

00903

UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO



ESCUELA NACIONAL DE ENFERMERÍA Y OBSTETRICIA  
DIVISIÓN DE ESTUDIOS DE POSGRADO  
ESPECIALIDAD EN ENFERMERÍA INFANTIL

“CUIDADOS BÁSICOS A UN ADOLESCENTE CON ALTERACIÓN DE LA  
NECESIDAD DE : MOVERSE Y MANTENER UNA  
BUENA POSTURA”

295055

ESTUDIO DE CASO

QUE PARA OBTENER EL DIPLOMA DE :  
ESPECIALISTA EN ENFERMERÍA INFANTIL  
P R E S E N T A :  
LIC. VIRGINIA SÁNCHEZ LEÓN

ASESORA

MTRA. MAGDALENA FRANCO OROZCO

MÉXICO, JULIO 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.

## **DEDICATORIA**

### **A DIOS**

Por estar siempre conmigo y  
llenarme de fortaleza y bendiciones, y  
por haberme permitido terminar una etapa más de mi vida.

### **A MI MADRE**

Por su amor Y comprensión y  
apoyarme en momentos de flaqueza.

### **A MIS HERMANOS**

Por brindarme su apoyo  
y cariño incondicional en todo momento.

### **A MIS COMPAÑEROS Y AMIGOS**

Por la amistad recibida y por su valiosa cooperación en  
la realización del presente trabajo.

## **AGRADECIMIENTO**

*A todas aquellas enfermeras que intervinieron de alguna forma para llevar acabo el presente trabajo.*

*Con cariño y respeto al tutor clínico Lic. Verónica Espinosa Meneses.*

*Muy especialmente a mi asesora a la Mtra. Magdalena Franco Orozco por su comprensión, paciencia y dedicación en el desarrollo de éste estudio.*

*A mi paciente que me permitió brindarle los cuidados básicos para su restablecimiento.*

# ÍNDICE

.TEMA	PAGINA
INTRODUCCIÓN.....	1
I. DESCRIPCIÓN GENÉRICA DEL CASO.....	3
II. OBJETIVOS.....	8
III. MARCO TEÓRICO.....	9
3.1 ANTECEDENTES.....	9
3.2 CONCEPTOS DEL MODELO DEL SELECCIONADO.....	18
3.3 PROCESO DE ATENCIÓN DE ENFERMERÍA.....	30
3.4 FACTOR DE RIESGO.....	46
3.5 CONSIDERACIONES ÉTICAS DEL ESTUDIO.....	51
IV. ESQUEMA METODOLÓGICO.....	56
4.1 VALORACIÓN DE ENFERMERÍA.....	56
4.2 VARIABLES E INDICADORES.....	57
4.3 MÉTODOS PARA LA RECOLECCIÓN DE DATOS.....	58
4.4 DIAGNÓSTICOS DE ENFERMERÍA.....	59
4.5 PLAN DE INTERVENCIONES DE ENFERMERÍA.....	59
V. CONCLUSIONES.....	89
VI. SUGERENCIAS.....	91
BIBLIOGRAFÍA.....	92
ANEXOS.....	97

## INTRODUCCIÓN

La profesión de enfermería; en las últimos décadas, se ha desarrollado considerablemente en los aspectos teóricos, metodológicos e instrumental. En nuestros días existen varias teorías y modelos que fundamentan a la profesión de enfermería como una disciplina; uno de los modelos más utilizados en nuestros días es el de Virginia Henderson con su propuesta de las 14 necesidades fundamentales, que junto con el proceso de enfermería es empleado, con el fin de interactuar con el paciente y así elaborar todo un sistema de intervenciones.

Actualmente utilizan ésta propuesta los alumnos de la Especialidad de Enfermería Infantil en el Hospital Infantil de México (HIM), quienes toman en cuenta varios conceptos tales como las fuentes de dificultad, la dependencia y la independencia, esta última concebida como la salud del individuo.

El presente estudio de caso se basa en los aspectos metodológicos y sistemáticos de cuidados altamente especializados para mejorar la calidad de atención en el paciente pediátrico (niño o adolescente) con el fin de lograr una independencia total; mejorando así, su nivel de vida.

El primer capítulo de éste estudio presenta la descripción genérica del caso, así como la identificación de las necesidades afectadas. El capítulo segundo plasma los objetivos; general y específicos de éste estudio.

El tercer capítulo está integrado por la revisión de los estudios relacionados, definición de los diferentes conceptos utilizados bajo el enfoque de las necesidades fundamentales, el proceso de enfermería que fundamenta cada una de las intervenciones proporcionadas al adolescente, seguida por la descripción de los factores de riesgo que en

éste caso fue el desplazamiento epifisiario de la cabeza del fémur en un adolescente, y termina éste capítulo con las consideraciones éticas del estudio.

El capítulo cuarto está formado por el esquema metodológico, el cuál incluye una secuencia lógica y sistemática de la valoración de enfermería, el instrumento de obtención de datos, variables e indicadores del estudio, así como los métodos para la recolección de los datos; los diferentes tipos de diagnósticos y sus planes de intervenciones de enfermería para cada uno de los diagnósticos elaborados en el presente trabajo.

Por último, los capítulos cinco y seis, que corresponden a las conclusiones y sugerencias respectivamente.

He aquí la importancia de la responsabilidad del cuidado que brinda la enfermera especialista al paciente adolescente para restablecer y optimizar su salud.

## I. DESCRIPCIÓN GENÉRICA DEL CASO

El presente estudio de caso corresponde a un adolescente masculino de 13 años 2 meses de edad, que proviene de una familia nuclear, constituida por padres y hermanos. Que son originarios y residentes de San. Rafael Nautla, Veracruz. La madre termina una carrera Técnica de Comercio, y el padre estudio primaria. La religión que profesa la familia es católica.

Dentro del Mapa Familiar el adolescente ocupa el primer lugar, seguido por dos hermanos, uno de 11 años y la otra de 10 años, aparentemente sanos. Los padres describen a su hijo como “el alegre y gracioso de la casa”, existen relaciones afectivas fuertes entre padres e hijos y viceversa; además de abuelos maternos a padres, excepto entre los dos hermanos menores que llevan una relación muy débil, debido a que compiten por el amor de sus padres. Este apoyo familiar favoreció el pronto restablecimiento del adolescente. Asimismo, convive con tres gatos, un perro y ganado bovino y porcino (por vivir en un rancho).

La vivienda tiene las siguientes características: Viven en una casa prestada a los padres, por su trabajo (un rancho), construida de ladrillo con lámina de asbesto. Cuenta con dos recámaras, con una ventana grande cada una, una sala con dos ventanas grandes, una cocina con dos ventanas y un baño. Además, de todos los servicios intradomiciliarios (agua, luz), cuenta con fosa séptica y queman basura en la tierra. La casa cuenta con buena iluminación y ventilación, lo que ayuda a la estimulación del crecimiento y desarrollo visual, recreativo y ocupacional del adolescente. Pero existe un factor de riesgo, está comprobado que el asbesto desprende un polvo cancerígeno para los pulmones.

La familia tiene hábitos higiénico-dietéticos adecuados a su medio. También cuentan con transporte (taxi a 5 min. y camión a 20 min.) hacia el centro de la ciudad de Veracruz, lo que les facilita la entrada y salida a ésta comunidad; hace 8 hrs. desde su casa

al hospital Infantil de México, lo que sería tardado en caso de alguna urgencia que requiera el adolescente. Dentro de los problemas de salud familiares la madre es asmática de tipo crónico. La abuela materna es diabética y la abuela paterna finada, por lo cual no hay ninguna relación con su enfermedad actual.

Es producto del primer embarazo, no fue planeado, pero sí aceptado y deseado; con un control prenatal desde el tercer mes de embarazo, el cuál fue normo-evolutivo y que culminó a término en operación "Cesárea" por posición céfalo-pélvica. Refiere la madre que lloró inmediatamente y peso al nacer 3,800 Kg. sin complicaciones motivo por lo dieron de alta junto con su madre. El padre refiere que nació con "cascorbo" (separación firme de los talones).

En cuanto a su desarrollo psicomotor, la mamá no recuerda exactamente, pero ella mencionó que alimentó a su hijo con seno materno hasta los 3 meses de edad e inició con ablactación de frutas; refiere que tiene todas las vacunas de la infancia (no muestra cartilla), niega exantemas, probablemente padeció dengue hace un año y niega antecedentes quirúrgicos, transfusionales y alérgicos.

Como antecedente de su problema actual, el padre refiere que a la edad de año y medio inicia su marcha manifestando inestabilidad, motivo por el cual consultó diversos médicos, quiénes le indicaron un tratamiento llamado Birol que lo inicia a la edad de dos años y fue aplicado por tres años en ambos pies y con éste se observó una estabilidad aparente en la marcha. A los 8 años nuevamente reincide su padecimiento, manifestado por dolor articular en rodillas y pies, lo que le propicia a la edad de 13 años la imposibilidad para la marcha durante 8 días de evolución, esto le ocasionó dolor en la cadera derecha que le impidiera apoyarla, motivo por el cual ingresa (2 de Febrero del 2000) a un hospital de tercer nivel para ser tratado.

Los hallazgos durante la exploración física del adolescente fueron los siguientes: En la somatometría el peso fue 81.500 kg, una talla de 1.72 cm, con una presión arterial de

120/70 mm/Hg, frecuencia cardiaca de 80 por min., una frecuencia respiratoria de 20 por min, con un perímetro cefálico de 58 cm y una temperatura de 36 °C.

A la inspección general; se trata de un adolescente masculino, con edad aparentemente mayor a la cronológica, con una actitud forzada, en decúbito dorsal por la limitación del movimiento de caderas y miembros inferiores, íntegro, bien conformado, de complejión obesa, sin movimientos anormales, con palidez de tegumentos, hidratado, con acné peribucal. Cuello normal sin alteraciones. Se observa abdomen globoso y tracción cutánea pélvica derecha e izquierda. Consciente y orientado en sus tres esferas (persona, tiempo y lugar), con facies alegres y cooperador al interrogatorio.

En cabeza se observa normocefálica, cráneo sin exostosis ni hundimiento, con cuero cabelludo limpio y con buena implantación de cabello, de color negro rizado y brillante. En cara se encuentra frente de forma redonda, con cejas y pestañas largas y abundantes, bien implantadas, sin zonas de alopecia ni dolor a la percusión de senos paranasales. Los ojos son oblicuos de color cafés, simétricos, con movimientos oculares normales, con pupilas isocóricas y adecuada respuesta a estímulos luminosos (fotomotor, consensual y motomotor).

En cara; la nariz es larga y ancha, con narinas permeables y mucosa nasal pálida, se observan huellas de bigote escaso. La boca es grande con labios gruesos, la mucosa oral estaba hidratada, con dientes completos y blancos, con amígdalas hipertrofiadas grado II. En oídos se observan conductos auditivos permeables, con membrana timpánica íntegra de color perla brillante, de posición neutra y móvil. Cuello ancho y largo sin adenomegalias, con cuerpo traqueal central y desplazable.

El tórax se observa hipertrofico con tetillas simétricas y ligeramente aumentadas, con movimiento respiratorios simétricos, además, de la hiperactividad del corazón; a la palpación con presencia de vibraciones sonoras normales, con amplexión y amplexación, a la percusión con claro pulmonar y a la auscultación con buena entrada y salida de aire, en

área cardíaca con ruidos precordiales normales, con buen ritmo e intensidad, pulsos simétricos y sincrónicos en las áreas radial y femoral.

El abdomen, se observó ligeramente globoso por tejido adiposo, con reflejos cutáneos y abdominales presentes, se palpó blando, depresible sin masas o visceromegalias, se escuchó sonido timpánico en cuadrantes inferiores y peristalsis normal. Los genitales se encuentran en un desarrollo sexual calificado en Tanner IV; con testículos descendidos y no se palparon masas tumorales. La región anal sin lesiones.

Las extremidades superiores con fuerza y tono muscular normales; las extremidades inferiores con rotación externa de predominio derecho con disminución en la movilidad de caderas y con imposibilidad para la extensión de lado derecho. Los pulsos en ingles estaban presentes y el llenado capilar eran de dos segundos. En ésta valoración el adolescente tenía tracción cutánea de 6 Kg en ambos miembros inferiores y con alineamiento de rotación interna de cadera derecha de 2 Kg.

En ambos miembros inferiores se observó la piel con excoriación y cambio de coloración (azulada) en la parte superior del calcáneo y parte superior a nivel de ambos maleolos (derecho e izquierdo).

El 20 de Febrero del mismo año; se reportaron tiempos de coagulación con Protrombina 11.9/100 y Tromboplastina de 22.8/30.7; Hemoglobina 13.5 y Hematocrito de 43. La placa de Rayos "X" antero-posterior de pelvis en proyección confirmó el diagnóstico "Desplazamiento Epifisiario Femoral Bilateral (DEFB)" por lo que su tratamiento inició con tracción cutánea bilateral de 2.5 kg, en miembros inferiores aumentando a tolerancia hasta un total de 6 Kg, con una rotación interna de inicio de 1 Kg. hasta 2 Kg, ésta tracción fue bien tolerada sin presentar datos de alteración neurovascular distales. Para el 23 de febrero se tomó placa de Rayos "X" de control, la cual muestra una reducción parcial del desplazamiento bilateral hasta llegar a una reducción total de la misma. A pesar de éste tratamiento fue programado para cirugía el primero de marzo, para reducción y fijación

interna con tornillos canulados y clavos de Kirshner en ambas caderas. A los ocho días nuevamente se programó para retiro del clavillo de Kirshner colocado en cadera izquierda, ya que se había desplazado fuera de su lugar original.

Se consideró obesidad de segundo grado de tipo crónico de acuerdo al sobrepeso del adolescente (incremento de la masa corporal "IMC" en 28.1 %) además de los antecedentes ya mencionados, fueron factores desencadenantes de esta enfermedad. En orden de importancia se mencionan las necesidades más afectadas, "*Moverse y mantener una buena postura*", Seguida por las necesidades de: "*Higiene de tegumentos*", "*Vestirse y desvestirse*", "*Respirar*", "*Comunicación*", "*Evitar los peligros*", "*Comer y beber*". "*Eliminación*", "*Dormir y descansar*" "*Aprendizaje*", "*Recrearse*" y ocuparse para "*Auto realizarse*".

Se realizaron trece seguimientos, de los cuales 9 fueron en hospitalización y 4 en la consulta externa, material de información más que suficiente para el plan de intervenciones.

## II. OBJETIVOS

### *OBJETIVO GENERAL:*

Aplicar el proceso del cuidado bajo el enfoque de las necesidades fundamentales a un adolescente con alteración en la necesidad del movimiento.

### *OBJETIVOS ESPECÍFICOS:*

- Practicar la valoración focalizada de las diferentes necesidades básicas de un adolescente mediante el Método Clínico.
- Detectar el grado de dependencia de cada necesidad básica del adolescente.
- Reconocer las fuentes de dificultad que afecten las necesidades básicas del adolescente mediante la Valoración Clínica de Enfermería.
- Estructurar los diferentes tipos de diagnósticos de enfermería de las necesidades alteradas en el adolescente.
- Realizar un plan de intervenciones de enfermería que favorezca la resolución de necesidades básicas de un adolescente.
- Orientar al adolescente para lograr la independencia de sus necesidades básicas.
- Diseñar un programa de ejercicios en el hogar para mantener la necesidad de movimiento y postura en condiciones.

### III. MARCO TEÓRICO

#### 3.1. ANTECEDENTES

Para realizar la valoración de enfermería con una perspectiva global del individuo (niño o adolescente) se tiene como fin averiguar las necesidades, problemas, preocupaciones y respuestas humanas del enfermo.<sup>1</sup> Independientemente de la gravedad de la enfermedad que le afecte; el control de la evolución se centra prioritariamente en la medición y /o detección del funcionamiento de las necesidades básicas de un adolescente. Siendo la más afectada la necesidad del movimiento en el presente estudio de caso, que como consecuencia inmediata está la limitación de la marcha y bipedestación.

“Moverse y mantener una buena postura es una necesidad para todo ser vivo, estar en movimiento y movilizar todas las partes del cuerpo, con movimientos coordinados, y mantenerlas bien alineadas permite la eficacia de las diferentes funciones del organismo. La circulación sanguínea se ve favorecida por los movimientos y las actividades físicas”.<sup>2</sup>

Son numerosas las estructuras que participan en el movimiento, los huesos, las articulaciones (sistema osteoarticular), los tendones, los músculos (sistema muscular) y el sistema nervioso, que también contribuyen a otros aparatos, es decir, el aparato respiratorio y el circulatorio. Para observar la satisfacción de ésta necesidad de moverse, es necesario tomar en cuenta la integridad de éstos sistemas y aparatos, y la capacidad de sus componentes de asegurar el movimiento (*independencia*). En suma, basta observar en que medida la persona es capaz de darse la vuelta e incorporarse en la cama, de levantarse, de

---

<sup>1</sup> Bernat BR, García LB, Inarejos VL, Bardají FD. Enfermo crítico: valoración global para identificar las necesidades. Rev. Enfermería clínica, 1998: 2-4

<sup>2</sup> Riopelle L, Grondin L, Pahaneuf M. “Necesidad de moverse y mantener una buena postura” en: Cuidados de enfermería, Un proceso centrado en las necesidades de la persona. México Mc Graw-Hill Interamericana, 1997: 23-24

sentarse y andar, de lavarse, de comer solo y de utilizar los lavabos y si necesita ayuda, que clase de asistencia será necesaria.<sup>3</sup>

La movilidad es una propiedad que cubre diversos objetivos, tales como la expresión de emociones, la autodefensa, la satisfacción de las necesidades básicas, la relación de las actividades de la vida diarias y el desarrollo de las actividades recreativas. Además, ayuda a mantener la actividad fisiológica normal del organismo para conservar una movilidad física normal. Los sistemas nervioso, muscular y esquelético del cuerpo deben mantenerse integrados y funcionales; cuando se inmoviliza una parte corporal o todo el cuerpo durante cierto tiempo, asimismo desarrollar capacidades secundarias en uno o más sistemas corporales.<sup>4</sup>

Los factores de los que depende la magnitud de la incapacidad son el grado de inmovilización, la duración de la misma y la gravedad de la enfermedad (*Dependencia*). Los pacientes que padecen ciertas enfermedades o lesiones sufren inmovilización, pero recuperan la movilidad a través de la rehabilitación, infiriendo que la movilidad es la capacidad que tiene una persona para moverse con libertad. Además se trata de una facultad que resulta a menudo fundamental para la percepción del estado de salud por parte del propio paciente. Hogue (1985) considera a la movilidad como el resultado de la interacción entre los aspectos físicos y psicosociales del paciente y los recursos del entorno, por lo tanto la enfermera detectará problemas en esta capacidad.<sup>5</sup>

Cuando **mayor** es el **grado** y la **duración** de la **inmovilidad**, más pronunciadas son las **consecuencias**. Cada sistema corporal se ve sometido al riesgo de resultar afectado por la inmovilidad:

---

<sup>3</sup> Phaneuf M. "Necesidad de moverse y mantener una buena postura" en: La planificación de los cuidados enfermeros, un sistema integrado o personalizado. México Mc Graw-Hill Interamericana, 1996: 38

<sup>4</sup> Pontter-Perry. "Inmovilidad" en: Fundamentos de enfermería, teoría y práctica. 3ra ed. México Mosby-Doyma, 1996: 567

<sup>5</sup> Ibidem

La actividad pancreática disminuye y la producción de insulina no es suficiente para reproducir los niveles séricos de glucosa; estos efectos se pueden observar en los tres primeros días de reposo, pero pueden revertirse en los siete días después de que se reanude la actividad. Además se produce un balance negativo de nitrógeno cuando la excreción del metabolismo de las proteínas supera su ingesta, por lo que la excreción urinaria del nitrógeno aumenta alrededor del quinto o sexto día de inmovilización.<sup>6</sup>

Por otra parte el desequilibrio de líquidos y electrolitos es afectada por la posición dorsal del paciente que produce cambios importantes en la volemia (*Necesidad de comer y beber*). Durante el primer día de reposo en cama tiene una respuesta diurética inmediata, y el paciente pierde un promedio adicional de 600 ml por día. Además, se produce un incremento de la excreción urinaria de calcio, cloruro y sodio. La investigación, ya clásica, referida por Potter (1996) en varones y jóvenes sanos inmovilizados demostró que existe un aumento de la excreción urinaria de calcio durante el reposo en cama.<sup>7</sup>

Otra investigación mostró que este calcio procede probablemente de la resorción ósea; normalmente, los riñones son capaces de excretar un exceso de calcio. Sin embargo, si los riñones no son capaces de responder adecuadamente se origina una hipercalcemia. Debido a la hipercalcemia, también existe un aumento de la excreción fecal y renal de calcio. Aunque la afectación del funcionamiento gastrointestinal es variable entre los pacientes, los síntomas observados se relacionan con una disminución de la motilidad. El estreñimiento es un síntoma frecuente; cuando aparece la diarrea, se debe con frecuencia a impactación fecal. La enfermera debe tener en cuenta que no se trata de una diarrea normal, sino del paso de heces líquidas alrededor del área de impactación. Si no se trata, la impactación puede causar una obstrucción intestinal mecánica que puede ocluir parcial o totalmente la luz intestinal, bloqueando la propulsión normal de líquido y gas. La estasis de líquido resultante produce distensión intestinal y aumenta la presión intraluminal,

---

<sup>6</sup> Ibidem p. 569

<sup>7</sup> Ibidem

finalmente, se deprime la función intestinal, se produce deshidratación y cesa la absorción. De esta forma, las alteraciones hidroelectrolíticas se agravan.<sup>8</sup>

Por otra parte la excreción urinaria resulta afectada durante la inmovilidad. Cuando el paciente está en bipedestación, la orina fluye desde la pelvis renal hacia el uréter y vejiga impulsada por fuerzas gravitatorias (*Necesidad de Eliminar*). Cuando el paciente está reclinado o acostado, los riñones y los uréteres se desplazan en un plano más horizontal, por lo que la orina formada en el riñón debe entrar en la vejiga en contra de la fuerza de la gravedad; debido a que las contracciones peristálticas de los uréteres no tienen la fuerza suficiente para superar la gravedad, la pelvis renal puede llenarse antes que la orina entre los uréteres; éste trastorno que recibe el nombre de estasis urinaria aumenta el riesgo de desarrollar una posible infección de las vías urinarias y cálculos renales.<sup>9</sup>

Durante el periodo inicial de inmovilidad el volumen de orina aumenta de forma secundaria a las variaciones de los líquidos y a una diuresis natural. Cuando la inmovilidad se prolonga, la disminución de la ingesta de líquidos y otros factores como la fiebre (*Necesidad de Termorregulación*) aumentan el riesgo de deshidratación; por éstos factores el flujo urinario se reduce aproximadamente en el día quinto ó sexto. La orina que procede a partir de ese momento generalmente es muy concentrada, ésta orina concentrada aumenta el riesgo de formación de cálculos e infecciones y un cuidado perineal deficiente después de las evacuaciones intestinales especialmente en la mujeres eleva el riesgo de contaminación de las vías urinarias por E. Coli.<sup>10</sup>

La inmovilización reduce la expansión pulmonar, modifican la distribución de la ventilación y el flujo sanguíneo en el pulmón (*Necesidad de Respirar*). Como resultado disminuye la oxigenación del pulmón afectado. Además, investigaciones han documentado que a todos los volúmenes pulmonares, excepto el volumen corriente, se reducen durante la inmovilización. Como consecuencia de la reducción de la expansión pulmonar y el

---

<sup>8</sup> Ibidem p. 573

<sup>9</sup> Ibidem

<sup>10</sup> Ibidem p. 574

debilitamiento de los músculos respiratorios, las secreciones se estacan o acumulan en las regiones pulmonares en declive. Además, los cilios se vuelven incapaces de eliminar las secreciones del tracto respiratorio. Por ello aumenta el riesgo de neumonía y atelectasia; esta es un colapso de los alvéolos que impide el intercambio normal de oxígeno y dióxido de carbono.<sup>11</sup>

