

2 00903



**UNAM  
POSGRADO**



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

**“CUIDADOS DE UN LACTANTE CON DEPENDENCIA EN  
LA NECESIDAD DE NUTRICIÓN”**

**ESTUDIO DE CASO**

**QUE PARA OBTENER EL DIPLOMA DE:  
ESPECIALISTA EN ENFERMERÍA INFANTIL  
P R E S E N T A**

**LIC. CÁRDENAS SÁNCHEZ PATRICIA ADRIANA**

**ASESORÍA**

**MTRA. MAGDALENA FRANCO OROZCO**

**MÉXICO, MARZO DEL 2002**

**TESIS CON  
FALLA DE ORIGEN**



Universidad Nacional  
Autónoma de México

Dirección General de Bibliotecas de la UNAM

**Biblioteca Central**



**UNAM – Dirección General de Bibliotecas**  
**Tesis Digitales**  
**Restricciones de uso**

**DERECHOS RESERVADOS ©**  
**PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL**

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

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

## DEDICATORIA

A Dios y a la vida  
porque me recuerdan día a día lo que realmente  
es importante: el amor, la salud y la fe en la  
humanidad.

A todos y a cada uno de los niños  
en especial a Pamela  
con admiración, respeto y amor.

A los profesionistas en Enfermería,  
a los estudiantes de la especialidad en  
Enfermería Infantil y a todo ser que en  
cada instante de su vida entrega aquello que domina  
y le es propio en el cuidado de los niños enfermos,  
rescatando en estos instantes de transición  
la esperanza de la vida en sus familiares.

Y finalmente a mi familia, amigos y  
A mi asesora la Mtra. Magdalena Franco Orozco  
por todo el apoyo brindado para la realización del  
presente estudio de caso.

## ÍNDICE

TEMA	PAGINAS
I. Introducción.....	1
II. Objetivos.....	3
III. Descripción genérica del caso.....	4
IV. Marco teórico	
4.1 Antecedentes.....	8
4.2 Proceso de enfermería.....	16
4.2.1 Implicaciones éticas.....	31
4.3 Las necesidades fundamentales de Henderson.....	36
4.4 Factores de riesgo relacionados con el cuidado de un lactante con dependencia en la necesidad de nutrición.....	47
V. Metodología	
5.1 Variables valoradas.....	53
5.2 Métodos para la recolección de datos.....	53
5.3 Diagnósticos de enfermería.....	54
5.4 Plan de intervenciones.....	58
VI. Conclusiones .....	115
VII. Sugerencias.....	117
VIII. Bibliografía.....	118
IX. Anexos.....	124

## I. INTRODUCCIÓN

La práctica de la enfermería ha progresado en las últimas décadas, desde que la profesión comenzó a considerarse como una disciplina científica orientada a una práctica con base teórica, centrada en el paciente y con la aplicación total de los planteamientos científicos al proceso de atención de enfermería. En la actualidad la enfermera esta usando sistemas teóricos y modelos conceptuales para organizar el conocimiento y comprender el estado de salud del paciente, así como guiar su ejercicio profesional basada en estrategias de resolución de problemas, lo cual exige capacidades cognitivas, técnicas e interpersonales para responder a las necesidades del paciente, familia y comunidad.

Una de las propuestas empleadas con mayor frecuencia y llevada a la práctica en varios países es el modelo conceptual de Virginia Henderson, el cual brinda una visión clara de los cuidados de enfermería, donde la aplicación del proceso a partir de este modelo resulta esencial para la enfermera que quiere individualizar sus acciones, sea cual sea la situación que vive el paciente, con el fin de llegar a planificar los cuidados a partir de los conceptos de las necesidades fundamentales, las fuentes de dificultad, la dependencia y la independencia, donde esta última, en la perspectiva de Henderson, es concebida como la salud.

El presente estudio de caso hace referencia a un lactante menor femenino con alteración en la necesidad de nutrición, cuyo objetivo principal del estudio es determinar y fundamentar los cuidados, además busca relacionar los elementos del metaparadigma que propone Virginia Henderson, junto con el resto de los conceptos que ella presenta, a través del Proceso de Atención de Enfermería; el estudio inicia con los objetivos y la descripción genérica del caso, posteriormente se hace referencia del marco teórico donde se amplía la propuesta de las necesidades fundamentales, además de las implicaciones éticas y lo referente a la patología específica para el caso, el siguiente aspecto es el desarrollo de la metodología, donde se destacan los planes de cuidado derivados de la jerarquización de las necesidades de la paciente y de la prioridad de los diagnósticos de enfermería, las conclusiones, sugerencias, bibliografía y finalmente los anexos.

Por último cabe destacar que durante el desarrollo del estudio de caso, se señala como el modelo conceptual de Henderson, presenta una visión clara para individualizar los cuidados que proporciona la enfermera especialista en enfermería infantil, con el fin de restablecer y optimizar la salud de la paciente.

## **II. OBJETIVOS**

### **1. GENERAL**

Determinar y fundamentar los cuidados de un lactante con dependencia en la necesidad de nutrición, basado en las 14 necesidades de Virginia Henderson.

### **2. ESPECÍFICOS**

- Detectar los factores de riesgo.
- Valorar las necesidades fundamentales para el caso clínico.
- Establecer los diagnósticos de enfermería con base en las necesidades y elaborar un plan de intervenciones.
- Fundamentar los cuidados de un lactante con dependencia en la nutrición.
- Identificar las implicaciones éticas dentro de los procesos de enfermería.

### III. DESCRIPCIÓN GENÉRICA DEL CASO

El presente estudio corresponde a un paciente femenino, lactante menor, de tres meses de edad, producto de la gesta I, embarazo gemelar (el otro fue ectópico) originario y residente del Distrito Federal, en la delegación Gustavo A. Madero, de padre de 24 años, el cual estudia ingeniería en comunicaciones con especialidad en computación y trabaja como comerciante, sin antecedentes personales de enfermedad de importancia, y madre de 26 años con carrera comercial, laboraba como secretaria, actualmente dedicada al hogar refiere haber sido operada de una apendicetomía y resección de un embarazo ectópico, aun no le detectaban el embarazo y al mes presento varicela posterior a esto le confirman que se encuentra al final del cuarto mes de embarazo. Refiere que la abuela materna murió de cáncer.

Se trata de una familia extendida que habitan en una casa rentada cuya construcción es de tabique con techo de lamina de asbesto, cuenta con todos los servicios intradomiciliarios, esta vivienda esta formada por tres cuartos de los cuales uno es destinado como dormitorio, otro como cocina y uno más como comedor, habitan 6 personas en la casa, (los papas de Pamela, sus abuelos paternos y un tío) los cuales duermen en una sola habitación, no hay convivencia con animales en casa, los ingresos de la familia son de 500 a 800 pesos a la semana (aportados por el papá de Pamela, se desconoce el ingreso de los demás integrantes de la familia).

La mamá refiere que al nacer peso 2650 gramos, midió 49 cm; lloró (muy débil) y respiró al nacer, con apgar de 8 - 9, no requirió maniobras de reanimación, nace de 36 semanas de gestación por parto vaginal. Al nacimiento le detectaron un soplo, posteriormente cerro (fue tratada por cardiología, no requirió de medicamentos), además le diagnosticaron laringomalacia, le explican a la mamá que es una inmaduración de la laringe, pero que a los 5 o 6 meses maduraría sola, al segundo día presentó vómito a la alimentación y cianosis generalizada, por lo que le diagnostican reflujo, para lo cual le indican cisaprida y ranitidina, todo esto en un hospital particular, es dada de alta del

servicio de hospitalización con tratamiento (cisaprida 1ml y ranitidina 2.5ml), además alimentación con sonda en el domicilio.

Posteriormente presenta ya en el domicilio cianosis, palidez, tos y atragantamiento a la alimentación, por lo que es llevada a un hospital del departamento donde es hospitalizada, se desconoce el tiempo, ahí le diagnostican enfermedad de reflujo gastroesofágico, probable laringomalacia por cual es enviada al Hospital Infantil de México, para su diagnóstico y tratamiento.

Al ingresar al Hospital Infantil le diagnostican neumonía nosocomial, enfermedad de reflujo y probable laringomalacia, siendo hospitalizada en el servicio de nutrición, donde con una serie de estudios confirman el reflujo, parálisis de cuerda vocal izquierda, desnutrición de segundo grado y neumonía nosocomial, descartan la laringomalacia, cabe mencionar que hasta la fecha no se le han aplicado vacunas.

A la exploración física observamos que se trata de paciente femenino, lactante menor, de 3 meses de edad, se encuentra conciente, activa y reactiva a estímulos, con edad aparente menor a la cronológica, con palidez de tegumentos, con mucosas orales hidratadas y de coloración rosada, con ligero aleteo nasal, con casco cefálico para oxígeno a 5 litros por minuto, sonda nasogástrico para alimentación, con limitación de movimiento por venoclisis en miembro inferior derecho, sin malformaciones aparentes.

Sus signos vitales son: frecuencia cardíaca de 130 por minuto, pulso de 130 por minuto, frecuencia respiratoria de 36 por minuto, temperatura de 36.6, peso de 3570, talla 54 cm, perímetro cefálico 36 cm, perímetro abdominal de 33 cm, perímetro torácico de 35 cm y perímetro braquial de 9 cm.

Con adecuada implantación de cabello, limpio, delgado, sin parásitos, de color negro opaco, con fontanela anterior abierta aproximadamente de 1 cm, la posterior se palpa cerrada, con simetría de ojos, sigue objetos en todas direcciones, con respuesta a la luz, simetría en cuanto a cejas y con pestañas integra, conjuntivas rosa claro, con mucosas

orales hidratadas, el paladar se encuentra íntegro, su lengua tiene movimientos espontáneos y coordinados, sus signos de succión, deglución y de búsqueda son débiles, con adecuada implantación de orejas, se encuentran íntegras, con reactividad a sonidos, conductos auditivos y membrana timpánica no valorados, cuello corto, no se palpan ganglios linfáticos inflamados, pulsos carotídeos palpables y simétricos, al sentarla se observa un ligero retraso de la cabeza, pero la sostiene, la traquea se encuentra central en el cuello.

