Villaseñor y col¹⁴ en niños de guardería con portadores de H.I. *b* de 9 y 1% respectivamente. Por otra parte en un estudio de portadores realizado por Miranda y col¹⁵. En población abierta de niños de la ciudad de México, 30.1% eran portadores de H.I. de los cuales 75% eran cepas no tipificables y 9.2% del serotipo *b* con resultados semejantes obtenidos en una población rural del estado de Tlaxcala donde predominó H.I. no tipificable (73.6%) y se encontró sólo el 5.2% de portadores de H.I. tipo *b*.

Aunque H.I. puede ser colonizador inocente hay evidencias que puede causar invasividad. Tanto H.I. no encapsulado como encapsulado pueden producir patologías. H.I. no encapsulado produce enfermedad en adultos, sobre todo ancianos: bronquitis crónica, otitis media, sinusitis; en niños son causa de neumonías, otitis media aguda y sinusitis. Antes de la administración de la vacuna específica, el serotipo *b* causaba a nivel mundial la mayor proporción de casos de meningitis en menores de 5 años, en nuestro país se sigue considerando como el principal agente de esta enfermedad y otras como la **neumonía** (sobre todo en casos asociados a empiema)¹⁶.

¹² Juárez AE, Mancilla GS, López MA, Portillo GL: Portadores de H. Influenzae en 3 estancias infantiles de la Cd de Puebla. Bol Med Hosp Infant Mex 1996; 53: 548-553

¹³ Guiscafré GH, García MM, Trejo y Pérez JA: Frecuencia de H. Influenzae resistente a ampicilina y de S. Pneumoniae resistente a penicilina en portadores sanos. Arch Invest Med 1981; 12: 141-150.

¹⁴ Villaseñor A, Avila FC, Santos PJ: Impacto de las infecciones por Hi en niños Mexicanos. Ibidem.

¹⁵ Miranda NMG, Solórzano SF, Velázquez AR, Villasis KMA: Características de los portadores asintomáticos en edad pediátrica y su relación con resistencia a antimicrobianos. Bol Med Hosp Infant Mex 1995; 52: 148-153.

¹⁶ Fortino SS, Miranda NG: H. Influenzae ¿colonizador inocente o patógeno verdadero?. Bol Med Hosp Infant Mex 1996; 11:533-534.

1.2. CONCEPTOS PROPUESTOS SOBRE LA APLICACIÓN DE LAS NECESIDADES FUNDAMENTALES

1.2.1. CONCEPTOS GENERALES.

Como profesión, la enfermería está estableciendo un cuerpo, bien definido, de conocimientos esenciales para la práctica. Para la identificación de esta base de conocimientos se requiere de conceptos y teorías específicas de la enfermería, como la propuesta por Virginia Henderson; pero, para poder comprender esta propuesta, se necesita de un marco de referencia integrado por las definiciones de *concepto*, *modelo* y *teoría*.

Los *conceptos* son etiquetas, categorías o propiedades selectas de objetos que se han de estudiar, son ladrillos a partir de los cuales se construyen las teorías. Muchos conceptos se pueden aplicar a la enfermería, entre los que influyen significativamente en la profesión y determinan su práctica se destacan: la persona que recibe los cuidados, el ambiente en que ésta vive, el grado de salud en el momento de la interacción y la actuación de enfermería; el conjunto de estos conceptos constituyen el *paradigma de la enfermería*.¹⁷

Un *modelo* es una representación simplificada de una teoría o de ciertos eventos complejos, estructuras o sistemas.¹⁸ El modelo marca los elementos de una disciplina; los de enfermería incluyen solamente aquellos conceptos que el “diseñador” considera relevantes y que ayudan a su interpretación. Kozier¹⁹ (1993) nos menciona tres elementos de los modelos:

A) Supuestos. Son declaraciones de hechos (premisas) que se aceptan para reforzar el fundamento teórico de los conceptos, son o pueden ser verificados.

B) Sistema de valores. Las creencias que refuerzan una profesión constituye su sistema de valores. Generalmente, estas creencias son similares en los distintos modelos; Magretta Styles cree que la profesión de enfermería debe tener una ideología común, de la misma

¹⁷ Hardy ME: “Teorías: componentes, desarrollo y evaluación” en: L. Nicoll (Ed) en: Perspectives on Nursing Theory. 2a. ed, Philadelphia, Lippincott, 1992: 1-12.

¹⁸ Idem p. 1-12

¹⁹ Kozier, Erb, Olivieri: “Marco conceptual y teorías de enfermería” en: Enfermería fundamental. Tomo 1, 4a. ed, Editorial Interamericana, Barcelona, 1993: 61-85

forma que una noción tiene sus principios, la sociedad sus leyes y las religiones sus dogmas.

C) Principios. Desde las suposiciones y los valores se pueden elaborar 7 grandes principios relacionados con: (a) meta de enfermería; (b) cliente, (c) papel de la enfermera, (d) origen de los problemas del cliente, (e) enfoque de la intervención, (f) formas de actuación y (g) consecuencias de la actividad de enfermería.

Un modelo conceptual marca una dirección unívoca y específica para las tres funciones principales de la enfermería: asistencia, educación e investigación.

Una *teoría*, al igual que un modelo conceptual, se constituyen con conceptos y proposiciones, aunque explica con más detalle todos los fenómenos a los que se refiere. El primer objetivo de la teoría es generar conocimientos en un determinado campo, mientras que el modelo conceptual representa el método a seguir en lo asistencial, educativo y de investigación.²⁰

Una teoría está basada en un modelo conceptual, pero está más limitada en el ámbito, contiene más conceptos concretos con definiciones y explicaciones detalladas de las premisas o hipótesis, uniéndolas a todas juntas.

Stevens²¹ (1984) nos dice que una teoría de enfermería intenta describir o explicar el fenómeno llamado enfermería; cuando una teoría se desarrolla correctamente, podrá explicar su contenido, método y contexto, ya sean únicos de la enfermería o compartidos; en cambio, cuando los autores no pueden diferenciar la enfermería, el error puede ser porque la teoría es igualmente aplicable a otra disciplina o, a actividades no profesionales como la maternidad, cuidado y alimentación.

1.2.2. COMPONENTES DEL MODELO.

Virginia Henderson como investigadora y autora de varios libros, nos da una visión clara de los cuidados de enfermería a través de su modelo propuesto, Henderson incorporó principios fisiológicos y psicológicos a su concepto principal de enfermería por influencia de Stackpole y Thorndike, y se observa una correlación entre la jerarquía de necesidades de

²⁰ Kozier, Erb, Olivieri. Op cit p. 61-85

²¹ Stevens BJ: Nursin Theory, Analysis, Application, Evaluación, ¿what is Nursing theory? En: lecturas básicas del curso de teorías, modelos y PAE. México, 1998: 31-34

Abraham Maslow y los catorce componentes de la asistencia de enfermería de Henderson, comenzando por las necesidades físicas hasta los componentes psicosociales.²²

1.2.2.1. Principales conceptos y Definiciones.

En esta propuesta se pueden distinguir los cuatro elementos en común que caracterizan a un modelo o teoría de enfermería: persona, enfermería, salud y entorno.

Enfermería.

Henderson define a la enfermería como “La única función de una enfermera es ayudar al individuo, enfermo o sano, en la realización de aquellas actividades que contribuyen a la salud o a su recuperación (o a una muerte tranquila) y que él realizaría sin ayuda si tuviera la fuerza, la voluntad o conocimiento necesarios, y hacer esto de tal forma que le ayude a ser independiente lo antes posible”.²³

Salud.

“Considera la salud en función de la capacidad del paciente para realizar sin ayuda los 14 componentes de la asistencia de enfermería”.²⁴ Carmen Ferrín²⁵ incluye en este concepto los siguientes elementos:

- Independencia. “Es la capacidad de la persona para satisfacer por sí misma sus necesidades básicas, de acuerdo a su edad, etapa de desarrollo y situación. Los niveles de independencia en la satisfacción de las necesidades también son específicas y únicas para cada individuo”.
- Dependencia. “Es la ausencia de actividades llevadas a cabo por la persona con el fin de satisfacer las 14 necesidades, o realizar actividades que no resulten adecuadas o son insuficiente”.
- Causas de dificultad. “Son los obstáculos o limitaciones personales o del entorno que impiden a la persona satisfacer sus propias necesidades”. Henderson las agrupa en tres posibilidades:

²² Marriner-Tomey: “Virginia Henderson” en: Lecturas básicas del curso de teorías, modelos y PAE. México, 1998:102-112

²³ Idem

²⁴ Idem

²⁵ Fernández FC, Novell MG: El proceso de enfermería. Estudio de casos. Editorial Masson-Salvat, México, 1993: 202-210

a) Falta de fuerza. Interpretada la fuerza no sólo como la capacidad física o habilidades mecánicas, sino también como la capacidad del individuo para llevar a término las acciones pertinentes a la situación, lo cual vendría determinado por el estado emocional, estado de las funciones psíquicas, capacidad intelectual, entre otras.

b) Falta de conocimientos, en lo relativo a la propia salud y situación de enfermedad, sobre la propia persona (autoconocimiento) y sobre los recursos propios y ajenos disponibles.

c) Falta de voluntad, entendida como la 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.

La presencia de cualquiera de estos factores da lugar a la dependencia total o parcial, temporal o permanente.

Entorno.

Si bien no es un concepto explícito por Henderson, Marriner-Tomey²⁶ lo interpreta como:

“El conjunto de todas las condiciones e influencias exteriores que afectan a la vida y al desarrollo de un organismo”.

Persona. (paciente).

“Considera al paciente como al individuo que requiere asistencia para obtener salud e independencia o una muerte tranquila”²⁷. La mente y el cuerpo son inseparables, considero al paciente y familia como una unidad; al paciente como un ser reflexivo y activo capaz de buscar, con sus propios medios, la conservación del bienestar.

Rol profesional.

“Son los cuidados básicos de enfermería considerados como las acciones que realiza la enfermera en el desarrollo de su función, según sus criterios de suplencia o ayuda, y según el nivel de dependencia”²⁸. Cuidados que deberán ser individualizados y dirigidos a la totalidad de la persona, así como considerar la importancia del trabajo multidisciplinario.

²⁶ Idem p. 102-112

²⁷ Idem p. 102-112

²⁸ Idem p. 102-112

Necesidades.

Henderson identificó 14 necesidades básicas en el paciente, que constituyen los componentes de la asistencia de enfermería; Phaneuf²⁹ describe como necesidad fundamental “*una necesidad vital esencial* que tiene el ser humano para asegurar su bienestar y preservarse física y mentalmente”; esta misma autora conceptualiza cada una de las necesidades descritas por Henderson:

- Necesidad de respirar. “Respirar es una necesidad del ser vivo que consiste en captar el oxígeno indispensable para la vida celular y eliminar el gas carbónico producido por la combustión celular. Las vías respiratorias permeables y el alvéolo pulmonar permiten satisfacer esta necesidad”.
- Necesidad de beber y comer. “Es la necesidad de todo organismo de ingerir y absorber alimentos de buena calidad en cantidad suficiente para asegurar su crecimiento, el mantenimiento de sus tejidos y la energía indispensable para su buen funcionamiento”.
- Necesidad de eliminar. “Es la necesidad que tiene el organismo de deshacerse de las sustancias perjudiciales e inútiles que resultan del metabolismo. La excreción de desechos se produce principalmente por la orina y las heces, y también por la transpiración y la espiración pulmonar, así como la menstruación es una eliminación de sustancias inútiles en la mujer no embarazada”.
- Necesidad de moverse y mantener una buena postura. “Estar en movimiento y movilizar todas las partes del cuerpo, son movimientos coordinados, y mantenerlas bien alineadas permite la eficacia de las diferentes funciones del organismo. La circulación sanguínea se ve favorecida por los movimientos y las actividades físicas”.
- Necesidad de dormir y descansar. “El sueño es esencial para el crecimiento y recuperación del organismo, se debe llevar a cabo en las mejores condiciones y en cantidad suficiente a fin de conseguir un buen rendimiento del organismo”.
- Necesidad de vestirse y desvestirse. “Se debe llevar ropa adecuada según las circunstancias (hora del día, actividades) para proteger su cuerpo del rigor del clima (frío, calor, humedad) y permitir la libertad de movimientos. Si la ropa permite asegurar bienestar y proteger la intimidad sexual de los individuos, representa también el pertenecer a un grupo, a una ideología o a un status social”.

²⁹ Phaneuf, Grondin, Riopelle: Cuidados de enfermería. Editorial interamericana, España, 1997.

- Necesidad de termorregulación. “La temperatura corporal normal es el equilibrio entre la producción y la pérdida de calor a través del organismo. El mantenimiento de este equilibrio está asegurado gracias al funcionamiento de centros termorreguladores situados en el hipotálamo”.
- Necesidad de estar limpio, aseado y proteger tegumentos. “Es la necesidad para mantener la piel sana, para que actúe como protección contra cualquier penetración en el organismo de polvo, microbios, etc.”
- Necesidad de evitar peligros. “Los individuos, a lo largo de su vida, están continuamente amenazados por estímulos que provienen de su entorno físico y social, por lo que debe protegerse de toda agresión interna o externa, para mantener así su integridad física psicológica”.
- Necesidad de comunicar. “Comunicarse es un proceso dinámico verbal y no verbal que permite a las personal volverse accesibles unas a las otras, llegar a la puesta en común de sentimientos, opiniones, experiencias e información”.
- Necesidad de actuar según sus creencias y valores. “El ser humano está en interacción constante con otros individuos, aportando en esta relación su experiencia de vida, sus creencias y sus valores que de una parte o de otra favorecen la realización de sí mismo y el desarrollo de la personalidad”.
- Necesidad de ocuparse para realizarse. “El individuo debe llevar a cabo actividades que le permitan satisfacer sus necesidades o ser útil a los demás. Las acciones que el individuo lleva a cabo le permiten desarrollar su sentido creador y utilizar su potencial al máximo”.
- Necesidad de recrearse. “Divertirse con una ocupación agradable con el objetivo de obtener un descanso físico y psicológico. El individuo puede escoger los medios de recrearse que correspondan a sus aspiraciones”.
- Necesidad de aprender. “Es la necesidad de adquirir conocimientos, actitudes y habilidades para la modificación de sus comportamientos, o la adquisición de nuevos comportamientos con el objetivo de mantener o de recobrar la salud

Cada una de estas necesidades está relacionada con las distintas dimensiones del ser humano: biológica, psicológica, sociológica, cultural y espiritual.

1.2.2.2. Supuestos principales.

Los siguientes supuestos han sido adaptados a partir de las publicaciones de Henderson por Marriner-Tomey³⁰:

Enfermería.

La enfermera tiene la función única de ayudar a los individuos sanos o enfermos.

La enfermera actúa como un miembro de un equipo sanitario.

La enfermera actúa independientemente del médico, pero apoya su plan si hay algún médico de servicio.

La enfermera está formada en ciencias biológicas y sociales.

La enfermera puede apreciar las necesidades humanas básicas.

Los 14 componentes de la asistencia de enfermería abarcan todas las funciones posibles de la enfermería.

Persona (paciente).

La persona debe mantener un equilibrio fisiológico y emocional.

La mente y el cuerpo de la persona son inseparables.

El paciente requiere ayuda para ser independiente.

El paciente y su familia forman una unidad.

Las necesidades del paciente están cubiertas por los 14 componentes de enfermería.

Salud

La salud representa calidad de vida.

La salud es necesaria para el funcionamiento humano.

La salud requiere independencia e interdependencia.

La promoción de la salud es más importante que la atención al enfermo.

Los individuos recuperarán la salud o la mantendrán si tienen la fuerza, voluntad y conocimientos necesarios.

Entorno

Los individuos sanos son capaces de controlar su entorno pero la enfermedad puede interferir en esta capacidad.

La enfermera debe tener formación en materia de seguridad.

³⁰ Marriner-Tomey. Op cit . 102-112

Las enfermeras deben proteger a los pacientes de las lesiones mecánicas.

Las enfermeras deben reducir las posibilidades de lesión a través de recomendaciones para la construcción de edificios, adquisición de equipamiento y mantenimiento.

Los médicos utilizan las observaciones y recomendaciones de las enfermeras como base para la prescripción de dispositivos protectores.

Las enfermeras deben conocer los hábitos sociales y las prácticas religiosas para valorar los riesgos.

1.2.2.3. Afirmaciones teóricas.

La relación enfermera-paciente

Se pueden identificar tres niveles en esta relación que varían desde una relación muy dependiente a otra marcadamente independiente:

- a) La enfermera como **sustituto** de algo necesario para el paciente. En caso de enfermedad grave, la enfermera está considerada como “sustituto de lo que el paciente carece”, por la ausencia de fuerza física, voluntad o conocimiento.
- b) La enfermera como **ayuda** para el paciente. Durante la convalecencia, la enfermera ayuda al paciente a recuperar su independencia.
- c) La enfermera como **compañera** del paciente al elaborar juntos (enfermera y paciente) el plan terapéutico.

La relación enfermera-médico

El plan de cuidados, elaborado por la enfermera junto con el paciente, se debe llevar a cabo de forma que facilite el plan terapéutico prescrito por el médico. La enfermera no realiza funciones y actividades del médico, sino que realizan actividades en forma independiente.

La enfermera como miembro del equipo sanitario

La enfermera y los demás miembros del equipo se ayudan mutuamente, para realizar en conjunto el programa de asistencia, desarrollando cada uno su trabajo. Henderson compara el equipo sanitario en su conjunto, incluidos el paciente y su familia, con los sectores en forma de cuña de un gráfico sectorial. El tamaño de cada sector de cada

miembro depende de las necesidades actuales del paciente y, por tanto, varía a medida que el paciente va progresando hacia la independencia³¹.

Las funciones de la enfermera varían según las estructuras laborales regionales, la educación y experiencias individuales y lo que la enfermera misma espera de su profesión. La atención de enfermería pediátrica se basa en fomentar el mejor estado de salud posible de cada niño, prevenir las enfermedades o lesiones, ayudar a los niños a lograr y conservar un estado de salud y un desarrollo óptimos, y tratar o rehabilitar a los niños que sufren trastornos; lo que implica que la enfermera especialista participe en todos los aspectos del crecimiento y desarrollo infantiles³².

1.2.3. ESQUEMA DE APLICACIÓN.

La concepción de Henderson nos dice que la independencia de un individuo es alcanzada por la capacidad de la persona de satisfacer por sí misma las 14 necesidades básicas, y que al presentarse limitaciones para satisfacerlas, por falta de fuerza, voluntad o conocimiento, entonces el individuo será dependiente, situación en la cual intervendría el profesional de enfermería que permitiría (según su actividad de suplencia o ayuda) a conseguir nuevamente la independencia (o salud). Y en todo este proceso siempre tomando en cuenta los aspectos socioculturales, económicos, religiosos y la familia, así como el equipo de salud.

Marriner-Tomey³³ (1994) refiere que el concepto de enfermería de Henderson es complejo (ver esquema), ya que, contiene numerosas variables y varias relaciones descriptivas y explicativas diferentes. En el libro de Henderson y Nite³⁴ se ha reproducido el diagrama de los conceptos sobre enfermería de Henderson. Además, las 14 necesidades básicas, que en un principio parecen simples, se vuelven complejas cuando se produce alguna alteración de una necesidad.

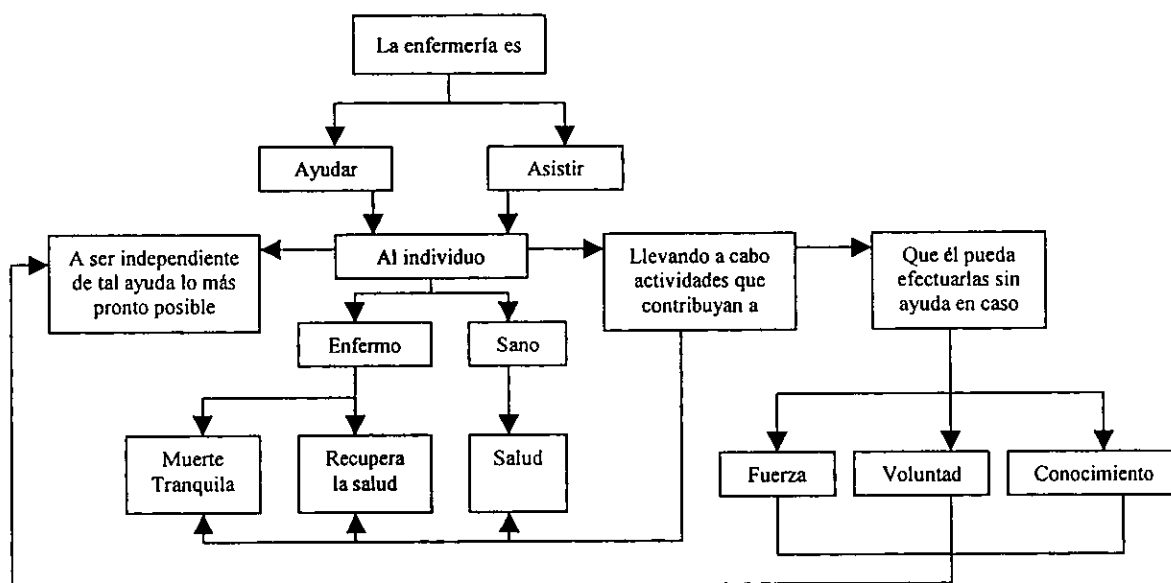
³¹ Idem p. 102-112

³² Whaley LF, Wong DL: "Perspectivas de la enfermería pediátrica" en: Tratado de enfermería pediátrica. 2a. ed, Editorial Interamericana, México, 1989:3-16

³³ Marriner-Tomey Op cit p. 102-112

³⁴ Henderson V, Nite: Papel de la enfermera en la atención del paciente. Vol 1, 3a ed, Ediciones científicas, La Prensa Medica Mexicana, México, 1987: 23

Es a través de esta propuesta sobre las necesidades fundamentales que se realizará el presente trabajo, aplicado en el Proceso de atención de enfermería tratado en el siguiente apartado.