Igualmente se afecta el sistema cardiovascular. Los tres cambios más importantes son la hipotensión ortostática, el aumento de la carga de trabajo del corazón y la formación de trombos. La hipotensión ortostática se desarrolla en pacientes que experimenta una inmovilidad prolongada en posición sedante. Este tipo de hipotensión es una caída de presión arterial igual o superior a 15 mm Hg cuando el paciente se eleva desde posición dorsal o sedantes a posición de bipedestación. En el paciente inmovilizado se generan reducción del volumen de líquido circulante, acumulación de sangre en los miembros inferiores y disminución de la respuesta vegetativa. Tales factores originan un descenso del retorno venoso, presión venosa central, volumen sistólico y una disminución de la presión arterial sistólica cuando el paciente se pone de pie. La formación de trombos venosos tienen el peligro de que se produzcan émbolos pulmonares, una complicación que puede ser fatal.<sup>12</sup>

Cuando la inmovilidad se prolonga y no se ejercitan los músculos, se produce una disminución progresiva de la masa muscular. Produciendo asimismo úlceras por presión. Un estudio, considera a las úlceras como lesiones atribuible a la presión, que se traduce, como mínimo, en una zona eritematosa que no recupera el color en 30 minutos. En cuanto a su origen, se diferencian las úlceras por presión nosocomiales o intrahospitalarias de las comunitarias o extrahospitalarias, entendiéndose por las primeras las producidas durante el episodio de hospitalización y por las segundas las que ya existen en el momento de ingreso del paciente. Los músculos extensores de las piernas parecen ser los más afectados, lo cual viene a confirmar la teoría en donde los esfuerzos normales de la gravedad son importantes

---

<sup>11</sup> Ibidem

<sup>12</sup> Ibidem p. 571

para mantener la función, el desarrollo y por consiguiente la movilidad. (afectando las *Necesidades de Moverse y mantener una buena postura, y de dormir y descansar*)<sup>13</sup>

Por otro lado un estudio menciona la incidencia de lesiones por presión, de un total de 290 pacientes presentaron riesgo de sufrir lesiones, en un periodo de estancia media de 16 a 30 días; La localización de las lesiones fue en el área pélvica, 38 (90% en sacro), en extremidades, 28 (100% en talones), y en otras localizaciones 4; concluyendo que la valoración de enfermería disminuye el riesgo y favorece la actuación temprana y, por lo tanto, evita y minimiza la aparición y sus efectos de lesiones por presión.<sup>14</sup>

Los efectos de la inmovilidad sobre la piel se centra en alteración del metabolismo de la pérdida de masa corporal magra y un balance negativo de nitrógeno; en el paciente inmovilizado, la reparación de cualquier solución de continuidad en la piel resulta difícil, al desarrollar úlceras por presión (se ve afectada la *Necesidad de Evitar los peligros*). Los pacientes con inmovilización prolongada presentan un mayor riesgo de desarrollar úlceras por presión que se forman en las prominencias óseas, en la cual la piel y el tejido subyacente están destruidos principalmente por la falta de oxígeno y de sustancias nutritivas que provocan primero isquemia localizada y después necrosis.<sup>15</sup>

También la isquemia se desarrolla cuando la presión en la piel es mayor que la presión en el interior de los pequeños vasos sanguíneos periféricos que vascularizan la piel, como consecuencia del peso del cuerpo se localiza sobre las prominencias óseas, cuando mayor es la presión aplicada, mayor es el periodo de isquemia y por consiguiente mayor es el riesgo de ulceración de la piel.<sup>16</sup>

---

<sup>13</sup> Grupo de Enfermería del Institut Catalán de la Salut. Úlceras por presión, método de consenso como estrategia de mejora de la calidad asistencial. Rev. Enfermería clínica. 1997; 3: 24-28

<sup>14</sup> Barbero Juárez FJ, Villar Dávila R. Mejora continua de la calidad en las lesiones por presión mediante la valoración del riesgo de aparición. Rev. Enfermería clínica, 1998; 4: 13-22

<sup>15</sup> Pineda OJ, Rodríguez ZCE, López SG. Escaras, un problema en potencia. Rev. Desarrollo Científico de Enfermería, 1997; 6: 174-175

<sup>16</sup> Ibidem p. 176

El paciente inmovilizado puede provocar determinadas reacciones emocionales, intelectuales, sensoriales y socioculturales (estas alteraciones influyen en las *Necesidades de Comunicación, Creencias y valores*). Por esta razón, la enfermera ha de observarlos en cuanto se produzcan; los cambios más frecuentes son: depresión, agresividad, ansiedad, alteración de conducta, alteración ciclo sueño-vigilia y aceptación de la capacidad para valerse por sí mismo; la preocupación puede agravar rápidamente la depresión del paciente y en consecuencia presentar un retraimiento o adaptar una actitud pasiva. Lo que permite a la enfermera que lo atienda y no estar interesado en aumentar su dependencia o su participación en la asistencia.<sup>17</sup>

Investigaciones en el campo del desarrollo infantil han puesto al descubierto que el cuerpo y la autoestima están mucho más relacionados en las niñas que en los varones (varían en la *Necesidad de autorrealización*), además los profundos cambios biológicos asociados con la pubertad convierten al cuerpo en el punto más importante del creciente sentido de “sí mismo”; la pregunta vital *¿Quién soy yo?* Obliga al adolescente a reevaluar la imagen corporal que había desarrollado cuando niño y a formarse una nueva apropiada a su “sí mismo” en maduración. Como consecuencia la inmovilización aparta al paciente de la rutina diaria, (y de ésta manera afecta a la *Necesidad de recrearse y aprendizaje*). Por lo tanto, éste tiene más tiempo para preocuparse por su incapacidad lo que afectaría su imagen corporal y su autoestima.<sup>18</sup> La valoración continuada de los cambios de comportamiento durante el periodo de movilidad limitada ayuda al profesional de enfermería a identificar cambios en la autoestima del paciente, a conocer los signos precoces de depresión y a desarrollar de forma adecuada las actuaciones de enfermería.<sup>19</sup>

Un mayor número de alteraciones de desarrollo suele relacionarse con la inmovilidad, sobre todo en paciente muy jóvenes o en ancianos. El adulto joven o de mediana edad pueden experimentar pocos cambios en el desarrollo (en donde se altera la

---

<sup>17</sup> Ibidem p. 574

<sup>18</sup> Rodríguez de TE. Impacto de la figura corporal en el desarrollo psicosocial del niño y el adolescente. Rev. Mexicana de Pediatría, 1997; 3: 128-131

<sup>19</sup> Pontter-Perry. Op cit p. 574

*Necesidad. de vestirse y desvestirse*) que generalmente son debido a un traumatismo. En el caso del adolescente se pueden retrasar su desarrollo músculo-esquelético y el desarrollo intelectual, ya que se retrasaría en sus estudios. Las enfermeras que proporcionan cuidados a pacientes inmovilizados deben planificar actividades que faciliten estímulos físicos y psicosociales; evitando así la inmovilización al dar ayuda innecesaria en actividades tales como el baño o los desplazamientos.<sup>20</sup>

Si afirmamos que el objeto de la actividad de enfermería es el cuidado del hombre o persona en lo referente a su salud. El consenso entorno a esta formulación es prácticamente unánime entre los profesionales, así mismo, en el cuidado de las respuestas humanas de las personas en su totalidad. Pueden concluir los profesionales, el hombre o persona es un ser libre en su trayectoria tal, e independiente en sus opciones, en la elección de sus propios valores y creencias, en su modo de actuar y en sus decisiones. Como tal es dueño de su vida y de su historia, y protagonista responsable de sus actos incluso de sus errores; por lo tanto es dueño de su cuerpo, de su mente, y de su espíritu, y capaz de “hacerse así mismo”. Como persona es una individualidad “un ser único diferenciado e irreplicable”. Un ser abierto al entorno: sociable y capaz de intercambiar con el medio energía, materia e información tiene un espíritu y una trascendencia, y está en comunión existencial con el universo; para ofrecerle nuestro cuidado de salud.<sup>21</sup>

Esto se debe a que los dos problemas más comunes como el dolor y trastorno de la movilidad son de tal magnitud que tienen que recurrir al tratamiento para **evitar dependencias** permanentes y en la manera que el profesional de salud corresponda a éstas quejas puede definir la efectividad de todo el plan terapéutico a través de un modelo que sustente; a la practica profesional. Existen muchas propuestas al respecto.<sup>22</sup>

---

<sup>20</sup> Ibidem p. 575

<sup>21</sup> López RJ. Aproximación al concepto hombre-persona, objeto de los cuidados de enfermería. Rev. Enfermería clínica, 1998; 5: 32-36

<sup>22</sup> Chill MH. “Tratamientos de disfunción musculoesqueléticas” en: Tratamientos en enfermería. México Latinoamericana, Traductor Dr. Carlos García Calderas, 1991:293

A continuación, se describe el modelo de *Virginia Henderson*, quién dirigió sus estudios de investigación a las necesidades fundamentales de los seres humanos.

### 3.2 PRINCIPALES CONCEPTOS Y DEFINICIONES SOBRE LAS NECESIDADES FUNDAMENTALES

La cristalización de las ideas de V. Henderson, están en la propuesta de las 14 necesidades fundamentales, propone un concepto de “Enfermería” del cuál diversas autoras (Phaneuf, Marriner-Tomey y Riopelle, entre otras) explican la práctica diaria de enfermería a partir de éste concepto, que dice:

#### ***Enfermería.***

“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 (a una muerte serena), actividades que realizaría por sí mismo si tuviera la fuerza, voluntad o conocimiento necesario. Todo ello de manera que le ayude a recuperar su independencia de la forma más rápida posible”.<sup>23</sup>

A partir de ésta definición, Carmen Ferrín al hacer una interpretación de los cuidados de V. Henderson considera y extrae una serie de conceptos y subconceptos básicos; que a continuación se describen:

#### 1. PERSONA

Necesidades básicas

#### 2. SALUD

Independencia

Dependencia

Causas de la dificultad o problema

#### 3. ROL PROFESIONAL

Cuidados básico de enfermería.

Relación con el equipo de salud

---

<sup>23</sup> Marriner-Tomey. “Virginia Henderson” en: *Lecturas básicas del curso de teorías, modelos y PAE*. México, 1998: 102-112

#### 4. ENTORNO

Factores ambientales

Factores socioculturales<sup>24</sup>

##### 1. **Persona**. Y las 14 necesidades básicas.

Fernández Ferrín C. (1993) conceptualiza a la persona (paciente) como 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), además de promover su desarrollo y crecimiento “La mente y el cuerpo son indispensables para el paciente, y éste a su familia como una unidad Fundamental”.<sup>25</sup>

Las 14 necesidades básicas son las siguientes:

Según Riopelle, Grondin y Phaneuf<sup>26</sup> (1997) mencionan como **Necesidad Fundamental**: “A la necesidad vital, es decir todo aquello que es esencial al ser humano para mantenerse vivo o asegurar su bienestar”. Phaneuf<sup>27</sup> (1999) da una definición de cada una de las 14 necesidades, que a continuación se describen:

##### 1. **La necesidad de respirar.**

“Necesidad del organismo de absorber el oxígeno y expulsar el gas carbónico como consecuencia de la penetración del aire en las estructuras respiratorias (respiración externa) y de los intercambios gaseosos entre la sangre y los tejidos (respiración interna)”.

##### 2. **La necesidad de beber y de comer.**

“Necesidad del organismo de absorber los líquidos y nutrientes necesarios para el metabolismo”.

---

<sup>24</sup> Fernández FC, Novel MG. El proceso de atención de enfermería, estudio de casos. México Salvatt, 1993: 4

<sup>25</sup> Ibidem p. 5.

<sup>26</sup> Ropelle, Grodin y Phaneuf. Op cit p. 3

<sup>27</sup> Phaneuf. Op cit p. 32-52

### **3. *La necesidad de eliminar.***

“Necesidad del organismo de expulsar fuera del cuerpo las sustancias inútiles y nocivas, y los residuos producidos por el metabolismo. La necesidad de eliminar comprende la eliminación urinaria y fecal, el sudor, la menstruación y los loquios”.

### **4. *La necesidad de moverse y de mantener una buena postura adecuada.***

“Necesidad del organismo de ejercer el movimiento y la locomoción mediante la contracción de los músculos dirigidos por el sistema nervioso”.

### **5. *La necesidad de dormir y descansar.***

“Necesidad del organismo de suspender el estado de conciencia o de actividad para permitir la recuperación de las fuerzas físicas y psicológicas”.

### **6. *La necesidad de vestirse y desvestirse.***

“Necesidad de proteger el cuerpo en función del clima, de las normas sociales, del decoro y de los gustos personales”.

### **7. *La necesidad de mantener la temperatura corporal dentro de los límites normales.***

“Necesidad del organismo de mantener el equilibrio entre la producción de calor por el metabolismo y su pérdida en la superficie del cuerpo”.

### **8. *La necesidad de estar limpio y aseado, y de proteger los tegumentos.***

“Necesidad del organismo de mantener un estado de limpieza, higiene e integridad de la piel y del conjunto del aparato tegumentario (tejidos que cubren al cuerpo)”.

### **9. *La necesidad de evitar peligros.***

“Necesidad de la persona de protegerse contra agresiones internas y externas con el fin de mantener su integridad física y mental”.

**10. *La necesidad de comunicación.***

“Necesidad de la persona de establecer vínculos con los demás, de crear relaciones significativas con las personas cercanas y de ejercer la sexualidad”.

**11. *La necesidad de actuar según las propias creencias y valores.***

“Necesidad de la persona de realizar actos y tomar decisiones que estén de acuerdo con su noción personal del bien y de la justicia, de adoptar ideas, creencias religiosas o una filosofía de vida que le convengan o que sean propias de su ambiente y tradiciones”.

**12. *La necesidad de preocuparse de la propia realización.***

“Necesidad de realizar acciones que permiten a la persona ser autónoma, utilizar los recursos de que dispone para asumir sus roles, para ser útil a los demás y alcanzar su pleno desarrollo”.

**13. *La necesidad de distraerse.***

“Necesidad de la persona de relajarse física y psicológica mediante actividades de ocio y diversiones”.

**14. *La necesidad de aprender.***

“Necesidad del ser humano de adquirir conocimientos sobre sí mismo, sobre el cuerpo y funcionamiento, y sobre sus problemas de salud y los medios de prevenirlos y tratarlos a fin de desarrollar hábitos y comportamientos adecuados. La necesidad de aprender afecta a todas las demás necesidades, puesto que para satisfacerlas bien la persona debe recibir a menudo información”.

Estas necesidades son comunes en todos los individuos, si bien en cada persona, en su singularidad, tiene la habilidad y capacidad de satisfacerlas de modo diferente con el fin de crecer y desarrollarse a lo largo de su vida.

## 2. La salud. Independencia /dependencia y causas de la dificultad.

Henderson considera a la salud, en función de la capacidad del paciente para realizar sin ayuda los 14 componentes de la asistencia de enfermería. Y dice “La calidad de la salud, más que la vida en sí misma, es la reserva de energía mental y física que permite a la persona trabajar de una forma más efectiva y alcanzar su mayor nivel potencial y de satisfacción en la vida”.<sup>28</sup>

Fernández Ferrín (1993) define a la **independencia** como, la “capacidad de la persona para satisfacer por sí misma las necesidades básicas, es decir, llevar a cabo las acciones adecuadas para satisfacer la necesidad de acuerdo con su edad, etapa de desarrollo y situación”. Por otro lado a la **dependencia** la considera como, “la ausencia de actividades llevadas a cabo por las personas con el fin de satisfacer las 14 necesidades, o que se realicen actividades que no resulten adecuadas o sean insuficientes para conseguir la satisfacción de las necesidades”.<sup>29</sup>

También menciona, en éste sentido que se busca y trata de lograr la independencia, por lo tanto la satisfacción de las necesidades deben ser de forma continua; que al no hacerlo adquieren la dependencia causada por las **fuentes de dificultad** que son los “obstáculos o limitaciones personales o del entorno, que impiden a la persona a satisfacer sus propias necesidades fundamentales”<sup>30</sup> que se describen a continuación:

- **Falta de Fuerza:** Interpreta por fuerza, no solo la capacidad física o habilidades mecánicas de las personas, si no 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 y capacidad intelectual.
- **Falta de Conocimientos:** Relativo a las cuestiones esenciales sobre la propia salud y situación de enfermedad, la propia persona (con autoconocimiento) y sobre los recursos propios y ajenos disponibles.

---

<sup>28</sup> Marriner-Tomey. Op cit p. 105

<sup>29</sup> Fernández FC. Op cit p. 6

<sup>30</sup> Ibidem

- **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.<sup>31</sup>

### 3. **Rol Profesional.** Cuidados básico de enfermería y equipo de salud.

Son los cuidados básicos de enfermería considerados como un servicio derivado del análisis de las necesidades humanas, son universalmente los mismos, por que todos tenemos necesidades comunes; sin embargo, varían constantemente porque cada persona interpretan a su manera estas necesidades (actuando según criterios de suplencia o ayuda).<sup>32</sup>

### 4. **Entorno.**

La autora menciona al entorno, unas veces de forma implícita y otras de forma explícita; la importancia de los aspectos socioculturales y del entorno físico y lo define como “*el conjunto de todas las condiciones e influencias exteriores que afectan a la vida y al desarrollo de un organismo*”, (familia, grupo, cultura, aprendizajes, factores ambientales, etc.) para la valoración de las necesidades y la planificación de los cuidados.<sup>33</sup>

## SUPUESTOS PRINCIPALES.

### ***Enfermería.***

- La enfermera tiene una función única de ayudar a los individuos sanos o enfermos.
- La enferma ejerce como miembro de un equipo de salud.
- La enfermera actúa independientemente del médico pero apoya su plan, si hay algún medico de servicio. Henderson subraya que la enfermera puede actuar independientemente (la partera) y debe hacerlo si el profesional de salud está mejor

---

<sup>31</sup> Ibidem p. 7

<sup>32</sup> Ibidem p. 8

<sup>33</sup> Marriner-Tomey. Op cit p. 69

preparado para la situación. La enfermera puede y debe diagnosticar y tratar, si la situación así lo requiere.

- La enfermera posee conocimientos de los campos de las ciencias sociales y biología.
- La enfermera debe evaluar las necesidades humanas básicas.
- Los 14 componentes de enfermería abarca todas las posibles funciones de enfermería.

#### ***Personas-pacientes.***<sup>34</sup>

- La persona debe mantener un equilibrio fisiológico y emocional.
- La mente y el cuerpo de la persona son inseparables.
- El paciente requiere ayuda para recuperar su independencia.
- El paciente y su familia requiere una unidad.
- Los 14 componentes de la enfermería abarca las necesidades del paciente.<sup>35</sup>

#### ***Salud.***

- La salud es una cualidad de la vida.
- La salud es básica para el funcionamiento del ser humano.
- La salud requiere de interdependencia y dependencia.
- El fomento de la salud es más importante que el cuidado de la enfermera.
- Los individuos obtendrán o mantendrán la salud si poseen la fuerza, la voluntad o conocimiento necesario.<sup>36</sup>

#### ***Entorno.***

- Los individuos sanos pueden ser capaces de controlar su entorno, pero la enfermedad puede interferir en tal capacidad.
- Las enfermeras deben recibir información sobre medidas de seguridad.

---

<sup>34</sup> Ibidem p. 105

<sup>35</sup> Ibidem

<sup>36</sup> Ibidem

- Las enfermeras deben proteger a los pacientes de lesiones producidas por agentes mecánicos.
- Las enfermeras deben minimizar las probabilidades de lesiones mediante recomendación para la construcción de edificios, compras de equipo y de mantenimiento.
- Los médicos hacen uso de las observaciones y los juicios de las enfermeras, sobre las cuales basan las prescripciones para el uso de dispositivos de protección.
- Las enfermeras deben tener conocimiento sobre los hábitos sociales y las prácticas religiosas para valorar los peligros.<sup>37</sup>

## AFIRMACIONES TEÓRICAS

### **La relación de enfermera-paciente:**

Se puede identificar tres niveles en la relación enfermera-paciente que varía desde una relación muy **dependiente** a otra marcadamente **independiente**:

#### 1. La enfermera como un *sustituto* de algo necesario para el paciente:

En caso de enfermedad grave, la enfermera, está considerada como un “sustituto” de lo que le hace falta al paciente para sentirse “completo”, “íntegro” ó “independiente”. Por la ausencia de fuerza física, voluntad o conocimiento; Henderson refleja su afirmación de que la enfermera “es temporalmente, la conciencia del inconsciente, el amor a la vida del suicida, la pierna amputado, los ojos del ciego reciente, un medio de locomoción para el lactante, la sabiduría y la confianza para la nueva madre, el “micrófono” para los demasiados débiles o introvertidos para hablar”.<sup>38</sup>

#### 2. La enfermera como *ayuda* para el paciente:

Que durante la convalecencia, la enfermera ayuda al paciente a adquirir o recuperar su independencia. Henderson afirma: “La independencia es un termino relativo. Ninguno

---

<sup>37</sup> Ibidem p. 106

<sup>38</sup> Ibidem

de nosotros es independiente de los demás, aunque luchamos por una interdependencia sana, no por una dependencia enferma”.<sup>39</sup>

### 3. La enfermera como *compañera* del paciente:

Como compañeros, la enfermera y el paciente elaboran juntos el plan terapéutico. Las necesidades existen a pesar del diagnóstico, aunque se hayan modificadas por la patología y otras circunstancias como la edad, el temperamento, el estado emocional, el nivel sociocultural y la capacidad física e intelectual.<sup>40</sup>

La enfermera debe ser capaz de apreciar no solo las necesidades del paciente si no también las circunstancias y estados patológicos que las alteran. Henderson dice que la enfermera “debe estar en la piel de cada paciente para saber lo que necesita”.

La enfermera puede modificar el entorno en lo que considere necesario.

Henderson opina que “en los casos de que la enfermera conoce las reacciones fisiológicas y psicológicas, la temperatura y humedad, la luz y calor, la presión atmosférica, olores, ruidos, impurezas químicas y microorganismos, pueden organizar y hacer el mejor uso de los medios de los que se disponen”.

La enfermera y el paciente siempre trabajan con un objetivo, sea éste la independencia o una muestra tranquila; la promoción de la salud es otro de los objetivos importantes “Henderson afirma: que se consigue más ayudando a que cada persona aprenda a estar sana que preparando a los terapeutas más capacitados para servir a los que lo necesiten.”<sup>41</sup>

### La relación enfermera-médico:

Henderson insiste en que la enfermera tiene una función única, distinta a los de los médicos, el plan de cuidados, elaborado por la enfermera junto con el paciente, se debe

---

<sup>39</sup> Ibidem

<sup>40</sup> Ibidem

<sup>41</sup> Ibidem

llevar acabo a la vez con el plan terapéutico preescrito por el médico. Además recalca que las enfermeras no siguen órdenes del médico, porque “cuestiona una filosofía que permite que un médico, de ordenes a los pacientes o a otros trabajadores de la salud”.<sup>42</sup>

#### **La enfermera como miembro del equipo de salud:**

La enfermera trabaja en interdependencia con otros profesionales de la salud. La enfermera y los demás miembros del equipo, se ayudan mutuamente a realizar el conjunto del programa de asistencia desarrollando cada uno de su trabajo. Henderson nos recuerda que “nadie del equipo debe hacer tales exigencias a los demás miembros, que algunos de ellos sea incapaz de realizar su función específica”.<sup>43</sup>

Henderson, en la **práctica** señala, que enfermería tiene una función primaria que es la de dar cuidados al paciente, destinados a conseguir la independencia de él. Quién debe hacer esfuerzo para entender al paciente cuando a este le falta voluntad, conocimiento o fuerza (meterse en su piel). Mediante, la valoración, la planificación, la realización y la evaluación de cada uno de los 14 componentes de los cuidados básicos de enfermería, esto implica una toma de decisiones.

Así también en la **educación** menciona, asistir al paciente cuando le hace falta fuerza, voluntad o conocimiento para realizar sus actividades diarias o para llevar acabo la terapia prescrita, con el objetivo final de obtener la independencia.