Respecto al tórax es redondo, se mueve simétricamente al abdomen, no se observan mamas aumentadas, ni tampoco supernumerarias, con movimientos de amplexión y amplexación simétricos, con ligeros tiros intercostales, sin malformaciones aparentes, se escuchan estertores gruesos en los campos pulmonares, predominando en el ápice izquierdo, además se escucha murmullo vesicular normal, la percusión se escucha el claro pulmonar normal.

El abdomen se encuentra plano, íntegro, sin presencia de heridas quirúrgicas, blando y depresible, cicatriz umbilical limpia, ruidos intestinales normales de 4 a 5 por minuto, a la percusión hay sonido mate en cuadrante superior derecho e inferior izquierdo, no se palpan viceromegalias, ni la presencia de hernias, los pulsos femorales son simétricos.

Las extremidades son simétricas, con pliegues presentes, sin malformaciones y con arco de movimiento de todas las articulaciones, con llenado capilar de 2 segundos, columna vertebral íntegra, sin malformaciones aparentes.

Genitales de acuerdo a edad y sexo, los labios mayores cubren a los menores, de color rosa claro y sin presencia de secreciones.

En cuanto al estado neurológico, simetría en cuanto a sus movimientos, con reflejos de parpadeo, nauseoso, presión palmar presentes, con reflejo de búsqueda, succión y deglución débiles.

De acuerdo a la valoración de las 14 necesidades con el enfoque de Virginia Henderson, las necesidades se presentaron en el siguiente orden, basado en el nivel de dependencia – independencia.

- Comer y beber adecuadamente.
- Respirar normalmente.
- Mantener la temperatura del cuerpo dentro de los límites normales, adaptando la ropa y modificando el ambiente.
- Moverse y mantener una postura conveniente.
- Dormir y descansar.
- Rendir culto de acuerdo con la propia fe. (de los padres).
- Evitar peligros ambientales e impedir que perjudiquen a otros.
- Aprender, descubrir o satisfacer la curiosidad que conduce al desarrollo normal y a la salud y hacer uso de las instalaciones sanitarias disponibles.
- Comunicarse con otros para expresar emociones, necesidades, temores u opiniones.
- Jugar o participar en diversas actividades recreativas.
- Eliminar los residuos corporales.
- Seleccionar ropas apropiadas: vestirse y desvestirse.
- Mantener el cuerpo limpio y bien cuidado y proteger el tejido cutáneo.
- Realización de tal manera que exista un sentido de logro.

## IV. MARCO TEÓRICO

### 4.1 ANTECEDENTES

Durante varios años se ha analizado al ser humano en sus diferentes aspectos, pero no de una forma tan específica como en la actualidad. Sobre este hombre y su naturaleza se centra el quehacer de la enfermera.<sup>1</sup>

El objeto de la actualidad de enfermería es el cuidado del hombre – persona en lo que se refiere a su salud, siempre con un estudio en la totalidad independiente del modelo que se aplique, donde cada uno tiene diferencias en sus términos y en los conceptos sobre cuidado, salud, persona y entorno. Los cuales son básicos para la profesión y también depende la conceptualización frente al paciente, por ejemplo desde el punto de vista filosófico se obtienen las corrientes del pensamiento para entender al hombre y su contexto, sus relaciones con el entorno, sus creencias y valores, su mundo y su historia así como las demandas de la sociedad.

Se debe tomar en cuenta que enfermería es una profesión humanística, que según Piulachs pide a las personas que ejercen la profesión el tener una actitud especial de sensibilidad, respeto y amor a la vida y al ser humano. En nuestros días, la enfermería, como profesión al servicio del hombre, avanza con fuerza por el camino de buscar horizontes nuevos y perspectivas sugerentes, formulando modelos y encuadres paradigmáticos. Los modelos han seguido una corriente del holismo, donde se considera al hombre como un sistema indivisible, interrelacionado con sus partes y con el entorno.<sup>2</sup>

El presente caso clínico se basó en la perspectiva filosófica de Henderson, para lo cual fue necesario utilizar una metodología científica que permitiera la integración de los conocimientos teóricos y la práctica para los diagnósticos de Enfermería de la NANDA

---

<sup>1</sup> López RJ. Aproximación al concepto del hombre – persona, objeto de los cuidados de enfermería, *Enfermería Clínica*, Noviembre – Diciembre 1992, Vol. 2 No. 5, Págs. 192 – 196.

<sup>2</sup> *Ibidem*. p. 192 – 196

(Asociación Norteamericana de Diagnósticos de Enfermería), donde se asumiera que el cuidado de enfermería pediátrica e incluyera a la familia como unidad de cuidados.

Henderson definió a la enfermera según su función: consiste en atender al individuo, enfermo o sano, en la ejecución de aquellas actividades que contribuyen a su salud, a su restablecimiento (o a evitarle padecimientos en la hora de su muerte), actividades que él realizaría por sí mismo si tuviera la fuerza, voluntad o conocimientos necesarios. Igualmente corresponde a la enfermera cumplir esta misión en forma que ayude al enfermo a independizarse lo más rápidamente posible.<sup>3</sup>

De esta definición se desprende que la relación enfermera – paciente debe ser de ayuda para que éste satisfaga de manera independiente sus catorce necesidades fundamentales.

Cuando se realiza la valoración de enfermería de forma generalizada se detectan las necesidades, problemas, preocupaciones y las respuestas humanas del individuo independientemente de la gravedad de la enfermedad que se presenta en ese momento. Por ello en los cuidados de enfermería hay diversas tendencias y opiniones para la aplicación del proceso del cuidado, esto ha sido útil para identificar los problemas de la persona y saber cual es el papel de la enfermera; por lo que el modelo conceptual nos da una visión de los cuidados al identificar los objetivos para poder planificar intervenciones.<sup>4</sup>

Las investigaciones en Estados Unidos dan una clasificación de los problemas encontrados en la persona enferma o sana para así poder planificar acciones y los diagnósticos son las guías que especifican las manifestaciones de los problemas y de las causas o factores contribuyentes. Para explicar la naturaleza de los cuidados es necesario tomar en cuenta los conceptos de persona, entorno, salud y cuidados de enfermería para así poder entender que el modelo proporciona las directrices para la práctica y los diagnósticos

---

<sup>3</sup> Del Bosque GMT y Olive FMC, Reflexión sobre un error diagnóstico, Enfermería Clínica, Mayo – Junio 1992, Vol. 2 No. 2, Págs. 67 – 71.

<sup>4</sup> Bernat BR, García LB, Inarejos VL, Bardaji FD, Enfermo crítico: Valoración global para identificar las necesidades, Enfermería clínica, Septiembre – Octubre 1992, Vol. 2 No. 4, Págs. 150 – 156.

es una manera para identificar los problemas de las personas y las causas que están presentes en la situación. La valoración da una serie de datos que permiten identificar diagnósticos ya que las acciones a realizar están planificadas para ayudar al enfermo a satisfacer progresivamente sus necesidades y así evaluar los resultados de las intervenciones siguiendo la evolución del paciente hacia la consecución de su independencia.<sup>5</sup>

El grado de independencia – dependencia se puede representar en un continuum donde el ser humano puede situarse en cualquiera de los puntos, desde una total independencia hasta un grado total de dependencia. La enfermedad requerirá diferentes actividades de enfermería en relación con la situación donde se encuentre el individuo que atiende, como informadora y promotora de la salud en la fase de independencia, de ayuda o suplencia, cuando el paciente, por falta de fuerza física, voluntad o conocimiento, no se pueda satisfacer sus necesidades por si mismo.

Cuando se hace referencia a este modelo, el de Henderson, en la fase de valoración, la obtención de datos que se ha utilizado se refirirá a las 14 necesidades, cada una de ellas se ha desglosado en tres factores fisiológicos, psicológicos, y socioculturales que influyen en la satisfacción o no de las necesidades. Para la ordenación, análisis y validación de los datos se han utilizado:

- Las manifestaciones de independencia o patrón de normalidad.
- Las manifestaciones de dependencia o patrón de alteración.
- Los problemas de dependencia susceptibles de ser tratados por enfermería.
- Las fuentes de dificultad, origen o causa de los problemas.<sup>6</sup>

Para que en la práctica la enfermera trabaje con una base científica, debe utilizar el método de resolución de problemas, posteriormente habrá de jerarquizarlos y será en base a la importancia del problema y su repercusión sobre otras necesidades, además por los

<sup>5</sup> Riopelle L., El dilema de los cuidados enfermeros: un modelo conceptual o el diagnóstico enfermero, Enfermería clínica, Julio – Agosto 1993, Vol. 3. No.4. Págs. 133 – 134.

<sup>6</sup> Del Bosque. Op cit. p. 67 – 71.

objetivos del paciente y los recursos para su independencia. Se debe atender la planificación de actividades y ejecución para que se responda a los objetivos del paciente y finalmente realizar la evaluación y un seguimiento diario para saber si se están cumpliendo los objetivos y evaluar el resultado final, y saber si es lo que se esperaba.

Otro de los aspectos que se deben tomar en cuenta es la educación sanitaria la cual según la Organización Mundial de la Salud es un proceso de adquisición de conocimientos, modificación de actitudes y hábitos tendientes a mantener y mejorar el estado de salud, posteriormente se agrega el medio ambiente como aspecto modificable y la participación comunitaria como factores indispensables en todas las fases del proceso educativo, lo novedoso ahora recomiendan la intervención en grupos específicos de población e integrando la evaluación como elemento imprescindible.<sup>7</sup>

Con la aplicación del proceso enfermero se da respuesta a la persona y a la familia ante situaciones determinadas. El uso de este proceso requiere una combinación de conocimientos (qué hacer y porqué hacerlo), habilidades (como hacerlo) y actitudes (deseo y capacidad para hacerlo), por lo que se precisa una amplia base de conocimientos enfermeros, experiencia clínica y sólidas habilidades interpersonales.

El plan de cuidados pretende ser una herramienta para la enfermería, cuyo objetivo es que el individuo y la familia adquieran los conocimientos y habilidades necesarias para manejar correctamente sus situaciones de dependencia propias de cada persona, e individualizar cada tipo de objetivos.<sup>8</sup>

Por lo antes señalado la utilización de un modelo conceptual conduce a mejorar la calidad de las intervenciones, sin modelo la clasificación de los diagnósticos ayudan a determinar el problema y su causa, pero limitan la investigación y se desconoce la naturaleza de los cuidados que se brindan. El modelo conceptual proporciona las directrices para la acción y la tipología de los diagnósticos, guía la identificación de los

---

<sup>7</sup> Canales NB, García CMR, González PMS, Gorrindo DC, Jordar ISG, Marín FSI, Robles MN, La diabetes en Atención primaria, Enfermería Clínica, Marzo – Abril 2000, Vol. 10, No. 2 Págs. 80 - 83

<sup>8</sup> *Ibidem* p. 80 – 83.

problemas y sus causas ambos elementos pueden utilizarse siempre que se respete el objetivo y se atiendan las prioridades en primer término.