Fuente: Henderson/Nite *Papel de la enfermera en la atención del paciente*. Pág 23

1.3. PROCESO DE ATENCION DE ENFERMERIA

Un *proceso* es una serie de acciones u operaciones planificadas y dirigidas hacia un resultado en particular³⁵. El *proceso de enfermería* es un método sistemático y racional de planificar y ofrecer cuidados de enfermería³⁶. Este proceso es el sistema de la práctica de la enfermería, en el sentido de que proporciona el mecanismo por medio del cual el profesional de enfermería utiliza sus opiniones, conocimientos y habilidades para diagnosticar y tratar las *respuestas* del paciente a los problemas reales o potenciales de la salud. Henderson identificó que el método de enfermería debe ser diferente al de otras profesiones, y que debería ser igual al método científico y éste puede tomar diferentes enfoques.

Iyer³⁷ plantea varias propiedades del proceso de enfermería:

- Es sistemático, porque consiste en la utilización de un enfoque organizado para conseguir su propósito.
- Es dinámico, porque está sometido a continuos cambios en la respuesta del individuo.
- Es de naturaleza interactiva, ya que se basa en las relaciones recíprocas que se establecen entre el profesional de enfermería, el individuo, la familia y otros profesionales de la salud.
- Es flexible, porque se puede adaptar a la práctica de enfermería en cualquier marco o área de especialización que trate con individuos, grupos o comunidades y así como sus fases se pueden utilizar de forma consecutiva y concurrente.
- Tiene una base teórica, porque 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.

³⁵ Kozier, Erb, Olivieri: "Introducción al proceso de enfermería" en: Enfermería fundamental. Tomo 1, 4a ed, editorial Interamericana, Barcelona, 1993: 181-189

³⁶ Idem

³⁷ Iyer PW, Taptich BJ: Proceso y diagnóstico de enfermería. 3a ed, editorial Interamericana, México, 1997: 13-14

En el ámbito profesional. El proceso de enfermería potencia el desarrollo profesional, favorece el desarrollo de las capacidades cognitiva, técnica e interpersonal a través de sus cinco etapas desarrolladas a continuación.

1.3.1 ETAPAS.

El proceso de enfermería consta de 4 ó 5 fases. El proceso en cinco pasos consiste en: *valorar, diagnosticar, planificar, ejecutar y evaluar*. El proceso es cíclico; esto es, los componentes del proceso siguen una secuencia lógica, pero puede estar implicado más de un componente cada vez. Henderson considera que el proceso de enfermería es el proceso de solución de problemas. La enfermera puede ayudar al paciente a ser independiente mediante las etapas del proceso en cada uno de los 14 componentes de la asistencia básica de enfermería³⁸.

Aplicando el marco conceptual de Henderson, se obtienen las siguientes ventajas:

1. En las etapas de valoración y diagnóstico, sirve de guía para la recolección de datos y en el análisis y síntesis de los mismos. En esta etapa se determina:
 - Las causas de la dificultad para la satisfacción de las necesidades.
 - La interrelación de unas necesidades con otras.
 - La definición de los problemas y su relación con las causas de dificultad identificadas.
2. En la planificación y ejecución, sirve para la formulación de objetivos de independencia, en base a las causas de dificultad detectadas, en la elección del modo de intervención (suplencia y ayuda) más adecuado a la situación y en la determinación de actividades de enfermería que impliquen al individuo (siempre que sea posible) en su propio cuidado. Esto significa determinar el modo de intervención (suplencia o ayuda) más adecuado a la situación. Todos estos criterios serán los que guiarán la etapa de ejecución.
3. En la etapa de evaluación, el modelo ayuda a determinar los criterios que nos indicarán los niveles de independencia mantenidos y/o alcanzados a partir de la puesta en marcha del plan de cuidados, ya que según esta autora la meta es ayudar al individuo a conseguir su independencia máxima en la satisfacción de las necesidades, lo más

³⁸ Fernández FC, Novell MG. Op cit p. 202-210

rápidamente posible. La actuación va encaminada a ayudarlo a alcanzar dicha independencia por sí mismo de acuerdo con sus propias capacidades y recursos³⁹.

1.3.1.1. Valoración.

Durante esta fase se reúne y examina la información para determinar el estado de salud. Es un proceso continuo llevado a cabo durante todas las fases del proceso. Los principales métodos para reunir los datos son: *observación. Entrevista y examen físico.*

Observar.

Puede definirse como “la capacidad intelectual de captar a través de los sentidos, los detalles del mundo exterior”⁴⁰. Consiste en considerar al cliente y a todo lo que se relaciona con él con atención continua que nos permita conocerlo mejor. La enfermera tiene que desconfiar de su propia subjetividad y de sus juicios preconcebidos; evitar los contactos rutinarios y superficiales que entrañan el riesgo de que la observación sea interferida por estos. La falta de concentración y continuidad puede igualmente conducir a la enfermera a percepciones superficiales y fragmentadas. La observación tiene dos aspectos: a) notar los estímulos, y, b) seleccionar, organizar e interpretar los datos, es decir, percibirlos. Dentro de este proceso se pueden presentar errores, por falta de objetividad, organización defectuosa o mala interpretación de los datos.

Entrevista.

“Una entrevista es una comunicación planeada o una conversación con una finalidad”⁴¹. Ante todo se debe elegir el momento oportuno para el paciente: respetar horas de alimentación, momentos de reposo y los momentos en que más sufre. Se debe intentar crear las condiciones que favorezcan el intercambio, intimidad del paciente y confort. El éxito de la entrevista depende de la habilidad que tenga la enfermera para establecer una comunicación clara y eficaz que le permita conseguir los objetivos que se ha fijado.

³⁹ Idem p. 202-210

⁴⁰ Phaneuf, Grondin, Riopelle. Op cit

⁴¹ Kozier, Erb, Olivieri: “Valoración” en: Enfermería fundamental. Tomo 1, 4a ed, editorial Interamericana, Barcelona, 1993: 191-204

Phaneuf ⁴²(1993) describe algunas de las habilidades que ayudan a hacer más fácil la entrevista:

- a) habilidades para hacer preguntas de forma adecuada. Pueden ser preguntas cerradas que limitan la respuesta a un "sí" o un "no", o preguntas abiertas, que permiten al paciente explicarse.
- b) Habilidad para confirmar o validar las percepciones que tiene de su paciente.
- c) Habilidad para reconducir al paciente que hace digresiones hacia el tema de entrevista.
- d) Habilidad para hacer una síntesis de lo que ha dicho.

La entrevista puede dividirse en las siguientes fases:

1. Preparación del material (lugar, momento, intimidad, confort) y la preparación organizada que lleva a la enfermera a acudir a distintas fuentes (historia clínica, otros profesionales de la salud, familia, etc.) para recoger informaciones previas.
2. Introducción, es el momento en que inicia la entrevista, la enfermera se presenta, explica sus funciones y lo que pretender con el encuentro.
3. Desarrollo o cuerpo de la entrevista, que consta de una sucesión de preguntas y respuestas entre la enfermera y el paciente.
4. La conclusión que lleva a la enfermera a finalizar la entrevista⁴³.

Historia de enfermería

Para obtener los datos sistemáticamente la enfermera tiene que usar un marco o estructura de valoración organizada; éste método sistemático de recoger los datos se denomina historia de enfermería. La historia es la recopilación de datos sobre el grado de bienestar del paciente, los cambios en sus costumbres, su situación sociocultural y sobre las reacciones mentales y emocionales ante la enfermedad. El objetivo de la historia es identificar patrones de salud y enfermedad, factores de riesgo para problemas físicos y conductuales, datos anormales y recursos disponibles para la adaptación. Cuando se aplica una historia clínica, el profesional de enfermería utiliza técnicas de entrevista y de observación para reunir una base de datos completa y exacta que contribuya a centrar la atención durante la valoración física en determinados sistemas corporales o síntomas⁴⁴. En

⁴² Phaneuf, Grondin, Riopelle. Op cit

⁴³ Phaneuf M: Cuidados de enfermería. El proceso de atención de enfermería. Editorial Interamericana, Madrid, 1993: 68

⁴⁴ Potter PA: Guía clínica de enfermería. Valoración de la salud. 3a. ed, editorial Mosby, Madrid, 1995: 8

el marco del modelo de Henderson se realizaran una serie de preguntas relativas a las 14 necesidades fundamentales.

Técnicas de valoración física.

La valoración física es fundamental para obtener los datos objetivos necesarios para completar la fase de valoración del proceso de enfermería. Las cuatro técnicas básicas utilizadas durante la valoración física (inspección, palpación, auscultación y percusión) permiten al profesional de enfermería recopilar un volumen extenso de datos físicos sobre el individuo. Las valoraciones físicas completas se realizan una vez que se ha obtenido la historia de enfermería; la información de la historia puede centrar la información del explorador en regiones corporales o sistemas específicos, de modo que los datos de la valoración suplementen, confirmen o refuten los datos de la historia. La organización de la exploración sigue habitualmente un esquema desde la cabeza a los pies para garantizar que sean revisados todos los sistemas corporales⁴⁵. Una base de datos completa, de los datos objetivos y subjetivos, permiten a la enfermera formular diagnósticos, desarrollar objetivos del paciente y actuar para promover la salud y prevenir la enfermedad.

1.3.1.2. Diagnóstico.

La definición de diagnóstico aprobada por la NANDA (1990) es: “el diagnóstico de enfermería es un juicio clínico sobre las respuestas de un individuo, familia o comunidad a problemas de salud/procesos reales o potenciales. El diagnóstico de enfermería proporciona la base para la selección de actuaciones de enfermería con el fin de corregir los resultados de los que es responsable la enfermera”⁴⁶.

El proceso de diagnóstico tiene tres fases:

a) Proceso de datos.

Es el acto de interpretar los datos obtenidos. En este proceso como primer punto se tienen que *organizar los datos*, el modelo conceptual guía mediante un instrumento o formato para valoración de los mismos, facilitando así la organización de éstos; posteriormente se *comparan* los hallazgos obtenidos con los *estándares* establecidos (ej. Peso y talla); después se *agrupan*, los datos se examinan para determinar si siguen algún

⁴⁵ Idem, p. 28 y 44

⁴⁶ Kozier, Erb, Olivieri: “Diagnóstico” en: Enfermería fundamental. Tomo 1, 4a ed, editorial Interamericana, Barcelona, 1993: 207-222

patrón, si representan accidentes aislados y si son significativos, durante esta agrupación, la enfermera interpreta el posible significado de las sugerencias y denomina los grupos de sugerencias con hipótesis de diagnósticos de prueba, y por último en este proceso, se identifican las lagunas (ausencia de información necesaria) y las incoherencias (error de medida, informes poco fiables)⁴⁷.

b) Determinación de los problemas de salud.

La enfermera y el paciente pueden hacer uno de los siguientes juicios:

- No existe ningún problema, y se confirma el estado de salud del paciente.
- No existen ningún problema, pero hay un problema potencial.
- Existe un problema, pero el paciente lo está afrontando eficazmente.
- Existe un problema, y el paciente necesita ayuda para resolverlo.
- Existe un problema, pero el paciente no puede resolverlo en este momento.
- Un problema no está incapacitando actualmente pero lo hará en fechas posteriores.
- El problema es crónico y permanente⁴⁸.

c) Formulación de diagnósticos.

En esta fase, la enfermera formula las relaciones causales entre los problemas de salud y los factores causales relacionados con ellos, los cuales pueden ser: ambientales, sociológicos, psicológicos, fisiológicos o espirituales. Es importante determinar que el problema puede resolverse con acciones de enfermería independientes, si no, la enfermera debe remitir al paciente al experto adecuado del equipo sanitario. Al incluir los factores causales en los enunciados la enfermera puede diseñar un plan de cuidados⁴⁹.

Hay tres componentes esenciales de los enunciados de los diagnósticos de enfermería, denominados formato PES (Gordon, 1976)⁵⁰:

P. Problema de salud (real o potencial) del paciente (individuo, familia, comunidad).

E. Etiología del problema (da directrices para el tratamiento de enfermería requerido).

S. Signos y síntomas definatorios.

⁴⁷ Idem

⁴⁸ Idem

⁴⁹ Idem

⁵⁰ Idem

Rosalinda Alfaro⁵¹ (1992) nos menciona como escribir las formulaciones diagnósticas:

Para el diagnóstico de enfermería *real*: Usar el formato PES, uniendo el problema con la etiología, utilizando “relacionado con”, añadiendo “manifestado por” y los signos y síntomas que validen la existencia del diagnóstico.

Para el diagnóstico de enfermería *potencial*: cuando los datos demuestren factores de riesgo para un problema, pero no hay signos y síntomas del mismo. Se unen los factores de riesgo con el problema usando “relacionado con” y etiquetando como problema potencial (ej. Deterioro potencial de la integridad cutánea relacionado con reposo prolongado en cama).

Para el diagnóstico de enfermería *posible*: si se sospecha la existencia de un problema, pero carece de datos que lo confirman, se identifica el problema como posible (ej. Posible trastorno de la autoestima).

Christensen⁵² menciona que también se pueden redactar diagnósticos en estado de *salud* cuando el individuo con o sin diagnóstico médico se está enfrentando adecuadamente al momento, entonces los diagnósticos de enfermería se redactan en relación a la preservación del estado de salud del paciente. Los diagnósticos son manifestados como “conservación de la homeostasis o equilibrio o conservación del estado de salud”. Por otro lado, Carpenito⁵³ propone la etiqueta diagnóstica de “conductas generadoras de salud” para describir al individuo o familia que desea obtener educación sanitaria relativa a la promoción y mantenimiento de la salud (conductas preventivas, reconocimientos según la edad, nutrición óptima, etc); esta etiqueta diagnóstica se utiliza para describir a personas asintomáticas, sin embargo, puede usarse para una persona que padece una enfermedad crónica, para ayudarse o conseguir un nivel mayor de bienestar.

Un aspecto que hay que resaltar con respecto a esta etapa del proceso es la diferencia existente entre los diagnósticos de enfermería y los diagnósticos médicos; Alfaro⁵⁴ considera a los diagnósticos médicos como problemas interdependientes, ya que se

⁵¹ Alfaro R: “Diagnóstico” en: Aplicación del proceso de enfermería. Guía práctica. 2a. ed, editorial Doyma, Barcelona, 1993: 57-95

⁵² Christensen JP, Griffith WJ: Proceso de Atención de Enfermería. Editorial el Manual Moderno, México, 1993: 148

⁵³ Carpenito LJ: Manual de diagnósticos de enfermería. 5a ed, editorial Interamericana, 1997: 215

⁵⁴ Alfaro R. Op cit p. 57-95

centran en la patología o fisiopatología de órganos y sistemas, y define como problema interdependiente: “Un problema de salud real o potencial (complicación) que se centra en la respuesta fisiopatológica del cuerpo (a un traumatismo, enfermedad, estudios diagnósticos o modalidades terapéuticas) y que las enfermeras son responsables de identificar y tratar *en colaboración con el médico*”.

1.3.1.3. Planeación.

La planeación corresponde a la tercera etapa del proceso de enfermería; se sugiere como primer paso en esta **establecer prioridades** en función del estado actual de las situaciones y los problemas presentes; para poder establecer estas se realiza una lista de los problemas que se han identificado durante la valoración, se estudia esa lista y se determina el orden de los cuidados de enfermería.

De acuerdo a la jerarquía de necesidades básicas de Maslow⁵⁵ se pueden establecer las prioridades en el siguiente orden:

Prioridad 1. Problemas que interfieren con las necesidades fisiológicas (respiración, circulación, nutrición, hidratación, eliminación, temperatura, bienestar físico).

Prioridad 2. Problemas que interfieren con la seguridad y protección (riesgos ambientales).

Prioridad 3. Problemas que interfieren con el amor y la pertenencia (pérdida de un ser).

Prioridad 4. Problemas que interfieren con la capacidad para alcanzar los objetivos personales.

Sabiendo la relación que hay entre las necesidades propuestas por Maslow y las propuestas por Henderson se puede tomar este orden para la aplicación del modelo.

Otro de los elementos por realizar en esta etapa es la determinación de los **objetivos**, Alfaro⁵⁶ nos propone la formulación de objetivos a corto y largo plazo, así como objetivos para el paciente y para la enfermera, a continuación se citan los conceptos que esta autora propone y las características de éstos:

Objetivos a corto plazo: “Son los que pueden cumplirse con relativa rapidez, a menudo en menos de una semana”.

⁵⁵ Alfaro R: “Planificación” en: Aplicación del proceso de enfermería. Guía práctica. 2a. ed, editorial Doyma, Barcelona, 1993: 89-132

⁵⁶ Idem

Objetivos a largo plazo: “Se alcanzan con un periodo más prolongado, en semanas o meses”. Pueden incluir objetivos continuos (ej. Luisa se vestirá sola cada mañana).

Objetivos del paciente: “Expresan lo que la enfermera espera que el enfermo sea capaz de alcanzar”. Los componentes que se deben tomar en cuenta para estructurarlos son: sujeto, verbo, condiciones, criterios, momento específico.

Objetivos de la enfermera: “Describen cómo espera alcanzar la enfermera los objetivos del paciente”. Ofrecen una guía para seleccionar las actividades de enfermería, puede incluir objetivos personales de aprendizaje de la propia enfermera y suelen formularse mentalmente.

Las **actividades de enfermería** se determinan con base en la etiología detectada, analizar qué puede hacerse para eliminar la causa y cómo se le puede ayudar al paciente a alcanzar los resultados esperados. De acuerdo al tipo de diagnóstico redactado se determinarán las actividades de la siguiente manera:

Diagnóstico de enfermería real:

1. La etiología detectada nos guía para determinar las acciones o cuidados de enfermería.
2. Planificar valoraciones focalizadas frecuentes de las manifestaciones para controlar los signos y síntomas del problema.

Diagnóstico de enfermería potencial:

1. De la etiología se identifican las actividades para eliminar los factores contribuyentes.
2. Planificar valoraciones focalizadas frecuentes para asegurarse de que no han aparecido manifestaciones clínicas que cambiaran el diagnóstico a real.

Diagnóstico de enfermería posible:

1. Identificar métodos para obtener más información acerca del posible diagnóstico, para determinar si existe en realidad alguna manifestación⁵⁷.

Según Carpenito⁵⁸, las actividades de enfermería para los problemas interdependientes son:

1. Valoraciones focalizadas frecuentes para controlar al paciente y detectar complicaciones posibles o potenciales.
2. Remitir el caso al médico cuando existan signos y síntomas de complicaciones potenciales.

⁵⁷ Idem p. 89-132

3. Realizar las actividades interdependientes de enfermería prescritas por el médico.

Finalmente la anotación del plan realizado es esencial para continuar con los cuidados, anotar el plan tiene las siguientes finalidades:

1. Confirmar que se ha formulado un plan de cuidados completo para cada paciente.
2. Servir como registro que puede ser estudiado posteriormente para evaluar el cuidado del enfermo.
3. Comunicar a las demás enfermeras los problemas, objetivos y actividades específicos que se han identificado en el paciente.

1.3.1.4. Ejecución.

“Es la realización del plan de cuidados por parte del paciente y de la enfermera”⁵⁹.

Existen habilidades que debe tener la enfermera para tener éxito en la realización del plan:

- a) Habilidades intelectuales; implica la capacidad de razonar y comprender; la capacidad de realizar las acciones en orden de prioridad, así como llevar a cabo la toma de decisiones.
- b) Habilidad interpersonal, que incluye comunicación con el paciente y otros miembros del equipo de salud, son de importancia las técnicas de comunicación empleadas, tanto verbales como no verbales.
- c) Habilidad técnica; es la ejecución de un procedimiento en forma segura y competente, tiene relación estrecha con las anteriores.