#### ***APLICACIÓN DEL MODELO CONCEPTUAL DE V. HENDERSON***

La concepción de Henderson, dice, que lograr la independencia (satisfacción de las 14 N. Fundamentales) de un individuo o persona, familia y comunidad nos lleva al óptimo estado de salud, debe ser una forma continua, al no hacerlo, adquieren la

---

<sup>42</sup> Ibidem p. 107

<sup>43</sup> Ibidem

dependencia (enfermedad) causada por un factor de riesgo en éste caso *Desplazamiento de la cabeza del fémur* y las fuentes de dificultad (falta de conocimiento, fuerza y voluntad), que para disminuir éstos obstáculos, la Enfermera Especialista deberá aplicar un método sistemático y organizado de administrar los cuidados de enfermería individualizados (PE), que se centre en las respuestas únicas de la persona o grupo. Además de mejorar la práctica, que genera investigaciones; por lo que hay que considerar los aspectos éticos y legales que sustenten la practica profesional, para un mejor progreso de la misma.

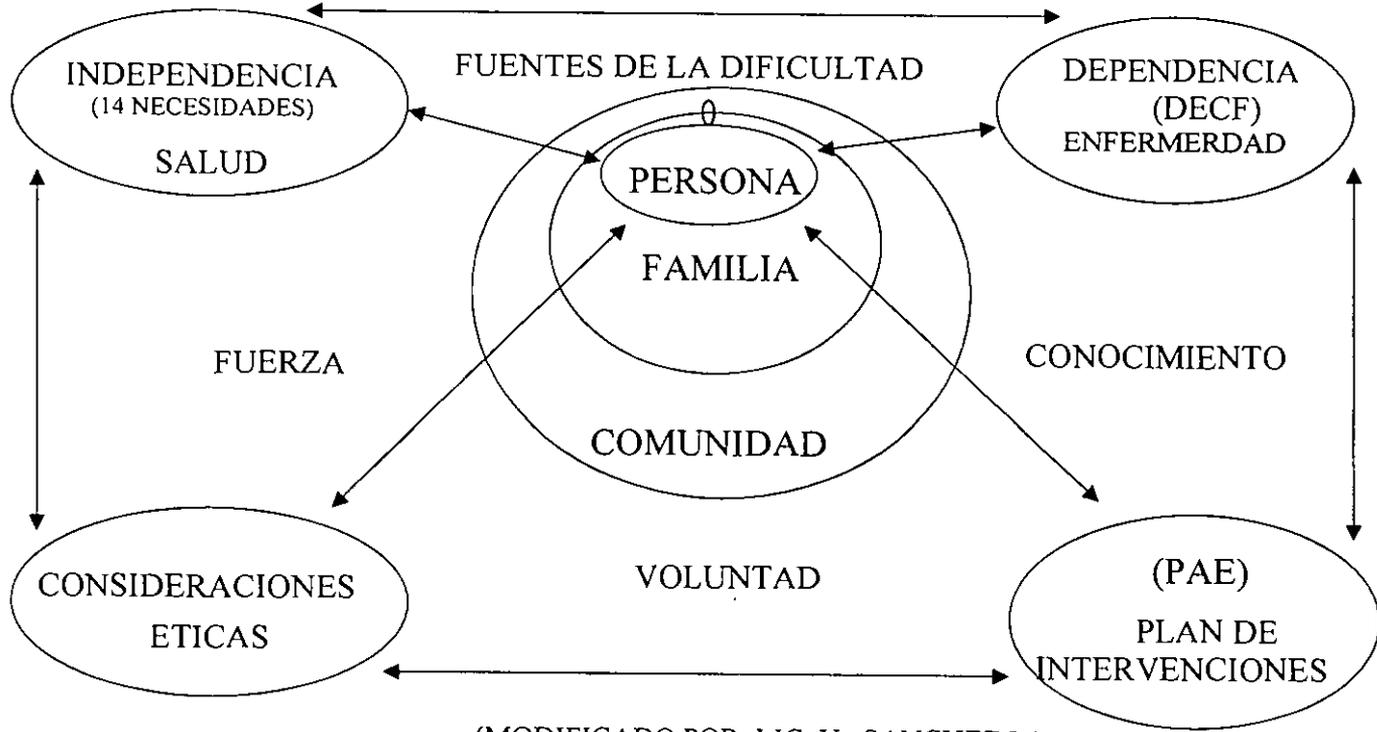
Es labor de la Enfermera Especialista asumir su responsabilidad de identificar los problemas, validar continuamente su función, perfeccionar los métodos que utiliza y reafirmar la efectividad de los cuidados de enfermería mediante el *Proceso de Atención de Enfermería*, que V. Henderson considera a éste, como el proceso de resolución de problema del paciente.<sup>44</sup>

En el siguiente esquema se representa la relación entre los conceptos que menciona V. Herdenson.

---

<sup>44</sup> Ibidem

# ESQUEMA 1. MODELO CONCEPTUAL DE V. HENDERSON



(MODIFICADO POR: LIC. V. SANCHEZ L.)

JUNIO DEL 2000.

### 3.3 PROCESO DE ATENCIÓN DE ENFERMERÍA

El proceso de enfermería surgió como una necesidad, para que la enfermería fuera reconocida como una profesión y no como un oficio, al buscar, en cada actividad realizada por la enfermera una justificación teórica y un orden lógico para realizarlas.

#### CONCEPTO:

- Para **Marriner** el proceso es un método para realizar algo, que por lo general abarca cierto número de pasos, y que intenta lograr un resultado particular; y el proceso de enfermería es la aplicación de la resolución científica de problemas a los cuidados de enfermería.<sup>45</sup>

- **Alfaro** menciona al proceso de enfermería es como un conjunto de acciones intencionadas que la enfermera realiza un orden específico, con el fin de asegurar que la persona reciba el mejor cuidado de enfermería posible.<sup>46</sup>

- **Christensen**, resume al método de enfermería o proceso de atención de enfermería como un método sistemático y organizado de administrar cuidados de enfermería individualizados; se centra en las respuestas únicas de la persona o grupo. El proceso mejora la práctica profesional, genera investigación y orienta los programas de estudio.<sup>47</sup>

- **Henderson**, dice que el proceso de enfermería es el proceso de resolución de problemas en general y no es peculiar de la enfermería. Ya que, permite actuar de modo sistemático al planificar sus intervenciones. La enfermera puede ayudar al paciente a

---

<sup>45</sup>Marriner A. "Valoración" en: El proceso de enfermería. 2ª ed, México El manual moderno, 1983: 1-3

<sup>46</sup> Alfaro LR. "Valoración" en: Aplicación del proceso de enfermería. 2a ed, México Mosby-Doyma., 1996: 3-4

<sup>47</sup> Christensen PJ, Kenny WJ. Nursing. Proces: Aplicación of Conceptual Models. 3ª ed, México Mosby; 1990: 1-5

independizarse mediante, la valoración, la planificación, la realización y la evaluación de cada uno de los 14 componentes básicos de enfermería.<sup>48</sup>

## ETAPAS DEL PROCESO DE ENFERMERÍA.

### I.-VALORACIÓN

*Christensen*, sugiere que es la primera etapa del proceso y que en esta se obtienen los datos que reflejan la información concerniente al estado biográfico del individuo y de su salud psicológica, sociocultural, espiritual y biofísica.<sup>49</sup> Para *Henderson* en ésta etapa la enfermera evaluará a los pacientes. Es el primer paso de la identificación del problema cuando se reúne información para asegurarse de que dispone “de todas las piezas necesarias del rompecabezas” que le permitan formarse una idea clara del estado del salud del paciente.<sup>50</sup>

*Alfaro* también la ubica como la primera etapa y considera que en esta debe obtenerse toda la información que se pueda sobre el paciente validando los datos para ver cuales son reales y cuales son cuestionables y se deben organizar o agrupar identificando así los problemas de salud.<sup>51</sup> Además menciona dos tipos de valoraciones de enfermería:

- ❖ **Valoración de los datos básicos:** que se realiza durante la entrevista inicial con el paciente para reunir información sobre todos los aspectos de su salud, información llamada base de datos de referencia, del cual se desarrolla un instrumento de valoración.
- ❖ **Valoración focalizada:** ésta se realiza para reunir información detallada sobre el estado de un problema específico.<sup>52</sup>

---

<sup>48</sup> Fernández FC. Op cit p. 8

<sup>49</sup> Christensen PJ. Op cit p. 1

<sup>50</sup> Fernández FC. Op cit p. 9

<sup>51</sup> Alfaro LR. Op cit p. 36

<sup>52</sup> Ibidem p. 38

La recolección de datos incluye, la observación, la entrevista y la exploración física, y termina con la documentación de la información obtenida en el registro médico del paciente.<sup>53</sup>

La **observación** es un elemento primordial de 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, se proyecta el pensamiento hacia al objeto observado manteniendo alerta la inteligencia y los sentidos, se ejerce en primer lugar, por medio de un análisis de la percepciones que realiza la inteligencia a la luz de las experiencias del pasado; pero éste proceso se basa esencialmente en la atención y en la concentración; se puede por lo tanto, afirmar que, en los cuidados de enfermería la observación consiste en considerar al paciente y todo lo que le rodea, con una atención eficaz, de calidad y continua que nos permitirá conocerlo mejor.

La **entrevista** es una forma especial de interacción verbal que se desarrolla en la intimidad entre la enfermera y el paciente que recurre en los cuidados de salud. Teniendo como objetivo recoger información que permita descubrir las necesidades que permanecen insatisfechas y las distintas manifestaciones de dependencia que las determina (personalización de los cuidados).<sup>54</sup>

Para que se **realice**:

- Se debe escoger el momento oportuno para el paciente (respetar la hora de su comida, su momento para la fatiga, de reposo e igualmente en los periodos en que más sufre).
- Prever espacios de tiempos lo suficientemente largos para así permitir al paciente se exprese cómodamente y a su propio ritmo.
- Deberá crear todas las condiciones que favorezcan el cambio.

---

<sup>53</sup> Iyer WP, Bernocchi B, Losey D. "Valoración" en: Proceso de enfermería y diagnóstico de enfermería. 2ª ed, México Interamericana; 1994: 103-107

<sup>54</sup> Phaneuf M. Op cit p. 52

- Se debe tener en cuenta la intimidad que tiene derecho el cliente así como su confort.
- Establecer una comunicación clara y eficaz que le permita conseguir los objetivos fijados.
- Debe manifestar actitudes de aceptación de escucha, y de empatía, que han de reflejarse en su comportamiento (se demuestra por medio del contacto visual como la expresión facial abierta y sonriente “según sea el caso” y a través de una postura, un lenguaje que testimonien al paciente su deseo de mantenerse a la escucha y de facilitarle siga su conversación).
- La empatía permite compartir las dificultades de las personas y su comprensión.

Existen cuatro *fases* que deberán llevarse a cabo en la *entrevista*:

1. La *Preparación de material* (lugar, momento, intimidad, y confort) y la preparación organizativa que llevan a la enfermera a acudir a distintas fuentes (historia clínica, otras profesionales).
2. La *introducción* es el momento en que se ponen en marcha la entrevista, la enfermera se presenta, explica sus funciones y lo que pretende con el encuentro.
3. El *desarrollo o cuerpo de la entrevista*, que consta de una sucesión de preguntas y respuestas entre la enfermera y el paciente (Se puede aclarar los puntos confusos).
4. La *conclusión* que lleva a la enfermera a finalizar la entrevista. Dando las gracias al paciente por su colaboración.

Carmen Fernández (1993) utiliza posteriormente un instrumento de recolección de datos, con un marco del modelo conceptual de Virginia Herdenson, 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 adaptando de tal forma que lo pueda comprender el paciente”. La entrevista en enfermería establece una

relación de confianza, (el observar, escuchar y preguntar es clave para una relación enfermera-paciente y esencial para conocer los hechos).<sup>55</sup>

La **exploración física** es el examen sistemático del paciente para encontrar evidencia física de capacidad o incapacidad funcional. Que tiene como objetivo, confirmar los datos obtenidos a través del interrogatorio y detectar nuevos signos; mediante los **métodos** de exploración (Inspección, palpación, percusión, auscultación y medición).<sup>56</sup>

El análisis de la información significa escrutar (mirar al interior), profundizar, tratar de distinguir, descomponer en partes, hacer clasificaciones y establecer relaciones referente a los problemas del paciente. Dentro del marco del esquema conceptual de V. Henderson, se lleva acabo a través del análisis de datos y su clasificación de datos, en la independencia que refleja la satisfacción autónoma de las necesidades, y la dependencia que las descartan. El análisis supone igualmente la agrupación de los datos en torno a cada una de las 14 necesidades, con el fin de poder establecer un esquema de conjunto.<sup>57</sup>

## **2.-DIAGNÓSTICO.**

Álfaro define al Diagnóstico de Enfermería como “un juicio clínico sobre las respuestas del individuo, familia o comunidad a problemas de salud reales o potenciales y a procesos vitales. Los diagnósticos de enfermería proporcionan la base para la selección de intervenciones de enfermería, con el fin de lograr los objetivos que son responsabilidad de la enfermera (NANDA 1990)”.<sup>58</sup>

Según, Paneufl. Diagnóstico enfermero es un “juicio clínico sobre las reacciones a los problemas de salud reales y potenciales, a los procesos de una persona, de una familia o

---

<sup>55</sup> Fernández FC. Op cit p. 9

<sup>56</sup> Barrera RR, Reyes GE. “Método clínico” en: Fundamentos de enfermería. 2ª ed, México Manual Modemo; 1996: 134

<sup>57</sup> Phaneuf M. Op cit p. 74

<sup>58</sup> Alfaro LR. Op cit p. 90

de una colectividad. Los diagnósticos enfermeros sirven de base para elegir las intervenciones de cuidados encaminados a la consecución de los resultados que son responsabilidad de la enfermera".<sup>59</sup>

El *proceso de diagnóstico*, consta de cuatro etapas: procesamiento de datos, formulación de exposición diagnóstica de enfermería, validación y documentación. Antes de que se pueda llevar a cabo la planificación se deberán procesar los datos reunidos: clasificar, interpretar y validar.

La *clasificación* consiste en dividir la información en clases concretas. Algunos ejemplos son los esquemas corporales, los patrones de salud funcional, los datos históricos y los síntomas importantes.

La *interpretación* consiste en la identificación de datos importantes en la comparación de patrones o normas y en el reconocimiento de pautas o tendencias. Los indicios pueden ser signos que son datos objetivos como presión arterial y peso, o síntomas que son datos subjetivos como dolor y tristeza.

La *validación*, el profesional de enfermería intenta confirmar la exactitud de la interpretación de los datos.<sup>60</sup>

Tiene como finalidad el diagnóstico de analizar las diferentes situaciones que influyen en el estado de salud o enfermedad de un paciente, para determinar sus interrelación y buscar estrategias posibles de acuerdo a los recursos disponibles, la cual es una declaración clara, concisa y definitiva del estado de salud del paciente y de los problemas que pueden ser intervenidos en enfermería.

Es un esfuerzo para identificar categorías de problemas que debieran considerarse como diagnóstico de enfermería, en este mismo año un grupo de enfermeras teóricas, docentes, administradoras y asistentes se reunieron para formar la Conferencia Nacional de

---

<sup>59</sup> Phaneuf M. Op cit p. 78

<sup>60</sup> Iyer WP, Bernocchi B, Losey D. Op cit p. 96-102

Aceptación para la clasificación de los diagnósticos de enfermería convirtiéndose en 1991 en la NANDA la cual ha publicado una lista de diagnósticos de enfermería que han sido aceptadas por la Asociación para su estado y ensayo, ello implicó la adaptación de los diagnósticos a la situación de salud de los enfermos en México.<sup>61</sup>

### **Clasificación y formulación del diagnóstico:**

1.- *Diagnóstico reales*: contiene evidencia de las características definitorias (signos y síntomas ) del diagnóstico.

Formulación:

**Diagnóstico real = etiqueta Dx + etiología + signos y síntomas.**

2.- *Diagnóstico de alto riesgo (Potencial)*: es la base de datos del paciente, que contiene evidencia de factores relacionados (factores de riesgo) del diagnóstico.

Formulación:

**Diagnóstico de alto riesgo (Potencial) = Modificador + etiqueta Dx + factor de riesgo.**

3.- *Diagnóstico posible*: si por alguna razón se sospecha de la existencia de un problema, pero los datos del paciente no muestran las características definitorias.

Formulación:

**Diagnóstico posible = Modificador + etiqueta Dx + (fuente desconocida)**

4.- *Diagnóstico de salud*: Es un diagnóstico real que se formula cuando la persona, la familia ó la comunidad goza ya de un nivel aceptable de salud o bienestar, pero puede y requiere alcanzar un nivel mayor.

Formulación :

---

<sup>61</sup> Christensen PJ. Op cit. p 7

**Diagnóstico de Salud = “Potencial de aumento de...” a la etiqueta de que se trate** (p. Ej. Potencial de mejora del auto-cuidado: baño/higiene, ó potencial de aumento de las actividades recreativas).<sup>62</sup>

Para la formulación de diagnósticos de éste modelo (*V. Henderson*), se utilizó el formato *PES*, propuesto por Gordon (1980).

**P** = problema

**E** = etiología, y

**S** = signos y síntomas.<sup>63</sup>

#### ***Componentes del diagnóstico:***

**Etiqueta Diagnóstico nombre:** Consiste en una palabra o frase concisa que identifica el problema.

**Definición:** Incluye una explicación concluyente del diagnóstico enunciado que sirve como factor diferenciador de la distintas etiquetas diagnósticas.

**Características Definitorias:** Son manifestaciones o respuestas de la persona o familia que nos pueden indicar la presencia o ausencia de un determinado diagnóstico (Datos objetivos y subjetivos que se recogen de su valoración, y son propios de los diagnósticos reales, ya que en los potenciales y en los posible no hay evidencia de su existencia).<sup>64</sup>

La diferencia entre un diagnóstico médico y un diagnóstico de enfermería es la síntesis del conocimiento del paciente como una unidad biopsicosocial y espiritual, el diagnóstico médico se basa en el proceso patológico que constituye el problema o problemas de la salud específica del paciente.

---

<sup>62</sup> Ibidem p 8

<sup>63</sup> Alfaro LR. Op cit p. 95

<sup>64</sup> Fernández FC. Op cit p. 43

### **3.-PLANEACIÓN.**

Es la etapa donde la enfermera establecerá prioridades, esto significa jerarquizar las necesidades de mayor a menor importancia para la recuperación de la salud del paciente, para ello tiene que fijarse objetivos que deben ser alcanzables, sencillos y claros; éstos pueden ser acorto, mediano y largo plazo. Una vez analizado todo lo anterior la enfermera deberá anotar un plan de cuidados de enfermería, siendo éste la última fase de planeación, que tiene como finalidades: individualizar los cuidados de cada paciente, tener un registro para evaluar el cuidado al paciente y asegurar la continuidad de los cuidados por parte de la enfermera de relevo (se trabaja con el paciente y su familia), para promover la salud del paciente.<sup>65</sup>

#### ***Fijación de prioridades:***

Estas pueden cambiar día a día y de en hora en hora. Se fijan de función del estado actual de salud y de la situación actual, es clave para actuar de forma sistemática y abarca todos los sistemas. Proceso de juicio que se inicia con la lista de diagnóstico de enfermería donde se seleccionan los diagnósticos de acuerdo a:

- ❖ El grado de amenaza a la vida y salud al paciente.
- ❖ Recursos temporales y humanos (personales, cualidades, dinero, equipo, tiempo).
- ❖ Participación del cliente: Entendimiento, pensamiento, estado de salud general, conocimiento y habilidades del paciente.
- ❖ Estándares, lineamientos, políticas leyes y reglamentos.
- ❖ Teorías, modelos y principios que sustentan el Proceso de Atención de Enfermería.

¿Qué es lo que se pretende conseguir? ¿Cómo prevenir problemas secundarios?<sup>66</sup>

---

<sup>65</sup> Iyer WP, Bemocchi B, Losey D. Op cit p. 158-162

<sup>66</sup> Christensen PJ. Op cit p. 33

### **Planteamiento de los objetivos.**

Una vez priorizado los problemas ha tratar, se deben definir los objetivos de cada problema, los cuales sirven para:

- o Dirigir los cuidados.
- o Identificar los resultados esperado.
- o Medir la eficiencia de las actuaciones.

Deberán establecer lo que se quiere conseguir, cómo, cuándo y cuánto. Existen dos tipos de objetivos, los de enfermería o criterios del proceso y objetivos del paciente o criterios de resultado.

### **Normas generales para la descripción de objetivo**

Los criterios que determina la ANA (directriz asistencial) para la elaboración de objetivos adecuados:

1. El personal de enfermería identifica los objetivos esperados individualizados para cada cliente.
2. Los objetivos se obtienen de los diagnósticos (problema).
3. los objetivos se documentan como metas mensurables
4. los objetivos se formulan en forma conjunta con el cliente y los prestadores de asistencia, cuando sea posible.
5. Los objetivos son realistas en relación con las capacidades actual y potencial del cliente.
6. Los objetivos son realizables en relación con los recursos de que dispone el cliente.
7. Los objetivos incluyen un calculo de tiempo para la realización.<sup>67</sup>

### **Planteamientos de objetivos estos son:**

1. Los objetivos a corto plazo (OCP) son los que se pueden conseguir en forma bastante rápida, con frecuencia en menos de una semana.

---

<sup>67</sup>Iyer WP, Bemocchi B, Losey D. Op cit p. 162-176

2. Objetivos a largo plazo (OLP) son aquellos que van a lograrse en un plazo de un tiempo más largo, con frecuencias semanas ó meses; se incluyen los objetivos continuados ( los que deben conseguirse día a día “cada día o mantendrá”
3. Objetivos para el alta: por lo general tiene un contenido amplio; se describe el nivel de ayuda que es posible que necesite el paciente después de alta. Habitualmente se denominan *resultados esperados* que se requieren para que la persona sea dado de alta.<sup>68</sup>

#### **Características de objetivos:**

- Ejecución : actividad en que se compromete el paciente.
- Observables: Recitar, listar, verbalizar, demostrar, establecer.
- Mental: resolver usar, comparar, identificar y determinar.
- Condiciones: son las experiencias, recursos y el medio ambiente.
- Criterios: estándares de educación.
- Especificación: Velocidad (Tiempo), Exactitud (Número de veces), Calidad (Estándares) y Criterios de referencia (ANA).<sup>69</sup>

#### **Determinación de las intervenciones de enfermería**

Son las estrategias diseñadas para ayudar al cliente a conseguir los objetivos. Se basa en el factor o factores identificados en las exposiciones de diagnósticos de enfermería, por lo tanto, las intervenciones de enfermería definen las actividades necesarias para eliminar los factores que contribuyen a la respuesta humana.<sup>70</sup>

Las intervenciones de enfermería frente a las indicaciones del médico:

Las intervenciones de enfermería están enfocadas en las actividades para favorecer, mantener o restablecer la salud del paciente. En contraste, las indicaciones del médico se

---

<sup>68</sup> Alfaro LR. Op. cit p. 138-140

<sup>69</sup> Christensen PJ. Op cit p. 38

<sup>70</sup> Iyer WP, Bernocchi B, Losey D. Op cit p. 186

suelen enfocar en las actividades dirigidas al diagnóstico y tratamiento del proceso clínico del cliente.

**Tipos de intervenciones de enfermería:**

Estas se clasifican en dependientes, interdependiente e independientes.

**Intervenciones dependientes:** son las actividades relacionadas con la puesta en práctica de las actuaciones médicas. Señalan la manera en que se han de llevar a cabo una actuación médica.

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

**Intervenciones independientes:** son las actividades que se pueden llevar a cabo los profesionales de enfermería sin una indicación del médico. El tipo de actividades que el profesional de enfermería puede ordenar independiente están definidas por los diagnósticos de enfermería. Estas son las respuestas que el profesional de enfermería está autorizado a tratar en virtud de su educación y su experiencia.<sup>71</sup>

La determinación de las actuaciones de enfermería son necesarias para resolver o disminuir el problema, se requiere de un método y los pasos a seguir son los siguientes: definir el problema (diagnóstico), identificar las acciones alternativas posibles y seleccionar las alternativas factibles. Un segundo paso consiste en desarrollar todas las soluciones o alternativas posibles. El éxito de las actuaciones de enfermería dependerá de la capacidad profesional de elegir actividades y posteriormente desarrollar las más adecuadas para obtener los resultados esperados.<sup>72</sup>

---

<sup>71</sup> Ibidem p 186

<sup>72</sup> Ibidem

### **Documentación del plan.**

Es la última etapa de la fase de planificación que es el registro de los diagnósticos de enfermería, de los objetivos y de las intervenciones de una forma organizada.

