

199



**UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA
DE MÉXICO**

**ESCUELA NACIONAL DE ENFERMERÍA
Y OBSTETRICIA**

PROCESO ATENCIÓN DE ENFERMERÍA

**APLICADO A UN PACIENTE LACTANTE
MAYOR CON ALTERACIÓN DEL PATRÓN
DE DESCANSO Y SUEÑO RELACIONADO
A LA REALIZACIÓN DE CIRUGÍA DE
PLASTÍA DE HIPOSPADIAS.**

**QUE PARA OBTENER EL TITULO DE:
LICENCIADO EN ENFERMERÍA
Y OBSTETRICIA**

**P R E S E N T A:
VIRGINIA SÁNCHEZ FALCÓN**

293595
P



DIRECTOR

LIC. MARIA MAGDALENA MATA CORTÉS

MÉXICO, D. F.

SEPTIEMBRE 2001



Universidad Nacional
Autónoma de México



UNAM – Dirección General de Bibliotecas
Tesis Digitales
Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS ©
PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

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

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

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

PROCESO ATENCIÓN DE ENFERMERÍA

**Aplicado a un paciente lactante mayor con alteración
del patrón de descanso y sueño relacionado a la realización
de Cirugía de Plastia de Hipospadias**

Que para obtener el Título de:

LICENCIADO EN ENFERMERIA Y OBSTETRICIA

Presenta.

VIRGINIA SÁNCHEZ FALCÓN



Escuela Nacional de
Enfermería y Obstetricia
Coordinación de
Servicio Social

Director del Trabajo.

Lic. Maria Magdalena Mata Cortés

*A mi familia por su comprensión y cariño
cuando más lo necesite, sobre todo a
mis padres, por ser los causantes
de este proyecto de vida.*

*A quienes de manera voluntaria o
involuntaria me apoyaron para poder
hacerlo realidad.*

*A Dios, ya que siempre me a
demostrado estar ahí cuando lo necesito.
Gracias.*

INDICE:

contenido:	pag.
INTRODUCCION.	1
JUSTIFICACION.	2
OBJETIVOS	2
I.-MARCO TEORICO:	
I.1.- Concepto de Proceso Atención de Enfermería.	3-7
I.2.- Concepto de Enfermería.	8-13
I.3.- Etapas del PAE:	
I.3.1.- Valoración.	14-15
I.3.1.1.- Observación.	16-19
I.3.1.2.- Entrevista.	20-24
I.3.1.3.- Historia Clínica.	25-30
I.3.1.4. Examen Físico.	31-38
I.3.1.5. Diagnóstico de Enfermería.	39-49
I.3.2.- Planeación.	50-60
I.3.3.- Ejecución.	61-66
I.3.4. Evaluación.	67-70
I.4.- Modelo de V. Henderson.	71-77
I.5.- Patología.	78-102
II.- METODOLOGIA:	103-122
III.- APLICACION DEL PLAN DE ATENCION DE ENFERMERIA:	
III.1.- Presentación del Caso Clínico	123-124
III.2.-Valoración.	125-133
III.2.1.- Diagnóstico de Enfermería.	134-138
III.3.- Planeación.	139-142
III.4.- Ejecución y Evaluación.	143-239
IV.- CONCLUSIONES Y SUGERENCIAS.	240-244
ANEXOS	245-257
GLOSARIO:	258-261
BIBLIOGRAFIA	262-264

INTRODUCCION.

En la actualidad la Enfermería se revela como una profesión de gran potencialidad, y lo anterior por ser una profesión en donde cada día se cuentan con más adeptos, así como por que sus servicios se encuentran entre unos de los más indispensables para la atención de la salud, puesto que es un campo profesional extraordinariamente amplio y está abierto a nuevas modalidades por la diversidad de los niveles a los cuales comprende; lo anterior exige que los miembros de esta profesión valoren su actividad ante la sociedad en donde sea esta identificada por su eficacia y eficiencia en sus funciones y/o actividades.

Es por tal motivo, que al realizar el presente trabajo se pretende mostrar un modelo de plan de atención de cuidados para un paciente lactante mayor posoperado de Cirugía de Hipospadias, teniendo como fundamento el enfoque del modelo de Virginia Henderson para la detección de necesidades, ya que según la teórica, el rol de la enfermera consiste en ayudar al paciente a recuperar o mantener su independencia, supliéndole en aquello que él no puede realizar por sí mismo para responder a sus necesidades; en base a esto la atención de enfermería expuesta para el paciente elegido para realizar este trabajo, requirió identificar los elementos que participaron en la construcción del proceso de cuidados através de la utilización de método científico.

La palabra método, nos enfrenta a identificar el problema en base a un camino establecido para poder comprenderlos, y así enfrentarlos a una realidad; por lo cual se utiliza un Proceso de Atención de Enfermería, ya que este es un método de cuidados que tiene como meta identificar las necesidades del paciente con la finalidad de establecer los planes de acción que permitan intervenir en la satisfacción de las mismas.

Por lo tanto se considera necesario colocar un marco teórico, que acerque tanto a la Enfermera a llevar el caso, como al lector del presente trabajo a este enfoque para poder fundamentar sus acciones al llevarlas a cabo, tal marco teórico se podrá localizar en el punto N° 1, de este trabajo.

El proceso que se llevó a cabo en la realización de este trabajo, comprendió de cinco etapas ya conocidas, las cuales son:

- Valoración de las necesidades; en donde se colocó el instrumento para la recogida de datos el cual es a través de una Historia Clínica de Enfermería, específicamente para el paciente el cual se eligió.
- Diagnóstico de Enfermería; en este paso, se podrá encontrar las necesidades que según el paciente y la enfermera en conjunto establecieron para conjuntar sus intervenciones de Enfermería;
- Planificación; a través de este punto se encontrará el instrumento que se utilizó para la identificación de objetivos a ser cumplidos;
- Ejecución; se encuentra en este punto el instrumento que se llenó por cada necesidad colocando las intervenciones de Enfermería en relación a la satisfacción y cumplimiento del objetivo planteado, su justificación, y la evaluación de las mismas.

Lo anterior mencionado, se podrá localizar en el punto N° II Metodología, en donde como ya se dijo se encontrarán los instrumentos en blanco a ser llenados, al momento de establecer las actividades de Enfermería con el caso clínico elegido.

Se presenta el caso clínico detallando puntos referenciales del paciente, para la aplicación del Plan de Atención de Enfermería, en el punto N° 3.

En este punto, se desarrollarán los instrumentos mencionados en la Metodología, con el paciente elegido, desde la aplicación de la Historia Clínica de Enfermería como los Planes de Atención de Enfermería para cada necesidad detectada en el paciente.

Por último, se considera un apartado de Conclusiones y Sugerencias, en el punto N° 4, ya que se considera importante aterrizar los puntos anteriores en un solo fin específico: el mantenimiento de la salud del paciente y acercarlo cada momento más a la independencia absoluta de acuerdo a su edad.

Se considera importante realizar una acotación indispensable; el paciente referido, es atendido en el Hospital General "Dr. Gaudencio González Garza", del Centro Médico Nacional, "La Raza", perteneciente al Instituto Mexicano del

Seguro Social, en la clínica de Urología Pediátrica, el cual fue referido al servicio de Cirugía Pediátrica 7°C, para la realización de la cirugía ya mencionada.

JUSTIFICACION.

El realizar un Proceso de Atención de cuidados de Enfermería es en sí mismo un proceso intelectual neutro, ya que se apoya en un marco conceptual hacia una planificación de cuidados orientada a la calidad, a la individualización y a la continuidad del mismo, bajo un enfoque de determinación de necesidades fundamentales, tal como lo describe Virginia Henderson. Por lo cual es importante que la estudiante de la Licenciatura de Enfermería, como futuro profesionista al servicio del pueblo mexicano, enmarque sus acciones y cuidados de manera consciente bajo el rol particular de atención al cliente y provista de un bagaje de conocimientos que al ser aplicados sean sometidos a un método y principios científicos bajo el esquema de un proceso riguroso, por lo cual el presente trabajo enfrenta al alumno a circunstancias reales, en donde aplicará conocimientos basados en la aplicación de un proceso científico a los cuidados de Enfermería.

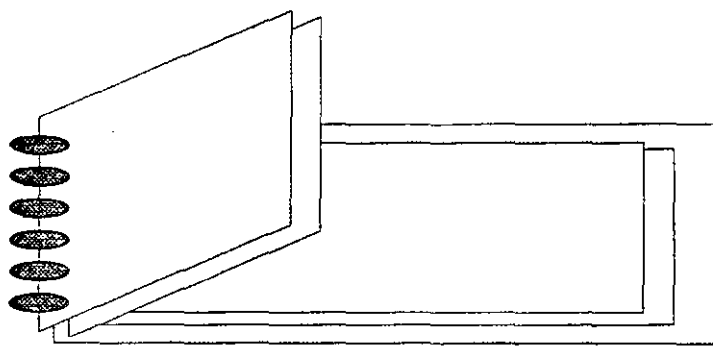
OBJETIVOS.

GENERAL.

- > Realizar un Proceso de Atención de Enfermería con base en el modelo conceptual de Virginia Henderson con un enfoque holístico sobre los cuidados.

ESPECIFICOS.

- > Analizar los elementos teóricos - metodológicos del Proceso de Atención de Enfermería bajo el esquema del modelo de Virginia Henderson.
- > Identificar la importancia de la valoración de las necesidades humanas en el proceso de enfermería con base en el marco conceptual de Virginia Henderson, a través de la sistematización de la Historia Clínica de Enfermería.
- > Integrar los datos obtenidos de la entrevista y de la observación en un esquema, que permita construir los diagnósticos de Enfermería situándolos dentro del marco conceptual de las necesidades fundamentales.
- > Realizar una planeación de las intervenciones de Enfermería a partir de la definición de objetivos por cada necesidad determinada.
- > Ejecutar un plan de cuidados de Enfermería que ayude al paciente a encontrar su independencia y la satisfacción de sus necesidades.
- > Analizar los elementos que intervienen en la evaluación de los cuidados, a partir de los objetivos planteados como un producto de interacción de la Enfermería.



MARCO TEORICO

1.- MARCO TEORICO.

1.1. Concepto de Proceso Atención de Enfermería.

Referentes históricos del Proceso de Enfermería.

El término de proceso de enfermería fue introducido por primera vez por Lynda Hall en 1955. Durante finales de los años 50 y principios de los 60, Dorothy Johnson (1959), Ida Orlando (1961) y Ernestine Wiedenbach (1963) introdujeron un modelo de proceso de enfermería que constaba de tres pasos. En 1966, Virginia Henderson identificó las acciones de enfermería básicas como funciones independientes y afirmó que el proceso de enfermería utilizaba los mismos pasos que el método científico. En 1967, Lois Knowles, presentó un modelo que llamó las cinco D: descubrir (discover), investigar (delve), decidir (decide), hacer (do) y distinguir (discriminate) (Perry, 1982). En 1967 la Western Interstate Commission of Higher Education (WICHE) y la Catholic University of América, estudiaron el proceso de enfermería. La Wiche elaboró una lista de los pasos del proceso, como percepción y comunicación, interpretación, actuación (o intervención) y evaluación. El profesorado de la Catholic University of América dividió el proceso de enfermería en cuatro fases: valoración, planificación, actuación y evaluación (Yura y Walsh), 1983).

En 1969, Dolores Little y Doris Carnevali utilizaron un proceso de cuatro pasos que combinaba la valoración de la salud y la denominación del problema en el primer paso. En 1973, Kristine Gebbie y Mary Ann Lavin de la St. Louis University School of Nursing, iniciaron conferencias nacionales sobre la clasificación de los diagnósticos de enfermería (Gebbie, Lavin, 1975). Además, educadores de enfermería y clínicos comenzaron a utilizar el modelo de proceso de cinco pasos de forma habitual. Desde 1973, han tenido lugar conferencias sobre clasificación de los diagnósticos de enfermería cada 2 años.

También en 1973, la American Nurses Association (ANA) publicó los Standards of Nursing Practice, en los que se describe el modelo de enfermería de cinco pasos (ANA 1973).

En la publicación de 1989 A Social Policy Statement (ANA, 1980), se documentaba un mayor compromiso de la ANA con el modelo de los cinco pasos,

lo cual convirtió a este modelo en el patrón para la práctica de la andaclinical Nursing Practice de la ANA de 1991, que continua utilizando el modelo de los cinco pasos (ANA, 1991).

En 1982, se revisaron los exámenes del tribunal estatal profesional (NCLEX) para incluir al proceso de enfermería como uno de los conceptos sobre organización necesarios para la práctica competente de enfermería.

La Join Commission on Accreditation of Health Care Organizations (JCAHO) continua exigiendo el proceso de enfermería como medio de documentación de todas las fases de cuidados del paciente (JCAHO, 1994). El proceso de enfermería continuá siendo incorporado a las políticas y prácticas de acreditados hospitales ."¹

La OMS y el Proceso de Enfermería.

La definición dada por la Organización Mundial de la Salud resume las características del proceso de enfermería, resaltando que muchas de las características mencionadas cuentan con actividades intelectuales, una eficaz resolución de problemas y la toma de decisiones. Todo ello contribuye a la valoración, planificación, implementación y evaluación de los cuidados de un modo sistemático. La definición dada por la OMS (1977) declara:

" El proceso de enfermería es un término que se aplica a un sistema de intervenciones propias de enfermería sobre la salud de los individuos, las familias, las comunidades, o ambos. Implica pormenorizar el uso de métodos científicos para la identificación de las necesidades de salud del paciente/ cliente/ familia o de la comunidad, así como su utilización para escoger aquellas que se pueden cubrir con mayor eficacia al proporcionar cuidados de enfermería; incluye también la planificación para cubrir estas necesidades, la admisión de unos cuidados y la evaluación de los resultados. La/ el enfermera/ o, en colaboración con otros miembros del equipo de salud y con el individuo así como a grupos a los que se atiende, define los objetivos, fija las prioridades, identifica los cuidados

¹ POTTER, Perry. "Ejecución del Porceso de Enfermeria" en Fundamentos de Enfermería. Teoría y práctica. tr . Diorki, Mosby-Doyma, Madrid, 3ª.ed.1996.p.p.123.

que hay que proporcionar. Con posterioridad, el/ ella evalúa los resultados. La información recibida de la evaluación de los resultados debería ser el inicio de las modificaciones deseables en las intervenciones posteriores y en situaciones similares de cuidados de enfermería. De este modo, la enfermería se convierte en un proceso dinámico, que se presta a adaptación y mejoría².

De ello se deduce que cualquier proceso sugiere que existe un objetivo identificable y un sistema para organizarlos y alcanzarlos. Entre las características claves del proceso se incluyen también la inspiración, la creatividad y la productividad. La suma de habilidades técnicas de toma de decisión que poseen estas características, junto con las actividades de cuidados, es fundamental para el propósito del proceso de enfermería.

Si esto se aplica a enfermería resulta evidente que las /os enfermeras /os tienen capacidad para tomar decisiones creativas y originales, basándose en la aplicación de unos buenos conocimientos y habilidades a las diferentes situaciones de cuidados.²

El proceso de Enfermería : ¿Qué es?.

El proceso de enfermería es un sistema de planeación en la ejecución de los cuidados de enfermería, compuesto de cuatro pasos:

1. Valoración.

¿Cuál es el problema? ¿Cómo se reconoce?

Describalo.

¿Es una animal, vegetal o mineral?.

2. Planeación.

¿Qué vamos a hacer?

¿Cuál es la mejor estrategia?

3. Ejecución.

Ponerse en acción.

² Hinchliff, Susan M.; et al; "Enfoques del cuidado de Enfermería", en Enfermería y Cuidados de la salud: edit. Doyma; Madrid, 1996, p.p. 174-175.

¡ Hacerlo!

4. Evaluación.

¿Resultó?

¿Cómo resultó todo?

¿Evolucionó como se suponía?.

Importancia del Proceso de Atención de Enfermería. ¿Por que es importante el PAE?

Cuando se emplea como instrumento en la práctica de enfermería, el proceso puede ayudar a asegurar la calidad en los cuidados del paciente. Si no se aplica este método científico para el cuidado del paciente, pronto ocurrirán omisiones y duplicaciones. Un plan de atención de enfermería ayuda a reducir estos problemas al utilizarse como guía para proporcionar cuidados a un paciente en particular. Al igual que el médico, el cual planea cuidados durante el tratamiento para asegurar un tratante y responsable, la enfermera utiliza el proceso de atención de enfermería para planear cuidados y asegurar un control y respeto a los problemas del paciente.

Ahora bien, si el beneficio primero al utilizar el proceso es mejorar la atención al paciente, existe ventajas para la enfermera, pues se convierte en experta en el uso de este instrumento. Consideramos las ventajas siguientes para la enfermera (y también para el estudiante):

- 1.- Graduación en una escuela de enfermería acreditada.
- 2.- Confianza. Los planes que resultan de la aplicación del proceso permiten a la estudiante o al equipo de enfermería conocer de manera específica, qué objetivos son importantes para el paciente, cómo y cuándo pueden alcanzarse.
- 3.- Satisfacción en el trabajo. Los planes de atención, bien desarrollados pueden ahorrar tiempo, energía y frustración, esta última se genera por ensayo-error por parte de los miembros cuyos esfuerzos parecen mantenerse incoordinados.
- 4.- Crecimiento profesional. Los planes de atención dan la oportunidad de compartir el conocimiento y la experiencia.

5.- Ayuda para la asignación de pacientes al personal de acuerdo al grado de complejidad que se involucra en el plan individual de cuidados del paciente.

Existen también ventajas para el paciente:

1.- Participación en su propio cuidado. Si los pacientes pueden ayudar a formular sus propios planes con la enfermera, estos adquieren un sentimiento de habilidad propia en la solución de sus problemas. Cuando los pacientes participan activamente en sus cuidados y atención, es más probable que se comprometan a alcanzar los objetivos establecidos.

2.- Cuidados en la atención. La frustración sentida al repetir la misma información a cada enfermera encargada de la atención, se reduce de manera importante. Las preocupaciones, inquietudes y problemas no necesitan ser comunicados a cada enfermera para asegurarse de que los pacientes sean manejados en la forma en que desean ser atendidos. El plan de atención incluye esta información.

3. - Mejora la calidad de la atención. La evaluación y revaloración continua aseguran un nivel de atención a través del cual se puede lograr satisfacer las necesidades siempre cambiantes del individuo. Esta valoración es la piedra angular del proceso de atención de enfermería y del plan establecido para el paciente.³

³ Atkinson Leslie D., Murray Ellen Mary: Proceso de Atención de Enfermería, 2a edición, 7ª reimpresión; Manual Moderno, México, D.F. 1996; p.p.2-7.

1.2. CONCEPTO DE ENFERMERÍA.

Desde que comenzó la era de la enfermería moderna, los responsables y directores de esta disciplina han tratado de definirla con objetivo de articular claramente los papeles y funciones de la enfermera, y a tal fin se han incluido en estas definiciones: los servicios proporcionados por la enfermera, el lugar, escenario o ambiente en que se desenvuelve esta profesión, las características de la persona receptora del cuidado de enfermería y los atributos que distinguen a la enfermería de otras disciplinas orientadas también hacia el suministro de un servicio en el complejo sistema de administración del cuidado sanitario. Justo es reconocer que mientras las definiciones de enfermería han evolucionado con el paso de los años, no existe todavía una definición universalmente aceptada. Desde los tiempos de Florence Ninghtingale, quien en 1858 indicó en sus escritos que el objetivo fundamental de la enfermería era "situar al paciente en el mejor estado posible para que la naturaleza actúe sobre él mismo"; las personalidades más destacadas de esta disciplina han definido la enfermería como un arte y como una ciencia. En los primeros años, tendieron a subrayar los servicios de esta especialidad dirigidos hacia el cuidado del enfermo. Sin embargo, más recientemente han insistido en la conservación y promoción de la salud, así como en la prevención de la enfermedad.

Una de las definiciones clásicas de enfermería, formulada por Virginia Henderson (1966) describe la importante función de la enfermera como sigue:

"ayudar al individuo, sano o enfermo, en la ejecución de las actividades que contribuyeron a conservar la salud o a su recuperación (o a propiciar una muerte apacible y tranquila) que sin duda el sujeto llevaría a cabo él solo si dispusiera de la fuerza necesaria y de los indispensables conocimientos, debiendo desempeñar esta función de tal manera que le ayude además a lograr absoluta independencia cuanto antes."

La revisión de la literatura desde la época de la definición de Henderson revela una multitud de tentativas para definir con más exactitud la función tan

exclusiva con respecto a las funciones de otras disciplinas también encaminadas al cuidado de la salud. Casi todas estas formulaciones han tratado de definir a la enfermera como una profesión dirigida a satisfacer las necesidades del "hombre" en salud y enfermedad. Semejante concepto considera, con absoluta razón, que el ser humano en general tiene necesidades físicas, emocionales, psicológicas, intelectuales, sociales y espirituales. Yura y Walsh publicaron una definición de enfermería en tal sentido en 1978.

" Enfermería es en esencia el encuentro con un paciente y su familia, durante el cual la enfermera observa, ayuda, comunica, atiende y enseña; contribuye además a la conservación de un estado óptimo de salud, y proporciona cuidado durante la enfermedad hasta que el paciente es capaz de asumir la responsabilidad inherente a la plena satisfacción de sus propias necesidades básicas como ser humano; por otra parte, cuando se requiere brinda al moribundo ayuda compasiva y misericordiosa".

En un folleto publicado en 1976 por la National League for Nursing, Shirley Chater, una enfermera instructora, dio la siguiente definición de la enfermería en comparación con la práctica médica:

"La enfermería es un proceso a través del cual se proporciona atención a los individuos, familias, o grupos de la comunidad principalmente alrededor de circunstancias y situaciones que se originan a consecuencia de problemas relacionados con la salud."

Según la definición de enfermería de King, esta parece sintetizar las posiciones de Virginia Henderson, Ida Orlando, Hildegard Peplau y Martha E. Rogers:

"La enfermería es un proceso de acción., reacción, interacción y transacción mediante el cual las enfermeras ayudan a los individuos de cualquier edad y grupo socioeconómico a satisfacer sus necesidades básicas, a fin de llevar a

cabo actividades de la vida diaria y a enfrentarse con la salud y la enfermedad en algún punto particular en el ciclo de vida.⁴

La Canadian Nurses Assotion (CNA) publicó una definición en 1984 que se utiliza como modelo profesional por las enfermeras, en Canadá:

"La enfermería" o "La práctica de la enfermería" significa, la identificación y el tratamiento de la respuestas del ser humano a los problemas de salud actuales o potenciales e incluye la práctica y supervisión de funciones y servicios que, directamente o indirectamente, en colaboración con un cliente o equipo de salud, aparte de las enfermeras, tiene como objetivos la promoción de la salud, prevención de la enfermedad, alivio del sufrimiento, restauración de la salud y el desarrollo óptimo del potencial de salud e incluye todos los aspectos del proceso de enfermería (CNA, Connection, 1984, pág, 8).

En 1973, el Council of Nacional Representatives del ICN aprobó los siguientes planteamientos sobre "enfermera profesional" y la "enfermera auxiliar" para ser presentados a la International Labour Organization con la esperanza de que se pudieran usar en la nueva edición de la Internal Standard Classification of Occupations:

Las trabajadoras en este grupo (enfermeras profesionales) ayudan a los individuos, familias, grupos y comunidades en la promoción y presevación de la salud así como contribuyendo a la recuperación y rehabilitación de las enfermedades.

Participan en el desarrorllo e implementación de los planes terapéuticos y educacionales del equipo de salud.

Sus funciones incluyen:

1) llevar a cabo el servicio terapéutico, incluyendo servicios personales relacionados con la higiene y la comodidad al cubrir la gama de necesidades básicas humanas;

⁴ Brunner Lillian Sholtis, Suddarth, Doris Smith; Manual de Enfermería Medicoquirúrgica; "La enfermería en el mundo actual, concepto y ejecución;" Nueva Editorial Interamericana, S.A., México, D.F., 1986; p.p. 3-4.

- 2) crear y mantener un ambiente físico y psicológico que conduzca al mejoramiento de la salud, la convalecencia, o el logro de una muerte digna;
- 3) propiciar el interés del paciente y de su familia en la búsqueda de las condiciones necesarias para lograr la curación, rehabilitación y automantenimiento óptimo;
- 4) el aconsejar a las personas, enfermas y sanas sobre las medidas para promover el bienestar físico, mental y social;
- 5) instituir medidas y propiciar su prosecución para la prevención de enfermedades;
- 6) diseñar objetivos para las actividades enfermería y coordinarlos con los de todos los demás miembros del equipo de salud a fin de lograr los beneficios, más amplios de la atención sanitaria para todos;
- 7) participar en la enseñanza de la enfermería y otro personal sanitario, y (ayudar en la administración del suministro de la atención para la salud en el ambiente insitucional o en la comunidad.

Se pueden establecer como funciones, las siguientes conductas profesionales de las enfermeras, en donde según Miller establece que el grado al que aspira una enfermera como profesional se refleja en los cinco compromisos siguientes. El profesional:

- 1.- Asesora, planea, realiza y, evalúa la teoría, la investigación, y la práctica en enfermería. Estas conductas se ven reflejadas en todo el proceso de enfermería.
- 2.- Acepta, apoya, y mantiene la independencia de la teoría, la investigación y la práctica. Estos tres elementos hacen que la enfermería sea una profesión y no, una actividad centrada en las tareas.
- 3.- Comunica y difunde conocimientos teóricos, prácticos y hallazgos de investigación al equipo de enfermería. La profesionalidad tiene que ser demostrada con el apoyo, consejo y asesoramiento a otras enfermeras.
- 4.- Mantiene la orientación de la enfermería hacia el servicio de los demás, a los ojos del público. Esta orientación diferencia a la enfermería de un trabajo que busca básicamente un beneficio. Muchos consideran el altruismo como el sello de la profesión. (El altruismo es una preocupación desinteresada por los demás). La enfermería tiene una tradición de servicio a los demás.

Este servicio, sin embargo, tiene que ser guiado por ciertas reglas, políticas o códigos de ética. El código ético de la enfermería es formulado por las asociaciones nacionales de enfermería. Además, la sociedad está protegida por colegiación y la acreditación de las enfermeras. Estas disposiciones autorreguladoras dan a las enfermeras la autonomía para actuar en el mejor interés del público, en vez de mejor interés de una institución o de otra profesión.

5.- Cuida y apoya la organización como la referencia principal. Es la actuación bajo el amparo de una organización profesional, lo que diferencia una profesión de una ocupación. En la enfermería, The American Nurses Association, en Estados Unidos, y The Canadian Nurses Association, en Canadá, realizan las funciones de autorregulación.⁵

Enfoque de la práctica.

La enfermería implica la interrelación entre todas las personas que se interesan en las respuestas del cliente frente a los problemas de salud actuales o potenciales. Hoy en día, existe gran interés en el todo que es la persona; no se considera tan sólo un ente físico, sino un ser biopsicosocial. La práctica requiere la posesión de un conjunto de conocimientos y experiencias que se aplican al cliente de forma integral, al igual que a los allegados y a la comunidad. Por esta razón, las enfermeras se deben interesar en cómo el núcleo familiar y la comunidad afectan al cliente en su bienestar de los dos grupos anteriormente citados.

La práctica de la enfermería se desarrolla en cuatro niveles de la salud:

1.- Promoción de la salud. Promocionar la salud significa ayudar a las personas a desarrollar las aptitudes que necesitan para mantener y reforzar su bienestar. Su objetivo es elevar al nivel óptimo la salud y el bienestar (Black y McDowell 1984, pág. 19). Cuando una enfermera explica a un cliente los beneficios del ejercicio físico, es un ejemplo de actividad de promoción.

⁵ Miller, 1985, pág. 26.

2.- **Mantenimiento de la salud.** Las enfermeras realizan este tipo de actividades con el objetivo de ayudar al cliente a mantener su estado de salud. Se puede estimular a una persona madura sometida a un tratamiento prolongado a que realice determinados ejercicios físicos que mantengan su fuerza muscular y su capacidad de movimiento.

3.- **Recuperación de la salud.** Implica ayudar a las personas a mejorar su salud después de un problema o una enfermedad. Comprende actividades diversas, o a proteger una herida quirúrgica, cambiarse un vendaje o a conseguir la mayor fortaleza física que sea capaz de desarrollar.

4.- **Preparación ante la muerte.** En este caso, la enfermera se ocupa de contar y cuidar a las personas, sea cual sea su edad, durante la fase terminal y la muerte. Estas actividades se realizan en los hogares, hospitales y otros centros, facilitando la posibilidad de brindar este tipo de cuidados. Ciertas instituciones se han creado específicamente con este propósito.⁶

Los conocimientos de enfermería están basados en el método científico, en donde para la estructura de los mismos, son utilizados fundamentos y principios, de los cuales se puede decir que un **fundamento es**:

"el cimiento en que se funda un edificio u otra cosa, razón general en que se pretende afianzar y asegurar una cosa, se dice cuando se tiene la veracidad y la autenticidad de los hechos.",

así como un **principio es**:

" la proposición de la cual se afirma que controla un sistema de actividad determinado y que goza de aceptación entre los miembros de un grupo profesional considerado componente en una sociedad; producto de la observación, razonamiento o experimento, un principio representa la mejor guía posible en la selección de alternativas que conducen a las cualidades deseadas en un producto final." " Norma o idea fundamental que rige el pensamiento o la conducta".⁷

⁶ Kosier, Barbará, et. al; "Introducción a la Enfermería I"; Tr. Carlos J. Bermejo Ceja y otros, 4ª. edición, Edit. Interamericana Mc Graw-Hill, Madrid, 1993, pp. 2-22.

⁷ Diccionario de la Lengua Española. Edit. Oceano.

1.3. ETAPAS DEL PAE.

1.3.1. VALORACION.

La valoración es el paso inicial del proceso de atención de enfermería y tal vez el más importante, ya que todo el plan de atención que se elabora consiste en tres actividades separadas dependientes entre sí: recolección de datos, organización de los mismos y formulación de diagnósticos de enfermería.

La recogida de datos es la fase inicial del proceso de cuidados. Consiste en reunir todas las informaciones disponibles, necesarias para los cuidados del cliente.

Se sitúa al principio del proceso, y de ella de su desarrollo. Desde la puesta en marcha de este instrumento, la recogida de datos se convierte en un "proceso continuo" de recogida de información. En efecto, a lo largo de su trabajo, la enfermera no debe cesar de observar, consultar, cuestionar y recopilar datos relativos a cada uno de los clientes.

A la llegada de éstos al hospital, o en el momento de su primer contacto con el personal asistencial de un centro comunitario, una recogida de datos permitirá a la enfermera diseñar su perfil, que va a servir de base para sus futuras acciones.

Tipos de informaciones que debe recoger.

Las informaciones recogidas deben ser datos objetivos observados por la enfermera en la persona que cuida, y datos subjetivos facilitados por ella misma. Estos datos pueden contener informaciones pasadas y actuales, informaciones relativas al propio cliente, a su vida, sus hábitos, su entorno y su medio ambiente.

Datos relativamente estables.

Ciertos datos forman parte integrante de la persona y de su campo de experiencia. Por consiguiente, son poco susceptibles de modificarse. Entre ellos, se encuentran las informaciones de carácter general (nombre, edad, sexo, estado civil, etc.) y ciertas características individuales (raza, idioma, religión, cultura, nivel de educación, ocupación, etc). Esta categoría figuran también los gustos, los hábitos (preferencia de alimentos, ritmo de vida, ocio, etc...). y ciertos

acontecimientos biográficos que pueden estar vinculados a su estado de salud (enfermedades anteriores, embarazos, intervenciones quirúrgicas, accidentes, etc) Incluso aquí se pueden incluir determinados elementos físicos o de reacción que son propios del individuo (grupo sanguíneo, Rh, déficit sensorial, alergias, uso de prótesis, etc), y también la identificación de sus redes de apoyo (familia, amigos, etc). A estos datos hay que añadir también el conocimiento de los detalles de la situación que ha conducido al cliente al hospital o al servicio de consulta.

Datos variables.

Otros datos relativos al cliente están en constante evolución y exigen una reevaluación continua por parte de la enfermera. Estos datos variables están relacionados, por ejemplo, con el nivel de ansiedad, de estrés y sufrimiento del cliente, con sus funciones fisiológicas de respiración, alimentación, eliminación, etc.. Pueden también estar relacionados con su tensión arterial, su temperatura o su reacción a la enfermedad o el tratamiento. Puede también tratarse del estado de una llaga, o incluso de una reacción secundaria a un medicamento.

1.3.1.1. OBSERVACION.

La enfermera cuenta con tres medios principales para proceder a la recogida de datos:

1. La consulta de las fuentes secundarias de información.
2. La observación del cliente.
3. La entrevista con el cliente (y la exploración física, en los centros en que se práctica).

Sin embargo, la observación es siempre el elemento base, utilizado por la enfermera en todos y acada uno de estos medios.

Definición.

La observación es un elemento primordial en los cuidados de enfermería. Puede definirse como la capacidad intelectual de captar, a través de los sentidos, los detalles del mundo exterior. Se trata de una atención especial que proyecta el pensamiento hacia el objeto de observación, manteniendo alerta la inteligencia y los sentidos. De ejercer, en primer lugar, por medio de un análisis de las percepciones que realiza la inteligencia a la luz de las experiencias del pasado; pero este proceso se basa esencialmente en la atención y en la concentración. Se puede, por tanto, afirmar que, en los cuidados de enfermería, la observación consiste en considerar al cliente y a todo lo que se relaciona con el paciente através de una atención expresa y continua que nos permita conocerlo mejor.

La observación pasa por el filtro de nuestros mecanismos, perceptuales y emotivos. Se fundamenta, por tanto, en la subjetividad del observados, de ahí, su fragilidad. La percepción es un proceso esencialmente selectivo que nos impulsa a ver "lo que hemos aprendido a ver" y lo que "esperamos ver".

Por eso, hemos de estar en guardia para dejarnos influir lo menos posible por esta subjetividad. Para que la enfermera pueda realizar con mayor objetividad la recopilación de informaciones que pueden serle útiles en el proceso de cuidados, es necesaria una recogida de datos seria y muy cuidada.

Implicación de los sentidos.

La observación pasa a nosotros, antes que nada, a través de los sentidos, que son los que nos ponen en contacto con el mundo exterior. En su trabajo con el cliente, la enfermera utiliza la vista, el oído, el tacto y el olfato.

La vista.

La vista nos aporta multitud de informaciones en relación con las características físicas de una persona (su fisonomía, su mirada, sus comportamientos, etc). Nos informa igualmente sobre determinados signos y síntomas que traducen una necesidad insatisfecha o un problema de salud (un rostro triste, o que denota sufrimiento, agitación o abatimiento, erupciones en la piel, edemas, ictericia, etc...).

El oído.

A través de este sentido nos llegan las palabras, las flexiones de voz, los quejidos o determinados ruidos que produce el cliente (latidos del corazón, emisión de gases, escalofríos, etc)., o provocados por él (ruido de una caída, agitación).

El tacto.

También este sentido es importante en los cuidados de enfermería. Desempeña un papel esencial en la exploración física o en la palpación de ciertas partes del cuerpo, que permiten conocer determinados detalles (endurecimiento, grosor de una masa, textura de la piel, calor de los miembros, etc).

El olfato.

El olfato desempeña igualmente un papel importante en el trabajo del que presta cuidados. Este sentido permite, por ejemplo, detectar olores que revelan el grado de limpieza del cliente, o determinados procesos patológicos, como infección de una úlcera, que produce un olor naseabundo, o el aliento dulzón de un diabético en un momento de elevación de la tasa de azúcar (acidosis).

Utilización de la observación.

Para que la observación sea eficaz, tiene que ser atenta y expresa. Por eso, en sus contactos con el cliente, la enfermera debe hacer abstracción de sus preocupaciones -en la medida en que le sea posible- y centrarse en la persona del cliente y en su entorno inmediato. El marco conceptual de las necesidades fundamentales constituye un entramado - sistemático y diversificado- muy útil en la práctica. En efecto, este entramado nos lleva a considerar las catorce necesidades del cliente en sus aspectos bio-psico-social, cultural y espiritual, a interrogarnos sobre su capacidad para satisfacerlas por sí mismo y a intentar descubrir cuáles son las fuentes de dificultad que producen su dependencia. Todos estos elementos ponen a la enfermera en condiciones de llevar a cabo una observación amplia, pero dentro de un marco muy definido.

El proceso que se debe seguir se hace por instinto. El primer contacto nos ofrece una imagen global. Esta imagen se completa, a continuación, por medio de la búsqueda de informaciones más precisas sobre uno o determinados puntos en particular. Estos, a su vez, se convierten en elementos desencadenantes que nos llevan a prestar atención especial a ciertos indicios que nos conducen al descubrimiento de nuevos detalles.

La consideración de una manifestación relacionada con alguna de las necesidades del cliente no debe, sin embargo, distraer a la enfermera y hacerla pasar por alto la observación de las otras necesidades. Debe por supuesto, acostumbrarse a observarlas una a una, en toda su extensión, y en sus distintas dimensiones, pero no ha de perder de vista las interrelaciones que se establecen entre ellas. Esto le permitirá ver a la persona como un todo unificado, es decir, tener del cliente una visión holística.

Elementos que se deben evitar.

El cuidado del cliente a la enfermera una observación continua, expresa, sistemática y rigurosa. Esta significa que la "cuidadora", tiene que desconfiar por principio de su propia subjetividad y de sus juicios preconcebidos. Ha de evitar los contactos rutinarios y superficiales que entrañan el riesgo de que su observación sea interferida por ellos. La falta de concentración y continuidad puede igualmente conducir a la enfermera percepciones superficiales y fragmentarias, poco útiles para los cuidados de enfermería.⁸

⁸ Phaneuf Margot. "La recogida de datos: primera etapa del Proceso de los cuidados" en Cuidados de Enfermería. | Proceso de atención de Enfermería. Tr. Carlos Ma. López González y Julia López Ruiz, Mc. Graw Hill Interamericana, Madrid, 1993. p.p. 59-71.

1.3.1.2. ENTREVISTA.

Una de las formas privilegiadas de recogida de información sobre un cliente es el encuentro con él en una entrevista. La entrevista es una forma especial de interacción verbal que se desarrolla en la intimidad entre la enfermera y la persona que recurre a los cuidados de salud. Se sobreentiende que el objetivo de este encuentro es recoger informaciones que permitan descubrir las necesidades que permanecen insatisfechas en el cliente y las distintas manifestaciones de dependencia que las determinan. Este es el instrumento por excelencia de la personalización de los cuidados.

Así como es continua la fase de observación y de recolección de datos, el interrogatorio de enfermería también lo es durante la relación enfermera-paciente. La entrevista puede ser formal o informal. Un interrogatorio formal consiste en una comunicación con un propósito específico, en la cual la enfermera realiza la historia del paciente. A diferencia de la historia médica, en la enfermería se coloca a la enfermedad como punto primario, la historia de enfermería considera la percepción por parte del paciente, de su enfermedad y su respuesta a ella. El propósito de la entrevista es ayudar a la enfermera a obtener información que le sirva en la planeación de la atención.... El interrogatorio formal de enfermería no intenta ser un tratamiento por sí mismo, es más bien un formato organizado para la recolección de datos. Sin embargo, a menudo, el paciente necesita expresar sus sentimientos, la entrevista de enfermería le da esta oportunidad; además, de la atención de la enfermería sin interrupción. Esto es a menudo parte del tratamiento del paciente.

El aspecto informal del interrogatorio es la conversación entre enfermera y paciente durante el curso de los cuidados. Esta estrecha relación se desarrolla mientras la enfermera brinda atención física y con frecuencia permite al paciente expresar sus sentimientos y problemas. La enfermera capacitada para dar

cuidados físicos, lo es también para que en forma simultánea, poner atención a lo que el paciente dice.”⁹

Condiciones de la entrevista.

La enfermera que proyecta mantener una entrevista con un cliente debe tener en cuenta ciertos factores importantes.

Ante todo, debe escoger el momento oportuno para el cliente, es decir, respetar la hora de sus comidas, sus momentos de fatiga, de reposo e igualmente los períodos en que más sufre. Ha de prever también, al organizar su trabajo, espacios de tiempo lo suficientemente largos para así permitir al cliente expresarse cómodamente, a su propio ritmo.

La enfermera debe igualmente intentar crear todas las condiciones que favorezcan el intercambio. Debe tener en cuenta la intimidad a que tiene derecho el cliente, así como su confort. El éxito de la entrevista depende, además, de la habilidad que tenga la “cuidadora” para establecer una comunicación clara y eficaz, que le permita conseguir los objetivos que se ha fijado. Igualmente la entrevista presupone, como cualquier otra interacción con el cliente, la capacidad de la enfermera para establecer, si es necesario, una relación de ayuda.

Esto significa que ha de manifestar actitudes de aceptación, de escucha, de respeto y de empatía que han de reflejarse en su comportamiento. Las demuestra por medio del contacto visual, la expresión abierta y sonriente (según el caso) y a través de una postura y un lenguaje que produzca al cliente su deseo de mantenerse a la escucha y de facilitarle que siga su conservación. Su capacidad de empatía le va a permitir, además, compartir las dificultades de la persona y expresarle su comprensión.

⁹ op cit... Atkison, et al; “Proceso de Atención de Enfermería”, p.p. 12-13.

Habilidades que facilitan la entrevista.

El dominio y la utilización de determinadas habilidades ayudan a hacer más fácil la entrevista y permiten conducirla hacia la búsqueda de las informaciones que realmente necesita para avanzar en su proceso.

Estas habilidades son muchas. Describirlas todas desbordaría los límites marcados en este proceso. Será suficiente enumerar algunas de ellas:

a) Habilidades para hacer preguntas de forma adecuada. Pueden ser preguntas cerradas que limitan la respuesta a un "sí" o a un "no", o a unas pocas palabras (por ejemplo: ¿duerme usted bien?, o preguntas abiertas, que permitan al cliente explicarse, porque la respuesta que piden es más elaborada (por ejemplo: ¿me hablaría usted del problema por el que ha venido al hospital?). Las preguntas abiertas pueden ser de diversos tipos. He aquí algunos ejemplos:

- Tipo narrativo (ejemplo: cuénteme lo que pasó).
- Tipo descriptivo (ejemplo: Describame su forma de proceder).
- Tipo evaluador: (ejemplo: ¿Cómo juzga usted su capacidad para ponerse en contacto con los demás?).
- Tipo de clarificación (ejemplo: ¿Porqué no come usted nunca carne?).

b) Habilidad para confirmar o validar las percepciones que tiene de su cliente, de tal forma que la observación se vea lo menos afectada posible por el subjetivismo (ejemplo: ¿Verdad que usted me ha dicho que hace cinco días que vomita?).

c) Habilidad para reconducir al cliente que hace digresiones hacia el tema de la entrevista (ejemplo: Veo que todo lo que se refiere a su digestión le preocupa mucho, pero ¿puede hablarme de cómo duerme?).

d) Habilidad para hacer una síntesis de lo que se ha dicho (ejemplo: En resumen, por lo que me cuenta, usted no es capaz de estar nunca tranquilo a causa de su nerviosismo).

e) Capacidad para poner en práctica la escucha activa. Simplemente reflejado o repitiendo la última parte de su frase, la enfermera puede brindar al cliente la

posibilidad de explicarse. Reflejando sus sentimientos, la enfermera saca del enunciado del cliente el contenido emotivo que encierra, y se lo presenta como respuesta para demostrarse que cree comprender lo que él está viviendo. Por ejemplo un cliente acaba de contar a la enfermera todas las preocupaciones que el está produciendo su ingreso en el hospital. Ella puede responderle: "Realmente usted está viviendo todo esto con gran preocupación". Le está reflejando lo que percibe sobre sus sentimientos y, en el caso hipotético de que no sea exacto, él puede siempre aportar la corrección.

Fases de la entrevista.

La entrevista puede dividirse de distintas maneras, según el modo de análisis que se aplique a su desarrollo. En este trabajo consideramos que se divide en cuatro fases distintas:

1.- La preparación material (lugar, momento, intimidad, confort) y la preparación organizativa que llevan a la enfermera a acudir a distintas fuentes (historia clínica, otros profesionales) para recoger las informaciones previas. Por ejemplo, puede resultar de gran utilidad saber si el cliente es sordo o agresivo; en este caso, debe prepararse para abordar el encuentro de una forma particular.

2.- La introducción es el momento en que se pone en marcha la entrevista, la enfermera se presenta, explica sus funciones y lo que pretende con el encuentro. Es el momento en que la enfermera y cliente entran en conocimiento uno del otro.

3.- El desarrollo o cuerpo, de la entrevista, que consta de una sucesión de preguntas y respuestas ente la enfermera y el cliente. Es el momento en que la enfermera escucha y observa atentamente a la persona a que se dirige. Es la ocasión que se le ofrece para aclarar los puntos confusos. Los recogidos en esta fase le permiten trazar el perfil de la persona cuidada, en relación con los catorce necesidades fundamentales.

4.- La conclusión que lleva a la enfermera a finalizar la entrevista. En este momento puede dar las gracias al cliente por su colaboración, charlar informalmente un poco con él y decirle si ya las informaciones que necesita. Si

por causa del cansancio del cliente o porque ha de recibir algún tratamiento, necesita entrevistarse de nuevo para completar los datos, es necesario que se lo diga.

Utilización de un instrumento de recogida de datos.

La utilización de recogida de datos utilizada en el marco del modelo conceptual de Virginia Henderson consiste en una enumeración de preguntas relativas a las catorce necesidades fundamentales. "Se trata de transformar estas preguntas en una formulación de un lenguaje simple y adaptado de tal forma que lo pueda comprender el cliente".

El objetivo de esta recogida de datos es identificar los problemas que encuentra en el cliente para satisfacer sus necesidades, por lo cual enfermera debe actuar de tal forma que estas dificultades puedan salir a la luz. No es aconsejable que siga ciegamente su fórmula de recogida de datos. Por una parte, se verá obligada a hacer algunas preguntas suplementarias que aclaren ciertos aspectos y no se contente con una respuesta superficial e imprecisa. Por otra parte, tendrá que pasar por alto determinadas preguntas que le parece inoportunas en la situación en que está viviendo el cliente.

La enfermera deberá permitir a la persona a que se dirige que vaya respondiendo de acuerdo con su ritmo, y asegurarse de que ha comprendido bien el sentido de su pregunta. Es importante que le deje expresarse sin abrumarla, aunque a veces será necesario que la reconduzca hacia el tema de la entrevista.¹⁰

¹⁰ op cit; Phaneuf, Margot; "La recogida de datos: primera etapa del Proceso de los cuidados", p.p. 72-80.

1.3.1.3. HISTORIA CLINICA.

La enfermera puede encargarse de obtener todos los datos básicos o parte de ellos, pero sin duda debe conocer a fondo todas sus facetas y la participación que pueden tener otros miembros del personal en la obtención de la información básica. Los datos básicos comprenden:

- 1.- Perfil del enfermo (datos de identificación introductorios).
- 2.- El informante.
- 3.- Problema principal.
- 4.- Historia de la enfermedad actual.
- 5.- Antecedentes personales.
- 6.- Revisión de aparatos y sistemas.
- 7.- Antecedentes familiares.
- 8.- Perfil del enfermo (amplificación del punto uno).
- 9.- Exploración física.
- 10.- Información radiológica y de laboratorio.
- 11.- Resumen del problema, valoración y plan.

Perfil del enfermo (datos de identificación introductorios).

La información introductoria de identificación es útil para centrar y concretar muchos puntos. Sin duda incluirá la edad y el sexo del sujeto, el estado marital, su raza y ocupación. En este punto algunas personas prefieren un perfil completo del enfermo, pero casi todos piensan que un perfil detallado puede ser inadecuado mientras el entrevistador no haya obtenido la confianza del enfermo. Más aún, un sujeto con algún dolor o con un problema urgente equivalente por el cual solicita asistencia, quizá no confíe mucho en un entrevistador que se preocupa más por los detalles de su estado marital, antes de ocuparse del problema por el cual buscó asistencia.

El informante.

El informante no siempre es el enfermo, pues puede serlo otra persona si el paciente es un niño o un anciano, si está inconsciente, comatoso, o si sufre un trastorno psiquiátrico grave. El entrevistador debe valorarla "confiabilidad" del informante y la utilidad de la información que proporciona. Por ejemplo, es muy poco probable que los sujetos histéricos o deprimidos suministren datos básicos fidedignos, en tanto que quienes abusan de las drogas y de bebidas alcohólicas posiblemente recurran al rechazo como parte de un mecanismo operativo. Es razonable para el entrevistador hacer juicios de esta índole (basados en el contexto de toda la entrevista) y dejar constancia escrita de los mismos.

Problema principal.

El problema principal es aquel que obligó al paciente a buscar atención médica. A menudo el sujeto no acude por algún problema básico ni busca una relación dinámica con el personal médico, por ejemplo al solicitar una revisión global (chequeo). Si este es el caso, hay que anotarlo en vez del problema, básico. Una vez que el paciente ha expresado su problema, hay que consignar en la hoja clínica, y en comillas, sus palabras exactas. Sin embargo, no hay que exagerar e incluir afirmaciones como "el doctor fulano me envió". A pesar de que puede incluirse dicha información como parte del perfil introductorio, hay que preguntar al paciente porque recurrió a ese médico, y señalar su respuesta como el problema principal.

A menudo el paciente tiene más de un problema y por esta razón, más de un síntoma. Estos deben ser enumerados en términos de la prioridad que les concede el paciente, y después ser investigados a través de la enfermedad actual, como entidades separadas, si representan problemas separados, o como una sola enfermedad presente, si existen manifestaciones múltiples de un solo problema global.

Historia de la enfermedad actual.

De todas las facetas de los datos básicos, la historia de la enfermedad actual es la más difícil de obtener. Es relativamente fácil extraer los hechos relacionados con los antecedentes personales médicos, o una revisión de aparatos y sistemas, y sin duda se enseña a muchísimos profesionales médicos a explorar las facetas sociales y emocionales de los datos básicos. Las técnicas de la exploración física pueden ser enseñadas a cualquier persona que tenga conocimiento mínimo de anatomía y fisiología. Sin embargo, la exploración minuciosa de los hechos relacionados con la enfermedad actual exige un conocimiento importante de fisiología-patología y de la evaluación de la enfermedad. Si la persona que entrevista desconoce las manifestaciones de la pericarditis aguda, será difícil extraer información sutil que permitirá llegar al diagnóstico. Aún más, la historia de cualquier enfermedad es el factor más importante que permite al médico o a cualquiera de los profesionales médicos, llegar al diagnóstico. La exploración física es útil, pero suele dar datos que son consecuencia esperada de la historia que ha sido relatada. En ocasiones, son muy útiles los datos de laboratorio y radiología, pero rara vez fundamentan y confirman diagnóstico. Por otra parte, la selección juiciosa de los exámenes de laboratorio y radiológicos exige haber obtenido una historia cuidadosa.

La "enfermedad actual" puede ser un único episodio de una sucesión contenida dentro de un solo proceso patológico. Por ejemplo, una crisis de choque insulínico es sólo parte de una serie ordenada de fenómenos que definen la de diabetes. En este caso, hay que investigar la evolución de la diabetes. En este caso, hay que investigar todo el curso de la enfermedad diabética, para dar su debida importancia al problema actual. A pesar que el episodio del choque insulínico sobresalga en la historia, debe ser obtenido en el contexto de la evolución o "historia natural" de la enfermedad y consignando en la hoja clínica, en una forma semejante. Las fechas de comienzo de diversas manifestaciones de una enfermedad complicada son extraordinariamente importantes para el análisis del problema y deben ser obtenidos y registrados en una forma ordenada.

La cronología debe incluir factores que haya precipitado los cambios en la enfermedad, las intervenciones médicas, las fechas de hospitalización, los métodos quirúrgicos y otros puntos importantes.

Hay que detallar síntomas específicos como dolor, cefalalgia, fiebre, cambios en la defecación, secreción por un orificio, etc. De enorme importancia para el análisis son el sitio, sus características, la intensidad y duración de la molestia. El entrevistador debe insistir en su persistencia, intermitencia o ambas, factores que agravan o alivian el síntoma, y cualquier manifestación coexistente de la cual se percate el enfermo. Este último punto es muy difícil de obtener, pues el paciente a menudo no asocia los fenómenos que de hecho guardan relación con un problema común. La claridad emerge del cuidado con el que se explore el desarrollo y evolución de los síntomas.

Antecedentes personales.

El entrevistador debe obtener y registrar en orden cronológico todas las enfermedades importantes, lesiones y operaciones que haya sufrido el paciente, incluidas fechas, duración, complicaciones y hechos relacionados con la hospitalización. Hasta donde se relacione la hospitalización o una intervención médica importante con la enfermedad actual, no deben ser repetidos, sino más bien puede estar indicado hacer una referencia a la historia de la enfermedad actual. La exploración cuidadosa de los antecedentes personales incluirá medicamentos recetados o ingeridos, vacunaciones y signos de alergias a fármacos u otras sustancias.

Revisión de aparatos y sistemas.

Parte de los datos básicos deben incluir una revisión completa de los aparatos y sistemas más importantes en términos de presencia o ausencia de síntomas pasados o presentes. No hay que repertir las enfermedades que se describieron al hacer la historia de la enfermedad actual o de los antecedentes personales. Puede hacerse una referencia respecto al órgano o zona adecuada que brinde información importante. La revisión debe incluir una semblanza del estado de salud, en términos generales, al igual que síntomas relacionados con

la piel, los ojos, los oídos, la nariz, la boca, el aparato cardiovascular, el aparato pulmonar, el aparato gastrointestinal, el sistema endocrino y las vías genitorurinarias y el aparato reproductor. Entre los profesionales de la salud existe una tendencia a codificar los antecedentes personales y la revisión de aparatos y sistemas, en una lista formal, que puede ser parte de la historia clínica. Muchas de éstas se expenden en el comercio, y otras las preparan equipos médicos en una forma adecuada para la función del "equipo". La ventaja de las historias clínicas con listas de síntomas por aparatos y sistemas es que pueden revisarse fácilmente y tienen menos errores que depender del entrevistador para obtener la información que tenga importancia, de cada aparato y sistema. En forma general, es un adelanto interesante que hallará cada día un número mayor de adeptos.

Antecedentes familiares.

Hay que obtener detalles sobre el estado de salud de todos los parientes cercanos, que incluyen padres, hermanos, hermanas e hijos. El entrevistador buscará información sobre enfermedades hereditarias o contagiosas, no sólo entre parientes cercanos, sino también entre parientes de segundo grado. De este modo, es importante saber si los abuelos o los primos han sufrido diabetes, tuberculosis, hipertensión y cáncer. El entrevistador debe determinar los miembros de la constelación familiar que viven junto con el enfermo, y su estado de salud.

Perfil del enfermo.

El perfil del paciente obtenido en esta etapa de la entrevista es una ampliación inicial de identificación que se obtuvo al comienzo de la misma. De enorme importancia para el análisis del problema del enfermo, su capacidad de enfrentarse a él y la capacidad del "equipo" médico para suministrar ayuda, es el conocimiento del origen de la familia, aspectos sobre el crecimiento y desarrollo del enfermo, y la situación corriente de su vida.

Con respecto al último punto es importante preguntar sobre las relaciones íntimas, ocupación, enseñanza, religión, metas y aspiraciones del enfermo, y respuestas pasadas a situaciones de "apremio". Es importante saber el significado que tiene una enfermedad para el paciente, para así colocar en su contexto la capacidad del mismo a enfrentarse a dicho padecimiento. También es importante saber el tipo de sostén emocional y físico que existe en el lugar, y en el medio social del enfermo. El personal médico en caso de una enfermedad grave, inevitablemente tendrá que recurrir a dicho sostén. El término de la calidad de las relaciones íntimas, el entrevistador buscará información sobre la capacidad de expresión sexual y el grado en que obtiene satisfacción de sus relaciones. El tema de la sexualidad es muy importante para cada persona, pero en una entrevista rara vez lo toca el paciente, si el entrevistador no expresa su deseo de ocuparse de temas sexuales y establecer una relación abierta para comentarlos.¹¹

¹¹op cit, Brunner, et al; Manual de enfermería medicoquirurgica; Entrevista clinica, "Contenido de la entrevista"....; p.p.43-45.

1.3.1.4. EXAMEN FISICO.

"Es el examen físico sistematizado de los aparatos y sistemas del cuerpo de una persona adulta, en donde los cuatro métodos utilizados en el examen son:

- Inspección: observación visual de todas las partes del cuerpo.
- Palpación. examen del cuerpo por medio del tacto.
- Auscultación: exploración por medio del oído de los ruidos producidos en el interior del cuerpo.
- Percusión. investigación de los sonidos que se producen al golpear ligeramente con los dedos.

Su fundamento es: observar, examinar y valorar al paciente antes de definir prioridades en el plan de cuidados de enfermería."¹²

Las herramientas básicas de la exploración física son los sentidos de la visión, audición, tacto y olfato, y su utilidad puede aumentarse por herramientas especiales como son el estetoscopio o el oftalmoscopio, que permitan una mejor definición de los fenómenos visuales y acústicos, pero, en realidad hay que reconocer que las herramientas artificiales son únicamente en extensión de los sentidos humanos. No es raro oír que algunas de esas herramientas son aparatos complicados que requieren un conocimiento especiales para su empleo, cuando de hecho son simples instrumentos que cualquiera puede aprender a usar y a emplear bien. La complicación, si es que existe, viene con la interpretación de lo que se a visto y oído.