Ya sea que se utilicen habilidades intelectuales, interpersonales o técnicas al implementar el plan, la enfermera ejecuta acciones. Las acciones de enfermería, así como las del paciente, se basan en el modelo que sustentan el trabajo. Las acciones de enfermería pueden ser de diferentes tipos:

- a) Acción independiente. Es una actividad que la enfermera inicia como resultado de los conocimientos propios y técnicas de la enfermera.
- b) Acción dependiente. Son aquellas actividades llevadas a cabo por la prescripción médica, bajo supervisión médica.

⁵⁸ Idem p. 89-132

⁵⁹ Fayram ES: “Implementación” en: Lecturas básicas del curso de teorías, modelos y PAE. México, 1998: 174-196

- c) Acción interdisciplinaria. Son las actividades realizadas ya sea conjuntamente con otros miembros del equipo de salud o como resultado de una decisión conjunta de la enfermera y otro miembro del equipo⁶⁰.

La cantidad de tiempo que pasa la enfermera en un rol independiente en su área frente a uno interdisciplinario o dependiente variará según el área clínica, el tipo de institución y la posición específica de la enfermera; *la enfermera especialista clínica puede trabajar independientemente el 100% del tiempo.*

Dentro de las acciones de enfermería se puede ver que se asumen las acciones desde distintos puntos de vista, dependiente de la actividad que se esté realizando: como educadora del paciente, como colaboradora del equipo multidisciplinario, como investigadora, líder y administradora.

La ejecución consta de tres etapas:

- a) Preparación. En ésta se conoce y familiariza la enfermera con lo planeado; se valida el plan mediante una valoración de los problemas detectados, si continúan o hay que hacer cambios en el plan. Así como también se adquieren habilidades y conocimiento necesarios para implementar el plan; se valora la necesidad de requerir ayuda por otra enfermera, ó si se está lo suficientemente preparada para llevar a cabo las acciones. Y por último se prepara al paciente y medio ambiente (recursos necesarios) para iniciar la siguiente fase.
- b) Implementación. Esta es la fase propia de la ejecución donde se aplican las habilidades intelectuales, interpersonales y técnicas; tomando en cuenta los aspectos biopsicosociales y espirituales e individualizar el cuidado. Se realiza recolección de datos relativos a las reacciones del paciente en la ejecución de las acciones planeadas.
- c) Posimplementación. Se resumen las acciones que se efectuaron, se valoran las respuestas del paciente a la implementación, se responden preguntas que haga el paciente y por último se le deja en un ambiente seguro y confortable⁶¹.

Por último en la etapa de ejecución es importante documentar los planes de atención, ya que así se evitará la duplicación de esfuerzos.

⁶⁰ Kozier, Erb, Olivieri: "Ejecución" en: Enfermería fundamental. Tomo 1, 4a ed, editorial Interamericana, Barcelona, 1993: 244-249

⁶¹ Alfaro R: "Ejecución" en: Aplicación del proceso de enfermería. Guía práctica. 2a. ed, editorial Doyma, Barcelona, 1993: 148-167

1.3.1.5. Evaluación.

“Es una comparación planeada y sistemática de la condición de salud del paciente con los resultados deseados”⁶². Es un proceso *concurrente y terminal*. Concurrente porque la enfermera normalmente evalúa durante la fase de ejecución del proceso; y es un proceso terminal porque después de finalizar la actividad de enfermería, la enfermera evalúa si se han alcanzado los objetivos del paciente.

Tipos de evaluación:

- a) Evaluación de la estructura. Se evalúa si la institución es capaz de proporcionar los servicios adecuados, en cuanto a instalaciones físicas, equipo, calificación del personal.
- b) Evaluación del proceso. Se determina si las acciones de enfermería fueron idóneas, propias, efectivas y eficientes; estas se juzgan por: (1) la observación del desempeño de la enfermera, (2) preguntando a los pacientes sobre lo que dijo la enfermera y, (3) revisando las notas de la enfermera en el kárdex. Se elaboran juicios preguntando: ¿fue adecuado el cuidado, fueron apropiadas las acciones, fueron efectivas las estrategias, se realizaron eficientemente las acciones?
- c) Evaluación del resultado. Se evalúan los cambios de conducta del paciente: respuesta fisiológica, psicológica, psicomotora, conocimiento de capacidades⁶³.

El proceso de evaluación tiene seis componentes:

1. Identificar los estándares para medir el éxito que se utilizarán para medir el logro de los objetivos.
2. Recoger los datos relacionados con los criterios identificados. Se recogen los datos para que puedan extraerse conclusiones sobre si han alcanzado los objetivos.
3. Comparar los datos recogidos con los criterios identificados y juzgar si los objetivos han sido alcanzados. Hay tres posibles resultados en la evaluación: el objetivo se cubrió, se cubrió parcialmente, no se alcanzó el objetivo.
4. Relacionar las acciones de enfermería con los resultados del paciente. Determinar si las acciones de enfermería tuvieron alguna relación con los resultados.

⁶² Kenney WJ: “Evaluación” en: *Lecturas básicas del curso de teorías, modelos y PAE*. México, 1998: 197-219

⁶³ Idem

5. Reexaminar el plan de cuidados del paciente. Cuando no se cubren los objetivos o sólo se cubren parcialmente la enfermera tiene que reexaminar la base de datos del paciente, los diagnósticos, objetivos y acciones.
6. Modificar el plan de cuidados en caso de detectar nuevos hallazgos⁶⁴.

Las intervenciones de enfermería están guiadas por principios legales y éticos, en el desarrollo del etapas del proceso de enfermería, por tal motivo en el siguiente apartado se tratará sobre las principales consideraciones éticas en la práctica de enfermería infantil.

⁶⁴ Kozier, Erb, Olivieri: "Evaluación" en: Enfermería fundamental. Tomo 1, 4a ed, editorial Interamericana, Barcelona, 1993: 252-260

1.4. CONSIDERACIONES ETICAS EN LA PRACTICA DE ENFERMERIA INFANTIL

La ética de la salud se ha enriquecido con nuevos conocimientos y el hecho de que la ética se adentra cada vez más en la vida del hombre, ha significado una transformación en la postura y comportamientos del personal de los servicios de salud, que reconocen y asocian los más altos valores a los conocimientos.

Para la enfermera implica una gran responsabilidad intervenir en el cuidado y conservación de la salud y la vida de los seres humanos, razón por la que debe mantener actualizados sus conocimientos, anticiparse a los problemas que puedan ocasionar incidentes de los que ella o el hospital son responsables, y fomentar un enfoque humanista en las relaciones enfermera - paciente

Las intervenciones de enfermería están guiadas por principios éticos en el desarrollo de las etapas del proceso de enfermería, principios éticos que afectan la forma de realizar los cuidados proporcionados. Iyer y Taptich⁶⁵ nos dicen que es a través del *razonamientos crítico* que se pueden llevar a cabo adecuadamente las etapas del proceso de enfermería para salvaguardar los derechos del paciente y protegerlo ante posibles daños, algunos problemas son causados en las etapas del proceso por falta de un adecuado razonamiento crítico y pueden ser:

- a) Valoración. En el proceso de valoración se pueden causar daños al paciente si no se obtiene información importante o si no se comunica a la persona adecuada.
- b) Diagnóstico. Se puede incurrir en varios tipos de errores: basar el diagnóstico en una recolección de datos incorrecta o incompleta; interpretación incorrecta de los datos de valoración por haber llegado a conclusiones prematuras o haber permitido que prejuicios personales afecten la interpretación; formular diagnósticos de enfermería sin el suficiente conocimiento o experiencia clínica.
- c) Planificación. No saber desarrollar un plan eficaz para tratar el problema del paciente.
- d) Ejecución. No presentar una atención segura y efectiva.

⁶⁵ Iyer PW, Taptich BJ: "Problemas legales y éticos y el proceso de enfermería" en: Proceso y diagnóstico de enfermería. 3a. ed, editorial Interamericana, México, 1997: 315-347

- e) Evaluación. Cuando no se consigue llegar a las conclusiones apropiadas (juicios clínicos) sobre el estado del paciente, se pueden producir lesiones.

La práctica de enfermería se puede ver afectada legalmente por hacer omisiones en alguna de las etapas del proceso o al realizar las intervenciones de forma incorrecta por el fracaso en el uso del razonamiento crítico.

El alcance de la práctica de enfermería ha conducido a un aumento de los conflictos entre las necesidades y expectativas de los paciente y los valores profesionales de las enfermeras, algunas de estas áreas de conflicto son el SIDA, abortos, confidencialidad y la autonomía. En el terreno de la pediatría, hay dos características que diferencian al paciente infantil del adulto, en aspectos éticos, que nos mencionan Miguel pastor y Javier León⁶⁶:

- a) El niño no es un ser independiente, *no tiene autonomía completa*.
- b) Es un *ser humano en desarrollo* y las influencias que recibe pueden tener repercusión en su vida de adulto.

1.4.1. RESPETO A LA AUTONOMÍA DEL NIÑO.

El respeto a la autonomía en el niño es uno de los problemas éticos más comunes en la práctica profesional de enfermería; la enfermera suele tomar sus decisiones asumiendo que se comporta de la mejor manera respecto al niño. Miguel Pastor y Javier León⁶⁷ consideran que este tipo de actuación es correcta, considerando que se busca el bien del niño y pensando en lo que significa la autonomía (capacidad de pensar y tomar decisiones libres y responsables), en el niño está reducido (o es prácticamente inexistente en el lactante), pero es un error creer que por este motivo ya no debe respetarse; en cuanto puede comprender, se debe contar con la opinión del niño en todo lo referente a él. El respeto a la autonomía está en relación con el *consentimiento informado*.

Se debe tomar en cuenta la dependencia existente de los padres, en caso de que se trate de niños muy pequeños, por lo que en este caso para realizar procedimientos diagnósticos o terapéuticos sobre el niño se deberá obtener el consentimiento de los padres o tutores tras

⁶⁶ Pastor GM, León JC: "Problemas éticos en enfermería pediátrica" en: Manual de ética y legislación en enfermería. Editorial Mosby, España, 1997: 95-97

⁶⁷ Idem p. 95-97

haberles proporcionado información completa; habitualmente se respeta su resolución pero hay algunas situaciones en las que el personal asume la responsabilidad de decidir:

- a) Si no son capaces de atender los aspectos médicos más relevantes del caso.
- b) Son emocionalmente inestables.
- c) Parecen anteponer sus propios intereses a los de su hijo⁶⁸.

1.4.2. CONSENTIMIENTO ENTERADO.

Uno de los aspectos básicos de la atención e investigación médica es su enfoque acerca del consentimiento enterado. La preocupación principal se refiere a quienes, debido a su edad, padecimiento mental o estatus legal, no entienden de manera razonable el estado en que se encuentran como para dar su consentimiento que autoriza se les someta a un tratamiento, terapéutico o no terapéutico. Esa es una preocupación legal, lo mismo que moral y ética. La mayoría de las personas están de acuerdo en que un neonato o un niño de uno, dos o tres años no están en posibilidad de otorgar su consentimiento; en fechas recientes, la edad que se fija para dar su consentimiento es de 18 a 19 años en varias partes⁶⁹.

En el caso del paciente infantil implica para llevarse a cabo el consentimiento enterado:

- a) Establecer una comunicación adecuada con el niño.
- b) Intentar descubrir cuánta información desea recibir y cuál es su capacidad para asumirla.
- c) Decir la verdad y evitar el engaño⁷⁰.

Por lo que hay que explicar al niño de forma sencilla lo que se le va hacer, tratando de obtener su cooperación para las técnicas que deban realizarse; o en todo caso el consentimiento por parte de los padres o tutores.

1.4.3. INVESTIGACION EN PEDIATRIA.

Dentro de la bioética, la investigación con niños conlleva a problemas legales y éticos. Como profesionales, a las enfermeras se les alienta a iniciar y apoyar la

⁶⁸ Idem p. 95-97

⁶⁹ Thompson BJ, Thompson OH: "Niñez y ética" en: Etica en enfermería. Editorial El Manual Moderno, México, 1984: 180-204

⁷⁰ Pastor GM, León JC. Op cit p. 95-97

investigación para lograr el avance de los conocimientos relacionados con su profesión y práctica particular dedicada a conocer el estado de salud o enfermedad de los pacientes. Es usual que enfermeras que se encuentren en situaciones de esa naturaleza (especialmente con recién nacidos o niños pequeños) asumen el papel de abogadas y se involucran personalmente en el caso y en el proceso de toma de decisiones. Las enfermera que nieguen su apoyo a determinado estudio de investigación, porque éste represente para ellas un conflicto moral contra sus creencias, tienen derecho de negarse a participar en él⁷¹.

El niño es fácilmente influenciable y puede ser objeto de manipulación. La relación de confianza que ha desarrollado la enfermera con el niño puede servirle para influir sobre la decisión que éste tome, de una u otra manera, debe tenerse presente que la enfermera no tiene ninguna facultad para interponer sus creencias sobre los padres o el niño. Cuando las creencias personales de la enfermera le impidan apoyar una meta válida de investigación, es mejor que se mantenga al margen, si es posible⁷².

1.4.4. PREVENCIÓN EN PEDIATRÍA.

Es un tema que puede dar lugar a problemas éticos, ya que puede haber desacuerdo con los padres del niño en cuestiones como inmunizaciones, educación para la salud, etc. El profesional de enfermería debe emplear su habilidad para resolver estas dificultades mediante sucesivas conversaciones; recurriendo a visitas domiciliarias. Este modo de trabajo en atención primaria se complementa con la labor de otros profesionales. Las medidas preventivas tienen una relevancia ética especial porque repercuten en personas, afectan a un gran número de ellas y, en el caso del niño influyen sobre un ser humano en desarrollo⁷³.

En el grupo de población de bajo nivel socioeconómico, se ha demostrado que la consulta programada y las visitas domiciliarias pueden llegar a prevenir los malos tratos infantiles, ayudando a una mejor adaptación entre padres e hijos.

Como se puede observar tiene gran responsabilidad ética y moral la atención del niño; en el siguiente apartado se tratan los aspectos concernientes a la patología que presenta el caso de estudio.

⁷¹ Thompson BJ, Thompson OH. Op cit p. 180-204

⁷² Idem

⁷³ Pastor GM, León JC. Op cit p. 95-97

1.5. LA NEUMONIA COMO FACTOR MODIFICANTE DE LA NECESIDAD DE OXIGENACION

1.5.1. CONCEPTO.

Neumonía es el término usado para significar un proceso inflamatorio del pulmón, debido a múltiples agentes: bacterias, hongos, virus, micoplasmas, agentes químicos, etc., que son capaces de desencadenar todo el proceso fisiopatológico de las inflamaciones a nivel del pulmón⁷⁴.

1.5.2. EPIDEMIOLOGIA.

Actualmente las infecciones del tracto respiratorio constituyen un serio problema de salud pública, calculándose hasta 6 episodios de infección por individuo y son la causa principal de consulta pediátrica ambulatoria. Las enfermedades respiratorias agudas, se integran por la neumonía e influenza y las infecciones respiratorias agudas; en su conjunto ocupan el 2o. Lugar de la mortalidad infantil con el 14% con respecto al total de este grupo de edad y una tasa de 246.4 por cada 100 mil nacidos vivos registrados⁷⁵. En países en desarrollo, la neumonía es causa principal de mortalidad y corresponde a más de 25% de defunciones en niños menores de 5 años. La OMS calcula que aproximadamente 4 millones de defunciones en la infancia son causadas cada año por neumonía. En la República mexicana, en el periodo de 1980-1993, la pendiente de la neumonía fue ascendente, sugiriendo un incremento de 61 casos por cada 100,000 niños cada año⁷⁶. Actualmente se reportan 277 casos (hasta la segunda semana de 1999) de neumonía por semana en población general, tan sólo en el Distrito Federal⁷⁷.

Los agentes causantes de las infecciones de vías respiratorias agudas que predominan en niños menores de un año son: *virus sincicial respiratorio*, *parainfluenza*

⁷⁴ Klein JO. Op cit p.336-345

⁷⁵ Kumate R: "Principales causas de mortalidad en menores de 5 años" en: La salud de los niños, cifras nacionales, México, 1994:45-51

⁷⁶ Kumate R: infecciones respiratorias agudas" en: La salud de los niños, cifras nacionales, México, 1994: 105

⁷⁷ Sistema Nacional de Vigilancia Epidemiológica. Sistema único de información, Del 24-30 de Enero de 1999, núm 4 (16)

uno y tres. El componente bacteriano secundario esta representado en mas de 80% por *S. Pneumoniae*, *Haemophilus influenzae*, *klebsiella penumoniae* y *Mycoplasma neumoniae*⁷⁸. Los seres humanos son el único reservorio conocido de bacterias patógenas frecuentes que causan enfermedad respiratoria. En la mayor parte de los casos, la transmisión es por microgotas al hablar o estornudar. Es más frecuente en invierno y primavera. La máxima frecuencia ocurre en los extremos de la vida. Se encuentra predominio general en varones⁷⁹.

1.5.3. MICROBIOLOGIA.

Las bacterias causan mas casos de neumonía en el niño, de ellas las grampositivas son las más comunes (*neumococo*, s. *Aureus*). De los gramnegativos capaces de producir neumonía destaca el *H. Influenzae tipo b* que es responsable de casi todos los casos de neumonía por esta especie⁸⁰.

Haemophilus influenzae es un cocobacilo gramnegativo, aerobio, aunque puede comportarse como anaerobio facultativo. Puede hacerse pleomorfo y aparecer en forma de filamentos largos o bacilos cortos, en algunas ocasiones; como cocobacilo en cadenas cortas o en parejas que simulan neumococos y estreptococos. Normalmente se le puede identificar en las vías respiratorias altas, desde los primeros meses de vida; 50% de los niños al año de edad presentan su colonización en la nasofaringe. La mayoría de las infecciones debidas a H. I. Se producen entre los 2 meses y 3 años de edad. Tiene alto potencial de propagación en contactos de corta edad y poblaciones cerradas⁸¹. Margaret Pittman⁸², (1931) describió dos grupos: las cepas encapsuladas (hay 6 serotipos de la "a" a la "f"), y las cepas no encapsuladas (*H. Influenzae* sp o no tipificable).

1.5.4. MANIFESTACIONES CLINICAS.

Se pueden dividir en cinco categorías:

⁷⁸ Gonzalez BO. Op cit p. 139-144

⁷⁹ Klein JO. Op cit p. 336-345

⁸⁰ Moran OV: "Neumonías y bronconeumonías" en: La salud del niño y el adolescente (Martínez y Martínez Eds), 3a, ed, Editorial Masson - Salvat, 1955: 636-649.

⁸¹ Alvarez PE: "Haemophylus Influenzae" en: Infecciones en pediatría, Editorial Salvat, Colombia, 1991: 93-97

⁸² González BO. Op cit p. 139-144

- Manifestaciones inespecíficas de infección y toxicidad: Fiebre, cefalea, malestar, molestias gastrointestinales, intranquilidad y aprensión.
- Signos generales de enfermedad de vías respiratorias inferiores: taquipnea, disnea, respiración superficial, tos, expectoración de esputo, aleteo nasal.
- Signos de neumonía: en el niño pequeño pueden ser sutiles; la matidez a la percusión representa derrame pleural; a la auscultación a veces crepitaciones; hipoventilación. Retracción costal en afección pulmonar significativa.
- Signos de derrame pleural: La irritación pleural se acompaña de dolor torácico a veces intenso. Cuando crece el derrame, es posible que aumente la disnea. La irritación pleural en el lóbulo superior derecho puede desencadenar meningismo, un signo de irritación meníngea sin inflamación. También puede ocurrir empiema que se extiende hasta afectar el mediastino o pericardio.
- Signos de enfermedad extrapulmonar: absceso de piel y partes blandas, otitis media, sinusitis y meningitis; si hay pericarditis y epiglotitis, es muy probable que se vinculen con neumonía por *H. Influenzae*⁸³.

1.5.5. DIAGNOSTICO.

El diagnóstico de la neumonía se realiza por medio de examen clínico, radiológico, microbiológico y serológico .

Clínica. La historia y el examen físico completos son la base que orientan a la enfermera especialista hacia una infección respiratoria baja. Radiológico; la radiografía de tórax confirmará la presencia de imágenes de condensación pulmonar o pleura, que sean sugestivas de enfermedad pulmonar infecciosa. Microbiología; obtener muestras confiables de material del foco neumónico es un reto, no son útiles los exudados faríngeos, ni esputo, el hemocultivo (30-50% de positivos) y el material obtenido por punción pulmonar o biopsia pueden brindar mejores perspectivas, cuando existe empiema pleural, la punción con fines terapéuticos también permite el diagnóstico etiológico. Serología; la determinación de anticuerpos y de antígenos bacterianos o virales tanto en sangre como orina han demostrado ser sensibles y específicos particularmente utilizando técnicas de inmunofluorescencia e inmunoanálisis. Otros exámenes; la biometría hemática puede

⁸³ Klein JO. Op cit p. 336-345

mostrar leucocitosis con neutrofilia en etiología bacteriana y linfocitosis en etiología viral, con excepciones múltiples que la tornan inespecífica en la mayoría de los casos⁸⁴.