El plan de cuidados es un método de comunicación de la información sobre el cliente. Que sirve para dirigir las actividades de enfermería hacia el cumplimiento de las necesidades de salud del cliente, proporciona un mecanismo para la prestación de una atención constante y coordinada y se utiliza como instrumento de comunicación entre los profesionales de enfermería y otros miembros del equipo de atención sanitaria, además proporciona unas normas para la documentación de la notas de los enfermeros y para la evaluación de la eficacia de los cuidados prestados.<sup>73</sup>

Se **caracteriza** por :

- Estar escrito por Enfermeros Universitarios.
- Ser iniciado después de la primera interacción con el paciente.
- Fácilmente accesible y actual.

### **Partes que componen los planes de cuidados:**

Los planes de cuidados deben tener los siguientes registros documentales:

- Diagnóstico de enfermería o problemas interdependientes.
- Objetivos del paciente para el alta a largo plazo (criterios de resultado).
- Ordenes de enfermería (intervenciones).
- Evaluación (informe de evaluación).

## **4.-EJECUCIÓN.**

En ésta etapa la enfermera pondrá en práctica el plan que halla elaborado. La ejecución es una de las actividades planeadas y organizadas para la atención del paciente, una vez ejecutado el tratamiento de enfermería hará los registros como parte de la historia

---

<sup>73</sup> Ibidem p. 197

legal del paciente y las notas de enfermería deberán reflejar el estado del paciente, así como la evolución del mismo, esto nos ayudará a mantener un plan actualizado, ya que al mismo tiempo que la enfermera realiza sus actividades hace revaloración del paciente, enriqueciendo los datos iniciales enlistados en la primera etapa (valoración).<sup>74</sup>

Se lleva a cabo en tres etapas:

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

- Las intervenciones coinciden con el plan de cuidados establecidos.
- Las intervenciones se ejecutan de una forma segura y adecuada.
- Las intervenciones están adecuadas.
  - a) Revisión de intervenciones: revisa el plan de los cuidados, para determinar si las intervenciones son suficientes para el cliente y son compatibles de las intervenciones de otros profesionales de la atención sanitaria.
  - b) Análisis de los conocimientos y habilidades exigidas: determina si tiene el conocimiento necesario y si puede poner en práctica las habilidades o los recursos que necesitará para prestar los cuidados.
  - c) Reconocimiento de las complicaciones potenciales: se necesita conocer las complicaciones más habituales asociadas a las actividades más específicas en las intervenciones de enfermería del cliente.
  - d) Proporcionar los recursos necesarios: en éste momento, hay que tomar en cuenta algunas cuestiones acerca de los recursos, como son el tiempo, el profesional y el material.
  - e) Preparación de un entorno adecuado y seguro: hay que considerar algunos factores como la edad del cliente, el grado de movilidad, los déficit sensoriales y el nivel de conciencia y orientación.<sup>75</sup>

---

<sup>74</sup> Ibidem p. 224

<sup>75</sup> Ibidem p. 224-230

**2.- La intervención:** Las intervenciones diseñadas para cubrir las necesidades físicas y emocionales del cliente, son numerosas y variadas, dependiendo de los problemas individuales específicos (independientes e interdependientes).

Generalmente, la ejecución de la atención de enfermería se ajusta a una de las seis categorías:

- Refuerzo de las cualidades.
- Ayuda a las cualidades de la vida diaria.
- Supervisión del trabajo de otros miembros del equipo de enfermería.
- Comunicación con otros miembros del equipo de atención sanitaria.
- Educación.
- Prestación de cuidados para conseguir los objetivos del cliente.<sup>76</sup>

### **3.- La documentación.**

La ejecución de las intervenciones de enfermería deben de ir seguidas de una documentación completa y exacta de los acontecimientos. Existen cinco tipos para la documentación:

- Las graficas narrativas.
- Las graficas orientadas hacia el problema.
- Las gráficas de focus.
- Las graficas por excepción.
- Y los registros computarizados.

Se escriban las anotaciones tan pronto sea posible, después de proporcionar los cuidados de enfermería, si se puede hacerlo de inmediatamente hágalo en una hoja de papel, seguir con las políticas y los procedimientos de las políticas de las anotaciones.<sup>77</sup>

---

<sup>76</sup> Ibidem p. 231-247

<sup>77</sup> Ibidem p. 248-260

## 5.-EVALUACIÓN.

Aquí la enfermera determinará cómo ha resultado el plan de cuidados, verán si se ha cumplido los objetivos trazado, si el paciente ha mejorado o recuperado su estado de salud o si por el contrario no ha habido avances respecto a los esperado. En ésta etapa se reevaluarán todo el proceso de enfermería y se harán los cambios necesarios para el mejoramiento del plan, identificar que ayudó u obstaculizó para llevar acabo el plan y se hará un nuevo plan o se concluirán satisfactoriamente con lo planeado.<sup>78</sup>

La evaluación de un plan de cuidado individual:

- ❖ Evaluación de logros de los resultados esperados.
- ❖ Identificación de las variables que afectan al logro de los resultados esperados.
- ❖ Decidir si se debe continuar, modificar o finalizar el plan de cuidados.<sup>79</sup>

La enfermera dentro de su ejercicio profesional debe conocer y desarrollar el proceso de atención de enfermería; como base fundamental para brindar atención personalizada y asegurar la recuperación de la salud de su paciente.

Concluyendo que el proceso de enfermería ayuda a la enfermera en el desarrollo de sus capacidades cognoscitivas, técnicas y de relación, le favorece para identificar sus propias fortalezas y debilidades lo que garantiza una asistencia de calidad.

---

<sup>78</sup> Barrera MC. EL PAE como estrategia para la atención en el hogar. Rev. Desarrollo Científico, 1996; 5: 7-10

<sup>79</sup> Alfaro LR. Op cit p. 209-211

### 3.4 FACTOR DE RIESGO

#### DESPLAZAMIENTO EPIFISIARIO DE LA CABEZA DEL FÉMUR (DECF)

##### **CONCEPTO.**

Es cuando la cabeza del fémur se desliza de la metáfisis en dirección posterior medial como resultado de una insuficiencia del cartilago de crecimiento del fémur proximal.<sup>80</sup>

##### **EPIDEMIOLOGÍA.**

- ✓ Este trastorno, es en la mayoría de los casos unilateral, pero también llega a ser bilateral en un 20 a 40 % de éstos.
- ✓ El índice de relación, es de 2 a 3 hombres por una mujer (2-3:1), y es más frecuente en la época preadolescente o adolescente.
- ✓ En los niños con éste padecimiento, entre 8 y 14 años de edad, se observa un retraso en la maduración del esqueleto.
- ✓ La incidencia anual en el adolescentes varían entre 2.8 y 10.1 %, en 100.00 adolescentes (Chung, 1986).<sup>81-82</sup>

##### **ETIOLOGÍA:**

Es desconocida, pero se relaciona con los siguientes factores: La *obesidad* encontrada en más del 50 % de los pacientes que superan la percentil 90 de talla, el *estirón del crecimiento*, *factores hormonales* que disminuyen la capacidad del hueso para soportar esfuerzos cortantes (principalmente la hormona del Crecimiento o cambios del equilibrio de estrógenos-testosterona), un *efecto intrínseco de la placa de crecimiento*, *predisposición*

---

<sup>80</sup> Ellen AM, Lewis RF. "Desplazamiento de la epífisis superior del fémur" en: La Práctica de la Pediatría. 1ª ed, México Panamericana, 1989: 1154

<sup>81</sup> Ibidem p. 1154

<sup>82</sup> Beryl JR, Fusarrelli PD. "Desplazamiento Epifisiario de la cabeza del fémur" en: Manual de pediatría práctico. 2ª ed, México Wulfc-Mosby; 1997: 211

*genética, traumatismos*; en los Estados Unidos de Norteamérica existe un aumento significativos en primavera y verano, y factores *sistémicos* como: el hipotiroidismo, panhipopituitarismo, hipogonadismo, raquitismo e irradiación.<sup>83 84</sup>

### **FISIOPATOLOGÍA:**

Se trata principalmente de la interrupción del aporte nutricional o vascular del hueso (parte externa superior del fémur) y del desarrollo de artrosis degenerativas prematuras de la cadera; de hecho la fisis es más débil durante el empuje del crecimiento por un lado, y por el otro, un proceso inflamatorio o autoinmune que condiciona a la necrosis vascular de la cabeza femoral.<sup>85</sup>

El desplazamiento de la cabeza del fémur se cree que es dada por un desequilibrio humoral. En la pubertad normal, los niveles hemáticos de las hormonas sexuales favorecen el cierre de las placas epifisarias y el cese del crecimiento, que causa efectos opuestos. La inestabilidad de la epífisis ocurre cuando existe una carencia relativa de hormonas sexuales circulantes, y la epífisis se deslizan en forma espontánea como resultado de las cargas normales del peso sobre el cuello femoral.<sup>86</sup>

### **CLASIFICACIÓN DEL DESPLAZAMIENTO EPIFISARIO FEMORAL SUPERIOR.**

- Grado I, o de menor grado de deslizamiento, es cuando el desplazamiento de la cabeza del fémur repercute en un tercio del diámetro en la placa del crecimiento sobre su cuello.
- Grado II o de un grado moderado de deslizamiento, son estos los grados de desplazamiento de la cabeza del fémur que están entre un tercio y una mitad del diámetro del crecimiento de la placa del cuello femoral.

---

<sup>83</sup> Ibidem p. 211

<sup>84</sup> Pollin D. Secretos de la pediatría. 2a ed, Interamericana Barcelona España; 1997: 514-515

<sup>85</sup> Anarney MC, Krepe OC. "Epifisiólisis femoral" en: Medicina del adolescente. Medica-Panamericana Buenos aires Argentina; 1994: 789

<sup>86</sup> Cruz HM. "Episiolisis de la cabeza del fémur" en: Tratado de Pediatría. 6ta ed, México Manual moderno, Vol.2, 1980: 1774

- Grado III o severo deslizamiento, es el desplazamiento de la cabeza femoral sobre su cuello, arriba de un 50 %.<sup>87</sup>

### **MANIFESTACIONES CLÍNICAS :**

El paciente es, por regla general, un muchacho de 10 a 15 años. En las niñas, la menstruación no ha comenzado habitualmente y la paciente es con frecuencia obesa; por o ambos aspectos sugieren una deficiencia de estrógenos circulantes. Existen dos formas de presentación:

1.- Las **crónicas**: Son las más frecuentes. Los padres se quejan de que los jóvenes andan desmañados, los pacientes se quejan de dolor en la ingle, o con frecuencia en la articulación de la rodilla. (diagnóstico temprano).

2.- Las **aguda**: El paciente se queja de dolor en la cadera o cara interna de la rodilla; el pie afectado esta dirigido hacia fuera y la pierna se desplaza hacia fuera a medida que el paciente anda. En la exploración se comprueba la deformidad en rotación externa de la pierna y limitación de la abducción cuando la pierna esta flexiona, el muslo se dispone en abducción.<sup>88</sup>

### **DIAGNÓSTICO** (Historia Clínica y exploración física)

La clínica se inicia al constatar la familia un giro del ángulo de marcha hacia dentro o hacia fuera, que atribuye siempre al pie. La exploración tiene que poder deslindar la responsabilidad de cada uno de los tres factores citados en el resultado final. Se inicia después de la exploración habitual, colocando al niño en decúbito prono, con la cadera por tanto extendida y la rodilla flexionada a 90° grados, de forma que la planta de los pies quede paralela a la superficie de la mesa de exploración. La anteversión del cuello femoral se mide entonces fijado la pelvis y rotando el fémur por el desplazamiento de la pierna hacia dentro y hacia fuera, este movimiento permite una rotación normal de 90° repartidos

<sup>87</sup> Letts RM. "Acute slipped capital femoral epiphysis" en: Pediatric, Fractures. Churchill Livingstone's United State of American, 1994: 513-515

<sup>88</sup> Pearson RJ, Austin TR. "Deslizamiento de la epífisis femoral superior" en: Traumatología y Ortopedia, Texto básico. México Salvat, 1982: 374-375

en 30-40° de rotación externa y 50-60° de rotación interna. Un aumento de la rotación interna por encima de estos valores indica una hiperanteversión del cuello femoral, mientras un aumento de la rotación externa, con limitación de la interna, es propia de la retroversión. Los niños con hiperanteversión tiene la costumbre de adoptar una posición característica al sentarse: colocan los músculos en rotación interna completa y las piernas en flexión – abducción de 90°, de forma que los talones de los pies queden a ambos de las nalgas.<sup>89</sup>

Las radiografías muestran un ensanchamiento de la placa de crecimiento del fémur proximal afectado. En los casos verdaderos ésta demostrará la posición alterada de la cabeza y cuello. Además, puede verse el desplazamiento interno y posterior de la cabeza femoral, con aparente pérdida de altura, dibujando una línea por encima de la cara externa del cuello; por lo que es impredecible una radiografía lateral cruzada.<sup>90</sup>

La centellografía ósea puede demostrar aumento de la captación a nivel de la placa epifisiaria cuando las radiografías no son concluyentes.<sup>91</sup>

### **COMPLICACIONES:**

- 1.- Artrosis con la edad a causa de la incongruencia de las superficies artificiales opuestas.
- 2.- condrolisis de la superficie articular, femoral. El espacio artificial llega a estrecharse y la cadera es rígida y dolorosa.
- 3.- Neurosis bascular de la epifisis femoral a causa de la perturbación de la imaginación sanguínea. Esta perturbación puede obedecer a los intentos de reducción forzada del desplazamiento.<sup>92-93</sup>

### **TRATAMIENTO**

---

<sup>89</sup> Ibidem p. 375

<sup>90</sup> Ellen. Op cit p. 514

<sup>91</sup> Letts RM. Op cit p. 576

<sup>92</sup> Anarney MC. Op cit p. 645

<sup>93</sup> Letts RM. Op cit p. 576

## **MEDICO:**

1.- Presentación crónica: no es posible corregir la posición de la epifisis por reducción incruenta, se introducen clavos de moore, para mantener la posición, mientras se fusiona la epifisis. El paciente no carga peso en la cadera durante 12 semanas. Si el desplazamiento original era superior a 30%, la deformidad residual (rotación externa y coxa vara) se corrige por osteotomía subtrocantérica en época más tardía.<sup>94</sup>

2.- Presentación aguda: se aplica al paciente tracción cutánea sobre ambas piernas, que se mantienen en abducción; en donde se aplica una fuerza de rotación interna regular a la pierna afectada y estas medidas pueden reducir, a veces el desplazamiento. La cadera no afectada debe solicitarse a estrecha vigilancia, ya que el 50% de los pacientes, puede afectarse de forma similar.

## **QUIRÚRGICAS:**

Algunos cirujanos prefieren corregir el desplazamiento por escisión y colocación de una cuña de hueso en la parte anterior superior del cuello femoral, y entonces disponer de nuevo la epifisis en relación correcta con el cuello antes de su enclavamiento.<sup>95</sup> Este procedimiento incluye la restauración quirúrgica de una posición normal y el alineamiento de los fragmentos de los huesos o una dislocación dislocada, seguida por la inserción de instrumentos de fijación interna (alfileres, tornillos, clavos, alambres, bastoncillos o placas, para mantener la posición) hasta una cicatrización.

En el área de los cuidados de enfermería infantil existe un gran número de problemas y controversias legales. A menudo que surgen preocupaciones en las áreas de: consentimiento y autorización informados para el tratamiento, y el derecho de los pacientes a aceptar o rechazar el tratamiento médico, así como los cuidados de enfermería. He aquí la importancia de la responsabilidad que brinda la enfermera especialista al paciente (niño) para restablecer u optimizar su salud.

---

<sup>94</sup> Ibidem p. 513-515

<sup>95</sup> Pearson. Op cit p. 375

### 3.5 CONSIDERACIONES ÉTICAS

Hablar sobre el ejercicio profesional de enfermería implica un desarrollo del “sentido de responsabilidad”. La responsabilidad está limitada por la legislación vigente, así, como las recomendaciones de organismos profesionales (internacionales y nacionales), entre otros, como el código ético de las enfermeras y principios que contempla: la autonomía, la maleficiencia, la veracidad, y la fidelidad, sea cual fuere la situación ética y legal del cuidado. El revisar las declaraciones de los derechos humanos o de los usuarios de la sanidad, hacer operativo su cumplimiento, pactar la responsabilidad de la puesta en práctica de las normativas vigentes, no dejar al mal uso la buena voluntad o predisposición; la orientación de los cuidados es tarea “urgente”.<sup>96</sup>

*Dado al caso presente, a continuación se trata de aspectos éticos de un adolescente.*

#### **ASPECTOS LEGALES EN EL ADOLESCENTE.**

Los adolescentes se encuentran en un estado legal singular diferente de los adultos y de los niños más pequeños; debido a que sus características de desarrollo varían respecto a ellos mismos, el desarrollo y estado legal único de los adolescentes ejercen una influencia directa sobre las leyes que gobiernan la prestación de servicios de atención sanitaria a éste grupo etario. También les informan sobre los principios éticos aplicables a su asistencia. Además, se ha otorgado a los adolescentes un mayor grado de autonomía en cuanto a las decisiones de atención sanitaria respecto a los niños más jóvenes.<sup>97</sup>

Los médicos y enfermeras que practican medicina del adolescente enfrentan numerosos aspectos legales al asistir sus Jóvenes pacientes. La mayor parte de los aspectos legales que interesan a los médicos y enfermeras especialista respecto a los adolescentes son: Consentimiento y Secreto profesional principalmente.

---

<sup>96</sup> Lough SU. “Aspectos éticos y legales” en: Cuidados intensivos en enfermería. 2ª ed, Herquid, brecei, 1999:13

<sup>97</sup> Armany MC, Krepe OC. “Aspectos éticos” en: Medicina del adolescente. 2ª ed, Panamericana Buenos aires Argentina, 1994: 199-203

## **CONSENTIMIENTO.**

La prestación de asistencia requiere el consentimiento de alguien que esté legalmente autorizado a otorgarlo; la falta de obtención de éste puede determinar responsabilidad legal. Los profesionales que tratan o practican sin consentimiento pueden ser responsables de agresión (contacto no autorizado), negligencia o mala práctica.<sup>98</sup>

## **CONSENTIMIENTO CON CONOCIMIENTO DE CAUSA.**

### *(CONSENTIMIENTO INFORMADO)*

La exigencia del consentimiento con conocimiento de causa se explica de igual modo a la asistencia de menores y adultos. La cuestión crítica al tratar adolescentes, en sí el consentimiento con conocimiento de causa se debe obtener del adolescente, del padre u otro adulto a cargo. Desde una perspectiva ética, aún en situaciones en las que no existen obligación de hacerlo así, puede ser apropiado y conveniente obtener el conocimiento informado del adolescente antes de proceder la atención.<sup>99</sup>

La doctrina del consentimiento con conocimiento de la causa exige la revelación de por lo menos la siguiente información: el diagnóstico, los beneficios y riesgos de los procedimientos o el tratamiento propuesto, procedimientos o tratamientos alternativos con sus beneficios y riesgos, y consecuencias de no efectuar el procedimiento o el tratamiento propuesto. Cuanto más serio es el riesgo mayor es la obligación de revelarlo, lo cual sería pertinente para la decisión del paciente (Y/o Familiar).

## **CONSENTIMIENTO DE LOS PADRES**

Tradicionalmente, la ley ha exigido el consentimiento de uno de los padres para cualquier tipo de asistencia médica prestada a un niño menor. Los menores son todos los niños y los adolescentes menores de 18 años de edad (o de 19 años en Alabama, Nebraska y Wyoming). El fundamento de la exigencia es por lo menos doble: Primero, la relación del médico y el paciente es contractual y los menores habitualmente tienen capacidad legal para comprometerse por contrato; Segundo, ha asumido que los menores (por razones de

---

<sup>98</sup> Ibidem p. 200

<sup>99</sup> Ibidem

evolución) carecen de la competencia o la capacidad necesarias para toma de decisiones, motivo por el cual se da el consentimiento de los padres.<sup>100</sup>

### ***CONSENTIMIENTO DEL MENOR BASADO EN EL ESTADO***

Las cortes han dictado decisiones y las legislaturas han promulgado estatutos que permiten a los menores que han alcanzado determinado estado, conseguir sobre su propia atención sanitaria. Algunas de éstas leyes comprenden límite de edad o contienen disposiciones respecto de la notificación o la responsabilidad económica de los padres. Pocas leyes estatales contienen las siguientes categorías: Los *menores maduros* son aquellos que pueden entender de los riesgos y beneficios del tratamiento propuesto o los que pueden brindar consentimiento con conocimiento de causa, algunos estudios han demostrado que alrededor de los 14 años, la capacidad de tomar decisiones médicas de los adolescentes no varía mucho respecto a los adultos y tienen derecho a los servicios de asistencia de emergencia; los *menores emancipados* regidos por los criterios matrimonio, servicios en las fuerzas armadas y vivir separado de los padres manejando los propios asuntos económicos, quienes tienen derecho a los servicios de aborto-anticoncepción y la atención relacionada con el embarazo. Los *menores mayores*, o los graduados en la secundaria tiene derecho al diagnóstico y tratamiento de las enfermedades de transmisión sexual y venéreas, contagiosas (SIDA), tratamientos de drogadicciones, servicios de salud mental por violencia o agresión sexual.<sup>101</sup>

### ***SECRETO PROFESIONAL.***

Los adolescentes desean que sus relaciones con los profesionales de la salud sean de carácter confidencial y privado por diversas razones. Para algunos forma parte del proceso natural del desarrollo de la autonomía naciente otros temen reacciones adversas de padres abusivos con familias que presentan disfunción por lo que, la obligación legal del profesional de enfermería infantil es mantener el secreto profesional tanto de las

---

<sup>100</sup> Ibidem p. 200

<sup>101</sup> Ibidem p. 201

comunicaciones con los pacientes como de los contenidos de la historia clínica que derivan de una amplia fuente de la ley.<sup>102</sup>

### **LA DIGNIDAD DEL NIÑO ENFERMO**

El derecho a la dignidad personal se extiende también, lógicamente, al niño aunque en la antigüedad el niño no fue considerado como sujeto de derechos, recientemente sí que ha empezado a reconocerse que el niño es una persona y como tal tiene también sus propios derechos. La sociedad ha aceptado y reconocido las obligaciones específicas que tiene para con los niños. Una vez que ha aceptado el derecho que a ellos les asiste.<sup>103</sup>

### **DE ACUERDO A LAS CAPACIDADES DE LOS MENORES:**

Existe, en el proceso de cuidado de enfermería, condiciones esenciales que favorece la participación efectiva de la enfermera en el cuidado de vida humana de la persona. La relación privilegia de enfermera-paciente, que se caracteriza por su continuidad y momentos de intimidad que permiten a la enfermera conocer las necesidades. La problemas y asuntos diferentes a los de la enfermedad que causan molestias, o angustia y en ocasiones afectan la recuperación de la salud de la persona y afectan sus bienestar. La enfermera posee conocimientos que le permiten comprender a la persona, sus reacciones, su estado de salud, sus comportamientos, y tiene capacidades para darle el apoyo y la guía necesaria; razón, por la cual la enfermera mantiene actualizados sus conocimientos. El papel de la enfermera como abogado del paciente para hablar sus derechos, hacer respetar sus decisiones, hablar por el cuando no puede expresarse por sí mismo, ayudarlo ha elaborar la comunicación de sus, expectativas y decisiones. Dar directamente los cuidados en la práctica y enriquecerlos con la investigación para asegurar innovaciones que le beneficien la calidad de vida, el cuidado de enfermería y la atención de salud.

Por lo cual, debemos luchar por el paradigma de Atención de Enfermería (V: Henderson) que mantiene a la enfermera cerca de la persona, la familia y la comunidad que atiende

---

<sup>102</sup> Ibidem

<sup>103</sup> Ibidem p. 202

para asegurar la calidad técnica , científica, ética y humana en el cuidado de la vida; y la salud.<sup>104</sup>

---

<sup>104</sup> Universidad Panamericana. Memorias de Enfermería: Misión y Valores de una profesión, 1ra reunión Interdisciplinaria, "Memorias", México. DF, 1998: 172 –173

## IV. METODOLOGÍA

Para la realización de éste estudio de caso se tomó en cuenta la valoración global continua del estado del paciente; además, fue solicitada la autorización por escrito del padre ó tutor en una carta de consentimiento informado (ver anexo I). Asimismo se elaboró un cronograma de actividades con el fin de lograr la meta, por otra parte se emplearon los siguientes elementos:

### 4.1. *Valoración de enfermería.*

Está se llevó a cabo mediante, la observación, la entrevista y el método clínico, con el fin de obtener datos objetivos y subjetivos de nuestro paciente.