Las valoraciones de Enfermería nos permiten un conocimiento de la realidad del enfermo, se concede el mismo valor o importancia de todos los aspectos valorados, esto junto con la exploración física nos da el grado de urgencia o importancia a los problemas detectados y las preocupaciones que el paciente no hubiese detectado o no se atrevía a expresar, es decir se analizan los datos para emitir juicios clínicos o diagnósticos de enfermería.

Existen dificultades en el proceso del diagnóstico, podemos encontrar que cuando al paciente se le niega saber sobre su padecimiento o sobre su pronóstico lo que limita su atención, ya que para que una persona pueda entender que le pasa y pueda colaborar en su plan de cuidados es necesario que conozca su situación, debido a que el proceso es menos traumático si se conoce la realidad entonces el paciente y la familia enfrentaran las situaciones de una mejor manera, y así podrán colaborar dando mejores resultados al momento de la evaluación y evitando problemas futuros a la familia sobre sentimientos de culpa.<sup>9</sup>

Así mismo, también es posible el haber realizado una adecuada valoración y jerarquización de las necesidades, aplicando un plan de cuidados de manera optima, obteniendo resultados favorables y haber cumplido con los objetivos propuestos tanto para el paciente, la familia y la enfermera, dando respuesta a los problemas detectados, donde se concluye que hecho de trabajar de forma organizada y sistemática, mediante un método científico, aumenta la calidad de los cuidados de enfermería y detectar los problemas que no son el motivo principal por los cuales se dan la atención a los pacientes, pero que si afectaban la salud del individuo y de su familia.<sup>10</sup>

<sup>9</sup> Ferret IPA, No saber: un problema, Enfermería Clínica, Enero - Febrero 1993, Vol. 3 No. 1, Págs. 30 - 33.

<sup>10</sup> Álvarez MR, Bernal CI, Pérez RF, Segura GMJ, Dificultad respiratoria en el niño: detección de necesidades, Enfermería Clínica, Mayo - Junio 1991, Vol. 1 No. 2, Págs. 55 - 58.

Se debe tomar en cuenta que los problemas de los pacientes pueden ser el resultado de las alteraciones en las funciones cognitivas, motora, sensorial o neuromuscular, y pueden afectar negativamente a las personas en distintos aspectos, tales como la actividad, la comunicación, la autoimagen y el bienestar, entre otros, obligándoles a modificar en mayor o menor grado su estilo de vida.<sup>11</sup>

La atención de enfermería se basa en identificar los problemas del paciente, proporcionar los cuidados encaminados a resolverlos, valorar su repercusión en el futuro y buscar los recursos de apoyo disponibles para conseguir el nivel de funcionalidad más alto posible y mejorar la calidad de vida del paciente y su familia.

Considerando las repercusiones de los problemas que tienen los pacientes, la enfermera debe disponer de una información amplia sobre el estado físico del enfermo, para detectar los problemas que conlleva la enfermedad y planificar intervenciones de acuerdo a criterios de resultados realistas.

Se debe tomar en cuenta que el quipo de enfermería es, a menudo, el que realiza y diseña el plan de cuidados, se encarga de evaluar su evolución y educar a la familia y al paciente para que asuma responsabilidad en el momento del alta. Por ello, se debe estar bien informado y documentado, basándose en la mejor evidencia científica sobre las indicaciones y contraindicaciones de las nuevas terapéuticas para los diferentes cuidados.<sup>12</sup>

Por otra parte, dentro de la valoración de enfermería, uno de los aspectos que se deben tomar en cuenta es el dolor, el cual es un síntoma y no un signo físico en absoluto, por lo que remite siempre a la información subjetiva que nos proporciona el propio paciente, ya que no existe dolor imaginario, el dolor siempre es real. Es importante que enfermería considere siempre la realidad del dolor y no supuestas simulaciones, de tal

---

<sup>11</sup> Martínez MML, Martín SC, Canalejas PC, Cid GML, Guía para la valoración del paciente neurológico, Enfermería clínica, Sept. – Octubre 2000, Vol 10, No 5, Págs. 225 –231.

<sup>12</sup> Ibañez MN, Erdozain AML, Tratamiento de las heridas cavitadas esterales tras cirugía cardíaca con un nuevo apósito, Enfermería Clínica, Enero – Febrero 2000, Vol 10 No. 1, Págs. 33 - 41

forma que los pacientes desarrollan una relación más familiar con las enfermeras que con los médicos, en consecuencia es común que un paciente se queje con una enfermera, pero afirma estar libre de dolor frente al médico. Ante estas situaciones, el médico tiende a no tener en cuenta las opiniones y preocupaciones de la enfermera. Otras veces algunas enfermeras no siguen las instrucciones del médico y no administran el analgésico según la pauta prescrita. Esto es del todo inaceptable porque el paciente no solicitará la dosis y experimentará dolor, lo cual obedece al hecho de que no se percibe el dolor como problema serio o que se confunde la sedación con el alivio del dolor. Un paciente puede estar muy sedado y seguir aún experimentando dolor, muchos enfermos se duermen de agotamiento y a pesar de ello siguen experimentando dolor.<sup>13</sup>

Finalmente se menciona otro aspecto que es importante destacar en la valoración de enfermería es como se esta enfrentando a la muerte, ya que la enfermera participa como sistema de apoyo al enfermo y a la familia. Es importante destacar que el personal de enfermería se enfrenta muy frecuentemente a la lucha de la vida y la muerte de los pacientes. Según Piulachs "Cuantas más veces uno se enfrenta a la muerte, más sereno puede permanecer junto a ella". Estas palabras hacen reflexionar sobre esta situación, lo que lleva a cuestionar la diferencia entre los conceptos, presenciar y enfrentarse a la muerte, por un lado y por otro, que conceptos definirían un estado de serenidad en una persona que atiende profesionalmente a personas moribundas en muy diversas situaciones, con diferentes características patológicas, personales y familiares.

Se dice que algunas de las enfermeras son insensibles, carentes de humanidad y empatía e incluso poco profesionales, pero puede haber un mensaje oculto que se encierra como angustia o de impotencia, que constituya una demanda de ayuda para sobrellevar situaciones como las que se viven diariamente en algunos servicios hospitalarios.

Existe una estrecha relación entre el sistema personal de valores en torno al tema de la muerte y la propia vivencia de las intervenciones profesionales. Donde se puede

---

<sup>13</sup> Solana ZE, Actitud de la enfermera ante el paciente con dolor, Enfermería Clínica, Marzo - Abril 1993, Vol 3 No. 2, Pág. 73 -75

considerar que el trabajo de estos profesionales supera la etapa de presenciar y trasciende al enfrentar, ya que la propia muerte es la causa directa de la sensación de impotencia, pero al mismo tiempo contribuye a afirmar dicho sistema personal de valores.<sup>14</sup>

El modelo de Henderson muestra cuales son los problemas que no permiten desarrollar las actividades de la vida diaria de forma autónoma, y como una historia inicial de enfermería sistematizada valora los problemas, centra los objetivos y las actividades para potenciar al máximo su independencia, además de realizar seguimientos de las actividades de la vida diaria de la persona y al mismo tiempo elabora y ejecuta planes de cuidados dirigidos hacia las necesidades básicas del paciente y su familia abarcando los campos biológico, psíquico y social.<sup>15</sup>

La valoración de Henderson ha permitido detectar situaciones de cuidado que no responden a problemas, es decir que sus necesidades son independientes, obteniendo una visión de prevención, lo que contribuye a mejorar la confianza en la toma de decisiones y obtener mejores resultados en la práctica clínica.<sup>16</sup>

---

<sup>14</sup>Notivol TMP, Santos LMA, Gabari GMI, Pollán RM, Ayudar a morir en UCI, percepción de las necesidades de los profesionales, Enfermería Clínica, Marzo – Abril, 1993, Vol. 3 No. 2. Págs. 43 - 47

<sup>15</sup> Martínez SR, Una anciana con demencia senil, Enfermería Clínica, Marzo – Abril, 1993, Vol 3 No. 2. Págs. 79 – 85

<sup>16</sup> Acebedo S, Aguarón MJ, Rodero V, Ricomá R, Enfermería basada en la evidencia: estándares para la práctica clínica, Enfermería Clínica, Julio – Agosto 1999, Vol 9, No. 4 Págs. 167 – 173.

## 4.2 EL PROCESO DE ENFERMERÍA

En cualquier profesión resulta esencial seguir algunas pautas de actuación razonadas y sistemáticas, que lo ayuden a cubrir las necesidades del individuo. En lo que respecta a enfermería, cuenta con el proceso, el cual es un marco de referencia que orienta su práctica.