El diagnóstico diferencial de la neumonía bacteriana incluye neumonías no bacterianas y causas no infecciosas de la enfermedad pulmonar.

- Entre agentes no bacterianos: en recién nacidos por infección congénita o adquirida durante el nacimiento (rubeóla, herpes, toxoplasmosis). Entre dos semanas y 6 meses de vida la *chlamydia trachomatis* es más frecuente; durante la infancia las neumonías son más frecuentes por virus respiratorios (*adenovirus*, *influenza*, *parainfluenza*, *sincicial respiratorio*, *coxachie*). *Mycoplasma* es importante en neumonía de escolares, púberes y adultos jóvenes.
- Entre causas no infecciosas: aspiración de contenido gástrico, cuerpos extraños, reacción a medicamentos, procesos malignos⁸⁵.

1.5.6. TRATAMIENTO.

Los antimicrobianos deberán ser elegidos con base en el germen, sensibilidad y resistencia a los fármacos, sin embargo, dada la dificultad de aislamiento de los mismos, es necesario "cubrir" con esquemas "empíricos" las principales bacterias⁸⁶.

En niños de un mes a 10 años, predomina *s. Pneumoniae* y *H. Influenzae*. La amoxicilina es la terapéutica adecuada con enfermedad leve. Si el niño está moderada o gravemente enfermo, se deben administrar los medicamentos intravenosos: cefalosporinas (cefuroxima, ceftriaxona, cefotaxime o ceftazidime) o cloranfenicol. Es de fundamental importancia que la enfermera especialista tenga en cuenta la dilución de estos medicamentos con el fin de evitar por un lado el daño de las venas periféricas y por otro, los daños en oídos, riñón y en el hígado.

Tratamiento por agente. En *H. Influenzae* es susceptible a diversos antimicrobianos (sulfonamidas, cloranfenicol, aminoglucósidos y ampicilina). La penicilina G también es eficaz. Debido a las cepas resistentes o ampicilina deben utilizarse cefalosporinas de 2a.

⁸⁴ González N: "Neumonía" en: Infectología pediátrica, 6a ed, Editorial Trillas, México, 1997:120

⁸⁵ Klein JO. Op cit p. 336-345

⁸⁶ Idem

Generación (cefuroxime), o de 3a. Generación (ceftriaxona, cefotaxime, ceftazidime) o cloranfenicol intravenosos en el tratamiento inicial de pacientes graves⁸⁷.

Otros procedimientos. Intubación traqueal; evacuación de derrame pleural (toracotomía).

Medidas de sostén. La atención de enfermería de los niños con infecciones de las vías respiratorias es principalmente de sostén y sintomática, y encaminada a satisfacer las necesidades de cada niño. La enfermera debe mantener el equilibrio hídrico, humidificación con nebulización fría, oxígeno en caso de disnea, limpieza bucal, uso restringido de antipiréticos (guía de respuesta al tratamiento); y medidas de terapéutica respiratoria para evitar complicaciones.

Actualmente se proponen en el área de enfermería una serie de métodos de trabajo para mejorar la calidad del cuidado como los modelos de atención, la metodología empleada para la realización de este estudio de caso se trata a continuación.

⁸⁷ Klein JO. Op cit p. 336-345

2. METODOLOGIA DEL ESTUDIO DE CASO

2.1. PROCESO DE IDENTIFICACION DE VARIABLES

Las variables del estudio de caso serán las catorce necesidades propuestas por Virginia Henderson. El análisis e interpretación de los datos obtenidos durante el proceso de recolección de dos mismos se ve facilitado al considerar la propuesta de Riopelle, Grondin y Phaneuf (1997) que nos permiten llevar al plano de la práctica conceptos abstractos tratados en el modelo de Henderson, ya que al identificar los elementos de normalidad (indicadores) de cada una de las necesidades (variables) podemos determinar más fácilmente la existencia de independencia o dependencia del individuo. Estos elementos (indicadores) nos permiten identificar cual es el estado óptimo que el individuo debería alcanzar para obtener independencia, elementos basados en la anatomía y fisiología normales, psicología, sociología y otras disciplinas. La propuesta de estas autoras al estar planteadas de manera general, para cualquier individuo, hace necesaria la adaptación de los conceptos, para la realización de este estudio, de datos específicos y característicos del lactante mayor para determinar en este grupo de edad los indicadores de cada variable que serán tomados en cuenta para el análisis de datos y así elaborar los diagnósticos de enfermería con el fin de proponer un plan de intervención para evaluar los logros obtenidos.

Los hallazgos obtenidos de acuerdo a la valoración del paciente se muestran a manera de cuadro sinóptico, por necesidad, en el anexo 2.

2.2. VALORACION DE ENFERMERIA

Cada paciente es una persona individual y valiosa que interacciona con el ambiente y que debe valorarse como una unidad. El proceso de enfermería, a través de sus cinco etapas, permite como intervención más eficaz y eficiente con el paciente en diferentes ámbitos. La valoración, el primer paso del proceso de enfermería, es la recolección deliberada y sistemática de datos para determinar el estado de salud y el estado funcional actuales y pasados del paciente, para lograr esto se requiere de un *método, técnicas e instrumentos* para la recolección de datos que a continuación se tratan.

2.2.1. METODO USADO PARA LA VALORACION.

El método usado para este estudio de caso es el proceso de atención de enfermería con el enfoque de las 14 necesidades, en la primera etapa que corresponde a la valoración se empleó el *método clínico* definido como “el estudio integral de un individuo a través de métodos específicos”, sus principales objetivos son:

- Obtener un conjunto básico de datos sobre las capacidades funcionales del cliente.
- Obtener información que ayude a la enfermera a establecer un diagnóstico y un plan de cuidado del cliente.

Como parte importante en el método clínico, se realizó la historia clínica de enfermería, estructurada para detectar independencia o dependencia en cada una de las necesidades, así como las técnicas exploración física: inspección, palpación, percusión, auscultación y medición (peso, talla, perímetro cefálico, perímetro torácico, perímetro braquial, signos vitales). Estas herramientas del método clínico se realizaron con cada valoración practicada al paciente sujeto de estudio y cuya información obtenida fue anotada en un anecdotario para un seguimiento adecuado. Se contó con un total de 18 valoraciones intrahospitalarias y cuatro de seguimiento en domicilio para el análisis del estudio de caso.

2.2.2. INSTRUMENTOS PARA LA RECOLECCION DE DATOS.

La fórmula de recolección de datos utilizada para elaborar un formato con el marco del modelo de Henderson consiste en plantear preguntas relativas a las 14 necesidades fundamentales, para esto se contó con un instrumento (anexo 1) diseñado para tal propósito, basado en las necesidades básicas del niño de 0-5 años con los siguientes apartados:

- I. Datos demográficos. Constituido por datos de identificación del niño y sus padres, así como del servicio donde es atendido.
- II. Familia. Con datos de antecedentes de salud familiares, características de la vivienda; tipo y constitución, así como rasgos de la dinámica familiar.
- III. Orientación. Constituido básicamente por preguntas cerradas entorno a las normas implementadas en el área de hospitalización.
- IV. Antecedentes individuales. Incluye antecedentes perinatales del niño; las preguntas son cerradas y abiertas de tipo narrativo. En este apartado se incluyen preguntas entorno a las 14 necesidades básicas: los apartados incluidos en esta área constituyen cada una de las 14 necesidades básicas, y los cuales constan de preguntas cerradas y abiertas de tipo narrativo que permiten evaluar el grado de dependencia o independencia en cada necesidad. Concluye este apartado con un análisis global sobre los datos obtenidos.
- V. Jerarquía de las necesidades. En este se realiza una evaluación de las necesidades básicas identificando su grado de dependencia o independencia, las causas de dificultad y las fortalezas y debilidades que presenta el paciente; todo esto se muestra en el formato de cuadro.
- VI. Jerarquía de los diagnósticos de enfermería. En este se establecen las prioridades de los problemas detectado jerarquizando por orden de importancia los diagnósticos de enfermería.
- VII. Plan de atención de Enfermería. Se cuenta con un formato de varias columnas con los diagnósticos de enfermería, objetivos del plan, las intervenciones y evaluación de las acciones.
- VIII. Plan de alta. En el que se establece orientación sobre medidas higiénicas, dietéticas, medicamentos e indicaciones específicas para el cuidado del niño en el hogar.

2.2.3. FUENTES SECUNDARIAS.

Las fuentes secundarias nos ayudan a obtener información adicional, las utilizadas básicamente para la realización de este estudio son:

- Historia clínica del cliente. Permite a la enfermera estar al corriente de las prescripciones médicas y de evolución del estado del cliente, de los informes, exámenes y análisis; de las distintas intervenciones terapéuticas y de las notas y planes de cuidados redactados por colegas. La realización de esta consulta será diariamente.
- Familia y ambiente. Esto es esencial en el área pediátrica, ya que la familia es la que atiende las necesidades del niño, así como su contribución permitirá mejorar las condiciones del cliente.
- Intercambio de información con otros profesionales de la salud. La comunicación con otros miembros del equipo multidisciplinario ayuda a la enfermera a coordinar el plan de tratamiento y a saber el alcance de los logros obtenidos por el equipo.
- Libros, artículos y obras referentes al tema. También son una fuente importante de información, ya que se pueden encontrar datos sobre el tema, sobre el tratamiento e intervenciones que generalmente se necesitan en estos casos; en este respecto no se pudo recabar bibliografía sobre investigaciones de enfermería realizadas con el marco referencial de las 14 necesidades.
- Base de datos computarizados. Básicamente se utilizó internet para buscar información referente al tema.

En este trabajo se da mayor importancia a los datos obtenidos en la interacción con el paciente, pero hay que tomar en cuenta que para conseguir una imagen completa de la situación, es esencial acudir a otras fuentes de referencia como las anteriores.

2.3. PROCESO DE CONSTRUCCION DEL DIAGNOSTICO DE ENFERMERIA.

Dentro del marco del esquema conceptual de Henderson los problemas de dependencia, junto a su fuente de dificultad (etiología), constituyen el diagnóstico de enfermería.

La enfermera debe examinar los datos obtenidos y separar los componentes que favorezcan la satisfacción de las necesidades de los que no lo permiten en la búsqueda del problema de independencia, para esto se tomaron como guía los indicadores de normalidad de las 14 variables.

Entonces, la primera etapa que se cubrió para establecer un diagnóstico consistió en *descubrir el problema de dependencia* del cliente. Phaneuf define como problema de dependencia “un cambio desfavorable en la satisfacción de una necesidad fundamental, que puede ser de orden biopsicosocial, cultural o espiritual, y que se manifiesta a través de signos observables”; la definición de este problema es la conclusión que obtiene la enfermera a partir de los datos que revelan que hay una necesidad insatisfecha.

Otra etapa para establecer el diagnóstico fue determinar las *causas del problema* de dependencia, es decir, las *fuentes de dificultad*, en definitiva, el factor etiológico de la causa del problema o factor de riesgo.

La formulación del diagnóstico con el formato PES aplica el principio básico para identificar el problema y su etiología, y añade el concepto de validación, la inclusión de los signos y síntomas; por tal razón se utilizó este formato para la formulación de los diagnósticos:

Problema + Etiología + signos y síntomas
--

Un aspecto importante de la identificación de los diagnósticos de enfermería es el de la identificación de los factores de riesgo que pueden hacer que se presenten diagnósticos denominados *potenciales*. La enfermera da a su trabajo una dimensión preventiva al tomar

en cuenta éstos e implementar actividades para evitar que se presenten realmente. Para la formulación de estos se uso el siguiente formato:

Problema + Etiología

Los diagnósticos redactados de esta manera orientan el trabajo de la enfermera y dan a sus intervenciones objetivos precisos, dirigen su actividad tanto en su papel de profesional autónomo como en sus funciones de colaborador con el médico.

Se realizaron los diagnósticos que se consideraron necesarios para cada necesidad, ya sea que reflejen dependencia o independencia. En el caso de independencia, los diagnósticos se formularon con la etiqueta diagnóstica propuesta por Carpenito: "Conductas generadoras de salud", para realizar intervenciones que promuevan y ayuden a mantener la independencia detectada.

Se tomaron en cuenta las etiquetas diagnósticas propuestas por la NANDA para redactar los diagnósticos; así como los problemas y manifestaciones propuestas por Phaenuf, Grondin y Riopelle, ya que estas autoras enfocan su propuesta en el modelo de Henderson.

Se detectaron y redactaron diecisiete diagnósticos con las valoraciones realizadas, descritos en el capítulo de resultados.

2.4. CRITERIOS DE DEFINICION DEL PLAN DE INTERVENCIONES

El objetivo principal de los cuidados, dentro del marco conceptual de las necesidades, consisten en conducir al paciente a un grado óptimo de independencia en las satisfacción de estas necesidades. La planificación de los cuidados deberá determinar los objetivos de los cuidados y las intervenciones que habrán de llevarse a cabo.

Los *objetivos* se formularon con los elementos siguientes, propuestos por Alfaro:

1. Sujeto. ¿Cuál es la persona que se espera que logre el objetivo?
2. Verbo. ¿Qué actividades ha de hacer la persona para alcanzar los objetivos?
3. Condiciones. ¿Bajo qué circunstancias ha de realizar la persona sus actividades?
4. Criterios. ¿Cómo debe realizar la persona sus actividades?
5. Momento específico. ¿Cuándo se espera que la persona realice la actividad?

Asimismo, los objetivos podrán pertenecer a tres áreas: psicomotriz, cognitiva y afectiva. Así como también, se formularán a corto, mediano y largo plazo. Estarán orientados de acuerdo al problema detectado.

A partir del marco conceptual trabajado, las intervenciones de enfermería se orientaron para aumentar y completar lo que el paciente puede realizar por sí mismo y, en determinados casos, a suplir (rol de suplencia) aquello que él no puede hacer por sí mismo. Por lo tanto, las acciones tienen como objeto esencial conservar un grado óptimo de independencia en la persona. Estarán orientadas de acuerdo a la etiología (fuentes de dificultad) identificada. Las intervenciones propuestas contaron con una fundamentación científica y evaluación.

Las fechas de detección y resolución de los diagnósticos se presentan al principio del capítulo de resultados.

RESULTADOS

3. RESULTADOS

El seguimiento del caso de estudio se realizó a partir del 18 de Mayo de 1998, momento en cual se detectaron 9 diagnósticos de enfermería de las necesidades más afectadas: 5 diagnósticos corresponden a dependencia, 3 diagnósticos para conservar la independencia y un diagnóstico del alto riesgo. Los diagnósticos de dependencia lograron la independencia (excepto la variable alimentación) a lo largo de 18 seguimientos diarios, con intervenciones planeadas y en las cuales se logró la participación de la familia (mamá) para lograr los objetivos planeados.

El 1o. De Junio se presenta como parte del tratamiento médico una cirugía (plaquipleuritis) de la cual se detectaron 6 diagnósticos de dependencia de las principales variables afectadas por este evento, las cuales fueron superadas. El día 11 de Junio es dado de alta a su domicilio.

Se realizaron cuatro seguimientos más en domicilio, de los que se detectaron dos diagnósticos de enfermería, los días 13 de Junio, 11 de Julio, 11 de Agosto y por último el 11 de Diciembre de 1998. El principal objetivo de estas valoraciones fue el de detectar si la independencia del niño continuaba, reforzar algunos aspectos del plan de intervenciones como en el caso de la variable alimentación que tenía objetivo a largo plazo y superar los diagnósticos detectados en domicilio. Hasta el último seguimiento se detectó independencia.

A continuación se presenta el plan de intervención estructurado para este estudio de caso. Se presentan en cuadro independiente los diagnósticos con fecha de detección y de resolución.

DIAGNOSTICOS DE ENFERMERIA DETECTADOS

FECHA EN QUE SE IDENTIFICA	DIAGNOSTICOS DE ENFERMERIA	FECHA DE RESOLUCION
18 de Mayo, 1998	Deterioro del intercambio gaseoso relacionado con acumulación de secreciones manifestado por la auscultación de secreciones en ambos campos pulmonares y tiros intercostales leves.	25 de Mayo, 1998
18 de Mayo, 1998	Patrón respiratorio ineficaz relacionado con enfermedad aguda pulmonar manifestado por amplitud respiratoria disminuida del pulmón izquierdo.	31 de Mayo, 1998
18 de Mayo, 1998	Alimentación inadecuada por déficit relacionada con pérdida del apetito y rechazo al alimento, manifestado por disminución del peso corporal, palidez de tegumentos y debilidad física.	1o. De Julio, 1998
18 de Mayo, 1998	Conductas generadoras de salud: la eliminación urinaria permanecerá sin alteración durante su estancia hospitalaria.	11 de Junio, 1998
18 de Mayo, 1998	Conductas generadoras de salud: la eliminación fecal será diaria y de características normales.	11 de Junio, 1998
18 de mayo, 1998	Riesgo de deterioro de la movilidad física relacionado con el confinamiento en cama.	11 de Junio, 1998
18 de Mayo, 1998	Alteración del patrón del sueño: insomnio relacionado con un ambiente extraño manifestado por dificultad para permanecer dormido, inquietud y somnolencia.	25 de Mayo, 1998
18 de Mayo, 1998	Conductas generadoras de salud: mejorar la higiene personal del niño.	11 de Junio, 1998
18 de Mayo, 1998	Déficit de actividades recreativas relacionado con entorno desprovisto de actividades lúdicas manifestado por aburrimiento.	11 de Junio, 1998
1o. De Junio, 1998	Ansiedad relacionada con preparación para la cirugía.	1o. De Junio, 1998
1o. De Junio, 1998	Deterioro del intercambio gaseoso relacionado con administración de anestésicos manifestado por tiros intercostales, cianosis distal y taquipnea.	1o. De Junio, 1998
1o. De Junio, 1998	Alto riesgo de déficit de líquidos relacionado con pérdida de sangre durante la cirugía.	1o. De Junio, 1998
1o. De Junio, 1998	Alto riesgo de introducir aire o microorganismos en la cavidad pleural relacionado con la manipulación continua del drenaje torácico.	8 de Junio, 1998

1o. De Junio, 1998	Dolor relacionado con incisiones quirúrgicas y traumatismo de los tejidos manifestado por llanto y escala de valoración del dolor de caras en número 5.	1o. De Junio, 1998
2o. De Junio, 1998	Alteración de la termorregulación: hipertermia, relacionada con cirugía manifestada por temperatura corporal de 38 grados.	4 de Junio, 1998
13 de Junio, 1998	Alteración del crecimiento y desarrollo relacionado con restricción para desarrollar habilidades o conductas típicas de su edad (caminar) manifestado por dificultad para la deambulación.	11 de Julio, 1998
13 de Junio, 1998	Alteraciones de los procesos familiares relacionado con cambio de rutinas manifestado por estrés de los padres.	11 de Agosto, 1998

UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE MEXICO
 ESCUELA NACIONAL DE ENFERMERIA Y OBSTETRICIA
 DIVISION DE ESTUDIOS DE POSGRADO
 ESPECIALIDAD EN ENFERMERIA INFANTIL
 PLAN DE INTERVENCIONES

NOMBRE: A.J.C.C. EDAD: 16 MESES SEXO: MASCULINO DIAGNOSTICO MEDICO: NEUMONIA
 SERVICIO: CIRUGIA GENERAL

DIAGNOSTICO	OBJETIVO	INTERVENCIONES	FUNDAMENTACION	EVALUACION
Deterioro del intercambio gaseoso con relacion de acumulación de secreciones manifestado por la auscultación de secreciones en ambos campos pulmonares y tiros intercostales leves.	El niño mejorará el intercambio gaseoso en el transcurso del día mediante la disminución de secreciones de campos pulmonares.	<p>Proporcionar al niño humidificación mediante mascarilla dos veces por turno.</p> <p>Realizar fisioterapia respiratoria cada 4 horas:</p> <ul style="list-style-type: none"> ■ Percusión de cada segmento pulmonar durante 1-2 minutos en forma rítmica. <p>Realizar cambios de posición para favorecer el drenaje postural cada 4 horas.</p>	<p>Cuando hay retención de secreciones, la terapéutica con aerosoles consigue disminuir dichas secreciones, mejorando así la función respiratoria y el intercambio entre aire y sangre (Shapiro, p. 197).</p> <p>La percusión del tórax constituye un excelente auxiliar para desprender secreciones bronquiales adheridas (Shapiro, p. 723).</p> <p>La eliminación del moco situado en un segmento del pulmón es facilitado por aquellas posiciones del cuerpo que permiten que el moco avance con ayuda de la gravedad (Shapiro, p. 219).</p>	<p>La humidificación de secreciones - permitió la expectoración de éstas más fácilmente.</p> <p>La percusión del tórax se realizó cada 4 horas con participación de la mamá después de las nebulizaciones.</p> <p>El drenaje postural se combinó con la percusión para favorecer la expectoración de secreciones.</p>