#### Observación.

La observación se consideró, como un elemento primordial en los cuidados de enfermería, ya que trató de una atención especial del pensamiento hacia el objeto de estudio (paciente), mediante la capacidad intelectual de captar, a través de los sentidos y los detalles del mundo exterior.

#### Entrevista.

Esta técnica se aplicó, en varias entrevistas con el padre e hijo (paciente). En las primeras tres entrevistas se recavaron los datos de la Valoración de enfermería y se les hicieron preguntas de tipo abiertas y cerradas.

#### Exploración Física.

Esta fue exhaustiva (general), la cuál consistió en la descripción del habitus exterior del paciente. Posteriormente fue cefalo-caudal detallando la cabeza, cuello, sistema cardiovascular, torax., abdomen, genitales, extremidades (superiores e inferiores) faneras y anexos. Y varias exploraciones focalizadas, las cuales consistieron en la detección de las 14 necesidades de V. Henderson; esto se llevó acabo mediante los pasos del método clínico (Medición, Inspección, palpación, percusión y auscultación).

Además se utilizó las fuentes primarias (el paciente y el padre) y las fuentes secundarias (expediente clínico, libros, revistas e internert) para la recopilación de datos.

#### 4.2. Instrumento para la recolección de datos.

Para éste rubro se tomó en cuenta los aspectos que comprende la valoración de enfermería, éste instrumento de recolección fue proporcionada por la coordinadora de la especialidad y comprende de los 13 a los 18 años de edad. La cual está enfocada a la propuesta de las 14 necesidades y está constituida: por datos demográficos, la familia y mapa familiar, antecedentes, apartados para cada una de las 14 necesidades, análisis, jerarquización de necesidades, diagnósticos de enfermería y un plan de intervenciones, y finaliza con un plan de alta del paciente. La valoración de enfermería se aplicó a través de la entrevista a lo largo de los tres primeros seguimientos. (ver anexo 2)

Además del anecdotario, que se empleó en cada uno de los seguimientos (valoración exhaustiva y focalizadas); conformada por los siguientes datos: fecha del seguimiento, exploración de la necesidad a evaluar, obteniendo como resultado los diagnósticos de enfermería a tratar.

#### 4.3. Variables e indicadores.

Las variables de éste estudio de caso son las 14 necesidades fundamentales propuestas por V. Henderson. El análisis de cada necesidad se realizó de acuerdo a los indicadores de independencia y dependencia, y se dio seguimiento de cada necesidad para detectar el grado en que se encontraba. Para establecer el grado de dependencia se uso según criterios de Phaneuf (1993), una tabla de niveles llamados “*continuum independencia-dependencia*”, en éste explican que existen grados de la satisfacción de las necesidades vitales de la persona (independencia) y la dependencia se instala en el momento en que el cliente debe recurrir a otro para que le asista, se le enseñó lo que debe hacer, ó lo supla en lo que no puede hacer por sí mismo. Estos seis niveles se enuncian así:

1. El cliente es independiente si responde por sí mismo a sus necesidades de una manera aceptable que permite la persistencia de una buena homeostasis física y psíquica, a la vez el mantenimiento de un estado satisfactorio de bienestar.

2. Es independiente si utiliza sin ayuda, y de forma adecuada un aparato, dispositivo de apoyo o prótesis (bastón, andador, muleta, bolsa de ostomía, miembro artificial, prótesis dental, ocular o auditiva, etc.), de éste modo, logra satisfacer sus necesidades.
3. Empieza ha ser dependiente, si debe recurrir a otra persona para que se le enseñe lo que debe hacer y para controlar si lo hace bién; si debe ser ayudado, aunque sea poco.
4. Muestra una dependencia más marcada cuando ha de recurrir a la asistencia de otra persona para utilizar un aparato, un dispositivo de apoyo o una prótesis.
5. Su dependencia es aún mayor cuando ha de conta con otra persona para realizar las acciones necesarias para la satisfacción de sus necesidades, aunque sea capaz de participar en estas acciones.
6. Llega ha ser completamente dependiente cuando ha de ponerse totalmente en manos de otra persona, por que es incapaz de realizar por sí mismo las acciones necesarias para la satisfacción de sus necesidades.

De éstos seis niveles, el grado 1 y 2 pertenecen a la independencia y los niveles 3, 4, 5 y 6 enuncian el grado de dependencia. Con cada valoración se determinó para cada diagnóstico el grado correspondiente del continuum antes explicado; durante los primeros 9 seguimientos, diariamente mientras se mantuvo hospitalizado.

#### 4.4. Métodos para la recolección de datos.

El método de la práctica profesional de enfermería es el “Proceso de Enfermería”, y éste es un método sistemáticos y organizado de administrar cuidados de enfermería individualizados y se centra en las respuestas humanas únicas de la persona y grupo.

Y como parte importante de la estructura se contó con el método clínico con sus cinco etapas: medición, inspección, palpación, percusión y auscultación; y métodos auxiliares de diagnósticos (Laboratorio: BH, QS, TPT, y de gabinete: Rayos “X”).

#### 4.5. Diagnóstico de enfermería.

Para la construcción de los Diagnósticos se utilizó el Formato “PES”, propuesto por Gordon (1980) para la estructura del Diagnóstico Real, y se utilizó el formato de Dos Partes para los Diagnósticos Potenciales y posibles. Además, se utilizó la etiqueta diagnóstica propuesta por Christensen para los Diagnósticos de Salud. De los cuales 13 diagnósticos fueron reales y 5 potenciales.

Los diagnósticos se detectan, según las necesidades más afectadas, en éste caso fue la de “Moverse y mantener una buena postura”, seguida por la de “Respiración, de comer y beber, de eliminar, dormir y descansar, entre otras”. Conforme a la valoración focalizada se analizó los anteriores diagnósticos para evaluar si continuaron, cambiaron o aparecieron nuevos diagnósticos.

#### 4.6. Plan de intervenciones de enfermería.

La estructura de éste Plan se realizará de acuerdo al formato utilizado por Morgan (1993), el cual está compuesto de forma descriptiva por: datos de identificación, fecha, diagnóstico de enfermería, objetivos; en un cuadro los cuidados de enfermería y fundamento, y por último la evaluación.

El plan de intervención se estructuró en tres tiempos: los primeros 9 seguimientos con un plan en hospitalización, los siguientes en la consulta externa o domicilio y un plan de alta. Así, también contará con un plan de rehabilitación. Los objetivos se formularan a corto y largo plazo. Las intervenciones de enfermería serán de forma independientes, y dependientes.

## JERARQUIA DE DIAGNÓSTICOS DE ENFERMERÍA

FECHA Y TIPO DE DIAGNÓSTICO	DIAGNÓSTICO DE ENFERMERÍA	GRADO DE DEPENDENCIA	RESOLUCIÓN
28-02-00 REAL.	1.-Deterioro de la movilidad física relacionada con restricción impuesta (tracción cutánea) de miembros inferiores manifestada por limitación de la habilidad motora.	5	29-02-00 Pend.
REAL.	2.-Alteración de la integridad de la piel a nivel maleolar relacionada con roce de elementos de fijación cutánea manifestada por cambios de coloración de la piel (azulada) en la parte superior del calcáneo y de ambos maleolos derecho e izquierdo y excoriación en los mismos.	4	10-07-00
29-02-00 REAL	3.-Dependiente en higiene relacionado con la presencia de dispositivo de restricción de movimiento manifestada por incapacidad para trasladarse al baño, e incapacidad para lavarse parte del cuerpo.	4	9-03-00 pend.
REAL	4.- Dependiente en vestirse y desvestirse relacionado con restricciones impuestas manifestadas por limitación del movimiento en caderas y miembros inferiores.	3	9-03-00
1-03-00 POTENCIAL	5.-Riesgo de alteración de los procesos del pensamiento relacionado con estrés prequirúrgico.	3	1-03-00

POTENCIAL	6.-Riesgo de alteración de la función respiratorio relacionada con la inmovilidad secundaria ha estado post-anestésico.	4	1-03-00
2-03-00 REAL	7.- Comunicación verbal ineficaz con sus hermanos y amigos (compañeros de la escuela) relacionado con hospitalización prolongada manifestada por tristeza apatía y expresión verbal.	4	3-03-00
REAL	8.-Vulnerabilidad frente a los peligros relacionado con limitación de la amplitud de los miembros inferiores manifestada por fatiga y agotamiento.	5	16-08-00 Pend.
3-03-00 REAL	9.-Estreñimiento relacionado con cambios de hábitos alimenticios manifestada por evacuaciones duras, secas y poco frecuentes, y esfuerzo al evacuar.	4	6-03-00
REAL	10.-Falta de apetito relacionada con disgusto en los alimentos manifestada por apatía e indiferencia en la comida.	3	9-03-00
6-03-00 REAL	11.-Trastorno del patrón el sueño: insomnio relacionada con cambios en el entorno manifestada por expresión verbal, bostezos frecuentes y coloración oscura alrededor de los ojos.	3	9-03-00
POTENCIAL	12.-Alto riesgo de la función biológica del organismo relacionada con exposición de rayos "X" (+ de 40 radiaciones) en cirugías de ambas caderas.	3	03-00 pend.
7-03-00 POTENCIAL	13.-Riesgo de déficit de actividades de aprendizaje		3-04-00

	(Primer año de secundaria) relacionada con inmovilidad de ambas caderas.	4	
REAL	14.-Angustia relacionada con futuro incierto manifestada por nerviosismo, impotencia, y herida en ambos costados de la cadera.	4	8-05-00 pend.
8-03-00 POTENCIAL	15.-Riesgo de déficit de actividades recreativas (Futbol socker) relacionado con inmovilidad de ambas caderas.	4	16-08-00 pend.
REAL	16.-Proceso de duelo relacionado con enfermedad crónica manifestada por sensación de pérdida de la libertad de acción, disminución de la concentración y distracción	5	10-07-00 Pend.
3-04-00 POTENCIAL	17.-Riesgo de la alteración de la imagen corporal relacionada con dificultad para caminar.	5	16-08-00 pend.
8-05-00	18.-Temor relacionado con el resultado del tratamiento quirúrgico manifestado por expresión verbal, llanto, tristeza, impotencia y limitación a la función de la marcha.	5	16-08-00 pend.

## PLAN DE ATENCIÓN.

### DATOS DE IDENTIFICACIÓN.

**Nombre:** A. L. L. **Servicio:** Ortopedia. **Edad:** 13 años, 2 meses. **Sexo:** Masculino.  
**Diagnóstico Médico:** Desplazamiento epifisiario de la cabeza del fémur bilateral.  
**Registro:** 746558.

**FECHA:** 28-02-00.

#### 1.- Diagnóstico de Enfermería:

Deterioro de la movilidad física relacionado con restricción impuesta (Tracción cutánea) de miembros inferiores manifestada por limitación de la habilitación motora.

#### a) Objetivo:

El adolescente mejorará la función muscular esquelética mediante ejercicios activos y pasivos cada 4 horas.

Intervenciones	Fundamento
<p>1.- Ejercicios cada 4 horas por 10 tiempos durante su hospitalización en las siguientes parte del cuerpo:</p> <ul style="list-style-type: none"><li>• <b>cabeza:</b> <u>-Apertura de la Articulación temporomandibular (ATM):</u> Abrir la boca. <u>-Cierre de la articulación temporomandibular (ATM):</u> Cerrar la boca. <u>-Propulsión:</u> Proyección hacia a fuera de la barbilla. <u>-Movimiento lateral:</u> Mover la mandíbula de lado a lado.</li><li>• <b>cuello:</b> <u>-Flexión:</u> Mover la cabeza desde la posición erguida en la línea media hacia delante, de forma que la barbilla se apoye en el tórax. <u>-Extensión:</u> Movimiento de la cabeza desde la posición flexionada a la posición erguida. <u>-Flexión lateral:</u> Mover la cabeza lateralmente hacia el hombro izquierdo y derecho con la mirada al frente. <u>-Rotación:</u> Girar la cara a derecha e izquierda todo lo posible.</li><li>• <b>hombro:</b> <u>-Flexión:</u> Elevar el brazo desde el lateral del</li></ul>	<p>1.- Los ejercicios activos y pasivos mantienen la movilidad articular, mejoran el tono muscular y la función cardiovascular, dependiendo de la intensidad y de la duración de estos. Los ejercicios de rango completo de movilidad pasivos conservan la movilidad articular y evitan contracturas. (Kozier, tomo 2,P:967)</p>

cuerpo hacia delante y arriba hasta la posición al lado de la cabeza.

-Extensión: Mover el brazo desde la posición vertical al lado de la cabeza hacia delante y abajo hasta la posición en reposo al lado del cuerpo.

-Hiperextensión: Mover cada brazo desde la posición lateral del reposo hacia detrás del cuerpo.

-Abducción: Mover cada brazo desde la posición en reposo hasta una posición lateral por encima de la cabeza con la palma de la mano dirigida hacia fuera.

-Aducción (anterior): Mover cada brazo desde la posición al lado de la cabeza hacia abajo lateralmente y cruzando por delante del cuerpo todo lo posible.

-Aducción (posterior): mover cada brazo desde la posición al lado de la cabeza hacia abajo, lateralmente y por detrás del cuerpo, todo lo posible.

-Flexión horizontal: Extender cada brazo lateralmente a la altura del hombro y moverlo por delante del cuerpo en un plano horizontal, todo lo posible.

-Extensión horizontal: Extender cada brazo lateralmente a la altura del hombro y moverlo por un plano horizontal hacia detrás del cuerpo todo lo posible.

-Circunducción: Mover cada brazo hacia delante, arriba, atrás y abajo describiendo un círculo completo.

-Rotación externa: Con cada brazo mantenido al lado, al nivel del hombro, con el todo flexionado en ángulo recto y los dedos apuntando hacia abajo, mover el brazo hacia arriba de forma que los dedos señalen hacia arriba.

-Rotación interna: Cada brazo manteniendo al lado, al nivel del hombro, con el codo flexionado en ángulo recto y los dedos apuntando hacia arriba, mover el brazo hacia delante y debajo, de forma de que los dedos señalen hacia abajo.

• **codo:**

-Flexión: Mover el antebrazo hacia arriba de forma que la mano toque el hombro.

-Extensión: Mover el antebrazo hacia delante y abajo, enderezando el brazo.

-Rotación para supinación: Girar cada mano y antebrazo de forma que la palma de la mire hacia arriba; y para pronación mire hacia abajo.

• **Muñeca:**

-Flexión: Mover los dedos de cada mano hacia la cara interna del antebrazo.

-Extensión: Enderezar cada mano hasta el mismo plano que el brazo.

-Hiperextensión: Doblar los dedos de la mano hacia atrás todo lo posible brazo.

-Flexión radial (abducción): doblar cada muñeca lateralmente hacia el lado del pulgar, con la mano en supinación.

-Flexión cubital (aducción): Doblar cada muñeca lateralmente hacia el lado del quinto dedo con la mano en supinación.

• **Manos y dedos:**

-Flexión: Cerrar el puño con cada mano.

-Extensión: Enderezar los dedos de cada mano.

-Hiperextensión: Doblar los dedos de cada mano hacia atrás todo lo posible.

-Abducción: Separar los dedos de la mano.

-Abducción: Juntar los dedos de la mano.

• **Dedo pulgar:**

-Flexión: Mover el pulgar de cada mano a través de la palma hacia el quinto dedo.

-Extensión: Separar el pulgar de la mano.

-Abducción: Extender el pulgar lateral.

-Aducción: Juntar el pulgar a la mano.

-Oposición: Tocar con el pulgar la punta de cada dedo de la misma mano. Los movimientos realizados con el pulgar son abducción, rotación y flexión.

• **Tobillo:**

-Extensión: Señala hacia abajo con los dedos del pie.

-Flexión (Dorsiflexión): Señalar hacia abajo

<p>con los dedos del pie.</p> <p>-<u>Eversión</u>: Girar la planta del pie lateralmente.</p> <p>-<u>Inversión</u>: Girar la planta del pie medianamente.</p> <p>-<u>Flexión</u>: Curva hacia abajo las articulaciones de los dedos de los pies.</p> <p>-<u>Extensión</u>: Enderezar los dedos de cada pie.</p> <p>-<u>Abducción</u>: Separar los dedos de los pies.</p> <p>-<u>Aducción</u>: Juntar los dedos de los pies.</p>	
--	--

### Evaluación.

Al detectar el diagnóstico se consideró en 5° grado de dependencia, con las intervenciones se mantuvo en el mismo grado, mientras estuvo hospitalizado. Posteriormente a su egreso, se contempló por su problema, que continua en el mismo grado de dependencia. Hacia el 16 de agosto del 2000, ya presenta marcha claudicante autónoma con apoyo de muletas; quedando pendiente su resolución a la marcha total del paciente.

### b) Objetivo:

El adolescente tendrá una participación activa en actividades de la vida diaria.

Intervenciones	Fundamento
<p>1.- Animar al adolescente a que haga lo que pueda por sí mismo:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Vestirse y desvestirse.</li> <li>- Uso de orinal y cómodo.</li> <li>- Peinado.</li> <li>- Corte de uñas.</li> <li>- Uso de cremas para su cuerpo.</li> <li>- Lavado de manos.</li> </ul>	<p>1.- Las actividades de auto cuidado implican movimientos activos de las articulaciones y músculos corporales. (Kozier, tomo 2,P:967)</p>
<p>2.- Establecer con el adolescente los procedimientos de aseo de la institución y tener en cuenta sus preferencias personales del baño.</p>	<p>2.- La sensación de control aumenta el amor propio y la auto estima del paciente. (Kozier, tomo 2,P:781)</p>
<p>3.- Intercalar periodos de descanso con periodos de actividad en función del esquema diario del adolescente.</p>	<p>3.- El reposo adecuado responde según la reserva de energía que aumenta su tolerancia a la actividad. (Kozier, tomo 2,P:966)</p>
<p>4.- Alentar al uso de dispositivos de ayuda</p>	<p>4.- Conocer como utilizar los dispositivos de</p>

de forma independiente para moverse con seguridad.	ayuda y como facilita la movilidad sin lesionar el organismo. (Kozier, tomo 2,P:967)
--	--

### Evaluación:

Este diagnóstico continua en 5° grado de dependencia. Que se consideró asimismo, hasta sus egreso. Ya que continuó con esa dependencia hasta en su casa.

### 2.- Diagnóstico de Enfermería:

Alteración de la integridad de la piel a nivel maleolar relacionada con roce de elementos de fijación cutánea manifestada por cambios de coloración de la piel (azulada) en la parte superior del calcáneo, a nivel de ambos maleolos derecho e izquierdo y excoriación en los mismos.

### Objetivo:

El adolescente recuperará su integridad de la piel en ambos maleolos mientras permanezca con elementos de fijación cutánea.

Intervenciones	Fundamento
1.- Inspeccionar con frecuencia la piel del adolescente, sobre todo alrededor de las prominencias ósea (a nivel maleolar) y apertura del vendaje, al menos una vez cada 4 horas.	1.- La inspección frecuente permite la detección y el tratamiento inmediato de las zonas enrojecidas para prevenir la pérdida de la piel. (Morgan,1993,P:145)
2.- Baño de esponja diario, realizando masaje cutáneo de miembros inferiores durante el baño y cada 4 horas.	2.- La limpieza previene la pérdida de la integridad cutánea. El masaje favorece la circulación. (Morgan,1993,P:145)
3.- Identificar la fase de desarrollo de la úlcera por presión: a) <u>Fase I</u> : Eritema sin palidez, o ulceración limitado a la epidermis. b) <u>Fase II</u> : Ulceración dérmica sin afectación del tejido adiposo subcutáneo. c) <u>Fase III</u> : Ulceración que llega hasta el tejido adiposo subcutáneo. d) <u>Fase IV</u> : Extensa úlcera penetrante en el músculo y hueso.	3.- La piel debido a su extensa superficie, recibe 1/3 de flujo sanguíneo total. La zona de piel que recibe mayor aporte sanguíneo es la dermis, debido a la gran actividad. La dermis no está vascularizada; las células que limitan con la dermis son las denominadas "células basales" que reciben oxígeno y nutrientes por difusión a partir de los capilares dérmicos. A medida de que una célula epidérmica se aleja de la zona basal, va engrosando su membrana en queratina "avascularizandose". En donde una

<p>4.- Reducir o eliminar los factores que contribuya a la extensión de las úlceras por presión ya existente:</p> <p>a) Lavar el área que rodea a la úlcera suavemente con un jabón neutro y agua hasta aclarar bien la zona y secar dando golpecitos.</p> <p>b) dar un masaje con movimientos rotatorios cada 2 horas durante 10 min. en ambos maleolos en el tejido sano que rodea a la úlcera para estimular la circulación y no dar masaje en áreas enrojecidas.</p> <p>5.- Crear un plan para las úlceras por presión, usando los principios de cicatrización húmeda de la herida de la siguiente manera:</p> <p>a) Evitar romper las flictenas.</p> <p>b) Irrigar la base de la úlcera con suero salino estéril. Si está infectada, irrigar a presión.</p> <p>c) No usar productos de limpieza de heridas ni antisépticos tópicos.</p> <p>d) Consultar con un cirujano o especialista en heridas la conveniencia de desbridar,</p>	<p>interrupción en la irrigación dérmica conduce irremediamente a una asfixia e intoxicación de la piel afectada que se traduce en la aparición de una úlcera. (Carpenito,1994,P:295)</p> <p>a) El jabón irrita y seca la piel. (Carpenito,1994,P:295)</p> <p>b) EL masaje enérgico dobla y rompe los vasos. Dar masaje suave en áreas enrojecidas para estimular la circulación cutánea. (Carpenito,1994,P:295)</p> <p>5.- Cuando las heridas está semitapadas y las superficies de la herida permanece húmeda, las células de epidermis emigran con mayor celeridad por la superficie. (Carpenito,1994,P:295)</p> <p>a) Las flictenas indican úlceras por presión en fase I. El líquido que contiene la ampolla proporciona el medio para la formación del tejido de granulación. (Carpenito,1994,P:295)</p> <p>b) La irrigación con suero salino normal puede ayudar a eliminar las células muertas y reducir el recuento bacteriano. No se deberá irrigar a presión en presencia de tejido de granulación y nuevo epitelio. (Carpenito,1994,P:295)</p> <p>c) Estos productos pueden ser citotóxicos para el tejido. (Carpenito,1994,P:295)</p> <p>d) La úlcera necrótica no cicatriza hasta que se retire el tejido necrótico.</p>
--	--

<p>mecánica o quirúrgicamente el tejido necrótico.</p>	<p>(Carpenito,1994,P:295)</p>
<p>e) Tapar las úlceras con un apósito estéril que mantenga un medio húmedo en la base de la úlcera (apósito hidrocoloides, de absorción y apósito húmedo de gasa).</p>	<p>e) Las heridas húmedas cicatrizan antes; ya que es el medio ideal para estimular la formación de tejido de granulación y de reepitelización. (Carpenito,1994,P:295)</p>
<p>f) Evitar los agentes secantes (p.ej. lámpara de calor, leche de magnesiada).</p>	<p>f) El calor aumenta la demanda de oxígeno, las lámparas de calor están contraindicadas en las úlceras por presión por aumentar la demanda tisular de oxígeno, ya de por sí acentuada. (Carpenito,1994,P:295)</p>
<p>6.- Llevar a cabo los principios de la prevención de las úlceras por presión: incluyen reducción o rotación de la presión sobre el tejido blando.</p>	<p>6.- Si la presión en el tejido blando supera a la presión intracapilar (aproximadamente 32 mmHg), la obstrucción capilar y la hipoxia resultante producen lesión tisular. (Carpenito,1994,P:293)</p>
<p>7.- Fomentar la realización de ejercicios de amplitud de movimiento (AM) en miembros inferiores y tronco; y de movilidad 10 veces cada 8 horas.</p>	<p>7.- El ejercicio y el movimiento aumentan el flujo sanguíneo a todas las áreas. (Carpenito,1994,P:293)</p>
<p>8.- Usar tacos de espuma o almohadas para proporcionar un efecto puente, con el fin de sujetar el cuerpo por encima y debajo del área de alto riesgo o ya ulcerada, impidiendo que la zona afectada toque la superficie de la cama. No usar círculos de espumas o anillos hinchables.</p>	<p>8.- Estas medidas ayudan a distribuir la presión en las áreas grandes. (Carpenito,1994,P:294)</p>
<p>9.- Alternar o reducir la presión en la superficie cutánea con dispositivos tales como:          -Colchón de aire          -Camas con escasa pérdida de aire.          -Camas de aire líquido.          -Botas vasculares para suspender sus talones.</p>	<p>9.- Los colchones de espuma (p. Ej., en forma de caja de huevo) resultan cómodos; generalmente, no alivian suficientemente la presión. Los colchones especiales de aire y las camas de aire redistribuyen el peso corporal uniformemente por toda la superficie. (Carpenito,1994,P:294)</p>
<p>10.- Buscar eritema y palidez y palpar el área circundante en busca de calor y esponjosidad</p>	<p>10.- El calor y la esponjosidad son signos de lesión tisular. (Carpenito,1994,P:294)</p>

<p>11.- Dar masaje en las áreas vulnerables no enrojecidas, suavemente, aprovechando cada cambio postural (2 horas).</p>	<p>11.- Los cambios posturales permiten restablecer la circulación de las áreas de presión. El masaje suave estimula la circulación. (Morgan, 1993,P:145)</p>
<p>12.- Fijar el vendaje en miembros inferiores, utilizar tiras de cinta adhesivas impermeables para cubrir los extremos del vendaje.</p>	<p>12.- Fijar el vendaje permite mantenerlo seco y previene la irritación de la piel. (Morgan, 1993,P:145)</p>
<p>13.- Examinar la piel cada 2 horas en busca de signos de lesión:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Enrojecimiento</li> <li>- Eritema</li> <li>- Dolor</li> <li>- Parestesias</li> <li>- Temperatura</li> <li>- Llenado capilar</li> </ul>	<p>13.- El paciente inmovilizado puede tener un deterioro de la sensibilidad, interfiriendo con la capacidad de percibir dolor debido a la lesión cutánea. (Carpenito,1994,P:295)</p>
<p>14.- Enseñar al paciente y familiares a examinar frecuentemente la piel de miembros inferiores en busca de signos de lesión.</p>	<p>14.- La inspección regular de la piel permite una rápida detección de la lesión. La implicación del paciente fomenta su responsabilidad en su independencia. (Carpenito,1994,P:295)</p>

**Evaluación:**

A la detección de éste diagnóstico se le contempló en 4º grado de dependencia y conforme con las intervenciones de enfermería se mantuvo en el mismo grado mientras estuvo hospitalizado hasta sus egreso. Quedando pendiente su resolución a largo plazo; hasta su primer cita en la consulta externa. Ahí se valoró, éste diagnóstico el cuál se consideró en 3º grado de dependencia, gracias a la orientación específica que se dió al paciente y al familiar a largo plazo permitió quedar resuelto éste diagnóstico (10 de julio de 2000) con una piel íntegra e hidratada de ambos maleolos.