Elementos de la exploración física.

La exploración del paciente comprende cuatro procedimientos fundamentales: inspección, palpación, percusión y auscultación.

¹² Wieck Lynn, et. al. , "Examen Físico de un Adulto" e, Técnicas de Enfermería. Manual Ilustrado; Tr. Dr. José Pérez Gómez, 3a. edición, Edit. Interamericana; McGraw-Hill, México, 1988, p.p. 552.

Inspección.

El primer procedimiento fundamental es la inspección. La capacidad de observar debe cultivarla todo mundo. La inspección general se hace en el primer contacto con el enfermo. El examinador se presenta al paciente, tal vez lo saluda con las manos, e intercambia las primeras palabras de comunicación. Muchas impresiones afloran en este intercambio y pueden hacerse diversas observaciones muy útiles. ¿El paciente es joven o viejo?, ¿Qué edad tiene?, ¿La edad cronológica que indica concuerda con la edad aparente?, ¿Es gordo o delgado?, ¿Esta ansioso, tal vez deprimido?, ¿Su compleción corporal es normal, o tal vez está deforme en alguna parte de su cuerpo?, ¿En qué forma se manifiesta la deformidad, y qué tanto se desvía del aprón normal esperado?.

Hay dos frases muy usadas que se emplean muy a menudo como excusas de haber prestado insuficiente atención a los detalles de la observación. "Este sujeto tiene cara de enfermo". ¿En qué forma se manifiesta los signos de aparente enfermedad?, ¿ El paciente está pálido, su piel está sudorosa, gesticula con el dolor, está disneico, la piel está icterica o cianotica, tiene edema?, ¿Qué signos físicos específicos o manifestaciones de la conducta denotan su enfermedad?, "El sujeto parece tener una enfermedad crónica". ¿El sujeto parece tener una enfermedad crónica?, ¿Ha perdido peso?. Los sujetos que pierden peso en forma secundaria a un cáncer u otra enfermedad siderante tine un aspecto distinto de los que son simplemente delgados. La distribución de la pérdida de peso adquiere una forma distinta. ¿La piel tiene el aspecto que suele tener en caso de una enfermedad crónica, esto es, pálida, deshidrata o se ha perdido el tejido subcutáneo?. Son observaciones importantes que los profesionales de la salud a menudo no consignan en la historia clínica.

Entre las observaciones generales que deben anotarse en la exploración inicial del enfermo están la postura y la estatura, la nutrición, los movimientos corporales, las características del lenguaje y la temperatura corporal.

Postura y Estatura.

La postura o posición que asume un enfermo a menudo brinda datos reveladores sobre su enfermedad. Los sujetos con la disnea de las cardiopatías prefieren sentarse y quejarse de "asfixia" si se les obliga a estar en cama en posición horizontal, incluso por periodos breves.

Las personas con enfisema no solamente se sientan erectas, sino sumen una postura muy característica. Empujan los brazos hacia adelante y hacia los lados, sobre el borde de la cama ("posición de trípode") para hacer que los músculos accesorios de la respiración participen en forma mecánica y óptima en ésta. Los sujetos con dolor abdominal por peritonitis prefieren estar acostados e inmóviles. Incluso el movimiento más leve de la cama por parte del examinador intensificará el dolor en grado abdominal por un cólico renal o vesicular están muy inquietos. Pueden retorcerse en la cama e incluso estar de pie y caminar a zancadas. Los sujetos con irritación manígea acompañada de cafalagia no pueden flexionar la cabeza o los pies sin que se agrave el dolor.

Movimientos corporales.

Las anomalías de los movimientos corporales pueden ser de dos clases: discontinuidad generalizada de los movimientos voluntarios o involuntarios, o asimetría del movimiento. En la primera clase se incluyen temblores de diversas variedades, algunos de ellos en reposo (enfermedad de Parkinson), en tanto que otros aparecen sólo con el movimiento voluntario (ataxia cerebelosa). Otros temblores pueden aparecer durante el descanso y la actividad (delirium tremens del alcohólico, tirotoxicosis). Algunos movimientos voluntarios o involuntarios son finos, en tanto que otros son toscos. En el extremo de la escala estarían los movimientos convulsivos de la epilepsia o el tétanos, y los movimientos coersiformes de los sujetos con fiebre reumática o corea de Huntinhton.

La asimetría del movimiento se observa en pacientes con enfermedad del sistema nervioso central, principalmente aquéllos que han sufrido accidentes cerebrovasculares. El paciente puede tener flacidez manifiesta de un lado de la cara, ser incapaz de movimientos normales en las extremidades superiores e inferiores derechas o izquierdas, o tener ambos trastornos. En el lado atacado hay disminución de la fuerza, y el paciente camina "arrastrando los pies".

Nutrición.

También son importantes los estados de nutrición. La obesidad puede ser generalizada como función de un ingreso excesivo de calorías, o estar localizada específicamente al tronco en sujetos con trastornos endocrinos (enfermedad de Cushing), o en aquéllos que han recibido esteroides por largos periodos.

La pérdida de peso puede ser generalizada como función de carencia calórica o reflejarse en forma notable en pérdida de la masa muscular en personas cuyas enfermedades interfieren en la anabolia proteínica.

Características del lenguaje.

El lenguaje puede ser fardullante por enfermedad del sistema nervioso central, o por incapacidad de articular las palabras, por lesión de los nervios craneales. La lesión del nervio laríngeo recurrente producirá ronquera y también las enfermedades que producen edema o hinchazón de las cuerdas vocales. El habla puede ser titubeante o con interrupciones en su fluidez en algunos trastornos del sistema nervioso central, como en la esclerosis múltiple.

Temperatura corporal.

Ningún examen físico es completo si no se mide y registra la temperatura corporal. La fiebre es el aumento de la temperatura corporal por arriba de la normal. La temperatura normal para casi todas las personas es, en promedio, 37.0°C. Debe reconocerse que existen algunas variaciones si se toma como base 37.0°C, pero está todavía en límites normales. Algunas personas tiene una temperatura normal a 36.6°C y otras a 37.3°C. Los niños que juegan activamente durante los meses de verano a menudo tienen temperaturas de 37.7°C y a veces mayores, pero disminuyen con bastante rapidez cuando descansan. Aún más, debe reconocerse que existe una variación diurna normal de una o dos décimas de grado en la temperatura corporal, durante el día. Casi todas las personas alcanzan su punto térmico más bajo en la mañana. La temperatura corporal aumenta durante el día a 37.3 ó 37.5°C y después disminuye por la noche.

Palpación.

La palpación es una parte vital de la exploración física. Muchas estructuras corporales, que no son visibles, pueden ser exploradas con la mano o "sentidas" por palpación. Entre ellas están vasos sanguíneos, ganglios linfáticos, tiroides, órganos del abdomen, pelvis y recto.

Los sonidos generados en el interior del organismo, si están dentro de límites específicos de frecuencia, también pueden ser "palpados". En esta forma, pueden detectarse algunos soplos generados del corazón o dentro de los vasos (thrills).

El thrill o temblor catario crea en la mano una sensación muy semejante al ronroneo de un gato. Los sonidos vocales se transmiten por lo bronquios a la periferia del pulmón; pueden ser percibidos por un tacto y sufrirán alteraciones en algunos trastornos intrapulmonares. El fenómeno se llama frémito táctil y es útil en el diagnóstico de enfermedades del tórax.

Percusión.

La técnica de percusión transforma la aplicación de una fuerza física en sonido. Es el arte más difícil de perfeccionar pero puede suministrar información valiosa sobre padecimientos del tórax y del abdomen. El objetivo es hacer que la pared torácica o del abdomen vibre, percutiéndola con un objeto firme. El sonido producido refleja la estructura del contenido torácico o abdominal subyacente.

El método (para personas diestras, se invertirán las manos si el examinador es zurdo), se hace de este modo: se coloca la falange distal del dedo medio izquierdo firmemente contra la pared del tórax. Los demás dedos de esa mano deben estar retirados de la pared torácica, pues cualquier presión que ejercieran tendería a amortiguador el sonido producido. La mano derecha se vuelve el objeto percusor. El dedo medio de la mano derecha se emplea para percutir la falange terminal de la mano izquierda, exactamente por debajo del lecho ungueal. Si se hace en una forma vigorosa, se producirá un sonido breve y resonante. El movimiento de la mano derecha debe depender básicamente de la muñeca. Todo el antebrazo debe permanecer prácticamente inmóvil. La claridad del sonido producido depende de la brevedad de la acción percusora, y la intensidad es función de la fuerza utilizada.

La vibración de la pared torácica o abdominal producida por percusión, refleja las características del contenido torácico o abdominal, hasta un plano de 4 a 6 cm de profundidad. La definición de estructuras más profundas debe hacerse por otros métodos. El examinador debe conocer a fondo todos los ruidos normales producidos por percusión de la pared torácica. El ruido es influido sin duda por el grosor de la pared y la naturaleza de las estructuras subyacentes. Las diversidades y límites del ruido producido en personas normales reciben el nombre de resonancia normal.

Las personas con enfisema y tejido pulmonar insuflado excesivamente producen un ruido de menor frecuencia y mayor duración que la resonancia normal; ésta se denomina hiperresonancia. El aire atrapado en una estructura cerrada a tensión, como el neumotórax a tensión o la obstrucción intestinal, producirá un sonido timpánico de elevada frecuencia que ha sido llamado o aumento de la densidad timpanismo. La consolidación o aumento de la densidad del tejido pulmonar que normalmente contiene aire produce un ruido más breve de tono elevado que se conoce con el nombre de macidez. La presencia de una gran masa no resonante, como líquido en el tórax y el abdomen, estorbará o impedirá casi por completo el movimiento de la pared torácica o abdominal, y el ruido producido será mate (matidez).

La percusión da al examinador la capacidad de valorar la anatomía normal; por ejemplo, el grado con el cual el diafragma desciende durante la inspiración y la espiración. En circunstancias normales, el ruido correspondiente al tejido pulmonar es resonante, y el que corresponde al diafragma es mate. Puede uno percudir el borde del corazón. También puede precisarse el nivel del derrame pleural o el sitio de consolidación neumonítica o la atelectasia de un lóbulo del pulmón. En la exploración o examen del tórax y del abdomen se comentarán las aplicaciones de esta técnica.

Auscultación.

El sonido o ruido dentro del cuerpo se produce por el paso de aire a través de estructuras huecas o por las fuerzas desencadenadas por el movimiento las estructuras sólidas. Algunos ejemplos de fenómenos acústicos de importancia clínica incluyen el paso de aire por la tráquea y los bronquios (ruidos respiratorios), el paso de aire por las cuerdas vocales funcionales (voz), el paso de aire por los intestinos (ruidos intestinales), el paso de sangre por estructuras vasculares que ofrecen resistencia crítica al flujo (soplos), y la impedancia a la sangre circulante que ofrecen las válvulas cerradas y la pared cardiaca (ruidos cardiacos). Los ruidos fisiológicos pueden ser normales (primero y segundo ruidos cardiacos) o patológicos (los soplos en diástole producidos en el corazón, o estertores en pulmón).

Algunos ruidos normales pueden ser distorcionados por las alteraciones de estructuras por las cuales debe cursar el sonido (por ejemplo, los cambios en el carácter de los ruidos respiratorios o del murmullo vesicular) a su paso por el pulmón que ha sufrido consolidación, como en el caso de la neumonía lobar.

El ruido producido dentro del cuerpo, si tiene amplitud suficiente, pondrá en vibración todas las estructuras que estén entre su punto de origen y la superficie corporal. La vibración sonora que emana de la superficie corporal puede ser captada directamente por el oído del examinador o, en forma más adecuada, por el estetoscopio, un instrumento creado como una extensión del oído humano.

El estetoscopio no tiene la necesidad de amplificar los sonidos, pero los canaliza, y con ello permite que el ruido fisiológico pueda ser captado mejor para su valoración crítica. El aditamento de captación puede tener la forma de campana o de diafragma (oliva). Muchos estetoscopios tienen las dos piezas integradas en una sola, y cambiar una u otra se hace de una manera sencilla al girar un botón.

La pieza en campana se adapta mejor para la transmisión de sonidos de muy baja frecuencia, y la pieza en diafragma (oliva) esta hecha adecuadamente para la recepción de sonidos de elevada frecuencia. Los audífonos del estetoscopio deben adaptarse lo mejor posible al conducto auditivo externo, y los tubos de caucho o plástico no deben exceder de 20 cm de longitud. El tubo doble transmite el sonido en mejor forma que el tubo sencillo.

El sonido o ruido generado en el cuerpo tiene las características de los sonidos producidos en otras formas, esto es, sus características son intensidad, frecuencia y timbre. La intensidad de los ruidos fisiológicos es baja. Rara vez pueden auscultarse los ruidos fisiológicos es baja. Rara vez pueden auscultarse los ruidos del cuerpo, excepto la voz, sin la aplicación directa del oído o del estetoscopio a la superficie corporal. Respecto a la frecuencia o tono, puede decirse que el sonido fisiológico es en realidad "ruido" en el sentido que casi todos los sonidos consisten en diversidad de frecuencia única que relacionamos con la música o el diapasón. El tipo de frecuencia puede ser baja, lo cual da origen a un ruido "rodante" o de retumbo, o comparativamente elevada, produciendo un sonido soplante o áspero.

La tercera característica del sonido es el timbre, lo cual guarda relación con los "armónicos", y entre el sonido producido por un piano y el otro producido por un violín. Sin embargo, en cuanto al ruido fisiológico tiene poca importancia.¹³

¹³ *ibidem*, Brunner ; "Valoración Física", p.p. 50-53.

1.3.1.5.- DIAGNOSTICO DE ENFERMERIA.

Durante la valoración usted, verifica y organiza los datos, comienza a identificar patrones, comprueba sus primeras impresiones, y llena los vacíos de información. Por último, informa de los datos anormales y registra los datos básicos. Durante este paso, el diagnóstico analiza de nuevo y sintetiza (reúne) la información y llega a algunas conclusiones específicas, identifica áreas de funcionamiento positivo, áreas con riesgo de que se desarrollen problemas, y áreas donde ya existen problemas.

“Concepto: Es un enunciado del problema real o en potencia del paciente que requiere de la intervención de enfermería con el objeto de resolverlo o disminuirlo”.¹⁴

El diagnóstico se considera un paso fundamental por dos razones:

- 1.- Los problemas identificados durante esta fase son la base de cuidados. Si los problemas son diagnosticados correctamente y nombrados con claridad, los pasos posteriores, planificación, ejecución y evaluación, se centrarán en los problemas más importantes. Si se omiten problemas, éstos resultan poco claros, o se malinterpretan, las fases posteriores se pueden enfocar de manera errónea y resultar unos cuidados inefectivos e incluso peligrosos.
- 2.- Las capacidades identificadas son inestimables para determinar actuaciones de enfermería efectivas. Si omite las capacidades puede pasar por alto uno de sus recursos más importantes: el cliente y su familia y red de soporte.

¹⁴ *ibidem*, Atkinson; “Valoración, Diagnóstico de Enfermería”, p.p.21.

Comparación entre los diagnósticos de enfermería y los problemas interdependientes /diagnósticos médicos.

- ⇒ a) Diagnósticos de enfermería.
 - ⇒ b) Problemas interdependientes/diagnósticos médicos.
-
- ⇐ a) Se centran en la identificación y tratamiento de respuestas no saludables, reales o potenciales, a las enfermedades o cambios vitales.
 - ⇐ b) Se centran en la identificación de problemas con la estructura o funcionamiento de los órganos o sistemas.
 - ⇐ a) Los signos y síntomas relacionados responden a intervenciones prescritas por las enfermeras.
 - ⇐ b) Los signos y síntomas relacionados no responden sólo a intervenciones prescritas por las enfermeras.
 - ⇐ a) El diagnóstico definitivo se valida mediante una valoración de enfermería independiente.
 - ⇐ b) El diagnóstico definitivo se valida mediante estudios diagnósticos médicos.
 - ⇐ a) Las enfermeras son responsables de a) la detección y tratamiento temprano de los problemas, y b) el inicio de un plan de tratamiento independiente para prevenir, corregir o manejar el problema.
 - ⇐ b) Las enfermeras son responsables de: a) detectar tempranamente los signos y síntomas que pueden indicar la necesidad de tratamiento médico, b) notificar al médico los signos y síntomas, c) iniciar las acciones dentro del dominio de enfermería para prevenir, corregir o tratar el problema, y d) colaborar con el médico para iniciar un plan de tratamiento global con el fin de prevenir, corregir o tratar el problema.
 - ⇐ a) Identifica problemas de salud desde la perspectiva del paciente.
 - ⇐ b) Identifica los problemas de salud desde la perspectiva de la ciencia médica.

Principales conceptos:

Diagnóstico médico. Un problema con la estructura o función de un órgano o sistema que requiere diagnóstico definitivo y tratamiento por un médico cualificado y puede requerir o no intervenciones prescritas por la enfermera.

Factor de riesgo (denominado Factor relacionado). Algo que se sabe que contribuye a (o está asociado con) un problema específico. Por ejemplo, historia

de caídas, y la pérdida de visión son factores de riesgo (factores relacionados) de lesiones.

Diagnóstico de alto riesgo (DAR). Un problema de salud para el que determinada persona es más vulnerable que los demás en la misma situación, tal como evidencian los factores de riesgo en los datos de la valoración.

Diagnóstico de salud. Juicio clínico sobre un individuo, familia o comunidad en transición de un grado específico de bienestar (o salud) a un grado superior (NANDA, 1990). **Discusión.** Muchas enfermeras que trabajan en la comunidad encuentran útil estos diagnósticos. En los entornos de cuidados más agudos, para aumentar la eficiencia, el plan de cuidados aborda sólo los diagnósticos reales y de alto riesgo, que se consideran como las preocupaciones inmediatas más importantes.

Razonamiento diagnóstico.

Ya conoce los términos clave relacionados con el diagnóstico. A continuación vamos a considerar el razonamiento diagnóstico, o cómo aplicar sus habilidades de pensamiento crítico para formular un diagnóstico -hábitos que le serán útiles para evitar los errores más comunes, aumentar su habilidad en la identificación de problemas y lograr lo mejor para el paciente.

Principios y reglas fundamentales del razonamiento diagnóstico.

. La identificación de problemas comienza cuando se pide al paciente (y personas significativas) que identifiquen los problemas principales. **Razonamiento.** Con frecuencia el paciente y las personas allegadas son las más capacitados para identificar los problemas.

. Sea consciente de sus cualificaciones y limitaciones. **Razonamiento.** Las personas tienen el derecho a ser asistidas por un profesional de la salud cualificado. Aunque usted puede pensar que tiene conocimientos para realizar la valoración y diagnóstico de los problemas, debe determinar (por la salud del paciente y por su propia protección legal) si tiene la autoridad para ello.

. Si usted duda de su cualificación (de si tiene el conocimiento y la autoridad para realizar una valoración o formular un diagnóstico), consulte a la persona o la

bibliografía apropiada (el profesor, una enfermera más cualificada, el manual de política de centro...). Razonamiento. La responsabilidad de la persona que diagnostica incluye consultar con profesionales más cualificados y la bibliografía apropiada para asegurara un diagnóstico seguro y correcto.

. El que alguien tenga más experiencia no significa que siempre tenga la razón. Cuando tome decisiones importantes, sea un pensador independiente, pregunte las razones, haga un doble control con los recursos fiables (bibliografía, otros profesionales cualificados). Razonamiento. Nadie es inmune al error; la enfermera más experimentada puede malinterpretar su pregunta, o estar preocupada con otras cuestiones, etc...

. Si no está familiarizada con los signos y síntomas de los diagnósticos de enfermería y problemas interdependientes, busque la supervisión de una enfermera más cualificada (profesora, preceptora, enfermera primaria) para reconocer los diagnósticos o comprobar si su diagnóstico es correcto. Razonamiento. Con frecuencia, en el área clínica, no tendrá tiempo de buscar la información que desconoce y necesitará la ayuda de una enfermera más cualificada. Disponer de una enfermera clínica experta con quien poder consultar constituye también una forma de aprender.

. Hasta que esté familiarizada con los signos y síntomas de los diagnósticos de enfermería y de las complicaciones potenciales, tenga siempre a mano una referencia que describa estos problemas. Razonamiento. No podrá identificar los problemas de salud si no sabe cómo son. Estas referencias le serán de utilidad para reconocer los problemas, comparando los datos del paciente con las descripciones de los problemas citados en la bibliografía. También le serán más fácil recordar cómo son los diagnósticos porque estará aplicando lo que lee, en vez de simplemente memorizar las palabras.

. Mantenga una mentalidad abierta. No se deje influir por las experiencias pasadas o por la información obtenida en las anotaciones de otros profesionales. Razonamiento. Esto evita que contemple los problemas desde una perspectiva limitada.

. El diagnóstico es incompleto si no incluye tanto el problema como la causa que lo provoca. Razonamiento. Identificar el problema y su causa añade claridad a la formulación diagnóstica: si desconoce la causa de un problema es más difícil

hallar la forma de tratarlo. Por ejemplo, **compare** los dos diagnósticos de enfermería siguientes. Fíjese en que la formulación a) le trasmite mucha más información que la b).

a) Temor relacionado con las malas experiencias previas con la anestesia general.

b) Temor.

. Cuando haga un diagnóstico, presente evidencias que lo apoyen; haga una lista de las claves que le llevan a dicho diagnóstico. **Razonamiento.** Las claves (signos, síntomas, factores de riesgo) son las piezas clave del rompecabezas: si no las tiene no puede completar el rompecabezas y ponerle nombre al problema.

. La intuición le puede ser muy útil para identificar los problemas. **Razonamiento.** La intuición puede ser valiosa para una rápida identificación de los problemas. Saber cómo actuar con seguridad ante las percepciones intuitivas le ayuda a actuar correctamente.

. Antes de formular un diagnóstico final, piense en otros problemas que las claves pudieran indicar. Por ejemplo, si alguien le dice que tiene dolor en el hombro izquierdo por una antigua lesión, considere si ese dolor podría ser signo de un problema cardíaco que requiere atención inmediata. **Razonamiento.** Valorar los distintos problemas que los datos podrían indicar es útil para prevenir los errores diagnósticos.

. Si usted pasa por alto un problema, lo denomina de forma incorrecta o identifica un problema que no existe, comentará un error diagnóstico que puede dar lugar a un tratamiento inadecuado. **Razonamiento.** Un error en el diagnóstico puede llevar a error en el tratamiento.

Diez pasos para diagnosticar los problemas de salud.

Paso 1. Asegurarse de haber completado las cinco fases de la valoración, empleando un método apropiado para agrupar los datos (use un modelo de enfermería para identificar los diagnósticos de enfermería y los sistemas corporales para identificar los problemas interdependientes). **Razonamiento.** Estas fases están diseñadas para obtener un diagnóstico rápido y correcto. La forma en que agrupe los datos influirá en su habilidad para identificar los problemas.

Paso 2. Determine el funcionamiento normal, **alterado** o con riesgo de alterarse. **Razonamiento.** De esta manera tendrá una **idea** más clara del problema. Las áreas con un funcionamiento alterado o con **riesgo** de alterarse necesitarán ser analizadas de nuevo para emitir un diagnóstico **definitivo**.

Paso 3. Estudie los grupos de claves que le llevan a identificar áreas de funcionamiento alterado y las de riesgo de **alterarse**, y haga una lista de los problemas reales o potenciales que le sugieran. **Razonamiento.** Confeccionar una lista de problemas le ayuda a ser sistemática en su valoración y a prevenir errores diagnósticos.

Paso 4. Considere cada problema de su lista y busque claves adicionales (signos y síntomas) que con frecuencia están asociados con los problemas. Por ejemplo, ante un dolor localizado e inflamación, usted puede sospechar una infección y debe buscar evidencias de otros signos de infección (fiebre, enrojecimiento, calor, drenaje). **Razonamiento.** El diagnóstico se basa en la evidencia; cuantas más evidencias (claves) tenga, más probable es que esté en el cierto.

Paso 5. Nombre el problema con la etiqueta que mejor se adapte a las claves que presente el paciente. Por ejemplo, si duda entre la ansiedad o temor compare las claves con las características definitorias de ansiedad y temor. Si las claves son más similares a las de la ansiedad, nombre al problema ansiedad. Si las claves son más similares a las del temor, denomínelo temor. **Razonamiento.** El diagnóstico se fundamenta en reconocer cuándo las claves del paciente son consistentes con las características, o signos y síntomas, de un diagnóstico específico. Un diagnóstico específico le permitirá establecer intervenciones específicas.

Paso 6. Haga un control de seguridad de cada uno de los problemas que identifique, estudie la evidencia una vez más y confirme que su diagnóstico final es correcto. Busque fallos en su razonamiento. Por ejemplo, usted puede no tener en cuenta una infección porque no hay fiebre, pero cuando comprueba todos los datos descubre que la persona está tomando paracetamol, que reduce la temperatura. **Razonamiento.** Buscar fallos en el razonamiento es un principio del pensamiento crítico que ayuda a evitar errores diagnósticos.

Paso 7. No se dé por satisfecha únicamente nombrado el problema; también debe identificar su causa. Razonamiento. Etiquetar el problema y su causa le permite establecer las prioridades y determinar las intervenciones más apropiadas.

Paso 8. Si los datos del paciente demuestran la existencia de factores de riesgo para un problema, pero no hay evidencia del mismo, identifíquelo como un problema potencial o de alto riesgo (p.ej., alto riesgo de deterioro de la integridad cutánea relacionado con obesidad y reposo en cama). Razonamiento. Identificar los factores de riesgo y formular los problemas potenciales es útil para desarrollar un plan de prevención de los problemas.

Paso 9. Explique los problemas al cliente. Razonamiento. El cliente tiene derecho a estar informado de los diagnósticos y debe tener en cuenta su opinión para determinar los objetivos.

Paso 10. Pregúntele al cliente si hay más que debería incluirse como problema y añádale a la lista. Razonamiento. Cualquier cosa que el cliente perciba como un problema, es un problema.

Reglas para escribir las formulaciones diagnósticas.

1. Para los diagnósticos de enfermería reales, emplee una formulación en tres partes mediante el formato PRS (incluya el problema, factores relacionados y signos y síntomas). Utilice las palabras "relacionado con" para unir el problema con los factores relacionados. Añada "evidenciado por" para expresar la evidencia que apoya el diagnóstico.

Ejemplo:

Deterioro de la comunicación verbal relacionado con una barrera idiomática manifestado por incapacidad para hablar o comprender el castellano (habla inglés).

2. Para los diagnósticos de enfermería de alto riesgo, emplee una formulación en dos partes. Utilice el "relacionado con" para unir el problema potencial con los factores de riesgo presentes. Si la política del centro lo permite, use las abreviaturas ARD (alto riesgo de).

Ejemplo:

Alto riesgo de deterioro de la integridad cutánea relacionado con obesidad, diaforesis excesiva, y reposo en cama.

3.- Para los diagnósticos posibles anote el posible problema y la causa que se sospecha, si se conoce alguna.

Ejemplo:

Posible alteración de los patrones de la sexualidad relacionado con posible temor a transmitir el virus del herpes.

4.- Para los diagnósticos de salud, haga una formulación en una sola parte. Escriba "potencial de mejora de" antes de describir el área que va a mejorarse.

Ejemplo:

Potencial de mejora del rol parental.

5.- Para los síndromes diagnósticos, emplee una formulación en sola parte (los factores relacionados son abordados en al etiqueta diagnóstica) (Carpenito, 1991b).

Ejemplo:

Síndrome traumático de la violación.

Asegúrese de que las formulaciones diagnósticas dirigen las intervenciones de enfermería. Las formulaciones de los diagnósticos de enfermería deberían escribirse de tal modo que dirigieran las actuaciones de enfermería independientes. Cuando usted estudia la formulación, ésta debería responder a la pregunta: "¿Qué puedo hacer yo ante este problema?". Por ejemplo, considere la parte escrita en negritas de las siguientes formulaciones y fíjese en cómo la primera de las dos dirige la actuación independiente.

Correcto. Alto riesgo de limpieza ineficaz de las vías aéreas relacionado con **secreciones copiosas y espesas y dificultad para adoptar una postura adecuada para toser.**

Incorrecto. Alto riesgo de limpieza ineficaz de las vías aéreas relacionado con neumonía.

Puntos clave.

- . Para asegurar la exactitud del diagnóstico es esencial que la valoración sea exacta y completa.
- . Diagnósticas implica analizar y sintetizar los datos de la valoración para identificar áreas del funcionamiento positivo (recursos) así como áreas con problemas reales o potenciales.
- . El diagnóstico es el eje del proceso de enfermería; si todos los problemas están definidos de forma clara y concisa, el plan de cuidados se centrará en los conflictos más importantes. El papel de la enfermera como diagnosticadora empieza a evolucionar; las leyes y estándares actuales permiten un aumento de las responsabilidades de enfermería respecto a los diagnósticos.
- . Es importante recordar las implicaciones legales del uso del término diagnóstico, significa que hay un problema o situación que requiere el tratamiento cualificado apropiado.
- . Los profesionales de enfermería son los únicos responsables de iniciar un plan de tratamiento para los diagnósticos de enfermería.
- . Los profesionales de enfermería comparten la responsabilidad de iniciar un plan de tratamiento para los problemas interdependientes junto con el médico.
- . La identificación del estilo de vida habitual y de los patrones de afrontamiento es un aspecto importante de la identificación de los diagnósticos de enfermería.
- . La lista de diagnósticos de enfermería de la NANDA es una lista de diagnósticos aceptados para su validación en la práctica asistencial, no una lista de "diagnósticos aceptados".
- . La mayoría de etiquetas diagnósticas de la lista de la NANDA constan de tres componentes: título y definición, características definitorias y factores relacionados. (Los diagnósticos de alto riesgo sólo tiene título, definición y factores relacionados).
- . Reconocer los diagnósticos de enfermería implica comparar los datos del paciente con las características definitorias y factores relacionados del diagnóstico que se sospecha.

- . En los diagnósticos reales los datos del paciente contienen evidencias de las características definitorias del diagnóstico que se sospecha. En los diagnósticos de alto riesgo los datos del paciente contienen evidencia de los factores de riesgo (factores relacionados), pero no evidencia de las características definitorias.
- . Si usted sospecha un problema, pero el paciente no demuestra las características definitorias o los factores relacionados esperados, formule como diagnóstico posible y reúna más información para clarificar el problema.
- . Puesto que es importante ser claro y específico al escribir una formulación diagnóstica, existen unas formas aceptadas sobre cómo deberían escribirse.
- . La formulación diagnóstica para un diagnóstico de enfermería debería escribirse de tal forma que el problema o su causa pueden tratarse principalmente mediante intervenciones prescritas por las enfermeras.¹⁵

Diagnósticos de enfermería aprobados por la NANDA:

Taxonomía I-revisada.

Los diagnósticos de enfermería formulados aprobados y revisados por la NANDA (North American Nursing Diagnosis Association, Asociación Norteamericana de Diagnósticos de Enfermería) se organizan en la clasificación conocida como Taxonomía I-revisada. Dicha clasificación, a diferencia de otras también en uso, no se basa en modelos de diagnósticos médicos o funcionales, sino que, desde un planteamiento más holístico, agrupa los diagnósticos en diferentes modelos o patrones de respuesta humana.

Patrones de respuesta humana.

Para su clasificación, la NANDA considera nueve modelos de respuesta humana:

- . Intercambio: patrón de respuesta humana que comprende envío y recepción de mensajes.
- . Relación: patrón de respuesta humana que comprende el establecimiento de vínculos interpersonales.
- . Valoración: patrón de respuesta humana que abarca la asignación de valores.

¹⁵ Alfaro-Lefevre, Rosalinda; "Aplicación del Proceso de Enfermería Guía Práctica"- "De la valoración al diagnóstico", Tr. María Terese Luis Rodrigo. 3ª. edición, Edit. Mosby/Doyma, Madrid, 1996.p.p 83 - 123.

- . Elección: patrón de respuesta humana que comprende la selección de alternativas.
- . Movimiento: patrón de respuesta humana que comprende las actividades.
- . Percepción: patrón de respuesta humana que comprende la recepción de informaciones.
- . Conocimiento: patrón de respuesta humana que comprende el significado asociado a la información.
- . Sentimiento: patrón de respuesta humana que comprende la conciencia subjetiva de la información.¹⁶

¹⁶ Enciclopedia de Enfermería,; Fundamentos-Técnicas; "Diagnóstico de Enfermería"; Volumen 1., Editorial Oceano/Centrum; España, 1997, p.p. 12.

1.3.2. PLANEACION.

“La planificación de los cuidados es el punto en que desembocan las etapas precedentes del proceso. Es una etapa esencialmente orientada hacia la acción. Después de haber elaborado su diagnóstico de cuidados, la enfermera elabora de alguna manera, una prescripción que puede tener efectos positivos sobre el estado físico y mental del cliente y que puede reducir los efectos del problema de dependencia.

Planificar cuidados significa establecer un plan de acción, programar sus etapas, los medios que se van a utilizar, las actividades que hay que realizar y las precauciones que se deben tomar. En realidad, se trata de organizar las intervenciones de acuerdo con una estrategia definida de antemano.”¹⁷

Después de recolectar los datos del paciente, organizarlos y elaborar algunos diagnósticos de enfermería, se puede iniciar la fase de planeación. Este es el momento de elaborar un plan de atención y determinar qué enfoque se utilizará para ayudar a solucionar, disminuir o reducir el efecto de los problemas del paciente. Existen tres pasos en la fase de planeación: establecer prioridades, identificar objetivos y planear las acciones de enfermería.

Planeación= Establecer prioridades + identificar objetivos + planear las acciones de enfermería.

Establecimiento de las prioridades.

Es el paso en el cual la enfermera y el paciente determinan el orden en que los problemas de éste deben resolverse. ¿Qué diagnóstico de enfermería representa la mayor amenaza para el bienestar del paciente?. El diagnóstico de enfermería que tenga mayor prioridad debe señalarse como problema número uno y tratarse como tal. Los problemas subsecuentes se enumeran dos, tres, cuatro, etc. El establecimiento de prioridades sirve para ordenar la distribución en

¹⁷ *ibidem*, Phaneuf, Margot, “La planificación de cuidados: tercera etapa del Proceso de cuidados”; p.p. 100.

la atención de enfermería, de tal manera que los problemas más importantes se consideren antes que los menores. El establecer prioridades no significa que un problema debe resolverse completamente antes de poder considerar otro. Los problemas suelen tratarse de manera simultánea. ¿Cómo decide la enfermera a qué problema se le debe dar la prioridad mayor?. Estas guías ayudarán a elegir el diagnóstico de enfermería que debe colocarse en primer lugar.

1.- La jerarquía de las necesidades básicas de Maslow puede orientar hacia la solución de la necesidad principal. Las necesidades menores pueden ser mayores en algunos pacientes de acuerdo al enfoque que tenga él mismo.

Las necesidades básicas de supervivencia, por lo general, adquieren importancia sobre las necesidades de nivel más alto, si no están satisfechas. Este es el caso del paciente con una angustia física obvia originada por una necesidad no satisfecha. Si las necesidades de supervivencia se conocen en forma parcial y la angustia física actual es mínima, una necesidad de nivel mayor puede tener prioridad, o al menos, tener la misma importancia que una necesidad de nivel inferior. Así, por ejemplo, una víctima de un accidente automovilístico puede tener una angustia importante con múltiples necesidades físicas no conocidas, sin embargo, la necesidad prioritaria puede ser averiguar el paradero y los tipos de lesiones de otros miembros de la familia que viajaban en el automóvil cuando se accidentaron. Esta necesidad de mayor nivel no satisfecha puede tener efecto negativo en la satisfacción de las necesidades físicas de este paciente, si no se le brinda la adecuada atención.

2.- Satisfacer las necesidades que el paciente siente más importantes, siempre y cuando no interfiera con el tratamiento médico., La necesidad del paciente de un descanso tranquilo no puede tener mayor importancia que un tratamiento médico que requiere de la vigilancia de la tensión arterial y del pulso cada hora después de un accidente automovilístico. Si no existen contraindicaciones, se le ofrece al paciente la oportunidad de establecer sus propias prioridades. Esto sirve para dos propósitos. Primero, este acercamiento involucra a los pacientes en la planeación de sus propios cuidados. Tal vez la enfermera pase por alto que el problema mayor significa tiempo y energía al paciente. A menos que se considere primero

este problema, se podría lograr sólo un éxito limitado en otras áreas, porque el paciente se preocupa aún por el problema que no se ha tratado. Segundo, la cooperación entre la enfermera y el paciente mejora cuando ambos establecen las prioridades.

3.- Considerar el efecto latente como problemas futuros al establecer prioridades.

Identificando Objetivos.

Objetivo de enfermería.

Es el resultado que se espera de la atención de enfermería, lo que se desea lograr con el paciente y lo que se proyecta para remediar o disminuir el problema que se identificó en el diagnóstico de enfermería.

Necesidad de enunciar un objetivo.

Enunciar un objetivo es necesario en primer lugar, para permitir conocer específicamente lo que desea lograrse. Sin un enunciado claro y conciso de objetivos, la enfermera no sabe si el objetivo deseado se alcanzó. Un enunciado claro de objetivos identifica el resultado de las acciones de enfermería y pone un tiempo límite. Un enunciado de objetivos de enfermería debe definirse de manera tan clara como se define la zona de goles en el fútbol de los E.U.A. Cualquier enfermera que observa al paciente después de leer los objetivos de enfermería, podrá determinar si alcanzó o no el objetivo.

Algunos objetivos en la atención de enfermería son similares a los conocidos durante el estudio de cualquier curso. Un objetivo de enfermería puede de hecho ser un objetivo aprendido, si el diagnóstico de enfermería se relaciona a una falta de conocimiento del paciente o a su capacidad.

El objetivo, como algo que se aprende en educación, se escribe para inscribirse y mejorar el desempeño que la enfermera desea que ocurra, una vez que oriente al paciente. No todos los objetivos son objeto de aprendizaje, sólo los que se relacionan para mejorar el entendimiento de un paciente, con conocimientos de base o capacidad en una área, se podrían calificar como objetivos de aprendizaje. Existen dos categorías generales de objetivos: a corto y a largo plazo. Los objetivos a corto plazo son los resultados que pueden lograrse de modo favorable y rápido, en cuestión de horas o días. Estos son adecuados especialmente, para

establecer la atención inmediata en situaciones de urgencia, cuando los pacientes son inestables y los resultados a largo plazo son inciertos. Por ejemplo:

Objetivos a corto plazo:

- 1.- Paciente que expresa en forma verbal disminución de dolor dentro de los 45 minutos posteriores a la administración de analgésicos.
- 2.- Se establecen los ruidos intestinales y canalización de gases, a las 24 horas del periodo posoperatorio.
- 3.- Frecuencia respiratoria dentro de lo normal, en 2 horas.
- 4.- Ingreso de 2.000 cm³ de líquidos en las primeras 24 horas.
- 5.- La frecuencia cardíaca fetal se mantiene en límites normales durante el trabajo del parto y del alumbramiento.

Pueden escribirse una serie de objetivos a corto plazo para conducir en forma progresiva al paciente hacia un objetivo a largo plazo. Un objetivo a largo plazo, para 45 kg en un año, puede alcanzarse con la secuencia siguiente de objetivos a corto plazo:

Objetivos progresivos a corto plazo:

1. "Pesaré 95 kg para el 7 de febrero".
2. "Pesaré 93 kg para el 14 de febrero".
3. "Pesaré 92 kg para el 21 de febrero".

Una serie de objetivos a corto plazo que una persona puede en realidad lograr en un período determinado, será más gratificante que esforzarse hacia un objetivo a largo plazo. El reforzamiento que una persona recibe al alcanzar objetivos a corto plazo puede mantener al individuo motivado para alcanzar los de largo plazo.

Objetivos a largo plazo.

Son los resultados que requieren de un tiempo largo. Existen dos tipos. El primer tipo abarca un periodo prolongado y requiere de acciones continuas de enfermería que median directamente entre el objetivo y su logro. Por ejemplo, un paciente propenso a las afecciones de la piel bajo los efectos del prolongado

reposo en cama requiere de acciones continuas de enfermería, durante todas su estancia en el hospital para prevenir daños en la piel. El objetivo a largo plazo se establece: "Prevenir los transtornos de la piel mientras permanezaca encamado". Las acciones de enfermería de voltear y cambiar de posición al paicnete mediante el uso de un colchón de aire a presión alterna y masaje al enfermo, tienen relación directa con el logro de los objetivos a largo plazo. El segundo tipo se obtiene mejor a través de una secuencia de objetivos a corto plazo. Cada objeivo progresivo a corto plazo requiere de una serie de acciones de enfermería para su logro. Este segundo tipo no requiere de la acción directa de enfermería, dado que las acciones de enfermería acompañan a los objetivos a corto plazo.

Normas generales para la descripción de objetivos.

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

2.- Describir los objetivos en forma de resultados o logros a alcanzar y no como acciones de enfermería.

3.- Elaborar objetivos cortos.

4.- Hacer específicos los objetivos.

5.- Cada objetivo se deriva de sólo un diagnóstico de enfermería.

6.- Señalar un tiempo específico para realizar cada objetivo. Anotar el día que se estructuró el objetivo y la fecha para su evaluación.

Si el objetivo es para alcanzarse en cuestión de horas, puede anotarse tiempo en lugar de fechas.

Formula para describir un objetivo.

Sujeto+ Verbo+ Criterio de realización+ Condiciones (si son neccsarias)= Enunciado del objetivo.

Sujeto= el paciente o cualquier parte del mismo; un nombre. Puede omitirse cuando se describe un objetivo en un plan de atención. Se supone, a menos que se indique de otra manera.

Verbo= la acción que el sujeto (paciente) realizará.

Criterio de realización aceptable= el grado con el cual el paciente realizará cierta conducta. Manera, distancia, tiempo y claridad.

El criterio de ejecución aceptable debe tener un tiempo o fecha señalados para lograr la conducta.

Condición= las circunstancias bajo las cuales se ejecutará la conducta. No todos los objetivos tienen una condición. Si la condición es importante, ponerla en el enunciado del objetivo; si no lo es, eliminarla.

Planeación de las acciones de enfermería.

Acciones de enfermería.

Son aquellas cosas que la enfermera planea hacer para ayudar al paciente a lograr un objetivo.

Las órdenes de enfermería son una forma de identificar acciones de enfermería, para el tratamiento y atención específicos, en los cuales el personal tiene autoridad para iniciar en un paciente en particular. La atención y el tratamiento están diseñados para ayudar al paciente a alcanzar uno o más objetivos y de este modo, disminuir o solucionar una necesidad o un problema diagnosticado en el paciente. Estas acciones se registran en la forma del plan de atención del paciente, y se indican de manera precisa la frecuencia del tratamiento y la fecha (hora). Así se espera que el resto del personal de enfermería, lleve a cabo estas órdenes con el mismo cuidado con el cual realiza una orden médica. El respeto para el juicio profesional de un colega va implícito en la ejecución del plan de atención del paciente para quien se elaboró. El personal de enfermería es responsable de la ejecución y documentación de las órdenes de enfermería.

Los siguientes son algunos lineamientos para la revisión de la selección de acciones de enfermería:

1.- Las acciones de enfermería deben ser seguras para el paciente. La aplicación de calor a la piel, estimula la circulación, pero el calor excesivo quema. Las acciones que utilizan calor deben asegurarse para no quemar al paciente.

2 - Las acciones deben ser congruentes con otros tratamientos. Por ejemplo, las acciones deben seleccionarse dentro del límite de seguridad que el médico indique. Si la indicación es "Aspirina (ASA), 2 tabletas cada 4 horas por razones necesarias (p.r.n.)", las acciones de enfermería no pueden planear la administración del medicamento cada 2 horas. Si el fisioterapeuta instruye al paciente en el uso de la andadera, la enfermera deberá de utilizar ésta también para la ambulación del paciente.

3.- Las acciones de enfermería deben basarse en la integración de los principios y conocimientos adquiridos en una educación y experiencia previas en enfermería así como en las ciencias médicas y de la conducta.

Los primeros cursos en muchos programas de enfermería introducen al alumno en el estudio de los principios básicos de la práctica de enfermería. Estos cursos fundamentales dan al estudiante el porqué de los pasos a seguir en diversas habilidades y procedimientos, además de enseñarle los aspectos motores del procedimiento. Para adaptar la atención de enfermería a las nuevas situaciones, al equipo moderno y la tecnología en evolución, la enfermera debe racionalizar la elección de las acciones. Los principios y las teorías de las disciplinas que se relacionan con la enfermería como son. anatomía, fisiología, psicología y sociología se combinan en el conocimiento y la experiencia de enfermería para formar una base integrada de conocimientos que guíen a la enfermera en la planeación de la atención del paciente. Si bien el proceso de atención de enfermería incluye la comprensión de la razón fundamental de las acciones, no es necesario incluir este razonamiento por escrito en el plan. Sin embargo, el proceso de atención de enfermería estará incompleto y será potencialmente inseguro, a menos que la enfermera base su elección en razonamientos apropiados. En situaciones clínicas, la descripción racional de las acciones de enfermería ocupa mucho tiempo y espacio por lo cual no es apropiado.

4.- Escriba una serie de acciones de enfermería para el logro de cada objetivo.

5.- Elija la serie de acciones de enfermería más probables para lograr la conducta descrita en el objetivo. Existen muchas acciones diferentes que logran el mismo objetivo. La enfermera debe dar al paciente la instrucción necesaria para la conducta específica, establecida en el objetivo.

6.- Las acciones de enfermería deben ser realistas:

. Para el paciente. Considerar edad, fortaleza física, enfermedad, disposición para los cambios de conducta, recursos.

. Para el número de componentes del equipo de hospital. ¿Existe la suficiente gente disponible para llevar a cabo las acciones de enfermería?

. Para la experiencia y habilidad del equipo disponible. Si las acciones de enfermería que se sugiere no son conocidas por la mayoría de los miembros del equipo, existe una probabilidad mayor de que éstas no se lleven a cabo.

. Para el equipo disponible. Si las acciones de enfermería incluyen el apoyo de cualquier aparato, éste debe estar disponible fácilmente y el personal del hospital debe conocer su manejo.

7.- Cuando sea posible, las acciones de enfermería deben ser importantes para el paciente y compatibles con los objetivos y valores personales del mismo. El paciente debe entender que las acciones de enfermería resultará el logro de un objetivo.

8.- Utilizar al paciente como fuente para la elección de acciones de enfermería. El paciente puede tener muchas sugerencias buenas para realizar actividades que lograrán un cierto objetivo, basadas en sus experiencias previas. La enfermera puede utilizar su conocimiento y experiencia para incorporar algunas de las sugerencias del paciente en las acciones y que anotará en el plan de atención de este paciente. Esto ayuda a incluir a éste en la planeación de su propia atención. Mientras más involucrado esté el paciente, más valora el objetivo y coopera más por su atención y cuidado.

9.- Listar en forma secuencial las acciones de enfermería. Por lo general, para cada objetivo enunciado existe la planeación de varias acciones. Muchas veces dependen de otras acciones previas. Al hacer el listado en el orden en que deben ocurrir, el equipo de enfermería sabe la secuencia que debe seguirse al brindar la atención. Deben tomarse en cuenta las implicaciones de los siguientes factores cuando se ordenen las acciones de enfermería.

Jerarquía de Maslow. Satisfacer las necesidades de supervivencia de nivel menor antes que las de nivel mayor, permite al paciente funcionar en su nivel óptimo.

Ordenes médicas. Algunas órdenes médicas requieren de actividades de enfermería previas, por ejemplo: valorar al apaciente antes de llevar a cabo la orden médica, esto asegura la protección del mismo.

Desarrollo de un plan de orientación o enseñanza.

Si la enfermera valora a un paciente y hace el diagnóstico de enfermería en relación a un déficit en el conocimiento y a un plan de enseñanza, comprenderá con mayor seguridad gran parte de la actividad en la planeación del proceso de atención de enfermería. El conocimiento inadecuado o incorrecto puede también relacionarse con otros problemas del paciente. Los temores irreales hacia un procedimiento médico o la administración de medicamentos en forma incorrecta, son ejemplos del resultado que causa al paciente creer en información errónea.

Al aplicar el procesos de atención de enfermería a la formulación de un plan de enseñanza, la enfermera sigue una secuencia lógica del problema resolver. Primero, identifica la falta de información, en la fase de valoración del proceso. Se elige entonces, un objetivo, que identifica los resultados deseados del aprendizaje. Después elabora un plan para dar información al paciente y desarrollar su habilidad. Existen dos tipos de resultados básicos del aprendizaje: la realización de un objetivo específico y la realización de objetivos más generales que se incorporan a otros específicos.

En el primer tipo, la enfermera puede encontrar una área específica de preferencia, en la cual el paciente necesita información para entender y lograr una actividad en particular. Un ejemplo de esto sería, en una primípara durante el puerperio, que no sabe cómo tomar la temperatura rectal de su bebé.

Cuando los pacientes necesitan aprender habilidades específicas motoras, el objetivo establecido tiene una relación directa al conocimiento diagnosticado con el déficit en su realización. El plan de enseñanza y, en forma eventual, la evaluación de la capacidad del paciente para realizar la habilidad, son por lo general, igualmente específicos. La enfermera sigue los pasos del proceso de enfermería cuando:

- 1.- Identifica una falta de información (Diagnóstico de enfermería).
- 2.- Identifica la conducta específica que el paciente realizará en base al diagnóstico de necesidad de aprendizaje (Objetivo)
- 3.- Enseña la conducta específica al paciente (Plan).
- 4.- Prueba la capacidad del paciente para efectuar la conducta específica deseada. (Evaluación).

Existen varios factores a considerar cuando se desarrolla un plan de enseñanza. El aprendizaje mejora al usar principios de enseñanza-aprendizaje. Esto es importante en especial para valorar la facilidad de aprendizaje del paciente. Un padecimiento, un problema médico, o un tratamiento pueden interferir de manera importante con el proceso de aprendizaje, en particular en la fase aguda de la enfermedad. Los medicamentos, la fatiga, la motivación, la ansiedad, el dolor, o el hambre, pueden bloquear el aprendizaje eficaz. La enseñanza debe retardarse hasta que algunos de esos obstáculos disminuyan o se eliminen. La enfermera también necesita valorar el conocimiento y habilidades previas del paciente para partir de ellas. Empezar en el nivel de comprensión del paciente mediante un lenguaje claro para él. Al individualizar la enseñanza puede también guiarse el mejoramiento del aprendizaje del paciente.

Documentación de la atención al paciente.

Al final de la fase de planeación del proceso, la enfermera está lista para iniciar la atención directa del paciente. Las enfermeras deben documentar la calidad de los cuidados al paciente que resulta del uso adecuado y consistente del proceso de atención de enfermería. El plan debe ser parte del registro permanente, como lo son también los de otros profesionales de la salud al cuidado de pacientes que requieren de su experiencia., En seguida se debe enumerar varios métodos por medio de los cuales se puede lograr lo anterior.

- 1.- Escribiendo planes de atención de claridad, que se convierten parte del registro permanente del paciente. Esto puede necesitar algunos cambios en las formas del plan para permitir más amplitud en los diagnósticos de enfermería, en los objetivos, planes y evaluación. Esto se practica en la actualidad en algunos hospitales.

2.- Uso de expedientes médicos orientados al problema. (EMOP), que incluyen gráficas hechas en un formato que permite el registro de la mayor parte de los pasos del proceso de atención de enfermería. Esto se refiere al diagrama SOAP. Todos los miembros del equipo de salud siguen este formato, cuando documentan la información en el expediente del paciente.

S= Datos subjetivos

O=Datos objetivos.

A=Análisis y valoración-problema establecido

P=Plan-objetivo+acciones de enfermería.

Cuando se emplea el EMOP, los problemas potenciales del paciente identifican en un listado de problemas que utilizan todos los profesionales en al atención de un paciente en particular.

3.- Usar el diagrama SOAPIE(R) para enfermería: Esta es una alternativa al SOAP. Incluye tres pasos más y sigue en forma más completa la aplicación la aplicación del proceso de atención al paciente. Esto puede ser más apropiado como un resumen en el expediente para la evaluación de los objetivos de enfermería que se identifican en el plan de atención. Este tipo de anotación puede ser inapropiado hasta después de la fase de ejecución del proceso.

S=Datos subjetivos.

O= Datos objetivos.

A= Análisis y valoración.

P= Plan.

I= Intervenciones de enfermería para llevar a cabo el plan.

E= Evaluación del plan.

(R) = Revaloración de las necesidades del paciente y del plan de enfermería.¹⁸

¹⁸ *ibidem*: Atkinson, Leslie D., "Planeación"p.p.29-61.

1.3.3. EJECUCION.

Cuando ya se han identificado los problemas y las capacidades, y ha determinado un plan de acción orientado al logro de objetivos o resultados o resultados esperados, ahora está a punto para la ejecución o puesta en práctica del plan. La ejecución incluye las siguientes actividades:

- . Preparación para dar y recibir el informe de cambio de turno.
- . Valoración y revaloración.
- . Establecimiento de prioridades diarias.
- . Realización de las intervenciones de enfermería.
- . Registro.
- . Dar el informe de cambio de turno.
- . Evaluación continua y mantenimiento del plan de cuidados actualizado.

Ejecuciones de las intervenciones de enfermería.

Preparación para actuar.

La preparación puede marcar la diferencia entre una actuación arriesgada para usted y para el paciente.

Antes de realizar una intervención, prepárese para actuar: debe estar segura de lo que va a hacer, por qué va a hacerlo, cómo va a hacerlo y cómo reducirá la posibilidad de lesiones.

Pasos sugeridos para preparar la intervención.

- 1.- Revise el plan y cerciórese de que conoce las razones de la intervención.
 - 2.- Decida si posee las cualificaciones (conocimientos, habilidades y autoridad) para realizar estas intervenciones.
 - 3.- Averigüe si hay procedimientos, protocolos o estándares que detallan cómo deberían llevarse a cabo las intervenciones.
 - 4.- Valore el estado actual del paciente y determine si las intervenciones aún son apropiadas.
 - 5.- Hágase un planteamiento general de lo que va a hacer, piense en lo que podría suceder, qué podría ir mal y qué hacer en caso de que suceda.
- Sopese los riesgos y los beneficios.

Identifique las formas de reducir los posibles daños al paciente, anticipe las posibles complicaciones y efectos secundarios, planifique lo que debe controlar para posibilitar una detección temprana, decida lo que hará si surge esa complicación.

Determine formas de reducir las lesiones que se puede causar usted misma.

Planifique cómo promover el bienestar y reducir el estrés del paciente durante las intervenciones.

6.- Obtenga los recursos necesarios y compruebe que ha planificado tiempo suficiente y un entorno agradable para realizar las intervenciones.

7.- Implice al paciente y a la familia. Explique lo que va a hacer, por qué va a hacerlo y cuánto tiempo tardará; anímelos a que expresen sus preguntas, sugerencias o preocupaciones.

Realización de las acciones de enfermería e introducción de los cambios necesarios.

Una vez se ha preparado para actuar, está a punto para realizar las intervenciones. Si sigue el plan trazado, sus acciones obtendrán el resultado esperado. Pero ¿qué hacer si no obtiene el resultado deseado, el problema no mejora, o la situación se agrava con la intervención?

Si no obtiene los resultados esperados, debería estar alerta, pues algo va mal.

Deténgase y pregúntese:

1.- ¿He realizado las intervenciones de la forma correcta?

2.- ¿El diagnóstico es correcto, o ha cambiado el problema o su causa?

3.- ¿Hay otras intervenciones que complementarían esta intervención y aumentarían su efectividad?

4.- ¿Debería obtener una segunda opinión?

REGLA. Realice siempre las intervenciones de enfermería con precaución, y observe con atención la respuesta. Si no obtiene la respuesta deseada, empiece a formularse preguntas para averiguar lo que va mal antes de continuar. Cuando averigüe lo que va mal, haga cambios necesarios y anótelos en el plan de cuidados según sea necesario.

Registro:

Una vez realizados los cuidados de enfermería y evaluada la respuesta, el siguiente paso es anotar las valoraciones, intervenciones y respuestas. Esto es importante por dos razones:

- 1.- Es más probable que sus registros sean completos y exactos si tiene los hechos frescos en su memoria.
- 2.- Al escribir lo que a observado y lo que ha hecho es fácil que le venga a la memoria algo más que podría tener que valorar o hacer.

Puesto que los registros de enfermería tienen varias funciones, nunca remarcaremos lo suficiente el valor de unas anotaciones exactas y relevantes. Los registros de enfermería sirven para:

- 1.- Comunicar los cuidados a otros profesionales del cuidado de la salud que necesitan saber lo que ha hecho usted y cómo ha respondido el paciente.
- 2.- Ayudan a identificar patrones de respuesta y cambios en el estado del paciente.
- 3.- Proporcionan bases para la evaluación, la investigación y la mejora en la calidad de los cuidados.
- 4.- Crean un documento legal que más tarde se puede utilizar en un juicio para evaluar el tipo de cuidados proporcionados. Sus registros pueden ser su mejor amigo o su peor enemigo.
- 5.- Sirven de validación para las compañías de seguros. Como reza el dicho "si no está escrito, no está hecho".

Aprender a hacer anotaciones efectivas.

Hacer anotaciones efectivas es una habilidad que va de la mano con aprender a valorar y observar. Cuando sepa recoger los datos de manera sistemática se dará cuenta de que le será más fácil saber lo que tiene que registrar. A medida que aprenda lo que hay que registrar, mejorará en la recogida de datos relevantes, porque los formatos de registro dictan lo que debe valorar y anotar.