DIAGNOSTICO	OBJETIVO	INTERVENCIONES	FUNDAMENTACION	EVALUACION
<p>Patrón respiratorio ineficaz relacionado con enfermedad aguda pulmonar por manifestada por amplitud respiratoria disminuida del pulmón izquierdo.</p>	<p>Enseñar al niño y familiar cómo realizar ejercicios de respiración profunda para mejorar el patrón respiratorio.</p>	<p>Valorar el estado respiratorio del niño mediante:</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Patrón respiratorio. ▪ Gasometrías tomadas para verificar calidad de la oxigenación. <p>Aspiración de secreciones en caso necesario.</p> <p>El niño realizará ejercicios respiratorios cada 4 horas por 15 minutos (al principio un minuto e ir aumentando el tiempo hasta alcanzar lo establecido):</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Hacer burbujas en un recipiente con agua y un popote. ▪ Tratar de inflar un globo. ▪ Dibujar una cara en un guante desechable e inflarlo para estirar la cara y observarla. ▪ Poner torundas de algodón sobre la mesa y soplarlas para desplazarlas. 	<p>El acumulo de secreciones alteran la función respiratoria normal. La gasometría arterial muestra directamente la eficacia del sistema respiratorio (Morgan, p. 40).</p> <p>Cuando el paciente no es capaz de eliminar las secreciones mediante la tos el profesional de enfermería debe emplear aspiración de secreciones para eliminarlas de vías aéreas (Potter, p. 1016).</p> <p>Los ejercicios respiratorios son técnicas encaminadas a reforzar el diafragma y facilitar una buena respiración diafragmática. Con el empleo continuo de estos ejercicios respiratorios, mejora el esquema de ventilación, con lo que se reduce el trabajo muscular requerido para una buena ventilación fisiológica (Shapiro, p. 430).</p>	<p>La valoración del estado respiratorio se realizó continuamente para detectar alteraciones provocadas por la acumulación de secreciones.</p> <p>No fue necesaria la aspiración de secreciones ya que con las medidas previamente adoptadas se mejoró el intercambio gaseoso.</p> <p>Los ejercicios respiratorios fueron alternándose para que fueran aceptados por el niño como juego, mejorando parcialmente el patrón respiratorio.</p>

DIAGNOSTICO	OBJETIVO	INTERVENCIONES	FUNDAMENTACION	EVALUACION
Alimentación por inadecuada déficit relacionada con pérdida del apetito, manifestado por disminución del peso corporal, palidez tegumentos y debilidad física.	El niño mejorará el esfuerzo respiratorio.	<p>Permitir al niño que adopte una posición cómoda.</p> <p>Promover el descanso.</p> <p>Mantener permeables las vías aéreas.</p> <p>Reducir la ansiedad del niño.</p> <p>Ofrecer al niño una dieta rica en proteínas y calorías y ofrecer al niño dos colaciones al día, de los alimentos que el prefiera.</p> <p>Pesar al niño diariamente.</p> <p>Favorecer la presencia de la mamá a la hora de las comidas.</p>	<p>Una posición cómoda facilita la respiración y disminuye el esfuerzo respiratorio.</p> <p>La fatiga puede aumentar el esfuerzo de la respiración (Carpenito, p. 646).</p> <p>Las vías aéreas obstruidas con secreciones aumentan la resistencia y esfuerzo al respirar (Carpenito, p. 645).</p> <p>El estrés (por ansiedad o temor) genera mayor consumo de oxígeno al aumentar la frecuencia respiratoria</p> <p>Al ofrecer al niño los alimentos que más le gustan favorecemos que coma más en cada comida.</p> <p>El control de peso diario es un parámetro para valorar si la nutrición es adecuada (Morgan, p. 269).</p> <p>Los lactantes mayores temen a los extraños por lo que deben ser tranquilizados haciéndolos sentir que el cuidador primario está allí apoyándolos (Marlow y Redding , tomo 2, p. 842).</p>	<p>El niño generalmente adoptaba la posición que el prefería.</p> <p>Los periodos de descanso que el niño prefería eran respetados. Se realizaron las intervenciones planeadas anteriormente para lograr esto.</p> <p>Se logró por periodos mantener tranquilo al niño.</p> <p>La dieta fue de acuerdo a lo establecido en la institución. Las colaciones fueron proporcionadas con la fruta que no aceptaba durante la comida, la cual se guardaba para este propósito.</p> <p>El peso fue valorado diariamente no encontrando alteraciones significativas.</p> <p>Generalmente la mamá era quien lo asistía durante la alimentación.</p>

DIAGNOSTICO	OBJETIVO	INTERVENCIONES	FUNDAMENTACION	EVALUACION
	<p>Conocer los gustos y hábitos alimenticios del niño para favorecer la ingesta adecuada de alimentos.</p> <p>Ofrecer los alimentos en orden de preferencia del niño.</p> <p>Permitir al niño que él se alimente solo según sus posibilidades.</p> <p>Dar tiempo al niño para masticar correctamente e ingerir sus alimentos.</p> <p>Registrar la cantidad de alimento consumido en cada tiempo de comida.</p>	<p>Es posible que el niño sea ritualista sobre sus preferencias alimenticias, horario, forma de comer, lo que se verá alterado con la hospitalización y una posible anorexia por encontrarse en un ambiente desconocido (Brunner, vol.5, p. 1266).</p> <p>Los alimentos del niño deben proporcionarse de forma en que éste lo haría en caso de no estar inhabilitado (Wolff y Kuhn, p. 159).</p> <p>El favorecimiento de la independencia del paciente es una de las metas principales de la enfermera. A los niños de 1 a 3 años les gusta alimentarse por sí mismos (Wolff y Kuhn, p. 159).</p> <p>La masticación constituye el primer paso del proceso de digestión, si se "pasan" trozos grandes de alimentos, puede originarse una obstrucción de vías respiratorias (Wolff y Kuhn, p. 160,161).</p> <p>El registro de los alimentos consumido permite que las enfermeras valoren si se ha cumplido con la necesidad de nutrición y de líquidos del paciente (Wolff/Kuhn, p. 159).</p>	<p>Se respetó la forma de comer del niño, no así el horario ya que el hospital cuenta con un horario establecido para los tiempos de comida.</p> <p>Generalmente el niño decidió con que alimentos iniciaba su alimentación.</p> <p>Su mamá lo alimentaba por lo regular, pero en las ocasiones que el niño manifestaba el deseo de hacerlo por sí mismo se le permitió realizar esta actividad.</p> <p>Se proporcionó el tiempo suficiente para lograr esta actividad.</p> <p>El registro no se realizó directamente en las hojas de enfermería, pero si se dio aviso a la enfermera del servicio sobre lo que consumió el paciente.</p>	

DIAGNOSTICO	OBJETIVO	INTERVENCIONES	FUNDAMENTACION	EVALUACION
		<p>Brindar un periodo de descanso o reposo antes de cada comida.</p> <p>Reforzar las prácticas higiénicas antes y después de comer:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Lavado de manos. • Aseo bucal. <p>Retirar o recoger cualquier objeto disperso en el cuarto.</p> <p>Evitar procedimientos terapéuticos desagradables antes y después de las comidas.</p> <p>Mantener una hidratación adecuada.</p>	<p>El paciente cansado o alterado no tiene por lo general disposición para comer (Wolff y Kuhn, p. 159).</p> <p>Las manos sucias pueden propiciar el ingreso de bacterias. Una boca fresca y limpia estimula el apetito (Wolff y Kuhn, p. 159).</p> <p>Un entorno desordenado tiende a incidir en el deseo de comer (Wolff y Kuhn, p. 159).</p> <p>El miedo al tratamiento y a lo desconocido pueden provocar anorexia (Kozier).</p> <p>Un paciente con función renal normal que no padece enfermedades cardiacas ni trastornos que exijan restringir la ingesta de líquidos debe beber entre 2000 y 2500cc de líquidos por día (Potter, p. 938).</p>	<p>El periodo de descanso estuvo relacionado con evitar procedimientos antes de las comidas para que se encontrara tranquilo.</p> <p>Estas prácticas se realizaron por parte de la mamá con apoyo y orientación.</p> <p>Se mantuvo la unidad del paciente bien arreglada la mayor parte del tiempo.</p> <p>Los procedimientos se evitaron antes de las comidas</p> <p>El niño se mantuvo en una hidratación adecuada mientras permaneció hospitalizado.</p>

DIAGNOSTICO	OBJETIVO	INTERVENCIONES	FUNDAMENTACION	EVALUACION
<p>Conductas generadoras de salud: la eliminación urinaria permanecerá sin alteración durante su estancia hospitalaria.</p>	<p>El niño continuará con una eliminación urinaria normal en el transcurso de su estancia hospitalaria realizando actividades preventivas.</p>	<p>Promover los hábitos miccionales:</p> <ul style="list-style-type: none"> Integrar las costumbres del paciente para fomentar las pautas de micción más ajustadas a la normalidad Estimular la higiene personal correcta: Enseñar al familiar la forma correcta de asear el perineo y uretra. Promocionar el vaciamiento completo de la vejiga: presión sobre área suprapúbica. 	<p>Todas las personas tienen una rutina preestablecida de micción normal, integrar esto a la rutina hospitalaria favorece la relajación y reflejo de la micción (Potter, p. 938).</p> <p>Es fundamental para prevenir la infección urinaria mantener una buena higiene perineal limpiando el meato uretral después de cada micción (Potter, p. 951).</p> <p>La orina residual es un medio idóneo para el desarrollo de bacterias. Los ejercicios de fortalecimiento de los músculos de la pelvis ayudan a prevenir las dificultades relacionadas con el vaciamiento vesical completo (Potter, p. 939).</p> <p>La exposición continua de la piel a la orina da lugar a maceración y excoriación gradual, la mejor forma para eliminar la orina de la piel es lavándola con agua templada y jabón (Potter, p. 952).</p>	<p>Se trató en lo posible seguir las costumbres del niño para no alterar el patrón miccional.</p> <p>Se le enseñó a la mamá la forma de retraer el prepucio para el aseo adecuado del meato uretral.</p> <p>No se pudo realizar esta actividad, ya que el niño aún no tenía control de esfínteres y no se sabía el momento exacto de que estaba miccionando.</p> <p>La integridad de la piel perineal se mantuvo sin alteraciones.</p>

DIAGNOSTICO	OBJETIVO	INTERVENCIONES	FUNDAMENTACION	EVALUACION
Conductas generadoras de salud: la eliminación fecal será diaria y de características normales.	El niño continuará con un patrón de eliminación fecal normal durante su estancia hospitalaria.	Prevenir el estrés y ansiedad del niño durante la hospitalización con medidas de distracción Prevenir la infección: • Asegurarse que la ingesta de líquidos sea correcta.	La ansiedad y el estrés no alteran las características de la orina pero pueden producir sensación de urgencia y aumentar la frecuencia de las micciones. La ansiedad puede impedir que se complete la micción debido a que la tensión dificulta la relajación de los músculos abdominales (Potter, p 924). Con la ingesta adecuada de líquidos se diluye la orina y se favorece una micción regular, con lo que se consigue limpiar la uretra de microorganismos. (Potter, p. 951)	Se logró disminuir el estrés del niño al efectuar algunos procedimientos.
		Mantener una alimentación adecuada. Realizar ejercicios de amplitud de movimiento dos veces al día abducción, flexión extensión, aducción, rotación. Tratar de respetar los hábitos personales para la defecación.	Una cantidad adecuada de fibra en los alimentos permite un peristaltismo normal y evita el estreñimiento. Un programa de ejercicios físicos ajustado a la edad y situación ayuda a los pacientes a mantener pautas intestinales saludables. (Potter, p. 972) El programa de trabajo hospitalario puede interrumpir los hábitos intestinales normales, causando estreñimiento. Favorecer los hábitos personales permite la excreción normal. (Potter, p. 960)	La ingesta de líquidos fue adecuada, no se registraron infecciones urinarias. La eliminación fecal se mantuvo diariamente sin alteraciones. Estos ejercicios se realizaron en forma de juego logrando así, realizarlos en la mañana. Por la tarde, su mamá los realizó con el niño. Se trató de respetar en lo posible los hábitos diarios del niño logrando evitar alteraciones en la necesidad de eliminación.

DIAGNOSTICO	OBJETIVO	INTERVENCIONES	FUNDAMENTACION	EVALUACION
<p>Riesgo de deterioro de la movilidad física relacionado con el confinamiento en cama.</p>	<p>El niño permanecerá con postura y movilidad normal mientras permanezca confinado en cama mediante la realización de un programa de ejercicios de amplitud y movimiento.</p>	<p>Evaluar el peristaltismo intestinal una vez por turno.</p> <p>Realizar ejercicios de amplitud de movimiento activos dos veces al día:</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Cuello. Flexión y extensión de adelante hacia atrás y lateralmente. ▪ Hombro. Flexión del brazo hacia delante. Hiperextensión del brazo hacia atrás. Abducción, levantar el brazo y Aducción, bajar el brazo y cruzarlo sobre el cuerpo. Circunducción, mover el brazo en círculo. ▪ Codo. Flexión y extensión del antebrazo. ▪ Antebrazo. Supinación y pronación, la palma de la mano hacia arriba y hacia abajo. ▪ Muñeca. Flexión y extensión de la mano. 	<p>Estas evaluaciones son necesarias para asegurar el correcto funcionamiento intestinal e instaurar el tratamiento adecuado cuando se considere necesario (Morgan, p. 89).</p> <p>Los ejercicios de amplitud de movimiento permiten asegurar una movilidad articular adecuada, tono y fuerza muscular, evitando así contracturas o deterioro de la movilidad (Potter, p. 549).</p>	<p>El peristaltismo se valió una vez por turno no encontrándose alteraciones.</p> <p>Se realizaron los ejercicios programados a través del juego, la mamá los llevó a cabo por la tarde. No se detectaron alteraciones a nivel muscular y articular.</p>

DIAGNOSTICO	OBJETIVO	INTERVENCIONES	FUNDAMENTACION	EVALUACION
		<ul style="list-style-type: none"> ▪ Dedos de la mano. Flexión y extensión de dedos. Hiperextensión de dedos hacia atrás. Abducción separando los dedos entre sí. Aducción juntando los dedos. ▪ Cadera. Flexión levantando la pierna hacia arriba. Extensión moviendo la pierna hacia atrás. Abducción moviendo la pierna hacia un lado. Rotación interna girando pie y pierna hacia la otra pierna. Rotación externa, girando pie y pierna hacia fuera. Circunducción moviendo la pierna en círculos. ▪ Rodilla. Flexión llevando hacia atrás la pierna. Extensión regresando la pierna al suelo. ▪ Tobillo. Flexión dorsal y plantar, que los dedos apunten hacia arriba y hacia abajo. ▪ Pie. Inversión y eversión dirigiendo la planta hacia adentro y en sentido lateral. 		

DIAGNOSTICO	OBJETIVO	INTERVENCIONES	FUNDAMENTACION	EVALUACION
Alteración del patrón del sueño: insomnio relacionado con un ambiente extraño manifestado por dificultad para permanecer dormido, inquietud y somnolencia.	El niño disfrutará de un descanso apropiado (10 a 14 horas) al proporcionarle un ambiente más cómodo y confortable mientras permanece hospitalizado.	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Dedos de los pies. Flexión y extensión llevando los dedos hacia arriba y hacia abajo. Abducción y aducción separando y juntando los dedos entre sí. Control del entorno del hospital: <ul style="list-style-type: none"> ▪ Temperatura ambiente y ventilación confortable de acuerdo a las preferencias del niño. ▪ Nivel mínimo de ruido, evitar ruidos fuertes y repentinos. ▪ Cama cómoda e iluminación adecuada (de acuerdo a la preferencia del niño). ▪ Barandales de seguridad en la cama. Proporcionar comodidad al niño durante los periodos de sueño: <ul style="list-style-type: none"> ▪ Cambiar las sábanas húmedas o sucias. ▪ Adecuada higiene personal al acostarse (Higiene dental, lavado de manos y cara). 	<p>Los factores ambientales influyen sobre la capacidad de conciliar y mantener el sueño. Entre los factores más importantes se encuentran la ventilación, iluminación tipo de cama y nivel sonoro. El hospital. Los ruidos poco familiares y el mayor nivel de ruido como el originado por las líneas de aspiración, pueden provocar privación del sueño (Potter, p. 735).</p> <p>Las personas logran conciliar el sueño cuando se encuentran cómodas (Potter, p. 744).</p>	<p>Se pudo controlar de forma adecuada la temperatura y ventilación, la iluminación parcialmente ya que por las necesidades de trabajo del personal se necesitaba por las noches la luz. La cama se mantuvo de acuerdo a las costumbres del niño, las cuales fueron proporcionadas por la mamá que se quedaba con él por las noches. Con lo que mejoró la calidad del sueño</p> <p>La comodidad fue proporcionada por la mamá con orientación sobre esto y de acuerdo a las costumbres para dormir del niño (en brazos y posteriormente acostarlo)</p>

DIAGNOSTICO	OBJETIVO	INTERVENCIONES	FUNDAMENTACION	EVALUACION
		<ul style="list-style-type: none"> ▪ Ayudar al niño a colocarse en una posición cómoda. <p>Respetar las horas del sueño acostumbradas del niño:</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Organizar las actividades asistenciales para evitar despertar al niño. ▪ Permitir periodos de siesta acostumbrados durante el día <p>Favorecer los rituales para costarse:</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Respetar hora acostumbra para dormir. ▪ Cambio de pañal. ▪ Proporcionar al niño leche antes de dormir. <p>Reducción del estrés producida por la hospitalización:</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Realizar ejercicios de relajación antes de dormir (escuchar música) ▪ Realizar actividades recreativas como "iluminar" cuentos. 	<p>La enfermera puede programar valoraciones, tratamientos, intervenciones y rutinas de tal modo que coincidan cuando el paciente se encuentra despierto para evitar interrumpir las horas de sueño (Potter, p. 745).</p> <p>El establecimiento de una hora sistemática para ir a la cama contribuyen a que la mayoría de los pacientes logren un patrón de sueño saludable y fortalecen el ritmo de sueño y vigilia (Potter, p. 746).</p> <p>La leche representa una fuente de triptofano, que es un componente contenido en una sustancia producida por el cuerpo para favorecer el sueño (Wolff/Kuhn, p. 226).</p> <p>El estrés da lugar a la liberación de corticoides y adrenalina, que inducen catabolismo e insomnio (Potter, p. 746).</p>	<p>No siempre se pudieron respetar las horas de sueño ya que las actividades asistenciales estaban programadas y no se permitía retrasarlas. Los periodos de siesta se trataron de respetar lo más posible.</p> <p>Los rituales acostumbrados por el niño fueron respetados y proporcionados por la mamá.</p> <p>La relajación durante la noche se logró de acuerdo a lo informado por la mamá, las horas de sueño durante la noche aumentaron y fueron más tranquilas.</p>

DIAGNOSTICO	OBJETIVO	INTERVENCIONES	FUNDAMENTACION	EVALUACION
Conductas generadoras de salud: mejorar la higiene personal del niño.	El niño mantendrá una higiene personal adecuada mediante la práctica de cuidados higiénicos diariamente.	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Arrullar y acariciar al niño. <p>Evaluar la calidad del sueño del niño formulando preguntas a la mamá en torno a la noche recién pasada.</p>	Interferir con el bioritmo de las personas puede incidir en la cantidad y calidad del sueño (Wolff/Kuhn,p. 226).	De acuerdo a lo informado por la mamá se logró mejorar la calidad de sueño durante la noche.
		<p>Realizar las prácticas higiénicas antes del desayuno:</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Cambio de pañal. ▪ Lavado de manos y cara del niño. ▪ Proporcionar torundas de algodón para el aseo de la boca. 	La correcta higiene corporal es necesaria para la comodidad y bienestar. Durante la realización de los cuidados higiénicos, el profesional de enfermería tiene disponibilidad para la enseñanza del paciente y así promover la salud (Potter, p. 814).	Las prácticas higiénicas matutinas se realizaron por la mamá con previa orientación lográndose realizar sin necesidad de decirle que lo hiciera.
		<p>Realizar prácticas higiénicas después del desayuno:</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Baño. ▪ Lavado de boca. ▪ Cambio de camisión y ropa de cama. ▪ Ordenar la unidad del niño. 	El baño elimina el sudor, bacterias, secreciones sebáceas y células cutáneas muertas, con lo que se minimiza la irritación de la piel y se reduce la probabilidad de infección, además que el agua caliente y el masaje facilitan la adecuada circulación. El baño es relajante y provoca sensación de comodidad (Potter, p. 821). El cambio de ropa contribuye a la limpieza del entorno y evita las infecciones, contribuye a la comodidad y seguridad del paciente (Potter, p. 827).	Las prácticas programadas se realizaron diariamente con la colaboración de la mamá.