**FECHA: 29-02-00.**

**3.- Diagnóstico de enfermería:**

Dependencia en: higiene relacionado con presencia de dispositivo de restricción de movimiento manifestada por incapacidad para trasladarse al baño, e incapacidad para lavarse parte del cuerpo.

**Objetivo:**

El paciente mantendrá limpia su piel y anexos mediante ayuda durante la higiene personal mientras tenga el dispositivo de restricción.

Intervenciones	Fundamento
1.-Discutir los procedimientos de aseo de la institución con el paciente y tener en cuenta sus preferencias personales.	1.- La higiene es una cuestión muy personal que está determinada por los valores y las prácticas individuales. (Kozier,1999,P:774)
2.- Identificar claramente el nivel funcional del paciente para el baño-higiene.	2.- Esto evita sobrecargar el grado de energía y las capacidades del paciente, y promueve toda la independencia que sea posible. (Kozier,1999,P:781)
3.- Explorar el uso de los dispositivos (tracción cutánea), para tomar en cuenta: - Grado de movilidad para obtener su cooperación. - Tolerancia a la actividad. - Presencia de dolor. - Inspeccionar el aparato de tracción.	3- Los dispositivos (tracción cutánea) puede incrementar la dependencia. (Kozier,1999,P:781)
4.- Asistir al paciente en lo que sea necesario para el baño: - Preparar al paciente y su entorno. - Preparar la cama y colocar al paciente en la posición decúbito dorsal. - Hacer una manopla de baño con una toalla pequeña. - Lavar la cara, brazos, manos, torax, abdomen, piernas, pies y espalda. - Ayudar al paciente a secar la piel meticulosamente después de cada lavado y aplicar loción y desodorante después de cada baño de acuerdo a sus costumbres.	4.- La ayuda apropiada previene la fatiga y las lesiones del paciente, e incrementa su independencia con su colaboración. (Kozier,1999,P:781)
5.- Animar al paciente a que haga todo lo que pueda por si mismo (vestirse con ayuda del personal de enfermería).	5.- Esto mantiene la capacidad funcional y la autoestima. (Kozier,1999,P:781)
6.- Valorar el estado de higiene de la piel y anexos (cabello, cejas, pestañas y uñas): - La piel está intacta y sin erosiones - La piel limpia y sin infestaciones	6.- La piel es un órgano activo. Desempeña funciones protección, secreción y regulación de la temperatura; de tal forma que impida el paso de microorganismos, así como las

<p>- Pueden percibirse cambios de la textura a lo largo de la piel</p> <p>- La piel es turgente(elástica y firme) y en su mayoría lisa y suave</p> <p>- El color de la piel es distinta según la zona corporal.</p> <p>- Verificar la perfusión tisular.</p> <p>7.- Vigilar los cambios de desarrollo de la piel de acuerdo a la edad (Adolescencia) para adecuar las actividades de higiene como:</p> <p>a) Orientación sobre el rasurado en hombres (cremas, lociones y talcos).</p> <p>b) Tratamiento del acné con agua y jabón de 2 a 3 veces al día según sea el problema .</p> <p>8.- Orientar al paciente sobre cómo aplicar la tracción para no causar laceraciones o problemas concomitantes:</p> <p>a) Asegurar que el talón de ambas extremidades sometidas a tracción de los mismos, estén libres de presiones:</p> <p>- Utilizar una bota de algodón en ambos miembros inferiores</p> <p>- Examinar los vendajes frecuentemente y arreglarlo cuantas veces sea necesario (si se permite) para evitar constricción de la circulación</p> <p>- Observar irritaciones y olor que despiden la piel</p> <p>- Vigilar en caso de dolor y malestar general del a piel.</p> <p>b) Examinar la tracción cada 2 horas para que la pesas cuelguen libremente, verificando:</p> <p>- El alineamiento correcto</p>	<p>secreción sebácea tiene una acción bactericida al igual que el PH. (Kozier.1999,815); La correcta higiene de piel y anexos es importante porque proporciona comodidad, seguridad y bienestar al paciente. (Potter Perry, 1996. P:814)</p> <p>7.- Durante la adolescencia, las hormonas masculinas dan lugar a un engrosamiento marcado de la piel, con cierto oscurecimiento de color. Las glándulas sebáceas se tornan más activas dando lugar al acné, las glándulas sudoríparas ecrinas y apocrinas también aumentan su funcionalidad durante la pubertad, resultando necesario aumentar la frecuencia del baño y el uso de desodorantes para reducir el olor corporal. (Potter Perry, 1996.P:815)</p> <p>8.- Informar al paciente sobre la técnica, propósito y consecuencias, hablar con él sobre qué se hará y por que es útil para disminuir su aprensión.(Brunner,1996,P:1587)</p> <p>a) La presión sobre la piel constriñe la circulación y produce regiones sometidas a presión, lo que conduce úlceras por decúbito. (King-Dyer,1997,P:681)</p> <p>b) El eje de tracción debe permanecer constante para obtener los resultados deseados. (King-Dyer,1997,P:682)</p>
--	---

<ul style="list-style-type: none"> <li>- Las poleas separadas</li> <li>- Las cuerdas intactas y sin nudos</li> <li>- Que las sabanas no obstruyan el trabajo de las poleas.</li> </ul> <p>c) Valorar cada dos horas el estado neurovascular:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Color y temperatura de la piel</li> <li>- Llenado capilar</li> <li>- Edema</li> <li>- Pulsos</li> <li>- Sensación y capacidad de movimiento.</li> </ul> <p>d) Detectar problemas cutáneos:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Abrasionas</li> <li>- Sequedad excesiva</li> <li>- Eritema y flictemas.</li> </ul> <p>9.- proporcionar cuidado perineal tras la micción y la defecación según se requiera.</p> <p>10.- Explicar al paciente sobre la importancia de conservar los principios básicos en una tracción, para evitar lesiones y favorecer adecuada higiene:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Conservar la línea de tracción</li> <li>- Centrar el cuerpo del paciente en la cama y alinear cuando se aplique la tracción.</li> <li>- Los contrapesos deberán estar libremente suspendidos y no apoyarse en la cama o piso.</li> <li>- Los cables deben estar en línea recta y no obstruirlos.</li> <li>- Los nudos de los cables o la pieza para el pie no deben tocar la polea o la parte de la cama que corresponde a los pies.</li> <li>- La línea de tracción resultante debe ser paralela al eje largo del hueso.</li> <li>- Debe ayudarse el paciente para que conserve una posición terapéutica.</li> </ul> <p>11.- Aumentar la comodidad del paciente con:</p>	<p>c) Los dispositivos de inmovilización suelen bloquear el riego tisular.(Brunner,1996,P:1593)</p> <p>d) La detección oportuna de alguna lesión permite dar un tratamiento rápido y evita futuras complicaciones.(Brunner,1996,P:1592)</p> <p>9.- Las secreciones acumuladas producen olor y actúan como un reservorio de infección.(Kozier,1999,P:781)</p> <p>10.- La tracción es la aplicación de una fuerza con que se tira de una parte del cuerpo. Se emplea para minimizar el espasmos muscular, reducir, alinear e inmovilizar fracturas; aminorar deformidades y aumentar el espacio entre superficies intra-articulares en aposición. La tracción puede aplicarse en distintas direcciones para lograr la línea de tracción terapéutica deseada; suelen prescribirse ajustes en la fuerza aplicadas a lo largo del periodo del tratamiento. (Brunner,1996,P:1585)</p> <p>11.- Dado que el sujeto está inmovilizado en el lecho, es necesario que este tenga</p>
---	---

<p>a) Desplazamiento mínimo de caderas, sólo en bloque conjuntamente con la ayuda del trapecio.</p> <p>b) Colocar almohadas alrededor de la tracción con fines de apoyo.</p> <p>c) Se indica al paciente que ayude usando los brazos para girar su cuerpo (de la cintura hacia arriba) de lado izquierdo o derecho.</p> <p>d) Siempre mantener una alineación recta o vertical con respecto a la tracción y eje del cuerpo.</p>	<p>consistencia firme y esté apoyado en un tablero; se han diseñado acojinamientos especiales para los colchones a fin de minimizar la aparición de úlceras por decúbito y deben colocarse en la cama antes de aplicar la tracción. (Brunner, 1996, P:1587)</p>
---	---

**Evaluación:**

La detección de éste diagnóstico se encontró en cuarto grado de dependencia. El paciente expresó la sensación de comodidad, relajación y bienestar posterior al baño, tolerando el procedimiento de la tracción cutánea, logrando su alineación correcta que lo llevaría a su acto quirúrgico, y siempre estuvo al pendiente de los hallazgos significativos antes mencionados, mientras estuvo con ella. Su higiene general fue aceptable gracias al apoyo del familiar (padre) que estuvo al pendiente siempre y del propio paciente. A su egreso del hospital éste diagnóstico queda en un tercer grado de dependencia. Ya que va a requerir de la asistencia (mínima) del familiar en su casa.

**4.- Diagnóstico de enfermería:**

Dependencia en vestirse y desvestirse relacionada con restricciones impuestas manifestadas por limitación del movimiento en cadera y miembros inferiores.

**Objetivo:**

El paciente adquirirá la habilidad de vestirse y desvestirse mediante la ayuda del personal sanitario y familiar, durante su hospitalización.

Intervenciones	Fundamento
<p>1.- Valorar el grado de movimiento permitido y las precauciones especiales (Las posiciones permitidas en cama).</p>	<p>1.- Los pacientes bajo tracción suelen permanecer en cama durante semanas e inclusive meses. Para inmovilizar parte del cuerpo. (Kozier-Erb-Bufalino, 1996, P:88)</p>
<p>2.- Elección de la ropa según los gustos y estado general del paciente, tales:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Camisones</li> <li>- Pijamas</li> <li>- Botas</li> </ul>	<p>2.- La elección de ropa es un aspecto físico individual y universal entre todos los individuos normales, sanos y enfermos. (Henderson, Vol.2, 1998, P:278)</p>

<ul style="list-style-type: none"> <li>- Gorros</li> <li>- Ropa interior</li> <li>- Abrigos</li> <li>- Pantalones</li> <li>- Pantuflas y zapatos.</li> </ul>	
<p>3.- Procurar una ropa adecuada según las necesidades del paciente(holgada).</p>	<p>3.- La ropa holgada facilita vestirse y desvestirse apropiadamente. (Kozier-Erb-Bufalino,1996,P:89)</p>
<p>4.- Ayudar al paciente a vestirse y desvestirse:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>➤ Decirle al paciente que se le va a retirar la tracción cutánea:</li> </ul> <p>- Retirar el sistema de cuerdas pesadas y poleas.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>➤ Retirar las férulas de ambos miembros inferiores.</li> <li>➤ Alentar las respiraciones profundas frecuentes, con la máxima expansión torácica inspiratoria del paciente.</li> <li>➤ Usar el trapecio para retirar su ropa de la parte inferior de ambos miembros (ropa interior y chort).</li> </ul>	<p>4.- La asistencia de enfermería permite mantener una postura correcta en el paciente, durante el cambio de ropa. (Brunner, Vol. 2,1996,P:1592)</p>
<p>5.- Realizar un baño de esponja y de limpieza de las uñas antes de vestirse.</p>	<p>5.- El baño permite estimular la circulación y el tono muscular, mejora la autoestima y auto imagen del paciente. (Wieck-King-Dyer,1994,P:179)</p>
<p>6.- Asegurar las férulas, cuerdas y poleas que estén bien fijas</p>	<p>6.- La seguridad proporciona bienestar y tranquilidad en el paciente.(Potter-Perry, 1996, P:811)</p>
<p>7.- Dejar cómo al paciente.</p>	<p>7.- El reposo posterior al procedimiento ayuda a disminuir la ansiedad del paciente. (Rosales B. S.,1996,P:268)</p>

**Evaluación:**

Este diagnóstico se encontró en 3º grado de dependencia, ya que durante su hospitalización adquirió la habilidad para ayudar a vestirse y desvestirse durante su higiene personal, respetando la limitación de movimientos en caderas, mientras se mantuvo la tracción; posteriormente en la fijación de clavos en ambas caderas se le permitió un poco

más de movimiento. Al egreso del paciente se fue con el mismo grado, y actualmente se encuentra en un 2º grado de independencia, ya que camina con muletas (16-08-00).

**FECHA: 01-03-00.**

**5.- Diagnóstico de enfermería:**

Riesgo de alteración de la función respiratoria relación con la inmovilidad secundaria a estado post-anestesia.

**Objetivo:**

El paciente mostrará campos pulmonares bien ventilados mediante terapias respiratorias durante su hospitalización.

Intervenciones	Fundamento
1.- Valorar el estado respiratorio: - Frecuencia y ritmo. - Sonidos respiratorios y pulmonares. - Eficacia del esfuerzo de toser.	1.- En el periodo post-operatorio inmediato, la hipoventilación y la disminución sensorial, que resultan de la depresión del SNC por narcóticos y anestesia, aumentan el riesgo de aspiración. (Carpenito,1994,P:721)
2.- Auscultar los campos pulmonares por si hay sonidos respiratorios disminuidos y anormales.	2.- La presencia de estertores indican secreciones retenidas. La disminución sonidos respiratorios pueden indicar atelectacia. (Morgan,1993,P:13)
3.- Administrar oxígeno mediante puntas nasales a 3 litros por min.	3.- En el periodo post-operatorio, la disminución del sensorio y hipoventilación contribuyen al aumento de riesgo de hipoxia. La oxigenoterapia colabora a aliviar la agitación y dificultad respiratoria. (Carpenito,1994,P:721)
4.- La posición del paciente debe ser: con la cabeza y el torax ligeramente elevados y con el cuello ligeramente extendido.	4.- Esta posición mantiene abierta las vías aéreas y facilita la respiración disminuyendo la presión sobre el diafragma. Morgan,1993,P:7)
5.- Controlar la frecuencia respiratoria y valorar cada 15 min. Durante una hora	5.- Realizar valoraciones frecuentes asegura una adecuada función respiratoria.
6.- Favorecer el descanso adecuado reduciendo el nivel de ruido ambiental, proporcionando calor y comodidad al	6.- El agotamiento en el post-operatorio puede reducirse con el descanso; disminuyendo la dificultad respiratoria.

paciente.	(Carpenito,1994,P:721)
-----------	------------------------

**Evaluación:**

Este diagnóstico se encontró en un 4º grado de dependencia, se tomó como riesgo, ya que pertenece a una de las necesidades prioritarias de V. Henderson y por que pudo haber sucedido durante el servicio de recuperación y post-operatorio inmediato a su cirugía, el riesgo disminuyó el mismo día.

**FECHA: 02-03-00.**

**6.- Diagnóstico de enfermería:**

Comunicación verbal ineficaz con sus hermanos y amigos (compañeros de la escuela) relacionada con hospitalización prolongada manifestada por tristeza, apatía y expresión verbal.

**Objetivo.**

El paciente se comunicará con sus familiares y amigos mediante la utilización de técnicas de la comunicación y sus alternativas mientras esté hospitalizado.

Intervenciones	Fundamento
1.- Valorar el proceso de la comunicación: <ul style="list-style-type: none"> <li>- Contenido del mensaje</li> <li>- Los temas</li> <li>- Y las emociones expresadas.</li> </ul>	1.- La manera en que se comunica un mensaje depende de las percepciones, escala de valores, emociones, conocimiento y trasfondo sociocultural, y papeles del emisor y receptor. (Potter-Perry,1996,P:233)
2.- Ayudar a identificar que técnicas de comunicación puede usar: <ul style="list-style-type: none"> <li>- Comunicación verbal</li> <li>- Comunicación escrita</li> <li>- Comunicación sensorial: visual, perceptiva, auditiva y táctil.</li> </ul>	2.- Las técnicas de comunicación eficaces nos permiten ejecutar los procedimientos rutinarios. (Potter-Perry,1996,P:233)
3.- Revisar conjuntamente las posibles ayudas para comunicarse: <ul style="list-style-type: none"> <li>- Tarjetas para mostrar, que contengan palabras o frases, en donde exprese cuanto estima a sus compañeros de la escuela y a su profesor.</li> <li>- El telefono "celular" para comunicarse con sus hermanos y familiares muy allegados y expresarles cuanto los extraña.</li> </ul>	3.- Las técnicas de comunicación eficaces nos facilitan la interacción social con nuestros semejantes. (Potter-Perry,1996,P:233)

<p>- La carta para mandar algún mensaje especial (amiguita).</p> <p>- Audiocaset, mensaje gravado expresando, lo mucho que hace de menos a sus familiares y amigos.</p> <p>.</p> <p>4.- Permitir el tiempo necesario para enviar el mensaje:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Dejar acabar la frase</li> <li>- No dar sensación de prisa</li> <li>- No levantar la voz</li> <li>- No interrumpir ni haga gestos de no aprobación.</li> </ul> <p>5.- Tomar en cuenta las barreras de comunicación como factor que distorsionan la comunicación.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Ruido</li> <li>- Distracción</li> </ul> <p>6.- Enseñar al paciente y familiar las diferentes estrategias que se utilizan en la comunicación:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Ofrecer ayuda: <ul style="list-style-type: none"> <li>“Que necesitas para mandar el mensaje”</li> </ul> </li> <li>- Dar información: <ul style="list-style-type: none"> <li>“Es importante la comunicación para que se comprendan los seres vivos”</li> </ul> </li> <li>- Presentar la realidad: <ul style="list-style-type: none"> <li>“Exprésate”</li> </ul> </li> <li>- Refleja ideas o sentimientos: <ul style="list-style-type: none"> <li>“Alegría y tristeza al recibir un mensaje”</li> </ul> </li> </ul>	<p>4.- Las técnicas de comunicación ineficaces tienden a inhibir el deseo de expresar abiertamente ideas o preocupaciones por parte del paciente. (Potter-Perry,1996,P:233)</p> <p>5.- La comunicación es la herramienta mediante la cual ayudamos a los pacientes. Un adolescente piensa de manera más abstracta, su comportamiento intelectual oscila entre el de un niño y un adulto, y les gusta platicar con adultos que no pertenezcan a su familia. (Potter-Perry, 1996.P:231)</p> <p>6.- Las habilidades de comunicación terapéutica mejoran la exploración de los pensamientos y sentimientos personales, y la expresión emocional del dolor físico ó psicológico. (Kozier, 1999,Vol. I, P:399)</p>
---	--

### Evaluación:

Este diagnóstico al detectarse fue de un 4º grado de dependencia, las diferentes llamadas que le hicieron por el teléfono le ayudo mucho ha tener un cambio de emociones, se puso mas platicador y entusiasta, y las cartas que le traían y que él mandaban a sus amigos lo motivaron a seguir adelante, disminuyendo así su tristeza. Al egresar éste diagnóstico queda en tercer grado de dependencia.

### 7.- Diagnóstico de Enfermería:

Vulnerabilidad frente a los peligros relacionado con la limitación de la amplitud de los miembros inferiores manifestada por fatiga y agotamiento.

### Objetivo:

El paciente preverá futuras lesiones mediante medidas de seguridad y protección durante su hospitalización.

Intervenciones	Fundamento
1.- Valorar la presencia de factores de riesgo (en las caídas) dos veces por semanas: <ul style="list-style-type: none"><li>- Dificultad para caminar</li><li>- Dificultad para levantarse de cama o de la camilla</li><li>- Debilidad por el proceso de la enfermedad (DECF) en ambas caderas.</li></ul>	1.- La enfermera tiene que evaluar la capacidad que tiene el paciente para su dependencia antes de su alta hospitalaria.(Carpenito,1994.P:466)
2.- Modificar el entorno del paciente, hacerlo más seguro: <ul style="list-style-type: none"><li>- Colocar la cama con barandales laterales elevados.</li><li>- Mantener el timbre de llamada y los objetos de uso frecuente al alcance de la mano.</li></ul>	2.- Las modificaciones alertan al pacientes a tomar medidas de seguridad. Proporcionan seguridad y permite que el paciente mantenga cierta independencia (objetos al alcance de las manos), además de buscar ayuda cuando la necesite (timbre a la mano). (Kozier, Vol.1,1999,P:759)
3.- Vigilar continuamente al paciente cada 4 hrs durante los primeros dos días.	3.- La supervisión frecuente reduce la ansiedad y los comportamientos peligrosos del paciente, y previene la posibilidad de caídas. (Kozier, Vol. 1,1999,P:759)
4.- Enseñar al paciente y a su familia a : <ul style="list-style-type: none"><li>➤ A utilizar el timbre de llamada para pedir ayuda.</li><li>➤ Que los barandales laterales de la cama deben mantenerse al alcance, para recordarles que deben pedir ayuda para moverse de la cama.</li><li>➤ Que los medicamentos, las preparaciones de las pruebas diagnósticas o la cirugía pueden causar somnolencia y/o debilidad.</li></ul>	4.- La enseñanza sobre las precauciones necesarias aseguran la colaboración del paciente y de las personas allegadas en la prevención de accidentes. (Kozier, Vol.1,1999,P:759)

**Evaluación:**

Este diagnóstico al detectarse se encontró en un 5º grado de dependencia, éstas medidas de seguridad ayudaron al paciente a mantenerse seguro e independiente al tomar las cosas (el teléfono, cuaderno y lapicero, el radio, el moverse ligeramente a su alrededor de la cama), sólo pidiendo ayuda en caso del uso del cómodo y disminuyendo así la fatiga y el agotamiento. Al egreso de éste hospital se fue con el mismo grado de dependencia; y con un gran apoyo por parte del familiar. Quedando pendiente la resolución de éste diagnóstico por el riesgo presente el paciente.