El proceso de enfermería se define como un camino intelectual compuesto de etapas, ordenadas lógicamente, que tiene como objetivo planificar cuidados orientados al bienestar del paciente. Utilizado con rigor, es en realidad un método sistemático que permite obtener la información necesaria, manejarla, concretarla en intervenciones adecuadas y evaluar sus resultados. Aplicado al marco conceptual de Henderson, facilita de forma extraordinaria la identificación de las necesidades del paciente en el plano biopsicosocial, cultural y espiritual, y la búsqueda de las fuentes de dificultad que impiden su satisfacción. Al mismo tiempo permite poner en práctica intervenciones capaces de reducir la influencia de las fuentes de dificultad y de satisfacer las necesidades.<sup>17</sup>

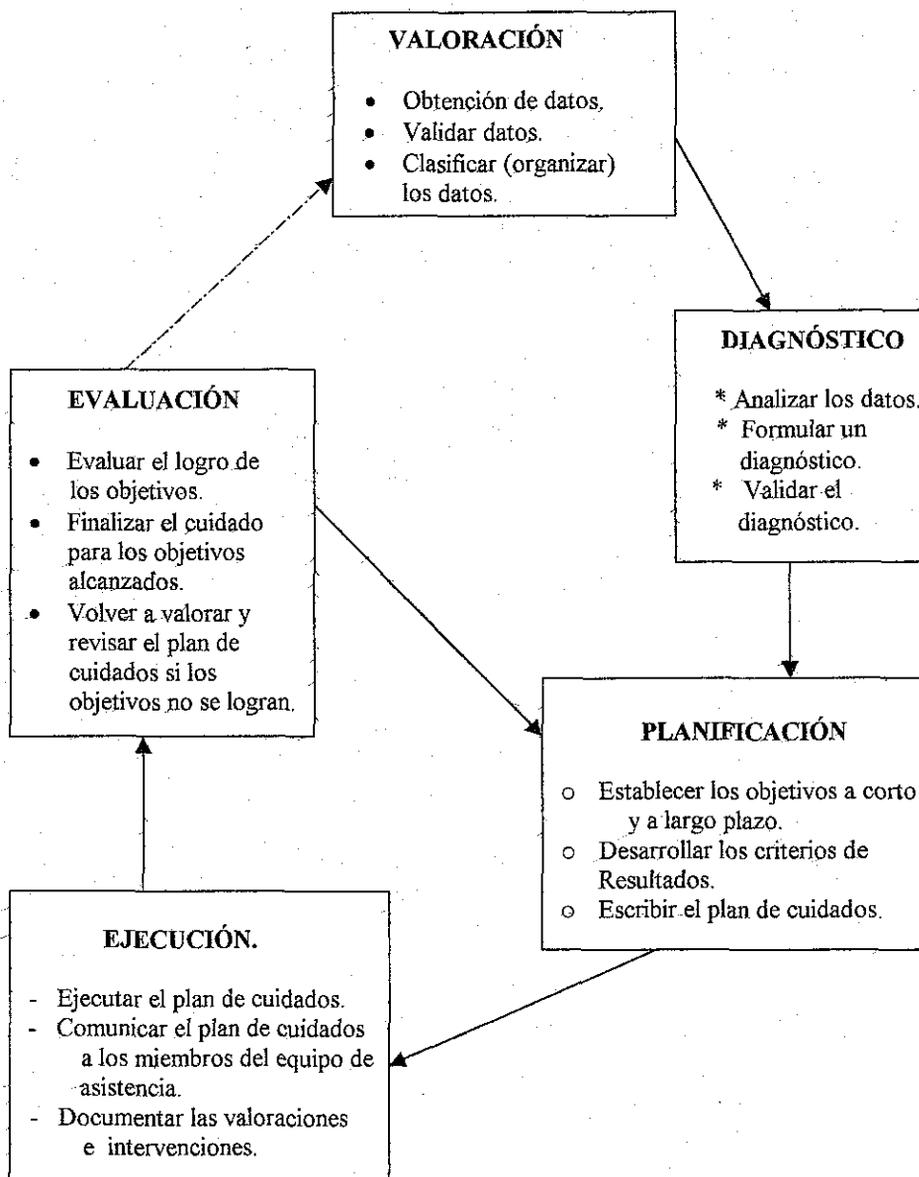
Se debe tomar en cuenta que el proceso de enfermería es cíclico: esto es, sus componentes siguen una secuencia lógica, pero más de un componente puede estar involucrado en cualquier momento. Al final del primer ciclo, los cuidados pueden finalizar si se han logrado los objetivos, o el ciclo puede comenzar de nuevo con una nueva valoración.<sup>18</sup>

El proceso de enfermería consta de una serie de cinco pasos o etapas para la resolución del problema: valoración, diagnóstico, planificación de los cuidados, ejecución o implementación y evaluación. Estos se relacionan entre sí, son cíclicos y están contruidos unos sobre otros. La exactitud en cada paso es crucial para asegurar que el niño reciba el máximo beneficio de los cuidados de enfermería. (Ver cuadro no. 1)

<sup>17</sup> M. Phaneuf, Cuidado de enfermería, el proceso de atención de enfermería, 1ª.ed. Edit. Interamericana – McGraw – Hill, España, 1993, Págs. 50 – 51.

<sup>18</sup> Kozier Barbara, Erb Glenora, Blais Kathleen, Jonson Joyce Young, Temple Jean Smith, Técnicas de Enfermería clínica, 4ª. Ed. Edit. McGraw- Hill – Interamericana, España, Vol. 1, 1999, Págs. 16 - 17.

**CUADRO NO. 1**  
**ETAPAS DEL PROCESO ATENCIÓN DE ENFERMERÍA**



Las intervenciones que realiza la enfermera en el paciente conllevan serias implicaciones: por lo cual el proceso de cuidados ha de tener un carácter de reflexión. Fundamentado en un razonamiento lógico que permita la planificación de su desarrollo.

En la fase de valoración se desarrolla el proceso de obtención, verificación y organización de los datos (información) referentes al estado de salud de un paciente. En esta fase, las enfermeras y pacientes establecen la base de datos a partir de la cual derivan los planes de cuidado individualizados del paciente. Durante esta fase del proceso la enfermera, estratégicamente, recopila de diversas fuentes los datos necesarios para el cuidado del paciente.<sup>19</sup>

La valoración es la base del proceso de enfermería y la piedra angular de la práctica profesional. Consiste en la reunión deliberada y sistemática de datos procedentes de una gran variedad de fuentes. Se debe evaluar a todos los pacientes desde perspectivas fisiológicas, psicológicas, culturales, espirituales y ambientales. Ésta deberá ser más o menos exhaustiva, pero, en cualquier caso, se deben incluir todas las áreas.<sup>20</sup>

Existen tres tipos de valoraciones:

- 1) La global es aquella en la que se evalúan todas las áreas de forma completa.
- 2) La selectiva proporciona los datos necesarios para administrar una atención sanitaria básica, se realiza en los casos donde esta en riesgo la vida de la persona.
- 3) De objetivos se utiliza cuando se observa un área disfuncional.

En líneas generales, se puede afirmar que esta etapa nos ofrece información sobre lo que es, de que sufre, sobre sus hábitos de vida y sobre el estado de satisfacción de sus necesidades fundamentales. Los principales métodos para la obtención de datos son: observación, entrevista y exploración.

---

<sup>19</sup> Kozier. Op cit. p. 17.

<sup>20</sup> Wong Donna L, Enfermería Pediátrica, 4ª ed. Edit. Mosby – Doyma, España, 1995, Pág. 15.

Observación es obtener datos usando los cinco sentidos, comprende la selección, la organización y la interpretación de datos. La observación tiene dos aspectos a) observar los estímulos y b) seleccionar, organizar e interpretar los datos, es decir, percibirlos.<sup>21</sup>

La entrevista es una comunicación planificada o una conversación con un objetivo. Hay dos enfoques para la entrevista dirigida que es muy estructurada y obtiene información específica. La enfermera establece el objetivo de la entrevista y la controla, al menos al comienzo, haciendo preguntas cerradas que solicitan un cierto número de datos específicos. Se responde a las preguntas pero no se tiene la oportunidad de hacer preguntas o discutir temas, aquí el tiempo es limitado. Mientras que la entrevista no dirigida o generadora de una buena relación, la enfermera deja que el paciente controle el objetivo, el tema y la cronología. La enfermera estimula la comunicación haciendo uso de preguntas abiertas y respuestas empáticas.<sup>22</sup>

La exploración física o una valoración física es el medio por el cual la enfermera obtiene los datos objetivos necesarios para completar la valoración del proceso de enfermería. El desarrollo de las habilidades necesarias para realizar una valoración física precisa conocimientos, práctica y tiempo. La valoración física se realiza de forma sistemática. Puede organizarse según la preferencia de los examinados, como un abordaje de la cabeza hacia los pies o como un abordaje de sistemas corporales. Los hallazgos se miden frente a normas o estándares. Para conducir la exploración, la enfermera utiliza las técnicas de inspección, palpación, percusión y auscultación.<sup>23</sup>

Durante el período de valoración, el personal de enfermería busca información para describir y explicar las dificultades y el potencial de la familia. Debe ser capaz, por tanto, de comunicarse de forma eficaz con el niño y con la familia. La obtención de una valoración completa en un paciente pediátrico presenta numerosos problemas. Los niños muy pequeños no pueden contestar a las preguntas, ni localizar signos y síntomas que

---

<sup>21</sup> Kozier. Op cit. p. 21

<sup>22</sup> Ibidem. p. 21- 24.

<sup>23</sup> Ibidem. p. 25.

ayuden en el examen físico, los que están en edad escolar a veces son tímidos y se resisten a informar delante de sus padres. En consecuencia el personal de enfermería debe estar atento ante posibles cambios de conducta sutiles que indiquen cansancio o miedo o también la necesidad de estar en privado.

La valoración inicial de enfermería esta completa cuando: 1) se dispone de datos básicos acerca del niño y de su familia, 2) se han evaluado las necesidades de atención sanitaria, 3) se han identificado las áreas que interfieren en el funcionamiento del niño y la familia, y 4) se elabora un informe acerca de los problemas que puede haber.

Tras completar la valoración inicial hay que comparar la respuesta del paciente con la esperada, teniendo en cuenta las variables culturales, étnicas y religiosas. Cada dato debe proporcionar suficiente información para elaborar un juicio sobre el funcionamiento del paciente.

La segunda fase del proceso de enfermería es la identificación del problema y el establecimiento del diagnóstico. En este momento, la enfermera debe interpretar y tomar decisiones a partir de los datos reunidos.

El diagnóstico de enfermería es la denominación de la información obtenida en la valoración. Según la definición de la NANDA, es un juicio clínico acerca de las respuestas individual, familiar y comunitaria a los procesos vitales y a los problemas de salud actuales y potenciales. Los diagnósticos de enfermería proporcionan la base para seleccionar las intervenciones que se necesitan para lograr los resultados de los que la enfermera es responsable.<sup>24</sup>

El diagnóstico es el proceso que da como resultado un enunciado diagnóstico o un diagnóstico de enfermería que proporciona la base para la selección de las intervenciones de enfermería para el paciente, es un proceso de análisis y síntesis.<sup>25</sup>

---

<sup>24</sup> Wong. Op cit. p. 15.

<sup>25</sup> Kozier. Op cit. p. 17.

El análisis es la separación en componentes, es decir, la fragmentación del todo en sus partes. La síntesis es lo opuesto; es decir, la reunión de las partes en un todo. Las habilidades cognitivas requeridas para el análisis y la síntesis son: objetividad, pensamiento crítico, toma de decisiones y razonamiento inductivo y deductivo.