Dos cosas que resultan de gran utilidad cuando se aprende a registrar son:

- a) practicar, escriba las observaciones de enfermería, usando hojas de papel o los formatos requeridos, antes de hacer sus anotaciones reales, y
- b) leer las anotaciones, para enterarse de la situación actual de los pacientes.

Dedique tiempo a leer las anotaciones y critique su utilidad. Formúlese preguntas, como: "¿Cuáles son los diagnósticos?", "¿Dónde están las evidencias de que tales diagnósticos existen?", "¿Qué se está haciendo para tratarlos?", "¿Cómo está respondiendo el paciente?". Las respuestas le ayudarán a reconocer los registros inefectivos y a evitar errores similares, así como a identificar las anotaciones eficaces y aprender del ejemplo.

La forma de hacer las anotaciones dependerá de las políticas, estándares, procedimientos y protocolos del centro en el que trabaja. En general, las regulaciones son bastante detalladas y es necesario que exista a clases especiales para aprender a registrar de acuerdo con las reglas. Aunque éstas varían de una institución a otra, algunos principios y guías son esenciales para establecer unos buenos hábitos de registro en cualquier situación.

Puntos Clave:

- . La ejecución incluye: prepararse para dar y recibir el informe de cambio de turno, fijar prioridades diarias, realizar las intervenciones enfermeras, registrar, informar y hacer una evaluación continuada y mantener actualizado el plan de cuidados.
- . La planificación da las directrices para la ejecución, pero las intervenciones prescritas se llevan a cabo sólo cuando son apropiadas, según indique la recogida continuada de datos.
- . Si usted se prepara para el informe del cambio de turno (se informa sobre los problemas más comunes, lee los registros y acude pronto a la unidad) sentirá una mayor confianza, será más competente y podrá ofrecer cuidados en el momento adecuado.
- . Llegar al cambio de turno preparada con una hoja de trabajo puede ser la clave para centrar su atención y cerciorarse de que obtiene los datos necesarios sobre los hechos.
- . La valoración y revaloración son actividades clave para la ejecución. Poner en práctica el plan implica valorar antes, durante y después de las intervenciones.

- . A veces se encontrará con que la valoración y revaloración son las principales actividades durante la ejecución, es decir, valora y revalora más que actúa.
- . Fijar prioridades diarias es esencial para lograr los resultados esperados que ha establecido en el plan de cuidados.
- . Su habilidad para fijar prioridades depende de sus conocimientos sobre enfermería y de su destreza, su conocimiento de las rutinas del centro y su experiencia previa en el cuidado de pacientes. La determinación de prioridades con frecuencia resulta más fácil el segundo día que usted cuida de la misma persona.
- . Estar preparada para actuar puede marcar la diferencia entre unos cuidados arriesgados, peligrosos, estresantes tanto para usted como para el paciente, y unos cuidados seguros, eficientes, que promueven el bienestar y obtienen los resultados deseados.
- . Si después de una acción de enfermería no obtiene los resultados esperados, debería aparecer en su mente una señal roja que le dijera que algo va mal. Necesita parar y preguntarse: ¿He realizado la intervención o intervenciones de la manera correcta?, ¿Cómo ha cambiado este problema, que requiere intervenciones distintas?, ¿Hay otras intervenciones que podrían reforzar los efectos de ésta o éstas?, ¿Debería solicitar una segunda opinión?, Con las respuestas a estas preguntas, usted puede hacer los cambios necesarios.
- . Registrar pronto la información le ayuda a ser exacta y le facilita recordar algo más que tiene que valorar o hacer.
- . Los registros de enfermería tienen cinco funciones: a) comunicar los cuidados y proporcionar las bases para la continuidad; b) ayudar a identificar patrones de respuesta y cambios en el estado del paciente; c) crear un documento legal que pueda utilizar ante los tribunales; d) aportar validación ante las compañías de seguros, y e) proporcionar una base para la evaluación, investigación y mejora de la calidad.
- . Existen diferentes métodos de registro. Con frecuencia los centros utilizan más de un método. Algunos métodos comunes incluyen: registros según su procedencia, registro multidisciplinarios, hojas de control, registros mediante el uso de hojas añadidas y registro informatizados.

- . Desarrollar un sistema de registro exacto y eficiente, es un reto permanente para las enfermeras y para los centros de cuidados.
- . Los malos registros (ilegibles, irrelevantes o incompletos) dificultan los cuidados; los buenos registros (reales, descriptivos, relevantes) comunican la información clave que ayuda a otros a valorar los patrones de respuesta.
- . Hay dos cosas que resultan muy útiles cuando se aprende a hacer anotaciones: practicar y leer los registros.
- . La forma en que haga sus anotaciones dependerá de las políticas, estándares, procedimientos y protocolos del centro en el que trabaja.
- . Dar un informe de cambio de turno exacto y organizado, facilita la continuidad de los cuidados. Los que usted diga y cómo lo diga puede marcar una gran diferencia en la claridad de los cuidados del paciente.
- . Evalúe cada día el progreso global del paciente y pregúntese: "¿Cómo responde cada uno de los pacientes a mis cuidados y qué debería hacer de manera distinta?", "¿Cómo transcurre mi turno y qué podría hacer para que fuera mejor?". Esto le ayudará a identificar los problemas y a efectuar con rapidez los cambios necesarios, antes de llegar a la fase de evaluación.



EJECUCIÓN Y EVALUACIÓN.



1.3.4. EVALUACION.

La evaluación de un plan de cuidados individual implica las siguientes actividades:

- . Evaluación del logro de los resultados esperados.
- . Identificación de las variables, o factores, que afectan el logro de los resultados esperados.
- . Decisión sobre si continuar, modificar o dar por finalizado el plan de cuidados.
- . Continuación, modificación o finalización del plan.

Evaluación del logro de los resultados esperados.

A continuación, se sugieren los pasos a seguir para evaluar la consecución de los resultados esperados.

Pasos para evaluar el logro de los resultados esperados.

- 1.- Realizar una valoración para determinar el estado actual de salud y la disponibilidad para comprobar el logro de los resultados esperados.
- 2.- Hacer una lista de los resultados esperados determinados en la planificación.
- 3.- Valorar lo que el paciente es capaz de hacer en relación con los resultados esperados.
- 4.- Comparar la conducta del cliente (o los datos) con los resultados esperados establecidos, y formularse las siguientes preguntas:
 - ¿Se han logrado por completo los resultados esperados?
 - ¿Se han logrado en parte los resultados esperados?
 - ¿No se han logrado los resultados esperados?
- 5.- Anote sus hallazgos. Escriba una frase de evaluación que incluya hasta qué punto se han logrado los resultados esperados. Esto se escribe en la columna marcada como "evaluación" o "informe de curso" en el plan de cuidado.

Identificación de las variables que afectan al logro de los resultados esperados.

Cuando haya determinado el logro de los resultados esperados, podrá identificar las variables, o factores, que afectan el logro de los mismos. Para ello, debe analizar la información, obtenida en la valoración del paciente y examinar los registros.

Decidir si se debe continuar, modificar o finalizar el plan de cuidados.

El paso final consiste en tomar la decisión de si se continúa, modifica o finaliza el plan.

. Continuar el plan si el paciente no ha logrado los objetivos, y usted no ha identificado ningún factor que dificulte o facilite los cuidados.

. Modificar el plan cuando los resultados esperados no se han logrado, y usted ha identificado factores que dificultan a facilitan los cuidados.

. Finalizar el plan si el paciente ha logrado los resultados y demuestra habilidad para cuidar de sí mismo.

Pasos para finalizar el plan de cuidados.

1.- Si ha identificado problemas que ya requieren cuidados de enfermería, pero necesitan cuidados médicos, refuerze la continuación de los cuidados médicos.

2.- Determine cómo se manejarán en el domicilio los cuidados de salud.

3.- Dé instrucciones verbales y escritas sobre:

Tratamientos, medicamentos, actividades, dieta.

Qué signos y síntomas se deben informar.

Cómo acceder a los recursos comunitarios adecuados.

4.- Una vez haya enseñado al paciente y a la familia la información anterior, pídale que la repitan, utilizando las instrucciones escritas si es necesario.

5.- Si el paciente y personas significativas demuestran conocimiento de su autocuidado, proceda a dar el alta al paciente de acuerdo con la política del centro.

EVALUACIÓN en cada paso del proceso de atención de enfermería:

- Valoración:

Realizar una valoración para determinar cualquier cambio en el estado de salud y para comprobar que tiene todos los datos que necesita.

- Diagnóstico:

Confirmar que su lista de diagnósticos es exacta, completa y que se han identificado las potencialidades y los recursos.

-Planificación:

Comprobar si los objetivos y las intervenciones fueron apropiadas y hasta qué punto se lograron los resultados esperados.

- Ejecución:

Determinar si el plan se llevó a cabo como estaba prescrito, e identificar los factores que favorecieron o dificultaron el progreso.

Mejora de la calidad de los cuidados.

Tras la evaluación de los planes de cuidados individuales, hay algo más que debe abordarse en un capítulo sobre la evaluación: la importancia de evaluar el tratamiento de grupos de pacientes para mejorar la claridad de los cuidados de otros pacientes en situaciones similares. Aunque no se espera de las enfermeras con poca experiencia que sepan cómo dirigir estos estudios, sí deberían ser conscientes de su importancia. Los registros que usted crea mediante la documentación continuada proporcionan las bases para la investigación que beneficiará a pacientes y enfermeras. La aplicación de los hallazgos de estos estudios tendrá como consecuencia unos cuidados más eficientes, y una mayor satisfacción laboral.

El concepto de mejora de la claridad se fundamenta en la idea de que la calidad siempre se puede mejorar; lo que ayer se consideraba como calidad, mañana puede estar por debajo de los estándares, sobre todo si se consideran los adelantos actuales, como las modalidades diagnósticas y terapéuticas, los ordenadores y los sistemas de comunicación. Podemos esperar más cambios en el futuro, mientras buscamos nuevas formas de promover la mejora de la calidad. Mi consejo para las enfermeras inexpertas es el siguiente:

- . Reconozca que aunque estos estudios parecen complicados y detallados, son importantes, no solo hacen su trabajo más eficiente, sino que pueden hacer que el próximo contacto que usted (o su familia) tenga con el sistema de salud sea más eficiente.

- . Actualice sus conocimientos sobre la terminología, de modo que sepa por qué se realizan los estudios.

- . Esté dispuesta a implicarse. Usted es quien pasa más tiempo junto al enfermero; si detecta problemas humanos o problemas con la política o procedimientos del

hospital, informe a su supervisora. Si se le pide que haga anotaciones extras para estos estudios, sea consciente de que la información obtenida a través de los registros es esencial para mejorar la calidad.

Puntos clave.

. Si usted valora y revalora las respuestas y hace los cambios necesarios durante la ejecución, tendrá menos que hacer durante el período formal de la evaluación.

. La evaluación de un plan individual de cuidados implica las siguientes actividades: evaluar el logro de los resultados esperados, identificar las variables (factores) que afectan la consecución de los resultados esperados; decidir si se debe continuar, modificar o finalizar el plan de cuidados, continuar, modificar o finalizar el plan.¹⁹

¹⁹ *ibidem*, Alfaro, et al; "Ejecución, Evaluación..."; p.p. 182-217.

1.4. MODELO DE VIRGINIA HENDERSON.

Henderson inicialmente no pretendió elaborar una teoría de Enfermería, ya que en su época tal cuestión no era motivo de especulación. Lo que a ella le llevó a desarrollar su trabajo fue la preocupación que el causaba el constatar la ausencia de una determinación de la función propia de la enfermera. Ya desde la época de estudiante, sus experiencias teóricas y prácticas le llevaron a preguntarse qué es lo que deberían hacer las enfermeras que no pudieran hacer otros profesionales de la salud. El modelo absolutamente medicalizado de las enseñanzas de enfermería de aquella época, le creaba insatisfacción por la ausencia de un modelo enfermero que le proporcionara una identidad profesional propia. Como enfermera graduada siguió interesándose en estos temas. A partir de la revisión de la bibliografía existente en aquellos años sobre enfermería, se dio cuenta de que los libros que pretendían ser básicos para la formación de las enfermeras, no definían de forma clara cuáles eran sus funciones y que sin este elemento primordial - para ella- no se podían establecer los principios y la práctica de la profesión.

La cristalización de sus ideas se recoge en una publicación de 1956 en el libro *The Nature of Nursing*, en el que define la función propia de la enfermera de la siguiente forma:

“La única función de la enfermera es asistir al individuo, sano o enfermo, en la realización de aquellas actividades que contribuyen a la salud o a su recuperación (o a una muerte serena), actividades que realizara por sí mismo si tuviera la fuerza, conocimiento o voluntad necesaria. Todo ello de manera que le ayude a recobrar su independencia de la forma más rápida posible”.

A partir de esta definición, se extraen una serie de conceptos y subconceptos básicos del modelo de Henderson:

1.- Persona

Necesidades Básicas.

2.- Salud

Independencia

Dependencia

Causas de la dificultad o problema.

3.- Entorno.

Factores ambientales.

Factores socioculturales.

La persona y las 14 necesidades básicas.

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

- . Necesidad de Oxigenación.
- . Necesidad de Nutrición e hidratación.
- . Necesidad de Eliminación.
- . Necesidad de Moverse y mantener una buena postura.
- . Necesidad de Descanso y sueño.
- . Necesidad de Usar prendas de vestir adecuadas.
- . Necesidad de Termorregulación.
- . Necesidad de Higiene y protección de la piel.
- . Necesidad de Evitar los peligros.
- . Necesidad de Comunicarse.
- . Necesidad de Vivir según sus creencias y valores.
- . Necesidad de Trabajar y realizarse.
- . Necesidad de Jugar/Participar en actividades recreativas.
- . Necesidad de Aprendizaje.

Estas necesidades son comunes a todos los individuos, si bien cada persona, en su unidad, tiene la habilidad y capacidad de satisfacerlas de modo diferente con el fin de crecer y desarrollarse a lo largo de su vida. Las diferencias personales en la satisfacción de las 14 Necesidades Básicas vienen determinadas por los aspectos biológicos, psicológicos, socioculturales y

espirituales, inherentes a cada persona, así como por la estrecha interrelación existente entre las diferentes necesidades, que implica que cualquier modificación en cada una de ellas pueda dar lugar a modificaciones en las restantes. Desde un punto de vista holístico, esto quiere decir que el estudio por separado de cada una de estas necesidades, en ningún momento nos da la visión del ser humano en su totalidad sino solamente de una parte de la realidad de la persona, siendo necesaria la interrelación de cada una de estas necesarias con las restantes, para poder valorar el estado del individuo como un todo.

La salud. Independencia/Dependencia y causas de la dificultad.

Virginia Henderson, desde una filosofía humanista, considera que todas las personas tienen determinadas capacidades y recursos, tanto reales como potenciales. En este sentido, buscan y tratan de lograr la independencia y por lo tanto, la satisfacción de las necesidades de forma continuada, con el fin de mantener en estado óptimo la propia salud (concepto que la autora equipara con la satisfacción por uno/a a mismo/a, en base a sus propias capacidades, de las 14 Necesidades Básicas). Cuando esto no es posible aparece una dependencia que se debe según Henderson a tres causas y que identifica como "falta de fuerza", "falta de conocimiento" o "falta de voluntad".

. El concepto de Independencia puede ser definido como la capacidad de la persona para satisfacer por sí misma sus Necesidades Básicas, es decir, llevar a cabo las acciones adecuadas para satisfacer las necesidades de acuerdo con su edad, etapa de desarrollo y situación.

. La Dependencia puede ser considerada en una doble vertiente. por un lado, la ausencia de actividades llevadas a cabo por la persona con el fin de satisfacer las 14 necesidades. Por otro lado puede ocurrir que se realicen actividades que no resulten adecuadas o sean insuficientes para conseguir la satisfacción de las necesidades.

Los criterios de dependencia deben considerarse - al igual que los de independencia- de acuerdo con los componentes específicos de la persona (biológicos, psicológicos, socioculturales y espirituales). De acuerdo con este enfoque, una persona con una alteración física que necesite seguir una dieta determinada, debe ser calificada como dependiente si no sabe cómo

confeccionarla, si no quiere o si no puede por falta de capacidades psicomotoras. Sin embargo, en el momento en que estos déficit sean subsanados, esta dependencia ya no puede ser considerada como tal, aunque la alteración física persista.

. Las causas de la dificultad son los obstáculos o limitaciones personales o del entorno, que impiden a la persona satisfacer sus propias necesidades. Henderson las agrupo a en tres posibilidades:

- 1.- Falta de fuerza. Interpretamos por Fuerza, no sólo la capacidad física o habilidades mecánicas de las personas, sino también la capacidad del individuo para llevar a término las acciones pertinentes a la situación, lo cual vendrá determinado por el estado emocional, estado de las funciones psíquicas, capacidad intelectual, etc...
- 2.- Falta de conocimientos, en lo relativo a las cuestiones esenciales sobre la propia salud y situación de enfermedad, la propia persona (autoconocimientos) y sobre los recursos propios y ajenos disponibles.
- 3.- Falta de voluntad, entendida como incapacidad o limitación de la persona para comprometerse en una decisión adecuada a la situación y en la ejecución y mantenimiento de las acciones oportunas para satisfacer las 14 necesidades.

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

Rol Profesional. Cuidados Básicos de Enfermería y Equipo de Salud.

Los cuidados básicos son conceptualizados como acciones que lleva a cabo la enfermera en el desarrollo de su función propia, actuando según criterios de suplencia o ayuda, según el nivel de dependencia identificado en la persona. Como dice Henderson "...éste es el aspecto de su trabajo, de su función que la enfermera inicia y controla y en el que es dueña de la situación...".

Los cuidados básicos de enfermería están íntimamente relacionados con el concepto de Necesidades Básicas descrito anteriormente, en el sentido de que,

tal como afirma la autora, "... los cuidados básicos de enfermería considerados como un servicio derivado del análisis de las necesidades humanas, son universalmente los mismos, porque todos tenemos necesidades comunes; sin embargo, varían constantemente porque cada persona interpreta a su manera estas necesidades. En otras palabras, la enfermería se compone de los mismos elementos identificables, pero éstos se han de adaptar a las modalidades y a la idiosincrasia de cada persona". De ahí surge el concepto de cuidados individualizados y dirigidos a la persona en su totalidad.

Henderson analiza también la contribución de las enfermeras al trabajo con el equipo multidisciplinas, considerando que colabora con los demás miembros del equipo así como éstos colaboran con ella "... en la planificación y ejecución de un programa global, ya sea para el mejoramiento de la salud, el restablecimiento del paciente o para evitarle sufrimientos en la hora de la muerte. Ningún miembro del grupo debe exigir del otro actividades que le obstaculicen el desempeño de su función propia".

En relación al paciente, Henderson afirma que "... todos los miembros del grupo deben considerar a la persona que atienden como la figura central y comprender que, primordialmente su misión consiste en "asistir" a esta persona. Si el paciente no comprende ni acepta el programa tratado con él y para él, ni coopera en su desarrollo, se perderán gran parte de los esfuerzos del equipo". El paciente o usuario es visto pues como un sujeto activo y responsable de su propia salud, que participa en las decisiones y en el logro de sus metas.

Entorno.

Diversas autoras han criticado a Henderson el hecho de no incluir el concepto de entorno de una manera específica dentro de su modelo. Sin embargo, si se analiza el contenido del modelo de Henderson, vemos que la autora menciona - la importancia de los aspectos socioculturales y del entorno físico (familia, grupo, cultura, aprendizajes, factores ambientales...), para la valoración de las necesidades y la planificación de los cuidados. Así pues, aunque no dedique un capítulo al análisis de estos aspectos, podemos afirmar que éstos están contemplados sistemáticamente en la descripción de las

características de las 14 Necesidades Básicas. y de los factores que las influyen.

Aplicación del Modelo de V. Henderson.

El Modelo de Henderson, como marco conceptual, es perfectamente aplicable en todas y cada una de las diferentes etapas del Proceso de Atención:

1.- En las Etapas de Valoración y Diagnóstico, sirve de guía en la recogida de datos y en el análisis y síntesis de los mismos. En esta etapa se determina:

- . El grado de independencia/dependencia en la satisfacción de cada una de las 14 necesidades.
- . Las causas de la dificultad en tal satisfacción.
- . La interrelación de unas necesidades con otras.
- . La definición de los problemas y su relación con las causas de dificultad identificadas.

2.- En las Etapas de Planificación y Ejecución, sirve para la formulación de objetivos de independencia en base a las causas de la dificultad detectadas, en la elección del modo de intervención (suplencia o 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.- Finalmente, en la etapa de Evaluación, el modelo de Henderson 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 nuestra meta es ayudar al individuo a conseguir su independencia máxima en la satisfacción de las necesidades, lo más rápidamente posible. Evidentemente, esto no significa que nosotras le proporcionemos la independencia, sino que nuestra actuación va encaminada a ayudarlo a alcanzar dicha independencia por sí mismo de acuerdo con sus propias capacidades.

Existen algunos aspectos que deben ser comentados de forma especial. En primer lugar y en lo que respecta a la denominación de cada necesidad, cabe

decir que no responde a una traducción literal sino que se ha rectificado de acuerdo con el sentido que la autora le quería dar y con criterios de funcionalidad. Existen además algunos aspectos que el modelo de Henderson no trata de forma explícita y que creemos necesario explicar. Desde una aportación personal y según la visión que la experiencia nos indica, tales aspectos han sido agrupados de la siguiente forma:

- . Todo lo referente al aparato circulatorio ha sido incluido en la "necesidad de oxigenación".
- . El dolor, es un elemento que ha sido incluido en la valoración de distintas necesidades, aunque de modo más específico debe ser considerado en la "necesidad de reposo y sueño".
- . Los aspectos relativos al autoconcepto y autoimagen se incluyen en la "necesidad de evitar los peligros".
- . Los aspectos de desempeño del rol y status se presentan en la "necesidad de trabajar y realizarse" y en la "necesidad de evitar los peligros".
- . Lo referente a los patrones de sexualidad de la persona ha sido incluido en la "necesidad de comunicarse".
- . Los relativo a las relaciones significativas o aspectos que tienen relación con la interdependencia del ser humano se trata en la "necesidad de comunicarse".
- . Los mecanismos de afrontamiento de la persona se contemplan en todas y cada una de las necesidades.
- . La valoración de la ansiedad/estrés se incluye en todas las necesidades, al preguntar cómo influencia su estado de ánimo en la satisfacción de las distintas necesidades.²⁰

²⁰ Fernández Ferrín, Carmen, et. al.; "El modelo de Henderson y el Proceso de Atención de Enfermería", Edit. Masson-Salvat, Barcelona, 1995: p.p. 5-50.

1.5 PATOLOGIA.

HIPOSPADIAS.

CONCEPTO:

El Hipospadias es una anomalía del desarrollo que se caracteriza por un meato uretral que se abre sobre la superficie ventral del pene, proximal al extremo del glande. El meato puede localizarse en cualquier sitio desde el glande, a lo largo del cuerpo del pene, hasta el escroto, o incluso en el perineo. La curvatura peneana, una curvatura ventral del pene, tiene una relación inconsistente con el Hipospadias. El grado de incurvación es más importante en el tratamiento quirúrgico del Hipospadias que la localización inicial del meato. Un hipospadias subcoronal con poca o nula curvatura del pene requiere una reparación mucho menos complicada que una con incurvación importante y piel ventral insuficiente. Por esta razón, cuando se discute el grado de hipospadias, es más correcto desde el punto de vista clínico usar un sistema de clasificación que se refiera a la localización del meato después de que se libere la curvatura del pene. Por tanto, el sistema que propone Barcat es el de mayor relevancia clínica y es la clasificación que se emplea con más frecuencia.

Concepto: Se trata de un defecto peneano en el cual el meato uretral desemboca en el cara ventral del pene, proximal al sitio normal. El mismo puede ubicarse en cualquier lugar entre la punta del glande y el periné, y de su posición dependerá el tipo y grado de hipospadias. Teniendo en cuenta estos datos, existe una clasificación que se expone en la siguiente tabla:

Ubicación del meato hipospádico:

ESTA TESIS NO SALE DE LA BIBLIOTECA

Glande		Según Barcat: (incidencia)	
Coronal	Anteriores	73.4	79
Pene distal			
Medio peneano	Medias	7.1	
Penoescrotal			
Escrotal	Posteriores	17.5	
Periné			

Desarrollo embriológico:

El desarrollo fálico normal ocurre entre la séptima y decimocuarta semanas de gestación. Hacia la sexta semana de desarrollo se forma el tubérculo genital en una posición anterior al seno urogenital. En la próxima semana se forman dos pliegues genitales desde la región caudal al tubérculo y se crea la placa uretral entre ellos. Bajo la influencia de la testosterona de los testículos fetales, la cual inicia alrededor de las ocho semanas de gestación, los pliegues genitales internos se fusionan en la región medial para originar un tubo que se comunica con el seno urogenital y que corre en sentido distal hasta el extremo en la base del glande. Por tanto, la formación de la uretra peneana casi siempre se completa hacia el final del primer trimestre.

La uretra glandular se forma como una invaginación ectodérmica del glande, la cual se profundiza para encontrarse con la uretra distal que se formó por el cierre de los pliegues genitales endodérmicos. La anastomosis holgada de estas dos estructuras es la fosa navicular. La formación de la uretra glandular ocurre de manera independiente y es el último paso en el desarrollo de la uretra completa. Es probable que esta secuencia provoque la mayor incidencia de hipospadias glandular y coronal.

En una región dorsal a la uretra en desarrollo el tejido mesenquimatoso forma el par de cuerpos cavernosos. Estos son los principales componentes del tejido eréctil y están cubiertos por la túnica albugínea. El mesénquima también forma la fascia de Buck, la fascia dartos y el cuerpo esponjoso. Este último es el tejido eréctil de sostén que rodea en condiciones normales a la uretra y se comunica con el tejido eréctil del glande. La fascia de Buck es la capa profunda de fascia que rodea a los cuerpos cavernosos y recubre al esponjoso. Los paquetes neurovasculares dorsales se

encuentran en la profundidad de esta capa. En la parte superficial de este estracto se encuentra la fascia dartos, la cual es la parte subcutánea laxa que contiene a las⁸⁰ venas y vasos linfáticos superficiales. Estas estructuras se forman después del desarrollo completo de la uretra por medio de la fusión medial de los pliegues genitales externos y avanza a partir de la parte proximal a la distal del pene. Este desarrollo explica cómo una uretra íntegra puede tener un cuerpo esponjoso pobre y piel delgada que lo recubre con una atadura ventral, a pesar de que el meato se localice en la punta del glande.

Por último se forma el prepucio que se origina en el surco coronal. Encierra al glande en forma gradual en sentido circunferencial.

El desarrollo incompleto de la uretra puede provocar que el meato se localice en cualquier sitio a lo largo de la superficie ventral del pene. Lo típico es que este factor provocara acortamiento de la cara ventral del pene distal al meato y que el prepucio no se forme en toda la circunferencia.

ASPECTOS CLINICOS.

EPIDEMIOLOGIA.

La incidencia de hipospadias se calcula entre 0.8 y 8.2 por 1000 varones nacidos vivos. Es probable que la variación represente ciertas diferencias geográficas y raciales, pero es más importante la exclusión de los grados más sutiles de hipospadias en algunos informes. Si se incluyen todos los grados de hipospadias, inclusive los más leves, es probable que la incidencia sea cercana a 8 en 1000 o 1 en cada 125 varones que nacen vivos. De acuerdo con el dato que se cita con más frecuencia de 1 por 300 niños nacidos vivos, se puede asumir que más de 6000 varones nacen con hipospadias cada año en Estados Unidos.

“ Ocorre en uno de cada 200 niños varones. Se sabe que los estrógenos y progestágenos administrados durante el embarazo aumentan la frecuencia. Aunque

se ha identificado un patrón familiar de hipospadias, no se han establecido caracteres genéticos específicos”²¹

61

ETIOLOGIA:

Un defecto en la estimulación andrógena del pene es desarrollo, que evita la formación completa de la uretra y sus estructuras periféricas, es la causa fundamental del hipospadias. Este defecto puede ocurrir por producción andrógena deficiente por parte de los testículos y la placenta, por falta de conversión de la testosterona a dehidrotestosterona por medio de la enzima 5- α -reductasa o por receptores andrógenos deficientes en el pene. Varios trastornos intersexuales pueden provocar deficiencias en cualquier punto a lo largo del eje de estímulo andrógeno.

La causa del hipospadias rutinario que no se asocia con intersexualidad no está clara. En algunos informes se incluye a una etiología endocrina que muestra una menor respuesta a la gonadotropina coriónica humana (hCG) en algunos pacientes con hipospadias, lo que sugiere retraso en la maduración del eje hipotálamo-hipófisis. Otros mostraron un aumento de la incidencia del hipospadias en los gemelos monocigóticos, lo cual sugiere una cantidad insuficiente de producción de hCG por una sola placenta para suplir a los dos fetos masculinos.

También se sugirieron causas ambientales. Se notó una mayor incidencia de hipospadias en las concepciones durante el invierno. También se asoció la ingestión materna de agentes protágenos con el hipospadias. Sin embargo, esta asociación es débil.

Es seguro que se indican factores genéticos en la causa de este trastorno, debido a su mayor incidencia en los parientes en primer grado de los pacientes hipospádicos. En un estudio que valoró a 307 familias el riesgo de incidencia de hipospadias en un segundo hijo varón fue del 12%. Si el niño índice y su padre estaban afectados, el riesgo para un hermano se elevaba hasta 26%. Si el niño índice y un familiar en segundo grado presentaban el defecto, en lugar del padre, el riesgo para el hermano era sólo del 19%. Este patrón sugiere una forma hereditaria multifactorial, y estas familias tienen un número mayor de genes que el promedio que influyen en el origen

²¹ Smith, R. Donald; “Urología General, Trastornos del pene y la uretra masculina”; editorial: El manual moderno,

del defecto. En última instancia, una combinación de los factores endocrinos, ambientales y genéticos el potencial de que cualquier individuo desarrolle el complejo del hipospadias.⁸²

SINTOMATOLOGÍA.

El significado clínico del hipospadias se relaciona con varios factores. La localización anormal del meato y la tendencia a la estenosis meatal provocan un chorro de orina desviado hacia abajo y disperso. Este hecho complica el control del chorro y a menudo dificulta que el paciente se ponga de pie y orine. La curvatura ventral que se asocia puede provocar erecciones dolorosas, sobre todo si la curvatura es grave. La cópula anormal, y por lo tanto la inseminación inadecuada, es una consecuencia más de la curvatura importante. Además, la apariencia cosmética poco usual, que se asocia con el prepucio en forma de cubierta, el glande aplanado y la falta de piel ventral, puede tener un efecto adverso sobre el desarrollo psicosexual del adolescente con hipospadias. Todos estos factores son evidencia de que debe ofrecerse la corrección quirúrgica, sin importar la gravedad del defecto.

La forma distal del hipospadias es la más frecuente y a menudo existe escasa o nula curvatura del pene. El tamaño del meato y la calidad del tejido periférico de apoyo, así como la configuración del glande, son muy variables y en última instancia determinan el procedimiento quirúrgico. Una piel perimeatal bien formada, móvil, y una hendidura glandular ventral profunda puede permitir la formación de colgajos locales perimeatales para formar una uretra. En contraste, la piel atrófica e inmóvil alrededor del meato puede requerir la transferencia del tejido del prepucio para formar la nueva uretra.

Una variante poco usual del hipospadias distal es el meato grande en boca ancha con prepucio circunferencial, o una variante del megameato con prepucio intacto. A causa del prepucio intacto a menudo este subtipo no se identifica sino hasta que se realiza una circuncisión. Si los médicos descubren el hipospadias durante el procedimiento deben suspenderlo y conservar el prepucio, incluso si ya se practica una separación dorsal.

En ocasiones, el meato que se localiza en posición distal puede asociarse con curvatura importante del pene, a veces grave. La liberación de la curvatura del pene^{es} coloca al meato en un sitio mucho más proximal, lo que requiere transferencias más complicadas de piel para cubrir la brecha entre el meato proximal y el extremo del glande.

Cuando el meato se localiza sobre el cuerpo del pene es muy importante la característica de la placa uretral (la piel ventral de la línea media del cuerpo distal al meato) para establecer qué tipo de reparación es posible. Una placa uretral elástica y bien desarrollada sugiere una curvatura ventral elástica y bien desarrollada sugiere una curvatura ventral distal mínima, si es que existe. Sin embargo, una placa uretral delgada y atrófica anuncia una curvatura peneana importante. El tejido proximal de apoyo de la uretra también es importante. Si existe falta de cuerpo esponjoso proximal al meato hipospádico, esta parte de la uretra nativa no será suficiente para incorporarla en la reparación. Por tanto, la uretra necesita retrasarse hasta el punto en que exista cuerpo esponjoso adecuado.

La posición de meato penoescrotal, escrotal o perinael, se asocia en forma casi invariable con curvatura grave del pene, lo cual requiere liberación con una uretroplastia extensa subsecuente. Por lo general este tipo es más predecible en el período preoperatorio en cuanto a la elección de la reparación que algunos de los tipos más distales que se discutieron antes.

Otros elementos anatómicos importantes de la anomalía que deben considerarse incluyen la torsión del pene, inclinación del glande, la trasposición penoescrotal y la curvatura del pene sin hipospadias. Estos se discuten de manera más completa en la parte subsecuente sobre tratamiento quirúrgico.

“Características clínicas definitivas:

a) El meato uretral.

En general, úncio y circular, a menudo estenótico, no provoca prácticamente jamás dilatación de la uretra que justifique una meatotomía en los primeros meses de la

vida, a pesar de que, muy frecuentemente, los últimos milímetros de ésta, sumamente delgada, deberán ser sacrificados en la operación.

b) La piel.

La cobertura cutánea del pene está muy modificada. Los tegumentos forman una V con vértice en el meato y abierta hacia adelante, ocupada por una mucosa rosada, irregular, fina y adherente, que se dirige hacia la base del prepucio. Este se dispone únicamente en el dorso, estando ausente en la cara ventral, es siempre redundante y constituye una amplia superficie de piel y mucosa sumamente útil para los múltiples procedimientos utilizados en la reconstrucción.

Existe, sin embargo, un pequeño número de hipospadias leves con orificio en el glande cuyo prepucio se distribuye completamente.

c) La curvatura peneana.

Es otra de las grandes características de esta malformación. En distintos grados está casi siempre presente y en gran medida rige la conducta a seguir, y si bien en los casos leves su corrección puede ser obviada, en los más severos debe corregirse completamente para evitar problemas en la erección y el coito.

Sin duda, la curvatura está en relación directa con la cuerda. Puede admitirse que ésta, debido a la detención del crecimiento de la placa uretral que conlleva a una aplasia de todos los pliegues en la cara ventral del pene en la zona de la V uretra, se trata de una aplasia de la uretra y del cuerpo esponjoso, reemplazados por tejido fibroso, circunscrito por dos gruesos pilares que se pierden en la inserción del prepucio. Sólo es posible lograr un correcto enderezamiento peneano extirpando estos tejidos. Hay, sin embargo, autores que sostienen el concepto de la adherencia de la piel ventral a la uretra distal anormal como causa principal de la cuerda, y con este mismo criterio Allen y Spence corrigen la curvatura en formas glandulares o coronales sin realizar uretroplastia, y King reporta resultados satisfactorios usando la piel distal de la línea media al meato hipospádico para construir la neouretra, corrigiendo leves cuerdas con liberación parameatal y proximal sólo de la piel. Más recientemente, la descripción de la técnica de Onlay por Edler et al. pone énfasis en la presencia y conservación del pto uretral, logrando un adecuado enderezamiento en

hipospadias distales, medios y aún proximales con escasa curvatura, extirpando los tejidos fibrosos adyacentes a dicho plato uretral.

d) El glande.

Su forma es variable. A veces se presenta atravesado por una profunda canaleta y de muy buen tamaño, en tanto que otras es plano, pequeño y desprovisto de fosa navicular. Es importante tenerlo en cuenta para decidir la técnica operatoria, hasta tal punto de que algunos autores ponen especial énfasis en detallar las características ideales para obtener los resultados deseados.

e) Otras particularidades.

Algunos niños presentan una verdadera torisión del pene que debe ser diferente de la torsión del rafe cutáneo, que puede ser corregido solo acomodando los colgajos de la piel. La verdadera torsión en los casos graves es de difícil solución y puede estar condicionada por una anomalía de inserción del ligamento suspensor, que puede ser necesario seccionar y reinsertar. La transposición peneana es definida por la presencia de piel escrotal situada por encima de la raíz del pene. Existen diferentes grados, desde formas completas con bolsas en posición escrotal que rodea su base. Se asocian a formas graves de hipospadias, perinales, escrotales y penoescrotales, y para su corrección se requieren procedimientos que contemplen todos estos aspectos.²²

Anomalías asociadas.

La hernia inguinal y los testículos sin descender son las anomalías que se asocian más a menudo con el hipospadias. Ocurren del 7 al 13% de las veces, con una mayor incidencia cuando el meato tiene una localización más proximal. También es más frecuente un utrículo protático grande en el hipospadias posterior, con una incidencia alrededor del 11%. La infección es la complicación más frecuente de un utrículo, pero es raro que se necesite la excisión quirúrgica. Existen varios informes de números muy altos de anomalías del tracto urinario superior asociadas con hipospadias, lo cual sugiere que es necesaria la vigilancia

²² García Monroy, Leopoldo; Ocaña Castañeda, Ana María; Cuellar Gaxiola, Arturo; “ Sistema Urogenital”; Dirección General de Publicaciones; México, 1984, p.p. 73, 74.

pene crece es una posibilidad teórica, por lo menos. La erección artificial hizo que esta complicación sea menos frecuente. El tratamiento del problema es similar al de la curvatura del pene sin hipospadias. Se desnuda el pene y se elimina cualquier tejido que provoque una atadura ventral, con la guía para la disección de la técnica de erección artificial. Es posible que sean necesarias la plicatura dorsal y excisión ventral, la aplicación de parche, la división y la recolocación de la uretra.

Complicaciones múltiples recurrentes.

Por lo general los pacientes experimentaron múltiples reparaciones fallidas. Esto provocó una combinación de complicaciones graves. Es posible que exista fibrosis extensa de la uretra con fístulas, estrechamientos, divertículos y curvatura residual. El resultado exitoso de una nueva reparación depende de la valoración minuciosa de cada complicación, y del uso de todas las técnicas disponibles para el cirujano con experiencia en reparación de hipospadias. Son preferibles los colgajos vascularizados o los procedimientos en etapas para liberar injertos en los falos cicatrizados, si se dispone del tejido. Si debe usarse un injerto libre es importante obtener el lecho más vascularizado posible en el cual se colocará el injerto. Es probable que la mucosa vesical sea el mejor tejido para este tipo de situación.

Función sexual.

Es obvio que no dispone de los resultados a largo plazo de las reparaciones de hipospadias, respecto de la función eréctil, eyaculación y fecundidad, en los niños que se sometieron a reparación a edad muy joven en el último decenio. En la historia existen informes de dificultades sexuales después de la reparación de hipospadias. Se piensa que estas se vinculan con factores psicosexuales relacionados con la intervención quirúrgica en la fase tardía de la infancia, en vez de problemas anatómicos. La fecundidad se valoró por análisis seminal después de la corrección del hipospadias. Se informaron mayores índices de oligospermia. Por regular estas cuentas espermáticas bajas ocurren en pacientes con anomalías asociadas, como

uretral. Casi siempre los estrechamientos más proximales pueden tratarse con dilatación o uretroplastía abierta con excisión del estrechamiento y anastomosis uretral primaria u uretoplastia con un parche de injerto.

Divertículos.

La dilatación sacular de la nueva uretra puede originarse por la estenosis tal que provoca dilatación progresiva, por la continencia de la extravasación urinaria debido a una rotura en la reparación, o por la creación inicial de un segmento de mayor tamaño en la nueva uretra. El abultamiento clásico de la uretra en la cara ventral durante la micción es evidente en caso de formación de un divertículo importante. Es frecuente la estasis urinaria con inflamación crónica. La obstrucción puede originarse por un plagamiento en la uretra cuando el divertículo se distiende con la micción. La reparación requiere la excisión de la uretra redundante con cierre primario para restaurar un calibre uniforme. Debe ponerse atención especial a cualquier estrechamiento distal de la nueva uretra, justo como en la reparación de las fistulas.

Meato retráctil.

La retracción del meato de su sitio original, en la punta del glande, a una posición glandular proximal o subcoronal puede presentarse con cualquier reparación. La retracción del meato se origina con una falla de cierre de la glanduloplastia o rotura de la nueva uretra distal desvascularizada. Este es un problema frecuente cuando se realiza el procedimiento del avance del meato y glanduloplastia en pacientes con meato demasiado proximal o cuando se encuentra demasiada tensión sobre el cierre de la glanduloplastia. Por lo regular la corrección puede lograrse con una nueva glanduloplastia o un procedimiento con un colgajo con base en el meato.

Curvatura persistente del pene.

La curvatura ventral residual después de la reparación del hipospadias es un problema muy molesto. Casi siempre se relaciona con la liberación inadecuada de la curvatura en el procedimiento original. El aumento de la curvatura ventral conforme el

es sobre tejido de vascularización pobre, como un injerto libre, el resultado puede ser el fracaso de la reparación. Es fundamental la atención cuidadosa cuando se traspone tejido bien vascularizado para cubrir la nueva uretra en todas las reparaciones para evitar este problema.

Fístulas.

Las fístulas uretrocutáneas son las complicaciones que se informan con mayor frecuencia en la cirugía de hipospadias. Proviene del fracaso de la cicatrización en algún punto a lo largo de la línea de sutura de la nueva uretra y pueden variar de tamaño, desde puntiforme hasta el tamaño suficiente para que toda la orina salga por este sitio. Las fístulas también pueden asociarse con estenosis o estrechamientos distales. En ocasiones las pequeñas fístulas que se observan en el inicio del periodo posoperatorio pueden cerrar en forma espontánea. El cierre quirúrgico debe posponerse hasta la cicatrización completa del tejido, lo cual requiere seis meses, por lo menos. Las pequeñas fístulas pueden cerrarse con excisión local del tracto fisuloso. Después se realiza el cierre del epitelio uretral con sutura absorbible fina. Es importante aproximar varias capas de tejido subcutáneo bien vascularizado sobre este cierre para evitar la recurrencia. Por lo regular, es innecesaria la derivación urinaria en la reparación de fístulas pequeñas. Las fístulas mayores pueden requerir cierres más complicados con movilización de colgajos de tejido, o avance de aletas cutáneas, para garantizar una cantidad adecuada de tejido bien vascularizado para un cierre en muchas capas. A menudo es necesaria la derivación urinaria en los cierres más complicados.

Estrechamiento.

El estrechamiento de la nueva uretra puede presentarse en cualquier punto a lo largo de su curso. Sin embargo, los sitios más frecuentes de formación de estenosis son el meato y la anastomosis proximal. La mayoría de los casos de estrechamiento meatal puede manejarse como un procedimiento en el consultorio, con dilatación suave en las primeras semanas después de la operación. En ocasiones se necesita una meatotomía o matoplastia, en especial en caso de fístula proximal o divertículo

muy útil para controlar el dolor posoperatorio. El bloqueo caudal también es una opción.

COMPLICACIONES.

El tipo e incidencia de las complicaciones varían con la forma particular de reparación. Son imperativos la atención a los detalles y la técnica meticulosa para mantener al mínimo la incidencia de todas las dificultades. La que sigue es una discusión de algunas de las complicaciones generales que pueden presentarse con todas las reparaciones.

Hemorragia.

A veces la hemorragia intraoperatoria puede ser problemática, pero con atención cuidadosa del uso juicioso del cauterio, casi siempre puede reducirse al mínimo. Pueden ser útiles los torniquetes e infiltraciones cutáneas con concentraciones diluidas de adrenalina, pero no deben remplazar a la técnica cuidadosa. Casi nunca es necesario drenar los hematomas subcutáneos.

Infección.

La infección de la herida es un problema raro en la reparación del hipospadias, sobre todo en el paciente prepúber. Mientras se mantenga una buena viabilidad del tejido, la infección debe ser un problema menor. Algunos investigadores favorecen la profilaxia antibiótica perioperatoria. Es probable que ésta sea una precaución razonable en una reparación extensa, particularmente en un paciente que ya pasó la pubertad. Se recomienda la supresión urinaria, con antibióticos orales, en caso de sondas permanentes abiertas para que drenen en el pañal.

Colgajos cutáneos desvitalizados.

Si se desprende la cobertura cutánea casi siempre es sobre la superficie ventral del pene, donde se traspuso la piel dorsal. Cuando la piel desvascularizada se encuentra sobre un lecho bien vascularizado de tejido, como con un colgajo con pedículo, casi siempre hay una curación primaria sin secuelas. Si el desprendimiento

cinco a 14 días, según la complejidad e la reparación. En los niños mayores que no toleran el uso del pañal puede usarse una sonda de Foley de calibre 6 u 8 Fr en las reparaciones distales más sencillas y una cistostomía suprapúbica en las más complejas. Debe usarse el drenaje suprapúbico en las nuevas operaciones complejas o en cualquier reparación que requiera un injerto libre. No se requiere derivación para los procedimientos distales sencillos, como la meatoplastia o el avance del meato con glanduloplastia. Las reparaciones de pequeñas fistulas sencillas pueden hacerse sin derivación.

Vendajes.

Los vendajes para hipospadias deben lograr una presión suficiente sobre el pene que ayude a la hemostasia y disminuya la formación de edema, sin comprometer la vascularidad de la reparación. También deben ser impermeables, si es posible, por lo menos durante las primeras 24 horas en aquellos pacientes que se sometieron a derivaciones urinarias que permitan el drenaje a los pañales. Hay varios vendajes que cumplen con este propósito. Un vendaje de espuma de silicón, que puede colocarse alrededor del pene en un estado líquido para que se solidifique luego, deja un vendaje suave con compresión leve e impermeable. Este vendaje puede retirarse sin dificultad varios días después de la operación. Otros tipos son los vendajes transparentes bioclusivos adhesivos que envuelven al pene o se fijan a la pared abdominal en una forma similar a emparedado. Puede aplicarse DuoDerm alrededor del pene como una alternativa, antes de usar un vendaje adhesivo transparente. En pacientes que se someten a derivación suprapúbica es ideal un vendaje con compresión leve de gasa y cinta suave.

Analgesia.

Por lo general, el dolor posoperatorio se controla con analgésicos orales. Los espasmos vesicales que se originan por los catéteres permanentes pueden manejarse con metamelinbromuro y supositorios de opio, o por medio de oxibutinina oral. Un bloqueo de los nervios dorsales del pene durante la operación con bupivacaína es

Casi todos los cirujanos eligen suturas absorbibles finas para el cierre de la nueva uretra. Es probable que el material de ácido poliglucólico o poliglactina sea la elección más frecuente. Sin embargo, otros prefieren la sutura más verdadera de polidioxanona. Unos recomiendan suturas permanentes de nailón o polipropileno en puntadas continuas, que se jalan 10 a 14 días después de la operación. El tipo de aumento óptico también determina el calibre de la sutura. Por lo regular, se prefieren el calibre 6-0 o 7-0. Con el microscopio puede utilizarse el 8-0 o 9-0. El cierre de la piel se realiza mejor con sutura crómica fina (6-0 o 7-0) o material de catgut noral. En ocasiones pueden formarse pequeños tractos sinadales a lo largo de estas puntadas cuando se disuelven. Son inocuas y el intento de retirar suturas cutáneas permanentes del pene de un lactante en el periodo posoperatorio es prácticamente imposible sin un anestésico.

Los instrumentos delicados para la cirugía oftalmológica están bien diseñados para este majeo preciso del tejido, que se requiere en la reparación para hipospadias. Las pequeñas pinzas con un solo diente o los ganchos finos para piel permiten el manejo del tejido con traumatismo mínimo. Son necesarias las herramientas microscópicas normales para aquellos que prefieren el microscopio sobre un aumento de lupa.

Derivación urinaria.

La meta del cirujano en cualquier derivación urinaria en la reparación del hipospadias es proteger la nueva uretra del chorro de orina en la fase inicial de curación. En teoría, esta derivación debería disminuir el índice de complicaciones, es especial el desarrollo de fistulas. La uretostomía perineal tradicional y la cistostomía suprapúbica son incómodas y estorbosas para manejar en el periodo posoperatorio. Los pequeños tubos permanentes de Silastic de calibre 6 u 8 Fr que se dejan através de la reparación, y justo dentro de la vejiga, permiten el drenaje de la orina hasta el pañal de los lactantes. Esta técnica facilita mucho el cuidado ambulatorio de los pacientes pediátricos. Los niños toleran bien estas sondas. Es poco frecuente que se tapen o las expulsen. Algunos cirujanos favorecen una férula que atraviesa la reparación, pero no permanece en la vejiga. Se permite que el paciente orine, pero la sonda protege la reparación. El autor prefiere el catéter permanente y dejarlo durante

pene. A veces la piel del cuerpo del pene puede ser deficiente que provoca preocupación acerca de la cobertura cutánea ventral después de terminar la nueva uretra. El colgajo aislado de doble cara puede resolver este problema. La técnica deja un poco de la piel del prepucio externo unida a un pedículo después de tubularizar la capa interna del mismo. Este prepucio externo se transfiere a la cara ventral del cuerpo del pene. Un estudio sugiere que este pedículo de doble cara conserva mejor el aporte sanguíneo del colgajo. Sin embargo, la cantidad de complicaciones que se asocia con el colgajo de doble vista aún no apoya esa teoría.

El autor prefiere el colgajo aislado transversal en un procedimiento en una etapa, en la mayoría de los casos de hipospadias proximal con curvatura del pene. En el caso raro de que la deficiencia de piel sea tan grave que no pueda emplearse un pedículo vascularizado y la curvatura sea tan intensa que se requiera un injerto dérmico o de túnica vaginal para corregir la desproporción del cuerpo, el autor realiza en ocasiones una reparación en dos etapas. No obstante, es extremadamente raro que no pueda lograrse la reparación en una sola fase.

Perspectivas técnicas.

Aumento óptico.

La mayoría de los cirujanos está de acuerdo en que el aumento óptico es indispensable en la cirugía de hipospadias. Por lo general se piensa que las lupas quirúrgicas normales con capacidad de aumento de 2.5 a 4.5 son ideales para obtener el aumento necesario para este tipo de intervención quirúrgica. Algunos cirujanos abogan por el uso del microscopio quirúrgico y sugieren un mejor resultado con esta técnica. Gran parte de los especialistas no creen que este grado de aumento sea necesario para obtener resultados excelentes. En realidad, el microscopio puede ser muy estorbo en comparación con cualquier mejoría de la visualización que pueda proporcionar.

Suturas e instrumentos.

sutiles de curvatura, ésta puede corregirse sin dividir la placa uretral al bajar las ⁹³ bandas laterales que atan al pene hacia la placa uretral o por técnicas de plicatura dorsal. Esto permite que se emplee la reparación con colgajo aislado montado, en lugar del colgajo con pedículo tubularizado, que tiene mayor incidencia de complicaciones. Si existe curvatura importante del pene es necesaria la división de la placa uretral. Esto mueve el meato en sentido más proximal y requiere un tratamiento como se describe a continuación.

Variantes proximales.

La mayoría de las formas proximales de hipospadias se asocia con curvatura importante del pene, lo cual requiere la división de la placa uretral y que se deje una brecha para colocar un puente entre la uretra nativa proximal y la punta del glande. Esto puede realizarse con procedimientos en etapas, en los que se logra la cobertura del cuerpo ventral del pene con rotación de colgajos dorsales hacia la cara ventral, con tubularización posterior para formar la nueva uretra.

Otro método es el injerto libre tubular que se anastomosa a la uretra nativa en su parte proximal y se extiende hasta la punta del glande por medio de una técnica de separación o formación de un túnel. Los injertos libres que se usan con más frecuencia son piel de espesor total o mucosa vesical. Se prefiere la piel del prepucio a la piel extragenital. Si no se dispone de piel genital, el mejor tejido próximo puede ser la mucosa de la vejiga.

Los colgajos vascularizados son una alternativa más sólida a los injertos libres desde el punto de vista fisiológico. El tipo preferible de colgajo vascularizado es el colgajo aislado transverso de prepucio interno, que se tubulariza y se traspone en sentido ventral para formar una nueva uretra. Proporciona buena piel del prepucio con un aporte sanguíneo confiable que no depende de la nueva vascularización para que cicatrice la nueva uretra, como los injertos libres. En ocasiones la sola longitud del prepucio puede no ser suficiente para establecer un puente sobre el defecto hasta un meato muy proximal. En este caso la piel lustrosa y sin pelo alrededor del meato puede tubularizarse, lo que mueve la uretra proximal a la unión penescrotal. Luego, el colgajo prepucial puede usarse para cubrir el resto de la distancia hasta el extremo del

proximal al meato. Esta técnica funciona bien cuando existe una hendidura ventral de profundidad moderada, lo que permite que la uretra se coloque en la región profunda del glande para obtener la forma cónica después del cierre de las alas glandulares.

En casos muy raros puede existir curvatura del pene distal al meato anterior. En este caso puede ser aplicable una reparación con un solo colgajo. Este procedimiento divide la uretra distal al meato, lo que libera cualquier curvatura del pene. Un colgajo proximal con base en el meato se rota en sentido distal y se ajusta a la aleta triangular del glande para reconstruir la uretra. El cierre de las alas glandulares completa la reparación. Si el glande tiene una forma cónica normal y existe curvatura distal, el colgajo proximal con base en el meato se tubulariza y se rota en sentido distal, lo que forma un túnel a través del canal glandular para localizar procedimientos sólo en raras ocasiones. La transferencia de un colgajo dorsal de prepucio con pedículo es más efectiva, según el autor, cuando existe curvatura distal.

El procedimiento de aproximación glandular a veces es útil si hay un meato glandular proximal de boca ancha con hendidura ventral muy profunda. Esta reparación puede dar un resultado cosmético muy bueno cuando se realiza en la situación correcta.

El procedimiento de pirámide es muy adecuado para el tipo de meato en boca de pez que se observa en la variante con megameato y prepucio intacto. Este procedimiento es una extensión de la técnica de tubularización uretral distal que se describió antes. La reparación con colgajo de base en el meato también es adecuada en esta variante de meato con prepucio intacto.

Variantes medias.

Por lo regular el grado de curvatura ventral dicta el tipo de reparación para el hipospadias en la parte media y distal del cuerpo. Cuando no existe curvatura importante del pene, a veces puede elegirse la reconstrucción con colgajo de base en el meato. Una mejor técnica es la reparación con colgajo aislado montado. Este procedimiento requiere la movilización de un colgajo prepucial interno sobre su pedículo, y que se le rote en sentido ventral para colocarlo sobre la placa uretral dorsal bien desarrollada y completar la tubularización de la nueva uretra. La técnica es aplicable a muchas formas de hipospadias sobre el cuerpo del pene. En grados más

feminizante que provoca. Este paso puede realizarse en el momento de la reparación original en algunos casos. Sin embargo, cuando se usan colgajos vascularizados con pedículos para la reparación es más seguro la transposición penoescrotal importantes con colgajos rotativos en un último tiempo.

TRATAMIENTOS QUIRURGICOS.

Por la gran variación de las presentaciones anatómicas del hipospadias, no es aplicable una sola uretroplastia a todos los casos. A veces no puede tomarse una decisión final respecto del grado de curvatura y la localización final del meato hasta que inició el procedimiento y se práctica una erección artificial. El cirujano que repara hipospadias debe ser adaptable y tener experiencia para manejar todas las variantes del defecto. La versatilidad y experiencia con todas las opciones del tratamiento quirúrgico son las claves para el manejo exitoso de la malformación. Al reconocer los a veces sutiles matices de la variación meatal, configuración del glande y carácter de la curvatura, el cirujano con experiencia tomará las mejores decisiones respecto del tipo de reparación que usará.

Técnicas específicas.

Variantes anteriores.

Casi todos los tipos glandulares y subcoronales son candidatos al avance de meato y glanduloplastia. (AMG). Un meato estenótico con buena movilidad de la uretra y una hendidura glandular ventral no superficial son las características anatómicas más adecuadas para este tipo de reparación. Ya se describió una modificación que permite que este procedimiento se use en una uretra más inmóvil o un meato más proximal. La técnica implica el avance distal de dos colgajos del manguillo perimeatal ya proximar sus bordes mediales para formar el piso ventral de la nueva uretra. Luego, el glande se aproxima a la línea media sobre la nueva uretra. Un meato de boca ancha no es susceptible la reparación de tipo AMG. A menudo se usa en este caso la reparación con colgajo de base en el meato con resultados efectivos, si no existe curvatura del pene y hay piel móvil y bien vascularizada

elección de la mayoría de los cirujanos. Pueden usarse como parches sobre una franja de la placa uretral para completar la uretra o pueden tubularizarse y usarse como puentes sobre la brecha, entre la uretra nativa proximal y el final del glande. Un cierre impermeable de la nueva uretra bien vascularizada se forma con cuidado para que su calibre sea uniforme y su tamaño adecuado para la edad del niño (calibre 12 a 14 Fr en lactantes). Este cierre ayuda a eviatar el estrechamiento y la formación de sáculos, divertículos y fistulas.