**FECHA: 03-03-00.**

**8.- Diagnóstico de Enfermería:**

Estreñimiento relacionado con cambios de hábitos alimenticios manifestado por evacuaciones poco frecuentes, duras, secas y esfuerzo al evacuar.

**Objetivo**

El adolescente recuperará la eliminación intestinal habitual mediante la ingesta de líquidos y una dieta rica en fibra en el transcurso de la semana.

<b>Intervenciones</b>	<b>Fundamentos</b>
1.- Obtener una historia completa sobre los hábitos intestinales normales del adolescente.	1.- Conocer los hábitos intestinales del adolescente (antes de la hospitalización), ayuda a valorar su estado actual y una dieta prescrita. Los cambios más notables en los hábitos alimenticios del adolescente, son no hacer una de las comidas, incrementan la cantidad de refrigerios entre comidas y realizan más comidas fuera de casa. (Schulte,1999,P:324)
2.- Proporcionar una dieta rica en residuos y fibra según preferencia. Guiarse en la lista de alimentación para el "niño estreñido" del departamento de cirugía del Hospital Infantil de México (HIM) que contiene: a). Carnes (No secas): Res, cerdo, pollo, carnero, ternera y vísceras. b). Vegetales (No papa, no zanahoria): Acelgas, calabazitas con pepita, nopales coliflor, chicharos, habas verdes,	2.- La fibra es un carbohidrato complejo que deriva de las plantas y que no puede ser digerido por el ser humano, aunque aporta masa o volumen a la dieta. Este volumen satisface el apetito y también facilita la función del sistema digestivo, y su capacidad para eliminar los residuos. (Kozier,1999,P:1075)

chayote,quelites, elotes, lechuga, alcachofas, verdolagas, vetabel, ejotes, pepino,berenjena,calabazitas y espinacas.

c). Leguminosas:

Lentejas, garbanzo, alberjón, habas, maiz, alubias y frijol.

d)Frutas (No manzana, no pera,no platano, no guayaba y no tuna):

Ciruela pasa, ciruela, manfo, andia, tamarindo, mamey, durazno,nranja con pulpa, melón, papaya, chirimoya y jamaica.

e). Mermeladas:

Naranja con corteza, fresa, pasas.

f). Cereales (No arroz, no pan blanco, no sopa de pastas, no galletas):

Bran flakes, all bran, dona de avena, avena, salvado, pan integral, pan multigrano.

g). Aguas de frutas (mínimo 2 litros cada 24 hrs.):

Naranja, papaya, jamaica y tamarindo.

h) Leche: Máximo 2 raciones al día.

3.- Realizar un programas de ejercicios activos de amplitud del tronco y miembros inferiores tres veces al día durante 15 minutos antes de cada alimento.

4.- Uso de laxantes en caso de que se tenga molestias intestinales intensas.

Medicamento:

- Senosidos Ay B: Tomar una tableta cada 12 horas vía oral.

d). Además los zumos de frutas pueden actuar como laxantes. (Morgan,1993,P:146)

g). Incrementar el aporte de líquidos ayuda a prevenir el estreñimiento. (Morgan,1993,P:146)

3.- Un programa de ejercicio para el paciente inmovilizado ayuda a mantener pautas intestinales saludables. (Pontter-Perry,1996,P:972)

4.- Los senósidos A y B, principales componentes de la fruta seca de "Cassia augustifolia"; una leguminosa, son glucósidos que al ser hidrolizados por las bacterias del intestino grueso liberan antraquinosis, sustancia que tiene propiedad cantártica, por que irrita la mucosa intestinal. También promueve la acumulación de agua y electrolitos en el colon. Su acción se manifiesta ocho horas después de sus ingestión, la cual es absorbida a través de la mucosa del colón y se elimina por la orina, la cual puede presentar un color amarillo o rojo. Y el resto se elimina en las heces. (Manual de medicamentos, cuadro básico, 1998,P:283)

<p>5.- Evaluación diaria de la eliminación intestinal:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Características de las heces</li> <li>- Cantidad</li> <li>- Consistencia</li> <li>- Frecuencia</li> <li>- Olor</li> </ul>	<p>5.- La defecación normal es indolora y conduce a la salida de una deposición blanda y formada. (Pontter-Perry,1996,P:959)</p>
<p>6.- Evaluar signos y síntomas de la constipación:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Evacuación de consistencia dura</li> <li>- Masa palpable</li> <li>- Sensación de presión y repleción en el recto</li> <li>- Dolor al evacuar</li> <li>- Esfuerzo excesivo para defecar</li> </ul>	<p>6.- Diferentes causas hacen que la motilidad intestinal reduzca su velocidad, con lo que tiene lugar una exposición prolongada de la masa fecal a la pared intestinal, lo que ocasiona la salida de heces duras y secas, que pueden originar dolor rectal. (Pontter-Perry,1996,P:955)</p>

**Evaluación:**

Este diagnóstico se encontró en un 4º grado de dependencia, pero de acuerdo con el tratamiento de senósidos y los ejercicios, además de la abundante agua que tomó ayudó a resolver el problema, evacuando como habitualmente lo hacía.

**FECHA: 06-03-00.**

**9. Diagnóstico de enfermería:**

Trastorno del patrón del sueño: insomnio relacionada con cambios del entorno manifestado por expresión verbal, bostezos frecuentes y coloración oscura alrededor de los ojos.

**Objetivo:**

El paciente logrará el descanso y sueño de acuerdo a su edad y costumbre mediante medidas asistenciales y psicoterapia en un plazo de 72 horas.

<b>Intervenciones</b>	<b>Fundamento</b>
<p>1.- Promover medidas de confort:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Proporcionar una vestimenta de cama suelta.</li> <li>- Ayudar al paciente con rutinas higiénicas antes de acostarse tales como el aseo de cara con agua tibia, aseo bucal y aseo de manos.</li> <li>- Asegurarnos que la ropa de la cama esté suave, limpia y seca.</li> </ul>	<p>1.- las medidas de confort son esenciales para ayudar al paciente a conciliar el sueño y mantenerse dormido. (Kozier,1999,P:1025)</p>

<p>- Ayudar o animar al paciente que evacue antes de acostarse.</p> <p>2.- Ofrecer un masaje de espalda de 10 a 15 min. antes de dormir. Tipos de movimientos:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Golpear el cuerpo con suavidad.</li> <li>- Masar o dar rápidamente pequeños pellizcos en piel, tejido subcutáneo y músculo.</li> </ul> <p>3.- Favorecer una rutina para acostarse:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Acostarse siempre a la misma hora.</li> <li>- Realizar actividades tranquilas como la lectura de algún libro muy interesante.</li> <li>- Ver televisión o escuchar música.</li> </ul> <p>4.- Control de ruidos que realizará la enfermera del turno nocturno (con ayuda del familiar) en el hospital:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Reducir o eliminar la iluminación de la cabecera y proporcionar una luz de noche en la mesilla.</li> <li>- Reducir el volumen de los telefonos y timbres de llamadas.</li> <li>- Llevar calzado con suela de goma.</li> <li>- Evitar ruidos fuertes y repentinos, tales causados por los desplazamientos de los inmobiliario.</li> <li>- Mantener la conversación necesaria sin levantar la voz, especialmente durante la noche.</li> <li>- Realizar los comentarios o informe de enfermería en una zona privada o separada , alejada de las habitaciones de los pacientes.</li> <li>- Apagar a las diez de la noche la televisión y el radio, al menos que el paciente prefiera una música muy suave.</li> </ul> <p>5. Proporcionar medidas de seguridad para dormir:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Emplear las barra laterales.</li> <li>- Colocar timbre de llamada al alcance.</li> <li>- Enseñar al paciente como obtener ayuda.</li> </ul>	<p>2.- El masaje tiene un efecto relajante y sedante si los movimientos son lentos y si se aplica una ligera presión. (Kozier,1999,P:1024)</p> <p>3. Los rituales para acostarse relajan al sujeto y lo preparan para el sueño. (Potter-Perry,1996,P:746)</p> <p>4.- La eliminación de ruidos , de manera que el dormitorio esté lo más tranquilo posible, es de gran ayuda, ya que éstos pueden causar fatiga crónica y alterar el sueño. (Potter-Perry,1996,P:743)</p> <p>5.- El ambiente también ha de ser seguro, de forma que el paciente se pueda relajar. (Kozier,1999,P:1021)</p>
--	---

<p>6.- Evaluación del sueño que la enfermera realizará junto con el familiar, tales como:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Observar la duración del sueño</li> <li>- Buscar signos de privación del sueño</li> </ul> <p>REM:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>a) Excitabilidad</li> <li>b) Agitación</li> <li>c) Irritabilidad</li> <li>d) Aumento de la sensibilidad del dolor</li> <li>e) Confusión y desconfianza y labilidad emocional.</li> </ul> <p>Sueño NREM:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>a) Ausencia</li> <li>b) Apatía</li> <li>c) Hipo-reactividad</li> <li>d) Sentirse físicamente molesto</li> <li>e) Falta de expresión facial</li> <li>f) Deterioro del habla y somnolencia excesiva.</li> </ul> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Preguntar como se siente el paciente al despertar.</li> </ul>	<p>6.- La naturaleza cíclica del sueño se cree que está controlada por los centros localizados en la parte inferior. El sueño REM constituye aproximadamente un 25 % del sueño de un adulto joven , suele reaparecer cerca de 90 minutos y dura de 5 a 30 minutos, no es tan reposado como el sueño NREM; la mayoría de los sueños se produce en REM, los cuales suelen recordarse. En cambio el sueño NREM es un sueño profundo y reposado que produce alguna disminución de algunas funciones fisiológicas, se divide en cuatro fases: fase I es la fase del sueño muy ligero. Fase II , es la fase de sueño ligero, dura de 10 a 15 min., fase III se disminuye aún más, donde los músculos esqueléticos están muy relajados , los reflejos están disminuidos y la persona puede roncar; y fase IV que es el sueño profundo, difícil despertarlas. (Kozier,1999,P:1012)</p>
---	--

**Evaluación:**

Este diagnóstico se encontró en un 3º grado de dependencia, al realizar las actividades planeadas se logra que el paciente durmiera los siguientes días, quedando en el mismo grado de dependencia ya que requiere de la asistencia del personal para apagar la televisión y su aseo nocturno.

**FECHA: 07-03-00.**

**10.- Diagnóstico de enfermería:**

Riesgo de déficit de las actividades de aprendizaje (primer año de secundaria) relacionada con inmovilidad de ambas caderas.

**Objetivo:**

El paciente aumentará su conocimiento escolar mediante actividades de aprendizaje y enseñanza durante su hospitalización.

Intervenciones	Fundamento
<p>1.- Evaluar el estado de salud del paciente:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>a) La disposición física:</li> </ul>	<p>1.- Los pacientes extremadamente preocupados, deprimidos o afligidos por su</p>

<p>- La capacidad del paciente de centrarse en otras cosas que no sea su estado físico, tales como el dolor, el cansancio y la inmovilidad que están consumiendo toda la energía y el tiempo del paciente.</p> <p>b) La disposición emocional:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- ¿Está emocionalmente preparado el paciente para aprender actividades relacionadas con su educación?</li> </ul> <p>c) La disposición cognitiva:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- ¿Puede pensar claramente el paciente en estos momentos?</li> <li>- ¿Los efectos de la anestesia y analgesia están alterando el grado de consciencia del paciente?</li> </ul>	<p>estado de salud no están preparados para el aprendizaje. (Kozier, Vol. 1,1999,P:42)</p>
<p>2.- Valorar el nivel de educación que posee el adolescente:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- ¿Qué grado cursa en la escuela?</li> <li>- ¿Que materias está cursando?</li> <li>- ¿Tienes profesor por materia?</li> <li>- ¿Tienes amigos en la escuela?</li> </ul>	<p>2.- La educación es más eficaz cuando responde a las necesidades del paciente. (Potter-Perry,1996,P:255)</p>
<p>3.- Conocer los estilos de aprendizaje del adolescente (cómo aprende mejor las cosas):</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>➤ Mediante su lectura</li> <li>➤ Hablando sobre ello</li> <li>➤ Viendo una película o demostración</li> <li>➤ Mediante el ordenador</li> <li>➤ Escuchando al profesor</li> <li>➤ Solo o en grupo</li> </ul>	<p>3.- Un estilo de aprendizaje es la necesidad de modificar una conducta o "un vacío entre la información que el individuo posee y la información necesaria para llevar a cabo una función o para cuidar de uno mismo". (Kozier, Vol. 1,1999,P:411)</p>
<p>4.- Investigar con el adolescente si requiere de algún sistema de apoyo:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- ¿Le gustaría que algún familiar o amigo le ayudase a aprender lo que necesita para poder cuidar de sí mismo?</li> <li>- ¿Quién piensa usted que estaría interesado en aprender con usted?</li> </ul>	<p>4.- El aprendizaje se representa por un cambio de comportamiento. Los familiares o amigos íntimos pueden ayudar al paciente a realizar las técnicas y cambios necesarios. (Kozier, Vol. 1,1999,P:411)</p>
<p>5.- Hablar con el familiar para ver la posibilidad, de conseguir las tareas con el profesor de clase o sus amigos.</p>	<p>5.- La familia brinda confianza y proporciona al paciente la oportunidad de aceptar las responsabilidades y de realizar bien las tareas. (Potter-Perry,1996,P:251)</p>

6.- Motivar al paciente para resolver las actividades de la escuela, o la comprensión de algún tema durante su hospitalización, mediante varios modos:

- Relacionando la materia a enseñar con algo que sea importante para el paciente y colaborando para que éste comprenda la importancia de lo que aprende.
- Ayudando al paciente a que el ambiente sea agradable y no amenazador.
- Fomentando la independencia y la autodirección.
- Demostrando una actitud positiva hacia la capacidad de aprender del paciente.
- Ofreciendo continuamente su apoyo y ánimo a medida que el paciente se esfuerza por aprender (esto es refuerzo positivo).
- Creando un ambiente en el que el paciente tenga las posibilidades de lograr el éxito (lograr pequeñas tareas motiva al cliente seguir aprendiendo).

7.- Tratar de tener una rutina para realizar las tareas por la mañana de una a dos horas (10 a 12 hrs) y por la tarde también (16 a 18 hrs) durante su hospitalización, si le es posible.

8.- Evitar los factores que inhiben el aprendizaje:

-a) Emociones (ansiedad extrema, preocupación e incertidumbre)

b) Hechos fisiológicos (Enfermedad grave, dolor o déficit auditivo, cansancio o agotamiento)

6.- El aprendizaje depende de la motivación de aprender, de la capacidad de aprender y del entorno de aprendizaje. La motivación es un impulso interno (P. Ej. Una idea, una emoción o una necesidad física) que provoca que el individuo actúe. (Potter-Perry, 1996,P:241)

7.- Los horarios establecidos permiten tener una continuación en el aprendizaje. (Potter-Perry,1996,P:243)

8.- Estos factores afectan la capacidad de aprendizaje.

a). Los paciente o familiares que estén muy preocupados pueden no oír lo que se les dice o retener solo parte de la comunicación, disminuyendo así el aprendizaje. (Kozier, Vol. 1,1999.P:414)

b) Como el paciente no puede concentrarse y esforzarse por aprender, existe un deterioro del aprendizaje en sí. (Kozier, Vol.

c) Entorno (iluminación, temperatura y ventilación inadecuadas, y ruidos).	1,1999.P:414) c) Un entorno óptimo facilita el aprendizaje, reduciendo la distracción y proporcionando un bienestar físico y psicológico. (Kozier, Vol. 1,1999,P:414)
--	--

**Evaluación:**

Este diagnóstico se encontró en un 3º grado de dependencia, el cual fue difícil de realizar por la distancia de su domicilio (Nautla Veracruz), pero se trató de revisar algunos temas de conocimiento general, no respetando los horarios programados por tanta visita familiar o llamadas por teléfono. Posterior a su egreso se pudo poner al corriente, tomando clases particulares por las tardes, salvando así su primer año de secundaria y preocupándose por el segundo.

**FECHA: 08-03-00.**

**11.- Diagnóstico de enfermería:**

Riesgo de déficit de actividades recreativas (futbol socker) relacionado con inmovilidad de ambas caderas.

**Objetivo:**

El paciente expresará su deseo de participar en actividades recreativas planificadas en el servicio de ortopedia durante su hospitalización.

<b>Intervenciones</b>	<b>Fundamento</b>
1.- Animar Al adolescente a participar en sus actividades de autocuidado, como aseo matinal, ayudar a vestirse y comer.	1- Incorporar al adolescente a las actividades de la vida diaria, permite mantenerlo optimista.
2.- Proporcionar estimulación auditiva y visual mediante diversas actividades como ver televisión o que escuche cintas traídas de casa, o leer algún libro de interés.	2.- El proporcionar material de distracción mantiene el ambiente hospitalario agradable para el paciente.
3.- Dar la oportunidad para la interacción social con otros niños en el cuarto de ortopedia.	3.- La interacción social fomenta la armonía en los niños.
4.- Pedir a la familia que traiga de su casa los juegos favoritos y preguntarle directamente al paciente (juego de mesa de	4.- Proporcionar un juego favorito al adolescente favorece a su desarrollo de actividades motora, sensitivas y cognitivas.

<p>futbol socker).</p> <p>5.- Animar al adolescente al desarrollo de nuevo vocabulario del hospital (haciendo que aprenda los diferentes aparatos que se utilizan y el personal).</p> <p>6.- Permitir la participación en la valoración y procedimientos al paciente cuando sea posible.</p> <p>7.- Proporcionar material que favorezca la creatividad, como papel, pinturas, lápices de colores y revista de sopas de letras o crucigramas ó de frases.</p>	<p>5.- Al explicar las rutinas, los procedimientos y los tratamientos en un lenguaje adecuado para su edad favorece a disminuir sus temores y liberar sus frustraciones.</p> <p>6.- Fomentar la ayuda del paciente en desarrollar sus habilidades para su propio tratamiento permite una comunicación eficaz con el personal de enfermería y eliminar así el estrés de la enfermedad.</p> <p>7.- En ocasiones un dibujo nos permite detectar algún problema en los sentimientos y emociones en el paciente que no nos puede explicar verbalmente.</p> <p>(Schulte,1999,P:324)</p>
--	---

### Evaluación.

Este diagnóstico se encontró en un 4º grado de dependencia, durante su hospitalización se mantuvo distraído por ratos, ya que expresó la inquietud de ir a jugar, además de ser un adolescente muy hiperactivo y echaba de menos a sus amigos; a su egreso se fue con el mismo grado de dependencia, pero un poco más contento ya que iba a ver a sus compañeros de escuela.

## CONCLUSIONES

- Según los objetivos del presente trabajo podemos afirmar que se logró aplicar el proceso del cuidado bajo el enfoque de las necesidades fundamentales a un adolescente con la necesidad alterada de “moverse y mantener una buena postura”, así mismo se realizaron varios planes de intervenciones de enfermería que favoreció la resolución de algunas de estas necesidades.
- Además, se estructuraron diferentes diagnósticos de estas necesidades alteradas, lo que favoreció practicar la valoración focalizada, identificando las fuentes de dificultad del paciente mediante el método clínico, detectando así el grado de dependencia de cada diagnóstico de enfermería en el paciente.
- Aumentando de alguna manera las intervenciones de enfermería, con el fin de disminuir ese grado de dependencia, como por ejemplo en el diagnóstico de la alteración del movimiento que se encontró en un grado de dependencia 6 pasó a hacer un grado 2, después de 8 meses de evolución.
- Se orientó tanto al paciente como al familiar para la realización de ejercicios activos y pasivos, dándose masaje de forma rotatoria, de arriba hacia abajo y del centro a la periferia, lo que benefició la independencia paulatina del paciente.
- Respecto a la aplicación de ésta perspectiva disciplinar que se llevó en este estudio de caso, conjuntamente con el proceso de atención de enfermería (PAE), favoreció el constante análisis y reflexión sobre los cuidados que proporciona la enfermería infantil. Cabe resaltar la realización de los diagnósticos de enfermería, de los cuales se derivan los objetivos e intervenciones que garantizaron un cuidado, humanizado, individualizado e integral, así mismo logrando su independencia parcial del paciente.

- Con la metodología que se realizó, se logró la aplicación de la propuesta de las 14 necesidades fundamentales, a través del proceso atención de enfermería; conjuntamente con el análisis, la interpretación, la planeación, y la evaluación de éstas necesidades; que sin duda es un aspecto que cambia la practica tradicional de enfermería.
  
- En cuanto a los instrumentos utilizados, que por cierto cabe mencionar proporcionados por la coordinadora del curso, ayudaron significativamente a la adquisición de nuevos conocimientos y habilidades, y permitieron culminar éste estudio de caso.
  
- Respecto al paciente, que ingresa con una dependencia en 6° grado en la necesidad de movimiento, actualmente queda en 2° grado de independiente; ya que utiliza muletas para satisfacer sus necesidades. Además del apoyo de su familia y amigos lo mantienen contento y optimista, lo que favoreció su pronto restablecimiento.

## SUGERENCIAS

- ❖ Qué exista mayor difusión del modelo de V. Henderson, junto con el proceso de atención de enfermería (PAE) como un método científico que guía los cuidados de enfermería en esta institución, así como en otras.
- ❖ Que estos estudios de casos sean expuestos al público en general (biblioteca) para que se tenga mayor conocimiento de lo que se está haciendo aquí en México (UNAM) y especialmente en el Hospital HIM, “Federico Gómez” con un curso de postgrado en enfermería infantil.
- ❖ La presentación en foros de enfermería, y por que no en un futuro tenga enfermería un espacio para discutir los estudios de caso, y así proponer diversas intervenciones que ayuden al paciente pediátrico a una independencia total, conjuntamente con su familia.
- ❖ Que se realice la publicación de los estudios de caso de cada generación; para que de alguna manera se cuente con la reseña a un futuro no tan lejano, el cómo se estuvo trabajando aquí en el hospital y por parte de la ENEO, lo que favoreciera el crecimiento o nacimiento de una profesión de la enfermería infantil en México.
- ❖ Que se continúe con la misma ascensoría, ya que el aprendizaje es único en la práctica de enfermería infantil.

## BIBLIOGRAFÍA

Alfaro LR. Aplicación del proceso de enfermería. 2a ed, Madrid España Mosby-Doyma, 1996: 3-215.

Álvarez MJ. Diagnósticos Enfermeros de la NANDA, definiciones y clasificación. España Harcourt Brace, 1997:2-5.

Amany MC, Krepe OC. "Aspectos éticos" en: Medicina del adolescente. 2ª ed, Argentina Panamericana, 1994:198-205.

Barrera RR, Reyes GE. "Método clínico" en: Fundamentos de enfermería. 2ª ed, México Manual Moderno, 1996: 134.

Beryl JR, Fusarrelli PD. "Desplazamiento epifisiario de la cabeza del fémur" en: Manual de pediatría práctico. 2ª ed, Wulfe-Mosby, 1997: 211-212.

Brunner LS, Suddarth DS. "Asistencia a paciente sometidos a tracción" en: Enfermería Médico-Quirúrgica. 7ª ed, México Interamericana, Vol. 2, 1996: 1585-87.

Carpenito, LJ. Manual de diagnósticos de enfermería. 4ª ed, México Interamericana, 1993: 3-6.

Carpenito LJ. Planes de cuidados y documentación en enfermería: Diagnósticos de Enfermería y Problemas asociados. España McGRAW-Hill Interamericana, 1994:164-166, 294-295, 466,721.

Cahill MH. "Tratamientos de disfunción músculo-esquelética" en: Tratamiento en Enfermería. México Latinoamericana, Traductor Dr. Carlos García Calderas, 1991: 293-305.

Christensen, PJ, Kenny, WJ. Nursing. Proces: Aplicación of Conceptual Models. 3ª ed, Mosby, St. Louis Missouri, 1990: 1-5, 18-29.