El análisis y la interpretación de los datos obtenidos sobre el paciente hacen posible que veamos con claridad cual es su problema específico de dependencia y la fuente de dificultad que lo provoca. En otras palabras permite realizar el diagnóstico de cuidados.<sup>26</sup>

En la práctica, el personal de enfermería realiza actividades dependientes, interdependientes e independientes, según de donde proceda la autoridad para la acción. Son actividades dependientes las que suponen la puesta en práctica de las intervenciones prescritas por el médico. Las actividades interdependientes son aquellas en las que se suponen la responsabilidad del médico y de la enfermera y exigen la colaboración de ambas disciplinas. Por último las actividades independientes son aquellas en las que la enfermera es una responsable directa. Los diagnósticos de enfermería deben reflejar las dimensiones interdependientes e independientes de la enfermería.

El diagnóstico de enfermería se compone de tres partes: el problema, la etiología y los signos y síntomas ( a menudo denominadas PES). El primero - definición del problema - describe la respuesta del niño a los déficit de tipo sanitario propios de la familia o de la comunidad. Se trata, por tanto, de la respuesta del paciente a las alteraciones de los procesos vitales, modelos, funciones o esquema de desarrollo, incluidas las producidas como consecuencia de la enfermedad.<sup>27</sup>

Los niños no siempre tienen problemas reales de salud, algunos presentan problemas potenciales, es decir, una situación de riesgo que precisa una intervención de enfermería para evitar que se desarrollen. Los problemas potenciales de salud indican la

---

<sup>26</sup> Phaneuf, Op cit p. 51.

<sup>27</sup> Wong, Op cit. p.16.

presencia de factores de riesgo (signos indicativos de un problema sanitario potencial), que predisponen al niño y a la familia a un determinado tipo de disfunción con mayor probabilidad que al conjunto de la población. La intervención se dirige entonces a reducir los factores de riesgo. Para distinguir los problemas sanitarios reales de los potenciales, al establecer el diagnóstico de enfermería se incluyen las palabras alto riesgo.

El contenido de un diagnóstico de enfermería no siempre refleja un problema. Se puede redactar un informe positivo, a partir de las categorías diagnósticas, en el que se describan las respuestas de adaptación a un problema de salud que se desea apoyar o facilitar.

El segundo componente del diagnóstico, la etiología, describe los factores fisiológicos, de situación y de maduración, causantes del problema o influyentes en su desarrollo. La etiología puede ser la conducta del paciente, factores ambientales o una interacción de ambos. Al usar el formato PES es importante que quien lo redacte no vincule el problema y su etiología con palabras que indiquen una relación de causa – efecto.

Las etiologías son causas probables; si se emplean palabras que suponen causa – efecto puede provocarse dificultades legales o profesionales. Aunque a veces no hay una relación directa causa – efecto entre el problema y la etiología, ésta influye siempre en aquél. Por tanto, en la redacción es preferible utilizar expresiones como relacionado con para indicar la vinculación entre el problema y su etiología.<sup>28</sup>

La diferencia entre varias etiologías tiene una importante crítica porque las intervenciones encaminadas a modificar el problema de salud se dirigen a la etiología. Se trata de un concepto básico para entender el proceso de enfermería y el formato PES.

Además de la distinción entre las diversas etiologías, también tiene una importante máxima expresarse de forma muy concreta. Aunque las intervenciones de enfermería se orientan a la etiología, la definición del problema influye en ellas. A veces, la causa del

---

<sup>28</sup> Wong. Op cit. p. 16

problema es desconocida. Esto alerta al personal de enfermería y demás miembros del equipo sanitario para que hagan una evaluación adicional de los factores causantes. La inclusión de signos y síntomas en estos casos ayuda a la identificación del problema.<sup>29</sup>

El tercer componente, los signos y síntomas, se refiere a un conjunto de indicaciones y/o características definitorias, derivadas de la valoración del paciente e indicativas de problemas de salud reales. Resultan observables cuando existe un problema de salud, cuando una de ellas resulta esencial para efectuar un diagnóstico, se considera crítica. Estas características críticas ayudan a distinguir entre las diferentes categorías diagnósticas. Las características definitorias se derivan de la valoración inicial y progresiva del paciente, pueden incluir signos y síntomas, que clarifican los problemas y etiologías en el diagnóstico. Los signos y síntomas se suelen documentar con los datos de valoración y no siempre es necesario incluirlos en el diagnóstico, sino sólo cuando sirvan para aclarar el mismo. Esta información es útil para dirigir la atención de enfermería.<sup>30</sup>

Las enfermeras deben redactar los diagnósticos como enunciados de dos o tres partes:

1. Problema (P): enunciado de la respuesta del paciente.
2. Etiología (E): factores que contribuyen a la respuesta o sus causas probables.
3. Signos y síntomas (s): características definitorias manifestadas por el paciente.

Los enunciados de dos partes se unen mediante las palabras en relación con o asociado con en lugar de debido a. La frase debido a implica una relación de causa y efecto; una cláusula es la causa o es responsable de la otra cláusula. Por el contrario, las frases en relación con y asociado con simplemente implican una relación. La frase en relación con se usa con más frecuencia. Si cambia una parte del enunciado diagnóstico, la otra parte puede cambiar también.<sup>31</sup>

---

<sup>29</sup> Wong. Op cit p. 16

<sup>30</sup> Ibidem. p. 16 - 17.

<sup>31</sup> Kozier. Op cit. p.32.

Los enunciados diagnósticos de tres partes comprenden el problema, la etiología y los signos y síntomas observados (PES). Los diagnósticos de enfermería reales pueden documentarse mediante un enunciado de tres partes (usando en relación con y manifestado por), ya que se han identificado los signos y síntomas.<sup>32</sup>

Los diagnósticos de enfermería posibles se emplean cuando no hay evidencia acerca de una respuesta del paciente o cuando se desconocen los factores relacionados. La enfermera redacta el diagnóstico de enfermería posible y obtiene más datos, para apoyar, o para refutar la respuesta posible. La exactitud de los enunciados diagnósticos de enfermería depende también de una base de datos completa y un procesamiento adecuado de los datos. Si éstos se omiten, el diagnóstico puede ser erróneo. Si los datos no se procesan de forma adecuada, es decir, no se agrupan correctamente, puede que se realice un diagnóstico prematuro, incorrecto, o que no se realice dicho diagnóstico.

La planificación permite determinar los objetivos que deben perseguir los cuidados de enfermería, con el fin de suplir lo que el paciente no puede llevar a cabo por sí mismo para satisfacer sus necesidades, y resolver su problema de dependencia. Tiene dos vertientes la elaboración de los objetivos de los cuidados y la planificación de las intervenciones. Los objetivos indican el resultado que se quiere conseguir en el paciente y la planificación de intervenciones determina las acciones que la enfermera ha de poner en práctica para conseguir ese resultado.<sup>33</sup>

La planificación es un proceso en el que la enfermera y el paciente establecen prioridades, redactan objetivos o resultados esperados, y establecen un plan de cuidados escrito, diseñado para resolver o minimizar los problemas identificados en el paciente y para coordinar los cuidados proporcionados por todos los miembros del equipo de salud.<sup>34</sup>

---

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

<sup>33</sup> Phaneuf. Op cit p. 51 - 52.

<sup>34</sup> Kozier. Op cit p. 17

La planificación consta de cinco componentes:

a) Asignación de prioridades: es el proceso de establecer un orden preferencial para las estrategias de enfermería, primero se busca un orden de importancia en los diagnósticos de enfermería, aún cuando este puede cambiar durante el transcurso del plan, de deben tener en cuenta: en primer lugar la urgencia del problema de salud, es decir si se ve amenazada la vida del paciente, por lo que la enfermera debe dar prioridad a las necesidades básicas o fisiológicas. En segundo lugar se tomaran en cuenta los valores, creencias y prioridades de salud del paciente, en tercer lugar los recursos disponibles para la enfermera y el paciente y finalmente la planificación del tratamiento médico donde las prioridades deben ser congruentes con el tratamiento administrado por otros profesionales de la salud. <sup>35</sup>

b) Establecimiento de los objetivos del paciente y los criterios de resultados. Un objetivo del paciente es un resultado o un cambio deseado en la conducta del paciente hacia la salud. El logro del objetivo refleja la resolución de la inquietud o problema de salud del paciente especificado en el diagnóstico de enfermería. Los objetivos pueden reflejar la recuperación, el mantenimiento o la promoción de la salud. La enfermera deduce los objetivos de la respuesta humana identificada del diagnóstico de enfermería, los objetivos pueden ser a corto o largo plazo. Los criterios de resultados son declaraciones que describen respuestas específicas, observables y mensurables del paciente y son: el sujeto, cualquier parte de él o atributo, el verbo que indica la acción a realizar, las condiciones o modificadores las cuales se usan para explicar las circunstancias bajo las cuales se va a ejecutar la conducta y los criterios de resultados deseados los cuales la enfermera evalúa un resultado o el nivel al que el paciente ejecuta la conducta. Estos criterios determinar si los objetivos establecidos se han logrado y son, esenciales para la fase de evaluación del proceso de enfermería. <sup>36</sup>

---

<sup>35</sup> Ibidem, p. 33 - 34.