Cosmética.

A veces una apariencia cosmética y una cobertura con piel vascularizada del cuerpo del pene, después de la uretroplastia, puede ser un gran reto para el cirujano pediatría. La transferencia de la piel dorsal vascularizada del prepucio hacia la cara ventral puede lograrse de varias maneras. Los ojales sobre la piel dorsal permiten que el pene salga a través de este defecto, lo que coloca al prepucio distal sobre la superficie ventral del pene. Esta maniobra tiene la ventaja de transferir piel bien vascularizada sobre la reparación, pero no es muy atractiva desde el punto de vista cosmético. Un método más satisfactorio para transferir piel a la cara ventral es la separación de la piel dorsal en la línea media en sentido longitudinal y avanzar las aletas alrededor a cada lado para encontrarse en la línea media. Esta técnica permite un cierre en la línea media ventral, lo cual simulará el rafe medio y permite un cierre subcoronal de la piel del prepucio en toda la circunferencia, lo cual simulará las líneas de sutura de una circuncisión normal. Otro anexo en este procedimiento es avanzar colgajos laterales de piel del prepucio interno a cada lado, hacia la línea media ventral del pene, al mismo tiempo de la glanduloplastia o cierre de las alas del glande. La aproximación de estas aletas en la línea media da la apariencia de un collar circunferencial intacto del prepucio, lo que aumenta más el potencial de un cierre cutáneo normal, desde el punto de vista anatómico.

Algunas personas, en especial los europeos, prefieren una apariencia incircuncisa del pene. En las reparaciones distales puede lograrse la reconstrucción del prepucio para obtener esta apariencia en ciertos casos. A menudo es necesaria la corrección de grados más importantes de transposición penoscrotal para evitar la apariencia

que se coloque el meato en la punta. En las variantes glandular y subcoronal al meato en la punta. En las variantes glandular y subcoronal la configuración del meato es el factor determinante para establecer qué técnicas moverán al meato en sentido distal sobre el glande. La meatoplastia con o sin avance dorsal, la movilización uretral distal y la tubularización o los colgajos con base en el meato son los métodos que se eligen en la mayoría de los casos de hipospadias distal. En las formas más proximales, la creación de una nueva uretra con colgajos cutáneos locales vascularizados o injertos libres permite colocar la uretra al final del pene, y el acanalamiento o separación del glande completa la colocación del meato en la punta del glande.

Forma glandular.

La creación de un glande simétrico con forma cónica es el objetivo de la glanduloplastia como parte de la reparación. Si se aproxima el tejido glandular lateral a la línea media en la cara ventral sobre la plastia o el avance del meato, se corrige la apariencia aplanada del glande para obtener una forma cónica más normal, desde el punto de vista anatómico. De la misma forma, la aproximación de las alas glandulares bien desarrolladas hacia la línea media, sobre la nueva uretra en un glande hendido, regresa a éste a su forma cónica normal.

Construcción Uretral.

La formación de la nueva uretra puede lograrse con colgajos cutáneos locales, varios tipos de injertos libres o colgajos vascularizados con pedículo. Los colgajos cutáneos locales pueden formarse de la piel in situ o la piel dorsal que se transfiere a la cara ventral en una etapa previa. En cualquiera de los casos es importante evitar que estos colgajos sean demasiado estrechos o delgados por el riesgo de comprometer su aporte vascular. Los injertos libres dependen para su sobrevivencia de un lecho con vascularización normal; por tanto, no deben colocarse en un canal cicatrizado. Un tejido subcutáneo y piel bien vascularizados deben cubrirlo para permitir la neovascularización correcta y la sobrevivencia del injerto. Los colgajos vascularizados que se movilizan del puerperio tienen un aporte sanguíneo más confiable que los injertos libre. Por eso, si se dispone de ellos, estos colgajos son la

Sin embargo, en cerca del 25% de las veces, la curvatura es secundaria a un cordón fibroso verdadero, que requiere división de la placa uretral y excisión del tejido fibroso⁹⁸ hasta la túnica albugínea. A veces, incluso después de la disección ventral extensa del tejido fibroso, una erección artificial repetida aún revela la presencia de curvatura ventral importante. Por lo regular, este hallazgo es secundario al problema poco frecuente de la desproporción de los cuerpos cavernosos, la cual se origina por deficiencia verdadera del desarrollo de los cuerpos cavernosos. Este problema puede tratarse al hacer un corte que libere la túnica albugínea ventral para extender la superficie ventral deficiente. Otra técnica es la excisión de los bordes de la túnica albugínea de la parte dorsal y rectificar el pene. Otros cirujanos han tenido éxito con la plicatura dorsal sin excisión de la túnica albugínea.

La inclinación ventral del glande es otro problema, sobre todo en las variantes distales. A menudo esta situación se corrige cuando se realiza la glanduloplastia. Si persiste la inclinación, la plicatura del tejido glandular sobre la parte dorsal de los cuerpos cavernosos puede corregir la inclinación ventral.

La rotación axial o torsión del pene es otro aspecto de la rectificación que debe manejarse. Por lo general este problema puede corregirse al liberar la fascia dartos hasta una zona tan proximal como sea posible sobre el cuerpo del pene. Esta maniobra permite que el cuerpo ventral rote de nuevo hacia la línea media y corrige la torsión. También puede existir curvatura o torsión sin hipospadias. El manejo incluye todo el espectro de técnicas que se usan cuando existe la malformación.

Colocación del meato.

La colocación del meato en la punta del glande no siempre fue una norma de la reparación del hipospadias. Se pensaba que el riesgo de complicaciones era demasiado alto para recomendar en forma rutinaria los procedimientos que colocaran al meato más allá del área subcoronal. Las reparaciones en etapas múltiples, populares en los años cincuenta y sesenta, se diseñaron sólo para lograr una localización subcoronal del meato. Por fortuna, en este momento las técnicas quirúrgicas ya mejoraron lo suficiente para que los procedimientos de canaladura y separación del glande se utilicen con complicaciones mínimas y ahora hacen posible

normal como sea posible debe ofrecerse a todos los niños, sin importar la gravedad de los defectos.

99

Edad de la reparación.

Los avances técnicos en los últimos decenios hicieron posible la reparación del hipospadias en la mayoría de los casos en el primer año de vida. Aún existe controversia respecto de la edad ideal para la reparación. Algunos investigadores prefieren retrasar la reparación hasta después de dos o tres años de edad. Otros prefieren reparar el defecto cuando el paciente tiene entre seis y 18 meses de edad. Un estudio comparó los riesgos emocionales, psicosexuales, cognocitivos y quirúrgicos para el hipospadias. Se recomendó una "ventana óptima" alrededor de los seis a 15 meses de edad para la reparación. A menos que otros problemas de salud o sociales requieran un retraso, el autor prefiere completar la reconstrucción del pene en el paciente pediátrico entre los seis y 12 meses de edad. El riesgo anestésico es bajo. A esta edad es mucho menos difícil que los padres cuiden al niño después de la operación que a un lactante mayor.

Objetivos de la reparación.

Los objetivos de la reparación del hipospadias se dividen en las categorías que siguen: a) rectificación completa del pene, b) colocar al meato en la punta del glande, c) construir una nueva uretra de calibre uniforme y e) obtener una cobertura cutánea satisfactora desde el punto de vista coméstico. Si pueden obtenerse todos estos objetivos es posible lograr la meta final de formar un pene "normal" para el niño con hipospadias.

Rectificación.

A veces es difícil juzgar la curvatura del pene en el período preoperatorio. La erección artificial por medio de la inyección de solución salina fisiológica en los cuerpos cavernosos, en el momento de la operación, permite establecer el grado exacto de curvatura. Esta curvatura puede originarse sólo por una atadura de la piel ventral o el tejido subcutáneo, la cual se corrige con la liberación de la piel y la capa dartos.

prepucio ventral. El meato hipospádico puede ser estenótico y es necesario examinarlo y calibrarlo cuidadosamente (cuando hay estenosis se hará meatotomía). En niños con hipospadias es mayor la frecuencia de testículos no descendidos; es necesario examinar el escroto para establecer esta posibilidad.

Datos de laboratorio, radiológicos y endoscópicos: Como los niños con hipospadias penoescrotal y perineal tienen con frecuencia escroto bífido y genitales ambiguos, está indicado practicar un frotis bucal y tipificación del cariotipo para establecer el sexo genético. La uretroscopia y cistoscopia son útiles para determinar si los órganos sexuales masculinos externos son anormales. En estos pacientes también está indicada una urografía excretora para descubrir otras anomalías congénitas de riñones y uréteres.

Algunos autores recomiendan el uso sistemático de la urografía excretora en todos los pacientes con hipospadias; sin embargo, parece tener poco valor en los tipos más distales del trastorno, porque al parecer la frecuencia de anomalías de vías urinarias altas no es mayor.

DIAGNOSTICO DIFERENCIAL.

Cualquier grado de hipospadias es una expresión de feminización. Es necesario valorar cuidadosamente las aberturas uretrales perineal y escrotal para determinar si el apicnete no es mujer con un síndrome suprarrenogenital androgenizado. La uretroscopia y cistoscopia ayudan a valorar el desarrollo de los órganos internos de la reproducción.²³

TRATAMIENTO.

El advenimiento de la anestesia segura, material fino para sutura, instrumentos delicados y un buen aumento óptico, permitieron que casi todos los tipos de hipospadias se reparan en pacientes pediátricos más jóvenes. Por lo general, la reparación se realiza de manera ambulatoria. Es incorrecto negar a un niño el beneficio de la reparación aduciendo que el defecto es "demasiado sutil" o que el riesgo de complicaciones es "muy alto". La oportunidad de hacer que el falo sea tan

²³ op cit; Smith, R. Donald, "Urología General....." p.p. 498.

rutinaria del tracto urinario superior. Sin embargo, cuando la asociación se estudia en forma selectiva, puede mostrarse que los tipos de hipospadias con riesgo quirúrgicamente importante de trastornos del tracto superior son las formas penescrotal y perinal y las que se asocian con enfermedades en otros sistemas orgánicos. Cuando existen una, dos o tres anomalías en otros sistemas la incidencia de anomalías importantes del tracto urinario superior es del 7, 13 y 37%, respectivamente. El mielomeningocele y el ano imperforado asociados tienen una incidencia del 33 y 46% respectivamente. En el hipospadias posterior aislado, la incidencia de trastornos del tracto urinario superior es del 5%. En el hipospadias medio y distal, cuando no existen anomalías asociadas en otros sistemas, el valor es similar al de la población general. Por tanto, se recomienda la vigilancia del tracto urinario superior por medio de un cistouretrógrafa miccional y ultrasonido renal o pielograma intravenoso en pacientes con las formas penescrotal y perineal de los hipospadias y en aquéllos con anomalías en otro sistema orgánico, por lo menos. La vigilancia debe realizarse en pacientes con otras indicaciones conocidas, como antecedentes de infección urinaria, síntomas obstructivos del tracto inferior, hematuria y antecedentes familiares importantes de anomalías en el tracto urinario.

El estado intersexual es otro trastorno potencial que se asocia con el hipospadias. Esta asociación es rar en las formas rutinarias de la enfermedad. La falta de descenso testicular, el micropene, la transposición penoescrotal o el escroto bífido, cuando se asocian con hipospadias, son signos de problemas potenciales intersexuales y son indicaciones para una valoración con vigilancia cariotípica.

DIAGNOSTICO CLINICO.

Pos signos y síntomas: Aunque los recién nacidos y niños pequeños rara vez tiene síntomas por el hipospadias, los mayores y adultos quizá se quejen de dificultades para dirigir el chorro urinario y de diseminación del mismo. El cordón (curvatura del pene) causará doblamiento del cuerpo, que puede impedir el coito. En los hipospadias perineal o penoescrotal será necesario orinar sentado y estas formas proximales pueden causar infertilidad. Una molestia adicional de casi todos los pacientes es el aspecto anormal (en capucha) del pene, por ausencia o deficiencia del

criptorquidia, anomalías cromosómicas o torsión. En un paciente con reparación exitosa de hipospadias, desde el punto de vista anatómico y sin anomalías asociadas que pudieran afectar al fecundidad, se espera un alto potencial de fecundidad y una función sexual normal. Sólo la observación estrecha de los pacientes pediátricos hasta la edad adulta, después de la corrección del hipospadias al principio de su vida, revelará la incidencia verdadera de disfunción sexual y problemas de fecundidad.²⁴

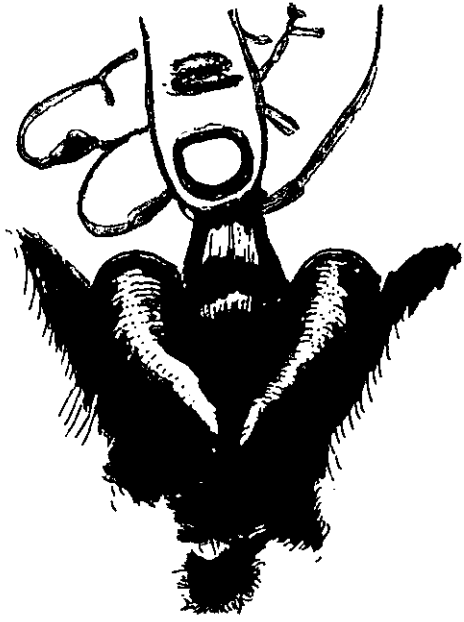
PRONÓSTICO.

“Después de la cirugía correctiva, la mayoría de los pacientes podrán orinar de pie y colocar semen en la vagina. En estos enfermos el mayor reto es aún el aspecto cosmético total y la prevención de fístulas.”²⁵

²⁴ibidem, Smith, R. Donald, “Urología General...” p.p. 497.

²⁵ibidem, Smith, R. Donald, “Urología General...” p.p. 498.

Trastornos del pene y la uretra masculina



Izquierda arriba: hipospadias, tipo penoscrotal. Prepucio dorsal redundante, deficiente en la ventral. Derecha arriba: hipospadias, tipo medio escrotal, Acordamiento más intenso.

II.-METODOLOGÍA.

Descripción del trabajo.

El siguiente trabajo tiene como base principal la filosofía y visión establecida por "Florence Ningtingale que en 1858 mencionó en sus escritos que la función principal de la Enfermería es el cuidado del enfermo, dicha idea es un legado de sus conceptos y filosofía empleada, que para poder llevarla a cabo se busca un método que sirva para desarrollar las leyes de los fenómenos que constituyen los Cuidados de Enfermería"²⁶; para tal efecto se utiliza el método del Proceso de Atención de Enfermería que es un sistema de planeación en la ejecución de los cuidados de Enfermería el cual se basa en el "método científico así como principios administrativos los cuales buscan alcanzar un objetivo en común"²⁷; en donde para este proceso, es la satisfacción de las necesidades de un paciente lactante mayor que se encuentra dependiente en sus aspectos de fuerza, conocimiento y voluntad, y por lo cual requiere el apoyo de personal altamente capacitado para dar la mejor posible solución a sus necesidades y poder alcanzar la independencia que requiere de acuerdo a su edad y roll social y familiar a la que pertenece; recordando que "la aplicación del método científico en el plan de cuidados del paciente ayudará a reducir: problemas de omisión de cuidados, sobrecarga de trabajo para el personal de Enfermería, desperdicios de material y equipo, utilización adecuada del mismo y sobre todo asegurar un control y respeto a los problemas del paciente."²⁸

Es por tal motivo que se decidió realizar un Proceso de Atención de Enfermería, el cual se presenta bajo el esquema de Virginia Henderson que incluye las etapas de Valoración, Planeación, Ejecución y la Evaluación donde de manera organizada y estratégica se buscó dar alcance a la satisfacción de las necesidades del paciente.

²⁶UNAM: Antología. "Fundamentos de Enfermería. "La Concepción Ningtingale"; tomo uno, editorial: Fundación UNAM, México, 1997; p.p. 72.

²⁷Tecla, J. Alfredo; Garza, Ramos Alberto: "Teoría, métodos y técnicas de la investigación social"; ediciones del Taller abierto; 13a. edición, México, 1980; p.p. 29.

²⁸ibidem, Atkison Leslie D: "Proceso de Atención de Enfermería";p.p. 2-7.

Es así que se inicia con la etapa de Valoración (el cual es el primer paso del Proceso de Atención de Enfermería), en donde se obtuvieron los datos más relevantes del paciente, en donde se utilizaron técnicas especiales como son: la observación, entrevista, la historia clínica, así como el examen físico; para este punto se decidió realizar una Historia Clínica de Enfermería en donde se contemplarán las cuatro técnicas anteriormente señaladas, y para tal efecto se presenta a continuación:

HISTORIA CLINICA DE ENFERMERÍA.

105

Valoración y datos básicos.

Propósito. Obtener información pertinente respecto a un paciente que se encuentra entre las 5 a 8 horas posteriores a la realización de *Plastía de Hipospadias* con objeto de iniciar un Plan de Cuidados de Enfermería.

Instrucciones: La siguiente historia clínica será aplicada a la persona encargada del cuidado del paciente, quien constatará datos importantes para la determinación de los diagnósticos de Enfermería así como los cuidados en relación a estos.

1.- DATOS BASICOS GENERALES DEL PACIENTE-CLIENTE.

A) Identificación:

Fecha de admisión: _____ Hora de salida del quirófano: _____

1.- Nombre: _____ Domicilio: _____

2.- Edad: _____ Peso: _____ Talla: _____

3.- Fecha de nacimiento: _____ Lugar de nacimiento: _____

4.- Escolaridad del paciente: _____

5.- Miembro de la familia/persona significativa: _____

6.- Aspecto a primera vista:

a) Físico: _____

b) Emocional: _____

B) Historia sobre salud en general:

1.- Diagnóstico médico:

a) Inicial primario: _____

b) Secundario posterior a cirugía: _____

2.- Antecedentes familiares:

	Vive	Edad de muerte	Causa de muerte
Padre: _____	_____	_____	_____
Madre: _____	_____	_____	_____
Hermanos: _____	_____	_____	_____

3.- Prácticas de salud:

a) Nutrición del paciente:

Preferencias del paciente: _____

b) Alergias:

a) alimentos: si () no () desconoce () cual/es: _____

b) medicamentos: si () no () desconoce () cual/es: _____

c) Toma algún medicamento especial para un padecimiento específico:

si () no () cual/es: _____

para que padecimiento: _____

quien lo recetó: _____ en donde: _____

2.- VALORACIÓN DE LAS NECESIDADES HUMANAS.

a) Percepción de enfermedad y hospitalización:

- Motivo de admisión al hospital: _____

¿Cuáles son sus expectativas al
tratamiento? _____ 106

b) Antecedentes y datos diversos:

¿Cuenta con todas las vacunas correspondientes a su edad? si () no ()
cuales: _____

¿Qué enfermedades previas ha padecido? _____

¿Ha requerido hospitalización? _____

¿Ha requerido alguna transfusión? _____

¿Ha tenido alguna experiencia desagradable con el equipo de
salud? _____

NECESIDADES BASICAS:

c) Oxigenación:

Subjetivo:

El paciente presenta:

Nauseas: si () no ()

Vomito: si () no ()

Agitación: si () no ()

Irritabilidad: si () no ()

Dificultad para respirar: si () no ()

Estertores evidentes: si () no ()

Dolor asociado con la respiración: si () no ()

Tos productiva: si () no ()

Tos seca: si () no ()

Disnea al hablar: si () no ()

Objetivo:

Requiere apoyo ventilatorio? si () no ()

Registro de signos vitales y características:

Frecuencia Respiratoria: _____ *min. Hora: _____

Frecuencia Cardíaca: _____ *min. Hora: _____

Tensión Arterial: _____ / _____ mmg. Hora: _____

Temperatura: _____ °C. Hora: _____

Estado de conciencia:

Conciente: si () no ()

Inconsciente: si () no ()

Decaído: si () no ()

Con restos de anestesia: si () no ()

Letargo: si () no ()

Coloración de piel/lechos ungueales/peribucal:

Rosado: si () no ()

Pálido: si () no ()

Cianótico: si () no ()

Circulación del retorno venoso:

Tiempo de llegada capilar: _____ *seg.

d) Nutrición e hidratación:

Subjetivo:

107

- Problemas de masticación y deglución: si () no () cual: _____
- Sobrepeso evidente: si () no ()
- Desnutrición evidente: si () no ()
- ¿Cómo influencia el estado de ánimo en su alimentación e hidratación?: _____

- ¿Con quién come habitualmente?: _____
- ¿Qué alimentos a tomado en las últimas 12 horas?: _____
- ¿Qué horario y número de comidas habituales realiza?: _____
- ¿Qué cantidad y tipo de líquidos bebe toma al día?: _____

Objetivo:

Turgencia de la piel:

- Hidratada: si () no ()
- Brillante: si () no ()
- Opaca: si () no ()
- Escamosa: si () no ()

Membranas mucosas orales:

- Secas: si () no ()

observaciones: _____

- Hidratadas: si () no ()

Funcionamiento neuromuscular y esquelético:

- Adecuado a edad: si () no () observaciones: _____
- Inadecuado a edad: si () no () observaciones: _____

Aspecto de dientes y encías:

- Dentadura limpia: si () no ()
- Presencia de Caries: si () no ()
- Presencia de Gingivitis: si () no ()
- Dentadura de acuerdo a su edad: si () no ()
- Presencia de sangrado u otra secreción: si () no ()

Toma de muestra de Destroxtix: si () no () porque?: _____

Hipoglucemia: si () no () cifra: _____ mmg.hora: _____

Hiperglucemia: si () no () cifra: _____ mmg.hora: _____

- El paciente se encuentra canalizado?: si () no ()

Solución parenteral: _____

- ¿Ya presentó diuresis?: si () no ()

e) Eliminación:

Subjetivo:

Hábitos intestinales:

- Diario/ por la mañana: si () no ()

- Diario/ por la noche: si () no ()
- Diario/ por la tarde: si () no ()
- Dos veces al día: si () no ()
- Tres veces al día: si () no ()
- más de tres veces al día: si () no ()

Características de las heces:

- Verdoso grumoso: si () no ()
- Café ópaco: si () no ()
- Amarillento: si () no ()
- Líquido: si () no ()
- Semilíquido: si () no ()
- Blanda: si () no ()
- Duro: si () no ()

Características de la orina:

- Cantidad aproximada de orina por 24 horas: _____

- Uso de laxantes: si () no ()
- Dolor al defecar: si () no ()
- Dolor en herida quirúrgica: si () no ()

Aspecto de herida quirúrgica:

- Férula con restos de sangre: si () no ()
- Férula sangrante: si () no ()
- Pene edematizado: si () no ()
- Pene con cianosis distal: si () no ()
- Férula limpia: si () no ()

Sujetación de la ferulación:

- Adecuada: si () no ()
- No adecuada: si () no ()

Características de la orina (sonda de cistostomía a derivación):

- Orina con sedimentos: si () no ()
- Orina color ambar: si () no ()
- Orina color amarillo pálido: si () no ()
- Orina hemática: si () no ()
- Orina de escasa cantidad (de 30 a 50 ml posterior a cirugía): si () no ()
- Orina de moderada cantidad (de 50 a 100 ml posterior a cirugía): si () no ()
- Orina de abundante cantidad (de 100 a 200 ml posterior a cirugía): si () no ()
- Dolor al orinar: si () no ()

Objetivo:

Abdomen:

- Aumentos de volumen: si () no ()
- Duro: si () no ()
- Palpable: si () no ()
- Doloroso: si () no ()

Ruidos intestinales:

- Peristaltismo: si () no ()

Palpación de vejiga urinaria:

- Globo vesical: si () no ()
- Doloroso: si () no ()

Pene:

Sangre abundante saliente de ferulación: si () no ()

Sangre alrededor de ferulación: si () no ()

No sangrante: si () no ()

Sonda de Cistostomía a derivación (fijación)

Con salida de líquido serohemático: si () no ()

Con salida de sangre fresca: si () no ()

Adecuada fijación: si () no ()

Inadecuada fijación: si () no ()

f) Termorregulación:

Subjetivo:

Adaptabilidad a los cambios de temperatura:

Siente frío: si () no ()

Siente calor: si () no ()

Tiene escalofríos: si () no ()

Se siente cómodo con la temperatura ambiental. si () no ()

Objetivo:

Características de la piel:

Presencia de ronchas: si () no () localización: _____

Presencia de vesículas: si () no () localización: _____

Presencia de úlceras: si () no () localización: _____

Presencia de edema: si () no () localización: _____

Presencia de lesiones: si () no () localización: _____

Caliente: si () no ()

Fría: si () no ()

Sudorosa: si () no ()

g) Moverse y mantener una buena postura:

Subjetivo:

¿Se orientó al familiar sobre la importancia de sujeción de miembros inferiores?:

si () no ()

Quién lo orientó?:

La enfermera: si () no ()

El médico: si () no ()

Otro personal: si () no ()

Las sujeciones de miembros inferiores, ¿son?:

Adecuadas a su talla: si () no ()

Inadecuadas a su talla: si () no ()

Las sujeciones de miembros inferiores, ¿protegen la integridad de la piel?:

si () no ()

La instalación del paciente en la unidad médica, (cama o cuna)¿ es?:

Adecuada: si () no ()

Inadecuada: si () no ()

Estado emocional que afecta a la postura del paciente:

Apatía: si () no ()

Postración: si () no ()

Depresivo: si () no ()

- Sobreexcitación: si () no ()

- Agresividad: si () no ()

¿Cuál es su postura habitual relacionada para el descanso y sueño? _____

Objetivo:

Tono muscular:

- Débil: si () no ()

- Fuerte: si () no ()

- Normal: si () no ()

Resistencia muscular:

- Débil: si () no ()

- Fuerte: si () no ()

- Normal: si () no ()

Fuerza músculo/esquelético:

- Normal: si () no ()

- Débil: si () no ()

- Inflamación: si () no ()

- Calambres: si () no ()

Estado de conciencia:

- Conciente: si () no ()

- Inconciente: si () no ()

h) Descanso y sueño:

Subjetivo:

Patrón habitual de sueño:

- Se acuesta a las : _____

- Horas de sueño aproximadamente: _____

Siesta: si () no () Hora: _____

Estado emocional:

- Quejumbroso: si () no ()

- Calmado: si () no ()

- Ansioso: si () no ()

- Enfadado: si () no ()

- Retraído: si () no ()

- Temeroso: si () no ()

- Irritable: si () no ()

- Inquieto: si () no ()

- Eufórico: si () no ()

- Fatiga: si () no ()

Objetivo:

Estado mental:

- Reactivo: si () no ()

- Adinámico: si () no ()

- Asténico: si () no ()

¿Responde a estímulos no dolorosos y dolorosos?: _____

Lenguaje:

- Adecuado para su edad: si () no ()

- Inadecuado para su edad: si () no ()

¿Presenta atención cuando se le llama?: si () no ()

¿Se concentra cuando se le pregunta algo en particular?: si () no ()

j) Uso de prendas de vestir adecuadas:

Subjetivo:

¿ Se encuentra protegido del medio ambiente con ropa adecuada de acuerdo a su patología? si () no ()

Objetivo:

La ropa de cama se encuentra:

- Limpia?: si () no ()

- Sucia?: si () no ()

La ropa de vestir se encuentra:

- Limpia?: si () no ()

- Sucia?: si () no ()

La ropa utilizada respeta su integridad física y ética del paciente?: si () no ()

j) necesidad de higiene y protección de la piel.

Subjetivo:

Olor corporal:

- Desagradable: si () no ()

- Normal: si () no ()

Objetivo:

Aspecto del aseo general del paciente:

- Sucio: si () no ()

- Limpio: si () no ()

Aspecto de aseo de genitales del paciente:

- Sucio: si () no ()

- Limpio: si () no ()

Estado de cuero cabelludo:

- Sucio: si () no ()

- Limpio: si () no ()

k) necesidad de evitar peligros.

Subjetivo:

¿Se encuentra sujetado adecuadamente de manera general?: si () no ()

Objetivo:

¿Se protege adecuadamente la instalación de venoclisis? si () no ()

¿Se protege adecuadamente la instalación de la STU? si () no ()

¿Se protege adecuadamente la instalación de la SCT? si () no ()

l) necesidad de comunicarse.

Subjetivo:

Rol en la estructura familiar: _____

Integridad de los órganos de los sentidos:

- Vista: adecuada () inadecuada ()

- Tacto: presente () no presente ()

- Olfato: presente () no presente ()

- Gusto: presente () no presente ()

- Audición: adecuada () inadecuada ()

¿Su crecimiento corresponde a su desarrollo?: si () no ()

- ¿Como se manifiesta?: _____
- ¿Cuál o quienes son las personas significativas para el paciente?: _____

112

Objetivo:

Habla claro: de acuerdo a su edad: si () no ()
Habla de manera confusa: si () no ()
Dificultad en la visión: si () no ()
Dificultad de la audición: si () no ()
Comunicación verbal/no verbal con la familia/con otras personas significativas: _____

m) necesidad de vivir según sus creencias y valores:

Subjetivo:

Creencia religiosa de los padre o tutores: _____

Objetivo:

¿ Su creencia religiosa le permite algún contacto médico y/o tratamiento quirúrgico, en donde se incluya transfusiones sanguíneas, para su paciente?
si () no ()
¿ Delimita la creencia religiosa del paciente alguna acción médica?
si () no () cual _____

n) necesidad de trabajar y realizarse.

Subjetivo:

- ¿ La remuneración de los padres o tutores le permite cubrir las necesidades básicas de la familia y por ende del paciente? si () no ()

Objetivo:

- ¿ Delimita la patología del paciente para que este sea aceptado dentro de su núcleo familiar?: _____
- ¿ De que manera se enfrentan, ustedes como padres (o tutores) ante la nueva situación de la patología de su paciente?: (activa/ pasiva): _____
- ¿ Influye el estado de ánimo en el trato del paciente?: si () no ()
- ¿ Cómo se refleja?: _____

o) necesidad de jugar y participar en actividades recreativas:

Subjetivo:

- El paciente de acuerdo a su edad, ¿ comprende la necesidad de encontrarse limitado en su movimiento?: si () no ()
- ¿ El familiar conoce la necesidad de participar conjuntamente en actividades recreativas con su paciente?: si () no ()
- ¿ El familiar conoce cuales actividades recreativas podría realizar de manera conjunta con su paciente?: si () no ()
- ¿Cuál es su juguete o actividad preferida?: _____

Objetivo:

Integridad del sistema neuromuscular:
- Edad que corresponde a su aspecto? si () no ()
¿ Rechaza las actividades recreativas?: si () no ()

¿porque?(explicar brevemente la causa)

113

p) necesidad de aprendizaje:

Subjetivo:

El familiar comprende la necesidad de llevar un control estricto de líquidos?

si () no ()

El paciente comprende la necesidad de no tocarse la ferulación? si () no ()

Objetivo:

Estado del sistema nervioso

- Coherente: si () no ()

- Incoherente: si () no ()

Otras manifestaciones: _____

La presente historia clinica cumple con los lineamientos estrictos de cualquier entrevista, y la información aquí obtenida servirá para obtener datos que ayudarán a la determinación de necesidades del paciente así como a la priorización de las mismas y solamente servirán para tal objetivo, respetando la confiabilidad de la información obtenida.

Realizada

por: _____

Hora: _____

Revisada

por: _____

Presentada la Historia Clínica de Enfermería, se dispone el siguiente formato en donde se determinó las principales necesidades del paciente en base a la aplicación de la Historia Clínica de Enfermería, ya que “los pacientes reciben cuidados de enfermería fundamentados en una valoración documentada de sus necesidades”²⁹ así como se realizaron los Diagnósticos de Enfermería, que según la NANDA, estos pueden ser reales, posibles, y potenciales; los cuales, cada uno lleva una estructura gramatical específica, situándonos que la utilización de etiquetas diagnósticas que se utilizarán en cada uno de la formación de estos nos servirán para: “proporcionar un nombre para el diagnóstico, una frase concisa o término que representa un patrón de claves relacionadas. Las etiquetas diagnósticas pueden incluir calificativos como alterado, deteriorado, depleciado, etc...”³⁰.

²⁹ ibidem; Alfaro; Apéndice B; “Estándares para los cuidados de enfermería de la Joint Commission on Accreditation of Healthcare Organizations relacionados con el registro”; p.p. 261.

³⁰ ibidem; Alfaro; Apéndice C; “Guías para someter a consideración los diagnósticos de enfermería”; p.p. 263.

DETERMINACIÓN DE NECESIDADES.
 según Historia Clínica de Enfermería
 para la obtención de Diagnósticos de Enfermería
 así como su jerarquización.

Concepto	Necesidad	Diagnóstico de Enfermería.	Importancia según el paciente. (tachar cual No corresponde)	Importancia según la Enfermera. (tachar cual No. corresponde)	Unificación de jerarquizaciones. (tachar cual No. corresponde)
- Oxigenación (c)	Subjetiva: __	_____	1	1	1
		_____	2	2	2
	Objetiva: __	_____	3	3	3
		_____	4	4	4
		_____	5	5	5
		_____	6	6	6
		_____	7	7	7
		_____	8	8	8
		_____	9	9	9
		_____	10	10	10
		_____	11	11	11
		_____	12	12	12
		_____	13	13	13
		_____	14	14	14
- Nutrición e hidratación (d)	Subjetiva: __	_____	1	1	1
		_____	2	2	2
	Objetiva: __	_____	3	3	3
		_____	4	4	4
		_____	5	5	5
		_____	6	6	6
		_____	7	7	7
		_____	8	8	8
		_____	9	9	9
		_____	10	10	10
		_____	11	11	11
		_____	12	12	12
		_____	13	13	13
		_____	14	14	14
- Eliminación (e)	Subjetiva: __	_____	1	1	1
		_____	2	2	2
	Objetiva: __	_____	3	3	3
		_____	4	4	4
		_____	5	5	5
		_____	6	6	6
		_____	7	7	7
		_____	8	8	8
		_____	9	9	9
		_____	10	10	10
		_____	11	11	11
		_____	12	12	12
		_____	13	13	13
		_____	14	14	14
- Termorregulación (f)	Subjetiva: __	_____	1	1	1
		_____	2	2	2
	Objetiva: __	_____	3	3	3
		_____	4	4	4
		_____	5	5	5
		_____	6	6	6
		_____	7	7	7
		_____	8	8	8
		_____	9	9	9
		_____	10	10	10
		_____	11	11	11
		_____	12	12	12
		_____	13	13	13
		_____	14	14	14
- Moverse y mantener buena postura (g)	Subjetiva: __	_____	1	1	1
		_____	2	2	2
	Objetiva: __	_____	3	3	3
		_____	4	4	4
		_____	5	5	5
		_____	6	6	6
		_____	7	7	7
		_____	8	8	8
		_____	9	9	9
		_____	10	10	10

			11 12 13 14	11 12 13 14	11 12 13 14	118
- Descanso y sueño (h)	Subjetiva: __ _____ _____ Objetiva: __ _____ _____	_____ _____ _____ _____ _____ _____	1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 11 12 13 14	1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 11 12 13 14	1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 11 12 13 14	
- Uso de prendas de vestir adecuadas (i)	Subjetiva: __ _____ _____ Objetiva: __ _____ _____	_____ _____ _____ _____ _____ _____	1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 11 12 13 14	1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 11 12 13 14	1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 11 12 13 14	
- Necesidad de higiene y protección de la piel (j)	Subjetiva: __ _____ _____ Objetiva: __ _____ _____	_____ _____ _____ _____ _____ _____	1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 11 12 13 14	1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 11 12 13 14	1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 11 12 13 14	
- Necesidad de evitar peligros (k)	Subjetiva: __ _____ _____ Objetiva: __ _____ _____	_____ _____ _____ _____ _____ _____	1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 11 12 13 14	1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 11 12 13 14	1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 11 12 13 14	
- Necesidad de comunicarse (l)	Subjetiva: __ _____ _____ Objetiva: __ _____ _____	_____ _____ _____ _____ _____ _____	1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 11 12 13 14	1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 11 12 13 14	1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 11 12 13 14	
- Necesidad de creencias y valores (m)	Subjetiva: __ _____ _____ Objetiva: __ _____ _____	_____ _____ _____ _____ _____ _____	1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 11 12 13	1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 11 12 13	1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 11 12 13	

			14	14	14
- Necesidad de trabajar y realizarse (n)	Subjetiva: _____ _____ _____	_____	1	1	1
		_____	2	2	2
		_____	3	3	3
		_____	4	4	4
		_____	5	5	5
		_____	6	6	6
		_____	7	7	7
	Objetiva: _____ _____ _____	_____	8	8	8
		_____	9	9	9
		_____	10	10	10
		_____	11	11	11
		_____	12	12	12
		_____	13	13	13
		_____	14	14	14
- Necesidad de jugar y participar en actividades recreativas (o)	Subjetiva: _____ _____ _____	_____	1	1	1
		_____	2	2	2
		_____	3	3	3
		_____	4	4	4
		_____	5	5	5
		_____	6	6	6
		_____	7	7	7
	Objetiva: _____ _____ _____	_____	8	8	8
		_____	9	9	9
		_____	10	10	10
		_____	11	11	11
		_____	12	12	12
		_____	13	13	13
		_____	14	14	14
- Necesidad de aprendizaje (p)	Subjetiva: _____ _____ _____	_____	1	1	1
		_____	2	2	2
		_____	3	3	3
		_____	4	4	4
		_____	5	5	5
		_____	6	6	6
		_____	7	7	7
	Objetiva: _____ _____ _____	_____	8	8	8
		_____	9	9	9
		_____	10	10	10
		_____	11	11	11
		_____	12	12	12
		_____	13	13	13
		_____	14	14	14
DATOS RELEVANTES DEL PACIENTE:	ASPECTO A PRIMERA VISTA: a) físico: _____ _____ _____ b) emocional: _____ _____ _____	ALÉRGICAS: a) alimentos: _____ _____ _____ b) medicamentos: _____ _____ _____	PREFERENCIAS PARA: a) su nombre: _____ _____ _____ b) algún alimento: _____ _____ _____	ACTIVIDADES RECREATIVAS DE MAYOR AGRADO: _____ _____ _____ _____ _____	TIPO DE SANGRE _____ GRUPO DE SANGRE _____ SIGNOS VITALES: temp: _____ f.c.: _____ f.r.: _____ t.a.: _____ peso: _____ talla: _____

Realizado por: _____
 Revisado por: _____
 fecha: _____

“Realizada la valoración e identificados los problemas y recursos específicos, se puede iniciar la planificación. Durante esta etapa, se desarrolló y anotó un plan de cuidados individualizado dirigido al logro de objetivos, diseñado para prevenir, resolver o controlar los problemas y ayudar a la persona a lograr un óptimo nivel de funcionamiento”³¹. Para tal efecto se presenta a continuación el formato que se utilizó para la concentración de dicha información:

³¹ ibidem, Alfaro; “Aplicación del Proceso de Enfermería; Planificación”; p.p. 128.

JERARQUIZACION DE NECESIDADES Y DETERMINACIÓN DE OBJETIVOS.

Nombre del paciente: _____

Edad: _____ Fecha: _____ Hora: _____

Nº. Progresivo/Necesidad.	Diagnóstico de Enfermería.	Objetivo/os.
1		
2		
3		
4		
5		
6		
7		
8		
9		
10		
11		
12		
13		
14		

Realizó: _____

Revisó: _____

Una vez organizados los datos, establecidas las jerarquizaciones de necesidades y los objetivos a cumplir, ha llago el momento de la fase de la Ejecución,¹²⁰ que como su nombre lo dice consta de llevar a cabo lo planeado en base de docuemntar las acciones de Enfermería y brindar atención de alta calidad y calidez, para tal efecto se dispondrá de un esquema en donde se establecieron los datos ya mencionados el cual se muestra a continuación:

El cual fué llenado por cada necesidad, y fue el mismo para cada diagnóstico. Como ya se mencionó, la evaluación se realizó de manera continua con el cumplimiento o no de los objetivos planteados, así como la realización de las intervenciones de Enfermería puesto que esto dió pie para " que se revisará se se lográon los resulados esperados, identificación de variables o factores que afectarán en el logro de los resultados esperados, decisión sobre si hubo que continuar, modificar o dar por finalziado el plan de cuidados"³² y de manera didáctica se incuyó dentro de la Ejecución-.

También cabe mencionar que para el caso presentado se eljió un paicente del Hospital General "Dr. Gaudencio González Garza", del Centro Médico "La Raza", el cual tuvo un Diagnóstico Médico de Plastia de Hipospadias, el cual fue recibido en el servicio de Cirugía Pediátrica ala C, 7° piso, en el turno de la noche con enlace del vespertino, lo anterior por las facilidades que de acuerdo a la propia institución fuerón otorgadas para la realización de las actividades realizadas con el paciente.

³²ibidem; Alfaro; "Aplicación del Proceso de Atención de Enfermería. Evaluación"; ...p.p.208.

III.-APLICACION DEL PLAN DE ATENCION DE ENFERMERIA.

123

3.1.-PRESENTACION DEL CASO CLINICO.

Nombre del paciente: Mora Hernández Juan Eduardo, cuya edad es de 3 años, 5 meses, que nació el: 18-03-97, su somatometría es de: peso: 17.450 kg y talla de 71.5 cm., fue ingresado al: Hospital General "Dr. Gaudencio González Garza", Centro Médico Nacional, "La Raza", IMSS, al Servicio de Cirugía Pediátrica el día 03-08-2000, ingreso al quirófano: 18:30 pm, y salió del quirófano: 22:46 pm

al cual se le detectarán las siguientes: NECESIDADES	cuyos SIGNOS Y SINTOMAS son:
1.- Descanso y sueño.	1.- Estado emocional del paciente quejumbroso, irritable, inquieto, así como salida del quirófano a la hora posterior a la que acostumbra a dormir.
2.- Oxigenación.	2.- Temperatura de 35.8°C, agitación e irritabilidad.
3.- Eliminación.	3.- Dolor de Hx Qx, pene edematizado, ferulación con restos de sangre, sonda de cistostomía con salida de orina con sedimentos, así como hemática.
4.- Uso de prendas de vestir adecuadas.	4.- Ropa inadecuada a la cirugía realizada, la cual no respeta la integridad física y ética del paciente, además de que la ropa de cama y de vestir se encuentra sucia.
5.- Termorregulación.	5.- Piel fría, presencia de escalofríos, y referencia del paciente de sentir frío, envuelto con sábanas.
6.- Nutrición.	6.- Ayuno estricto, malestar general, irritabilidad, coadyuvando a esto, la sujetación incómoda de los miembros inferiores (ms. infs.) que lo alteran aún más.
7.- Moverse y mantener buena postura.	7.- Sujetación de ms infs inadecuadas, instalación en la unidad médica inadecuada, sobreexcitación y agresividad del paciente con el personal médico, así como tono muscular y resistencia muscular fuerte.
8.- Necesidad de Higiene y Protección de la piel.	8.- Genitales sucios de restos de excremento.
9.- Necesidad de Evitar Peligros.	9.- Inadecuada fijación de instalaciones médicas: sonda de SCT, venoclisis, así como rechazo del paciente a punciones de venoclisis, agresividad, jaloneo y posible arrancamiento del procedimiento quirúrgico.
10.- Necesidad de comunicarse.	10.- Llanto del niño cuando no se encuentran estos con él.
11.- Aprendizaje.	11.- El paciente no sabe la importancia de no tocarse la ferulación de la Hx Qx.
12.- Necesidad de jugar y participar en actividades recreativas.	12.- Rechazo del paciente a llevar actividades recreativas, paciente quejumbroso e irritabilidad.

Con el **diagnóstico médico preoperatorio** de Hipospadias subglandular, y **diagnóstico médico posoperatorio** de Plastia de Hipospadias, el cual presenta ferulación formado por parche de gasa y tegaderm en Herida Quirúrgica (Hx. Qx.).

Sus **indicaciones médicas** son las siguientes:

- * Ayuno hasta nueva orden.
- * SVT
- * CGE.
- * Control de líquidos.
- * Cuidados específicos de SCT.
- * Vigilar sangrado de ferulación.

+ Soluciones para 8 horas:

- +++ Solución Glucosada al 5% -----300ml.
- +++ Sol salina ----- 70ml
- +++ Kcl----- 5 mEq.
- + Cefotaxima 450 mg IV c/ 8 hrs.
- + Metamizol 140 mg IV c/8 hrs, lento y diluido.
- * Reportar eventualidades.



VALORACION.

HISTORIA CLINICA DE ENFERMERÍA.

125

Valoración y datos básicos.

Propósito. *Obtener información pertinente respecto a un paciente que se encuentra entre las 5 a 8 horas posteriores a la realización de Plastia de Hipospadias con objeto de iniciar un Plan de Cuidados de Enfermería.*

Instrucciones: *La siguiente historia clínica será aplicada a la persona encargada del cuidado del paciente, quien constatará datos importantes para la determinación de los diagnósticos de Enfermería así como los cuidados en relación a estos.*

1.- DATOS BASICOS GENERALES DEL PACIENTE-CLIENTE.

A) Identificación:

Fecha de admisión:03-08-2000 Hora de salida del quirófano:22:46 p.m.

1.- Nombre:Mora Hernández Juan Eduardo Domicilio:Av. 16 de enero, s/n.Col Barrio Nuevo Tetepando, Del. Iztapalapa.

2.-Edad:3 años, 5 meses Peso:17.450 kg. Talla:71.5 cm.

3.- Fecha de nacimiento:18-03-97 Lugar de nacimiento: Tula de Allende, Hidalgo.

4.- Escolaridad del paciente:Lactante mayor.

5.- Miembro de la familia/persona significativa:Madre.

6.- Aspecto a primera vista:

a) Físico:Paciente con ferulación con restos de sangre, pene edematizado.

b) Emocional:Conciente, orientado, irritable, quejumbroso.

B) Historia sobre salud en general:

1.- Diagnóstico médico:

a) Inicial primario:Hipospadias mediopeneana.

b) Secundario posterior a cirugía:Plastia de hipospadias.

2.- Antecedentes familiares:

	Vive	Edad de muerte	Causa de muerte
Padre: <u>Juan Mera López</u>	si	no	no
Madre: <u>Elizabeth Hernández Cruz</u>	si	no	no
Hermanos: <u>hijo único</u>	no	no	no

3.- Prácticas de salud:

a) Nutrición del paciente:

Preferencias del paciente:leche con chocolate.

b) Alergias:

a) alimentos: si () no (X) desconoce() cual/es: _____

b) medicamentos: si () no (X) desconoce () cual/es: _____

c) Toma algún medicamento especial para un padecimiento específico:

si () no (X) cual/es: _____

para que padecimiento: _____

- Pálido: si () no (X)
- Cianótico: si () no (X)

Circulación del retorno venoso:

- Tiempo de llegado capilar: satisfactorio, completo *seg.

d) Nutrición e hidratación:

Subjetivo:

- Problemas de masticación y deglución: si () no (X) cual: _____
- Sobrepeso evidente: si () no (X)
- Desnutrición evidente: si () no (X)
- ¿Cómo influencia el estado de ánimo en su alimentación e hidratación?: el paciente se encuentra en el posoperatorio mediato, por lo cual por restricción médica mantiene ayuno, lo que provoca malestar general del paciente, e irritabilidad
- ¿Con quién come habitualmente?: con su mamá
- ¿Qué alimentos a tomado en las últimas 12 horas?: se ha mantenido en ayuno previo a la cirugía
- ¿Qué horario y número de comidas habituales realiza?: consume 4 comidas por día, las cuales son: desayuno: 8:00 am, almuerzo ligero: 12:00 am, comida: 15:00 pm, cena: 21:00 pm.
- ¿Qué cantidad y tipo de líquidos bebe toma al día?: toma de un litro a litro y medio incluido en comidas, además de leche entera.

Objetivo:

Turgencia de la piel:

- Hidratada: si (X) no ()
- Brillante: si () no (X)
- Opaca: si () no (X)
- Escamosa: si () no (X)

Membranas mucosas orales:

- Secas: si () no (X)

observaciones: _____

- Hidratadas: si (X) no ()

Funcionamiento neuromuscular y esquelético:

- Adecuado a edad: si (X) no () observaciones: se encuentra sujetado de ms inf.
- Inadecuado a edad: si () no (X) observaciones: _____

Aspecto de dientes y encías:

- Dentadura limpia: si (X) no ()
- Presencia de Caries: si () no (X)
- Presencia de Gingivitis: si () no (X)
- Dentadura de acuerdo a su edad: si (X) no ()
- Presencia de sangrado u otra secreción: si () no (X)

Toma de muestra de Destroxtix: si (X) no () cifra: entre 80 y 120 mmg.hora: 21:15

Hipoglucemia: si () no (X) cifra: _____ mmg.hora: _____

Hiperglucemia: si () no (X) cifra: _____ mmg.hora: _____

- El paciente se encuentra canalizado?: si (X) no ()

2.- VALORACIÓN DE LAS NECESIDADES HUMANAS.

a) Percepción de enfermedad y hospitalización:

127

- Motivo de admisión al hospital: Realización de cirugía.
- ¿Cuáles son sus expectativas al tratamiento?: Que la realización de la cirugía sea exitosa, y el tratamiento sea llevado a cabo lo mejor posible.

b) Antecedentes y datos diversos:

- ¿Cuenta con todas las vacunas correspondientes a su edad?: si (X) no ()
cuales: 1ª de BCG, 1ª, 2ª y 3ª con refuerzos de Sabin, 1ª, 2ª y 3ª de la triple viral, con refuerzos, 1ª de sarampión.

- ¿Qué enfermedades previas ha padecido?: solamente Rubéola, a los 2 años.

- ¿Ha requerido hospitalización?: no

- ¿Ha requerido alguna transfusión?: no

- ¿Ha tenido alguna experiencia desagradable con el equipo de salud?: no

NECESIDADES BASICAS:

c) Oxigenación:

Subjetivo:

El paciente presenta:

- Náuseas: si () no (X)
- Vómito: si () no (X)
- Agitación: si (X) no ()
- Irritabilidad: si (X) no ()
- Dificultad para respirar: si () no (X)
- Estertores evidentes: si () no (X)
- Dolor asociado con la respiración: si () no (X)
- Tos productiva: si () no (X)
- Tos seca: si () no (X)
- Disnea al hablar: si () no (X)

Objetivo:

Requiere apoyo ventilatorio?: si () no (X)

Registro de signos vitales y características:

- Frecuencia Respiratoria: 32 *min. Hora: 21:00 hrs
- Frecuencia Cardíaca: 120 *min. Hora: 21:00 hrs
- Tensión Arterial: 85/60 mmHg. Hora: 21:00 hrs
- Temperatura: 35.8 °C. Hora: 21:00 hrs

Estado de conciencia:

- Conciente: si (X) no ()
- Inconsciente: si () no (X)
- Decaído: si () no (X)
- Con restos de anestesia: si () no (X)
- Letargo: si () no (X)

Coloración de piel/lechos ungueales/peribucal:

- Rosado: si (X) no ()

Abdomen:

- Aumentos de volumen: si () no (X)
- Duro: si () no (X)
- Palpable: si (X) no ()
- Doloroso: si () no (X)

Ruidos intestinales:

- Peristaltismo: si (X) no ()

Palpación de vejiga urinaria:

- Globo vesical: si () no (X)
- Doloroso: si () no (X)

Pene:

- Sangre abundante saliente de ferulación: si () no (X)
- Sangre alrededor de ferulación: si (X) no ()
- No sangrante: si () no (X)

Sonda de Cistostomía a derivación (fijación)

- Con salida de liquido serohemático: si (X) no ()
- Con salida de sangre fresca: si () no (X)
- Adecuada fijación: si () no (X)
- Inadecuada fijación: si (X) no ()

f) **Termorregulación:**

Subjetivo:

Adaptabilidad a los cambios de temperatura:

- Siente frío: si (X) no ()
- Siente calor: si () no (X)
- Tiene escalofríos: si (X) no ()
- Se siente cómodo con la temperatura ambiental. si () no (X)

Objetivo:

Características de la piel:

- Presencia de ronchas: si () no (X) localización: _____
- Presencia de vesículas: si () no (X) localización: _____
- Presencia de úlceras: si () no (X) localización: _____
- Presencia de edema: si () no (X) localización: _____
- Presencia de lesiones: si () no (X) localización: _____
- Caliente: si () no (X)
- Fría: si (X) no ()
- Sudorosa: si () no (X)

g) **Moverse y mantener una buena postura:**

Subjetivo:

- ¿Se orientó al familiar sobre la importancia de sujeción de miembros inferiores?
si () no (X)

Quién lo orientó?:

- La enfermera: si () no (X)
- El médico: si () no (X)
- Otro personal: si () no (X)

Solución parenteral: solución glucosada al 5% - 300 ml.

solución salina ----- 70 ml.

kcl----- 12 mEq. para 8 horas.

¿Ya presentó diuresis?: si (X) no ()

e) Eliminación:

Subjetivo:

Hábitos intestinales:

- Diario/ por la mañana: si () no (X)
- Diario/ por la noche: si () no (X)
- Diario/ por la tarde: si () no (X)
- Dos veces al día: si (X) no ()
- Tres veces al día: si () no (X)
- más de tres veces al día: si () no (X)

Características de las heces:

- Verdoso grumoso: si () no (X)
- Café ópaco: si (X) no ()
- Amarillento: si () no (X)
- Líquido: si () no (X)
- Semilíquido: si () no (X)
- Blanda: si () no (X)
- Duro: si () no (X)

Características de la orina:

- Cantidad aproximada de orina por 24 horas: un litro aprox.

Uso de laxantes: si () no (X)

Dolor al defecar: si () no (X)

Dolor en herida quirúrgica: si (X) no ()

Aspecto de herida quirúrgica:

- Férula con restos de sangre: si (X) no ()
- Férula sangrante: si () no (X)
- Pene edematizado: si (X) no ()
- Pene con cianosis distal: si () no (X)
- Férula limpia: si () no (X)

Sujetación de la ferulación:

- Adecuada: si (X) no ()
- No adecuada: si () no (X)

Características de la orina (sonda de cistostomía a derivación):

- Orina con sedimentos: si (X) no ()
- Orina color ambar: si () no (X)
- Orina color amarillo pálido: si () no (X)
- Orina hemática: si (X) no ()
- Orina de escasa cantidad (de 30 a 50 ml posterior a cirugía): si () no (X)
- Orina de moderada cantidad (de 50 a 100 ml posterior a cirugía): si (X) no ()
- Orina de abundante cantidad (de 100 a 200 ml posterior a cirugía): si () no (X)
- Dolor al orinar: si (X) no ()

Objetivo:

Las sujetaciones de miembros inferiores, ¿son?:

- Adecuadas a su talla: si () no (X)
- Inadecuadas a su talla: si (X) no ()

Las sujetaciones de miembros inferiores, ¿protegen la integridad de la piel?:

si () no (X)

La instalación del paciente en la unidad médica, (cama o cuna)¿ es?:

- Adecuada: si () no (X)
- Inadecuada: si (X) no ()

Estado emocional que afecta a la postura del paciente:

- Apatía: si () no (X)
- Postración: si () no (X)
- Depresivo: si () no (X)
- Sobreexcitación: si (X) no ()
- Agresividad: si (X) no ()

¿Cuál es su postura habitual relacionada para el descanso y sueño?la madre menciona que el paciente acostumbra a dormir flexionado con las piernas sobre el pecho.

Objetivo:

Tono muscular:

- Débil: si () no (X)
- Fuerte: si (X) no ()
- Normal: si () no (X)

Resistencia muscular:

- Débil: si () no (X)
- Fuerte: si (X) no ()
- Normal: si () no (X)

Fuerza músculo/esquelético:

- Normal: si (X) no ()
- Débil: si () no (X)
- Inflamación: si () no (X)
- Calambres: si () no (X)

Estado de conciencia:

- Conciente: si (X) no ()
- Inconciente: si () no (X)

h) Descanso y sueño:

Subjetivo:

Patrón habitual de sueño:

- Se acuesta a las : 22:30 pm y se despierta a las 7:30 am aprox.
- Horas de sueño aproximadamente:9 horas aprox.

Siesta: si (X) no () Hora: 16:00-17:30 pm.

Estado emocional:

- Quejumbroso: si (X) no ()
- Calmado: si () no (X)
- Ansioso: si (X) no ()
- Enfadado: si (X) no ()

- Retraído: si () no (X)
- Temeroso: si () no (X)
- Irritable: si (X) no ()
- Inquieto: si (X) no ()
- Eufórico: si () no (X)
- Fatiga: si () no (X)

Objetivo:

Estado mental:

- Reactivo: si (X) no ()
- Adinámico: si () no (X)
- Asténico: si () no (X)
- ¿Responde a estímulos no dolorosos y dolorosos?: si _____

Lenguaje:

- Adecuado para su edad: si (X) no ()
- Inadecuado para su edad: si () no (X)
- ¿Presenta atención cuando se le llama?: si (X) no ()
- ¿Se concentra cuando se le pregunta algo en particular?: si (X) no ()

i) Uso de prendas de vestir adecuadas:

Subjetivo:

- ¿ Se encuentra protegido del medio ambiente con ropa adecuada de acuerdo a su patología? si () no (X)

Objetivo:

La ropa de cama se encuentra:

- Limpia?: si () no (X)
- Sucia?: si (X) no ()

La ropa de vestir se encuentra:

- Limpia?: si () no (X)
- Sucia?: si (X) no ()

La ropa utilizada respeta su integridad física y ética del paciente?: si () no (X)

j) necesidad de higiene y protección de la piel.