Cruz Hernández M. Tratado de Pediatría. 6ta ed, México Manual Moderno, Vol. 2, 1980: 1774-75.

Ellen AM, Lewis RF. La Práctica de la Pediatría. Argentina Paramericana, 1989: 1154.

Fernández FC, Novel MG. "Conceptos básicos del modelo de V. Henderson" en: El proceso de atención de enfermería, estudio de casos. México Salvatt, 1993: 2-7, 10-56.

Griffith J. Proceso de atención de enfermería aplicada a teorías y modelos. México Interamericana, 1992: 141-42.

Iyer WP, Bernocchi B, Losey D. Proceso de enfermería y diagnóstico de enfermería. 3ª ed, México Interamericana, México DF 1995: 82, 162-312.

Kozier B, Erb G, Blais K, Wilkinson JM. Fundamento de enfermería: conceptos, proceso y práctica. 5ª ed. México McGRAW-Hill Interamericana, Vol. 1-2, 1999: 967-71.

Letts RM. Pediatric Fractures. Churchill Livingstone United States of America, 1994: 513-515.

Lough SU. Aspectos éticos y legales. Cuidados intensivos en enfermería. 2ª ed, España Harcourt Brace, 1999: 10-23.

Luis RM.T. Diagnósticos enfermeros, un instrumento para la práctica asistencial. 3ª ed, España Harcourt Brace, 1998: 2-6.

Marriner Ann. "Valoración". El proceso de enfermería. 2ª ed, México Manual Moderno, 1983: 1-5.

Marriner-Tomey. "Virginia Hemderson" Teorías y modelos de enfermería. Madrid-España, Mosby, 1994: 102-104.

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

Pearson RJ, Austin TR. Traumatología y Ortopedia, Texto básico. Ed. Salvat 1982:374-375.

Phaneuf M. Cuidados de Enfermería: el proceso de atención de enfermería. España Interamericana, 1993: 52-55.

Phaneuf M. "Necesidad de moverse y mantener una buena postura". La planificación de los cuidados enfermeros, un sistema integrado o personalizado. México Mc Graw-Will Interamericana, 1996: 38-39.

Pollin Ditmar. Secretos de la pediatría. 2a ed. Interamericana, Barcelona España, 1997: 514-515.

Pontter-Perry. "Inmovilidad" en: Fundamentos de enfermería, teoría y práctica. 3ra ed. México Mosby-Doyma, 1996: 567-69.

Riopelle L, Grondin L, Pahaneuf M. "Necesidad de moverse y mantener una buena" en: Cuidados de enfermería, un proceso centrado en las necesidades de la persona. México Mc Graw- Hill Interamericana, 1997:-23-24.

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

Whaley FL, Wong LD Manual clínico de enfermería pediátrica. 3ª ed, España Masson-salvat, 1993: 242-246.

Whaley FL, Wong LD. Tratado de enfermería pediátrica. 3ª ed, México Interamericana, 1995: 394-438.

Wieck L, King ME, Dyer M. Técnicas de enfermería. 3ª ed, México Interamericana, 1989: 677-684.

Yura, Walsh, MB. El proceso de enfermería, valoración, planificación, implementación y evaluación. 3ª ed, México Alhambrana, 1996: 22-4.

## HEMEROGRAFÍAS

Barbero JFJ, Villar DR. Mejora continua de la calidad en las lesiones por presión mediante la valoración del riesgo de aparición. Rev. Enfermería Clínica, 1998; 4: 13-22.

Barrera MC. EL PAE como estrategia para la atención en el hogar. Rev. Desarrollo Científico de Enfermería, 1996; 5: 7-10.

Bernat BR, Garcia LB, Inarejos VL, Bardaji FD. Enfermo crítico: valoración global para identificar las necesidades. Rev. Enfermería clínica, 1998; 4: 32-38.

Bulechek MG, McCloskey CJ. Clínicas de enfermería de Norteamérica: intervenciones de enfermería. México Interamericana, 1992; 2: 579-592.

Felú, EB, Validación del método del proceso de atención de enfermería. Rev. Desarrollo Científico de Enfermería, 1995; 4: 4-7.

Grupo de Enfermería del Institut Catalan de la Salut. Úlceras por presión: Método de consenso como estrategia de mejora de la calidad asistencial. Rev. Enfermería clínica, 1997; 3: 24-28.

López RJ. Aproximación al concepto hombre-persona, objeto de los cuidados de enfermería. Rev. Enfermería clínica, 1998; 5: 32-36.

Pineda OJ, Rodríguez ZCE, López SG. Escaras: Un problema en potencia. Rev. Desarrollo Científico de Enfermería, 1997; 6: 174-175.

Rodríguez de TE. Impacto de la figura corporal en el desarrollo psicosocial del niño y el adolescente. Rev. Mexicana de Pediatría, 1997; 3: 128-131.

Universidad Panamericana. Memorias de Enfermería: Misión y Valores de una profesión, 1ra reunión Interdisciplinaria, "Memorias", México, 1998:172 -17.

# ANEXOS



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO  
ESCUELA NACIONAL DE ENFERMERÍA Y OBSTETRICIA  
DIVISIÓN DE ESTUDIOS DE POSGRADO  
ESPECIALIZACIÓN EN ENFERMERÍA INFANTIL  
SEDE HOSPITAL INFANTIL DE MÉXICO  
"FEDERICO GÓMEZ"

UNIVERSIDAD NACIONAL  
AUTÓNOMA DE  
MÉXICO

Consentimiento Informado para estudio de caso

Yo Nicanor Lastra Ramírez con plena libertad y voluntariamente aceptar que mi hijo (a) Abraham Lastra Labatoparr participará en el estudio de caso.

Cuidados en las Necesidades Básicas de un adolescente con alteración en la necesidad: "Mantener un buen Postura y Moverse", cuyo Objetivo principal es:

Identificar las necesidades de un adolescente con alteración de la movilidad, y que los procedimientos de enfermería que se realizarán me han sido explicados ampliamente, así como sus beneficios, consecuencias y posibles riesgos, con garantía de recibir respuesta a preguntas y aclaraciones en cualquier momento. Los procedimientos consisten en: Establecer Diagnóstico de Enfermería y realizando un plan de intervenciones de enfermería y contestar en forma verbal y anónima las preguntas referentes al estado de salud de mi hijo (a).

Es de mi consentimiento que seré libre de retirar a mi hijo (a) de este estudio de caso en el momento que lo desee, sin que esto afecte o le sea negada la atención médica para su tratamiento en esta institución.

Nombre y firma del responsable del estudio: Dr. Enrique Virgilio Sánchez

[Firma]  
Firma

Nombre del padre o Tutor: Nicanor Lastra Ramírez

[Firma]  
Firma

Testigos

Nombre: \_\_\_\_\_  
Firma: \_\_\_\_\_  
Domicilio: \_\_\_\_\_

Nombre: \_\_\_\_\_  
Firma: \_\_\_\_\_  
Domicilio: \_\_\_\_\_

México, D.F. a 03 de Abril - 00

**(ANEXO-2)**

UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO  
ESCUELA NACIONAL DE ENFERMERÍA Y OBSTETRICIA  
DIVISIÓN DE ESTUDIOS DE POSGRADO  
ENFERMERÍA INFANTIL

**Instructivo para el alumno**

Este instrumento tiene como fin obtener información del estado de salud del niño y conformar una base de datos para identificar las necesidades. El método en que se basa dicho instrumento es el proceso de enfermería que se apoya en el marco conceptual de las 14 necesidades fundamentales de V. Henderson.

El instrumento contiene ocho apartados que son : Los datos demográficos (I), Antecedentes familiares (II), Orientación de la familia (III), Antecedentes individuales (IV), Jerarquía de necesidades (V), y prioridad de los diagnósticos de enfermería (VI), En las distintas dimensiones (Psicosocial y espiritual) de la persona, familia y comunidad, plan de atención (VII) y Plan de alta (VIII).

Durante el desarrollo de la actividad académica de atención de enfermería I se hará énfasis el apartado de diagnóstico de enfermería, con el propósito de que el alumno adquiera habilidad y destreza en las dos primeras etapas del proceso, sin dejar de lado las etapas de planificación, ejecución y evaluación.

Este instrumento está sujeto a las modificaciones que el alumno considere que se justifiquen para el logro de los objetivos de aprendizaje. Cada modificación deberá ser debidamente fundamentada por escrito y sometida a consideración del resto del grupo y de los tutores para su aceptación.

**UNIVERSIDAD AUTONOMA NACIONAL DE MÉXICO  
ESCUELA NACIONAL DE ENFERMERÍA Y OBSTETRICIA  
DIVISIÓN DE ESTUDIOS DE POSGRADO**

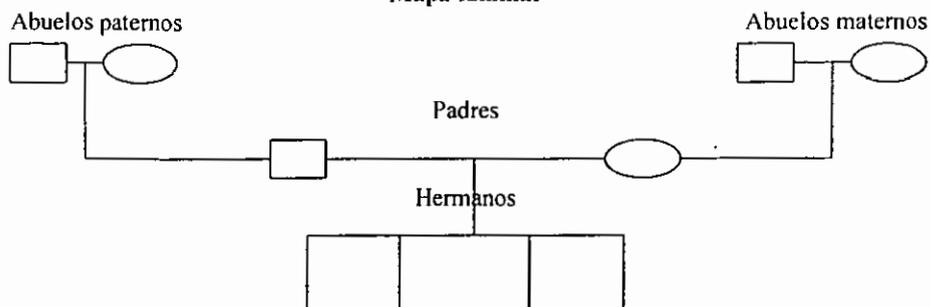
**ENFERMERÍA INFANTIL**

**Valoración de las necesidades básicas en los adolescentes de 13-18 años**

Nombre del alumno: \_\_\_\_\_ Fecha de entrega: \_\_\_\_\_ Servicio: \_\_\_\_\_

I	Nombre: _____ edad: _____
D	Sexo: _____ Nombre del padre o tutor: _____
A	Edad del padre: _____ Nombre de la Madre: _____
T	Edad: de la Madre: _____ Fecha de revisión: _____ Hora: _____
O	Escolaridad: Padre: _____ Madre: _____ Adolescente: _____
S	Religión: _____ La información es proporcionada por: _____
D	_____ Domicilio _____
E	_____ Procedencia: _____
M	Teléfono: _____ Diagnóstico _____
O	Médico: _____
G	_____
R	_____
A	_____
F	_____
I	_____
C	_____
O	_____
S	_____
II	Que problemas de salud a tenido usted o su esposo últimamente: _____
F	_____
A	Características de la vivienda: Propia ___ Rentada ___ Tipo de construcción: _____
M	_____ Servicios intradomiciliarios: _____
I	Disposición de excretas: _____
L	Descripción de la vivienda: _____
I	¿Quién aporta los ingresos económicos de la familiar? _____
A	Medios e transporte de la localidad: _____
	¿Cuánto tiempo haces de tu casa al centro de salud más cercano? _____
	Y de tu casa al Hospital: _____

### Mapa familiar



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

Nombre	Edad	Sexo	Escolaridad	Rel. afectiva	enfermedades

#### Símbolos

Hombre

Mujer

Paciente Problema

Fallecimiento

Relaciones fuertes

Relaciones débiles

Relaciones con Estrés

A  
N  
T  
E  
C  
E  
D  
E  
N  
T  
E  
S

Orientación en la hospitalización: Si han explicado los siguientes aspectos: Horarios de visita: Sí\_\_\_ No\_\_\_ Sala de espera: Sí\_\_\_ No\_\_\_ Normas sobre barandales de camas y cunas: Sí\_\_\_ No\_\_\_ Informes sobre el estado de salud: Sí\_\_\_ No\_\_\_ Horarios de cafetería: Sí\_\_\_ No\_\_\_ Servicios religiosos: Sí\_\_\_ No\_\_\_ Restricciones en la visita: Sí\_\_\_ No\_\_\_ Valoración de las necesidades básicas del adolescente: Complete la información incluyendo las palabras del familiar o del joven: Motivo de la consulta/hospitalización: \_\_\_\_\_ Problemas de salud anteriores/Contactos con enfermedades transmisibles: \_\_\_\_\_

**Alimentación**

Peso:\_\_\_\_\_ Talla:\_\_\_\_\_ Perímetro abdominal:\_\_\_\_\_ Perímetro braquial:\_\_\_\_\_ ¿Dinos cómo es tú apetito? Bueno:\_\_\_ Poco:\_\_\_ Mucho:\_\_\_ Los horarios de la comida son Regulares:\_\_\_\_\_Cuál es el horario:\_\_\_\_\_ El lugar preferido para comer es:\_\_\_\_\_ En compañía de quién comes:\_\_\_\_\_ Cuales son tus alimentos y bebidas preferidas:\_\_\_\_\_ ¿Cuáles son los alimentos desagradables para ti? \_\_\_\_\_ Conoces los cuatro grupos básicos de alimento: \_\_\_\_\_ Tienes alguna dieta especial:\_\_\_\_\_ Tienes alergia a algún alimento:\_\_\_\_\_ Tus emociones interfieren en la alimentación o digestión:\_\_\_¿Cuáles?\_\_\_\_\_

Menciona la cantidad de alimento que acostumbras en un día:

Cantidad de alimento	Desayuno	Comida	Cena
Cereales	_____	_____	_____
Frutas	_____	_____	_____
1 Vegetales	_____	_____	_____
Carne	_____	_____	_____
Otros	_____	_____	_____

Te gusta la comida del hospital: \_\_\_\_\_

**Eliminación**

Tienes problemas para evacuar: \_\_\_\_\_ Padeces estreñimiento: \_\_\_\_\_ Diarrea \_\_\_\_\_ Parásitos \_\_\_\_\_

2 Qué hacer para remediarlo: \_\_\_\_\_ Cómo son las heces \_\_\_\_\_

Habitualmente la sudoración es: Escasa: \_\_\_\_\_ Abundante: \_\_\_\_\_ Poca: \_\_\_\_\_

Si eres un joven:

Ya menstruas: \_\_\_\_\_ A qué edad iniciaste \_\_\_\_\_ Cada cuando \_\_\_\_\_ Dinos como es la Menstruación: \_\_\_\_\_ ¿Qué significa para ti "Tener menstruación"? \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_ ¿Tienes alguna duda sobre esto? \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_ ¿Cuántas veces orinas al día? \_\_\_\_\_ La cantidad aproximada es: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_ El color es: \_\_\_\_\_

**Oxigenación**

Signos vitales: Tensión arterial: \_\_\_\_\_ Frecuencia cardíaca \_\_\_\_\_

3 Pulso: \_\_\_\_\_ Regular: \_\_\_\_\_ Irregular: \_\_\_\_\_ Respiración: \_\_\_\_\_ Regular: \_\_\_\_\_ Irregular \_\_\_\_\_

Dificultad respiratoria (anotar características): \_\_\_\_\_

Fumas: Sí: \_\_\_\_\_ No: \_\_\_\_\_

¿Quién fuma de la familia? \_\_\_\_\_

Ruidos respiratorios: Lado izquierdo: \_\_\_\_\_

Lado derecho: \_\_\_\_\_

Ventilación: \_\_\_\_\_

Asistida: \_\_\_\_\_ Controlada \_\_\_\_\_

Tos: \_\_\_\_\_ Medidas para controlarla: \_\_\_\_\_

Características de las secreciones bronquiales:

3	Secreciones bronquiales	Cantidad	Consistencia	Color	olor
	Expectoración	_____	_____	_____	_____
	Tubo traqueal	_____	_____	_____	_____
	Cavidad oral/nasal	_____	_____	_____	_____

Humidificación y oxigenación: \_\_\_\_\_

Coloración de la piel: \_\_\_\_\_ Integridad: \_\_\_\_\_ Petequias: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_ Rash: \_\_\_\_\_ Escoriaciones: \_\_\_\_\_

**Reposo-sueño**

4 ¿Cuántas horas duermes al día \_\_\_\_\_ Qué acostumbras hacer antes de dormir: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_ a qué hora te acuestas: \_\_\_\_\_ a qué hora te levantas: \_\_\_\_\_

Duermes bien: \_\_\_\_\_ Despiertas por las noches: \_\_\_\_\_ Cuantas veces: \_\_\_\_\_

Tienes pesadillas: \_\_\_\_\_ Caminas dormido: \_\_\_\_\_

**Vestido**

5 Qué ropa te gusta usar: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Que significa para ti el uso de la ropa que te gusta: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Tienes la ropa apropiada para usar en el hospital: \_\_\_\_\_

Puedes vestirme solo: \_\_\_\_\_

Tienes algo que decir sobre la ropa: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

### Termorregulación

6 Cómo consideras el ambiente de tú casa: Caluroso: \_\_\_\_\_ Templado: \_\_\_\_\_ Fria: \_\_\_\_\_, Cuando Tienes fiebre ¿cómo la controlas? \_\_\_\_\_

### Movilidad

7 Eres diestro o zurdo: \_\_\_\_\_ Tienes que ocupar un aparato ortopédico: \_\_\_\_\_ ¿Cuál? \_\_\_\_\_  
¿por qué? \_\_\_\_\_

Cuando caminas adoptas una postura: \_\_\_\_\_

Haces ejercicio: \_\_\_\_\_ De que tipo: \_\_\_\_\_

Prácticas algún deporte: \_\_\_\_\_

Describe la forma en que acostumbras estar sentado: \_\_\_\_\_

### Comunicación

Cuanto tiempo tienes viviendo en la localidad: \_\_\_\_\_ Cuántos hermanos tienes: \_\_\_\_\_

Qué lugar ocupas en la familia: \_\_\_\_\_ Vives con tus padres: \_\_\_\_\_ Familiares: \_\_\_\_\_

Solo: \_\_\_\_\_

Otro lugar: \_\_\_\_\_ Tienes dificultad para oír: \_\_\_\_\_ Ver: \_\_\_\_\_

Usas lentes: \_\_\_\_\_ ¿Qué haces si tienes una alergia? \_\_\_\_\_

¿Qué haces si tienes diarrea, gripa o alguna enfermedad? \_\_\_\_\_

8 ¿Con quién acudes si tienes algún problema? \_\_\_\_\_

¿Cuándo pides ayuda a alguien, como te sientes? \_\_\_\_\_

¿Aceptas la ayuda de los demás? \_\_\_\_\_

¿Cómo te llaman en la familia? \_\_\_\_\_

¿Cómo te llaman tus amigos? \_\_\_\_\_

Perenece a un grupo: \_\_\_\_\_ ¿Cuál? \_\_\_\_\_

### Higiene

9 ¿Con qué frecuencia te bañas? \_\_\_\_\_ Acostumbas lavarte las manos después de ir al baño y antes de comer: \_\_\_\_\_ Cuántas veces te cepillas los dientes: \_\_\_\_\_  
Cuántas veces acudes al dentista al año: \_\_\_\_\_ Tienes prótesis dental: \_\_\_\_\_  
¿Cuál? \_\_\_\_\_ Tienes algún problema en la piel: \_\_\_\_\_

### Recreación

1  
0 ¿Tienes alguna actividad preferida? \_\_\_\_\_ ¿Cuál es? \_\_\_\_\_  
¿Te gustan las colecciones? \_\_\_\_\_ ¿De que tipo? \_\_\_\_\_  
¿Te gustan los animales? \_\_\_\_\_ ¿Tienes uno en casa? \_\_\_\_\_  
¿Cuántas veces a la semana sales con tus amigos? \_\_\_\_\_ ¿A qué lugares acuden? \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_ ¿Cuántas horas ves la televisión? \_\_\_\_\_ ¿Cuáles son tus programas favoritos? \_\_\_\_\_

### Religión (valores y creencias)

1  
1 ¿Cuántas veces al mes acudes a la iglesia? \_\_\_\_\_  
¿Qué piensas sobre la muerte? \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
¿Para ti que es la enfermedad? \_\_\_\_\_

### Seguridad y protección

1  
2 ¿Qué enfermedades has padecido? \_\_\_\_\_  
¿Has consultado a otras personas diferentes a los médicos? \_\_\_\_\_  
¿Quiénes te visitan de su casa? \_\_\_\_\_  
¿Eres alérgico algún medicamento? \_\_\_\_\_  
¿Qué medicamentos tienes en casa?

Nombre del medicamento	Clase	Fecha	Como lo tomas
_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____

	<p>¿Qué cambios importantes ha habido en tu familia, como cambio de domicilio ___ separación de los padres _____</p> <p>¿Cómo te has sentido con esos problemas? _____</p>
1	¿Tienes alguna preocupación? _____
2	¿Qué piensas de tu hospitalización? _____
	_____
	¿Cómo sientes tu cuerpo cuando estas enfermo? _____
	_____
	Existe la posibilidad que hayas estado en contacto con amigos (as) que padezcan alguna enfermedad contagiosa: _____ ¿Cómo cuales? _____
	_____
	<b>Aprendizaje</b>
	¿Estudias? _____ ¿Qué año cursas? _____ ¿Aprendes? _____
1	¿Has estado hospitalizado antes? _____
3	¿Cuántos años tenías? ¿Cómo te sentías? _____
	Menciona que temas te gustaría hablar con la enfermera: _____
	_____
	<b>Realización</b>
	De todo de lo que has hecho en la escuela y en tú casa ¿Qué te ha causado más satisfacción? _____
1	_____
4	¿Qué te gustaría ser cuando seas adulto? _____
	¿Trabajas? _____ ¿Qué haces en tú trabajo? _____
	¿Con lo que tú haces logras satisfacer tus necesidades o ambiciones? _____
	_____
	<b>OTROS DATOS</b>
	¿Tienes alguna pregunta que hacer? _____
	Observaciones: _____



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO  
 ESCUELA NACIONAL DE ENFERMERÍA Y OBSTETRICIA  
 DIVISIÓN DE ESTUDIOS DE POSGRADO  
 ENFERMERÍA INFANTIL

V. JERARQUÍA DE NECESIDADES

Nombre: \_\_\_\_\_ Edad: \_\_\_\_\_ Registro: \_\_\_\_\_ Servicio: \_\_\_\_\_

Fecha: \_\_\_\_\_ Nombre del alumno: \_\_\_\_\_

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

Código: Grado de dependencia  
 Total=Dt.  
 Temporal=Dtm.  
 Parcial=Dp.  
 Permanente=Dpr.

Causas de la dificultad  
 Falta de Fuerza=FF  
 Falta de Voluntad=FV  
 Falta de conocimiento=FC

UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO  
ESCUELA NACIONAL DE ENFERMERÍA Y OBSTETRICIA  
DIVISIÓN DE ESTUDIOS DE POSGRADO  
ENFERMERÍA INFANTIL

**VI. JERARQUÍA DE LOS DIAGNÓSTICOS DE ENFERMERÍA**  
(En las dimensiones Físicas, Psicosociales y Espirituales)

<b>Fecha en la que se identifica</b>	<b>Diagnósticos de Enfermería</b>	<b>Fecha de resolución</b>

UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO  
ESCUELA NACIONAL DE ENFERMERÍA Y OBSTETRICIA  
DIVISIÓN DE ESTUDIOS DE POSGRADO  
ENFERMERÍA INFANTIL

**VII. PLAN DE ATENCIÓN DE ENFERMERÍA**

Nombre: \_\_\_\_\_ Servicio: \_\_\_\_\_

—

Edad: \_\_\_\_\_ Sexo: \_\_\_\_\_ Dx. Médico: \_\_\_\_\_ Registro: \_\_\_\_\_

Fecha	Diagnóstico de enfermería	Objetivo	Intervenciones	Realizadas por	Evaluación

UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO  
ESCUELA NACIONAL DE ENFERMERÍA Y OBSTETRICIA  
DIVISIÓN DE ESTUDIOS DE POSGRADO  
ENFERMERÍA INFANTIL

**VIII. PLAN DE ALTA**

Nombre del paciente: \_\_\_\_\_  
Edad \_\_\_\_\_ Sexo: \_\_\_\_\_ Fecha de ingreso: \_\_\_\_\_ Fecha de egreso: \_\_\_\_\_

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

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

2. Orientación dietética:

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

3. Medicamentos indicados:

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

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

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

---

---

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

---

---

---

---

---

---

---

6. Fecha de su próxima cita: \_\_\_\_\_

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

---

---

---

---

---

---

---

Fecha: \_\_\_\_\_

Nombre de la enfermera: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_