<sup>36</sup> Kozier. Op cit p. 34 - 36

c) La planificación de las estrategias de enfermería: Son las acciones o intervenciones de enfermería para lograr los objetivos. La enfermera elige estrategias específicas que se centran en la eliminación o reducción de la causa o etiología del diagnóstico. La actuación planificada debe ser: segura y adecuada para la edad, salud del individuo, alcanzable con los recursos disponibles, congruente con los valores y creencias, congruente con otros tratamientos, basada en un conocimiento y experiencia de enfermería y estar dentro de los estándares de cuidados establecidos según determinan las asociaciones profesionales.<sup>37</sup>

d) La redacción de las órdenes de enfermería son las actuaciones específicas que la enfermera adopta para ayudar al paciente a cumplir los objetivos de cuidado de la salud establecidos. Las ordenes de enfermería deben comprender los cinco componentes siguientes: Fecha, Verbo que inicia la orden y ha de ser preciso, El área de contenido es el dónde y el que de la orden, Elemento tiempo es decir cada cuanto va producirse la acción y firma de la enfermera que prescribe la orden, ya que demuestra responsabilidad y tiene importancia legal.<sup>38</sup>

e) La redacción del plan de cuidados de enfermería. Es una guía escrita que organiza la información sobre la salud de un paciente, se centra en las actuaciones que las enfermeras deben realizar para tratar los diagnósticos de enfermería identificados y satisfacer los objetivos establecidos. Los propósitos de un plan son: Proporciona la dirección para un cuidado individualizado, asegurar la continuidad del cuidado, evaluar las necesidades afectadas.<sup>39</sup>

Siempre se debe recordar que el objetivo de los cuidados no es la enfermedad, sino todo lo que ayuda a vivir y permite existir. (Colliere)

---

<sup>37</sup> Ibidem p. 36 -37

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

<sup>39</sup> Ibidem. p.38

La ejecución es la puesta en práctica por parte de la enfermera del plan de intervenciones elaborado.<sup>40</sup>

En la fase de ejecución, también llamada fase de intervención, la enfermera pone en marcha las estrategias de enfermería enumeradas en el plan de cuidados de enfermería para lograr el resultado deseado o los objetivos del paciente. Para ejecutar los cuidados de enfermería, la enfermera realiza, generalmente, las siguientes actividades: cuidado, comunicación, ayuda, educación, asesoramiento, actuación como defensora del paciente y agente de cambio, líder y dirección. Estas actividades se asocian con los roles de enfermería y comprenden: la asignación y delegación del cuidado a otro personal de enfermería, y la supervisión y evaluación de las actividades de enfermería de los demás.

El proceso de ejecución comprende normalmente cinco componentes:

1. Revaloración del paciente: Se lleva a cabo a lo largo de todo el proceso de enfermería, es decir, siempre que la enfermera entre en contacto con el paciente. Al proporcionar cuidados, las enfermeras deben seguir obteniendo datos sobre los cambios (sutiles o agudos) en el estado de bienestar del paciente, tanto en lo que se refiere a problemas de salud como a reacciones, sentimientos y fuerzas. Mientras que la enfermera realiza una valoración extensa durante la primera fase del proceso de enfermería, la revaloración de etapas posteriores suele centrarse en necesidades o respuestas más específicas del paciente. Gracias a este mecanismo, las enfermeras son capaces de determinar si las estrategias de enfermería planificadas son actualmente apropiadas para el paciente.<sup>41</sup>

---

<sup>40</sup> Phaneuf, Op cit. p. 52.

<sup>41</sup> Kozier, Op cit p. 40.

2. Validación del plan de cuidados de enfermería: Un plan de cuidados de enfermería no puede ser fijo; debe ser una herramienta flexible. La enfermera debe comparar los nuevos datos con la base de datos. A veces, los nuevos datos son incongruentes con los datos básicos. La enfermera debe juzgar el valor del nuevo dato y determinar si el plan de cuidados de enfermería aún es válido. Cuando el estado de salud de un paciente cambia, es decir, cuando cambian las respuestas físicas o psicosociales, la enfermera ha de ajustar el plan de cuidados de enfermería. Si los datos referentes al estado de salud del paciente no cambian, la enfermera inicia el proceso de ejecución.<sup>42</sup>
3. Determinación de la necesidad de asistencia de enfermería: Al ejecutar algunas estrategias de enfermería, la enfermera puede precisar ayuda por una de las siguientes razones: la enfermera sola es incapaz de ejecutar con seguridad las estrategias de enfermería o de reducir el estrés de un paciente. Además, las enfermeras deben solicitar ayuda si carecen de los conocimientos o habilidades para implementar una actuación de enfermería determinada.<sup>43</sup>
4. Ejecución de las estrategias de enfermería: Las estrategias de enfermería ayudan al paciente a satisfacer los objetivos de salud establecidos. Al implementar estas estrategias, la enfermera tiene en cuenta los siguientes factores: la individualidad del paciente, la necesidad de implicación del paciente, la prevención de las complicaciones, la preservación de las defensas corporales, la provisión de bienestar y apoyo al paciente y ejecución exacta y esmerada de todas las actividades de enfermería.<sup>44</sup>
5. Comunicación de las actuaciones de enfermería: La actuación de enfermería se comunica por escrito o de forma verbal, pero sólo después de haberse ejecutado. Las actuaciones no deben anotarse de antemano ya que la enfermera puede

---

<sup>42</sup> Kozier. Op cit p. 40 - 41

<sup>43</sup> Ibidem p. 41.

<sup>44</sup> Ibidem p. 41.

determinar, al revalorar al paciente, si la actuación debe o no implementarse. En algunas ocasiones es importante anotar una actuación de enfermería inmediatamente después de ejecutarla, en especial la administración de medicamentos o tratamientos, porque los datos registrados sobre el paciente deben estar actualizados, ser exactos y estar a disposición de otras enfermeras y profesionales del cuidado de la salud. Cuando las actuaciones de enfermería se comunican en forma verbal, además de escrita son cuando la salud de un paciente está cambiando con rapidez, en el cambio de turno y en el momento del alta del paciente.<sup>45</sup>

En la fase de evaluación, la enfermera identifica si se han satisfecho los objetivos del paciente o hasta qué grado, donde las conclusiones obtenidas determinan si las intervenciones pueden finalizar o deben revisarse o modificarse.<sup>46</sup>

El proceso de evaluación tiene cuatro componentes:

- Obtención de datos relacionados con los criterios identificados: La enfermera obtiene los datos mediante la observación, la comunicación directa y la escucha intencionada o a partir de los informes de otros profesionales de la salud, para determinar si se han logrado los objetivos. Los datos deben estar relacionados con los criterios especificados y pueden ser necesarios tanto los datos objetivos como los subjetivos.
- Determinación del logro del objetivo: se ha logrado el objetivo si el paciente ha respondido como se esperaba, o bien, se ha logrado parcialmente es decir no se alcanzan todos los objetivos y cuando no se ha satisfecho en absoluto los objetivos. Si lo objetivos se han cumplido en su totalidad, la enfermera declara problema resuelto, en el plan de cuidados.

---

<sup>45</sup> Kozier. Op cit. p. 42.

<sup>46</sup> Ibidem p. 42.

- Reexamen del plan de cuidados del paciente: Si los problemas se han satisfecho en parte o no se han satisfecho, la enfermera determina la posibilidad de un diagnóstico incorrecto, donde habrá que evaluarse y reestructurarse nuevamente.
- Modificación del plan de cuidados: habrá que revalorar nuevamente, revisar los diagnósticos y modificarlos, revisar prioridades, objetivos y establecer nuevas estrategias e implementar otro plan de enfermería y finalmente volver a realizar la evaluación.<sup>47</sup>

“La evaluación, última etapa del proceso, pone en movimiento un proceso cíclico”<sup>48</sup>

---

<sup>47</sup> Kozier. Op cit p. 42

<sup>48</sup> Phaneuf. Op cit. p. 52.

#### 4.2.1 IMPLICACIONES ÉTICAS

La ética ha sido base de la práctica profesional de enfermería desde el inicio de la profesión. El desarrollo de nuevas tecnologías para la asistencia de los pacientes, el problema de los costos sanitarios, el creciente número de enfermedades crónicas, las cuestiones que rodean a los pacientes moribundos y la evolución en el campo de la genética han tenido una repercusión en todos los profesionales de la salud donde las enfermeras utilizan la ética para evaluar y justificar sus comportamientos y acciones y los de otras personas teniendo en cuenta los tres enfoques de la ética la virtud, los principios y el cuidado.<sup>49</sup>

El saber ético nos ayuda a hacer consiente la posición que adoptamos frente a las diversas situaciones de la vida. Mientras que el conocimiento ético ayuda a conocer, identificar y analizar los aspectos que previamente se vinculan a los hechos y los aspectos que pueden derivarse de las decisiones tomadas, asociándolas a la escala de valores de la persona.

Un código de ética da a los miembros de la profesión una estructura de referencia para hacer juicios en situaciones de enfermería complejas. Nunca dos situaciones son idénticas, y las enfermeras se encuentran con frecuencia en situaciones en las que es necesario elegir qué acción emprender. Un código ético sirve de pauta en muchas de estas situaciones. Identifica los valores y creencias que hay tras los estándares éticos.

La American Nurses' Association (ANA) propuso el primer código de ética en 1950, el cual se ha revisado en varias ocasiones la última reportada en 1985. Este código está diseñado para proporcionar una guía para las enfermeras a través de principios de interés ético.<sup>50</sup>

---

<sup>49</sup> J. Davis AJ, Las dimensiones éticas del cuidar en enfermería, *Enfermería Clínica*, Enero – febrero 1999, Vol 9 No. 1, págs. 21 – 28.

<sup>50</sup> Kozier. Op cit p. 11

Por otra parte, se menciona que los aspectos éticos de la enfermería son los valores, las creencias y actitudes de las personas los cuales son diferentes de unos a otros, pero que a menudo están interconectados.<sup>51</sup>

Otro de los aspectos éticos que se toma en cuenta y que además es un aspecto legal es que se debe otorgar al enfermo de manera escrita, para que se le practique una actuación terapéutica y/o diagnóstica, una vez que ha sido informado de sus objetivos, riesgos y alternativas posibles. El consentimiento ha de ser obtenido siempre, con carácter previo ante cualquier intervención y lo hará en reconocimiento del derecho moral que cada persona tiene a participar de la forma libre y validamente manifestada, sobre la atención que se le preste.<sup>52</sup>

Se debe obtener el consentimiento informado, a un familiar a quienes, debido a su edad, padecimiento mental o estatus legal, no entienden de manera razonable el estado en que se encuentran como para dar su consentimiento que autoriza se les someta a un tratamiento terapéutico. Esta no es una preocupación solamente ética y moral, sino también legal, el cual debe aplicarse siempre y cuando el beneficio sea mayor que el riesgo.<sup>53</sup>

La enfermera no sólo debe ser clínica, técnica y académica, sino también una agente humanitaria y moral implicada como coparticipe en las transacciones de cuidados humanos, ello dirige el curso de nuestra profesión hacia el uso de teorías y modelos de investigación que permitan acercarnos a los procesos de salud, enfermedad, curación y a cómo y en qué medida los cuidados de enfermería contribuyen a ello.<sup>54</sup>

---

<sup>51</sup> Kozier. Op cit. p. 11

<sup>52</sup> Colomar PG, Aspectos ético – legales del consentimiento informado en enfermería, Marzo – Abril 2000, Vol. 10 No. 2 Págs. 71 – 73.