Subjetivo:

Olor corporal:

- Desagradable: si () no (X)
- Normal: si (X) no ()

Objetivo:

Aspecto del aseo general del paciente:

- Sucio: si () no (X)
- Limpio: si (X) no ()

Aspecto de aseo de genitales del paciente:

- Sucio: si (X) no ()
- Limpio: si () no (X)

Estado de cuero cabelludo:

- Sucio: si () no (X)
- Limpio: si (X) no ()

k) necesidad de evitar peligros.

Subjetivo:

- ¿Se encuentra sujetado adecuadamente de manera general? si () no (X)

Objetivo:

- ¿Se protege adecuadamente la instalación de venoclisis? si () no (X)

- ¿Se protege adecuadamente la instalación de la ferulación? si (X) no ()

- ¿Se protege adecuadamente la instalación de la SCT? si () no (X)

l) necesidad de comunicarse.

Subjetivo:

Rol en la estructura familiar: hijo único de padre jóvenes.

Integridad de los órganos de los sentidos:

- Vista: adecuada (X) inadecuada ()

- Tacto: presente (X) no presente ()

- Olfato: presente (X) no presente ()

- Gusto: presente (X) no presente ()

- Audición: adecuada (X) inadecuada ()

- ¿Su crecimiento corresponde a su desarrollo? si (X) no ()

- ¿Como se manifiesta?: através del habla, modo de comportarse y actitud.

- ¿Cuál o quienes son las personas significativas para el paciente?: padres del paciente.

Objetivo:

Habla claro: de acuerdo a su edad: si (X) no ()

Habla de manera confusa: si (X) no ()

Dificultad en la visión: si (X) no ()

Dificultad de la audición: si (X) no ()

Comunicación verbal/no verbal con la familia/con otras personas significativas: llorá cuando no se encuentran los padres con el niño.

m) necesidad de vivir según sus creencias y valores:

Subjetivo:

Creencia religiosa de los padre o tutores: católica.

Objetivo:

¿Su creencia religiosa le permite algún contacto médico y/o tratamiento quirúrgico, en donde se incluya transfusiones sanguíneas, para su paciente?

si () no (X)

¿Delimita la creencia religiosa del paciente alguna acción médica?

si () no (X) cual _____

n) necesidad de trabajar y realizarse.

Subjetivo:

- ¿La remuneración de los padres o tutores le permite cubrir las necesidades básicas de la familia y por ende del paciente? si (X) no ()

Objetivo:

- ¿Delimita la patología del paciente para que este sea aceptado dentro de su núcleo familiar?: no.

- ¿ De que manera se enfrentan, ustedes como padres (o tutores) ante la nueva situación de la patología de su paciente?: (activa/ pasiva): desean cooperar con el tratamiento del paciente, así como mantener la visita las 24 horas del día.

- ¿Influye el estado de ánimo en el trato del paciente?: si () no (X)

- ¿Cómo se refleja?: en el trato amable y atento hacia el paciente.

o) necesidad de jugar y participar en actividades recreativas:

Subjetivo:

- El paciente de acuerdo a su edad, ¿comprende la necesidad de encontrarse limitado en su movimiento?: si () no (X)

- ¿El familiar conoce la necesidad de participar conjuntamente en actividades recreativas con su paciente?: si (X) no ()

- ¿ El familiar conoce cuales actividades recreativas podría realizar de manera conjunta con su paciente?: si (X) no ()

- ¿Cuál es su juguete o actividad preferida?: jugar con sus carros de juguetes.

Objetivo:

Integridad del sistema neuromuscular:

- Edad que corresponde a su aspecto? si (X) no ()

¿Rechaza las actividades recreativas?: si (X) no ()

¿porque?(explicar brevemente la causa): el paciente se encuentra en el posoperatorio mediato, se encuentra quejumbroso, irritado, en una situación incomoda para su descanso y sueño, además presenta alteración en su patrón habitual de alimentación y sueño.

p) necesidad de aprendizaje:

Subjetivo:

El familiar comprende la necesidad de llevar un control estricto de líquidos? si (X) no ()

El paciente comprende la necesidad de no tocarse la ferulación? si () no (X)

Objetivo:

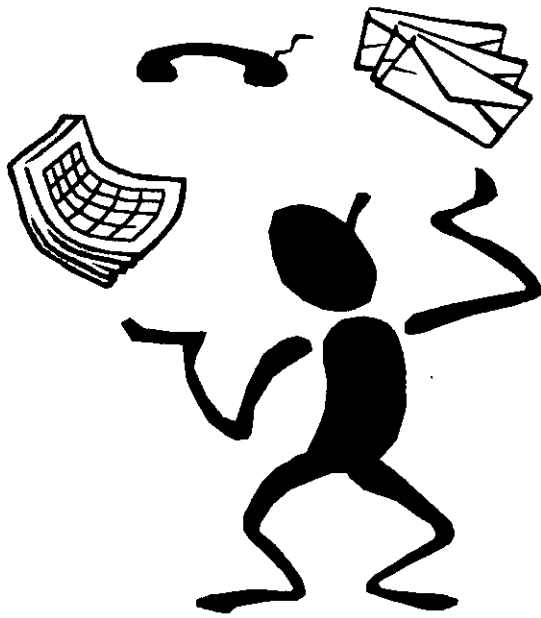
Estado del sistema nervioso

- Coherente: si (X) no ()

- Incoherente: si () no (X)

Otras manifestaciones: _____

La presente historia clínica cumple con los lineamientos estrictos de cualquier entrevista, y la información aquí obtenida servirá para obtener datos que ayudarán a la determinación de necesidades del paciente así como a la priorización de las mismas, y solamente servirán para tal objetivo, respetando la confiabilidad de la información obtenida.



DIAGNOSTICO DE ENFERMERIA.

DETERMINACIÓN DE NECESIDADES.

134

según Historia Clínica de Enfermería
para la obtención de Diagnósticos de Enfermería
así como su jerarquización.

Concepto	Necesidad	Diagnóstico de Enfermería.	Importancia a según el paciente. (tachar cual No. corresponde)	Importancia a según la Enfermera. (tachar cual No. corresponde)	Unificación de jerarquizaciones. (tachar cual No. corresponde)
- Oxigenación (c)	Subjetiva: <u>El paciente presenta agitación, iritabilidad.</u> Objetiva: <u>Presenta hipotermia de 35.8 °C</u>	<u>Hipotermia relacionada por la</u>	1	1	1
		<u>Plastia de</u>	2	2	2
		<u>Hipospadias, y</u>	3	3	3
		<u>manifestada por</u>	4	4	4
		<u>temperatura de</u>	5	5	5
		<u>35.8 °C, agitación e</u>	6	6	6
		<u>iritabilidad del</u>	7	7	7
		<u>paciente.</u>	8	8	8
			9	9	9
			10	10	10
			11	11	11
			12	12	12
			13	13	13
			14	14	14
- Nutrición e hidratación (d)	Subjetiva: <u>el paciente se encuentra en ayuno estricto, provocando malestar, iritabilidad, además de que mantiene un ayuno previo de 12 horas a la cirugía</u> Objetiva: <u>se encuentra sujetado de ms inf, lo que lo altera aún más.</u>	<u>Alteración de la nutrición relacionada por la</u>	1	1	1
		<u>realización de</u>	2	2	2
		<u>Cirugía de Plastia de Hipospadias</u>	3	3	3
		<u>manteniéndose en</u>	4	4	4
		<u>ayuno estricto, y</u>	5	5	5
		<u>manifestado por</u>	6	6	6
		<u>malestar general,</u>	7	7	7
		<u>iritabilidad, coadyuvando a esto, la</u>	8	8	8
		<u>sujeción incomoda de las ms inf,</u>	9	9	9
		<u>que lo altera aún más.</u>	10	10	10
			11	11	11
			12	12	12
			13	13	13
			14	14	14
- Eliminación (e)	Subjetiva: <u>Dolor en herida quirúrgica, ferula con restos de sangre, pene edematizado, orina con sedimentos, así como hemática.</u> Objetiva: <u>sangre alrededor de ferulación, con salida de líquido serohemático, fijación de sonda</u>	<u>Alteración de la eliminación urinaria</u>	1	1	1
		<u>relacionado por la</u>	2	2	2
		<u>realización de</u>	3	3	3
		<u>Cirugía de Plastia de Hipospadias y</u>	4	4	4
		<u>manifestada por</u>	5	5	5
		<u>dolor en herida</u>	6	6	6
		<u>quirúrgica, pene</u>	7	7	7
		<u>edematizado,</u>	8	8	8
		<u>ferulación con</u>	9	9	9
		<u>restos de sangre,</u>	10	10	10
		<u>sonda de</u>	11	11	11
		<u>cistostomía con</u>	12	12	12
		<u>salida de orina con</u>	13	13	13
			14	14	14

	<u>de cistostomía, inadecuada fijación de la misma).</u>	<u>sedimentos, así como hemática.</u>			
- Termorregulación (f)	Subjetiva: <u>siente frío, tiene escalofríos.</u> Objetiva: <u>la piel está fría.</u>	Termorregulación <u>ineficaz relacionada a la realización de Cirugía de Hipospadias, manifestada por piel fría, presencia de escalofríos, y referencia del paciente de sentir frío.</u>	1	1	1
			2	2	2
			3	3	3
			4	4	4
			5	5	5
			6	6	6
			7	7	7
			8	8	8
			9	9	9
			10	10	10
			11	11	11
			12	12	12
			13	13	13
			14	14	14
- Moverse y mantener buena postura (g)	Subjetiva: <u>no se ha orientado al familiar sobre la importancia de sujeción de miembros inferiores, las sujeciones de ms. infs. son inadecuadas a su talla, la instalación del paciente en la unidad médica (cama o cuna) es inadecuada, el estado emocional que afecta la postura del paciente es le sobre excitación y la agresividad contra el personal médico.</u> Objetiva: <u>su tono muscular es fuerte, así como su resistencia muscular.</u>	Detenoro de la <u>movilidad física relacionada a la realización de Cirugía de Hipospadias manifestado por sujeción de ms infs. inadecuadas, instalación en la unidad médica inadecuada, sobreexcitación y agresividad del paciente con el personal médico, así como tono muscular y resistencia muscular fuerte, así como que los familiares no conocen la importancia de mantener suletado al paciente de ms infs.</u>	1	1	1
			2	2	2
			3	3	3
			4	4	4
			5	5	5
			6	6	6
			7	7	7
			8	8	8
			9	9	9
			10	10	10
			11	11	11
			12	12	12
			13	13	13
			14	14	14
- Descanso y sueño (h)	Subjetiva: <u>su estado emocional es quejumbroso, ansioso, enfadado, imitable, inquieto.</u> Objetiva: <u>el paciente se encuentra reactivo.</u>	Alteración del <u>patrón de sueño relacionado a la cirugía efectuada manifestado por estado emocional del paciente quejumbroso, ansioso, enfadado, imitable, inquieto, así como salida del quirófano en hora posterior a la que el paciente acostumbra de dormir.</u>	1	1	1
			2	2	2
			3	3	3
			4	4	4
			5	5	5
			6	6	6
			7	7	7
			8	8	8
			9	9	9
			10	10	10
			11	11	11
			12	12	12
			13	13	13
			14	14	14

-Uso de prendas de vestir adecuadas (i)	<p>Subjetiva: <u>el paciente no se encuentra protegido del medio ambiente con ropa que sea adecuada a su patología.</u></p> <p>Objetiva: <u>la ropa de cama se encuentra sucia, así como la ropa de vestir, la ropa utilizada no respeta su integridad física y ética del paciente</u></p>	<p><u>Déficit del autocuidado asociado al vestido relacionado a la cirugía efectuada manifestada por ropa no adecuada a la cirugía realizada la cual esta no respeta la integridad física y ética del paciente además de que la ropa de vestir así como la de cama se encuentra sucia.</u></p>	1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 11 12 13 14	1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 11 12 13 14	1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 11 12 13 14
- Necesidad de higiene y protección de la piel (j)	<p>Subjetiva: <u>sin problemas evidentes.</u></p> <p>Objetiva: <u>aspecto de aseo de genitales del paciente es sucio.</u></p>	<p><u>Déficit del autocuidado asociado a la higiene relacionado por evacuaciones involuntarias en cirugía efectuada y manifestado por aspecto de los genitales sucios.</u></p>	1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 11 12 13 14	1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 11 12 13 14	1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 11 12 13 14
- Necesidad de evitar peligros (k)	<p>Subjetiva: <u>no se encuentra sujetado adecuadamente de manera general.</u></p> <p>Objetiva: <u>no se protege la instalación de venoclisis, no se protege la instalación de la SCT.</u></p>	<p><u>Alteración de la protección del paciente de manera general relacionada a la cirugía efectuada manifestada por que no se protege la instalación de la venoclisis así como la instalación de la SCT, adecuada mente así como por el rechazo del paciente a punciones de venoclisis así como agresividad, jaloneo y posible arrancamiento del procedimiento quirúrgico.</u></p>	1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 11 12 13 14	1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 11 12 13 14	1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 11 12 13 14
- Necesidad de comunicarse (l)	<p>Subjetiva: <u>no se encuentran problemas evidentes.</u></p> <p>Objetiva: <u>lloró cuando no se encuentran los padres con el niño</u></p>	<p><u>Temor relacionado a medio ambiente hospitalario para la realización de cirugía de Plastia de Hipospadias manifestado por llanto del niño cuando no se encuentran los</u></p>	1 2 3 4 5 6 7 8 9	1 2 3 4 5 6 7 8 9	1 2 3 4 5 6 7 8 9

	<u>niño.</u>	<u>encuentran los padres con él.</u>	9 10 11 12 13 14	10 11 12 13 14	10 11 12 13 14
- Necesidad de creencias y valores (m)	Subjetiva: <u>sin problemas evidentes.</u> Objetiva: <u>sin problemas evidentes.</u>	<u>Sin problemas evidentes</u>	1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 11 12 13 14	1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 11 12 13 14	1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 11 12 13 14
- Necesidad de trabajar y realizarse (n)	Subjetiva: <u>sin problemas evidentes.</u> Objetiva: <u>sin problemas evidentes.</u>	<u>Sin problemas evidentes.</u>	1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 11 12 13 14	1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 11 12 13 14	1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 11 12 13 14
- Necesidad de jugar y participar en actividades recreativas (o)	Subjetiva: <u>el paciente de acuerdo a su edad no comprende la necesidad de encontrarse limitado en su movimiento.</u> Objetiva: <u>el paciente rechaza actividades recreativas, puesto que se encuentra en el posoperatorio inmediato se encuentra quejumbroso irritable, en una situación incomoda para su descanso y sueño, además presenta</u>	<u>Déficit de llevar a cabo actividades recreativas relacionado al posoperatorio inmediato de la cirugía efectuada manifiesta por rechazo del paciente a llevar actividades recreativas, pa- ciente quejumbroso e irritable.</u>	1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 11 12 13 14	1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 11 12 13 14	1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 11 12 13 14

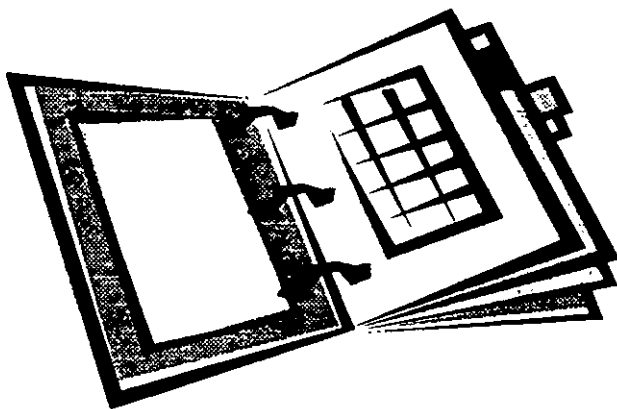
	<u>alteración en su patrón habitual de alimentación y sueño.</u>				138
- Necesidad de aprendizaje (p)	Subjetiva: <u>el paciente no comprende la necesidad de no tocarse la ferulación.</u> Objetiva: <u>sin problemas evidentes.</u>	<u>Déficit de conocimientos con lo que respecta a la realización de cirugía efectuada relacionada a la realización de cirugía de Hipospadias manifestada por no saber la importancia de no tocarse la ferulación de su hx qx.</u>	1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 11 12 13 14	1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 11 12 13 14	1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 11 12 13 14
DATOS RELEVANTES DEL PACIENTE:	ASPECTO A PRIMERA VISTA: a) físico: <u>paciente con ferulación con restos de sangre. pene edematizado.</u> b) emocional: <u>paciente orientado, irritable, quejumbroso.</u>	ALERGIAS: a) alimentos: <u>ninguno.</u> b) medicamentos: <u>ninguno.</u>	PREFERENCIAS PARA: a) su nombre: <u>Juan.</u> b) algún alimento: <u>lechuga con chocolate.</u>	ACTIVIDADES RECREATIVAS DE MAYOR AGRADO: <u>jugar con carros de juguete.</u>	TIPO DE SANGRE: <u>O</u> GRUPO DE SANGRE: <u>Rh+</u> SIGNOS VITALES: temp: <u>35.8°C</u> f.c.: <u>120*MIN</u> f.r.: <u>32*MIN</u> t.a.: <u>85/60 MMG</u> peso: <u>17.450KG</u> talla: <u>71.5CM</u>

Realizado por: V. Sánchez Falcón.

Revisado por: M.M. Mata Cortéz.

fecha: 03-08-2000.

hora: 22:50 pm.



PLANEACIÓN.

JERARQUIZACION DE NECESIDADES Y DETERMINACIÓN DE OBJETIVOS.

Nombre del paciente:

Mora Hernández Juan Eduardo.Edad: 3 años, 5 mesesFecha: 03-08-2000Hora: 22:50 pm

Nº.	Progresivo/Necesidad.	Diagnóstico de Enfermería.	Objetivo/os. (a corto plazo)
1	Descanso y sueño.	Alteración del patrón de sueño relacionado a la cirugía efectuada manifestado por estado emocional del paciente quejumbroso, ansioso, enfadado, irritable, inquieto, así como salida del quirófano en hora posterior a la que el paciente acostumbra a dormir.	- Disminuir el dolor en hx qx, así como favorecer un ambiente confortable para facilitar el descanso y sueño del paciente.
2	Oxigenación.	Hipotermia relacionado por la Plastia de Hipospadias, y manifestada por temperatura de 35.8°C, agitación e irritabilidad del paciente.	Regular la temperatura del paciente al grado de alcanzar la normotermia del mismo.
3	Eliminación.	Alteración de la eliminación urinaria relacionado por la realización de Cirugía de Plastia de Hipospadias y manifestada por dolor en herida quirúrgica, pene edematizado, ferulación con restos de sangre, sonda de cistostomía con salida de orina con sedimentos, así como hemática.	- Vigilar salida de hemorragia en sitio de hx qx, así como en la instalación de sonda de cistostomía. - Vigilar presencia de signos y síntomas de rechazo a ferulación. - Disminuir riesgo de extracción de sonda de ferulación.
4	Uso de pre---	Déficit del autocuidado asociado al vestido	Proporcionar prendas de vestir que sean

	das de vestir adecuadas.	relacionado a la cirugía efectuada manifestada por ropa no adecuada a la cirugía realizada la cual esta no respeta la integridad física y ética del paciente además de que la ropa de vestir así como la de cama se encuentra sucia.	adecuadas al tipo de cirugía realizada, y que propicien el confort del paciente.
5	Termorregulación.	Termorregulación ineficaz relacionada a la realización de Cirugía de Hipospadias, manifestada por piel fría, presencia de escalofríos, y referencia del paciente de sentir frío.	Favorecer un medio ambiente confiable que permita que el paciente se sienta cómodo con la misma y logre mantenerse en normotermia.
6	Nutrición.	Alteración de la nutrición relacionado por la realización de Cirugía de Plastia de Hipospadias manteniéndose en ayuno estricto, y manifestado por malestar general, irritabilidad, coadyuvando a esto, la sujetación incomoda de las ms infs, que lo altera aún más.	<ul style="list-style-type: none"> - Mantener líquidos parenterales continuos con dosis medicamentosas exactas. - Vigilancia de signos y síntomas de hipoglucemia del paciente.
7	Moverse y mantener buena postura	Deterioro de la movilidad física relacionada a la realización de Cirugía de Hipospadias manifestado por sujetación de ms infs inadecuadas, instalación en la unidad médica inadecuada, sobreexcitación y agresividad del paciente con el personal médico, así como tono muscular y resistencia muscular fuerte, así como que los familiares no conocen la importancia de mantener	<ul style="list-style-type: none"> - Proporcionar posiciones que mantengan una línea corporal que permitan en el paciente el descanso y sueño. - Orientar a los familiares sobre la importancia de mantener sujetado adecuadamente al paciente.

		sujeto al paciente de ms infs.	
8	<i>Necesidad de higiene y protección de la piel.</i>	Déficit del autocuidado asociado a la higiene relacionado por evacuaciones involuntarias en cirugía efectuada y manifestado por aspecto de los genitales sucios.	Mantener limpia la piel en general así como genitales.
9	<i>Necesidad de evitar peligros.</i>	Alteración de la protección del paciente de manera general relacionada a la cirugía efectuada manifestada por que no se protege la instalación de la venoclisis así como la instalación de la SCT. adecuadamente así como por el rechazo del paciente a punciones de venoclisis así como agresividad, jaloneo y posible arrancamiento del procedimiento quirúrgico.	Fijar adecuadamente las instalaciones médicas (venoclisis y sonda de cistostomía).
10	<i>Necesidad de comunicarse.</i>	Temor relacionado a medio ambiente hospitalario para la realización de cirugía de Plastia de Hipospadias manifestado por llanto del niño cuando no se encuentran los padres con él.	Evitar lo más posible que los familiares no se alejen de él por mucho tiempo.
11	<i>Aprendizaje.</i>	Déficit de conocimientos con lo que respecta a la realización de cirugía efectuada relacionada a la realización de cirugía de Hipospadias manifestada por no saber la importancia de no tocarse	Fomentar un ambiente educativo en el cual el paciente comprenda la necesidad de no tocarse la ferulación.

		la ferulación de su hx qx por parte del paciente.	142
12	<i>Necesidad de jugar y participar en actividades recreativas.</i>	Déficit de llevar a cabo actividades recreativas relacionado al posoperatorio mediato de la cirugía efectuada manifestada por rechazo del paciente a llevar actividades recreativas, paciente quejumbroso e irritabilidad.	Respetar decisión del paciente, y favorecer ambiente agradable para crear confianza al personal médico y de enfermería.

Realizó: V. Sánchez Falcón.

fecha: 03-08-2000.

hora: 22:50 pm.

PLAN DE ATENCION DE ENFERMERIA.

NOMBRE DEL PACIENTE: Mora Hernández Juan Eduardo. **EDAD:** 3 años, 5 meses. **FECHA:** 03-08-2000.

NECESIDAD: Descanso y sueño.

DIAGNOSTICO DE ENFERMERIA: Alteración del patrón de sueño relacionado a la cirugía efectuada manifestado por estado emocional del paciente quejumbroso, ansioso, enfadado, irritable, así como salida del quirófano en hora posterior a la que el paciente acostumbra a dormir.

OBJETIVOS/OS: Disminuir el dolor en hx qx, así como favorecer un ambiente confortable para facilitar el descanso y sueño del paciente.

INTERVENCIONES DE ENFERMERIA.	JUSTIFICACION	EVALUACION.
<p>(a) Discutir con el médico tratante las recomendaciones e indicaciones médicas postoperatorias para la atención de Juan.</p> <p>(b) Verificar indicaciones médicas para preparación de medicamentos parenterales, dándole prioridad al analgésico indicado.</p> <p>(c) Seguimiento de indicaciones médicas: preparación de Metamizol 140 mg IV c/8 lento y diluido a través de cuidados específicos como son:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1.- leer cuidadosamente indicación médica, 2.- cerciorarse que sean las indicaciones médicas del paciente a tratar, 3.- Preguntar a la madre o familiar si el paciente es alérgico a algún medicamento. 	<p>(a) Coordinación entre los miembros del equipo de salud, para la eficiencia y eficacia en el tratamiento del paciente, lo que ayudará a mejores resultados así como la prontitud de los mismos y la existencia de una mejor comunicación.</p> <p>(b) El dar prioridad al analgésico indicado es de suma importancia, ya que el paciente esta refiriendo dolor se manifiesta con facies de ansiedad, quejumbroso, inquietud, así como que el paciente se encuentra en un postoperatorio mediato, en donde este tiene un tiempo de terminada su cirugía de 5 a 8 horas, y es apenas cuando es enviado a piso a continuar con el tratamiento.</p>	<p>(a) Se estableció comunicación con el médico tratante el cual mencionó que recomendaba que el paciente se encontrará en un medio ambiente tranquilo y ajeno de ruido, así como mencionó que entre las órdenes médicas se encontraba el analgésico para ser ministrado, ya que en el transcurso de la cirugía no se colocó ninguno.</p> <p>(b) El paciente se manifiesta con dolor agudo, a causa de cirugía realizada, se siguen indicaciones médicas.</p> <p>(c) Se aplicó el medicamento conforme a las medidas precautorias dadas por el laboratorio, así como las necesarias para la ministración del mismo al paciente.</p> <p>Se observó que a las 23:45 PM cede dolor e inquietud, así como el paciente se encuentra con</p>

PLAN DE ATENCION DE ENFERMERIA.

NOMBRE DEL PACIENTE: Mora Hernández, Juan, Eduardo. EDAD: 3 años, 5 meses. FECHA: 03-08-2000.

NECESIDAD: Descanso y sueño.

INTERVENCIONES DE ENFERMERIA	JUSTIFICACION.	EVALUACION.
<p>4.- Verificar tres veces, durante la preparación del medicamento, que el nombre escrito en el rótulo corresponda al que se ordena: a) al tomar el recipiente del estante, b) al veter el medicamento o medir la dosis, c) antes de colocar el recipiente de nuevo sobre el estante.</p> <p>5.- Lavarse las manos.</p> <p>6.- Se elijirá aguja y jeringa que se encuentren estériles y de calibre y tamaño óptimo para la viscosidad del medicamento (calibre 19 a 22 y jeringa de 10 cm para dilución y de 3 a 5 cm para dosificación).</p> <p>7.- Antes de romper la ampolleta hermeticamente sellada, se golpeará la punta para que la solución que quedó en el cuello por constricción fluya dentro del cuerpo de la ampolleta.</p>	<p>Una vez realizada la valoración del paciente para la identificación del dolor, así como para "reconocer si el dolor es agudo o crónico, identificar las fases de la experiencia, observar las respuestas conductuales del paciente, e identificar del tipo de dolor y la reacción del paciente al mismo." 33</p> <p>Realizando la identificación del tipo de dolor (en este caso agudo), encontramos que la adaptación de las respuestas al dolor agudo son (entre otras): "aumento de presión arterial , aumento de frecuencia cardiaca, aumento de respiraciones, pupilas dilatadas, perspiración; concentración sobre el dolor, informes de dolor, llanto, gemidos, fricción de la parte que le duele, tensión muscular y ceñudo." 34.</p>	<p>una temperatura de 36.5°C, y se encuentra somnoliento. Pasa la noche tranquilo, dormitando. (24:00-6:00) Se toma la temperatura a las 2:00am y se obtiene un registro de 37°C. La temperatura a las 6:00am se obtiene una temperatura de 37°C.</p> <p>A las 7:00 AM sale el familiar por terminar visita y se altera el paciente, llorando este, quedando dormido al poco tiempo. (7:15)</p>

PLAN DE ATENCION DE ENFERMERIA.

NOMBRE DEL PACIENTE: Mora Hernández Juan Eduardo. **EDAD:** 3 años, 5 meses. **FECHA:** 03-08-2000.

NECESIDAD: Descanso y sueño.

INTERVENCIONES DE ENFERMERIA.	JUSTIFICACION.	EVALUACION.
<p>Si no esta una línea por donde pueda romperse se forma frotando varias veces con una lima en la parte estrecha del cuello de la ampollita .El mismo método empleado para quitar la punta limada de la ampollita puede usarse para romper una línea marcada. Es conveniente proteger las manos al romper la ampollita cubriendo el área con esponja, compresa de algodón o gasa empapadas en alcohol. Frotar el cuello de la ampollita con un antiséptico antes de romperlo ayudará a eliminar cualquiera contaminación externa.</p> <p>8.- Después de preparar la dosis individual, la enfermera estará preparada para administra el medicamento. Deberán tomarse precauciones para identificar el medicamento y el paciente comparando la información de la tarjeta de medicación con los datos proporcionados en puerta, mesilla de noche y brazaletes de identificación. Además, se pedirá al familiar que diga el nombre del paciente. Esto último es útil cuando no hay seguridad de que ha comprendido a la enfermera.</p>	<p>(c-1 a 9) "El analgésico utilizado. Metamizol a dosis de 140 mg IV, es requerido por ser: " un medicamento utilizado en el tratamiento sintomático de los procesos que cursen con refractarios a la recepción y transmisión del estímulo doloroso. En el SNC el Metamizol actúa en la médula espinal y en el tálamo. Su acción en la médula tiene lugar en el sistema polisináptico aferencial que es la área de La droga se distribuye ampliamente en todos los tejidos y penetra a los espacios sinoviales alcanzado una concentración más o menos igual a la mitad de la plástica. Los conjugados se excretan por orina y representan la mayor parte de la droga excretada, El Metamizol es un fármaco analgésico, antipirético y anti-inflamatorio. Su efecto analgésico se obtiene por impregnación neuronal en los receptores periféricos y en el sistema nervioso central.</p>	

PLAN DE ATENCION DE ENFERMERIA.**NOMBRE DEL PACIENTE:** Mora Hernández Juan Eduardo. **EDAD:** 3 años, 5 meses. **FECHA:** 03-08-2000. .**NECESIDAD:** Descanso y sueño.

INTERVENCIONES DE ENFERMERIA.	JUSTIFICACION.	EVALUACION.
<p>9.- Se preparará el medicamento conforme instrucciones de laboratorio.</p> <p>10.- Se procederá a la colocación del mismo conforme a dilución y velocidad requerida, verificando permeabilidad de la venoclisis, previsa asepsia de la región a puncionar.</p> <p>11.- Se vigilarán datos de: rechazo y alergia del medicamento mientras se pasa el mismo y posterior al ser colocado.</p> <p>12.- Se realizarán las anotaciones pertinentes en la hoja de Enfermería.</p> <p>13.- Se darán los cuidados específicos al material y equipo usado.</p> <p>14.- Se esperará el resultado obtenido posterior a la colocación del medicamento.</p>	<p>A nivel de los receptores periféricos (dérmicos, perósticos viscerales y vasculares), el Metamizol se fija haciendolos refractarios a al recepción y transmisión del estímulo doloroso. En el SNC el Metamizol actúa en la médula espinal y en el tálamo. Su acción en la médula tiene lugar en el sistema polisináptico aferencial que es el área de multiplicación y amplificación de los estímulos dolorosos. La regulación de la temperatura se efectúa en el hipotálamo , en el punto exacto en el cual se mantiene la temperatura corporal. Esta contraindicado en úlcera gastroduodenal activa, insuficiencia hepática, hepatitis, nefritis, dicrasias sanguíneas, insuficiencia cardiaca, oliguria.</p>	

PLAN DE ATENCION DE ENFERMERIA.

NOMBRE DEL PACIENTE: Mora Hernández, Juan Eduardo. EDAD: 3 años, 5 meses. FECHA: 03-08-2000.

NECESIDAD: Descanso y sueño.

INTERVENCIONES DE ENFERMERIA.	JUSTIFICACION.	EVALUACION.
	<p>Dado el peligro de hipotensión y choque, la inyección parenteral ha de practicarse lentamente, con el paciente acostado (2ml en 5 minutos, como máximo) y controlando la presión sanguínea, frecuencia cardiaca y respiración. El riesgo de una reacción de choque disminuye por una prueba previa con 0.1-0.2 ml y observación en el paciente durante 1-2 minutos, inmediatamente antes de administrar la dosis total.</p> <p>Las manifestaciones de sobre dosis son: somnolencia, pirosis, vómito, convulsiones, etc..." 35</p> <p>(c-10) La utilización de la vía venosa es por el hecho de que esta vía tiene como objetivo: " la concentración buscada del medicamento en sangre, que puede ser alcanzada con rapidez y eficacia, además que la dosis administrada (en algunos casos) no es más que el resultado de la observación clínica del sujeto."36</p>	

PLAN DE ATENCION DE ENFERMERIA.

NOMBRE DEL PACIENTE: Mora Hernández Juan Eduardo. EDAD: 3 años, 5 meses. FECHA: 03-08-2000. .

NECESIDAD: Descanso y sueño.

INTERVENCIONES DE ENFERMERIA.	JUSTIFICACION.	EVALUACION.
	<p>(c-10) " Los patógenos en el tubo IV pueden penetrar directamente en el torrente sanguíneo a través de la aguja. El equipo de venoclisis la parte de caucho del tubo IV se limpia con alcohol, se pinza el tubo y se introduce una aguja del número 25 a través de la doble pared que se obtura por sí misma.</p> <p>(c-11,12,13) La absorción demasiado rápida de fármacos puede producir reacciones tóxicas o choque. los fármacos deberán inyectarse lentamente, a la velocidad que especifiquen las instrucciones correspondientes. Después de inyectar la sustancia, se quita la pinza del tubo y así se restablece la corriente.</p>	

PLAN DE ATENCION DE ENFERMERIA.**NOMBRE DEL PACIENTE:** Mora Hernández Juan Eduardo. **EDAD:** 3 años, 5 meses. **FECHA:** 03-08-2000.**NECESIDAD:** Descanso y sueño.

INTERVENCIONES DE ENFERMERIA.	JUSTIFICACION.	EVALUACION.
	pacientes deberán saber qué fármacos se les administra, es parte de sus derechos. Es mejor que estas explicaciones las haga el médico. En ciertos casos, la enfermera profesional tal vez deba explicar las características de los fármacos. Posiblemente sea necesario que el enfermo sepa sólo de que tipo de fármacos se trata, pero a veces es de vital importancia que conozca el nombre del mismo."37	

Realizado por: V. Sánchez Falcón.**Revisado por:** M. M. Mata Cortes.

PLAN DE ATENCION DE ENFERMERIA.

NOMBRE DEL PACIENTE: Mora Hernández Juan Eduardo. **EDAD:** 3 años, 5 meses. **FECHA:** 03-08-2000.

NECESIDAD: Descanso y sueño.

NOTAS DE PIE DE PAGINA.

- 33.- ibidem, Brunner; "Manual de Enfermería Medicoquirúrgica, El paciente con dolor"; ... p.p. 248.
- 34.- ibidem, Brunner; "Manual de Enfermería Medicoquirúrgica, El paciente con dolor", ... p.p. 250-251.
- 35.- Diccionario de Especialidades Farmacéuticas, editado por: Ediciones PLM, S.A. de C.V; edición 41, México, 1995, p.p. 1123.
- 36.- King, M. Eunice; Lynn Wieck, et al; " Técnicas de Enfermería, Manual Ilustrado, Administración de medicamentos", editorial: Nueva Editorial, Interamericana S.A. de C.V., segunda edición; Méico D.F. 1985, p.p.322.
- 37.- op cit, King y Wieck; "Técnicas de Enfermería, Manual Ilustrado, Administración de medicamentos";... p.p. 339-341.

PLAN DE ATENCION DE ENFERMERIA.

NOMBRE DEL PACIENTE: Mora Hernández Juan Eduardo. **EDAD:** 3 años, 5 meses. **FECHA:** 03-08-2000.

NECESIDAD: Oxigenación.

.DIAGNOSTICO DE ENFERMERIA: Hipotermia relacionado por la Plastia de Hipospadias y manifestada por temperatura de 35.8°C, agitación e irritabilidad del paciente.

OBJETIVO/OS: Regular la temperatura del paciente al grado de alcanzar la normotermia del mismo.

INTERVENCIONES DE ENFERMERIA.	JUSTIFICACION.	EVALUACION.
<p>(a) Verificar el parámetro de la constante vital a través de técnica específica:</p> <p>1.- "La medición de cualquier toma de signos vitales deberá explicarse al niño y al familiar según sea su edad. Si es posible, debe hacerse comprender al niño que el procedimiento no lo lastimará. Muchas veces el niño cooperará más si se le permite manejar el equipo para medición de los signos vitales.</p> <p>2.- Se acercará el equipo y material necesario.</p> <ul style="list-style-type: none"> - termómetro (bucal, axilar o rectal, según la edad y estado del niño), - reloj con segundero, - pañuelo desechable, - lubricante, - torunda con alcohol, 	<p>(a) "La hipotermia es un estado en el que la temperatura corporal desciende por debajo de los límites normales."40, algunos de los factores relacionados a esta manifestación pueden ser: la exposición a un ambiente frío, (lo cual el paciente lleva un período de por lo menos 5 a 8 horas en un ambiente frío del quirófano, por la realización de la cirugía a la que fue sometido), enfermedades o traumatismos (el paciente se encuentra en un posoperatorio mediato), lesión que afecta la función del hipotálamo (en este caso, el paciente no tiene afección alguno del hipotálamo, pero según "entre las tres teorías sobre percepción y transmisión del dolor, se encuentra la que fue llamada de especificidad, la cual sostiene que</p>	<p>(a) Se tomó temperatura corporal según técnica específica, corroborando la temperatura inicial, 35.8°C,</p> <p>(b) Se procede a colocar lámpara calórfica (puesto que es este medio con el que se cuenta de manera institucional) con las medidas precautorias necesarias, dando aviso al médico de guardia sobre la temperatura de este, así como se informa a los padres y al paciente sobre tratamiento a realizar.</p> <p>(c) Se toma la temperatura a las 23:45 pm con el registro de 36.5°C. Se vuelve a tomar la temperatura a las 2:00am con el registro de 37°C. La temperatura a las 4:00am fue de 37.2°C. La temperatura a las 6:00 am fue de 37°C.</p>

PLAN DE ATENCION DE ENFERMERIA.

NOMBRE DEL PACIENTE: Mora Hernández Juan Eduardo. **EDAD:** 3 años, 5 meses. **FECHA:** 03-08-2000.

NECESIDAD. Oxigenación.

INTERVENCIONES DE ENFERMERIA.	JUSTIFICACION.	EVALUACION.
<p>3.- Realización de la intervención de Enfermería:</p> <ul style="list-style-type: none">- Temperatura: para impedir la irritación de mucosas y piel, el termómetro deberá limpiarse antes de usarse.- Los métodos y tipos de termómetros que se usarán son los siguientes:<ul style="list-style-type: none">* Rectal:<ul style="list-style-type: none">*(a) tome la temperatura rectal en niños menores de seis años a monos que se hayan sometido a cirugía rectal, sufran diarrea o algún tipo de anomalía del recto. La cifra normal es de 37.5°C.*(b) Mida la temperatura inicial en el neonato por vía rectal para asegurar la permeabilidad del recto además de conocer la temperatura corporal. Luego, mida la temperatura por el método axilar.*(c) La vía rectal es el método de elección si el niño no se ha sometido a	<p>los estímulos dolorosos entran en la médula espinal por los nervios raquídeos y sinapsan ipsolateralmente, después se elevan a varios niveles en el fascículo de Laissauer y a continuación cruzan la médula y ascienden al tálamo donde sinapsan de nuevo para llegar a la corteza cerebral al punto en que es percibido el dolor, y las respuestas a este dolor pueden ser fisiológicas."41;</p> <p>al ser afectado el tálamo el cual "se encuentra en el diencefalo, que está compuesto de dos masas laterales de substancia gris unidas por una pequeña masa intermedia gris, y que forma las paredes laterales del tercer ventrículo, en donde todos los impulsos aferentes que van al cerebro (excepto los del olfato) se retransmiten por cuerpos celulares del tálamo,</p>	

PLAN DE ATENCION DE ENFERMERIA.

NOMBRE DEL PACIENTE: Mora Hernández Juan Eduardo. EDAD: 3 años, 5 meses. FECHA: 03-08-2000.

NECESIDAD. **Oxigenación.**

INTERVENCIONES DE ENFERMERIA.	JUSTIFICACION.	EVALUACION.
<p>cirugía bucal, recibe oxígeno, o sufre convulsiones o cualquier dificultad respiratoria.</p> <p>* Axilar:</p> <p>*(a) Algunos métodos recomiendan el método axilar para lactantes menores de un año.</p> <p>*(b) Este método reduce la estimulación de la defecación.</p> <p>* Bucal:</p> <p>Use el método bucal para niños de seis años o más que puedan conservar la boca cerrada mientras el termómetro se encuentra en su sitio y que no lesionarán al morder el termómetro.</p> <p>El mercurio del termómetro se expande cuando se calienta. Una constricción en la línea del mercurio cerca del bulbo del termómetro impide que el mercurio retroceda más abajo de la cifra inferior. Antes de cada uso, sacuda el termómetro hacia abajo en forma vigorosa, con un movimiento de torsión firme, y seque el termómetro.</p>	<p>así como el hipotálamo que forma el piso y parte de las paredes laterales del tercer ventrículo, en donde se ha demostrado que el hipotálamo se encarga de controlar muchas funciones corporales y contienen centros para hambre, sed, sueño y vigilia, también se encuentra en el diencéfalo y regula la producción de secreciones u hormonas de la hipófisis, una de las glándulas endocrinas; se controla la temperatura al temblar o sudar para producir calor o disiparlo, y estos dos mecanismos son influidos por el hipotálamo^{41*}, en donde como se verá, al ser intervenido el dolor en el tálamo, y este el regulador de la temperatura, puede asociarse con la disminución de la temperatura con el dolor presentado, ropa inadecuada a la temperatura ambiental (como se mencionó en la recogida de datos, el paciente se encuentra con ropa inadecuada para la patología presentada, lo cual</p>	

PLAN DE ATENCION DE ENFERMERIA.NOMBRE DEL PACIENTE: Mora Hernández Juan Eduardo. EDAD: 3 años, 5 meses. FECHA: 03-08-2000.NECESIDAD. Oxigenación.

INTERVENCIONES DE ENFERMERIA.	JUSTIFICACION.	EVALUACION.
<p>Sostenga el termómetro en sentido horizontal al nivel de los ojos para leer la cifra.</p> <p>Las técnicas para medir la temperatura en niños son las siguientes:</p> <p>1) Rectal:</p> <ul style="list-style-type: none">* Lubrique la punta redonda del termómetro y, separando las nalgas del niño, insértelo con suavidad aproximadamente 2.5 cm en el recto del niño y sosténgalo en ese sitio durante cinco minutos.* En el lactante, sostenga el termómetro en una mano sobre las piernas del nene, para que no se de vuelta repentina y rompa el termómetro. <p>2) Bucal:</p> <p>Ponga el termómetro debajo de la lengua del niño una vez que se haya sacudido hasta por debajo de 35.6°C.</p> <p>Sostenga juntos los labios de los niños durante dos o tres minutos; luego extraiga el termómetro.</p>	<p>puede ser un factor que ayude a la hipotermia del paciente; otro factor puede ser la pérdida de calor por evaporación cutánea debido a ambiente frío (el paciente salió de quirófano a las 22:46 y al momento son las 22:50, hecho que de acuerdo a las condiciones climáticas, el paciente realiza un esfuerzo para mantener su temperatura de acuerdo a la del medio ambiente)., disminución del metabolismo (" el paciente al ser sometido a una agresión a su cuerpo, que en este caso es la realización de la cirugía, este se manifiesta con respuestas locales y se encuentra en defensiva a esta lesión, provocando una respuesta local a la liberación de sustancias químicas a partir de las células dañadas: histamina, lisosomas y cininas produciendo los siguientes efectos: primero, la actividad ordinaria de los órganos de hemostasia puede estar aumentada y, por lo tanto,</p>	

PLAN DE ATENCION DE ENFERMERIA.

NOMBRE DEL PACIENTE: Mora Hernández Juan Eduardo. EDAD: 3 años, 5 meses. FECHA: 03-08-2000.

NECESIDAD: Oxigenación.

INTERVENCIONES DE ENFERMERIA.	JUSTIFICACION.	EVALUACION.
<p>3) Axilar: Sostenga el termómetro (que se ha sacudido hasta 35.6°) en la axila seca del paciente, por delante del brazo, durante siete a diez minutos. Este tipo de medición requiere de un período relativamente largo para obtener una cifra exacta.</p> <p>(b) Una vez valorada la temperatura del paciente y corroborada esta, se procederá a la aplicación de medios físicos para la normotermia del paciente, de los que se cuentan con:</p> <p>"1.- Aplicaciones secas:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Armazón calorífica: armazón metálica en el que se encuentran varias entradas (sockets) para bombillas; es un medio de administrar calor radiante. - Lámpara calorífica: lámpara direccional con una bombilla de 60 vatios que se coloca de 45 a 60 cm del sitio corporal . Con la lámpara calorífica se administra calor seco. 	<p>se observa en estos casos incremento o descenso en el gasto cardiaco, en presencia de fiebre o hipotermia, así como de la actividad metabólica y por la misma razón del volumen respiratorio. Segundo, la hipófisis, glándulas suprarrenales y sistema nervioso simpático se halla aumentada e integrada en un patrón de respuesta encaminado a proteger el organismo en su totalidad contra enfermedades, y a integrar la respuesta homeóstática de manera que sea proporcionada con los requerimientos de la defensa corporal."42</p> <p>(a-1) "Para determinar de manera global el estado fisiológico del organismo se determinan diversos parámetros que, en condiciones normales, se mantienen estables, dentro de ciertos límites entre ellos, se encuentran la temperatura corporal.</p>	

PLAN DE ATENCION DE ENFERMERIA.

NOMBRE DEL PACIENTE: Mora Hernández Juan Eduardo. **EDAD:** 3 años, 5 meses. **FECHA:** 03-08-2000.

NECESIDAD: Oxigenación.

INTERVENCIONES DE ENFERMERIA.	JUSTIFICACION.	EVALUACION.
<p>- Bolsa de agua caliente: bolsa de caucho o plástico que se llena de agua (a la temperatura prescrita por el médico) y que se aplica a un sitio corporal para que le transmita calor.</p> <p>2.- Aplicaciones húmedas:</p> <p>- Compresas, se utilizan apósitos o paños húmedos. La compresa suele aplicarse a superficies pequeñas del cuerpo y debe cambiarse con frecuencia. Pueden ser calientes o frías, estéril o no, según lo ordene el médico.</p> <p>Las envolturas suelen aplicarse a superficies corporales extensas. Para cualquier aplicación, se requiere:</p> <p>+ preparar por adelantado al paciente para la diferencia de temperatura. La enfermera debe llevar todo el equipo a la cabecera y dar explicaciones a medida que emprende la aplicación prescrita. El enfermo debe conocer el objeto y resultado que se esperan del procedimiento.</p>	<p>La medición de estos indicadores sirve para evaluar la actividad de los órganos vitales (cerebro, corazón, pulmones), siendo su control una actividad de Enfermería.</p> <p>El practicar un control y registro de las constantes vitales en el momento de admisión del paciente, serán muy útiles como valores basales en las posteriores evaluaciones clínicas del paciente. Sólo deben tomarse las constantes vitales cuando el paciente está en reposo o llevando a cabo sus actividades normales.</p> <p>(a-2 al 3) La temperatura interna del organismo se mantiene prácticamente constante sobre los 37°C, requisito imprescindible para que se desarrollen con normalidad los procesos metabólicos. Sin embargo aún en condiciones normales, los resultados de la medición difieren en función del punto donde se toma: la temperatura oral es de 36.5-37.2°C mientras que la temperatura axilar es algo inferior (0.2-0.3°C más baja), y la temperatura rectal es algo superior (0.3-0.4°C más alta)."⁴³</p>	

PLAN DE ATENCION DE ENFERMERIA.**NOMBRE DEL PACIENTE:** Mora Hernández Juan Eduardo. **EDAD:** 3 años, 5 meses. **FECHA:** 03-08-2000.**NECESIDAD.** Oxigenación.

INTERVENCIONES DE ENFERMERIA.	JUSTIFICACION.	EVALUACION.
<p>Se a elegido por lámpara calorífica y envoltura del paciente con cobertor grueso, para este caso, se previsuala lo siguiente: La piel debera estar seca y limpia, a riesgo de causar quemaduras. Suele utilizarse bombilla de 60 vatios a 45 ó 60 cm de la superficie de la zona que debe tratarse. La lámpara se coloca a un lado del paciente y no por encima, pues podria caerse. Nunca debera colocarse debajo de la ropa de cama, pues podria provocarse un incendio. Durante el tratamiento, la zona se observa cada cinco minutos. Se recomienda que la duracion sea de 15 a 20 minutos. Los signos de reaccion adversa son: enrojecimiento y dolor. La piel debera estar húmeda, caliente y de color rosa al finalizar el tratamiento."39 La ayuda del cobertor coadyuvará a mantener el calor recibido.</p>	<p>(b) "Las aplicaciones calientes y frias son. agentes fisicos que se aplican a una zona del cuerpo del paicente, para producir cambios en la temperatura tisular, locales o generales, con objetivos terapeuticos. Las reacciones al calor y al frio se modifican segun la forma , duracion y temperatura de la aplicacion, estado del tejido y superficie corporal que se cubre. Dada la posibilidad de producir quemaduras y los acmbios que ocurren el organismo cuando se aplica calor local (vasodilatacion periferica, auemnto con frecuencia respiratoria, disminucion de la presion arterial, y de la produccion organica de calor y aumento del numero de leucocitos), es indidpensable contar con ordenes especificas del medico, que incluyan metodo, temperatura y duracion de la aplicacion. Deberan registrarse los signos vitales, entre ellos temperatura, antes de aplicar el calor.</p>	

PLAN DE ATENCION DE ENFERMERIA.**NOMBRE DEL PACIENTE:** Mora Hernández Juan Eduardo. **EDAD:** 3 años, 5 meses. **FECHA:** 03-08-2000.**NECESIDAD:** Oxigenación.

INTERVENCIONES DE ENFERMERIA.	JUSTIFICACION.	EVALUACION.
<p>(d) Toma de la temperatura posterior a la aplicación de medos físicos, a los 20 minutos.</p> <p>(e) Valorar el éxito de la aplicación.</p> <p>(f) Si es que se ha estabilizado la temperatura, retirar el equipo, si no es así, continuar con el mismo y evaluar datos de choque hemodinámico.</p> <p>(g) Tomar temperatura cada 4 horas o 6 horas según se requiera.</p> <p>(h) Realizar las anotaciones pertinentes en la hoja de Enfermería.</p> <p>(i) En caso de no tener respuesta favorable, valorar el éxito del tratamiento, dar aviso al médico tratante/guardia e incrementar medidas físicas.</p>	<p>(c-1) La lámpara calorífica, " produce calor radiante. Se utiliza para causar hiperemia (aumento de la circulación sanguínea), con lo que se hace llegar mayor cantidad de oxígeno y nutrimento de los tejidos".⁴⁴</p> <p>(d - g) También es importante encontrarse al tanto de la temperatura, puesto que: "el choque es una de las complicaciones posoperatorias más graves, cuyo transtorno básico es la incapacidad de aportar suficiente oxígeno a las células, y de eliminar los productos de desecho del metabolismo. Los signos clásicos son palidez, frialdad, humedad cutánea, respiración rápida, isquemia de párpados y labios, encías y lengua, pulso débil y filiforme, presión diferencial muy pequeña y a menudo hipotensión arterial.</p>	

PLAN DE ATENCION DE ENFERMERIA.NOMBRE DEL PACIENTE: Mora Hernández Juan Eduardo. EDAD: 3 años, 5 meses. FECHA: 03-08-2000.NECESIDAD: **Oxigenación.**

INTERVENCIONES DE ENFERMERIA.	JUSTIFICACION.	EVALUACION.
	<p>Las consecuencias fisiopatologicas del choque son: que el mayor impacto de todos los tipos de choque es ejercido sobre la microcirculación (arteriolas, capilares, vénulas - microvasculatura), la cual reacciona al choque en una serie de pasos. En estos pasos, disminuye el aporte de glucosa y oxígeno a las células, y aumentan los productos de desecho como lactato, es liberada histamina y se cierran los esfínteres poscapilares. El flujo capilar cobra entonces extremada lentitud, y el lecho se contrae quedando muy poco capilares abiertos. La circulación arteriovenosa continúa suministrando el oxígeno esencial para las venas vitales del corazón y cerebro. Los acúmulos de células pueden ser filtrados por los pulmones y de ahí pasar a la circulación general.</p>	

PLAN DE ATENCIÓN DE ENFERMERIA.

NOMBRE DEL PACIENTE: Mora Hernández Juan Eduardo. **EDAD:** 3 años, 5 meses. **FECHA:** 03-08-2000.
NECESIDAD: Oxigenación.

INTERVENCIONES DE ENFERMERIA.	JUSTIFICACION.	EVALUACION.
	<p>Su prevención del choque, es que consiste en preparación adecuada del paciente, mental y físicamente, e impedir cualquier complicación que pudiera surgir.</p> <p>Es necesario conservar cubierto al enfermo con sábanas o mantas ligeras.</p> <p>Se conserva caliente al enfermo pero se procura no calentarlo en exceso, para evitar la dilatación de los vasos cutáneos, y de este modo, privar de sangre a los órganos vitales. Se comienza el paso de una solución de glucosa al 5% en agua, por goteo intravenoso. Es necesario hacer que el sujeto descanse y valorar sus reacciones al tratamiento. Se le brindarán sostén y tranquilización para disipar su aprensión. Se administran sedantes con todo cuidado, según los ordene el médico para combatir el dolor, de modo que no deprima aún más la circulación."44*</p>	

PLAN DE ATENCION DE ENFERMERIA.

NOMBRE DEL PACIENTE: Mora Hernández Juan Eduardo. **EDAD:** 3 años, 5 meses. **FECHA:** 03-08-2000.

NECESIDAD: Oxigenación.

Realizado por: V. Sánchez Falcón.

Revisado por: M.M. Mata Cortes.

NOTAS DE PIE DE PAGINA:

38.- ibidem; King y Wieck, "Técnicas de Enfermería, Manual Ilustrado, Signos Vitales en Niños"; ...p.p.632-634.

39.- ibidem; King y Wieck, "Técnicas de Enfermería, Manual Ilustrado, Aplicaciones Calientes y Frías", ...p.p.270-281.

40.- op cit; Enciclopedia de la Enfermería, Vol. 1-"Fundamentos y técnicas"; ...p.p.16.

41.- ibidem; Brunner, "Enfermería medicoquirúrgica, El paciente con dolor";...p.p.251-253.

41*.- Dienhart, M. Charlotte; "Anatomía y Fisiología Humanas, Sistema Nervioso"; editorial: Nueva Editorial Interamericana S.A. de C.V.; tercera edición; México, D.F.;1981.p.p.101.

42.- ibidem; Brunner, "Enfermería medicoquirúrgica, Mecanismos homeostáticos y fenómenos fisiopatológicos ", ...p.p.115.

43.- ibidem; "Enciclopedia de la Enfermería, Técnicas de diagnóstico y tratamiento", Vol. 1.;...p.p.86-87.

44.- ibidem, King y Wieck; "Técnicas de Enfermería, Manual Ilustrado, Aplicaciones Calientes y Frías"...p.p.270, 278 y 279.

44*.- ibidem, Brunner; "Enfermería medicoquirúrgica, Tratamiento perioperatorio del paciente quirúrgico"; ...p.p.386-390.

PLAN DE ATENCIÓN DE ENFERMERIA.NOMBRE DEL PACIENTE: Mora Hernández Juan Eduardo. EDAD: 3 años, 5 meses. FECHA: 03-08-2000.NECESIDAD: Eliminación.DIAGNOSTICO DE ENFERMERIA: Alteración de la eliminación urinaria relacionado por la realización de Cirugía de Plastia de Hipospadias y manifestada por dolor en herida quirúrgica, pene edematizado, ferulación con restos de sangre, sonda de cistostomía con salida de orina con sedimentos, así como hemática.**OBJETIVO/OS:**

- Vigilar salida de hemorragia en sitio de hx qx, así como en la instalación de sonda de cistostomía.
- Vigilar presencia de signos y síntomas de rechazo a ferulación.
- Disminuir riesgo de extracción de ferulación.

INTERVENCIONES DE ENFERMERIA.	JUSTIFICACION.	EVALUACION.
(a) Recepción del paciente procedente del quirófano. (b) Instalación en la unidad médica correspondiente. - Se debe acercar el material y equipo necesario para la instalación del paciente en la unidad médica correspondiente, como es: ** Registro de admisión, * Balanza portátil, * Paquete de admisión, según procedimiento hospitalario, * Bata hospitalaria, * Reloj con segundero, * Estetoscopio y esfigmomanómetro.	(a) "El llevar a cabo una admisión adecuada del paciente al nivel hospitalario tiene como objetivos: 1.- Facilitar el ajuste a los padres al medio hospitalario. 2.- Observar y evaluar el estado del niño. 3.- Iniciar medidas diagnósticas primarias. 4.- Conservar la individualidad del niño; al iniciar las técnicas de admisión iniciales. 5.- Presentarse ante el niño y sus padres."50	(a) Se recibio al paciente procedente del quirófano a las 22:46 pm , se proporcionó información a los padres sobre el reglamento del servicio, a sí como se aclararon dudas. El familiar fue requerido por le médico de guardia para llenar datos alternos de la historia clínica. (b) Se inicia historia clínica de Enfermería a las 22:50, al mismo tiempo que se procede realizar exploración y observación del apicnete sobre características de hx qx, facies, estabilidad metabólica, etc... Se detecta que la ropa de vestir y de cama se encuentra sucia, con ayuda del familiar se procede a realizar cambio de la misma de acuerdo a

PLAN DE ATENCION DE ENFERMERIA

NOMBRE DEL PACIENTE: Mora Hernández Juan Eduardo EDAD 3 años, 5 meses FECHA 03-08-2000

NECESIDAD Eliminación.