DIAGNOSTICO	OBJETIVO	INTERVENCIONES	FUNDAMENTACION	EVALUACION
<p>Déficit de actividades recreativas relacionado con entorno desprovisto de actividades lúdicas, manifestado por aburrimiento.</p>	<p>El niño manifestará interés por realizar actividades recreativas durante su estancia hospitalaria.</p>	<p>Realizar las prácticas higiénicas vespertinas, después de comer:</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Lavado de manos. ▪ Higiene bucal. ▪ Estirar la ropa de cama. <p>Explicar a la mamá las prácticas higiénicas antes de dormir que tiene que realizar:</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Cambio de ropa en caso de estar muy sucia. ▪ Higiene bucal antes de dormir. ▪ Cambio de pañal. <p>Averiguar gustos e intereses del niño.</p> <p>Facilitar material como papel, pinturas de colores.</p>	<p>Los cuidados higiénicos vespertinos ayudan a mantener la comodidad y bienestar del paciente, después de procedimientos y actividades agotadoras matutinas (Potter, p. 815).</p> <p>Las prácticas higiénicas antes de dormir permiten que el paciente se relaje para facilitar el sueño (Potter, p. 814).</p> <p>Las diferentes maneras de recrearse han cambiado con la evolución de las sociedades. En nuestros días, el avance de la ciencia y la tecnología han tenido como consecuencia la aparición de una gran variedad de actividades de diversión accesibles. El individuo puede, entonces escoger los medios de recreación que correspondan a sus aspiraciones (Phaneuf/Grondin, p. 63).</p> <p>El juego en el hospital permite al niño liberarse de sus temores, frustraciones y cubrir las necesidades de estimulación del desarrollo (Potter, p. 491).</p>	<p>Las actividades vespertinas programadas se realizaron diariamente con apoyo de la mamá.</p> <p>La mamá reportó haber realizado las prácticas programadas sin ningún contratiempo.</p> <p>Los intereses y preferencias del niño fueron informados por parte de la mamá.</p> <p>El material programado fue proporcionado logrando interés por parte del niño, con lo que se logró distracción y entretenimiento.</p>

DIAGNOSTICO	OBJETIVO	INTERVENCIONES	FUNDAMENTACION
		<p>Fomentar el desarrollo cognitivo mediante actividades como la lectura de cuentos por la mamá y proporcionar diversos tipos de juguetes para que reconozca formas, tamaños y texturas.</p> <p>Proporcionar al niño objetos que le resultan familiares, como algún juguete (carros).</p>	<p>El juego en el periodo de 1-3 años estimula todas las áreas del crecimiento y desarrollo, a medida que el niño crece, la importancia social del juego aumenta (Marlow y Redding, tomo2, p. 844).</p> <p>Los objetos familiares proporcionan al paciente una sensación de seguridad y le ayudan en parte a aliviar la ansiedad que le crea encontrarse en un medio extraño (Carpentito, Planes de atención, p. 11).</p> <p>Al ser los carros los juguetes de su preferencias, estos fueron proporcionados por su familia.</p>

PLAN DE INTERVENCION PERIOPERATORIO

DIAGNOSTICO	OBJETIVO	INTERVENCIONES	FUNDAMENTACION	EVALUACION
Ansiedad relacionada con preparación para la cirugía.	<p>Conseguir en el niño un bajo nivel de ansiedad mediante la preparación física adecuada.</p>	<p>Permitir la estancia del familiar mientras espera ser llevado a quirófano.</p> <p>Ofrecer al niño ayuda emocional apropiada para su edad:</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Abrazarlo. ▪ Proporcionarle el juguete que él prefiera. 	<p>El lactante recibe la mayor parte de apoyo emocional de sus padres (Wolff/Kuhn, p. 623).</p> <p>Dado que el niño corre el riesgo de tener miedo y trastornos emocionales, es esencial ayudarle en este sentido para que su experiencia con la cirugía sea positiva (Morgan, p. 226).</p>	<p>La mamá permaneció al lado del niño el tiempo de espera para llevarlo a quirófano.</p> <p>El niño manifestó menor ansiedad mientras se preparaba, por medio del juego, para cirugía con la presencia de la mamá.</p>

DIAGNOSTICO	OBJETIVO	INTERVENCIONES	FUNDAMENTACION	EVALUACION
<p>Deterioro del intercambio gaseoso relacionado con administración de anestésicos manifestado por tiros intercostales, cianosis distal y taquipnea.</p>	<p>El niño tendrá un nivel adecuado de oxigenación mediante el mejoramiento del patrón respiratorio.</p>	<p>Utilizar como técnica de relajación:</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Distracción con juguetes. <p>Mantener los líquidos y comida fuera de la vista del niño.</p> <p>Conducir a la familia del niño al área de espera del quirófano.</p> <p>Administrar oxígeno humidificado al 40% a un flujo de 2 o 3 lts. A través de mascarilla, hasta que el niño esté despierto y responda a estímulos.</p> <p>Vigilar el nivel de oxigenación mediante un pulsioxímetro hasta que el niño esté despierto y estable.</p>	<p>Las técnicas de relajación permiten al niño y a sus padres concentrarse en sus pensamientos y prestar atención a otros asuntos agradables, con lo que se ayuda a disminuir la ansiedad y miedo (Morgan, p. 226).</p> <p>Tener a la vista algo que esta prohibido resulta frustrante y provoca ansiedad (Wolff/Kuhn, p. P. 804).</p> <p>Los padres representan una fuerza familiar y estabilizadora para el niño.</p> <p>Al administrar oxígeno durante el periodo de recuperación postanestésico aumenta la concentración total de oxígeno en circulación hasta que la frecuencia respiratoria está restablecida. La humidificación del aire mantiene húmedas las mucosas (Morgan, p. 228).</p> <p>Es importante controlar la saturación de oxígeno debido a que el centro de control respiratorio del niño se agota fácilmente después de la cirugía. Este punto es muy importante para los lactantes, que a menudo respiran de forma irregular (Morgan, p. 228).</p>	<p>La combinación de las técnicas de distracción con lo antes planeado mostraron la disminución de ansiedad en el niño.</p> <p>Se mantuvieron fuera del alcance la vista del niño los alimentos para disminuir su ansiedad.</p> <p>La mamá acompañó al niño durante su traslado al quirófano lo que mantuvo a Javier tranquilo en este lapso.</p> <p>Durante la primera hora posterior a la cirugía Javier manifestó mejoría en el patrón respiratorio manifestado por coloración rosada y respiraciones entre 20 y 25 por minuto, los movimientos respiratorios fueron sin esfuerzo.</p> <p>La vigilancia del nivel de oxigenación fue continua y no se registraron alteraciones, se mantuvo la oxigenación entre 90 y 95%</p>

DIAGNOSTICO	OBJETIVO	INTERVENCIONES	FUNDAMENTACION	EVALUACION
Alto riesgo de déficit de líquidos relacionado con pérdida de sangre y privación de líquidos.	Valorar el estado del sistema circulatorio del niño para identificar a tiempo posibles complicaciones.	<p>Colocar al niño en semifowler y con ligera extensión de la cabeza.</p> <p>Vigilar el patrón respiratorio del niño (frecuencia, profundidad y trabajo respiratorio) y color de la piel cada 15 minutos la primera hora posterior a la cirugía, cada 30 minutos la segunda hora y cada hora las siguientes dos horas.</p> <p>Aspirar la boca del niño si existen signos de obstrucción de la vía aérea.</p> <p>Valorar signos vitales del niño:</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Cada 15 minutos la primera hora. ▪ Cada 30 minutos durante las siguientes dos horas. ▪ Cada 4 horas si esta estable. <p>Observar la coloración de la piel especialmente alrededor de la boca y lechos ungueales.</p>	<p>Esta posición mantiene la vía respiratoria abierta y permite un fácil acceso a la aspiración. Además reduce el riesgo de que la lengua obstruya la vía aérea (Morgan, p. 228).</p> <p>La depresión respiratoria (disminución de la frecuencia respiratoria, cianosis y reducción de la saturación de oxígeno) tienen lugar sobre todo con el uso de relajantes musculares (anestésicos utilizados con frecuencia en la cirugía pediátrica) (Morgan, p. 228).</p> <p>La acumulación de secreciones cerca de la vía aérea obstruida puede provocar laringospasmo (Morgan, p. 229).</p> <p>Un cambio en los signos vitales representa una de las primeros indicadores de posibles complicaciones (Wolff/Khun, p. 612).</p> <p>La pérdida de sangre y la ventilación deficiente pueden percibirse por una coloración cianótica en estas áreas (Wolff/Kuhn, p 612).</p>	<p>Se mantuvo esta posición durante la recuperación del niño, no se manifestaron complicaciones respiratorias.</p> <p>La vigilancia del patrón respiratorio se realizó las primeras horas posterior a la cirugía no registrándose complicaciones y sí mejoramiento del patrón respiratorio.</p> <p>La aspiración se secreciones oral se realizó con apoyo de la enfermera responsable del niño en el área de recuperación.</p> <p>Se valoraron los signos vitales durante las primeras tres horas posterior a la cirugía, no detectándose alteraciones.</p> <p>Se detecto una ligera cianosis distal que cedió en la primera hora posterior a la cirugía con administración de oxígeno.</p>

DIAGNOSTICO	OBJETIVO	INTERVENCIONES	FUNDAMENTACION	EVALUACION
Alto riesgo de introducir aire o microorganismos en la cavidad pleural relacionado con la manipulación continua del drenaje torácico.	El niño no manifestará complicaciones como infección o cambio de presiones intratorácicas mediante el cuidado adecuado del sistema de drenaje torácico.	Revisar las curaciones (costado izquierdo) del niño para detectar sangrado anormal. Evaluar continuamente el estado de conciencia del niño.	Una cantidad anormal de sangre en tono brillante indica la presencia de hemorragia. La anestesia general altera el estado de conciencia de la persona (Wolff/Kuhn, p. 612).	La observación de las curaciones fue continuamente no detectándose hemorragias. El estado de conciencia del niño fue normal en la primera hora posterior a la cirugía.
		Unir adecuadamente la sonda para drenaje de la cavidad pleural al tubo cuyo extremo tiene la probeta con agua estéril que funcionará como sello de agua. Verificar periódicamente las conexiones del tubo. Fijar con cinta adhesiva si es necesario.	El drenaje con sello de agua permite el escape de aire o líquido hacia el frasco de drenaje. El agua actúa como sello y evita que el aire regrese al espacio pleural (Brunner, tomo 1, p. 203). Las conexiones de la tubería se verifican para asegurar un ajuste ceñir y la permeabilidad de los tubos (Brunner, tomo 1, p. 203).	La unión de la sonda pleural y el sello de agua se realizó adecuadamente en cada cambio de lugar del niño. En cada unión del sistema se sellaron las conexiones con tela adhesiva para evitar que accidentalmente se desconectaran con el movimiento del paciente.
		Marcar el nivel original del líquido con tela adhesiva en el exterior del frasco de drenaje. Señalar diariamente los incrementos (fecha y hora) del nivel de drenaje.	Estas marcas indican la cantidad de líquido perdido y la rapidez con que se ha acumulado en el frasco de drenaje. Sirven de base para restituir sangre, si se trata de este líquido, o de otro (Brunner, tomo 1, p. 203).	Las marcas no se realizaron ya que el sistema del servicio fue cambiar cada seis horas las probetas o frascos de recolección.

DIAGNOSTICO	OBJETIVO	INTERVENCIONES	FUNDAMENTACION	EVALUACION
	<p>Asegurarse que la tubería no haga asa o este torcido y se estanque el líquido drenado.</p> <p>“Ordeñar” cada hora el tubo en dirección del frasco de drenaje.</p> <p>Comprobar que hay fluctuaciones del nivel del líquido en el frasco que realiza la función de sello de agua.</p> <p>Vigilar que no haya escapes de aire en el sistema de drenaje indicados por burbujeo constante en la probeta. Informar de inmediato si hay burbujeo en la cámara con sello de agua.</p>	<p>El líquido que se acumula en el segmento colgante de la tubería reduce la presión negativa que se aplica. El torcimiento, las asas o la presión en el tubo de drenaje pueden producir contrapresión y posiblemente fuercen el drenaje de nuevo hacia el espacio pleural (Brunner, tomo 1, p. 203).</p> <p>“Ordeñando” el tubo se evita que se tape con coágulos y fibrina. La atención constante para conservar la permeabilidad de la sonda facilita la expansión rápida del pulmón y reduce al mínimo las complicaciones (Brunner, tomo 1, p. 203).</p> <p>La fluctuación del nivel del agua en el tubo indica que hay una comunicación eficaz entre la cavidad pleural y el frasco de drenaje proporciona un dato útil sobre la permeabilidad del sistema de drenaje y señala la presión intrapleural (Brunner, tomo 1, p. 203).</p> <p>El escape y atrapamiento de aire en el espacio pleural puede causar neumotórax a tensión (Brunner, tomo 1, p. 203).</p>	<p>El sistema de drenaje se mantuvo constantemente vigilado, evitando la formación de asas y torceduras de los tubos.</p> <p>El “ordeñamiento” del sistema se realizó personalmente una vez por turno, la enfermera encargada el niño reportó haberlo realizado continuamente.</p> <p>La fluctuación del agua se mantuvo constantemente.</p> <p>El sistema de drenaje se mantuvo sin fugas de aire.</p>	

DIAGNOSTICO	OBJETIVO	INTERVENCIONES	FUNDAMENTACION	EVALUACION
Dolor relacionado con incisiones quirúrgicas y traumatismo de los tejidos manifestado por llanto y escala de valoración del dolor en número 5.	El niño manifestará el mínimo dolor aplicando medidas para disminuirlo.	<p>Observar e informar inmediatamente si hay signos de respiración superficial, rápida, cianosis, presión intratorácica, enfisema subcutáneo o síntomas de hemorragia.</p> <p>Dejar el frasco de drenaje en el piso.</p> <p>Valorar diariamente el sitio de inserción del tubo torácico buscando signos de infección (rubor, dolor, calor).</p> <p>Realizar curación en el sitio de inserción del tubo torácico cada 24 horas con técnica estéril.</p> <p>Administración antiálgica continua prescrita:</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Nubain 20 mgr. Diluidos en 4cc para pasar .1cc por hora. 	<p>Muchos trastornos clínicos pueden causar estos signos y síntomas, incluyendo neumotórax a tensión, desviación del mediastino, hemorragia, embolia pulmonar (Brunner, tomo 1, p. 204).</p> <p>El frasco de drenaje debe conservarse a un nivel inferior del tórax del paciente para evitar el flujo retrógrado hacia el espacio pleural (Brunner, tomo 1, p. 204).</p> <p>El reconocimiento precoz de la infección permite el establecimiento de un tratamiento rápido (Kozier, tomo2, p. 1435).</p> <p>Así como el drenaje sirve como puerta de salida para los desechos de la herida, es también una puerta de entrada para los organismos infecciosos (Kozier, tomo2, p. 1402).</p> <p>La nalbufina ocupa la zona kappa para el alivio del dolor, por lo que es un analgésico a nivel espinal y sedación, no hay depresión respiratoria ni dependencia física.</p>	<p>No se presentaron signos de complicación mientras permaneció el niño con el sistema de drenaje.</p> <p>Los frascos que forman el sistema de drenaje se mantuvieron en el piso continuamente.</p> <p>El sitio de inserción se valoró diariamente sin encontrar signos de infección.</p> <p>La curación del sitio de inserción se realizó, no se detectó infección en el sitio de inserción del tubo torácico.</p> <p>El analgésico se mantuvo en infusión continua por dos días, con lo que se manifestó durante este tiempo disminución del dolor.</p>

DIAGNOSTICO	OBJETIVO	INTERVENCIONES	FUNDAMENTACION	EVALUACION
Alteración de la termorregulación: hipotermia relacionada con cirugía manifestada por temperatura corporal de 38 grados y piel caliente.	Mantener la temperatura corporal del niño dentro de límites normales en el transcurso del turno.	<p>Colocación del niño en una posición cómoda.</p> <p>Hablar con niño con voz suave, tratando que el entorno sea tranquilo y no estimulante.</p> <p>Valorar la presencia de dolor en el niño frecuentemente después de cada procedimiento:</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Usar carta de valoración del dolor. ▪ Observar las reacciones hemodinámicas del niño (inquiétude, rigidez, llanto). ▪ Evaluar la respuesta autonómica del niño respecto al dolor (aumento de la frecuencia cardiaca y tensión arterial). <p>Reducir la cantidad de ropa que cubre al paciente.</p>	<p>La posición adecuada contribuye a minimizar el dolor (Morgan, p. 251).</p> <p>Una voz suave y tranquila combinada con un entorno relajado puede calmar al niño reduciendo su tensión y aliviando el dolor (Morgan, p. 231).</p> <p>Algunos niños son muy pequeños para expresar el dolor por lo que hay que observar los indicadores no verbales (Morgan, p. 230).</p> <p>La respuesta autonómica del niño con incremento de la frecuencia cardiaca y tensión arterial pueden indicar que experimenta dolor (Morgan, p. 231).</p> <p>En lactantes y niños pequeños, la pérdida de calor por radiación a través de la piel es el principal mecanismo de regulación de la temperatura (Brunner, tomo 5, p. 1311).</p>	<p>La posición fue cambiada continuamente y fue de acuerdo a la preferencia del niño.</p> <p>El tono de voz se trato de que fuera adecuado para evitar estimular al niño.</p> <p>La valoración del dolor se realizó básicamente mediante la observación de las reacciones físicas y autonómica del niño, no encontrando la presencia de dolor posteriormente a las medidas implementadas.</p> <p>Durante los periodos de hipotermia se mantuvo al niño únicamente con pañal.</p>

DIAGNOSTICO	OBJETIVO	INTERVENCIONES	FUNDAMENTACION	EVALUACION
		<p>Aplicar compresas húmedas tibias en cabeza, ingles y axilas.</p> <p>Vigilar que no haya estremecimiento intenso.</p> <p>Valorar continuamente las constantes vitales.</p> <p>Aumentar la ingesta de líquidos mientras permanece con hipotermia.</p>	<p>La aplicación de agua tibia sobre grandes vasos sanguíneos superficiales ayuda a disminuir la temperatura del cuerpo (Brunner, tomo3, p. 880).</p> <p>El estremecimiento puede aumentar la producción de calor (Brunner, tomo3, p. 880).</p> <p>Sirven como base para comparación y determinar la eficacia del tratamiento (Brunner, tomo5, p. 1312).</p> <p>En niños, la fiebre aumenta las necesidades de líquidos porque incrementa el índice metabólico, por lo que hay que aumentar la ingestión de líquidos para evitar la deshidratación. (Brunner, tomo 5, p. 1311).</p>	<p>La aplicación de compresas se realizó mientras permaneció con hipotermia.</p> <p>No se detectó estremecimiento durante la aplicación de compresas para disminuir la temperatura.</p> <p>Se valoraron los signos vitales cada treinta minutos mientras permaneció con control de la temperatura.</p> <p>El niño aceptó el aumento en la ingesta de líquidos, no se detectaron alteraciones por falta del líquidos.</p>

PLAN DE INTERVENCIONES EN DOMICILIO

DIAGNOSTICO	OBJETIVO	INTERVENCIONES	FUNDAMENTACION	EVALUACION
Alteración del crecimiento y desarrollo relacionado con dificultad para desarrollar habilidades típicas de su edad (caminar) manifestado por debilidad de miembros inferiores.	El niño deberá mostrar un aumento de la actividad motora para la deambulacion.	<p>Establecer un área segura donde pueda moverse libremente.</p> <p>Tomar de la mano al niño para estimularlo a la deambulacion.</p>	<p>La actividad física sirve como vehículo de comunicación y expresión para los niños, así como para la consecución de las tareas del desarrollo (Carpenito, Diagnóstico de enfermería, p. 1008).</p> <p>Aunque el niño de 1-3 años puede moverse con facilidad, muchas de las habilidades de movimiento no son refinadas, lo que da lugar a torpeza y posible lesión (Marlow y Redding, tomo 2, p. 855).</p>	<p>Se designo en el domicilio el área de la sala como el lugar para que el niño se moviera libremente.</p> <p>Las dos primeras visitas en domicilio requirieron de esta actividad, posteriormente ya no.</p>
		<p>Ofrecer al niño juguetes para empujar. (carros) y pedalear (triciclo).</p>	<p>El desarrollo muscular fino y grueso es estimulado a través del juego activo cuando se aplica ejercicio a todas las partes del cuerpo (Marlow y Redding, tomo2, p. 844).</p>	<p>Al tratar de empujar los carros y al enseñarle a pedalear se estimuló al niño para una mayor deambulacion.</p>
		<p>Orientar a los padres para que los pantalones del niño no sean demasiado flojos o largos.</p> <p>Orientar a los padres para que las suelas de los zapatos no sean resbaladizas o ásperas, y las agujetas bien atadas.</p>	<p>Con los pantalones de los niños largos o flojos se corre el riesgo de tropezones o caídas (Marlow y Redding, tomo 2, p. 860).</p> <p>Las caídas constituyen la quinta causa de muerte entre los niños y la cuarta en las niñas, de 1 a 4 años (Marlow y Redding, tomo2, p. 860).</p>	<p>La ropa del niño fue adecuada, evitando así las caídas por esto.</p> <p>Los zapatos no constituyeron un factor de riesgo para caídas.</p>