<sup>53</sup> Joyce Beebe Thompson y Henry O. Thompson, Ética en enfermería, 1a. Ed. Edit. Manual Moderno, México, 1984.

<sup>54</sup> Busquets SM, Antón AP, ¿ Por qué ocuparnos de la ética?, Enfermería Clínica, Enero – Febrero 1993, Vol 3 No. 1 Págs. 1 –3.

Para poder cumplir con el aspecto de la ética en los pacientes pediátricos, no sólo hay que cumplir con las normas generales de la ética sino también es muy importante el conocer los derechos de los niños acerca de los aspectos alimentarios, educativos, sociales, laborales, médicos, sanitarios, demográficos y hasta de música, pintura, dibujo y bellas artes en general, tratando de precisar la influencia de unos y otros o la forma en que contribuyen a la obtención del bienestar infantil como objetivo final.<sup>55</sup>

Conocer, difundir, aplicar los derechos de los niños, no es una obligación, sino una responsabilidad, se tiene que mejorar la salud y las condiciones de vida de nuestros niños, asegurarles así un crecimiento y desarrollo lo más sano y digno posible, en beneficio de nuestra sociedad, suele existir un gran desconocimiento de los derechos del niño, por parte de los adultos que se encargan de su educación y atención. Cuando se difundan, conozcan, apliquen y se hagan valer los derechos humanos del niño, contribuyendo al desarrollo de la sociedad en que vive.<sup>56</sup>

Finalmente se debe recordar que todas las intervenciones de enfermería están encaminadas a restablecer la salud de los individuos, basadas en el conocimiento y respetando la dignidad de la persona, que reclama la consideración ética del comportamiento de la enfermera, por lo antes mencionado todas sus intervenciones deben seguir los siguientes principios éticos.

- Beneficencia y no maleficencia: Se entiende como la obligación de hacer el bien y evitar el mal. Se rige por los siguientes deberes universales: hacer o promover el bien y prevenir, apartar y no infringir daño o maldad a nada.

---

<sup>55</sup> Avila CI, El decálogo de los derechos del niño, Revista Mexicana de Pediatría, Marzo – Abril 1996, Vol 63 No. 2 Págs. 269 – 270.

<sup>56</sup> Ballesteros OJC, Los derechos del niño y la responsabilidad del pediatra, Revista Mexicana de Pediatría, Marzo – Abril 1996, Vol 63 No. 2 Págs. 98 – 103.

- **Justicia:** Se refiere a la disponibilidad y utilización de recursos físicos y biológicos, así como a la satisfacción de las necesidades básicas de la persona en su orden biológico, espiritual, afectivo, social y psicológico, que se traducen en un trato humano y equitativo.
- **Veracidad:** Se define como el principio ineludible de no mentir o engañar a la persona. Es fundamental para mantener la confianza en las relaciones de atención a la salud.
- **Confiabilidad:** Se refiere a que el profesional de enfermería se hace merecedor de confianza y respeto por sus conocimientos y su honestidad al transmitir información, dar enseñanza, realizar los procedimientos propios de su profesión y ofrecer servicios o ayuda a la persona.
- **Solidaridad:** Es un principio indeclinable de convivencia humana, es adherirse con las personas en las situaciones adversas o propicias, es compartir intereses, derechos y obligaciones.
- **Tolerancia:** Este principio hace referencia a admitir las diferencias personales, sin caer en la complacencia de errores en las decisiones y actuaciones incorrectas.
- **Terapéutico de totalidad:** En este principio debe reconocerse que cada parte del cuerpo humano tiene un valor y está ordenado por el bien de todo el cuerpo y ahí radica la razón de su ser, su bien y por tanto su perfección.
- **Autonomía:** Significa respetar a las personas como individuos libres y tener en cuenta sus decisiones, producto de sus valores y convicciones personales.
- **Valor fundamental de la vida humana.** Se refiere a la inviolabilidad de la vida humana, es decir la imposibilidad de toda acción dirigida de un modo deliberado y directo a la supresión de un ser humano o al abandono de la vida humana.

- Privacidad: Es no permitir que se conozca la intimidad corporal o la información confidencial que directa o indirectamente se obtenga sobre la vida y la salud de la persona.
- Fidelidad: Entendida como el compromiso de cumplir las promesas, de no violar las confidencias que hace una persona.
- Doble efecto: Orienta el razonamiento ético cuando al realizar un acto bueno se derivan consecuencias buenas y malas.

Los criterios éticos antes mencionados se pueden resumir en: trabajar con competencia profesional, sentido de responsabilidad y lealtad hacia sus compañeros.<sup>57</sup>

---

<sup>57</sup> Colegio Mexicano de Licenciados en Enfermería, Código de ética para las enfermeras y enfermeros en México, Agosto 2001, Págs. 10-13

### 4.3. LAS NECESIDADES FUNDAMENTALES DE HENDERSON

La enfermería como profesión surge a partir de 1860, año en el que Florence Nightingale inició el proceso de reforma, creando la primera escuela modelo de enfermería, posterior a esta surgen diversas escuelas utilizando como marco de referencia la meta primaria de enfermería y crear un conjunto de métodos para aplicar el proceso de atención de enfermería o técnica de solución de problemas a la práctica profesional.<sup>58</sup>

El primer elemento de competencia en que la enfermera basa su práctica profesional es el conocimiento de un marco o modelo conceptual de los cuidados de enfermería. Un profesional, cualquiera que sea su campo de actividad, debe estar en condiciones de explicar cual es el servicio que presta a la sociedad, y determinar que es lo específico de él. Por consiguiente, le es necesario definir el objeto de su profesión, la finalidad de su actividad, su rol, las dificultades con que tropieza el paciente al que atiende, la naturaleza de su intervención en el paciente y las consecuencias de esta intervención.

El esquema configurado por todas estas definiciones constituye una representación mental de las principales dimensiones de la disciplina de enfermería. Se trata de una manera simplificada de ver su realidad profesional. Estos elementos cognitivos cuando se organizan dentro de una estructura teórica global se convierten en su marco o modelo conceptual.

Un modelo conceptual es, por tanto, un conjunto de conceptos, o una imagen mental, que permite la representación de la realidad. El modelo conceptual es, pues, una dimensión esencial de las bases en que se apoya el ejercicio de enfermería, cualquiera que sea su campo de actividad (investigación, gestión, enseñanza o asistencia) y a todos los niveles de intervención. No puede ser de otra manera, puesto que el marco conceptual vincula los postulados y los valores que forman los cimientos teóricos en que se apoya el

---

<sup>58</sup> Moran AV, Robles MAL, Modelos de Enfermería, Enfermera al día, Febrero 1994, Vol 19, No. 1, Págs. 15 - 22.

concepto de los cuidados. Estos postulados y estos valores constituyen, en definitiva, el cómo y el por qué de la profesión de enfermería.<sup>59</sup>

El segundo elemento de competencia lo constituyen los distintos conocimientos que debe poseer la enfermera en el curso de su formación y más adelante a lo largo de toda su práctica, debe adquirir un amplio conjunto de habilidades y actitudes. Estos elementos los adquiere tanto en su propio campo de conocimiento de los cuidados de enfermería, como en otras ciencias afines que complementan el cuerpo cognitivo. Se relaciona con el plano científico, técnico, de relación, ético y legal.

Se debe tomar en cuenta que los conocimientos acerca de las relaciones estimulan la capacidad de la enfermera para establecer con sus pacientes lazos de unión y para crear un clima propicio a una comunicación cálida y significativa con ellos. Son útiles igualmente para establecer contacto y colaborar con el entorno del paciente (familia, amigos) para trabajar en el seno de un equipo multidisciplinar y para realizar actividades dentro de la comunidad.

En tanto que los conocimientos éticos se relacionan con el conjunto de normas y principios que en el plano de los valores morales de la persona y de la profesión regulan el comportamiento correcto de la enfermera. Los conocimientos legales se refieren especialmente a los reglamentos y directivas que contemplan la protección de la enfermera y del paciente, que se contienen en las leyes.

El tercer elemento de competencia consiste en la aplicación del proceso científico a los cuidados de enfermería. La enfermera consciente de su rol particular respecto al paciente y provista de un buen bagaje de conocimientos, al tratar de aplicarlos, debe someter todos sus principios teóricos a un proceso riguroso. Esto le permitirá realizar una planificación de cuidados orientada a la calidad, a la individualización y a la continuidad.

---

<sup>59</sup> Phaneuf. Op cit p. 16 - 44

Otro elemento de competencia que forma la fase de la profesión de enfermería lo constituye la capacidad que tiene el profesional de los cuidados para establecer una relación enfermera paciente que sea cálida y adaptada a su condición. En la óptica de Virginia Henderson, los cuidados de enfermería deben sumir un rol de suplencia de la persona cuidada en la satisfacción de sus necesidades fundamentales. Además deben favorecer el camino hacia la autonomía del paciente. Para esto, se necesita tener un espíritu de disponibilidad, de una voluntad de ayuda y de una apertura al otro, que constituyen el clima especial en que se desarrolla la actividad de la enfermera. Esta relación debe permitir establecer una comunicación funcional, de enseñanza y terapéutica.

Para Virginia Henderson “La función única de la enfermera es ayudar al individuo enfermo o sano, en la realización de actividades que contribuyen a su salud o a su recuperación o a morir en paz actividades que él desempeñaría sin ayuda si tuviera fuerza, voluntad o conocimiento necesarios y hacer esto en forma tal que le ayude a independizarse lo más pronto posible”.<sup>60</sup>

Henderson consideró que los cuidados básicos de enfermería como un servicio derivado del análisis de las necesidades humanas, son universales, debido a que todos tenemos necesidades comunes.

Es decir este modelo ofrece una visión clara de los cuidados de enfermería. El individuo, sano o enfermo, es considerado como un todo completo que presenta catorce necesidades fundamentales, que debe satisfacer. La finalidad de los cuidados, consisten en conservar o restablecer la independencia del paciente en la satisfacción de sus necesidades. El rol de la enfermera consisten en ayudar al paciente a recuperar o mantener su independencia, supliéndole en aquello que él no puede realizar por si mismo para responder a sus necesidades. Su rol, por tanto es el de suplencia.