INTERVENCIONES DE ENFERMERIA.

Aspectos terapéuticos.

- 1.- Debe darse la bienvenida con cortesía al niño y a su familia y si es posible, presentar al niño con los demás enfermos en la zona inmediata y con el resto del personal.
- 2.- La enfermera que admite al niño suele ser aquella que inicia el expediente.
- 3.- Los interrogatorios o entrevistas de enfermería varían según la institución, sin embargo, existen algunos temas básicos de información en este tipo de entrevista:
 - a) Procedimientos sistemáticos en el hogar, incluidas medidas disciplinarias,
 - b) Relaciones familiares en el hogar,
 - c) Hábitos dietéticos del niño u su familia,
 - d) Semejantes, parientes y amigos,
 - e) Antecedentes escolares, si es pertinente.
 - f) Juego o juguete favoritos
 - g) Actividades, pasatiempos y deportes preferidos.
 - h) Capacidad del niño para enfrentarse al estrés.

JUSTIFICACION.

- (b,c) El recibir al paciente en un ambiente agradable favorecedor al descanso y sueño, (cambio de ropa de cama y de vestir) tiene como objetivos los siguientes:
- 1.- "Ofrecer al paciente un ambiente limpio y confortable.
 - 2.- Prevenir úlceras de decúbito.
 - 3.- Proteger al paciente contra posibles infecciones.
 - 4.- Mantener o promover los hábitos de limpieza en el paciente y familiares teniendo como principios científicos los siguientes:
 - La humedad ocasionada por la diaforesis y excreciones orgánicas (orina, heces) coadyuvan a macerar la piel;
 - Las soluciones de continuidad en la piel y mucosas son puertas de entrada a los microorganismos;
 - El medio ambiente sucio y húmedo favorece el desarrollo de los microorganismo;
 - La piel y secreciones naturales del cuerpo son reservorios de microorganismos;

EVALUACION.

- (c-g) Se adecuan sujetaciones de ms infs, previa explicación al familiar así como al paciente, pidiendole su cooperación. (23:10)
- Se orienta al familiar sobre mantener libre la ferulación de cosas pesadas así como evitar lo más posible el roce con la misma, tambien se orienta sobre la sujetaciones de la sonda de cistostomia como la isntalación de la venoclisis, realizando as sujetaciones a vista del familiar. (23:20)
- Se explica al familiar y al paciente sobre la detección de signos de alarma de instalaciones médicas. (23:25)
- (h) Se procede a preparar antibiótico según prescripción médica, previa identificación del mismo en el expediente clínico del paciente conforme a la técnica específica como por precauciones propias del laboratorio. (23:30)
- (i) Se coloca el medicamento conforme a técnica específica, observando reacciones mientras pasa el mismo como al término. (23:35)

PLAN DE ATENCION DE ENFERMERIA

NOMBRE DEL PACIENTE: Mora Hernández, Juan, Eduardo EDAD 3 años, 5 meses FECHA: 03-08-2000

NECESIDAD: Eliminación.

INTERVENCIONES DE ENFERMERIA.	JUSTIFICACION.	EVALUACION.
<p>Experiencias anteriores con enfermedades u hospitalizaciones.</p> <p>j) Prácticas higiénicas del niño.</p> <p>k) Características del sueño.</p> <p>l) Características de la evacuación.</p> <p>m) Descripción de estado físico y mental del niño.</p> <p>n) Alergias y otros problemas físicos.</p> <p>La información del interrogatorio o entrevista de enfermería se pone en el expediente del niño.</p> <p>5.- Los signos vitales iniciales deberán medirse cuando el niño se encuentre tranquilo. También se miden en este momento. la estatura y peso. La presión arterial en general se mide en niños mayores de dos años.</p> <p>6.- Los estudios de laboratorio sistemáticos al momento de la admisión al hospital deben practicarse tan pronto como sea posible.</p>	<p>- Las personas enfermas son más susceptibles a las infecciones que las personas sanas":51</p> <p>(c,d) Además de la importancia de establecer un ambiente cómodo y propicio para la instalación del paciente en su unidad médica, debe importarse también su estado emocional en el cual se encuentra el paciente, que como se mencionó en la historia clínica de Enfermería, se encuentra quejumbroso, ansioso, irritable, etc..., por lo cual debemos poner especial interés de manejar este punto. Al establecer un ambiente agradable y que propicie el confort del paciente es para disminuir el "síndrome de adaptación general, que según Seyle, significa en esencia adaptación a las situaciones de alarma, este síndrome es dividido en tres fases, según la</p>	<p>Se realizan las anotaciones pertinentes.</p> <p>Se retira orina de sonda de cistostomía de color ámbar brillante, sin sedimentación, ni hemática.</p> <p>(6:00)</p> <p>Se cede edematización(6:00).</p> <p>Se observan fijación de sonda de cistostomía, la cual presenta escasa salida de líquido serohemático, se cambia fijación de la misma.</p> <p>Se coloca medicamento nuevamente al transcurso de 8 horas conforme indicación médica, previa realización de técnica específica. (7:35)</p> <p>Se realizan anotaciones pertinentes (7:40)</p>

PLAN DE ATENCION DE ENFERMERIA.

NOMBRE DEL PACIENTE: Mora Hernández Juan Eduardo. **EDAD:** 3 años, 5 meses. **FECHA:** 03-08-2000.

NECESIDAD: Eliminación.

INTERVENCIONES DE ENFERMERIA.	JUSTIFICACION.	EVALUACION.
<p>7.- Deberá verificarse en el expediente del niño si hay prescripciones médicas, que se realizarán tan pronto como sea posible."45</p> <p>(c) Cambio de ropa de cama si esta se encuentra sucia, al igual que la ropa del paciente, (por si esta se ensucio en el transcurso de traslado de quirófano al servicio), al realizar esta técnica se debe:</p> <p>"- proteger su uniforme cuidando no tocar con esta la ropa sucia,</p> <ul style="list-style-type: none"> - utilizar coordinadamente músculos y articulaciones para eviatar fatiga, - evitar colocar la ropa sucia en el piso, - reporte los desperfectos que encuentre en la cama o colchón, <p>**recabar el equipo necesario para el cambio de ropa:</p> <ul style="list-style-type: none"> - colcha, - dos sábanas grandes o standars, - cobertor, - sábana clínica, - funda, 	<p>duración y grado del estado de tensión a saber:</p> <p>1) reacción de alarma, durante el cual los productos químicos liberados por los tejidos locales en respuesta a la lesión estimulan el sistema nervioso central, por vía del sistema límbico y del hipótalamo, para iniciar respuestas rápidas del sistema nervioso simpático, y otras más lentas por parte de la hipófisis y las suprarrenales, durante la cual las respuestas tisulares son sostenidas,</p> <p>y 2) la etapa de agotamiento, cuando las defensas corporales son insuficientes para hacer frente el proceso morbooso arrollador y progresivo.</p> <p>La tensión emocional, ira, frustración y ansiedad no provocan una respuesta local triple, sino un incremento en la liberación de cortisol y una actividad excesiva y sostenida del sistema nervioso simpático (taquicardia, palidez y sudor de manos y pies).</p>	

PLAN DE ATENCION DE ENFERMERIA.

NOMBRE DEL PACIENTE: Mora Hernández Juan Eduardo. EDAD: 3 años, 5 meses. FECHA: 03-08-2000.

NECESIDAD: Eliminación.

INTERVENCIONES DE ENFERMERIA.	JUSTIFICACION.	EVALUACION.
<p>- tánico o bolsa para ropa sucia, - paño húmedo, - bolsa para desperdicio, - carro de transporte. realización de la técnica: 1.- Lavarse las manos, preparar el equipo y llevarlo a la unidad del paciente, 2.- Colocar la silla en la piecera de la cama y sobre ésta la ropa limpia en el orden que la va usar, 3.- Explicar al paciente el procedimiento y solicitar su colaboración. 4.- Cerrar las cortinas en tanto se realiza el procedimiento. 5.-Bajar la cabecera de la cama si el paciente lo tolera. 6.- Retirar la colcha y cobertor del mismo modo que en la cama abierta. 7.- Cubrir al paciente con la sábana</p>	<p>Así los sistemas de respuesta general destinados a proteger al cuerpo en presencia de situaciones de alarma producen ahora efectos de tipo morboso, que bien podemos decir culminan en una enfermedad de adaptación."52 (e) Los "dispositivos de sujeción para pacientes pediátricos es que es un medio para limitar el movimiento físico con objeto de facilitar el examen e impedir las lesiones el lactante o niño, cuyo fundamento son: conservar la seguridad del lactante o niño, permitir la curación y mantener el tratamiento quirúrgico, cuyos objetivos son: 1.- Explicar el objeto de los dispositivos de restricción al niño y padres para ganarse su cooperación, 2.- Usar dispositivos de restricción sólo cuando sea absolutamente necesario,</p>	

PLAN DE ATENCION DE ENFERMERIA.NOMBRE DEL PACIENTE: Mora Hernández Juan Eduardo. EDAD: 3 años, 5 meses. FECHA: 03-08-2000.NECESIDAD: Eliminación.

INTERVENCIONES DE ENFERMERIA.	JUSTIFICACION.	EVALUACION.
<p>superior y pedirle se coloque o colocarlo en decúbito lateral al lado opuesto de la enfermera (o en su caso levantarlo con el apoyo de sus familiares y/o camilleros puesto a la cirugía realizada).</p> <p>8.- Colocar la almohada debajo de la cabeza del paciente.</p> <p>9.- Recoger la sábana clínica de limpio a sucio, plegandola hacia el paciente.</p> <p>10.- Retirar con el paño húmedo las impurezas del hule y pliéguelo hacia el paicente.</p> <p>11.- Aflojar la sábana base y plegarla hacia el paciente.</p> <p>12.- Limpiar con el paño húmedo la mitad expuesta del cochón.</p> <p>13.- Colocar la sábana base en el centro de la cama para cubrir la mitad del colchón, fijela en la parte superior, debajo del colchón y hacer la cartera.</p>	<p>3.- Verificar los dispositivos de sujeción cada 15 minutos y quitarlos a intervalos que se especifiquen para permitir el movimiento de la extremidad.</p> <p>4.- Prevenir las complicaciones que pueden producirse a consecuencia de caídas.</p> <p>Se deben recordar que los retriñidores demasiado ceñidos dificultan la circulación.</p> <p>Asegurese con frecuencia que no existe henchazón o enrojecimiento."53.</p> <p>(e-1)En lo que respecta a la sonda de cistostomía:</p> <p>" La meta del cirujano en cualquier derivación urinaria en la reparación de hipospadias es proteger la nueva uretra del chorro de orina en la fase inicial de curación. En teoría, esta derivación debería disminuir el índice de complicacions, en especial el desarrollo de fistulas,</p>	

PLAN DE ATENCION DE ENFERMERIA.NOMBRE DEL PACIENTE: Mora Hernández Juan Eduardo. EDAD: 3años. 5 meses. FECHA: 03-08-2000.NECESIDAD: Eliminación.

INTERVENCIONES DE ENFERMERIA.	JUSTIFICACION.	EVALUACION.
<p>14.- Extender el hule clínico, colocar la sábana clínica que cubra totalmente el hule y fijar las tres piezas (sábana base, hule clínico y sábana clínica) debajo del colchón.</p> <p>15.- Quitar el camisón del paciente del brazo libre e inmediatamente coloque el camisón limpio.</p> <p>16.- Indicar o ayudar al paciente a pasar al lado limpio de la cama, retire el camisón sucio y termine de colocar el limpio.</p> <p>17.- Retirar la almohada, cambiar la funda y colocarla nuevamente al paciente.</p> <p>18.- Pasar al lado opuesto de la cama, retirar la ropa sucia y limpiar el hule clínico y colchón.</p> <p>19.- Extender la sábana base, hule y sábana clínica.</p> <p>20.- Fijar la sábana base en la parte</p>	<p>más sin embargo la cistostomía suprapúbica son incómodas y estorbosas para manejar en el posoperatorio."54;</p> <p>"La sonda suprapúbica es útil en varones cuando no es posible pasarla por la uretra, más sin embargo una sonda uretral permanente predispone a meatitis, uretritis y epididimitis. Es de esperar algún sangrado en los hombres, y debido al traumatismo de la mucosa puede presentarse sensación de ardor al orinar o polaquiuria. En los hombres que sufren prostatismo moderado puede desarrollarse retención urinaria aguda, que puede ser debida a edema por manipulación con los instrumentos. Puede presentarse exacerbaciones de infecciones de la porción inferior del sistema, en particular si hay orina residual. Y puede</p>	

PLAN DE ATENCION DE ENFERMERIA.

NOMBRE DEL PACIENTE: Mora Hernández Juan Eduardo. EDAD: 3años, 5 meses. FECHA: 03-08-2000.

NECESIDAD: Eliminación.

INTERVENCIONES DE ENFERMERIA.	JUSTIFICACION.	EVALUACION.
<p>superior del colchón y hacer cartera. Fijar sábana estandar, hule y sábana clínica a lo largo del colchón.</p> <p>21.- Colocar al paciente en decúbito dorsal en el centro de la cama.</p> <p>22.- Colocar sobre el paciente la sábana limpia. Pidale la sostenga o fijela abajo de los hombros del paicnete y retire la sábana sucia deslizándola hacia la piecera.</p> <p>23.- Colocar el cobertor y la colcha siguiendo los pasos que en la cama abierta.</p> <p>24.- Hacer el dobléz de cortesía con la sábana y colcha.</p> <p>25.- Hacer un dobléz o pliegue con las tres piezas a nivel de los pies del paciente.</p> <p>26.- Fijar la ropa en la piecera de la cama debajo del colchón y hacer cartera lateral.</p>	<p>desarrollarse una epididimitis si existe prostatocistitis. Los "escalosfríos uretrales" (bacteremia) pueden originar complicaciones sépticas y deben preverse después de instrumentación en presencia de una próstata infectada o reflujo vesicouretral."55</p> <p>(e-1) En lo relacionado a la instalación de la sonda de cistostomía a derivación: "Debemos recordar que las vías urinarias debido al pH de la orina son un medio propicio para el desarrollo de microorganismos. El uso de material estéril reduce la posibilidad de entrada de microorganismos a las vías urinarias. La fijación de la sonda encima del muslo facilita el movimiento del paciente y evita ser obstruida, la bolsa deberá conservarse por abajo del nivel de la vejiga para evitar reflujo de la</p>	

PLAN DE ATENCION DE ENFERMERIA.

NOMBRE DEL PACIENTE: Mora, Hernández Juan Eduardo. EDAD: 3 años, 5 meses. FECHA: 03-08-2000.

NECESIDAD: Eliminación.

INTERVENCIONES DE ENFERMERIA.	JUSTIFICACION.	EVALUACION.
<p>27.- Pasar el lado opuesto. Terminar el tendido de la cama siguiendo los apos anteriores.</p> <p>28.- Dejar al paciente en posición cómoda y ordenar la unidad."46</p> <p>(d) Sujetación del paciente de manera adecuada de acuerdo a la patología:</p> <p>"- Antes de aplicar un dispositivo de restricción, explique su objeto al niño y a los padres con amabilidad,</p> <p>- Ponga al paciente en posición cómoda antes de aplicar los dispositivos de inmovilización.</p> <p>- Alise la ropa del paicente y de cama antes del método.</p> <p>De acuerdo a la patología se debe hacerse llegar del equipo necesario para la sujetación, en este caso: sujetadores de muñeca y/o tobillo, o en su caso adecuarlos con algodón o guata, venda, apósito, tela adhesiva o cordones;</p>	<p>orina del tubo a la vejiga y posibles infecciones ascendentes.</p> <p>El circuito de drenaje de la orina se mantiene estéril cuando la sonda no se desconecta del tubo de derivación.</p> <p>Para extraer la orina se abre la llave que contiene la bolsa recolectora en la esquina inferior".56</p> <p>(e-2) El contar con una vía intravenosa: "sirve para propiciar los nutrientes básicos, disponer de un medio para administrar medicamentos, y para corregir un desequilibrio de electrolitos; además el sujetar adecuadamente el miembro que a de ser venipuncionado es para que el movimiento de las extremidades del niño no cause tensión en la vena y arriesgar a que se salga el cáteter.."57</p> <p>(e-3) En lo que respecta a la ferulación: "los vendajes para hipospadias deben lograr una presión suficiente sobre el</p>	

PLAN DE ATENCION DE ENFERMERIA.

NOMBRE DEL PACIENTE: Mora Hernández Juan Eduardo. EDAD: 3 años, 5 meses. FECHA: 03-08-2000.

NECESIDAD: Eliminación.

INTERVENCIONES DE ENFERMERIA.	JUSTIFICACION.	EVALUACION.
<p>ya establecido el equipo, se realizan las sujeciones de la siguiente manera: (antes de nada avisar al paciente y familiares la importancia de que el paciente se encuentre sujeto, tranquilizar al paciente, y es recomendable que se encuentre relajado para que no se lastime). a) colocar guata o algodón alrededor de la muñeca o tobillo a ser inmovilizado de manera que proteja la integridad de la piel, b) sobreponer apósito en el lugar de fijación, c) sujetar con cordones o venda el apósito de manera que este no se mueva y quede inmovilizado parcialmente de extremidades, sin alterar la circulación de la muñeca o tobillo d) realizar los amarres necesarios a base de la cama para impedir que este se lastime con un movimiento brusco".47</p>	<p>pene que ayude a la hemostasia y disminuya la formación de edema, sin comprometer la vascularidad de la reparación. También deben ser impermeables, si es posible, por lo menos durante las primeras 24 horas en aquellos pacientes que se sometieron a derivaciones urinarias que permitan el drenaje a los pañales. (f) En cuestión de hemorragia intraoperatoria puede ser problemática, pero con atención cuidadosa el uso juicioso del cauterio, casi siempre puede reducirse al mínimo. Pueden ser útiles los torniquetes e infiltraciones cutáneas con concentraciones diluidas de adrenalina, pero no deben reemplazar a la técnica cuidadosa. En cuestión de infección de la herida es un problema raro en la reparación de hipospadias, sobre todo en el paciente prepúber.</p>	

PLAN DE ATENCION DE ENFERMERIA.

NOMBRE DEL PACIENTE: Mora Hernández Juan Eduardo. EDAD: 3años, 5 meses. FECHA. 03-08-2000.

NECESIDAD: Eliminación.

INTERVENCIONES DE ENFERMERIA.	JUSTIFICACION.	EVALUACION.
<p>(e) una vez instalado adecuadamente el paciente en su unidad médica, se procederá a instalar las derivaciones médicas con las que el paciente salió de quirófano, en este caso se encuentra.</p> <ul style="list-style-type: none">- la sonda de cistostomía,- la instalación de venoclisis,- ferulación de hx qx. <p>1.-Sonda de Cistostomía:</p> <ul style="list-style-type: none">- Avisar al familiar y/o paciente sobre el procedimiento a realizar,- Hacerse allegar de material y equipo necesario para su instalación como puede ser: <p>"1.- Recipiente de torundas de algodón con sustancia limpiadora antibacteriana (de preferencia estériles),</p> <p>2.- Bacineta con agua,</p> <p>3.- Jabón,</p> <p>4.- Tolla pequeña y paño.</p>	<p>Mientras se mantenga una buena vialidad del tejido, la infección debe ser un problema menor."58</p> <p>(g) El uso de la Cefotazima, la cual se encuentra en un medio de presentación de 1g., y que es el medicamento de elección de acuerdo a cuadro básico institucional por el sector salud, es indicado para "prevenir infecciones simples o mixtas, producidas por gérmenes sensibles a la Cefotaxima, entre ellos: estafilococos, estreptococos, etc..., el espectro terapéutico abarca las siguientes infecciones locales y generales: infecciones del aparato respiratorio, renales y de vías urinarias eferentes, etc... Dado que la Cefotaxima no se absorbe por vía oral, este antibiótico se administra por vía parenteral.</p>	

PLAN DE ATENCION DE ENFERMERIA.

NOMBRE DEL PACIENTE: Mora Hernández Juan Eduardo. **EDAD:** 3 años, 5 meses. **FECHA:** 03-08-2000.

NECESIDAD: Eliminación.

INTERVENCIONES DE ENFERMERIA.	JUSTIFICACION.	EVALUACION.
<p>No debe haber dobleces o torsiones en el tubo. La limpieza de la sonda se lleva a cabo dos veces al día y según sea necesario".48"Se debe conectar el extremo de drenaje de la sonda al tubo estéril de la bolsa recolectara de la orina y suspéndala del marco lateral de la cama de modo que la orina drene por gravedad, fije la sonda en la cara anterior del muslo del paciente, deje al paicente cómodo, si el paicente deambula, explíquele cómo manejar la bolsa, así como al familiar, anote en la hoja de enfermería, fecha y hora de instalación, cantidad y características de la orina que se extrajo".48*</p> <p>2.-Instalación de la Venocllisis Periférica:</p> <ul style="list-style-type: none"> - "Si el niño es de edad duficiente, se le da una explicación de lo que se practicará. - Deberá informarse a los apdres la necesidad y procedimiento de administración de goteo intravenoso. 	<p>La excelente difución en los distintos líquidos y tejidos corporales es una de las características más favorables de la Cefotaxima para alcanzar las concentraciones en el foco infeccioso, necesarias para su acción terapéutica. El período de su vida biológica de la Cefotaxima oscila entre los 70 y 100 minutos (promedio 1 ó 2 horas), según datos obtenidos en los pacientes tratados en amplios ensayos clínicos. Se encuentra contraindicada en hipersensibilidad a las cefalosporinas y en casos de hipersensibilidad a la penicilina. Entre las precauciones se encuentra que apesar de la buena toleranica local y general de la Cefotaxima, en algún caso puede presentarse reacciones inflamatorias de la apred venosa que se pueden evitar con la inyección lenta (3 a 5 minutos).</p>	

PLAN DE ATENCION DE ENFERMERIA.NOMBRE DEL PACIENTE: Mora Hernández Juan Eduardo. EDAD: 3años, 5 meses. FECHA: 03-08-2000.NECESIDAD: **Eliminación.**

INTERVENCIONES DE ENFERMERIA.	JUSTIFICACION.	EVALUACION.
<ul style="list-style-type: none">- Si se usa alguna extremidad en el lactante o niño de corta edad, deberá sujetarse en forma apropiada.- La enfermera deberá tomar todas las precauciones para cerciorarse que el tubo no contenga aire, el frasco de líquido conectado al tubo y la bolsa graduada se sostienen en un equipo porta suero, lo que permite que el frasco cuelgue 45 a 60 cm por arriba del sitio de venipunción, además, la enfermera deberá abrir las pinzas y permitir que el líquido llene el tubo y la bolsa, lo que elimina todas las burbujas de aire.- Todo el equipo deberá ser estéril y estar en el cuarto disponible.- El frasco de solución se cuelga del portasueros, unos 45 a 60 cm por arriba del nivel de la vena o a una altura suficiente para la que gravedad venza la presión venosa.- El movimiento de las extremidades del niño causará tensión en la vena y posiblemente haga que se salga la aguja.	<p>Pueden presentarse también manifestaciones alérgicas, reacciones cutáneas, eosinofilia, fiebre medicamentosa, anafilaxia, leucopenia pasajera y aumentos transitorios de los valores enzimáticos séricos. En algunos casos se pueden presentar diarrea, sin que sea necesario suspender la medicación. Un shock anafiláctico es posible, pero extremadamente raro."59</p>	

PLAN DE ATENCION DE ENFERMERIA.

NOMBRE DEL PACIENTE: Mora, Hernández, Juan, Eduardo. EDAD: 3 años, 5 meses. FECHA: 03-08-2000.

NECESIDAD: Eliminación.

INTERVENCIONES DE ENFERMERIA.	JUSTIFICACION.	EVALUACION.
<p>Se inmoviliza al niño, se inmoviliza al niño con una media de nilón que se le ata a las manos y después a los resortes de la cuna". 49</p> <p>3.-Ferulación de hx qx:</p> <p>Por la cirugía realizada es recomendable que el roce de la ferulación sea lo menos posible con la ropa, cobertores u otra cosa que pueda afectar el objetivo de la cirugía, por lo cual.</p> <ul style="list-style-type: none">- se debe explicar la importancia de mantener intacta la ferulación de la hx qx a los familiares como al paciente mismo en un lenguaje comprensivo- explicar al familiar cuales son los signos de alarma de una posible hemorragia y/o infección del procedimiento quirúrgico;- colocar al paciente en posición cómoda que favorezca el descanso; <p>(f) Vigilar presencia de signos y síntomas de alarma en el posoperatorio mediato en el paciente y enseñar a los familiares a detectarlos.</p>		

PLAN DE ATENCION DE ENFERMERIA.

NOMBRE DEL PACIENTE: Mora Hernández Juan Eduardo. **EDAD:** 3 años, 5 meses. **FECHA:** 03-08-2000.

NECESIDAD: Eliminación.

INTERVENCIONES DE ENFERMERIA.	JUSTIFICACION.	EVALUACION.
<p>(g) Dar aviso al médico en caso de que aumenten los signos y síntomas ya existentes, o en su caso de alguna circunstancia de alarma.</p> <p>(h) Una vez propiciado el confort al paciente, se verificará el expediente, con el objeto de llevar a cabo indicaciones médicas en cuestión de medicamentos, puesto que es de vital importancia iniciar antibioticoterapia; 8 que en este caso es Cefotaxima 450 mg IV cada 8 horas), para lo cual se requiere: (se dará aviso al familiar y/o paciente sobre el procedimiento a realizar).</p> <p>1. - Leer cuidadosamente indicación médica,</p> <p>2. - Serciorarse que sean las indiciaciones médicas del paciente a tratar,</p> <p>3. - Preguntar a la madre o familiar si el paciente es alérgico a algún medicamento, (si es alérgico al medicamento a ser colocado dar aviso al médico).</p>		

PLAN DE ATENCION DE ENFERMERIA.

NOMBRE DEL PACIENTE: Mora Hernández Juan Eduardo. **EDAD:** 3 años, 5 meses. **FECHA:** 03-08-2000.

NECESIDAD: Eliminación.

INTERVENCIONES DE ENFERMERIA.	JUSTIFICACION.	EVALUACION.
<p>4.- Verificar tres veces, durante la preparación del medicamento, que el nombre escrito en el rótulo corresponda al que se ordena: a) al tomar el recipiente del estante, b) al verter el medicamento o medir la dosis, c) antes de colocar el recipiente de nuevo sobre el estante.</p> <p>5.- Lavarse las manos,</p> <p>6.- Se elijirá aguja y jeringa que se encuentren estériles y de calibre y tamaño ótimo para la viscosidad del medicamento (calibre 19 a 22 y jeringa de 10 cm para dilución y de 3 a 5 cm para dosificación).</p> <p>7.- Antes de romper la ampolleta herméticamente sellada, se golpeará la punta para que la solución que quedó en el cuello por constricción fluya dentro del cuerpo de la ampolleta. Si no esta una línea por donde pueda romperse se forma frotando varias veces con una lima en la parte estrecha del cuello de la ampolleta.</p>		

PLAN DE ATENCION DE ENFERMERIA.

NOMBRE DEL PACIENTE: Mora Hernández Juan Eduardo. **EDAD:** 3 años, 5 meses. **FECHA:** 03-08-2000.

NECESIDAD: Eliminación.

INTERVENCIONES DE ENFERMERIA.	JUSTIFICACION.	EVALUACION.
<p>Es conveniente proteger las manos al romper la ampollita curbiendo el área con esponja de algodón o gasa empapadas de alcohol. Frotar el cuello de la ampollita con un antiséptico antes de romperlo ayudará a eliminar cualquiera contaminación externa.</p> <p>8.- Después de preparar la dosis individual, la enfermera estará preparada para administrar el medicamento.</p> <p>Deberán tomarse precauciones para identificar el medicamento y el paciente comparando la información de la tarjeta de medicación con los datos proporcionados en puerta, mesilla de noche y brazalete.</p> <p>9.- Se preparará el medicamento conforme instrucciones de laboratorio.</p> <p>10.- Se procederá a la colocación del mismo conforme a diulación y velocidad requerida, verificando permeabilidad de la venoclisis, previa asepsia de la región a puncionar.</p> <p>11.- Se vigilarán datos de: rechazo y alergia del medicamento mientras se pasa el mismo y posterior al ser colocado.</p>		

PLAN DE ATENCION DE ENFERMERIA.

NOMBRE DEL PACIENTE: Mora Hernández Juan Eduardo. EDAD: 3 años, 5 meses. FECHA: 03-08-2000.

NECESIDAD: **Eliminación.**

Realizado por: **V. Sánchez Falcón**.

Revisado por: **M.M. Mata Cortes**.

NOTAS DE PIE DE PAGINA:

45.- ibidem, King y Wieck, "Técnicas de Enfermería, Manual Ilustrado, Admisión del paciente pediátrico"... p.p.514-515.

46.- Añorve, López Raquel; "Manual de procedimientos esenciales de fundamentos de Enfermería, Tendido de la cama con el paciente."; editorial: Dirección General de Publicaciones de la UNAM; México, 1984; p.p. 45-50.

47.- ibidem, King y Wieck, "Técnicas de Enfermería, Manual Ilustrado, Dispositivos de sujeción para pacientes pediátricos"...p.p.593-594.

48.- ibidem, King y Wieck; "Técnicas de Enfermería, Manual Ilustrado, Cuidado de la Sonda de Foley"...p.p.151-155.

48*- op cit, Añorve, López Raquel, "Manual de procedimientos esenciales de fundamentos de Enfermería, Cuidado de la sonda vesical a permanencia", ...p.p.139-140.

49.- ibidem, King y Wieck; "Técnicas de Enfermería, Manual Ilustrado; Goteo Intravenosos para Paciente Pediátrico"...p.p. 562-566.

50.- ibidem, King y Wieck, "Técnicas de Enfermería, Manual Ilustrado; Admisión del paciente pediátrico"; ... p.p.513.

51.- ibidem, Añorve, López Raquel, "Manual de procedimientos esenciales de fundamentos de Enfermería, Retiro de la ropa sucia y tendido de la cama abierta y Tendido de la cama con paciente"...p.p.40,45.

52.- ibidem, Brunner, "Enfermería Medicoquirúrgica, Mecanismos homeostáticos y fenómenos fisiopatológicos"...p.p.116,117.

53.- ibidem, King y Wieck; "Técnicas de Enfermería, Manual Ilustrado; Dispositivos de sujeción para pacientes pediátricos"; ...p.p.593,598.

PLAN DE ATENCION DE ENFERMERIA.

NOMBRE DEL PACIENTE: Mora Hernández Juan Eduardo. EDAD: 3 años. 5 meses. FECHA: 03-08-2000.

NECESIDAD: Eliminación.

54.- Hipospadias, ...p.p.729.

55.- op cit, Smith; "Urología General, Exploración del sistema urinario con instrumentos"...p.p.135 - 141.

56.- ibidem, Añorve, López Raquel, "Manual de procedimientos esenciales de fundamentos de Enfermería, Cuidados de la sonda vesical a permanencia"...p.p.137, 139 y 140.

57.- ibidem, King y Wieck, "Técnicas de Enfermería, Manual Ilustrado, Goteo intravenosos para paciente pediátrico"; ...p.p.562, 565.

58.- Hipospadias, ...p.p.731.

59.- op cit; "Diccionario de especialidades farmacéuticas, Cefotaxima";...p.p.524 y 525.

PLAN DE ATENCION DE ENFERMERIA.

NOMBRE DEL PACIENTE: Mora Hernández Juan Eduardo. EDAD: 3 años, 5 meses. FECHA: 03-08-2000.

NECESIDAD: Uso de prendas de vestir adecuadas.

DIAGNOSTICO DE ENFERMERIA: Déficit del autocuidado asociado al vestido relacionado a la cirugía efectuada manifestada por ropa no adecuada a la cirugía realizada la cual esta no respeta la integridad física y ética del paciente además de que la ropa de vestir así como la de cama se encuentra sucia.

OBJETIVO/OS: Proporcionar prendas de vestir que sean adecuadas al tipo de cirugía realizada, y que propicien el confort del paciente.

INTERVENCIONES DE ENFERMERIA.	JUSTIFICACION.	EVALUACION.
<p>(a) Efectuar cambio de ropa de cama y de vestir, de conformidad con la técnica específica:</p> <p>1.- Valorar las condiciones de la unidad médica como la ropa de cama, y las del propio paciente para poder realizar la técnica sin implicación de su estado fisiopatológico.</p> <p>2.- Comunicar al paciente y familiar sobre el procedimiento a realizar.</p> <p>3.- Pedir su cooperación, en el mismo.</p> <p>4.- En caso de necesitar ayuda del familiar o camillero para movilización del paciente dar aviso previamente a los mismos.</p> <p>5.- Hacerse allegar del " material y equipo necesarios:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Colcha, - Dos sábanas grandes. - Cobertor. 	<p>(a) El efectuar el cambio de ropa de cama así como todo lo que rodea el confort y descanso del paciente (unidad médica "cuna o cama", y ropa de vestir "camisón o bata"); es con el fin de: "crear un ambiente adecuado para que el paciente imposibilitado de dejar la cama pueda llevar a cabo sus actividades normales durante las 24 horas del día, y crear un medio ambiente adecuado para la comodidad y reposo del paciente."61</p> <p>Con respecto a sus objetivos es:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Crear un medio limpio, - Permitir la comodidad física, - Contribuir a la tranquilidad psicológica al crear un medio pulcro en el cual el paciente pueda recibir visitas, 	<p>(a) Se realizó el cambio de ropa de cama del paciente, valorando las condiciones de la cama en donde se encontraba, la cual era muy grande (de tamaño estandar para paciente adulto) para el tamaño conforme a su edad y patología;</p> <p>por lo cual se decide realizar una transferencia de cama a cuna de acuerdo a su edad aprovechando este momento para efectuar el arreglo de la ropa de cama y de vestir conforme a la patología y a su edad. (23:00, previo aviso al familiar y paciente.</p> <p>(b) Se realiza observación de la integridad de la piel del patienteno encontrando nada relevante. (23:00)</p> <p>(c) Posterior al arreglo de la ropa de</p>

PLAN DE ATENCION DE ENFERMERIA.

NOMBRE DEL PACIENTE: Mora Hernández Juan Eduardo. EDAD: 3 años, 5 meses. FECHA: 03-08-2000.

NECESIDAD: **Uso de prendas de vestir adecuadas.**

INTERVENCIONES DE ENFERMERIA.	JUSTIFICACION.	EVALUACION.
<ul style="list-style-type: none"> - Sábana clínica, - Hule clínico, - Funda, - Camisón o pijama. - Paño húmedo. - Bolsa para ropa sucia. - Carro de transporte. - Bolsa para desperdicio. <p>Descripción del procedimiento:</p> <ul style="list-style-type: none"> * Lavarse las manos, preparar el equipo y llevarlo a la unidad del paciente. * Colocar la silla en la piecera de la cama y sobre ésta la ropa limpia en el orden que la va usar. * Explicar al paciente y solicitar su colaboración. * Cerrar las cortinas en tanto se realiza el procedimiento . * Bajar la cabecera de la cama si el paciente lo tolera. * Retirar la colcha y cobertor del mismo modo que en la cama abierta: (– Retirar la colcha doblándola de arriba hacia abajo y depositela en la 	<ul style="list-style-type: none"> - Impedir la contaminación cruzada. - Evitar tensiones al paciente y la enfermera."62 <p>Entre las recomendaciones se encuentran:</p> <ul style="list-style-type: none"> "- Respetar en todo momento la individualidad del paciente, - Usar guantes al retirar las excreciones orgánicas, - La ropa limpia para cambiar la cama debe ser perfectamente seca, - Al cambiar la ropa de cama el paciente inconsciente o imposibilitado para moverse solicite ayuda."63 <p>Entre los principios científicos encontramos que:</p> <ul style="list-style-type: none"> " - La humedad ocasionada por la diaforesis y excreciones orgánicas (orina, heces, coadyuvan a macerar la piel, - Las soluciones de continuidad en la piel y mucosas son puertas de entrada a los microorganismos. , - El ambiente sucio y húmedo favorece el desarrollo de los microorganismos."64 	<p>cama y de vestir, se deja cómodo al paciente, en la sala en donde se encuentra se apagan las luces excepto las de luz neón (para la vigilancia continua de los pacientes) y se pide a sus familiares guardar silencio en el pabellón.(23:20) (d) (23:45), el paciente se encuentra somnoliento.</p> <p>Transcurre la velada sin ningún dato relevante, el paciente se encuentra dormitando, y en su mayoría del tiempo con un sueño pesado y profundo. (24:00 a 5:30)</p> <p>Se realizan las anotaciones pertinentes en la hoja de enfermería. (22:00 a 7:30), sobre la vigilancia continua del paciente.</p>

PLAN DE ATENCION DE ENFERMERIA.NOMBRE DEL PACIENTE: Mora Hernández Juan Eduardo. EDAD: 3 años, 5 meses. FECHA: 03-08-2000.NECESIDAD: Uso de prendas de vestir adecuadas.

INTERVENCIONES DE ENFERMERIA.	JUSTIFICACION.	EVALUACION.
<p>bolsa para ropa sucia.</p> <p>-- Retirar el cobertor doblándolo en cuatro para dejarlo en el respaldo de la silla.)</p> <p>* Cubrir al paciente con la sábana superior y pedirle se coloque o colocarlo en decúbito lateral al lado puesto de la enfermera (de no poder moverse el paciente, como es en este caso, se trasladará al lado opuesto con el menor movimiento deslizando las sábanas del mismo hacia el lado contrario, con ayuda del camillero o familiar).</p> <p>* Colocar la almohada debajo de la cabeza del paciente.</p> <p>* Recoger la sábana clínica de limpio a sucio, plegándola hacia el paciente.</p> <p>* Retirar con el paño húmedo las impurezas del hule y pliéguelo hacia el paciente.</p>	<p>(b) Los aspectos terapéuticos que se deben tener en cuenta son:</p> <p>"- La ropa de cama conserva microbios que pueden transferirse por contacto directo a las manos y uniforme de la enfermera. Para evitar la diseminación de estos microbios la enfermera deberá lavarse a conciencia las manos antes y después de hacer la cama. También debe evitar el contacto entre la ropa de cama y su uniforme.</p> <p>- Al sacudir la lencería sucia se diseminan los microbios por el aire. Deberá quitarse ésta de la cama, doblarse para formar un bulto compacto y colocarse o funda para almohada. No debe permitirse que la lencería entre en contacto con el piso pues resulta desagradable a la vista y produce dispersión de los microbios.</p>	

PLAN DE ATENCION DE ENFERMERIA.NOMBRE DEL PACIENTE: Mora Hernández, Juan, Eduardo. EDAD: 3 años, 5 meses. FECHA: 03-08-2000.NECESIDAD: Uso de prendas de vestir adecuadas.

INTERVENCIONES DE ENFERMERIA.	JUSTIFICACION.	EVALUACION.
<p>* Aflojar la sábana base y plegarla hacia el paciente.</p> <p>* Limpiar con el paño húmedo la mitad expuesta del colchón.</p> <p>* Colocar la sábana base en el centro de la cama para cubrir la mitad del colchón, fijela en la colchón y hacer la catera. Fijar sábana, hule y sábana clínica a lo largo del colchón.</p> <p>* Colocar al paciente en decúbito dorsal en el centro de la cama.</p> <p>* Colocar sobre el paciente la sábana limpia. Pídale la sostenga o fijela abajo de los hombros del paicente y retire la sábana sucia deslizándola hacia la piecera.</p> <p>* Colocar el cobertor y la colcha siguiendo los pasos que en la cama abierta: (-- Centrar el cobertor en igual forma que la sábana, de modo que la parte superior quede a nivel de los hombros del paciente. -- Colocar la colcha al mismo nivel que la sában y hacer la cortesía, sujetando la colcha debajo del cobertor y la sábana quede encima de la colcha.)</p>	<p>- La enfermera ahorra tiempo y energía si termina de hacer un lado de la cama antes de pasar al otro. Se deberá elevar la cama hasta la posición más alta, para que la enfermera no se agache innecesariamente.</p> <p>- El malestar y presión que sufre el paciente son menos si las sábanas inferiores no tienen arrugas y se extienden tensas.</p> <p>- La enfermera realizará un esfuerzo menor si utiliza su propio peso para evncer la resistencia de la sábana. El dorso deberá permanecer recto para evitar esfuerzos de los músculos más pequeños y débiles de esta zona. Se estira la lencería por medio del peso corporal, gracias a los músculos grandes de piernas y glúteos."65</p>	

PLAN DE ATENCION DE ENFERMERIA.

NOMBRE DEL PACIENTE: Mora, Hernández, Juan, Eduardo. EDAD: 3 años, 5 meses. FECHA: 03-08-2000.

NECESIDAD: Uso de prendas de vestir adecuadas.

INTERVENCIONES DE ENFERMERIA.	JUSTIFICACION.	EVALUACION.
<p>* Hacer el dobléz de cortesía con la sábana y colcha.</p> <p>* Hacer un dobléz o pliegue con las tres piezas juntas a nivel de los pies del paciente.</p> <p>* Fijar la ropa en la piecera de la cama debajo del colchón y hacer cartera lateral.</p> <p>* Pasar al lado opuesto. Terminar el tendido de la cama siguiendo los pasos anteriores.</p> <p>* Dejar al paciente en posición cómoda y ordenar la unidad."</p> <p>60</p> <p>b) Posterior al tendido y cambio de ropa de cama y de vestir, asegurar que exista luz tenue y escaso ruido para que el paciente pueda descansar.</p> <p>c) Realizar las anotaciones pertinentes en la hoja de Enfermería.</p> <p>d) En caso de encontrar alguna marca o laceración en el cuerpo del paciente dar aviso inmediatamente al médico de guardia, así como jefe inmediato de Enfermería, y realizar las anotaciones pertinentes.</p>		

PLAN DE ATENCION DE ENFERMERIA.*NOMBRE DEL PACIENTE:* Mora Hernández Juan Eduardo. *EDAD:* 3 años, 5 meses. *FECHA:* 03-08-2000.*NECESIDAD:* Uso de prendas de vestir adecuadas.

INTERVENCIONES DE ENFERMERIA.	JUSTIFICACION.	EVALUACION.
e) Realizar el procedimiento cuantas veces así lo requiera, por necesidades de uso de prendas de vestir adecuadas a su patología.		

Realizado por: **V. Sánchez Falcón.***Revisado por:* **M.M. Mata Cortes.**

PLAN DE ATENCION DE ENFERMERIA.

NOMBRE DEL PACIENTE: Mora Hernández Juan Eduardo. **EDAD:** 3 años, 5 meses. **FECHA:** 03-08-2000.

NECESIDAD: Uso de prendas de vestir adecuadas.

NOTAS DE PIE DE PAGINA:

60.- ibidem, Añorve, López Raquel, "Manual de procedimientos esenciales de funsamentos de Enfermería; Tendido de cama con paciente"; ...p.p. 45-50.

61.- ibidem; King y Wieck; "Fundamentos de Enfermería, Manual Ilustrado; Arreglo de Cama" ...p.p. 117, 121.

62.- ibidem; King y Wieck; "Fundamentos de Enfermería, Manual Ilustrado; Arreglo de Cama" ... p.p. 121.

63.- ibidem; Añorve , López Raquel, "Manual de procedimientos esenciales de fundamentos de Enfermería, Tendido de cama con paciente"; ...p.p.45.

64.- ibidem; Añorve, López Raquel, "Manual de procedimientos esenciales de fundamentos de Enfermería, Tendido de cama con paciente"; ...p.p.45.

65.- ibidem; King y Wieck; "Fundamentos de Enfermería, Manual Ilustrado; Arreglo de Cama" ...p.p.121, 122.

PLAN DE ATENCION DE ENFERMERIA.

NOMBRE DEL PACIENTE: Mora Hernández Juan Eduardo. EDAD: 3 años, 5 meses. FECHA: 03-08-2000.

NECESIDAD: Termorregulación.

DIAGNOSTICO DE ENFERMERIA: Termorregulación ineficaz relacionada a la realización de Cirugía de Hipospadias, manifestada por piel fría, presencia de escalofríos, y referencia del paciente de sentir frío.

OBJETIVO/OS: Favorecer un medio ambiente confortable que permita que el paciente se sienta cómodo con la misma y logre mantenerse en normotermia.

INTERVENCIONES DE ENFERMERIA.	JUSTIFICACION.	EVALUACION.
<p>(a) Toma de la temperatura corporal, a través de técnica específica:</p> <p>1.- La medición de cualquier toma de signos vitales deberá explicarse al niño y al familiar según sea su edad. Si es posible, debe hacerse comprender al niño que el procedimiento no lo lastimará. Muchas veces el niño cooperará más si se le permite manejar el equipo para medición de los signos vitales.</p> <p>2.- Se acercará el equipo y material necesario, para la toma de temperatura axilar (que como ya se mencionó en la necesidad de oxigenación, fue la técnica utilizada)</p> <p>" - Canastilla o charola, - Termómetros en solución antiséptica, - Recipiente con torundas y cuadros de papel,</p>	<p>(a)"La medición de los signos vitales son de fundamental importancia para la vida de todo ser humano. La enfermera, por sí mismo debe detectar estos parámetros con veracidad, a fin de proporcionar al médico elementos de juicio para valorar adecuadamente la evolución clínica del paciente.</p> <p>(b) No menos importante, es la temperatura corporal cuyas cifras normales oscilan entre 36°C a 37°C (grados centígrados)</p> <p>Temperatura por arriba de 37.3°C o por debajo de 36°C indica que existe desequilibrio fisiológico y es necesario que la enfermera proporcione atención y el médico tenga concimientos con el fin de prevenir mayores problemas ya que se han observado convulsiones en</p>	<p>(a) Se tomó la temperatura corporal según técnica específica, corroborando la temperatura axilar inicial de 35.8°C.</p> <p>(b-c) Se procede a colocar lámpara calórfica (puesto que en es este medio con el que se cuenta de manera institucional) con las medidas precautorias necesarias, dando aviso al médico de guardia sobre la temperatura de este, así como se informa a los padres y al paciente sobre el tratamiento a realizar.</p> <p>(d) Se toma la temperatura a las 23:45 pm con el registro de 36.5°C.</p> <p>(e) Se vuelve a tomar la temperatura a las 2:00 am con el registro de 37°C.</p> <p>(f) Se vuelve a tomar la temperatura a las 37.2°C.</p>

PLAN DE ATENCION DE ENFERMERIA.

NOMBRE DEL PACIENTE: Mora Hernández Juan Eduardo. EDAD: 3 años_5 meses. FECHA: 03-08-2000.

NECESIDAD: Termorregulación.

INTERVENCIONES DE ENFERMERIA.	JUSTIFICACION.	EVALUACION.
<p>- Recipiente con solución jabonosa, - Papel y lápiz, - Bolsa para desperdicio. 3.- Descripción del procedimiento: * Lavarse las manos, preparar el quipo y llevarlo a la unidad del paciente, * Informe al paciente lo que le va a hacer y solicite su colaboración. * Limpie la axila con la ropa del paciente. * Retire con una torunda el exceso del antiséptico del termómetro. (La humedad retarda la acción de * Lea el termómetro para asegurarse que la columna de mercurio registra menos de 35°C. * Coloque el termómetro en la axila y pida al paciente que lo sostenga con el brazo durante cinco minutos. (La temperatura periférica la registra el termómetro en mayor tiempo. Asegúrese que el bulbo del termómetro esté en contacto directo con la piel de la axila para evitar registrar temperaturas falsas.</p>	<p>pacientes con temperaturas elevadas y la temperatura por debajo de 36°C puede indicar estado de choque u otras patologías. " La temperatura corporal es el resultado del equilibrio entre el calor producido por el ejercicio, la combustión de los alimentos y el calor perdido por la piel, pulmones y desechos orgánicos principalmente. En el organismo humano el centro regulador de la temperatura radica en el hipotálamo cerebral, cuya función fisiológica consiste en mantener el balance entre el calor producido (termogénesis) y el calor perdido (termolisis). Las regiones generalmente empleadas para medir la temperatura corporal son: Boca, axilas, recto y pliegues inguinales. Los objetivos de tomar la temperatura del paciente son: - Conocer el grado de temperatura del paciente.</p>	<p>(g) La temperatura a las 6:00 am fue de 37°C.</p>

PLAN DE ATENCION DE ENFERMERIA.

NOMBRE DEL PACIENTE: Mora Hernández Juan Eduardo. EDAD: 3 años, 5 meses. FECHA: 03-08-2000.

NECESIDAD: Termorregulación.

INTERVENCIONES DE ENFERMERIA.	JUSTIFICACION.	EVALUACION.
<p>* Retire el termómetro de la axila y límpielo con una torunda de limpia a sucio, deposite la torunda en la bolsa para desperdicio.</p> <p>* Lea el termómetro colocándolo horizontalmente a la altura de los ojos.</p> <p>* Deposite el termómetro colocándolo horizontalmente a la altura de los ojos.</p> <p>* Deposite el termómetro en la solución jabonosa.</p> <p>* Registre la temperatura en la hoja correspondiente.</p> <p>* Lave los termómetros con cepillo y jabón al chorro de agua fría y séquelos.</p> <p>* Baje la temperatura de mercurio de los termómetros y deposítelos en el recipiente con la solución antiséptica.</p> <p>* Deposite los desperdicios en su lugar, lave el resto del equipo y colóquelo en su sitio."66</p> <p>(b) Una vez registrado el dato de la temperatura, se tendrán las bases para establecer el tratamiento específico,</p> <p>(c) En este caso, la colocación de la lámpara calórfica, la cual:</p>	<p>- Identificar si la temperatura presenta variaciones en relación a la normal.</p> <p>- Ayudar al diagnóstico y tratamiento del paciente.</p> <p>- Proporcionar al paciente oportunamente los cuidados necesarios.</p> <p>Los principios científicos relacionados a la toma de temperatura son:</p> <p>- El calor se pierde por radiación, evaporación, conducción y convección.</p> <p>- En estado fisiológico la temperatura presenta variaciones según la edad, hora y región en la que se tome."67</p> <p>Es importante continuar con la vigilancia de la temperatura así de signos y síntomas alternos, puesto que el paciente es posoperado de Cirugía de Hipospadias, y una de las posibles complicaciones de estas situaciones son:</p> <p>" el choque, que se caracteriza con los signos clásicos de: palidez, frialdad, humedad cutánea, respiración rápida, isquemia de párpados y labios, encías y lengua, pulso débil y filiforme, presión</p>	

PLAN DE ATENCION DE ENFERMERIA.

NOMBRE DEL PACIENTE: Mora Hernández Juan Eduardo. **EDAD:** 3 años, 5 meses. **FECHA:** 03-08-2000.

NECESIDAD: Termorregulación.

INTERVENCIONES DE ENFERMERIA.	JUSTIFICACION.	EVALUACION.
<p>óptimas condiciones a ser colocada, una vez revisada, se procederá a llevarla con el paciente, se dará del conocimiento del paciente y familiar sobre actividad a realizar así como la información necesaria para detectar signos y síntomas de alarma; se procederá a instalarla, la cual se colocará a una distancia de 45a 60 cm de distancia del paciente, tomando las precauciones necesarias para salvaguardar la vida del paciente.</p> <p>(d) Se procederá a tomar la temperatura a los 20 minutos de colocado el medio físico.</p> <p>(e) Se revisarán que en el cuarto del paciente no existan corrientes de aire, para evitar que el paciente se enfríe.</p> <p>(f) Se colocará un cobertor en la cama del paciente para aumentar la temperatura corporal.</p> <p>(g) Se tomará la temperatura cuantas veces sea necesario: a las 2:00 am, a las 4:00 am, a las 6:00 am.</p>	<p>diferencial muy pequeña y a menudo hipotensión arterial."68</p> <p>(c-k) Entre el tratamiento terapéutico y asistencial, es el de: "dar sostén psicológico y llevar al mínimo el gasto energético del enfermo: -Debe conservarse caliente al sujeto, pues la hipotermia intensifica la saturación de hemoglobina pero disminuye la oxigenación tisular. Sin embargo hay que conservar equilibrio adecuado, pues la hipotermia también afecta la circulación periférica."69</p>	

PLAN DE ATENCION DE ENFERMERIA.

NOMBRE DEL PACIENTE: Mora Hernández Juan Eduardo. **EDAD:** 3 años, 5 meses. **FECHA:** 03-08-2000.

NECESIDAD: Termorregulación.

INTERVENCIONES DE ENFERMERIA.	JUSTIFICACION.	EVALUACION.
<p>(h) Se realizarán las anotaciones pertinentes en la hoja de Enfermería. (i) Se orientará ala familiar a localizar signos y síntomas de alarma. (j) En el transcurso del turno se valorarán signos de hidratación y perdidas insensibles: - sudoración, - enrojecimiento, - piel rosada, - piel seca, etc.... (k)En caso de alguna circunstancia fuera de los común se avisará inmediatamente al médico de guardia, así como se reportará a la señorita jefe de turno.</p>		

Realizado por: **V. Sánchez Falcón.**

Revisado por: **M.M. Mata Cortes.**

PLAN DE ATENCION DE ENFERMERIA.

NOMBRE DEL PACIENTE: Mora Hernández Juan Eduardo. **EDAD:** 3 años, 5 meses. **FECHA:** 03-08-2000.

NECESIDAD: Termorregulación.

NOTAS DE PIE DE PAGINA:

66.- ibidem; Añorve; López Raquel; "Manual de procedimientos esenciales de fundamentos de Enfermería; Medición de temperatura axilar";...p.p.86,87.

67.- ibidem; Añorve; López Raquel; "Manual de procedimientos esenciales de fundamentos de Enfermería, Obtención de Signos Vitales" ...p.p.75,76,82,83.

68.- ibidem, Brunner; "Enfermería medioquirúrgica; Tratamiento perioperatorio del paciente quirúrgico"; ...p.p. 386.

69.- ibidem; Brunner; "Enfermería medicoquirúrgica, Tratamiento perioperatorio del paciente quirúrgico";...p.p. 390.

PLAN DE ATENCION DE ENFERMERIA.

NOMBRE DEL PACIENTE: Mora, Hernández Juan, Eduardo. EDAD: 3 años, 5 meses. FECHA: 03-08-2000.

NECESIDAD: Nutrición.

DIAGNOSTICO: Alteración de la nutrición relacionado por la realización de Cirugía de Plastia de Hipospadias manteniéndose en ayuno estricto, y manifestado por malestar general, irritabilidad, coadyuvado a esto, la sujeción incómoda de las ms. inf., que lo altera aún más.

OBJETIVO/OS:

- Mantener líquidos parenterales continuos con dosis medicamentosas exactas.

- Vigilancia de signos y síntomas de hipoglucemia.

INTERVENCIONES DE ENFERMERIA.	JUSTIFICACION.	EVALUACION.
<p>(a) Verificar indicaciones médicas para la preparación de solución parenteral, la cual es: * sol. gluc. 5%---300ml, * sol. salina-----70ml, * kcl-----12mEq, para 8 horas;</p> <p>(b) La preparación se realiza conforme a la siguiente técnica. "- La identificación apropiada del enfermero impide los errores. Deberá llenarse una tarjeta de medicamentos por cada frasco de líquido que reciba el paciente, la que se comparará con el número de cuarto, la tarjeta de cama y el brazalete de identidad. Para reducir el temor, se darán explicaciones adecuadas sobre los motivos y métodos de administración. Se aumentarán la sensación de bienestar del paciente al reunir todo el</p>	<p>(a) El mantener una vía intravenosa permeables tiene como fundamento: " 1.- Proporcionar los nutrientes básicos, (el paciente se encuentra ayuno de 12 horas) 2.- Disponer de un medio para administrar medicamentos. 3.- Corregir desequilibrio de electrólitos."72</p> <p>(b)" Es importante verificar que el equipo no tenga burbujas de aire puesto que causan embolia gaseosa".73</p> <p>"La atención meticulosa a los principio de asepsia evitará frecuencia elevada de infección:* El frasco o bolsa debe ser cuidadosamente examinados en busca de contaminación de líquido, por ejemplo, en presencia de enturbiamiento, elementos filamentosos,</p>	<p>(a) Se realiza dextroxix pidiendo apoyo al paciente (120mmg) y se verificán las soluciones parenterales a ser colocadas al paciente las cuales son: * sol. gluc. 5% ---300ml, * sol. salina----- 70ml, * kcl-----12mEq, para 8 horas.</p> <p>(b) Se procede a su elaboración tomando en cuenta las medidas específicas para su realización. Se procede a ser colocada previa notificación a la madre y familiar, dando aviso del término de la misma (da inicio a las 23:45), de acuerdo a la técnica especificada. Se ajusta goteo conforme a solicitud médica: 300+70+6=376ml para pasar a 8 horas, de los cuales pasarán en una</p>

PLAN DE ATENCION DE ENFERMERIA.

NOMBRE DEL PACIENTE: Mora Hernández Juan Eduardo. EDAD: 3 años, 5 meses. FECHA: 03-08-2000.