DIAGNOSTICO	OBJETIVO	INTERVENCIONES	FUNDAMENTACION	EVALUACION
Alteraciones de los procesos familiares relacionado con cambios de rutina manifestado por estrés de los padres.	Los padres del niño manifestarán menor estrés con adaptación paulatina a sus rutinas acostumbradas.	<p>Observar la dinámica de interacción entre el niño y la familia durante las visitas, evaluando:</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Deseo de las visitas. ▪ Efecto emocional de las visitas. ▪ Interacciones familiares. <p>Promover los potenciales de la familia:</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Implicar a los miembros de la familia en el cuidado del niño. ▪ Reconocer la necesidad de apoyo de otros familiares. <p>Ayudar a la familia a reorganizar los roles en su casa, restablecer las prioridades y volver a situar las responsabilidades.</p> <p>Animar a la familia a que llamen a su red social (parientes) para que los apoyen.</p> <p>Fomentar la exteriorización de los sentimientos de los padres.</p>	<p>Estas observaciones proporcionan información con respecto a los roles e interacciones de la familia y de la calidad del apoyo que los miembros de la familia se dan entre sí (Carpenito, Planes de atención, p. 713).</p> <p>Estas medidas pueden ayudar a mantener la existente estructura familiar, permitiéndole funcionar como unidad de apoyo (Carpenito, Planes de atención, p. 713).</p> <p>Las reorganización de las prioridades puede ayudar a reducir el estrés y a mantener la integridad de la familia (Carpenito, Planes de atención, p. 713).</p> <p>El apoyo adecuado puede eliminar o reducir al mínimo el estrés y sentimientos de soledad de la familia (Carpenito, p. 713).</p> <p>La exteriorización puede proporcionar oportunidad para aclaración y ratificación de lo sentimientos y preocupaciones, contribuyendo a la unidad familiar (Carpenito, Planes de atención p. 234)</p>	<p>Inicialmente se observó desconcierto por las visitas posteriormente se mostró la familia más natural en sus actividades cotidianas.</p> <p>La familia se animó a llamar a otros familiares para pedir su apoyo emocional.</p> <p>Se propuso a la familia la forma de organización para el cuidado del niño, ya que se tendía a la sobreprotección del mismo.</p> <p>Las personas que más contribuyeron en el cuidado del niño aparte de los padres fue la abuela y tía paterna que viven cerca de la familia.</p> <p>Se encontraron sentimientos de culpa de la mamá lo cual fue superado posteriormente.</p>

4. CONCLUSIONES

La aplicación de la propuesta de las necesidades fundamentales a través del proceso de atención de enfermería nos demuestra que para proporcionar cuidados de enfermería se requiere la adquisición de conocimientos y habilidades que este estudio ha permitido:

- La aplicación del proceso científico a los cuidados para investigar, analizar, interpretar, planear y evaluar éstos, con el enfoque de las necesidades fundamentales. En este sentido, vale la pena resaltar la importancia de la formulación de diagnósticos de enfermería, ya que en éstos se conjunta el análisis de los datos y de los cuales surgen los cuidados de enfermería, es sin duda un aspecto central que cambia la práctica tradicional de la enfermera.
- Llevar a la práctica conceptos abstractos, de los cuales se puede concluir que es factible su aplicación en el área de enfermería infantil, teniendo en cuenta la etapa de desarrollo en la que se encuentre el niño. La aplicación de la propuesta de las necesidades en el estudio de caso permitió ver al individuo como una unidad al contemplar además del área biológica, la espiritual, social, familiar, de comunicación y de recreación, entre otras. Así como también la enfermera se ve beneficiada en su práctica al contar con una base teórica para detectar la acción independiente de la enfermera especialista, sin olvidar la importante actuación interdisciplinaria en la atención del individuo. Otro aspecto a resaltar es la aplicación de esta propuesta no solo a un individuo, sino en la atención del núcleo familiar, extendiendo los cuidados a la familia; así como la facilidad de brindar cuidados tanto en un centro hospitalario como en el hogar.
- La posibilidad de adquirir habilidades técnicas concernientes al área infantil, que son una parte importante para brindar cuidados al niño con dependencia, a diferentes niveles (hospital, domicilio) y en diferentes áreas al lograr independencia de las 14 necesidades.
- Conocer y tener presente en toda actitud y actividad los aspectos éticos que rigen a toda profesión, especialmente en el área de la salud y con los niños.

- La aplicación de conocimientos de otras disciplinas sin perder de vista la propia, como en el caso de la aplicación del método clínico, fisiopatología, anatomía, sociología y otras; utilizando estos conocimientos sólo como herramientas que la profesión puede consultar.
- Comprender que la sociedad y la ciencia son cambiantes, por lo que nuestra profesión al tener grandes influencias de éstas, tiene que cambiar y desarrollarse para dar una atención acorde al momento en que vivimos.

Los objetivos planteados para la realización de este estudio se lograron, detectándose que se beneficia el cuidado proporcionado al paciente y la práctica de la enfermera especialista al tener una base teórica y metodológica como la propuesta en este estudio de caso.

5. SUGERENCIAS

1. Los conocimientos previos de la rama de estudio permitirán un avance mayor en lo teórico y metodológico, ya que de lo contrario la carga de conocimientos nuevos no permiten el avance deseado en el estudio de caso.
2. Estructurar el marco teórico en un lapso no mayor de tres meses ya que de lo contrario el tiempo de titulación se aplaza.
3. Contar con las experiencias de otros especialistas por medio de entrevistas.
4. Crear una guía de observación en las visitas domiciliarias, ya que de lo contrario se pueden omitir datos importantes.
5. Mostrar por medio de sesiones del grupo de la especialidad los avances de cada estudiante para mejorar con las ideas de los otros miembros cada estudio de caso.

BIBLIOGRAFIA

**ESTA TESIS NO DEBE
SALIR DE LA BIBLIOTECA**

ALFARO, R: Aplicación del proceso de enfermería. Guía práctica. 2a. ed, editorial Doyma, Barcelona, 1992.

ALVARES, PE: "Haemophylus influenzae" en: Alvares PE (Ed) en: Infecciones en pediatría. Prevención y tratamiento. Editorial Salvat, Colombia, 1991: 93-97.

BRUNNER, SL: Manual de la enfermera. Tomo 1, 2 y 3, 4a. ed, editorial Interamericana, México, 1991.

CARPENITO,, LJ: Planes de cuidados y documentación en enfermería. Editorial Interamericana, México, 1994.

CARPENITO, LJ: Diagnóstico de enfermería. 5a. ed, editorial Interamericana, España, 1995

FAWCETT, J DOUNS F: "Modelos conceptuales, teorías e Investigación" en: Lecturas básicas del curso de teorías, modelos y PAE, México, 1998: 14-30.

FAYRAM, SE: "Implementación" en: Lecturas básicas del curso de teorías, modelos y PAE, México, 1998: 174-196.

FERNANDEZ, FC NOVELL MG: El proceso de enfermería. Estudio de casos. Editorial Masson - Salvat, México, 1993.

GISCAFRE, GH GARCIA MM, TREJO Y PEREZ JA: Frecuencia de H. Influenzae resistente a a mpicilina y de S. Peneumoniae resistente a penicilina en portadores sanos. Arch Invest Med (mex), 1981, vol 12: 141-150.

GONZALEZ, N TORALES TAN: "Neumonías" en: González N (Ed) en: Infectología clínica pediátrica. 6a. ed, editorial Trillas, México, 1997: 109-128.

GONZALES, VJJ: "Principales causas de mortalidad en menores de cinco años, 1980-1993" en: Kumate RJ (Ed) en: La salud de los niños. Cifras nacionales. México, Noviembre, 1994: 45-51.

GUTIERREZ, OB: Prevalencia de Haemophilus influenzae tipo b en la nasofaringe de niños asintomáticos en estancias del ISSSTE del sur de la Ciudad de México. Revista de enfermedades infecciosas en pediatría, Abril-Junio, 1995, vol VIII (32): 139-144.

HARDY, ME: "Teorías: componentes, desarrollo y evaluación" en : Lecturas básicas del curso de teorías, modelos y PAE, México, 1998: 1-12.

HARRIS, JAS: Bacterial Pneumonia in the 1990s. Seminars in pediatric infectious diseases, July, 1995, vol6 (3): 142-148.

HENDERSON, V NITE: Papel de la enfermera en la atención del paciente. Vol. 1, 3a. ed, La Prensa Médica Mexicana, México, 1987.

IYER PW, TAPTICH BJ, BERNOACHI LD: "Problemas legales y éticos y el proceso de enfermería" en: Proceso y diagnóstico de enfermería. 3a. ed, editorial Interamericana, México, 1997: 314-347.

JUAREZ AE, MANCILLA GS, LOPEZ MA: Portadores de H. Influenzae en 3 estancias infantiles de la ciudad de Puebla. Bol Med Hosp Infant Mex, 1996, vol 53: 548-553.

KENNEY, WJ: "Evaluación" en: Lecturas básicas del curso de teorías, modelos y PAE, México, 1998: 197-225.

KLEIN, JO: "Neumonías bacterianas" en: Figini RD y Cherry JD (Eds) en: Tratado de infecciones en pediatría. 3a. ed, editorial Interamericana, 1996: 336-345.

KOZIER B, ERB G, OLIVIERI R: Enfermería fundamental. Conceptos, procesos y práctica. Tomo 1 y 2. 4a. ed, editorial Interamericana, España, 1993.

KUMATE, RJ: "Infecciones respiratorias agudas" en: Kumate RJ (Ed) en: La salud de los niños. Cifras nacionales. México, Noviembre, 1994: 102-106.

KUMATE, RJ: "Estructura de la mortalidad por causas" en: Kumate RJ (Ed) en: La salud de los niños. Cifras nacionales. México, Noviembre, 1994: 32-34.

LUIS, RT: Diagnósticos de Enfermería de la NANDA. Definiciones y clasificación 1992-1993. Editorial Mosby - Doyma, España, 1993.

MARLOW, D REDDING: Enfermería pediátrica. Tomo 2, 6a. ed, editorial Panamericana, Argentina, 1991.

MARRINER - TOMEY, A: "Virginia Henderson. Definición de la enfermera" en: Lecturas básicas del curso de teorías, modelos y PAE, México, 1998: 285-295.

MASCAREÑAS SA, GONZALEZ DF: Causas de empiema y comparación del tratamiento con dicloxacilina - cloranfenicol contra ampicilina - sulbactam. Revista de enfermedades infecciosas en pediatría, Julio- Sep, 1993, vol VII (25): 105-108.

MEZA, BJ: "Neumonías" en: Aspectos resaltantes en Neumología pediátrica, Raúl Clemente editor, México, 1987: 185-210.

MIRANDA NMG, SOLORZANO SF, VELAZQUEZ AR: Características de los portadores asintomáticos en edad pediátrica y su relación con resistencia a antimicrobianos. Bol Med Hosp Infant Mex, 1995, vol 52: 148-153.

MORAN, VO: "Neumonías y bronconeumonías" en: Martínez y Martínez (Eds) en: La salud del niño y el adolescente. 3a. ed, editorial Masson - Salvat, México, 1995: 636-649.

MORGAN, SK: Cuidados de enfermería en pediatría. Editorial Doyma, España, 1993.

PASTOR GLM, LEON CFJ: "Problemas éticos en enfermería pediátrica" en Manual de ética y legislación en enfermería. Editorial Mosby, España, 1997: 95-97.

PHANEUF, M: Cuidados de enfermería: El proceso de atención de enfermería. Editorial Interamericana, España, 1993.

PHANEUF M, GRONDIN, RIOPELLE: Cuidados de enfermería. Editorial Interamericana, España, 1997.

POTTER PA, PERRY: Fundamentos de enfermería. Teoría y práctica. 3a. ed, editorial Interamericana, España, 1993.

POTTER, PA: Guía clínica de enfermería. Valoración de la salud. 3a. ed, editorial Mosby, Madrid, 1995.

SALMON, LE: Infecciones invasoras por Haemophilus influenzae tipo b. Revista de enfermedades infecciosas en pediatría, 1994, vol VII (especial): 31-33.

SHAPIRO BA, HARRISON RA: Aplicaciones clínicas de la terapéutica respiratoria. La Prensa Médica Mexicana, México, 1987.

SOLORZANO SF, MIRANDA NMG: Haemophilus Influenzae ¿colonizador inocente o patógeno verdadero?. Bol Med Hosp Infant Mex, 1996, vol 53 (11): 533-534.

SPIVACK, ML: Neumonía: diagnóstico y tratamiento. Infectología, Agosto, 1984, vol IV (8): 211-214.

STEVENS, BJ: "¿Qué es una teoría de enfermería?" en: Lecturas básicas del curso de teorías, modelos y PAE, México, 1998: 31-34.

THOMPSON JB, THOMPSON HO: "Niñez y ética" en: Etica en enfermería. El Manual Moderno, México, 1984: 180-203.

TOALA P, MD, FHCP: Neumonías bacterianas en niños. Infectología, 1982, 5: 323-325.

VILLASEÑOR SA, AVILA FC, SANTOS PJ: Impacto de las infecciones por Hemophilus influenzae en niños mexicanos. Bol Med Hosp Infant Mex, Junio, 1993, vol 50 (6): 415-419.

VILLASEÑOR SA, HERRERA BE, VAZQUEZ SP: Prevalencia de estado portador de *Haemophilus influenzae* en niños de Ciudad Nezahualcóyotl, estado de México, México. *Salud Pública de México*, Marzo-Abril, 1996, vol 38 (2): 87-92.

WHALEY FL, WONG LD: *Manual clínico de Enfermería pediátrica*. 3a. ed, editorial Masson - Salvat, España, 1993.

WHALEY FL, WONG LD: *Tratado de enfermería pediátrica*. 2a. ed, editorial Interamericana, México, 1989.

WOLFF LLV, KUHN TB: *Fundamentos de enfermería*. 4a. ed, editorial Harla, México, 1992.

AVEXOS

ANEXO 1

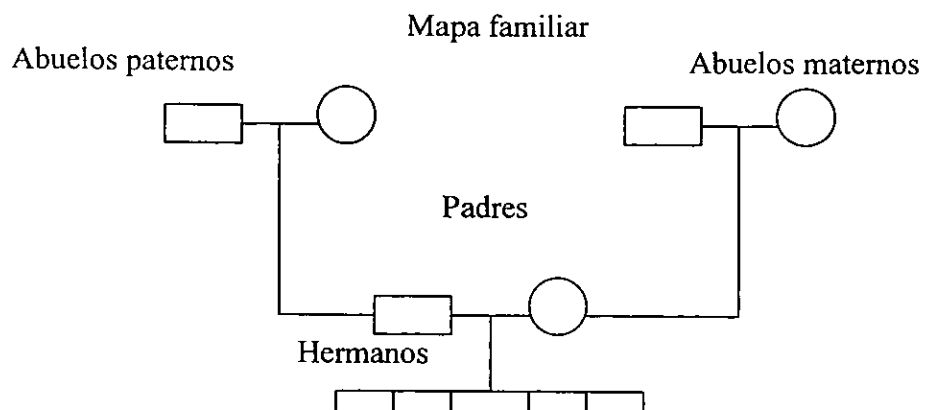
UNIVERSIDAD AUTONOMA DE MEXICO
 ESCUELA NACIONAL DE ENFERMERIA Y OBSTETRICIA
 DIVISION DE ESTUDIOS DE POSGRADO

ENFERMERIA INFANTIL

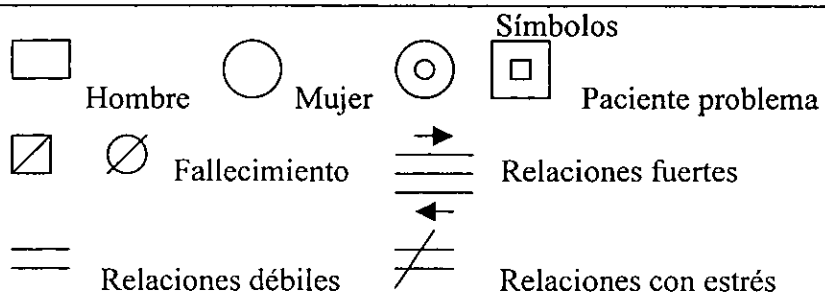
Valoración de las necesidades básicas en los menores de 0 a 5 años

I D A T O S D E M O G R A F I C O S	Nombre: _____ Fecha de nacimiento: _____ Sexo: _____ Nombre del padre o tutor: _____ Edad del padre: _____ Nombre de la madre: _____ Edad de la madre: _____ Fecha de revisión: _____ Hora: _____ Escolaridad del padre: _____ Madre: _____ Niño: _____ Religión: _____ La información es proporcionada por: _____ _____ Domicilio: _____ Procedencia: _____ Teléfono: _____ Diagnóstico médico: _____ Sede: _____ Servicio: _____ Registro: _____
II F A M I L I A	Antecedentes familiares, problemas de salud de los padres, hermanos, tíos y Abuelos: _____ Características de la vivienda: Propia: _____ Rentada: _____ Tipo de construcción: _____ Servicios intradomiciliarios: _____ _____ Disposición de excretas: _____ Descripción de la vivienda: _____ _____ Ingresos económicos de la familia: _____ Medios de transporte de la localidad: _____ _____

Mapa familiar.



Descripción de la familia, incluyendo los antecedentes de salud y edad de cada uno de los parientes y las relaciones afectivas de la familia nuclear:



III O R I E N T A C I O N	<p>Orientación en la hospitalización. ¿Se han explicado los siguientes aspectos?</p> <p>Horario de visita: Si: _____ No: _____ Sala de espera: Si: _____ No: _____ Normas Sobre barandales de camas y cunas: Si: _____ No: _____ Permanencia en el servicio: Si: _____ No: _____ Informes sobre el estado de salud del niño: Si: _____ No: _____ Horario de cafetería: Si: _____ No: _____ Servicios religiosos: Si: _____ No: _____ Restricciones de visitas: _____</p>
IV A N T E C E D E N T E S I N D I V I D U A L E S	<p>Valoración de las necesidades básicas del niño: Complete la información incluyendo las palabras del familiar: Peso al nacer : _____ Talla al nacer: _____ Lloró al nacer: _____ Respiró al nacer: _____ Se realizaron maniobras de reanimación: _____ Motivo de la consulta/hospitalización: _____</p> <p>¿Algún miembro de la familia padece o padeció el problema que tiene el niño? _____ ¿Quién? _____ ¿Cuándo? _____ El niño es alérgico: si _____ No: _____ Si la respuesta es sí ¿a qué es alérgico?: _____</p> <p>Qué dificultades presenta el niño para satisfacer sus necesidades básicas? _____</p> <p>Vacunación: _____</p>
I	<p style="text-align: center;">Alimentación</p> <p>El niño es alimentado con: Leche materna: _____ Biberón: _____ Vaso: _____ ¿Con qué frecuencia? _____ Cantidad: _____ Dificultad: _____ Horario: _____ Tipo de alimento: En puré _____ Picados _____ Licuados _____ Otros: _____</p> <p>¿Come sólo?: _____ ¿Con ayuda?: _____ ¿Con quién come?: _____ _____ Lugar: _____</p> <p>¿Cuáles son sus alimentos preferidos?: _____</p> <p>¿Qué alimentos rechaza?: _____ Dieta especial: _____</p> <p>Alergias alimentarias: _____ Otros: explique si tiene: _____</p> <p>Alimentación especial: _____</p>

3	Respiración asistida: _____ Controlada: _____ Secreciones bronquiales: Cantidad Consistencia Color Olor Tubo traqueal _____ _____ _____ _____ Cavidad oro nasal _____ _____ _____ _____ Humidificación y oxigenación _____ _____ Tiene dificultad para respirar: Cuando come _____ Camina _____ Otros _____ Coloración de la piel: Color _____ Integridad _____ Diaforesis _____ Petequias _____ Rash _____ Escoriaciones _____
4	<p style="text-align: center;">Reposo y sueño</p> Horas de sueño: _____ ¿Qué costumbres tiene antes de dormir? Con juguete _____ Con luz: _____ Sin luz _____ Con música _____ Cubierto con alguna manta _____ Otras costumbres: _____ Despierta por las noches: _____ Tiene pesadillas: _____ Duerme siesta _____ En qué horario _____ Valoración neurológica: Actividad: Activo _____ Letárgico _____ Tranquilo _____ Dormido _____ Respuesta a estímulos _____ Movimientos simétricos _____ Asimétricos _____ Respuesta pupilar: _____ Para el recién nacido: Reflejos: succión _____ Deglución _____ Nauseoso _____ Búsqueda _____ Moro _____ Presión _____ Fontanela: Normal _____ Abombada _____ Deprimida _____ Suturas craneales: Aproximadas _____ Separadas _____ Imbrincadas _____
5	<p style="text-align: center;">Vestido</p> Condiciones de la ropa de vestir: _____ Higiene: _____ Costumbres en el cambio de ropa: _____ Tiene ropa necesaria para la hospitalización: _____ Otros enseres: _____ Se viste sólo: Si _____ No _____ Con ayuda: _____
6	<p style="text-align: center;">Termorregulación</p> El niño es sensible a los cambios de temperatura: _____ a qué hora del día es más sensible a los cambios de temperatura: _____ Cuando tiene fiebre ¿cómo se la controla? _____