NECESIDAD: **Nutrición.**

INTERVENCIONES DE ENFERMERIA.	JUSTIFICACION.	EVALUACION.
<p>equipo antes de entrar al cuarto.</p> <ul style="list-style-type: none"> - Se recolectará el equipo necesario. -Lavado de manos * Solución /es intravenosas, según ordene el médico. * Tubo de venoclisis que se conecta a la cámara de goteo. * Equipo para venoclisis con torundas, torniquete y esparadrapo o cinta de papel. * Portasueros. * Equipo adicional necesario. <p>Aspectos terapéuticos:</p> <ul style="list-style-type: none"> - No deben introducirse burbujas de aire en el torrente sanguíneo durante el tratamiento intravenoso. El frasco de líquido se cuelga y se hace pasar la solución por el tubo, para que desaparezcan todas las burbujas. La cámara de goteo deberá llenarse por lo menos a la mitad."70 -" El frasco de solución se cuelga del portasueros, unos 45 a 60 cm por arriba del nivel de la vena o a una altura suficiente para la que gravedad vence la presión venosa. 	<p>cambios de color, grietas o sitios de punción.</p> <ul style="list-style-type: none"> * Es esencial el lavado de las manos antes y después de todo contacto con el paciente, para reducir al mínimo el riesgo de contaminación. * Todos los eslabones que conectan el sistema y cualquier infusión para administrar medicamentos son vías potenciales de entrada de contaminantes. * Debe anotarse la fecha de la infusión y cambiar todo el equipo cuando menos cada 12 horas, <p>(b-c) El estar en constante vigilancia sobre las reacciones de la venoclisis es porque: " Los pirógenos, proteínas extrañas que pueden originar reacción febril, a veces existen en la solución inyectada o en el equipo de administración. Los síntomas de una reacción pirógena por lo regular aparecen 30 minutos después de comenzar la venoclisis e influyen elevación súbita de temperatura, acompañados de escalofríos,</p>	<p>hora: $376/8= 47\text{ml,}$ de los cuales pasarán en un minuto: $47/60= 0.78$ ml, de los cuales pasarán 47 gotas, ya que se utilizó un equipo de microgotero, (según institución) que le corresponde a 60 gotas por minuto ($0.78*60$).</p> <p>(c-e) Se vigilan datos de reacción a la solución y flebitis. (23:45 a 7:00)</p> <p>(f) Se verifican las indicaciones nuevas del día (7:00), en donde menciona que inicia con líquidos claros la ingesta de vía oral., por lo cual se solicitan a la cocina los mismos.</p> <p>(g) Se vigila la posible extracción del punzocat durante toda la noche. (23:45 a 7:00)</p> <p>(h) El familiar comprende la necesidad de mantenerlo fijado y con solución parenteral.</p> <p>Se disipan dudas del familiar y paciente.</p> <p>Se realizan las anotaciones pertinentes.</p>

PLAN DE ATENCION DE ENFERMERIA.NOMBRE DEL PACIENTE: Mora Hernández Juan Eduardo. EDAD: 3 años, 5 meses. FECHA: 03-08-2000.NECESIDAD: **Nutrición.**

INTERVENCIONES DE ENFERMERIA.	JUSTIFICACION.	EVALUACION.
<p>- El peso del tubo bastaría para sacar la aguja de la vena, por lo que la enfermera deberá fijarlo para disminuir la tensión en el sitio de punción venosa. El tubo puede fijarse con cinta adhesiva a la mesa de tratamiento, con una longitud suficiente de tubo para que se pueda manejar con facilidad.</p> <p>- Para determinar si la aguja se encuentra en la vena, puede emplearse la técnica siguiente:</p> <p>* El frasco se coloca a un nivel por debajo del sitio de goteo intravenoso,</p> <p>* Se observa el tubo cerca de la aguja para descubrir sangre que fluye en dirección retrógrada hacia el tubo intravenoso, lo que indica que la aguja se encuentra en la vena. Luego se coloca el frasco sobre el equipo portasueros, y se permite que el líquido fluya dentro de la vena.</p> <p>- Debido a su pequeña talla corporal, los lactantes y niños no pueden tolerar la administración de</p>	<p>dorsalgia, cefalalgia, malestar general, náuseas y vómitos.</p> <p>(d) Las soluciones preparadas comerciales y los equipos de administración están libres de pirógenos, pero los contaminantes pueden entrar a las soluciones después de romper el sello.</p> <p>Es muy frecuente que ocurra desalojamiento de la aguja e infiltración local de la solución en los tejidos subcutáneos, especialmente cuando se emplea una vena de pequeño calibre y paredes degadas, y el paciente es activo. Son signos de infiltración: edema en sitio de inyección, falta de paso de sangre hacia el tubo cuando el frasco se coloca a nivel inferior al de la aguja, molestia en la zona de inyección (su intensidad depende del tipo de solución) y disminución importante en el ritmo de inyección o la detección completa del paso del líquido.</p>	

PLAN DE ATENCION DE ENFERMERIA.

NOMBRE DEL PACIENTE. Mora Hernández Juan Eduardo. EDAD: 3 años, 5 meses. FECHA: 03-08-2000.

NECESIDAD: Nutrición.

INTERVENCIONES DE ENFERMERIA.	JUSTIFICACION.	EVALUACION.
<p>volúmenes excesivos de líquido en un lapso demasiado breve. Existen tres factores principales que afectan el ritmo de corriente del líquido, a saber, presión, diámetro del tubo y viscosidad del líquido. El líquido debe fluir al ritmo exacto que ordene el médico y ajustarse cuando el bebé esté tranquilo, pues al llorar se constriñen los vasos, lo que hace que el ritmo sea excesivo cuando cesa el llanto. La administración de volúmenes excesivos en un lapso demasiado breve puede producir esfuerzo cardiaco normal. Deberán observarse el ritmo de la administración y la reacción del niño por lo menos cada hora. Es de esencial importancia llevar un registro exacto de la ingestión y excreción de líquido.</p> <p>* Para calcular el ritmo del flujo del goteo intravenoso, se puede usar uno de dos métodos:</p> <p>- El equipo IV de microgoteo o minigoteo produce aproximadamente 60 gotas /ml.</p>	<p>La administración excesiva de líquidos por vía intravenosa puede sobrecargar el sistema circulatorio y originar aumento de presión venosa, distensión venosa, hipertensión arterial, tos, disnea, taquipnea, así como edema pulmonar con disnea y cianosis intensas." 74</p> <p>(e) Ahora bien, la importancia como se mencionó al inicio de mantener una vía intravenosa permeable, es para la introducción de nutrientes necesarios puesrto que el apicente se encuentra en ayuno previo a la cirugía y posterior a la misma, así como el de evitar algún tipo de deshidratación., según regimen médico, asta nueva orden, por lo cual es de especial interés conocer los líquidos utilizados para la preparación final de la solución, a ser colocada al paciente." Casi todas las soluciones que vamos a mencionar se venden actualmente en frasquitos de vidrio, bolsitas de plástico y jeringas prellenadas con agujas de diferentes tamaños.</p>	

PLAN DE ATENCION DE ENFERMERIA.NOMBRE DEL PACIENTE: Mora Hernández, Juan Eduardo. EDAD: 3 años, 5 meses. FECHA: 03-08-2000.NECESIDAD: Nutrición.

INTERVENCIONES DE ENFERMERIA.	JUSTIFICACIÓN.	EVALUACION.
<p>La fórmula es la siguiente: Producción de gotas por ml de equipo IV * ml prescritos por hora todo entre 60, - El movimiento de las extremidades del niño causará tensión en la vena y posiblemente haga que se salga la aguja. Se moviliza al niño. "71 (c) Se debe preparar de manera estéril la solución con demás de un líquido solicitado, para evitar la introducción de patógenos a la solución, afectando la estabilidad del paciente., y anotar en el frasco de la etiqueta los nombres, la dosis y la hora en que se añadieron y también la fecha y la firma de la persona que añade el medicamento. Se deberá llevar un registro de la venoclisis, así como realizar las anotaciones adecuadas en las notas de Enfermería. (d) Realizar la vigilancia del goteo intravenoso, así como de la fijación de la misma.</p>	<p>Los límites de pH son importantes para la estabilidad y las posibles incompatibilidades con drogas que pueden añadirse. La USP exige que las concentraciones de soluciones de dextrosa y de ésta y cloruro de sodio, se expresen en los rótulos en términos de miliosmoles de la solución total, es decir la suma de cada compuesto o ion en miligramos por litro dividida por peso molecular. GLUCOSA: La dextrosa, USP; se llama comúnmente glucosa. La inyección de dextrosa, USP, es una solución estéril, pH 3.5 a 6.5 para administración parenteral. Se vende en concentraciones variables de 2.5 a 70%. La inyección de dextrosa y cloruro de sodio, USP; pH 3.5 a 6.0 es una solución estéril de glucosa y cloruro de sodio. Las soluciones disponibles consisten en variadas concentraciones de glucosa, de 2.5 a 25%, en solución de cloruro de</p>	

PLAN DE ATENCION DE ENFERMERIA.NOMBRE DEL PACIENTE. Mora Hernández, Juan Eduardo. EDAD: 3 años, 5 meses. FECHA: 03-08-2000.NECESIDAD: Nutrición.

INTERVENCIONES DE ENFERMERIA.	JUSTIFICACION.	EVALUACION.
<p>(e) Vigilar constantemente los signos de infiltración o de reacción, (así como orientar al familiar a como detectarlos) para suspender inmediatamente la venoclisis, y comenzar de nuevo en un sitio diferente.</p> <p>(f) Se realiza una toma del parámetro de Glucosa en sangre con la finalidad de valorar estos niveles para la toma de medidas correctivas y preventivas, de acuerdo a la técnica específica: "La prueba Dextroxtix, es através de una gota de sangre a una tira de reactivo y se lava después de 60 segundos, con lo que se obtendrá un color azul, si la prueba se ejecuta con cuidado, la intensidad de color será proporcional a la concentración de glucosa. Esta prueba no substituye en modo alguno a los exámenes en un laboratorio de confianza". 71*</p> <p>(g) Verificar las indicaciones nuevas para obtener información sobre cuando inicia la vía oral.</p>	<p>sodio, 0.11 a 0.9%, cuya lista compelta fihguar en la USP. La adminisitración intravenosa rápida de soluciones de glucosa puede producir glucosuria. Cuando se administra a razón de 800 mg/kg por hora, aporximadamente el 95% de la glucosa se retiene, a la mitad de la velocidad, se logra una retención del 100%. La acción hemodinámica del destran es la que puede esperarse de un buen expansor del plasma. Cuando se administra a individuos normales se produce un aumento temporario del gasto cardíaco , volumen sistólico, presión auricular derecha y presión venosa. Como resultado de la hipervolemia aumenta el flujo urinario. No hay pruebas seguras de que los dextrans influyan desfavorablemente en la función renal, pero en presencia de hipotensión y reducción del índice de filtración, la excesiva reabsorción tubular de agua puede aumentar la concentración de dextran en el líquido tubular de modo que la viscosidad trabe el flujo de líquido a través del túbulo .</p>	

PLAN DE ATENCION DE ENFERMERIA.NOMBRE DEL PACIENTE: Mora Hernández Juan Eduardo. EDAD: 3 años, 5 meses. FECHA: 03-08-2000.NECESIDAD: Nutrición.

INTERVENCIONES DE ENFERMERIA.	JUSTIFICACION.	EVALUACION.
	<p>En un individuo que ha sufrido pérdida de sangre entera o plasma, una única infusión de dextran aumenta el volumen de sangre circulante y mejora el estado hemodinámico durante 24 horas o más. El dextran posee casi todos los atributos de un expansor plasmático ideal y su principal defecto es la antigenicidad. Se ha empleado con éxito en el tratamiento de las insuficiencias circulatorias propias de la hipovolemia que acompañan a la pérdida de sangre entera y plasma.</p> <p>CLORURO DE SODIO, es la sal individual más importante para el mantenimiento o reemplazo de los déficit de líquido extracelular. Se vende en diferentes concentraciones. La solución isotónica de cloruro de sodio (0.9%) puede administrarse por varias vías. La inyección de cloruro de sodio, USP, se vende en diferentes volúmenes; sus límites de pH son de 4.5 a 7.0. El cloruro de sodio puede asimismo incorporarse a soluciones de glucosa y fructuosa.</p> <p>El POTASIO, es un catión intracelular predominante, en el líquido</p>	

PLAN DE ATENCION DE ENFERMERIA.NOMBRE DEL PACIENTE. Mora Hernández Juan Eduardo. EDAD: 3 años, 5 meses. FECHA: 03-08-2000.NECESIDAD: **Nutrición.**

INTERVENCIONES DE ENFERMERIA.	JUSTIFICACION.	EVALUACION.
	<p>y es esencial para mantener la isotocinidad y las características electrodinámicas de la células. Es también esencial para un buen número de procesos fisiológicos: transmisión del impulso nervioso, contracción de los músculos cardíaco, esquelético y liso, secreción gástrica y mantiene la función renal normal. El potasio juega también un papel importante en la génesis y en la corrección del equilibrio ácido-báse. Tanto el cloruro como el potasio son constituyentes normales de los líquidos orgánicos y mientras que el cloruro predomina en el líquido extracelular (103 mEq/L vs 4mEq/L), el potasio lo hace en el intracelular (5mEq/L vs 145, estando en intercambio constante entre ellos y ambos participan en la determinación del equilibrio hidroelectrolítico. El potasio se absorbe rápidamente cuando se administra por todas las vías (oral o parenteral). La absorción en el intestino delgado es prácticamente realizada por un proceso de transporte pasivo en su</p>	

PLAN DE ATENCION DE ENFERMERIA.

NOMBRE DEL PACIENTE: Mora Hernández Juan Eduardo. **EDAD:** 3 años, 5 meses. **FECHA:** 03-08-2000.

NECESIDAD: **Nutrición.**

INTERVENCIONES DE ENFERMERIA.	JUSTIFICACION.	EVALUACION.
	<p>totalidad. El potasio absorbido llega al líquido extracelular donde se distribuye preferentemente hacia el compartimiento intracelular. El potasio que no es retenido por las células, es eliminado rápidamente en un 80-85% por el riñón.</p> <p>El mecanismo de eliminación es por filtración glomerular, reabsorción tubular proximal y secreción en los túbulos distal y colector por transporte pasivo y activo.</p> <p>Esta indicado en todos los casos de hipopotasemia, especialmente en la inducida por el uso crónico de diuréticos, ingesta inadecuada, en las pérdidas exageradas por vómito y diarrea, en arritmias por intoxicación digitalica o por hipopotasemia, cetoacidosis diabética en fase de recuperación, alcalosis hipocloremica y por tratamiento con corticoesteroides.</p> <p>Esta contraindicado en pacientes con bloqueo auriculo-ventricular y en todos los casos de hiperpotasemia, entre las que destacan:</p>	

PLAN DE ATENCION DE ENFERMERIA.

NOMBRE DEL PACIENTE: Mora Hernández Juan Eduardo. EDAD: 3 años, 5 meses. FECHA: 03-08-2000.

NECESIDAD: Nutrición.

INTERVENCIONES DE ENFERMERIA.	JUSTIFICACION.	EVALUACION.
	<p>insuficiencia renal severa, oliguria, aunuria, síndrome de Addison no tratado, adinamia episódica hereditaria, deshidratación aguda, calambres por calor, miotonía congénita, etc...</p> <p>No debe usarse conjuntamente con anticolinérgicos ya que aumnta la irritación gastrointestinal y la ulceración, con diuréticos ahorradores de potasio o sustitutos de sal que contengan sales de potasio ya que favorecen la hiperpotasemia.</p> <p>Entre las manifestaciones clínicas de sobredosis están el aumento de la concentración sérica de potasio y cambios en el ECG caracterizados por ausencia de onda P, depresión del segmento S-T, onda T alta y picuda, extensión y supresión del complejo QRS con desarrollo de curva bifásica. Los signos clínicos tardíos incluyen debilidad, parálisis de los músculos voluntarios, insuficiencia respiratoria y disfagia.</p>	

PLAN DE ATENCION DE ENFERMERIA.

NOMBRE DEL PACIENTE: Mora, Hernández, Juan, Eduardo. EDAD: 3 años, 5 meses. FECHA: 03-08-2000.

NECESIDAD: Nutrición.

INTERVENCIONES DE ENFERMERIA.	JUSTIFICACION .	EVALUACION.
	<p>Sus reacciones adversas son: náuseas, vómito, dolor abdominal, flebitis, parestesias, cefalea, confusión mental, parálisis flácida, hipotasemia, arritmias cardíacas, hipotensión, alteraciones en el ECG y posible paro cardíaco.</p> <p>La dosis en niños es infusión IV 3 mEq /Kg.</p> <p>La concentración y la velocidad de infusión se puede aumentar en ciertos casos; sin embargo, solo se recomienda cuando se tenga un monitoreo cuidadoso de ECG y de las concentraciones séricas y urinarias de potasio.</p> <p>En el caso del cloruro de potasio, mantiene un efecto terapéutico diurético, por lo que hay que valorar la diuresis previa a ser colocado."75</p> <p>(g-h) El hecho de que el paciente se encuentre en ayuno de más de 12 horas es por: "que la administración del anestésico se acompaña de</p>	

PLAN DE ATENCION DE ENFERMERIA.NOMBRE DEL PACIENTE: Mora Hernández Juan Eduardo. EDAD: 3 años, 5 meses. FECHA: 03-08-2000.NECESIDAD: **Nutrición.**

INTERVENCIONES DE ENFERMERIA.	JUSTIFICACION.	EVALUACION.
	<p>hipersecreción de moco y saliva,, vómitos, especialmente cuando el paciente llega al quirófano con el estómago lleno. Además de los peligros del anestésico en sí, el anestesista debe eviatr que aparezca asfixia, la cual puede depender de cuerpos extraños en la boca, espasmo de las cuerdas vocales, caída hacia atrás de la lengua, y aspiración de vómito, saliva o sangre."76, por lo cual es importante que el paciente aún se mantenga en ayuno porque después de salido de quirófano estos signos y síntomas aún pueden continuar.</p> <p>(g-h) La importancia de mantener las dosis exactas de los preparados para la solución parenteral es porque: "La utilización de la glucosa como fuente de energía es tan característica de algunos tejidos que este combustible puede considerarse virtualmente como metabolito obligatorio. Ejemplos son: el encéfalo, los eritrocitos, la médula íosea, nervios periféricos y la médula suprarrenal.</p>	

PLAN DE ATENCION DE ENFERMERIA.NOMBRE DEL PACIENTE: Mora Hernández Juan Eduardo. EDAD: 3 años, 5 meses. FECHA: 03-08-2000.NECESIDAD: **Nutrición.**

INTERVENCIONES DE ENFERMERIA.	JUSTIFICACION.	EVALUACION.
	<p>Además, los fibroblastos y los fagocitos, que son esenciales para la cicatrización de las heridas, usan la glucosa como su principal fuente de energía. Para un sujeto adulto que está ayunando, son suficientes aproximadamente 100 g de glucosa por día para asegurar el máximo ahorro de proteínas por periodos breves. Esta conclusión está basada en la medición de la conversión de las proteínas a carbohidratos (gluconeogénesis), como se ha determinado mediante la excreción de nitrógeno en la orina. La deficiencia calórica (100g de glucosa porporcionan sólo 400kcal) es compensada por la utilización de la grasa almacenada. La glucosa generada por la gluconeogénesis hepática y la administrada por vía parenteral se dirige a los tejidos que no pueden usar substratos lípidos.</p>	

PLAN DE ATENCION DE ENFERMERIA.NOMBRE DEL PACIENTE: Mora Hernández Juan Eduardo. EDAD: 3 años, 5 meses. FECHA: 03-08-2000.NECESIDAD: **Nutrición.**

INTERVENCIONES DE ENFERMERIA.	JUSTIFICACION.	EVALUACION.
	<p>Consecuentemente, al principio de un ayuno total, el nitrógeno urinario /24 horas puede ser tan alto como 12 g (equivalente a 75 g de proteínas tisulares demolidas). Pero la respuesta adaptativa normal al ayuno produce energía con rapidez, movilizando cantidades crecientes de lipidos y el catabolismo proteico se reduce a 20g de proteínas /día (o menos) alrededor del día 14 ayuno. Durante el ayuno, aparecen cantidades crecientes de ácidos grasos, derivados de la lipólisis del tejido adiposo en la sangre. El metabolismo de los ácidos grasos en el hígado, produce cetonas que pueden medirse en la sangre, reflejando de manera cuantitativa la extensión de la movilización de los tejidos. No obstante, aun cuando la administración de glucosa inhiba la cetogénesis, las grasas constituyen todavía la principal fuente de energía, de acuerdo con las determinaciones del cociente respiratorio de 0.75 a 0.78 en pacientes a quienes se les proporcionaron 100g de dextrosa durante el ayuno."76*</p>	

PLAN DE ATENCION DE ENFERMERIA.

NOMBRE DEL PACIENTE: Mora Hernández Juan Eduardo. EDAD: 3 años, 5 meses. FECHA: 03-08-2000.

NECESIDAD: Nutrición.

INTERVENCIONES DE ENFERMERIA.	JUSTIFICACION.	EVALUACION.
	(f-g) "La prueba de Destroxtix es un método rápido para comprobación aproximada del nivel de glucosa en sangre. Es útil para diferenciar entre hiperglucemia e hipoglucemia y se emplea para seguir los progresos de los pacientes que se encuentran en ayuno". 76**	

Realizado por. **V. Sánchez Falcón.**Revisado por. **M.M. Mata Cortes.**

PLAN DE ATENCION DE ENFERMERIA.

NOMBRE DEL PACIENTE: Mora Hernández Juan Eduardo. EDAD: 3 años, 5 meses. FECHA: 03-08-2000.

NECESIDAD: Nutrición.

NOTAS DE PIE DE PAGINA:

70.- ibidem; King y Wieck; "Fundamentos de Enfermería, Manual Ilustrado, Administración de goteo intravenoso" ...p.p.297, 298.

71.- ibidem; King y Wieck; "Fundamentos de Enfermería, Manual Ilustrado; Goteo intravenoso para paciente pediátrico" ...p.p.562-565.

71*- ibidem; Brunner; "Enfermería medicoquirúrgica, Problemas metabólicos y endocrinos"; ...p.p.877,878.

72.- ibidem; King y Wieck; "Fundamentos de Enfermería, Manual Ilustrado, Goteo intravenoso para paciente pediátrico" ...p.p.562.

73.- ibidem; Brunner; "Enfermería medicoquirúrgica; Conceptos biofísicos y psicosociales relacionados con la salud y enfermedad" ...p.p.142

74.- ibidem; Brunner; "Enfermería medicoquirúrgica; Conceptos biofísicos y psicosociales relacionados con la salud y enfermedad" ...p.p.143,144.

75.- Goodman, Alfred Gilman; Goodman, Louis S; et al; " Las bases farmacológicas de la terapéutica; editorial: Editorial Médica Panamericana; edición: sexta; México, D.F. 1982....p.p.849-852 y 860, 867, 868.

76.- ibidem; Brunner; "Enfermería medicoquirúrgica; Control del paciente sometido a anestesia"; ...p.p.340,342.

76*- Dunphy, J. Englebert, Way, W. Laurence; "Diagnóstico y Tratamientos Quirúrgicos"; editorial: El Manual Moderno; 3a. edición; México, D.F. 1982, p.p. 151.

76** ibidem; Brunner; "Enfermería medicoquirúrgica; Problemas metabólicos y endocrinos"; ...p.p.877, 878.

PLAN DE ATENCION DE ENFERMERIA.

NOMBRE DEL PACIENTE: Mora Hernández Juan Eduardo. **EDAD:** 3 años, 5 meses. **FECHA:** 03-08-2000.

NECESIDAD: Moverse y mantener buena postura.

DIAGNOSTICO DE ENFERMERIA: Deterioro de la movilidad física relacionada a la realización de Cirugía de Hipospadias manifestado por sujeción de ms infs inadecuadas, instalación en la unidad médica inadecuada, sobreexcitación y agresividad del paciente con el personal médico así como tono muscular y resistencia muscular fuerte, así como que los familiares no conocen la importancia de mantener sujetado al paciente de ms infs.

OBJETIVO/OS:

- Proporcionar posiciones que mantengan una línea coporal que permitan en el paciente el descanso y sueño.
- Orientar a los familiares sobre la importancia de mantener sujetado adecuadamente al paciente.

INTERVENCIONES DE ENFERMERIA.	JUSTIFICACION.	EVALUACION.
<p>(a) Recepción del paciente procedente del quirófano.</p> <p>(b) Instalación en la unidad médica correspondiente, (en caso de que esta no sea adecuada para la talla y edad del paicente, realziar cambio de la misma, previo aviso a la jefe de enfermeras del piso así como al paciente y familiar) Deberá darse la bienvenida con cortesía al niño y a su familia y si es posible realizar un recorrido de las instalacione para que sean conocidas.</p> <p>(c) Se deberá orientar al familiar sobre el reglamento institucional, así como aclarar dudas sobre el tratamiento quirúrgico iniciado, así como la conveniencia de mantener sujetado al paciente.</p>	<p>(a) "El llevar a cabo una admisión adecuada del paciente al nivel hospitalario tiene como objetivos:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1.- Facilitar el ajuste a los padres al medio hospitalario. 2.- Observar y evaluar el estado del niño, 3.- Iniciar medidas diagnósticas primarias. 4.- Conservar la individualidad del niño, al iniciar las técnicas de admisión iniciales. 5.- Presentarse ante el niño y sus padres."79 <p>(b-c) El recibir al paciente en un ambiente agradable favorecedor al descanso y sueño, (cambio de ropa de cama y de vestir) tiene como objetivos los siguientes:</p>	<p>(a) Se recibo al paciente procedente del quirófano, a las 22:46 pm, se proporcionó información a los padres el reglamento del servicio, a sí como se aclarán dudas.</p> <p>(b) Se detecta que la ropa de vestir y de cama se encuentra sucia, y para iniciar las sujatciones adecuadas, se requiere que el paciente se encuentre limpio y cómodo por lo cual se decide realizar:</p> <ul style="list-style-type: none"> - cambio de cama a cuna (22:55), pues se encontraba en una cama para persona adulta., - cambio de ropa de cama y de vestir de acuerdo a técnica específica (23:00),

PLAN DE ATENCION DE ENFERMERIA.

NOMBRE DEL PACIENTE: Mora Hernández Juan Eduardo. EDAD: 3 años, 5 meses. FECHA: 03-08-2000.

NECESIDAD: **Moverse y mantener buena postura.**

INTERVENCIONES DE ENFERMERIA.	JUSTIFICACION	EVALUACION.
<p>(d) Mencionar cuales son los signos y síntomas de alarma del tx qx, para su detección.</p> <p>(e) Se verificará el expediente del niño para detectar si hay prescripciones médicas, ya que se realizarán tan pronto como sea posible.</p> <p>(f) Se realizarán el cambio de ropa en caso de que se encuentre sucia o no sea adecuada para el paicente y su patología (ya que muchas veces por realizar el traslado del quirófano al piso o simplemente porque en el servicio del quirófano no se cuenta con la suficiente ropa para el paciente, esta aveces se encuentra sucia o no es la apropiada para este) de acuerdo a técnica especifica: (hay que recordar que el cambio de ropa de cama y de vestir debe realizarse con sumo cuidado para impedir el roce de la ferulación de la hx qx, y evitar que le duela al paciente o se encuentre incómodo, así como el de dejarla libre por completo de las sábanas y</p>	<p>1.- "Ofrecer al paciente un ambiente limpio y confortable,</p> <p>2.- Prevenir úlceras de decúbito.</p> <p>3.- Proteger al paciente contra posibles infecciones.</p> <p>(e-f) Mantener o promover los hábitos de limpieza en el paciente y familiares teniendo como principios científicos los siguientes:</p> <ul style="list-style-type: none"> - La humedad ocasionada por la diaforesis y excreciones orgánicas (orina, heces) coadyuvan a macerar la piel; - Las soluciones de continuidad en la piel y mucosas son puertas de entrada a los microorganismo; <p>El medio ambiente sucio y húmedo favorece el desarrollo de los microorganismos,</p> <ul style="list-style-type: none"> - La piel y secreciones naturales del cuerpo son reservorios de microorganismos; - Las personas enfermas son más susceptibles a las infecciones que las personas sanas."80 	<p>(c) Se adecuan sujetaciones de ms infs previa explicación al familiar así como al paciente, pidiendole su cooperación (23:10).</p> <p>(d) Se orienta al familiar sobre mantener libre la ferulación de cosas pesadas, así como evitar lo más posible el roce con la misma. (23:20)</p> <p>(e) Se explica al familiar y al paciente sobre la detección de siggnos de alarma de hx qx. (23:20)</p> <p>Se realizan las anotaciones pertinentes.</p> <p>(f) Los familiares, sobre todo la madre lofró identificar en forma correcta las necesidad de encontrarse sujetado el paciente, así como los cuidados de las extensiones médicas. (23:20)</p> <p>(g) Despues de la sujetación el paciente, se irrito un poco, quedandose dormido posteriormente, continuandose así el transcurso de la noche.</p>

PLAN DE ATENCION DE ENFERMERIA.

NOMBRE DEL PACIENTE: Mora Hernández Juan Eduardo. EDAD: 3 años, 5 meses. FECHA: 03-08-2000.

NECESIDAD: Moverse y mantener buena postura.

INTERVENCIONES DE ENFERMERIA.	JUSTIFICACION.	EVALUACION.
<p>cobertores pesados, por la misma razón.), según la técnica se mencionada continuación que debe realizarse:</p> <ul style="list-style-type: none"> - proteger su uniforme cuidando no tocar con el la ropa sucia, - utilizar coordinadamente músculos y articulaciones para evitar fatiga, - evitar colocar la ropa sucia en el piso, - reporte los desperfectos que encuentre en la cama o colchón, - recabar el equipo necesario para el cambio de ropa: <ul style="list-style-type: none"> * colcha, * dos sábanas grandes o standars, * cobertor, * sábana clínica, * funda, * tánico o bolsa para ropa sucia, * paño húmedo, * bolsa para desperdicio, * carro de transporte; <p>realización de la técnica:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1.- Lavarse las manos, preparar el equipo y llevarlo a la unidad de paciente, 	<p>(g) Hay que recordar que: " la tensión emocional, ira, frustración y ansiedad, provocan un incremento en la liberación de cortisol y una actividad excesiva y sostenida del sistema nerviososimpático (taquicardia, palidez y sudor de manos y pies). Así los sistemas de respuesta general destinados a proteger al cuerpo en presencia de situaciones de alarma producen ahora efectos de tipo morboso, que bien podemos decir culminan en una enfermedad de adaptación"⁸¹, de ahí la importancia de que el paciente se encuentre en un medio ambiente relajado, sin ruido y de luces tenues, para evitar que:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1.- tales signos y síntomas se exacerben aún más, y que el paciente no logre descansar adecuadamente, 2.- el paciente no se logre adaptar a una situación de stress, causando alteraciones del sistema nervioso central, logrando que se produzcan complicaciones. 	<p>(h) Al despertar al día siguiente, lloró nuevamente, pero se volvió a quedar dormido.</p>

PLAN DE ATENCION DE ENFERMERIA.

NOMBRE DEL PACIENTE: Mora Hernández Juan Eduardo. EDAD: 3 años, 5 meses. FECHA: 03-08-2000.

NECESIDAD: Moverse y mantener buena postura.

INTERVENCIONES DE ENFERMERIA.	JUSTIFICACION.	EVALUACION.
<p>2.- Colocar la silla en la piecera de la cama y sobre ésta la ropa limpia en el orden que la va usar,</p> <p>3.- Explicar al paicente el procedimiento y solicitar su colaboración.</p> <p>4.- Cerrar las cortinas en tanto se realiza el procedimiento.</p> <p>5.- Bajar la cabecera de la cama si el paicente lo tolera,</p> <p>6.- Retirar la colcha y cobertor del mismo modo que en la cama abierta.</p> <p>7.- Cubrir al paciente con la sábana y pedirle se coloque o colocarlo al lado opuesto de la enfermera.</p> <p>8.- Colocar la almohada debajo de la cabeza del paciente.</p> <p>9.- Recoger la sábana clínica de limpio a sucio, plegándola hacia el paciente.</p> <p>10.- Retirar con el paño húmedo las impurezas del hule y pliéguelo hacia el paciente.</p> <p>11.- Aflojar la sábana base y plegarla hacia el paciente.</p> <p>12.- Limpiar con el paño húmedo la mitad expuesta del colchón.</p>	<p>(h) El realizar las sujetaciones de ms infs se justifica porque "son dispositivos de sujetación que limitan el movimiento físico cuyo fundamento es: conservar la seguridad del lactante o niño, permitir la curación y anener el tratamiento quirúrgico, cuyos objetivos son.</p> <p>1.- Explicar el objeto de los dispositivos de restricción al niño y</p> <p>2.- Usar dispositivos de restricción sólo cuando sea absolutamente necesario.</p> <p>3.- Verificar los dispositivos de sujetación cada 15 minutos y quitarlos a intervalos que se especifiquen para permitir el movimiento de la extremidad.</p> <p>4.- Prevenir las complicaciones que pueden producirse a consecuencia de caídas.padres para ganarse su cooperación.</p> <p>Se deben recordar que los restriñidores demasiado ceñidos dificultan la circulación.</p>	

PLAN DE ATENCION DE ENFERMERIA.

NOMBRE DEL PACIENTE: Mora Hernández Juan Eduardo. EDAD: 3 años, 5 meses. FECHA: 03-08-2000.

NECESIDAD: Moverse y mantener buena postura.

INTERVENCIONES DE ENFERMERIA.	JUSTIFICACION.	EVALUACION.
<p>13.- Colocar la sábana base en el centro de la cama para cubrir la mitad del colchón, fijela en el parte superior debajo del colchón y hacer la cartera.</p> <p>14.- Extender el hule clínico, colocar la sábana clínica que cubra totalmente el hule y fijar las tres piezas (sábana base, hule clínico, y sábana clínica) debajo del colchón.</p> <p>15.- Quitar el camión al paciente del brazo libre e inmediatamente coloque el camión limpio.</p> <p>16.- Indicar o ayudar al paciente a pasar al lado limpio de la cama, retire el camión sucio y termine de colocar el limpio.</p> <p>17.- Retirar la almohada, cambiar la funda y colocarla nuevamente al paciente.</p> <p>18.- Pasar al lado opuesto de la cama, retirar la sopa sucia y limpiar el hule clínico y colchón.</p> <p>19.- Extender la sábana base, hule y sábana clínica.</p> <p>20.- Fijar la sábana base en la parte superior del colchón y hacer cartera.</p>	<p>Hay que asegurarse que no existe hinchazón o enrojecimiento."82</p> <p>(h-i) El realizar una pequeña evaluación a la madre sobre la importancia de mantener al niño sujetado es para "valorar el conocimiento general de la madre y/o familiares en relación a las restricciones de actividad y atención posoperatorio, esto con el fin de empezar la enseñanza a nivel de conocimientos actuales para que ayude a la comprensión. El entender lo que le ocurre al paciente puede reducir el temor y estrés de la experiencia al niño y a la familia.</p> <p>(i) Las personas allegadas y cosas familiares disminuirán el estrés del ambiente extraño y proporcionarán seguridad psicológica, pasí como reducirá al mínimo el temero a lo desconocido".83</p>	

PLAN DE ATENCION DE ENFERMERIA.**NOMBRE DEL PACIENTE:** Mora Hernández Juan Eduardo. **EDAD:** 3 años, 5 meses. **FECHA:** 03-08-2000.**NECESIDAD:** Moverse y mantener buena postura.

INTERVENCIONES DE ENFERMERIA.	JUSTIFICACION.	EVALUACION.
<p>Fijar sábana, hule y sábana clínica a lo largo del colchón.</p> <p>21.- Colocar al paciente en decúbito dorsal en el centro de la cama.</p> <p>22.- Colocar sobre el paciente la sábana limpia. Pídale la sostenga o fíjela abajo de los hombros del paciente y retire la sábana sucia deslizándola hacia la piecera.</p> <p>23.- Colocar el cobertor y la colcha siguiendo los pasos que el la cama abierta.</p> <p>24.- Hacer el dobléz de cortesía con la sábana y colcha.</p> <p>25.- Hacer un dobléz o pliegue con las tres piezas juntas a nivel de los pies del paciente.</p> <p>26.- Fijar la ropa en la piecera de la cama debajo del colchón y hacer cartera lateral.</p> <p>27.- Pasar al lado opuesto. Terminar el tendido de la cama siguiendo los pasos anteriores.</p> <p>28.- Dejar al paciente en posición cómoda y ordenar la unidad."77</p>		

PLAN DE ATENCION DE ENFERMERIA.

NOMBRE DEL PACIENTE: Mora Hernández Juan Eduardo. **EDAD:** 3años, 5 meses. **FECHA:** 03-08-2000.

NECESIDAD: Moverse y mantener buena postura.

INTERVENCIONES DE ENFERMERIA.	JUSTIFICACION.	EVALUACION.
<p>(g) Realización de sujeción del paciente de manera adecuada de acuerdo a la patología:</p> <p>"- Antes de aplicar un dispositivo de restricción, explique su objeto al niño y</p> <p>a los padres con amabilidad,</p> <p>- Ponga al paciente en posición cómoda antes de aplicar los dispositivos de inmovilización.</p> <p>- Alise la ropa del paciente y de cama antes del método.</p> <p>De acuerdo a la patología se debe hacerse llegar del equipo necesario para la sujeción, en este caso: sujetadores de muñeca y/o tobillo, o en su caso adecuarlos con algodón o guata, venda, apósito, tela adhesiva o cordones, se realizan las sujeciones de la siguiente manera:</p> <p>(antes de nada avisar al paciente y familiares la importancia de que el paciente se encuentre sujetado, tranquilizar al paciente, y es recomendable que se encuentre relajado para que no se lastime):</p> <p>1.- colocar guata o algodón alrededor de la muñeca o tobillo a ser inmovilizado de manera que proteja la integridad de la piel,</p>		

PLAN DE ATENCION DE ENFERMERIA.

NOMBRE DEL PACIENTE: Mora Hernández Juan Eduardo. **EDAD:** 3 años, 5 meses. **FECHA:** 03-08-2000.

NECESIDAD: Moverse y mantener buena postura.

INTERVENCIONES DE ENFERMERIA.	JUSTIFICACION.	EVALUACION.
<p>2.- sobreponer apósito en el lugar de fijación, 3.- sujetar con cordones o venda el apósito de manera que este no se mueva y quede inmobilizado parcialmente de extremidades, sin alterar la circulación de la muñeca o tobillo, 4.- realizar los amarres necesarios a base de la cama para impedir que este se lastime con un movimiento brusco". 78 (h) Una vez instalado en su unidad, apagar luces y dejar la de vigilancia, así como disminuir el ruido exterior. (i) Realizar una pequeña evaluación sobre la importancia de que se encuentre sujetado de ms infs. a los familiares. (j) Permitir que los padres ayuden en los procedimientos, así como permitir al niño tener objetos personales que le produzcan confianza, de igual manera explicar al niño procedimientos y equipo en términos simples, de ser posible dejar al niño tocar el equipo antes del procedimiento. (k) Realizar las anotaciones pertinentes en la hoja de enfermería.</p>		

PLAN DE ATENCION DE ENFERMERIA.

NOMBRE DEL PACIENTE: Mora Hernández Juan Eduardo. **EDAD:** 3 años, 5 meses. **FECHA:** 03-08-2000.

NECESIDAD: Moverse y mantener buena postura.

Realizado por: **V. Sánchez Falcón.**

Revisado por: **M.M.Mata Cortes.**

NOTAS DE PIE DE PAGINA:

77.- ibidem; Añorve, López Raquel; "Manual de procedimientos esenciales de fundamentos de Enfermería; Tendido de cama con paciente", ...p.p.45-50.

78.- ibidem, King y Wieck, "Fundamentos de Enfermería, Manual Ilustrado, Dispositivos de Sujetación para pacientes pediátricos";...p.p.593-594.

79.- inbidem; King y Wieck; "Fundamentos de Enfermería, Manual Ilustrado, "Admisión del paciente pediátrico"; ...p.p.513.

80.- ibidem; King y Wieck, "Fundamentos de Enfermería, Manual Ilustrado;" Admisión del paciente pediátrico" ...p.p.513

81.- ibidem; Brunner, "Enfermería medicoquirúrgica, Mecanismos homeostáticos y fenómenos fisiopatológicos"; ...p.p.117.

82.- ibidem; King y Wieck; "Fundamentos de Enfermería, Manual Ilustrado, Dispositivos de sujetación paa pacientes pediátricos";...p.p. 593, 598.

83.- ibidem; Atkinson; "Proceso de Atención de Enfermería"; ...p.p.101 y 103.

PLAN DE ATENCION DE ENFERMERIA.

NOMBRE DEL PACIENTE: Mora Hernández Juan Eduardo. EDAD: 3 años. 5 meses. FECHA: 03-08-2000.

NECESIDAD: Necesidad de higiene y protección de la piel.

DIAGNOSTICO DE ENFERMERIA: Déficit del autocuidado asociado a la higiene relacionado por evacuaciones involuntarias en cirugía efectuada y manifestado por el aspecto de los genitales sucios de excremento.

OBJETIVO/OS: Mantener limpia la piel en general así como genitales.

INTERVENCIONES DE ENFERMERIA.	JUSTIFICACION.	EVALUACION.
<p>(a) Se realizará cambio de pañal, en el momento de realizar el cambio de ropa de cama, de acuerdo a técnica específica:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Se avisará al familiar y paicnete el procedimiento a realizar. - Se allegará del materia necesario: "- 1.- Pañal de tela o de toalla grande y suave. 2.- Dos imperdibles grandes. 3.- Recipiente para pañales sucios. 4.- Medicación, si se ordena. 5.- Toallita de baño, agua caliente y toalla. - El equipo necesario se tendrá listo de antemano. Los imperdibles se afilan metiéndolos en jabón y han de conservarse bajo llave y fuera del alcance de los lactantes. - Se lavarán las manos, antes y después de cambiar los pañales. - Los barandales laterales de la cuna se dejarán levantados, si la enfermera no asiste directamente al niño. 	<p>(a) El cambio de pañal tiene como funda,mentación los siguientes:</p> <ul style="list-style-type: none"> "- Quitar los irritantes de la piel del lactante y ponerle un pañal seco. - Evaluar lo adecuado de la eliminación. - Suministrar cuidados para nalgas o genitales irritados. - Dar oportunidad para la interacción entre la madre y el lactante. <p>Sus objetivos es el de:</p> <ul style="list-style-type: none"> - elaborar un pañal pulcro y útil, - conservar al lactante tan seco y cómodo como sea posible, - conservar un medio seguro y terapéutico, - proporcionar al lactante estímulos auditivos, visuales y táctiles. <p>Cuando se efectúa el cambio de pañal se puede observar:</p> <ul style="list-style-type: none"> + la región genital y glútea buscabndo signos de procesos patológicos incipientes, + observar la suficiencia y aspecto de 	<p>(a) Se valoró la necesidad de efectuar el cambio de pañal, con el apoyo del familiar y del paciente.</p> <p>Se explicó la necesidad de que el paciente se mueva lo menos posible. El paciente por sí mismo levanta las caderas para efectuar el cambio del pañal.</p> <p>Se realiza aseo de la región perianal, y se coloca pañal de tela de forma rectangular, cubriendo genitales, sin tocar ferulación.</p> <p>Se tira el material de desecho previo peso del mismo, anotandolo en el control de líquidos del paciente.</p> <p>(b) El paciente, hasta las 6:30 vuelve a presentar otra evacuación de manera voluntaria, de forma consistente, fétida, de color café oscuro, de moderada cantidad, sin dolor para evacuar.</p>

PLAN DE ATENCION DE ENFERMERIA.

NOMBRE DEL PACIENTE: Mora Hernández Juan Eduardo. **EDAD:** 3 años, 5 meses. **FECHA:** 03-08-2000.

NECESIDAD: Necesidad de higiene y protección de la piel.

INTERVENCIONES DE ENFERMERIA.	JUSTIFICACION.	EVALUACION.
<p>-No se utilice calzón de plástico porque tiende a retener el calor y favorece el estancamiento de orina. Si se ordena, se puede aplicar una pomada.</p> <p>- Los pañales, se doblan de dos maneras: en forma de cometa y en forma rectangular.</p> <p>a) Doblado en forma de cometa:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1.- Desdoble el pañal hasta formar un cuadro grande. 2.- Doble la esquina A por la línea punteada E-D. 3.- Doble, la esquina C por la línea punteada F-D, haciendo un punto en D. 4.- Doble la esquina B hacia anajo, según el tamaño de la cadera. 5.- Doble D hacia arriba hasta la anchura deseada. 6.- Coloque la base del triángulo debajo de las nalgas a la altura de la cintura. El punto del triángulo (ángulo D doblado) se mete entre las piernas, sobresaliendo del abdomen, y se sujeta a los dos ángulos con un imperdible a la altura del ombligo. 	<p>secreciones urinarias y fecal.</p> <p>Entre los aspectos de enseñanza a la familia incluye:</p> <ul style="list-style-type: none"> + la importancia de asear los genitales de adelante hacia atrás + la importancia de prevenir la dermatitis por pañal mediante el rápido cambio de los pañales húmedos, por lo que se debe limpiar y secar la zona del pañal, evitando en lo posible el empleo de calzoncillos de plástico".85 <p>(b) El estar al pendiente sobre las características de las demás evacuaciones es por el hecho que el paciente al ser sometido a algún tipo de anestesia para la realización de la cirugía, se encuentra sometido a las reacciones fisiológicas por tal motivo, entre algunas de ellas se encuentra la de: "a nivel aparato digestivo, presenta cambios funcionales relacionados principalmente con la depresión del sistema nervioso autónomo, en particular evidente cuando parte de o</p>	<p>g.- Se realiza nuevamente el cambio de pañal.</p> <p>h.- Se realizan las anotaciones pertinentes.</p>

PLAN DE ATENCION DE ENFERMERIA.

NOMBRE DEL PACIENTE: Mora Hernández Juan Eduardo. **EDAD:** 3 años, 5 meses. **FECHA:** 03-08-2000.

NECESIDAD: Necesidad de higiene y protección de la piel.

INTERVENCIONES DE ENFERMERIA.	JUSTIFICACION.	EVALUACION.
<p>b) Doblando en forma del rectángulo:</p> <ol style="list-style-type: none">1.- Coloque el pañal en cuadro sobre una superficie plana.2.- Dóblelo a lo largo en tres partes.3.- Doble hacia arriba el tercio correspondiente a las nalgas hasta la porción media del pañal, para hacerlo más grueso ahí.4.- Una mitad del pañal doblado se pone debajo de las nalgas y la otra entre las piernas y sobre el abdomen, y se sujeta con imperdibles en ambos costados.5.- Al sujetar los pañales con imperdibles alrededor de la pierna, se impide la contaminación de las sábanas y de los dedos con materia fecal.6.- El niño deberá quedar en un medio limpio y fresco. Se contará con recipientes apropiados para colocar la ropa sucia, la cual no se pone en piso. Después de cambiar la ropa de cama, asegúrese de dejar levantadas las barandillas.	<p>todos los impulsos autonómos disminuidos. Es menos fácil observar efectos directos de los fármacos sobre el músculo liso y los esfínteres. Ocurre vómito en planos superficiales y durante la recuperación". 86</p>	

PLAN DE ATENCION DE ENFERMERIA.NOMBRE DEL PACIENTE: Mora Hernández Juan Eduardo. EDAD: 3 años, 5 meses. FECHA: 03-08-2000.NECESIDAD: Necesidad de higiene y protección de la piel.

INTERVENCIONES DE ENFERMERIA.	JUSTIFICACION.	EVALUACION.
<p>Para realizar el cambio de pañales se debe tener especial cuidado no mover mucho al paicente, solicitando su apoyo como el del familiar, apar evitar molestar excesivamente al paicente.</p> <p>(b) Se deberá repetir el cambio cuantas veces sea necesario.</p> <p>Verificar que la evolución del paciente sobre la anestesia sea exitosa, sobre todo en el relajamiento de esfínteres (las demás evacuaciones tendrán que realizarse con normalidad).</p> <p>(c) Realizar las anotaciones pertinentes.</p>		

Realizado por: **V. Sánchez Falcón.**Revisado por: **M. M. Mata Cortes.****NOTAS DE PIE DE PAGINA:**

84.- ibidem; King y Wieck; "Fundamentos de Enfermería, Manual Ilustrado, Cambio de pañales"; ... p.p. 769-771.

85.- ibidem; King y Wieck; "Fundamentos de Enfermería, Manual Ilustrado, Cambio de pañales"; ...p.p. 769, 772, 773.

86.- op cit; Englebert; "Diagnóstico y Tratamientos Quirúrgicos"; ...p.p.167.

PLAN DE ATENCION DE ENFERMERIA.

NOMBRE DEL PACIENTE: Mora Hernández Juan Eduardo. **EDAD:** 3 años, 5 meses. **FECHA:** 03-08-2000.

NECESIDAD: Necesidad de evitar peligros.

DIAGNOSTICO DE ENFERMERIA: Alteración de la protección del paciente de manera general relacionada a la cirugía efectuada manifestada por que no se protege la instalación de la venoclisis, así como la instalación de la SCT adecuadamente como por el rechazo del paciente a punciones de venoclisis representado por agresividad, jaloneo y posible arrancamiento del procedimiento quirúrgico.

OBJETIVO/OS: Fijar adecuadamente la instalaciones médicas (venoclisis y sonda de cistostomía).

INTERVENCIONES DE ENFERMERIA.	JUSTIFICACION.	EVALUACION.
<p>(a) Avisar al familiar sobre el procedimiento necesario a realizar y pedir su cooperación.</p> <p>(b) Realizar sujeción del paciente de manera adecuada de acuerdo a la patología:</p> <p>"- Antes de aplicar un dispositivo de restricción, explique su objeto al niño y a los padres con amabilidad,</p> <p>- Ponga al paciente en posición cómoda antes de aplicar los dispositivos de inmovilización,</p> <p>- Alise la ropa del paciente y de cama antes del método.</p> <p>De acuerdo a la patología se debe hacerse llegar del equipo necesario para la sujeción, en este caso: sujetadores de muñeca y/o tobillo, o en su caso adecuarlos con algodón o guata, venda, apósito, tela adhesiva o cordones;</p>	<p>(a-b) Los "dispositivos de sujeción para pacientes pediátricos es que es un medio para limitar el movimiento físico con objeto de facilitar el examen e impedir las lesiones del lactante o niño, cuyo fundamento son: conservar la seguridad del lactante o niño, permitir la curación y mantener el tratamiento quirúrgico, cuyos objetivos son:</p> <p>1.- Explicar el objeto de los dispositivos de restricción al niño y padres para ganarse su cooperación.</p> <p>2.- Usar dispositivos de restricción sólo cuando sea absolutamente necesario.</p> <p>3.- Verificar los dispositivos de sujeción cada 15 minutos y quitarlos a intervalos que se especifiquen para permitir el movimiento de la extremidad.</p>	<p>(a) Se recibe al paciente procedente de quirofano, en donde se detecta que las instalaciones médicas no se encuentran fijadas adecuadamente y existe la posibilidad de alguna extracción de los mismos provocando alteración en la continuidad del tratamiento.</p> <p>(b) Se adecuan sujeciones de ms infs, previa explicación al familiar así como al paciente, pidiendole su cooperación, (23:10).</p> <p>(c) Se orienta al familiar sobre mantener libre la ferulación de cosas pesadas así como evitar lo más posible el roce con la misma, tambien se orienta sobre la sujeciones de la sonda de cistostomía como la instalación de la venoclisis, realizando sujeciones a visa del familiar. (23:20)</p>

PLAN DE ATENCION DE ENFERMERIA.NOMBRE DEL PACIENTE: Mora Hernández Juan Eduardo. EDAD: 3 años, 5 meses. FECHA: 03-08-2000.NECESIDAD: **Necesidad de evitar peligros.**

INTERVENCIONES DE ENFERMERIA.	JUSTIFICACION.	EVALUACION.
<p>se realizan las sujetaciones de la siguiente manera:</p> <p>(antes de nada avisar al paciente y familiares la importancia de que el paciente se encuentre sujetado, tranquilizar al paciente, y es recomendable que se encuentre relajado para que no se lastime).</p> <p>a) colocar guata o algodón alrededor de la muñeca o tobillo a ser inmovilizado de manera que proteja la integridad de la piel,</p> <p>b) sobreponer apósito en el lugar de fijación,</p> <p>c) sujetar con cordones o venda el apósito de manera que este no se mueva y quede inmovilizado parcialmente de extremidades, sin alterar la circulación de la muñeca o tobillo,</p> <p>d) realizar los amarres necesarios a base de la cama para impedir que este se lastime con un movimiento brusco".</p> <p>(c) Una vez instalado adecuadamente el paciente en su unidad médica, se procederá a instalar las derivaciones médicas con las que el paciente salió de quirófano, en este caso se encuentra:</p>	<p>4.- Prevenir las complicaciones que pueden producirse a consecuencia de caídas.</p> <p>Se deben recordar que los restrictores demasiado ceñidos dificultan la circulación. Asegúrese con frecuencia que no existe hinchazón o enrojecimiento. "91 (c-1) En lo que respecta a la sonda de cistostomía:</p> <p>"La meta del cirujano en cualquier derivación urinaria en la reparación de hipospadias es proteger la nueva uretra del chorro de orina en la fase inicial de curación. En teoría, esta derivación debería disminuir el índice de complicaciones, en especial el desarrollo de fistulas, más sin embargo la cistostomía suprapúbica son incómodas y estorbosas para manejar en el posoperatorio." 92"La sonda suprapúbica es útil en varones cuando no es posible pasarla por la uretra, más sin embargo una sonda uretral permanente predispone a meatitis, uretritis y epididimitis. Es de esperar algún angrado en los hombres, y debido al traumatismo de la mucosa puede presentarse</p>	<p>(d) Se explica al familiar y al paciente sobre la detección de signos de alarma de instalaciones médicas. (23:25)</p> <p>(e) Terminando el procedimiento se procede a disminuir la luz y reducir el ruido.</p> <p>(f) El paciente se duerme, teniendo un sueño profundo, hasta el día siguiente.</p>

PLAN DE ATENCION DE ENFERMERIA.

NOMBRE DEL PACIENTE: Mora Hernández Juan Eduardo. **EDAD:** 3 años, 5 meses. **FECHA:** 03-08-2000.

NECESIDAD: Necesidad de evitar peligros.

INTERVENCIONES DE ENFERMERIA.	JUSTIFICACION.	EVALUACION.
<p>- la sonda de cistostomía, - la instalación de venoclisis, - ferulación de hx qx. 1.-SONDA DE CISTOSTOMIA: - Avisar al familiar y/o paciente sobre el procedimiento a realizar, - Hacerse allegar de material y equipo necesario para su instalación como puede ser: "1.- Recipiente de torundas de algodón con sustancia limpadora antibacteriana (de preferencia estériles), 2.- Bacineta con agua, 3.- Jabón, - Proceder a limpiar la fijación con cuidado, (considerado si no hay alguna restrcción médica para el procedimiento a realizar) de no desprender punto de fijación; las sondas a permanencia suelen ser de uno de dos tipos. El tubo de luz única (sonda Foley de dos vías) tiene un tubo de inflación, además de otro que permite la introducción de líquido de irrigación y el drenaje de orina a través de la misma luz . El tubo de luz doble</p>	<p>sensación de ardor al orinar o polaquiuria,. En los hombres que sufren prostatismo moderado puede desarrollarse retención urinaria aguda, que puede ser debida a edema por manipulación con los instrumentos. Puede presentarse exacerbaciones de infecciones de la porción inferior del sistema , pueden desarrollarse una epididimitis si existe prostatocistitis. Los "escalofríos uretrales"(bacteremia) pueden originar complicaciones sépticas y deben preverse después de instrumentación en presenica de una próstata infectada o reflujo vesicouretral."93 (c-2) El contar con una vía intravenosa : "sirve para propiciar los nutrientes básicos, disponer de un medio para administar medicamentos , y para corregir un desequilibrio de electrolitos; además el sujetar adecuadamente el miembro que a de ser venipuncionado es para que el movimiento de las extremidades del niño no cause tensión en al vena y arriesgar a que se salga el</p>	

PLAN DE ATENCION DE ENFERMERIA.**NOMBRE DEL PACIENTE:** Mora Hernández Juan Eduardo. **EDAD:** 3 años, 5 meses. **FECHA:** 03-08-2000.**NECESIDAD:** Necesidad de evitar peligros.

INTERVENCIONES DE ENFERMERIA.	JUSTIFICACION.	EVALUACION.
<p>(sonda de Foley de tres vías) tiene un tubo de inflación y otros dos, uno para introducir el líquido de irrigación y el otro para permitir el drenaje simultáneo de orina, (en el caso del paciente, el tiene una sonda Foley a derivación de luz única); se deberá proceder a su fijación tensa y firme valorando signos y síntomas de infección , erupción o hinchazón, rechazo y sangrado; el tubo se fija a la sábana sin que exista tensión o tracción innecesarias. No debe haber dobleces o torsiones en el tubo. La limpieza de la sonda se lleva a cabo dos veces al día y según sea necesario,"88</p> <p>"Se debe conectar el extremo de drenaje de la sonda al tubo estéril de la bolsa recolectora de la orina y suspéndala del marco lateral de la cama de modo que la orina drene por gravedad, fije la sonda en la cara anterior del muslo del paciente , deje</p>	<p>cáteter..."94</p> <p>(c-3) En cuestión de la ferulación, se debe vigilar la presencia de sangrado, edema, u otros signos que demuestren alguna complicación, al ser un tx qx, con pocas horas de inicio.</p> <p>(d-f) "Cubrir las necesidades del niño y de los familiares (conocimiento) de protección y seguridad y de amor - pertenencia , con el acercamiento de seres queridos proporcionan seguridad al paciente."95</p>	

PLAN DE ATENCION DE ENFERMERIA.

NOMBRE DEL PACIENTE: Mora Hernández Juan Eduardo. **EDAD:** 3 años, 5 meses. **FECHA:** 03-08-2000.

NECESIDAD: Necesidad de evitar peligros.

INTERVENCIONES DE ENFERMERIA.	JUSTIFICACION.	EVALUACION.
<p>al paciente cómodo, si el paciente deambula, explíquele cómo manejar la bolsa, así como al familiar, anote en la hoja de enfermería, fecha y hora de instalación, cantidad y características de la orina que se extrajo". 89</p> <p>2.- INSTALACION DE LA VENOCCLISIS PERIFERICA:</p> <ul style="list-style-type: none">- "Si el niño es de edad suficiente se le da una explicación de lo que se practicará,- Deberá informarse a los padres la necesidad y procedimiento de administración de goteo intravenoso,- Se se usa alguna extremidad en el lactante o niño de corta edad, deberá sujetarse en forma apropiada.- La enfermea deberá tomar todas las precauciones para cerciorarse que el tubo no contenga aire, el frasco del líquido conectado al tubo y la bolsa graduada se sostienen en un equipo porta suero, lo que permite que el frasco cuelgue 45 a 60 cm por arriba del sitio de venipunción, además, la enfermera deberá abrir las pinzas y permitir que el líquido llene el tubo y la bolsa, lo que elimina todas las burbujas de aire.		

PLAN DE ATENCION DE ENFERMERIA.

NOMBRE DEL PACIENTE: Mora Hernández Juan Eduardo. **EDAD:** 3 años, 5 meses. **FECHA:** 03-08-2000.

NECESIDAD: Necesidad de evitar peligros.

INTERVENCIONES DE ENFERMERIA.	JUSTIFICACION.	EVALUACION.
<p>- Todo el equipo deberá ser estéril y estar en el cuarto disponible. El frasco de solución se cuelga del portasueros, unos 45 a 60 cm por arriba del nivel de la vena o a una altura suficiente para la que gravedad venza la presión venosa .</p> <p>- El movimiento de las extremidades del niño causará tensión en la vena y posiblemente haga que se salga la aguja. Se inmoviliza al niño, con una media de nilón que se le ata a las manos y después a los resortes de la cuna".90</p> <p>3.- FERULACION DE HX QX: Por la cirugía realizada es recomendable que el roce de la ferulación con la ropa sea lo menos posible, u otra cosa que llege a provocar una posible extracción de la misma, por lo que:</p> <p>- se debe explicar la importancia de mantener intacta la ferulación de la hx qx a los familiares como al paciente mismo en un lenguaje comprensivo;</p>		

PLAN DE ATENCION DE ENFERMERIA.**NOMBRE DEL PACIENTE:** Mora Hernández Juan Eduardo. **EDAD:** 3 años, 5 meses. **FECHA:** 03-08-2000.**NECESIDAD:** Necesidad de evitar peligros.

INTERVENCIONES DE ENFERMERIA.	JUSTIFICACION.	EVALUACION.
<p>- explicar al familiar cuales son los signos de alarma de una posible hemorragia y/o infección del procedimiento quirúrgico;</p> <p>- colocar al paciente en posición cómoda que favorezca el descanso.</p> <p>(d) Vigilar presencia de signos y síntomas de alarma en el posoperatorio mediato en el paciente y enseñar a los familiares a detectarlos.</p> <p>(e) Dar aviso al médico en caso de que aumenten los signos y síntomas ya existentes, o en su caso de alguna circunstancia de alarma.</p> <p>(f) Terminado el procedimiento, apagar las luces, reducir el ruido, permitir que el paciente toque el material y equipo utilizado para disminuir el estrés.</p> <p>(g) Realizar las anotaciones pertinentes.</p>		

Realizado por: **V. Sánchez Falcón.***Revisado por:* **M.M. Mata Cortes.**

PLAN DE ATENCIÓN DE ENFERMERÍA.

NOMBRE DEL PACIENTE: Mora Hernández Juan Eduardo. **EDAD:** 3 años, 5 meses. **FECHA:** 03-08-2000.

NECESIDAD: Necesidad de evitar peligros.

NOTAS DE PIE DE PAGINA:

87.- ibidem; King y Wieck; "Técnicas de Enfermería, Manual Ilustrado; Dispositivos de sujeción para pacientes pediátricos" ...p.p. 593,594.

88.- ibidem, King y Wieck; "Técnicas de Enfermería, Manual Ilustrado; Cuidado de la Sonda Foley"; ...p.p.151-155.

89.- ibidem; Añorve, López Raquel; "Manual de procedimientos esenciales de fundamentos de Enfermería, Cuidado de la sonda vesical a permanencia" ...p.p. 139-140.

90.- ibidem; King y Wieck; "Técnicas de Enfermería, Manual Ilustrado; Dispositivos de sujeción para pacientes pediátricos"...p.p.562-566.

91.- ibidem; King y Wieck, "Técnicas de Enfermería, Manual Ilustrado, Dispositivos de sujeción para pacientes pediátricos" ..p.p.593, 598.

92.- Hipospadias, ...p.p.729.

93.- ibidem; Smith; "Urología Gneral, Exploración del sistema urinario con instrumentos" ... p.p. 135, 141.

94.- ibidem; King y Wieck; "Técnicas de Enfermería, Manual Ilustrado, Goteo intravenoso para paciente pediátrico"...p.p.562,565.

95.- ibidem, Atkinson; "Porceso de Atención de Enfermería" ...p.p.105.

PLAN DE ATENCION DE ENFERMERIA.

NOMBRE DEL PACIENTE: Mora Hernández Juan Alberto. **EDAD:** 3 años. 5 meses. **FECHA:** 03-08-2000.

NECESIDAD: Necesidad de comunicarse.

DIAGNOSTICO DE ENFERMERIA: Temor relacionado a medio ambiente hospitalario para la realización de cirugía de Plastia de hipospadias manifestado por llanto del niño cuando no se encuentran los padres con él.

OBJETIVO/OS: Evitar lo más posible que los familiares no se alejen de él por mucho tiempo.

INTERVENCIONES DE ENFERMERIA.	JUSTIFICACION.	EVALUACION.
<p>(a) Ingresar al paciente al servicio. (b) Presentarse de manera cordial con los familiares así como con el propio paciente. (c) Realizar los procedimientos con previo aviso del paciente y explicación a los familiares. (d) Explicar el reglamento interno del servicio como del propio hospital. (e) Molestar al niño lo menos posible, solamente en caso de realizar algún procedimiento. y ayudarlo a sobreponerse a sus miedos (actitud de la enfermera ante el paciente, respeto a sus temores, permitir a los niños se sobrepongan a la mayor parte de sus miedos, comprender los miedos del niño). (f) Hablar a los padres con respecto a tranquilizar al bebé (estar donde él pueda verlos, y tocarlos, hablarle con dulzura y tranquilamente, pasar con él el transcurso de la noche) para evitar</p>	<p>(a) El recibir al paciente en un ambiente cordial así como a su familia favorece la tranquilidad del paicente. (b-d) La gente y cosas familiares disminuirán el estrés al ambiente extraño, que puede contribuir a exacerbar los parámetros basales, además el mantenerse con gente o cosas familiares, produce seguridad psicológica. (e-g) "La ayuda a los niños para sobreponerse a sus miedos es importante porque los niños necesitan del apoyo de los adultos. La actitud que tomen los mayores afectará la forma de como madurarán y expresarán esos temores. La falta de comprensión y simpatía pueden dañar los intentos que hagan para sobreponerse a esos temores. No son métodos adecuados ni maduros de ayuda el usar el miedo como técnica de disciplina, burlarse de los miedos o</p>	<p>(a) Ingresa el paciente procedente del quirófano a las 22:46. (b) Se da el recibimiento al paciente como a su familiar, se orienta sobre el reglamento del servicio como del hospital. (c) Se realizan los procedimientos necesarios, permitiendo que el paciente toque el material y equipo a se utilizado. (d) Se orienta al familiar sobre dudas del tratamiento a seguir, el paciente duerme en todo el transcurso de la noche. (e) Se permite que la madre se quede con el niño en el transcurso de la noche asta el día siguiente. (f) La visita termina a las 7:00 del día siguiente, el niño llora al despedirse la madre, pero al poco tiempo se vuelve a quedar dormido. (g) Se orienta al familiar sobre la hora de inicio de la visita.</p>

PLAN DE ATENCION DE ENFERMERIA.

NOMBRE DEL PACIENTE: Mora Hernández Juan Alberto. EDAD: 3 años, 5 meses. FECHA: 03-08-2000.

NECESIDAD: Necesidad de comunicarse.

INTERVENCIONES DE ENFERMERIA.	JUSTIFICACION.	EVALUACION.
<p>que se angustie e irrite así como el generar confianza ante un medio desconocido.</p> <p>(g) Aclarar dudas a los padres sobre el tratamiento quirúrgico así como acciones de enfermería a realizar.</p> <p>(h) Realizar las anotaciones pertinentes</p>	<p>forzarlos a enfrentarse a los objetos que temen antes de que estén listos,, emocionalmente hablando. los padres y adultos comprensivos deben darse cuenta que los incidentes atemorizantes o infelices pueden entrar en la vida del niño en cualquier momento y originar fobias especiales. Aunque los mayores por sí solos no los pueden proteger de los miedos, pueden, sin embargo, tomar ciertas medidas cuando el niño está atemorizado. Los factores que hay que tomar en cuenta son:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Respeto por los miedos de los niños: <p>El respeto y la comprensión siempre será de acuerdo a lo que teme el niño, ya sea un objeto o algún suceso. Si se burlan o se le avergüenza enfrente de otros, no se está haciendo nada ayudarlo a que se sobreponga de manera eficaz a esta emoción.</p> <ul style="list-style-type: none"> - Darse cuenta de que los niños se sobrepondrán a la mayor parte de sus miedos: <p>Los adultos deben ser pacientes ya</p>	

PLAN DE ATENCIÓN DE ENFERMERÍA.

NOMBRE DEL PACIENTE: Mora Hernández Juan Alberto. **EDAD:** 3 años, 5 meses. **FECHA:** 03-08-2000.

NECESIDAD: Necesidad de comunicarse.

INTERVENCIONES DE ENFERMERÍA.	JUSTIFICACION.	EVALUACION.
	<p>tiempo en desaparecer que otros.</p> <ul style="list-style-type: none">- Permitir a los niños a que se acostumbren a sus miedos poco a poco: <p>No todos los niños responden a este acercamiento gradual sino más bien "necesitan enfrentarse de lleno al problema".</p> <ul style="list-style-type: none">- Intente comprender los miedos en relación con la personalidad completa del niño: <p>Trate de observar como los miedos se relacionan con los patrones diarios de comportamiento del niño. Se evitarán en lo posible todas las situaciones que pudieran originarlos.- Familiaridad con la variedad de miedos que puedan tener los niños de cada edad:<p>Se puede lograr una mejor comprensión de todos los temores si los adultos analizan la razón de ellos y su dinámica subyacente."96</p></p>	

Realizado por: **V. Sánchez Falcón.**

Revisado por: **M. M. Mata Cortes.**

PLAN DE ATENCION DE ENFERMERIA.

NOMBRE DEL PACIENTE: Mora Hernández Juan Alberto. *EDAD:* 3 años 5 meses. *FECHA:* 03-08-2000.

NECESIDAD: Necesidad de comunicarse.

NOTAS DE PIE DE PAGINA:

96.- Thompson, Dumont Eleanor; "Enfermería Pediátrica, Crecimiento, Desarrollo y Patología del Niño"; editorial: "Nueva Editorial Interamericana, S.A. de C.V.", cuarta edición; México, D.F. 1984; p.p.206.

PLAN DE ATENCION DE ENFERMERIA.

NOMBRE DEL PACIENTE: Mora Hernández Juan Eduardo. **EDAD:** 3 años, 5 meses. **FECHA:** 03-08-2000.

NECESIDAD: Aprendizaje.

DIAGNOSTICO DE ENFERMERIA: Déficit de conocimientos con lo que respecta a la realización de cirugía de Hipospadias manifestada por no saber la importancia de no tocarse la ferulación de su hx qx por parte del paciente.

OBJETIVO/OS: Fomentar un ambiente educativo en el cual el paciente comprenda la necesidad de no tocarse la ferulación.

INTERVENCIONES DE ENFERMERIA.	JUSTIFICACION.	EVALUACION.
<p>(a) Recepción del paciente de manera cordial y amable, presentarse dirigiéndose al paciente por su nombre y permitir que el paciente mencione el nombre de la enfermera.</p> <p>(b) Explicar al paciente cada procedimiento antes de realizarlo.</p> <p>(c) Permitir que sus padres o familiar se encuentre con el en el momento de realizarlos.</p> <p>(d) Permitir, si es posible que el paciente toque el material y equipo a se utilizado en cada procedimiento.</p> <p>(e) Permitir que el paciente este con sus cosas preferidas como juguetes, o demás.</p> <p>(f) Explicarle, de manera que entienda cual es la razón de mantenerlo inmobilizado, así como el enfoque de no tocarse la ferulación.</p> <p>(g) Realizar las anotaciones pertinentes.</p>	<p>(a-d) "Para cualquier niño, la hospitalización significa separarse de sus padres, hermanos y ambiente cotidiano. Tanto la hospitalización como la enfermedad pueden afectar al crecimiento normal, tanto emocional como físico, del niño. En los niños hospitalizados se produce una alteración del proceso de dependencia, que forma parte de la relación padres-hijos. Los niños de menor edad tienden a vivir cualquier tipo de separación como una forma de abandono o castigo. Entre los seis meses y los cuatro años de edad los niños tiene poca capacidad de enfrentarse a situaciones que, por su novedad, pueden originar ansiedad."97, y puede afectar en el comportamiento agresivo e irritable del paciente provocando que disminuya su</p>	<p>(a) Se recibió al paciente procedente de quirófano a las 22:46.</p> <p>(b) Se orientó a los familiares sobre el reglamneto del servicio como el del hospital.</p> <p>(c) Se permitió que los familiares ayudarán en la elaboración de los procedimeintos., así como se explicó el hecho de realizarlos.</p> <p>(d) Se explicó al paciente cada procedimiento, obteniendo el apoyo de este, así como se permitió que tocará el material y equipo a ser utilizado.</p> <p>(e) Se refirió al paciente por su nombre: Juan, y el mismo contestaba refiriendose al personal de enfermería como señorita "memela".</p> <p>f.- Se explicó al paciente la necesidad de mantenerlo sujetado a la cama así como el de no tocarse la ferulación,</p>

PLAN DE ATENCION DE ENFERMERIA.

NOMBRE DEL PACIENTE: Mora Hernández Juan Eduardo. **EDAD:** 3 años, 5 meses. **FECHA:** 03-08-2000.
NECESIDAD: Aprendizaje.

INTERVENCIONES DE ENFERMERIA.	JUSTIFICACION.	EVALUACION.
	capacidad de percepción a las cosas nuevas que le rodean. (e-f) El comprender al niño, y hablarle de acuerdo su edad como " explicar al niño procedimientos y equipo en términos simples, así como si es posible dejar al niño tocar el equipo antes del procedimiento"98, ayudará a eliminar en cierto grado la ansiedad y aumentar su capacidad de percepción a lo nuevo que se esta enfrentando.	lloró al ser sujetado, de las cuatro extremidades, pero al día siguiente se soltarón las manos, y el no se levantó ni se tocó la ferulación.

Realizado por: **V. Sánchez Falcón.**

Revisado por: **M.M. Mata Cortes.**

NOTAS DE PIE DE PAGINA:

97.- ibidem; "Enciclopedia de la Enfermería, Vol. 3; Pediatría";...p.p.551.

98.- ibidem; Atkinson; "Proceso de Atención de Enfermería";...p.p.101.

PLAN DE ATENCION DE ENFERMERIA.

NOMBRE DEL PACIENTE: Mora Hernández Juan Eduardo. **EDAD:** 3 años, 5 meses. **FECHA:** 03-08-2000.

NECESIDAD: Necesidad de jugar y participar en actividades recreativas.

DIAGNOSTICO DE ENFERMERIA: Déficit de llevar a cabo actividades recreativas relacionado al posoperatorio mediato de la cirugía efectuada manifestada por rechazo al paciente a llevar actividades recreativas, paciente quejumbroso e irritabilidad.

OBJETIVO/OS: Respetar decisión del paciente, y favorecer ambiente agradable para crear confianza al personal médico y de enfermería.

INTERVENCIONES DE ENFERMERIA.	JUSTIFICACION.	EVALUACION.
<p>(a) Recepción del paciente.</p> <p>(b) Referirse al paciente, por su nombre y permitir que el lo haga con la enfermera.</p> <p>(c) Realizar los procedimientos, previa orientación sobre los motivos de realizarlos así como permitir que sus padres cooperen en estos.</p> <p>(d) Permitir que el paciente toque el material y equipo a ser utilizado en los procedimientos.</p> <p>(e) Permitir que el familiar se quede con el hasta el termino de la visita.</p> <p>(f) Permitir que el paciente tenga sus cosas preferidas como juguetes, etc.... a su lado.</p> <p>(g) Molestar lo menos posible al paciente, unicamente en caso de ser necesario.</p> <p>(h) Realizar las anotaciones pertinentes.</p>	<p>(a-e) "El lactante pasa la mayor parte del tiempo jugando, de esta manera ejercita sus músculos, lo que contribuye a su bienestar físico. El juego también ayuda a la salud mental al proporcionarle alivio a las tensiones emocionales. "99,</p> <p>(f-g) Más sin embargo el paciente que se encuentra en una situación de estrés y de angustia, este enfoque se pierde y se propicia otra necesidad prioritaria, por lo cual el favorecer el descanso y sueño del paciente hace que el paciente valore nuevamente la necesidad del sueño.</p>	<p>(a) Se recibió al paciente de manera cordial permitiendo que los familiares se encuentren con el cuando se realizan las técnicas.</p> <p>(b) Se permitió que el paicente tocará el material y equipo a ser utilizado..</p> <p>(c) El paciente se encuentra somoliento.(23:20)</p> <p>(d) Pide que se le acerquen sus carros de juguetes y mantenerlos en la cuna, lo cual se realiza y este se tranquiliza al tenerlos.</p> <p>(e) Duerme el paciente hasta el día siguiente. (24:00-6:00)</p> <p>(f) Despierta sonriente, y hablando de manera tranquila., decide jugar con sus carritos en la cuna de acuerdo al movimiento permitido.</p>

PLAN DE ATENCION DE ENFERMERIA.

NOMBRE DEL PACIENTE: Mora Hernández Juan Eduardo. **EDAD:** 3 años, 5 meses. **FECHA:** 03-08-2000.

NECESIDAD: **Necesidad de jugar y participar en actividades recreativas.**

Realizado por: **V. Sánchez Falcón.**

Revisado por: **M.M. Mata Cortes.**

NOTA DE PIE DE PAGINA:

99.- op cit; Thompson; " Enfermería Pediátrica, Crecimiento, Desarrollo y Patología del Niño"; ...p.p. 209-211.

IV.- Conclusiones y Sugerencias.

CONCLUSIONES.

Al aplicar el modelo de Herdenson, a un paciente lactante mayor al cual le fue realizada una Cirugía de Plastía de Hipospadias, no podemos dar cuenta que este puede ser utilizado en cada una de las diferentes etapas del Proceso de Atención de Enfermería, es decir:

en la etapa de Valoración y Diagnóstico, através de una guía se pudo realizar la recogida de datos y así analizarlos para poder realizar una jerarquización a priori de las necesidades del paciente, las cuales afectan en su grado de independencia/dependencia para su desempeño en un núcleo social y familiar; se pudieron interrelacionar una necesidad con otra; y se pudieron definir los problemas y su relación con las causas identificadas; realizando diagnósticos de Enfermería para cada necesidad detectada.

en la etapa de Planificación y Ejecución, se establecieron objetivos de independencia en base a las causas de la dificultad detectadas, se establecieron Planes de Enfermería en donde no solo se viera al paciente como un "trabajo más", sino se hizo participe de él y a su familia al ser tomado en cuenta para las intervenciones de la enfermera;

en la etapa de Evaluación, se pudo evaluar cada actividad realizada, conforme esta se iba efectuando, se pudo constatar que no fue necesario planear nuevas actividades, puesto que como se verá a continuación los objetivos se cumplierón. Hay que recordar que los objetivos aquí planteados fueron a corto plazo; por lo que de esta manera así se evaluarón.

Con lo que respecta a los objetivos planteados podemos concluir que: para la necesidad Descanso y Sueño, en donde se estableció como objetivo el de "Disminuir el dolor en Hx. Qx., así como favorecer un ambiente confortable para facilitar el descanso y sueño del paciente", el cual se considerá que se cumplió ya que la mayoría de la noche durmió con sueño pesado y profundo, hasta el siguiente día, el dolor disminuyó permitiéndole el descanso,

para la necesidad Oxigenación, en donde se estableció como objetivo el de "Regular la temperatura del paciente al grado de alcanzar la normotermia del mismo", se considerará que se cumplió ya que el paciente se mantuvo con una temperatura de 36°C a 36.5°C en el transcurso de la noche,

para la necesidad de Eliminación, se estableció como objetivos: - "Vigilar salida de hemorragia en sitio de hx qx, así como en la instalación de sonda de cistostomía", para este objetivo, el resultado fue que no presentó hemorragia, solamente, se mantuvo con el parche de hx qx con restos de sangre seca; otro objetivo fue el de - "Vigilar presencia de signos y síntomas de rechazo a ferulación", para este objetivo, el resultado fue el que el paciente no presentó rechazo a la ferulación; y por último se estableció el objetivo de: -"Disminuir riesgo de extracción de sonda de ferulación", en donde el paciente después de realizar labores de convencimiento y tratarlo con confianza y seguridad, se tranquilizó, y comprendió la necesidad de no tocarse la ferulación;

para la necesidad de Uso de prendas de vestir adecuadas, se fijó el objetivo de "Proporcionar prendas de vestir que sean adecuadas al tipo de cirugía realizada, y que propicien el confort del paciente", en donde al paciente se le ubicó en una cama acorde a su edad y talla, así como se le proporcionó ropa institucional limpia a su medida y se le cambió la ropa de cama;

para la necesidad de Termorregulación, el objetivo fue de "Favorecer un medio ambiente confortable que permita que el paciente se sienta cómodo con la misma y logre mantenerse en normotermia, para lo cual se instaló una lámpara calorífica, que lo mantuvo caliente, así como se alejó de corrientes de frío, el paciente se mantuvo en normotermia en el transcurso de la noche;

para la necesidad de Nutrición, se establecieron dos objetivos los cuales fueron: uno, el de "Mantener líquidos parenterales continuos con dosis medicamentosas exactas", en donde se cambiaron soluciones mixtas, se fijó goteo, se vigiló continuidad, hasta el día siguiente; y otro objetivo fue el de: " Vigilar de signos y síntomas de hipoglucemia de paciente", en donde el paciente, tuvo un dextroxtix de 120 mg, y al día siguiente inició con líquidos y dieta blanda;

para la necesidad de Moverse y mantener buena postura, los objetivos fueron: "Propiciar posiciones que mantengan una línea corporal que permitan en el paciente el descanso y sueño", en donde se alinearon sujetaciones para mantener

la línea corporal del paciente de manera adecuada y favorecedora del descanso, y "Orientar a los familiares sobre la importancia de mantener sujetado adecuadamente al paciente", en donde se adecuaron las sujetaciones de acuerdo a la situación presentada, y para el término de la guardia, se soltaron las sujetaciones de miembros superiores;

para la necesidad de Higiene y Protección de la piel, el objetivo establecido fue el de: " Mantener limpia la piel en general así como genitales", en donde se cambió al paciente de pañal, previó aseo de la área genital, dejándose cómodo al niño, además de efectuar el cambio de pañal cuantas veces fuera necesario;

para la necesidad de Evitar peligros:, fue el de "Fijar adecuadamente las instalaciones médicas (venoclisis y sonda de cistostomía)", en donde estas instalaciones permanecieron fijas adecuadamente sin alterar la integridad del lactante;

para la necesidad de comunicarse; fue el de "Evitar lo más posible que los familiares no se alejen de él por mucho tiempo", en donde los familiares se mantuvieron con él hasta el término de la visita, (mamá y papá);

para la necesidad de Aprendizaje; fue el de: "Fomentar un ambiente educativo en el cual el paciente comprenda la necesidad de no tocarse la ferulación", que como se mencionó ya, se le soltaron las sujetaciones de miembros superiores, sin que él se tocara la ferulación , además de mencionar que no se iba a levantar ni a tocarse, se mantuvo vigilado;

para la necesidad de Jugar y participar en actividades recreativas, se tuvo como objetivo el de "Respetar decisión del paciente, y favorecer ambiente agradable para crear confianza al personal médico y de enfermería"; en donde el paciente, al dormir durante toda la noche pudo descansar y valorar esta necesidad al día siguiente, se mostró tranquilo en cada procedimiento, pidiendo que se le mostrará el material y equipo a ser utilizado en cada procedimiento.

Como se puede constatar, se pudieron cumplir los objetivos establecidos para esa guardia.

Hay que recordar, que estos tipo de pacientes, su tratamiento es largo y pesado, ya que la ferulación se mantiene por espacio de 10 a 15 días de acuerdo a la evaluación del paciente, en donde el niño se mantiene en una posición

incomóda, y desagradable para su confort, por lo cual es importante llevar a cabo acciones de Enfermería encaminadas a las necesidades de Jugar y participar en actividades recreativas, como la de Descanso y Sueño, puesto que estas serán las que se verán más afectadas para su estabilidad física y mental, por lo cual los planes futuros, se encontrarán basados en estas necesidades.

SUGERENCIAS:

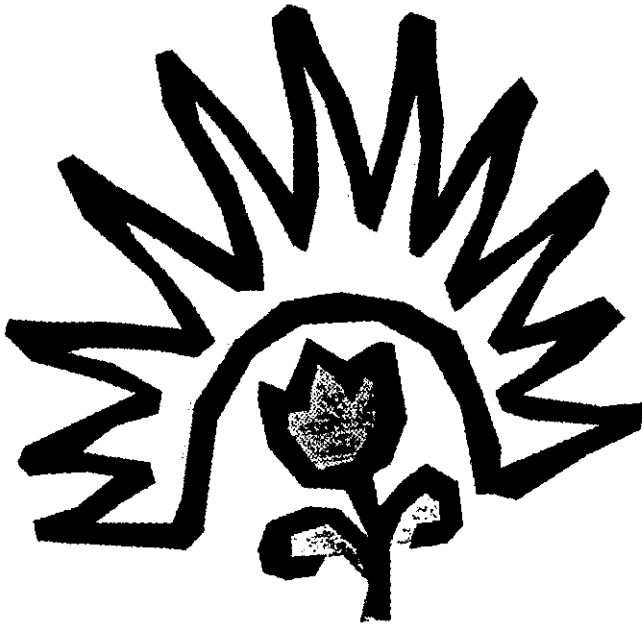
Se considera importante hacer notar que al seguir el modelo de Virginia Henderson, en un Proceso de Atención de Enfermería, implica que la enfermera se encuentre capacitada dentro de un marco referencial que la apoye para llevar a cabo este, como que esta misma se acepte como un ser profesional que tiene la capacidad para poder realizarlo y coincida este "modelo enfermero como parte de su vida y entorno" en donde la Enfermera es un integrante de un equipo multidisciplinario en donde tiene en común un propio fin: alcanzar la independencia del individuo.

No basta que la Enfermera actúe con principios y bases científicas, o que realice su trabajo de manera eficiente y eficaz, en donde como es ya sabido es parte fundamental para el buen desarrollo del trabajo encomendado; además de esto, consideró , que la enfermera debe de conocer y comprender que es calidad y calidez para poder así ofrecer sus servicios de una manera diferente, y ser vista ante los demás integrantes del equipo al cual pertenece como un ser indispensable por el servicio que proporciona no por la cantidad de trabajo que saca.

Hoy, en esta nueva etapa de la economía y política mexicana, en donde nuestro país se encuentra sumergido ante exigencias nacionales como internacionales, es necesario que el profesional del área de la Enfermería se encuentre al alcance de estas mismas, y el uso de un modelo en el proceso de atención de cuidados de enfermería puede ser un instrumento de apoyo para alcanzarlas, ya que no solamente como lo establecieron las teóricas en su momento demostraba tener utilidad en la administración y jerarquización de

actividades de Enfermería así como el de tener beneficios para el paciente, ya que se da un mayor alcance a sus necesidades así como a su cumplimiento; sino también a quedado demostrado, que el personal que lo lleva a cabo o lo trata de llevar a cabo a cambiando en su visualización y comportamiento siendo innovadora/o, comprometida/o, emprendedora/or y deductiva/o, aspectos que son importantes en toda empresa ya que este modo de pensar genera nuevos proyectos y utilidades para la empresa ya que se disminuyen costos y gastos innecesarios por duplicidad de funciones, mal uso de material y equipo, irresponsabilidad en el manejo de medicamentos y ropa, aplicación inadecuada de técnicas y procedimientos, etc...

Por lo cual es necesario que tanto las futuras Enfermeras como las que se encuentran ejerciendo sean capaces de enfrentarse a estos cambios, y solamente lo harán cuando el personal encargado de la dirección y educación del área transmita esta necesidad como una forma de vivir, entendiendo lo anterior a una actualización a los planes de estudios y que sea requisito para todas las enfermeras trabajadoras o no el tomar cursos de actualización, la introducción del idioma inglés como condición en las especializaciones así como el uso de computadora e internet, el de encontrarse inscritas a un organismo colegiado y realizar examen de suficiencia laboral por lo menos cada dos o tres años; esto, porque no es solamente que el estudiante sepa el porque llevar cun modelo en un proceso de atención de cuidados sino comprenda la necesidad de llevarlo a cabo.



ANEXOS.

1) EXPOSICION DEL CASO CLINICO.

a) JUAN, recién llegado del quirófano.



b) Tratamiento quirúrgico realizado: *Plastia de Hipospadias, colocación de sonda de Cistostomía.*



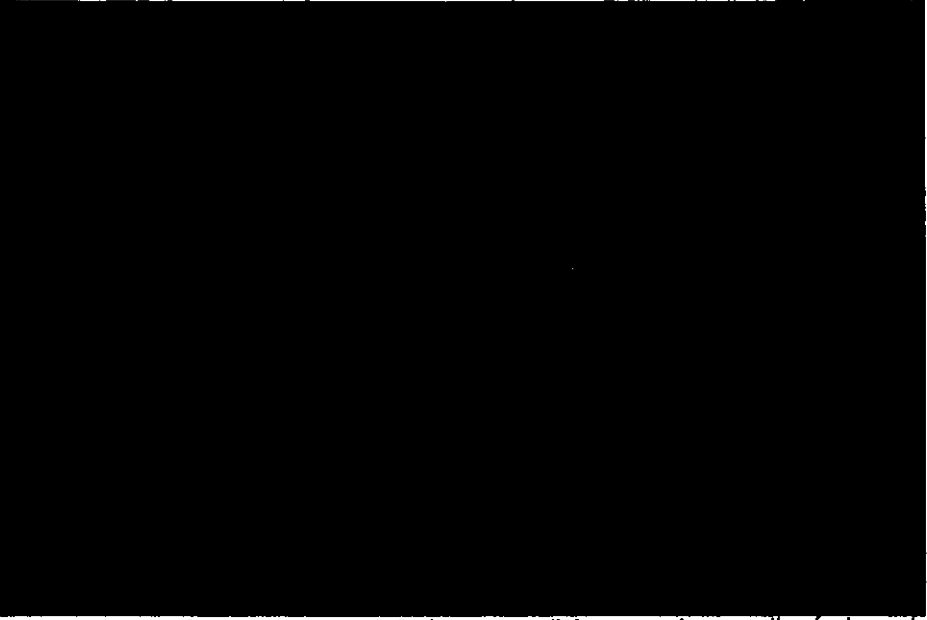
c) Sonda de Cistostomía a derivación.



d) Características de la orina.



e) Sujeción de la Instalación de Venoclisis, condiciones en las que llegó, Juan de quirófano.



f) Sujeción de Miembros Inferiores, condiciones en las que llegó, Juan de quirófano.



a) Sujeción de Miembros Inferiores, condiciones en las que llegó Juan,



2.- Anatomía y Fisiología del Sistema Urinario del Hombre.**Riñones:**

Los riñones son dos órganos de forma semejante a la del frijol, que se encuentran en el espacio retroperitoneal, a un lado y otro de la columna vertebral. Se extienden desde el nivel de la duodécima vértebra dorsal hasta el de la tercera vértebra lumbar. Puesto que el hígado se encuentra sobre el riñón derecho, éste suele ser ligeramente menor que el riñón izquierdo.

Los riñones tiene una longitud aproximada de 11 cm y una anchura de 5 cm. Están embebidos en grasa y aponeurosis que ayudan a conservarlos en su sitio y sirven como protección. La fascia renal sepra en realidad a la grasa interna o perirrenal de la grasa externa o pararrenal. El peso total de ambos riñones juntos es menor de 1 por 100 de peso corporal total. Se encuentra una cápsula de tejido conectivo que encierra cada órgano excepto por una hendidura en la superficie media que se llama hilio.

La función del riñón es filtrar y extraer sustancias de la sangre a medida que ésta pasa por los glomérulos. Ciertas sustancias, en cantidades variables, son excretadas del organismo en forma de orina. En la excreción de orina por el riñón entran en juego tres procesos principales, a saber: filtración de la sangre por los glomérulos, resorción en los tubos y secreción tubular.

La filtración glomerular, se realiza a causa de la presión hidrostática de la sangre, varía en razón de la presión arterial.

Resorción tubular, se hace por difusión o por transporte activo. En este último caso, cada sustancia absorbida de este modo tiene su propio "portador", que la transporta de la luz del tubo a las células y el líquido corporal. Después de liberar la sustancia, el portador regresa a la posición de la célula que se encuentra en la luz del tubo para combinarse de nuevo con la sustancia.

Secreción tubular. Además de resorber en forma pasiva o activa ciertas sustancias, las células tubulares son capaces de añadir sustancias al filtrado. El mecanismo de transporte es el mismo que en la resorción, pero la dirección del paso de la sustancia a través de la célula es en sentido inverso; es decir, la sustancia es transportada a partir de la célula tubular a la luz del túbulo.

La orina normal es un líquido transparente y de color amarillento. El olor característico de la orina suele ser ácido.

Ureteres:

Los ureteres son dos tubos de 25 a 30 cm de largo y de un diámetro de medio centímetro. Se encuentran detrás del peritoneo parietal y llevan la orina del hilio del riñón a la vejiga urinaria. La porción superior de cada ureter se amplía dentro del riñón para formar la pelvecilla o pelvis renal. Cada tubo está cubierto de membrana mucosa, que se encuentra dispuesta en dobleces longitudinales. La capa muscular comprende una capa interior longitudinal y una capa circular de músculo liso. La orina se acumula en las pelvecillas de los riñones y pasa por los uréteres hacia la vejiga. No sólo es la gravedad la que se encarga del transporte. La orina es forzada hacia abajo, por los uréteres, por ondas peristálticas que se extienden por la totalidad de los tubos a una frecuencia de 1 a 5 por minuto.

Vejiga:

La vejiga es una bolsa elástica que se encuentra en la mitad anterior de la pelvis, detrás de la sínfisis púbica. El peritoneo parietal cubre únicamente su superficie superior y el resto de la vejiga se encuentra debajo del peritoneo. Cuando está llena, la vejiga contiene alrededor de 500 ml de orina y se distiende hacia la cavidad abdominal.

Uretra:

La uretra es un tubo que lleva la orina desde la vejiga hasta el exterior del cuerpo. Es diferente en uno y otro sexo porque la uretra masculina forma parte también del aparato reproductor. Además de llevar la orina desde la vejiga, también permite el paso del semen. La uretra del hombre mide alrededor de 20 cm. Existen muchas pequeñas glándulas uretrales que añaden sus secreciones alcalinas al contenido del tubo. La uretra, que sigue un curso sinuoso después de salir de la vejiga, puede dividirse en tres porciones o regiones:

La uretra prostática es la primera porción. Desciende por la próstata describiendo una curva de dirección ligeramente anterior. Recibe las secreciones prostáticas más el contenido de los conductos eyaculadores.

La uretra membranosa es la segunda porción. Atraviesa el diafragma urogenital, detrás de la sínfisis del pubis. Las fibras del esfínter externo de la vejiga urinaria se encuentran alrededor de esta porción de la uretra.

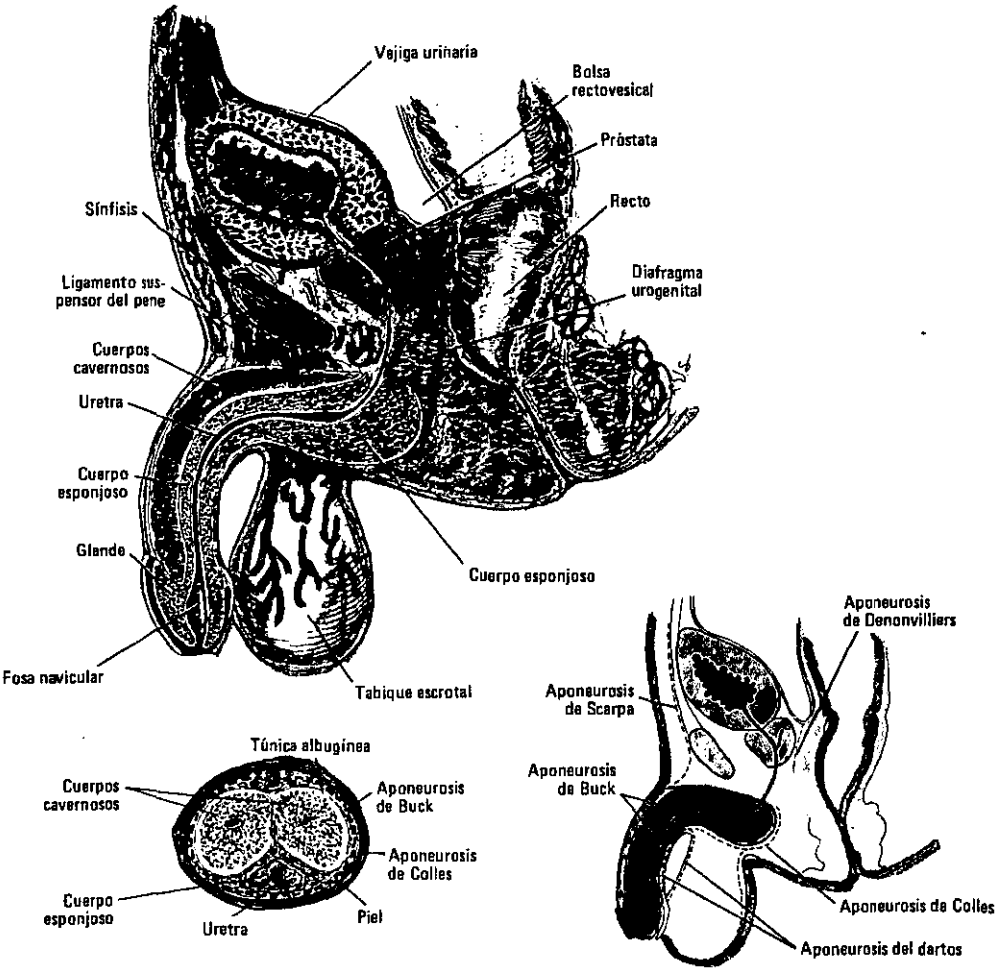
La uretra peneal es la tercera y más larga de estas porciones.

Las glándulas uretrales desembocan al lado del orificio del meato urinario, que está rodeado de un esfínter de músculo voluntario.

El proceso por el cual se vacía la vejiga se llama micción o urinación. El reflejo de micción es un reflejo medular completamente automático, pero que puede ser influido por centros del encéfalo. Puede ser facilitado, es decir, puede hacerse más potente, por miedo de impulsos que provienen de la protuberancia y del hipotálamo. De modo inverso, algunos centros de la corteza inhiben el reflejo al disminuir las contracciones del músculo de la vejiga. Cuando ha llegado el momento apropiado, los centros de la corteza estimulan la médula sacra para que se inicie el reflejo de micción y también para inhibir el esfínter uretral externo voluntario de modo que pueda haber micción.*

*ibidem; Dienhart, "Anatomía y Fisiologías Humanas"....p.p.211- 221.

Anatomía del sistema genitourinario



Arriba: Relaciones de la vejiga, próstata, vesículas seminales, pene, uretra y contenido escrotal. **Abajo a la izquierda:** Sección transversal del pene. El par de estructuras superiores son los cuerpos cavernosos. El cuerpo inferior único, que rodea a la uretra, es el cuerpo esponjoso. **Abajo a la derecha:** Planos aponeuróticos del sistema genitourinario inferior.

ANEXO.

3.- *Estándares para los cuidados de enfermería de la Joint Commission on Accreditation of Healthcare Organizations relacionados con el registro.*

CE.1. Los pacientes reciben cuidados de enfermería fundamentales en una valoración documentada de sus necesidades.

CE.1.3.4. El registro clínico del paciente incluye documentación de la valoración inicial y las siguientes valoraciones de: los diagnósticos de enfermería y/o necesidades de cuidados del paciente; las intervenciones identificadas para cubrir las necesidades de cuidados del paciente, los cuidados de enfermería proporcionados, la respuesta del paciente a los cuidados proporcionados y los resultados de los mismos, las habilidades del paciente y/o, según sea apropiado, la persona o personas significativas que atenderán las necesidades de cuidados tras el alta.

CE.1.3.5. Los datos de cuidados de enfermería relacionados con las valoraciones del paciente, los cuidados de enfermería planificados, las intervenciones de enfermería y los resultados obtenidos por el paciente, se integran de forma permanente en el sistema de información clínica. Los datos de enfermería pueden identificarse y recuperarse del sistema de información clínica.*

*ibidem, Alfaro, "Aplicación del Proceso de Atención de Enfermería"... p.p.257.

CE: cuidados de enfermería.

ANEXO.

4.- Objetivo y Misión Institucional (IMSS, Enfermería, servicio de Cirugía Pediátrica).Hospital "Dr. Gaudencio González Garza", Centro Médico "La Raza", IMSS.

OBJETIVOS.

OBJETIVO DEL IMSS.

"Garantizar el derecho humano a la salud, la asistencia médica, la protección de los medios de subsistencia y los servicios sociales necesarios para el bienestar individual y colectivo".

OBJETIVO DEL HOSPITAL.

" Proporcionar a los derechohabientes atención médica especializada y alta tecnología, así como las prestaciones socioeconómicas a que tienen derecho, con oportunidad, amabilidad y cortesía",

" Contribuir a la investigación Biomédica, de acuerdo a las necesidades de salud de la población",

" Aportar bases para establecer los lineamientos normativos médicos y paramédicos en los distintos niveles de atención médica",

" Lograr el mejor aprovechamiento de los Recursos Humanos, Materiales y Financieros asignados".

OBJETIVOS DE ENFERMERÍA EN EL SERVICIO.

" Proporcionar atención de Enfermería de calidad y calidez dirigida a satisfacer las necesidades de atención a la salud y bienestar del usuario durante las 24 horas del día los 365 días del año",

" Mantener un ambiente laboral armónico dirigido a favorecer las buenas relaciones humanas y el trabajo en equipo que redunden en beneficio del usuario",

"Aplicar los sistemas de control de los recursos existentes para garantizar una atención eficaz y oportuna".

MISIÓN.

INSTITUCIONAL.

“ Cumplir con plenitud como elemento redistribuidor de la riqueza, como mecanismo fundamental de la solaridad y de concentración entre diversos sectores de la sociedad para contribuir a la realización de las necesidad básicas, contribuir a la realización de las aspiraciones superiores y en general, para brindar cada día mayor bienestar a un número creciente de mexicanos, acrecentando así su orgullo de su personal y consolidando su liderazgo latinoamericano como institución y seguridad social”.

DEPARTAMENTO DE ENFERMERIA.

“ Desarrollar y aplicar modelos de atención integral al individuo y comunidad para satisfacer las necesidades de salud de la población derechohabiente en base al contexto político, económico que prevalece en el país con el propósito de cumplir con el derecho inalienable a la salud de todo ser humano”.

ENFERMERIA EN EL SERVICIO.

“ Desarrollar y aplicar modelos de atención integral que sirvan para brindar atención de Enfermería segura, cálida, humana y acertiva a todo paicente menor de 5 años de edad, con padecimientos médicos y/o quirúrgicos en el pre y post-operatorio; desarrollando en el prestador del servicio el deseo por la capacitación continua y la investigación”.

ANEXO.

5.- Políticas Institucionales. Hospital "Dr. Gaudencio González Garza", Centro Médico "La Raza", IMSS.

POLITICAS.*

* "El personal dirigente del Departamento de Enfermería así como del Servicio mantendrán coordinación continua interpersonal e interdepartamental, para favorecer los canales de comunicación de los integrantes del mismo".

* "La Jefe de Piso asumirá la responsabilidad, de que el personal de Enfermería a su cargo otorgue atención de calidad en forma eficaz y eficiente con alto sentido humano que garantice el pronto restablecimiento en el usuario".

* "La Jefe de Piso del Servicio mantendrá actualizados sus instrumentos administrativos de trabajo, mismos que respondan a las políticas de salud que la población requiere".

* "Manual de bienvenida", del servicio de Cirugía Pediátrica del Hospital General "Dr. Gaudencio González Garza", Centro Médico "La Raza", IMSS.

ANEXO.

*"Sobre la naturaleza y el objetivo de la enfermería"**

I.- Creo en la enfermería como una fuerza laboral para el bien social que proporciona una perspectiva única, distinta y vital, así como orientación y servicios en todo aquello que concierne a la salud humana, tanto a nivel individual como ambiental.

II.- Creo en la enfermería como una disciplina profesional que requiere una formación sólida y una investigación basada en su propia ciencia y en las distintas disciplinas académicas y profesionales con las que se relaciona.

III.- Creo en la enfermería como una práctica clínica que emplea sus propios métodos fisiológicos, psicosociales, físicos y tecnológicos para la mejora, comodidad y consuelo humano.

IV.- Creo en la enfermería como un campo humanístico en el cual la plenitud, el respeto de uno mismo, la autodeterminación y la humanidad de la enfermera se comprometen en las cualidades que aporta el cliente.

V.- Creo que la mayor contribución de la enfermería al bienestar social depende de:

A. El desarrollo de la práctica;

B. La comprensión, apreciación y reconocimiento de la enfermera por la sociedad;

C.- Los acuerdos organizativos, legales, económicos y políticos que facilitan la manifestación plena y propia de los valores y prácticas de la enfermera;

D.- La habilidad de mantener la unidad frente a la diversificación.

*Syles, Margretta; On Nursing: Toward a new endowment (St. Louis: C.V. Mosby Co; 1982), pág. 61. Usado con permiso en el libro de Kosier, Bárbara, et. al., "Introducción a la Enfermería" en Enfermería Fundamental I, Tr. Carlos J. Bermejo Ceja y otros, 4a. edición, Edit. Interamericana McGraw-Hill, Madrid, 1993, p.p.61.

VI.- Creo en mi misma y en mis colegas:

A. En nuestra responsabilidad de desarrollarnos y dedicarnos en cuerpo y alma a nuestra profesión.

B.- En nuestro derecho a ser consideradas, reconocidas y recompensadas como miembros valiosos de la sociedad”.

GLOSARIO:

Analizar. Examinar y clasificar fragmentos de información para determinar dónde podrían situarse en la "imagen completa".

Competencia. Cualidad de poseer los conocimientos y habilidades necesarios para llevar a cabo una acción.

Conducta. La forma en que alguien actúa, reacciona o funciona.

Conductas de cuidados. Comportamiento que muestra comprensión y respeto por las percepciones, los sentimientos, las necesidades y los deseos de otro.

Cuidados. Método de administración de cuidados de salud que se centra en reducir al mínimo las estancias en el hospital mediante la identificación temprana de objetivos, la utilización óptima de los recursos y la coordinación de los servicios.

Cuidados de calidad. Servicios de cuidado de la salud del cliente que aumentan la posibilidad de logara los resultados deseados y reducen la probabilidad de resultados indeseables.

Datos. Fragmentos de información.

Datos objetivos. Información que es medible y observable.

Datos subjetivos. Información que el paciente o cliente expresa a la enfermera durante la valoración.

Diagnóstico. Segunda etapa del proceso de enfermería durante la cual se analizan y agrupan los datos con el propósito de identificar y describir el estado de salud (recursos y problemas de salud reales y potenciales).

Dominio de Enfermería. Actividades y acciones que la enfermera está legalmente cualificada para analizar o prescribir.

Eficiencia. Cualidad de ser capaz de producir el efecto de forma segura, con los mínimos riesgos, gastos y esfuerzos innecesarios.

Empatía. Comprensión de los sentimientos o percepciones de otro, pero sin compartir los mismos sentimientos o puntos de vista (comparése con simpatía).

Etiología. Causa o factores contribuyentes de un problema de salud.

Evaluación. Quinta etapa del proceso de enfermería durante la cual se determina hasta que punto se han logrado los objetivos; se analiza cada una de las etapas previas para identificar los factores que favorecen o dificultan el proceso, y se modifica o finaliza el plan de cuidados según esté indicado.

Factor de riesgo. Algo que se sabe que contribuye (o que está asociado con) un problema específico.

Hábito. Patrón de conducta que se establece por repetición continua y por lo tanto generalmente se hace con facilidad, incluso sin pensar.

Intervención. Acción realiza para prevenir, curar o controlar un problema de salud.

Intervención prescrita por la enfermera. Acción que la enfermera puede legalmente iniciar u ordenar independientemente.

Instrumento de valoración. Impreso utilizado para asegurar que durante la valoración se reúne y anota la información clave.

Juicio. Opinión que se emite tras analizar y sintetizar la información.

Necesidad. Requerimiento de una persona que, cuando se satisface, alivia o reduce el sufrimiento o promueve una sensación de adecuación y bienestar.

Objetivo para el alta. Objetivo centrado en el cliente que describe lo que el paciente será capaz de hacer en el momento del alta hospitalaria.

Objetivo a corto plazo. Objetivo centrado en el cliente como paso para lograr un objetivo a largo plazo.

Objetivo a largo plazo. Objetivo que se espera lograr en un período de tiempo relativamente largo, por lo general, semanas o meses.

Objetivos centrados en el cliente. Formulación que describe una conducta medible del cliente, familia o grupo que refleja el resultado esperado de las intervenciones.

Pensamiento crítico. Pensamiento cuidadoso, intencionado, dirigido al logro de un objetivo, que se usa para valorar las situaciones más complicadas, identificar problemas reales y potenciales y tomar decisiones sobre un plan de actuación.

Plan multidisciplinario. Plan de cuidados desarrollado mediante la colaboración del equipo de cuidados de salud.

Planificación. Implica fijar prioridades, identificar resultados esperados y desarrollar y anotar el plan de cuidados.

Proceso de enfermería. Método empleado por las enfermeras para efectuar el diagnóstico y tratamiento de problemas de salud reales y potenciales. El proceso de enfermería se centra en dos tipos de problemas de salud: a) los que las enfermeras tratan independientemente, problemas relacionados con el funcionamiento humano a consecuencia de los efectos de la enfermedad, traumatismo, o cambios vitales; b) los que las enfermeras tratan en colaboración

con los médicos, problemas relacionados con la estructura y función de los órganos o sistemas que requieren acciones prescritas por los médicos.

Proceso médico. Método utilizado por los médicos para llevar a cabo el diagnóstico y tratamiento de las enfermedades o traumatismo. El proceso médico se centra principalmente en los problemas estructurales o funcionales de los órganos o sistemas.

Signo. Dato objetivo que se sabe que indica un problema de salud.

Síntoma. Datos objetivo que se sabe que indica un problema de salud.

Validación. Proceso de confirmación de que la información o los datos que se han recogido son verdaderos y se basan en hechos.

Valoración. Primera etapa del proceso de enfermería durante la cual se reúnen y examinan los datos, en preparación para la segunda etapa: el diagnóstico.

BIBLIOGRAFIA.

- ⇒ Academia de Ciencias de Cuba; Academia de Ciencias de la URSS; **"Metodología de Conocimiento Científico"**; editorial: Ediciones Quinto Sol, S.A.; México, D.F. 1989.
- ⇒ Alfaro - Le Fevre, Rosalinda; **"Aplicación del Proceso de Enfermería, Guía Práctica"**; tercera edición; editorial: Mosby; España, 1993.
- ⇒ Antología, UNAM, ENEO, SUA; **"El proceso de Enfermería es un proceso de Interacción Humana"**; editorial: División Sistema de Universidad Abierta de la ENEO; México, D.F., 2000.
- ⇒ Antología, UNAM, ENEO, SUA; **"Fundamentos de Enfermería, Tomo 1"**; editorial: Dirección Sistema de Universidad Abierta de la ENEO; México, D.F.; 1997.
- ⇒ Añorve López, Raquel; **"Manual de Procedimientos esenciales de fundamentos de Enfermería"**; Escuela Nacional de Enfermería y Obstetricia; UNAM; México, D.F., 1984.
- ⇒ Atkinson D., Leslie; Murray Ellen, Mary; **"Proceso de Atención de Enfermería"**; 2a. edición, 7a. reimpresión; editorial: El Manual Moderno, S.A. de C.V.; México, D.F. 1996.
- ⇒ Brunner Sholtis, Lillian; Suddarth Smith, Doris; **"Manual de Enfermería Medicoquirúrgica, Volúmenes 1 y 2"**; cuarta edición; editorial: Nueva Editorial Interamericana, S.A. de C.V.; México, D.F., 1986.
- ⇒ De la Sierra, Trifón, **"El Método Científico aplicado a la Clínica"**; Universidad Autónoma Metropolitana, Unidad Xochimilco; México, D.F. 1982.

⇒

- ⇒ Dienhart M., Charlotte; **"Anatomía y Fisiología Humanas"**; tercera edición; editorial: Nueva Editorial Interamericana, S.A. de C.V.; México, D.F., 1981.
- ⇒ **"Diccionario de Especialidades Farmacológicas"**; edición 41; editorial: Ediciones PLM, S.A. de C.V.; México, 1995.
- ⇒ **"Diccionario Vocabulario Técnico - Científico"**; editorial: Océano, Grupo Editorial; España, 1997.
- ⇒ Dumont Thompson, Eleanor; **"Enfermería Pediátrica: Crecimiento, Desarrollo y Patología del niño"**; cuarta edición; editorial: Nueva Editorial Interamericana, S.A. de C.V.; México, D.F., 1984.
- ⇒ Dunphy J., Englebert; Way W., Lawewnce; **"Diagnóstico y Tratamiento Quirúrgicos"**; tercera edición; editorial: El manual moderno, S.A. de C.V.; México. D.F., 1982.
- ⇒ **"Enciclopedia de la Enfermería. Volúmenes: 1, 2, 3, y 4"**; editorial: Océano/Centrum; España 1997.
- ⇒ García Monroy, Leopoldo; Ocaña Castañeda, Ana María; Cuellar Gaxiola, Arturo; **"Sistema Urogenital"**; editorial: UNAM, Dirección General de Publicaciones; México, D.F., 1984.
- ⇒ Gilman Goodman, Alfred; Goodman S. Louis; Gilman, Alfred; **"Las Bases Farmacológicas de la Terapéutica"**; sexta edición; editorial: Médica Panamericana; México, D.F.; 1982.
- ⇒ H. Yura; M. B. Walsh; **"El Proceso de Enfermería: Valoración, Planificación, Implementación y Evaluación"**; editorial: Alhambra, S.A.; España, 1982.

⇒

- ⇒ IMSS; **"Cuadro Básico de Medicamentos"**; 5 edición, editorial: Talleres Gráficos de la Nación; México, D.F., 1978.
- ⇒ King M. Eunice; Wieck, Lynn; **"Técnicas de Enfermería, Manual Ilustrado"**; segunda edición; editorial: Nueva Editorial Interamericana, S.A. de C.V.; México, D.F.; 1985.
- ⇒ Lugo Olguín, Ernesto; **"Cirugía Infantil"**; editorial: Trillas; México, D.F.; 1990.
- ⇒ **"Manual de Bienvenida 7°C, Cirugía Pediátrica Lactantes"**; IMSS, Centro Médico La Raza, Hospital "Dr. Gaudencio González Garza"; Departamento Enfermería; México, D.F.; 1999.
- ⇒ **"Manual de Organización 7°C, Cirugía Pediátrica Lactantes"**; IMSS, Centro Médico La Raza, Hospital "Dr. Gaudencio González Garza"; Departamento Enfermería; México, D.F.; 1999.
- ⇒ Smith R., Donald; **"Urología General"**; 8a. edición; editorial: El Manual Moderno, S.A. de C.V.; México, D.F., 1988.
- ⇒ Tecla Jiménez, Alfredo; Garza Ramos, O. Alfredo; **"Teoría, Métodos y Técnicas en la Investigación Social"**; 13a. edición, 2a. reimpresión; editorial: Ediciones del Taller Abierto; México, D.F.; 1983.