7	<p style="text-align: center;">Movimiento y postura</p> <p>A qué edad fijó la mirada: _____ Siguió objetos con la mirada: _____</p> <p>Se sentó: _____ Se paró: _____ Caminó: _____ Saltó con un pie: _____</p> <p>Salta alternando los pies: _____ Camina con la punta de los pies: _____</p> <p>Camina con los talones: _____ Sobre escaleras: _____ Camina sólo: _____</p> <p>Camina con ayuda: _____ Con aparato ortopédico: _____</p> <p>Qué postura adopta el niño al sentarse: _____ Al caminar _____</p> <p>Al dormir: _____ Al pararse: _____ Se mueve en la cama _____</p> <p>Cambios de posición con ayuda: _____</p>
8	<p style="text-align: center;">Comunicación</p> <p>Responde al tacto: _____ Voltea con los sonidos fuertes: _____</p> <p>Sigue la luz: _____ Hace gestos con algún alimento: _____</p> <p>A qué edad sonríe: _____ A qué edad balbucea _____ A qué edad dijo sus primeras palabras _____ Habla dialecto _____ ¿cuál? _____</p> <p>Quién lo cuida: _____ Con quién juega: _____</p> <p>Quién habla con el niño: _____ Considera que es el niño: Alegre _____</p> <p>Irritable _____ Independiente _____ Dependiente _____</p> <p>Tímido _____ Agresivo _____ Cordial _____ Uraño _____</p> <p>Desordenado _____ Qué hace el niño para consolarse a sí mismo _____</p> <p>Qué hace usted para consolarlo cuando hace berrinche: _____</p>
9	<p style="text-align: center;">Higiene</p> <p>Condiciones higiénicas de la piel: _____</p> <p>Hora en la que acostumbra el baño: _____ Al niño le gusta el baño _____</p> <p>Frecuencia del baño: _____ Cuántas veces al día se cepilla los dientes _____</p> <p>Frecuencia del cambio de ropa: _____</p>

10	<p style="text-align: center;">Recreación</p> <p>Al niño le gusta que lo levanten en brazos: _____ La música: _____</p> <p>Tienen alguna preferencia por: Los juegos _____</p> <p>Los objetos: _____ Animales: _____</p> <p>Las personas: _____ Juega sólo: _____</p> <p>Con otros niños: _____ Con adultos: _____</p>												
11	<p style="text-align: center;">Religión</p> <p>¿Qué prácticas religiosas le gustaría que se respetaran?: _____</p> <p>_____</p>												
12	<p style="text-align: center;">Seguridad y protección</p> <p>Ha consultado usted a otras personas sobre la salud de su hijo: _____</p> <p>_____</p> <p>Cómo ha programado las visitas en el hospital: _____</p> <p>_____</p> <p>Describa los miedos sobre la enfermedad del niño: _____</p> <p>_____</p> <p>Los cambios importantes en la familia son: Cambios de domicilio _____</p> <p>Quedarse sin trabajo: _____ Separación de la pareja _____ Enfermedad crónica de un familiar: _____ Otros: _____</p> <p>Cómo ha reaccionado el niño a estos cambios y a su estado de salud: _____</p> <p>_____</p> <p>Existe la posibilidad de que haya contacto con niños que padecen alguna enfermedad contagiosa en: Casa _____ Guardería _____ O con algún familiar o amigo _____ si la respuesta es sí, ¿cuál? _____</p> <p>El niño toma medicamentos en casa: si _____ no _____</p> <p>Si los toma, diga los nombres, dosis y cuándo tomo la última dosis:</p> <table border="0" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <thead> <tr> <th style="text-align: left; width: 33%;">Nombre del medicamento</th> <th style="text-align: left; width: 25%;">Dosis</th> <th style="text-align: left; width: 25%;">Vía</th> <th style="text-align: left; width: 17%;">Fecha</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>_____</td> <td>_____</td> <td>_____</td> <td>_____</td> </tr> <tr> <td>_____</td> <td>_____</td> <td>_____</td> <td>_____</td> </tr> </tbody> </table> <p>De qué forma acostumbra a dárselos: _____</p>	Nombre del medicamento	Dosis	Vía	Fecha	_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____
Nombre del medicamento	Dosis	Vía	Fecha										
_____	_____	_____	_____										
_____	_____	_____	_____										

13	<p style="text-align: center;">Aprendizaje</p> <p>Quién cuida al niño: _____ En dónde: _____ Asiste a la guardería: _____ está acostumbrado a que lo paseen: _____</p> <p>¿Qué hábitos nuevos ha adquirido su hijo?: _____</p> <p>¿Ha estado hospitalizado antes? Si _____ No _____ Si la respuesta es si ¿porqué? _____ ¿Cómo reaccionó? _____</p> <p>¿Qué sabe usted de la enfermedad de su hijo? _____</p> <p>Señale que temas le gustaría que la enfermera le hablara _____</p>
14	<p style="text-align: center;">Realización</p> <p>¿Qué aspiraciones tiene usted de su hijo?: _____</p> <p>Su hijo participa en los juegos: Si _____ No _____ ¿Con quién? _____</p> <p>Camparte juguetes: _____</p> <p>Hace amistad con otros niños y adultos: _____</p> <p>Imita a su papá o a usted o algún pariente: Si _____ No _____ Si la respuesta es si explique por qué y cómo: _____</p> <p>Otros datos: _____</p> <p>Nombre de la enfermera: _____</p> <p>Fecha: _____</p>

UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE MEXICO
 ESCUELA NACIONAL DE ENFERMERIA Y OBSTETRICIA
 DIVISION DE ESTUDIOS DE POSGRADO
 ENFERMERIA INFANTIL

V. JERARQUIA DE NECESIDADES

Nombre: _____ Edad: _____ Registro _____
 Servicio: _____ Fecha: _____ Nombre del alumno: _____

Necesidad	Indep.	Dep.	Causas de la dificultad			La dificultad Interac. C/Nec.		Fortalezas y debilidades del paciente y su familia
	Grado	Grado	F.F.	F.C.	F.V.	SI	NO	

Código: Grado de dependencia: Total = Dt
 Temporal = Dtm
 Parcial = Dp
 Permanente = Dpr.
 Causas de la dificultad:
 Falta de fuerza = FF
 Falta de voluntad = FV
 Falta de conocimiento = FC

UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE MEXICO
ESCUELA NACIONAL DE ENFERMERIA Y OBSTETRICIA
DIVISION DE ESTUDIOS DE POSGRADO
ENFERMERIA INFANTIL

VI. JERARQUIA DE LOS DIAGNOSTICOS DE ENFERMERIA
(En las dimensiones física, psicosocial y espiritual)

Fecha en la que Se identifica	Diagnósticos de enfermería	Fecha de resolución

UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE MEXICO
 ESCUELA NACIONAL DE ENFERMERIA Y OBSTETRICIA
 DIVISION DE ESTUDIOS DE POSGRADO
 ENFERMERIA INFANTIL

VII. PLAN DE ATENCION DE ENFERMERIA

Nombre: _____ Sexo: _____ Dx. Médico: _____ Servicio: _____
 Edad: _____ Registro: _____

Fecha	Diagnóstico de Enfermería	Objetivo	Intervenciones	Fundamentación	Evaluación

UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE MEXICO
 ESCUELA NACIONAL DE ENFERMERIA Y OBSTETRICIA
 DIVISION DE ESTUDIOS DE POSGRADO
 ENFERMERIA INFANTIL

VIII. PLAN DE ALTA

Nombre del paciente: _____

Edad: _____ Sexo: _____ Fecha de ingreso: _____ Fecha de egreso _____

1. Orientación sobre las actividades que el familiar o tutor responsable del niño debe realizar (o el niño si es posible).

2. Orientación dietética:

3. Medicamentos indicados:

Medicamento	Dosis	Horario	Vía
_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____

4. Registro de signos y síntomas de alarma:
 (Qué hacer y dónde acudir cuando se presenten)

5. Cuidados especiales en el hogar: (heridas, sondas, estomas, ejercicios, etc.)

6. Fecha de su próxima cita: _____

7. Observaciones (se incluirán folletos de educación para la salud o acerca de la enfermedad).

Fecha: _____

Nombre de la enfermera: _____

ANEXO 2

Los cuadros siguientes representan los hallazgos de independencia y dependencia, de cada variable, obtenidos durante la valoración al caso en estudio, propuesta retomada por Phaneuf, Grondin y Riopelle.

1. NECESIDAD DE OXIGENACION.

INDICADORES	
INDEPENDENCIA	DEPENDENCIA
<ul style="list-style-type: none"> • Respiración libre por nariz • Ritmo respiratorio regular • Frecuencia cardiaca: 25-35 por min. • Ruidos: Respiración silenciosa. • Color de piel, mucosas y faneras: Rosadas. • Reflejo de la tos presente. 	<p><i>A nivel de bronquios y pulmones.</i></p> <ul style="list-style-type: none"> • Amplitud: Superficial en pulmón izquierdo. • Volumen: hipoventilación en base de pulmón izquierdo. • Ruidos: estertores en ambos campos pulmonares. • Secreciones abundantes.

Cuadro modificado de RIOPELLE, GRONDIN, PHANEUF en: Cuidados de enfermería. Interamericana, Madrid, 1997

2. NECESIDAD DE BEBER Y COMER.

INDICADORES.	
INDEPENDENCIA	DEPENDENCIA
	DEFICIT
<p>Condición de la boca:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Dientes blancos, alineados. • Doce dientes a los 18 meses. • Lengua rosada y húmeda. • Encías rosadas y adheridas a los dientes. <p>Masticación lenta.</p> <p>Reflejo de deglución.</p> <p>Hábitos alimenticios:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Tres comidas al día. • Duración de cada comida de 30 a 45 minutos <p>Hidratación: Ingesta diaria de 1000 a 1200 ml.</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Incapacidad de alimentarse solo. • Rechazo a alimentarse. • Pérdida de peso. • Debilidad y apatía. • Alimentación de cantidad insuficiente: líquidos y elementos nutritivos.

Cuadro modificado de RIOPELLE, GRONDIN, PHANEUF en: Cuidados de enfermería. Interamericana, Madrid, 1997

3. NECESIDAD DE ELIMINACION.

INDICADORES
INDEPENDENCIA
<ul style="list-style-type: none"> • Orina: <ul style="list-style-type: none"> <i>Color</i> paja, ámbar, transparente. <i>Olor</i> aromática débil. <i>PH</i> de 4.5 a 7.5 (ligeramente ácida). <i>Densidad</i> 1.010 a 1.025 <i>Cantidad</i> de 500 a 1200 por día. <i>Frecuencia</i> 4 a 5 por día. • Heces: <ul style="list-style-type: none"> <i>Color</i> marrón. <i>Consistencia</i> blanda. <i>Frecuencia</i> de 1-2 por día.

Cuadro modificado de RIOPELLE, GRONDIN, PHANEUF en: Cuidados de enfermería. Interamericana, Madrid, 1997

4. NECESIDAD DE MOVERSE Y MANTENERSE EN BUENA POSTURA.

INDICADORES	
INDEPENDENCIA	DEPENDENCIA
	INMOVILIDAD
<p><i>Postura adecuada.</i></p> <ul style="list-style-type: none"> • De pie: cabeza recta sin flexionar. Espalda recta. Brazos a los lados. Caderas y piernas derechas. Pies en ángulo recto con las piernas. • Sentado: Cabeza recta. Espalda recta. Brazos apoyados. Muslos en posición horizontal. Pies en suelo o en un banco. • Acostado: Dorso lateral o ventral. <p><i>Movimientos.</i></p> <ul style="list-style-type: none"> • Tipos: abducción, aducción, circunducción, eversión, extensión, flexión, hiperextensión, inversión, rotación, supinación. • Ejercicios: activos, pasivos, de resistencia. • Características: coordinados, armoniosos, completos. • Ejecución: levantarse, caminar, inclinarse, sentarse, acostarse, correr, agacharse, arrodillarse, estirarse. 	<ul style="list-style-type: none"> • Dificultad de moverse: levantarse, sentarse, caminar. • Disminución de movimientos. • Disminución de la fuerza.

Cuadro modificado de RIOPELLE, GRONDIN, PHANEUF en: *Cuidados de enfermería*. Interamericana, Madrid, 1997

5. NECESIDAD DE DORMIR Y DESCANSAR

INDICADORES	
INDEPENDENCIA	DEPENDENCIA
	INSOMNIO
<ul style="list-style-type: none"> • Periodos de reposo: Una siesta por la tarde. • Medios utilizados para descansar y tranquilizarse: Juego. 	<ul style="list-style-type: none"> • Dificultad para dormir. • Irritabilidad. • Nerviosismo. • Ansiedad. • Tristeza. • Pesadillas.

Cuadro modificado de RIOPELLE, GRONDIN, PHANEUF en: *Cuidados de enfermería*. Interamericana, Madrid, 1997

6. NECESIDAD DE VESTIRSE Y DESVESTIRSE.

INDICADORES.
INDEPENDENCIA
<ul style="list-style-type: none"> • Selección: de acuerdo a las circunstancias. • Tipo de ropa: apropiada al clima. • Limpieza de la ropa. • Llevar objetos significativos (objetos religiosos) • Capacidad para vestirse y desvestirse: saca el brazo y la pierna para ayudar a vestirse.

Cuadro modificado de RIOPELLE, GRONDIN, PHANEUF en: Cuidados de enfermería. Interamericana, Madrid, 1997

7. NECESIDAD DE TERMORREGULACION

INDICADORES	
INDEPENDENCIA	DEPENDENCIA
	HIPERTERMIA
<ul style="list-style-type: none"> • Grados de temperatura: En el niño de 1-2 años de 36.5-37.5 grados. • Color de piel: rosa. • Transpiración mínima. • Piel tibia. 	<ul style="list-style-type: none"> • Temperatura corporal de 38 grados o más. • Escalofríos. • Aceleración de pulso y respiraciones. • Piel pálida, volviéndose roja. • Piloerección. • Labios secos, piel caliente. • Cefalea, agitación, fotobofia, debilidad, diaforesis • Postración. • Fiebre intermitente (posterior a la cirugía).

Cuadro modificado de RIOPELLE, GRONDIN, PHANEUF en: Cuidados de enfermería. Interamericana, Madrid, 1997

8. NECESIDAD DE ESTAR LIMPIO, ASEADO Y PROTEGER TEGUMENTOS

INDICADORES
INDEPENDENCIA
<ul style="list-style-type: none"> • Cabellos: limpios, cepillado diario, brillante, elástico, distribuido uniformemente, sedoso. • Ojos: Ausencia de secreciones. • Boca: mucosa húmeda, rosada, ausencia de lesiones. • Dientes: blancos, lisos, limpieza regular, brillantes. • Orejas: Limpieza diaria, escaso cerumen. • Nariz: limpieza diaria, mucosa húmeda, sin exceso de secreciones. • Piel: limpia, turgente, lisa, suave, flexible, rosada, húmeda. • Uñas: cortas, suaves, limpias, rosadas. • Pies: piel intacta, ausencia de inflamación. • Hábitos de aseo: baño diario; cepillado de dientes tres veces al día. • Avisa cuando tiene el pañal húmedo o sucio.

Cuadro modificado de RIOPELLE, GRONDIN, PHANEUF en: Cuidados de enfermería. Interamericana, Madrid, 1997

9. NECESIDAD DE EVITAR LOS PELIGROS

INDICADORES		
INDEPENDENCIA	DEPENDENCIA	
	VULNERABILIDAD FRENTE A LOS PELIGROS.	AMENAZA DE INTEGRIDAD FISICA, PSICOLOGICA O AMBAS.
<ul style="list-style-type: none"> • Seguridad física: medidas de prevención de accidentes, infecciones, enfermedades y agresiones del medio. • Seguridad psicológica: medidas de reposo y relajación, utilizando mecanismo de defensa según las situaciones: el niño de 15 meses se defiende del estrés mediante ansiedad ante la separación, puede tolerar periodos de separación, puede responder con regresión. 	<ul style="list-style-type: none"> • Predisposición a los accidentes: caídas frecuentes, heridas. • Predisposición a las infecciones: gripe, etc. • Predisposición a las enfermedades. • Agotamiento. • Comportamiento de depresión y agresividad. 	<ul style="list-style-type: none"> • Signos y síntomas de una enfermedad física • Signos de inflamación: dolor, enrojecimiento, calor, tumefacción. • Signos de inseguridad psicológica, agitación, irritabilidad, agresividad, miedo, desconfianza.

Cuadro modificado de RIOPELLE, GRONDIN, PHANEUF en: Cuidados de enfermería. Interamericana, Madrid, 1997

10. NECESIDAD DE COMUNICACIÓN.

INDICADORES		
INDEPENDENCIA	DEPENDENCIA	
	COMUNICACIÓN INEFICAZ A NIVEL DE:	
	SENSITIVO-MOTOR	AFECTIVO
<p><i>Biológicos.</i></p> <ul style="list-style-type: none"> • Funcionamiento adecuado de los órganos de los sentidos: agudeza visual y auditiva, olfato y gusto, sensibilidad táctil. • Capacidad verbal: fácil. El niño de 15 meses dice de 2-6 palabras, Nombra dibujos y objetos familiares. • Expresión no verbal: movimientos, posición y gestos de manos y cuerpo. • Cara expresiva: el niño de 15 meses sacude la cabeza para decir no. • Mecanismo sensoriales adecuados. <p><i>Psicológicos.</i></p> <ul style="list-style-type: none"> • Facilidad de expresión de las necesidades, deseos, ideas, opiniones y emociones. El niño de 15 meses expresa verbalmente deseos y señala el objeto deseado. • Expresión de los sentimientos por el tacto. <p><i>Sociológicos.</i></p> <ul style="list-style-type: none"> • Establecimiento de relaciones con la familia y otros grupos. 	<p>Reacciones afectivas debido a una privación y descarga sensorial: aburrimiento, inactividad, ansiedad.</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Tristeza. • Apatía • Indiferencia. • Agresividad. • Depresión.

Cuadro modificado de RIOPELLE, GRONDIN, PHANEUF en: Cuidados de enfermería. Interamericana, Madrid, 1997

11. NECESIDAD DE ACTUAR SEGÚN SUS CREENCIAS Y VALORES.

INDICADORES
INDEPENDENCIA
<ul style="list-style-type: none"> • Asistencia a ceremonias religiosas. En el niño de 1-2 años realiza esta práctica de acuerdo a las creencias de los padres. • Uso de objetos religiosos (medallas, imágenes, etc.)

Cuadro modificado de RIOPELLE, GRONDIN, PHANEUF en: Cuidados de enfermería. Interamericana, Madrid, 1997

12. NECESIDAD DE OCUPARSE PARA REALIZARSE.

INDICADORES	
INDEPENDENCIA	DEPENDENCIA
	DESVALORIZACION
<ul style="list-style-type: none"> • Orden biológico: funcionamiento óptimo de las funciones fisiológicas de acuerdo a la constitución del individuo. • Orden psicológico: Manifestaciones de alegría. • Orden sociológico: comportamientos lúdicos, relacionados a su estado de desarrollo. 	<ul style="list-style-type: none"> • Disminución de la motivación, interés, concentración.

Cuadro modificado de RIOPELLE, GRONDIN, PHANEUF en: Cuidados de enfermería. Interamericana, Madrid, 1997

13. NECESIDAD DE RECREACION.

INDICADORES
DEPENDENCIA
DESAGRADO
<ul style="list-style-type: none"> • Aire triste y abatido. • Llantos. • Disminución de los centros de interés. • Dificultad de concentración. • Perturbaciones del sueño. • Agresividad. • Aburrimiento. • Anorexia, aislamientos. • Cólera, irritabilidad. • Incapacidad de realizar las actividades recreativas preferidas.

Cuadro modificado de RIOPELLE, GRONDIN, PHANEUF en: Cuidados de enfermería. Interamericana, Madrid, 1997

14. NECESIDAD DE APRENDIZAJE.

INDICADORES
DEPENDENCIA
IGNORANCIA
<ul style="list-style-type: none"> • No está receptivo. • Inseguridad y miedo hacia lo desconocido. • Inquietud, agresividad. • Falta de interés por aprender.

Cuadro modificado de RIOPELLE, GRONDIN, PHANEUF en: Cuidados de enfermería. Interamericana, Madrid, 1997