---

<sup>60</sup> <http://www.servitel.es/inforsalud97/23/23.htm>

Los postulados sobre los que se basa el modelo de Henderson son:

- Todo ser humano tiende hacia la independencia y la desea.
- El individuo forma un todo que se caracteriza por sus necesidades fundamentales.
- Cuando una necesidad permanece insatisfecha el individuo no es independiente.

Los valores que fundamentan el modelo de Virginia Henderson son:

- La enfermera tiene funciones que le son propias.
- Cuando la enfermera usurpa la función del médico, cede a su vez sus funciones propias a un personal no calificado.
- La sociedad espera de la enfermera un servicio especial que ningún otro trabajador le puede prestar.

La filosofía de Henderson se fundamenta en la presencia de un ser humano con ciertas exigencias fisiológicas y aspiraciones, que ella denomina necesidades fundamentales estas son necesidades vitales o esenciales que tiene el ser humano para asegurar su bienestar y preservarse física y mentalmente.

1. Respirar.
2. Alimentarse e hidratarse.
3. Eliminar.
4. Moverse, conservar una buena postura y mantener una circulación adecuada
5. Dormir y reposar y conservar un estado de bienestar aceptable.
6. Vestirse y desnudarse.
7. Mantener la temperatura corporal en los límites normales.
8. Estar limpio, aseado y proteger los tegumentos.
9. Evitar los peligros y mantener la integridad física y mental.

10. Comunicar con sus semejantes, desarrollarse como ser humano y asumir su sexualidad.
11. Actuar de acuerdo con sus creencias y valores.
12. Preocuparse de su propia realización y en conservar su propia estima.
13. Recrearse.
14. Aprender.<sup>61</sup>

Cada una de estas necesidades está relacionada con las distintas dimensiones del ser humano. En cada una de ellas pueden descubrirse las dimensiones biológicas, psicológica, sociológica, cultural y espiritual. La enfermera que desee prestar cuidados personalizados ha de considerar estos cuidados en su conjunto y planificar intervenciones apropiadas que tengan en cuenta estas diferentes dimensiones.

Para mantener un equilibrio fisiológico y psicológico el individuo debe alcanzar un nivel mínimo de satisfacción de sus necesidades. Si es capaz de responder de forma conveniente, por medio de acciones o comportamientos adecuados, que él mismo realiza o que otros hacen por él de forma normal, según su fase de crecimiento y de desarrollo, es independiente.

Si por causa de otras dificultades el paciente es incapaz de adoptar comportamientos favorables para realizar por sí mismo acciones adecuadas que le permitan alcanzar un nivel mínimo de satisfacción de sus necesidades, se convierte en dependiente.

La independencia en el niño es alcanzar un nivel aceptable de satisfacción de sus necesidades, por medio de acciones apropiadas que otros hacen por él de forma normal, de acuerdo con la fase de crecimiento y desarrollo en que se encuentra.<sup>62</sup>

---

<sup>61</sup> Phaneuf. Op cit p. 16 - 44

<sup>62</sup> Ibidem. p. 16 - 44

En tanto que la dependencia en el niño es la deficiencia en su capacidad de manifestar las necesidades que deben ser habitualmente satisfechas por otra persona por razón de su edad y etapa de crecimiento o incapacidad de realizar por sí mismo acciones capaces de satisfacer sus necesidades, cuando llega a la edad normal de hacerlo.<sup>63</sup>

Cuando una necesidad fundamental se encuentra insatisfecha a consecuencia de la aparición de alguna fuente de dificultad, surgen una o varias manifestaciones de dependencia. Constituye signos observables de la incapacidad del sujeto para responder por sí mismo a esta necesidad. Son en sí mismas una demostración de la existencia de una debilidad o carencia a este nivel.

La noción de satisfacción a un nivel aceptable es muy importante en este punto. Significa que existen grados en la satisfacción de las necesidades vitales de la persona y en la dependencia que una carencia desencadena. Sin embargo, puede darse un cierto grado de insatisfacción, sin que suponga necesariamente la dependencia del sujeto. La dependencia se instala en el momento en que el paciente debe recurrir a otros para que le asista, le enseñe lo que debe hacer, o le supla en lo que no puede hacer por sí mismo.

Por tanto, es importante evaluar la capacidad del niño para satisfacer por sí mismo, o con ayuda de otro sus necesidades. De esta manera, se puede evitar, en la medida de lo posible, la aparición de la dependencia frenar su progresión o hacer que disminuya. Con el fin de facilitar esta evolución, se puede dividir en seis niveles el continuum entre la independencia y la dependencia de una persona. Como se muestra en el cuadro no. 2.

---

<sup>63</sup> *Ibidem.* p. 16 - 44

**CUADRO NO. 2.****CONTINUUM INDEPENDENCIA – DEPENDENCIA****INDEPENDENCIA**

El paciente responde por si mismo a sus necesidades de forma aceptable, que le permite asegurar su homeostasis física y psicológica.

**1**

Utiliza sin ayuda y de forma adecuada un aparato o un dispositivo de sostén, o una prótesis.

**2****3**

Debe recurrir a otra persona para que le enseñe lo que debe hacer y para controlar si lo hace bien; debe ser asistido, aunque sea ligeramente.

**4**

Necesita asistencia para utilizar un aparato, un dispositivo de sostén o una prótesis.

**5**

Debe contar con otro, para hacer lo necesario para cubrir sus necesidades pero puede colaborar de algún modo.

**6**

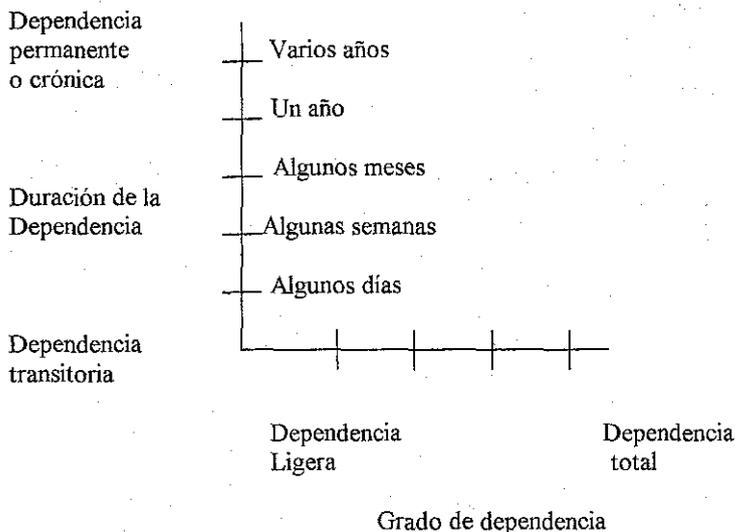
Debe confiarse enteramente a otro, para poder satisfacer sus necesidades.

**DEPENDENCIA**

La dependencia de una persona debe ser considerada no sólo en relación con su intensidad, sino también en relación con su duración. Puede tratarse de un caso de dependencia ligera o total, transitoria o permanente. Como se muestra en la grafica no. 1.

### GRAFICA NO. 1

Grafica que relaciona la duración y el grado de dependencia de una persona.



Fuente: M. Phancuf, Cuidado de enfermería, el proceso de atención de enfermería, 1ª.ed. Edit. Interamericana - McGraw - Hill, España, 1993, Pág. 32.

La dependencia se manifiesta en el paciente por medio de ciertos cambios observables, en la satisfacción de una necesidad fundamental. Este cambio desfavorable constituye el problema de dependencia. Puede afectar a aspectos biológicos, psicológicos, sociales, culturales o espirituales del individuo.

Uno de los conceptos más importantes de este modelo consisten en lo que denominamos fuentes de dificultad. Cuando el ser humano trata de satisfacer sus necesidades, encuentra eventualmente ciertos obstáculos que le impiden responder a ellas de forma autónoma. Son las fuentes de dificultad o causas de dependencia. En otras

palabras, estos obstáculos constituyen los factores etiológicos responsables del problema de salud.

Las fuentes de la dificultad se definen como cualquier impedimento mayor en la satisfacción de una o de varias necesidades fundamentales, las cuales pueden ser de orden físico (son todos los impedimentos físicos de naturaleza intrínseca o extrínseca que entorpece la satisfacción de una o varias necesidades), psicológico (son las perturbaciones emocionales que alteran el equilibrio de las necesidades y comprenden los sentimientos y las emociones), sociológicas (son los problemas generales o en las relaciones del individuo con su comunidad o familia), las que tienen repercusión de orden espiritual (alteración en la relación del individuo con los valores, el sentido moral o con el espíritu) y las ligadas a una insuficiencia de conocimientos (son las alteraciones de relación entre el individuo con el conocimiento de si mismo, o de los otros)<sup>64</sup>

Las intervenciones de enfermería se centran en las fuentes de dificultad y en las manifestaciones de dependencia provocadas por ellas. Por el contrario, cuando se trata de insuficiencia de conocimientos sus intervenciones pueden dirigirse directamente a la fuente de dificultad, ya que una enseñanza adecuada puede corregir el problema.

Actuar directamente sobre la fuente de dificultad no siempre es posible por la irreversibilidad de ciertas dificultades que implican, hay que pensar igualmente en la imposibilidad en que se encuentra la enfermera de solucionar determinados problemas, y solo se puede actuar sobre el problema de dependencia.

La suma del problema de dependencia y de la fuente de dificultad que lo causa constituyen el diagnóstico de cuidados de enfermería.

---

<sup>64</sup> Phaneuf. Op cit p. 16 - 44

Otros de los conceptos básicos de este modelo son:<sup>65</sup>

- Persona (paciente): individuo que requiere asistencia para obtener salud e independencia o una muerte tranquila. La mente y el cuerpo son inseparables. Considera al paciente y su familia como una unidad.
- Entorno: Conjunto de todas las condiciones e influencias exteriores que afectan la vida y el desarrollo de un organismo y puede influir de forma positiva o negativa en el paciente.
- Terapéutica (cuidado) de enfermería: Completar – suplir el conocimiento, la voluntad, la fortaleza de la persona para llevar a cabo las actividades de la vida diaria y el tratamiento médico.

El marco conceptual indica qué datos se deben obtener y cuáles no, con qué se han de comparar para determinar su naturaleza, que problemas o situaciones legitiman la actuación de la enfermera, que objetivos son responsables para ayudar al usuario y cómo se pueden lograr.

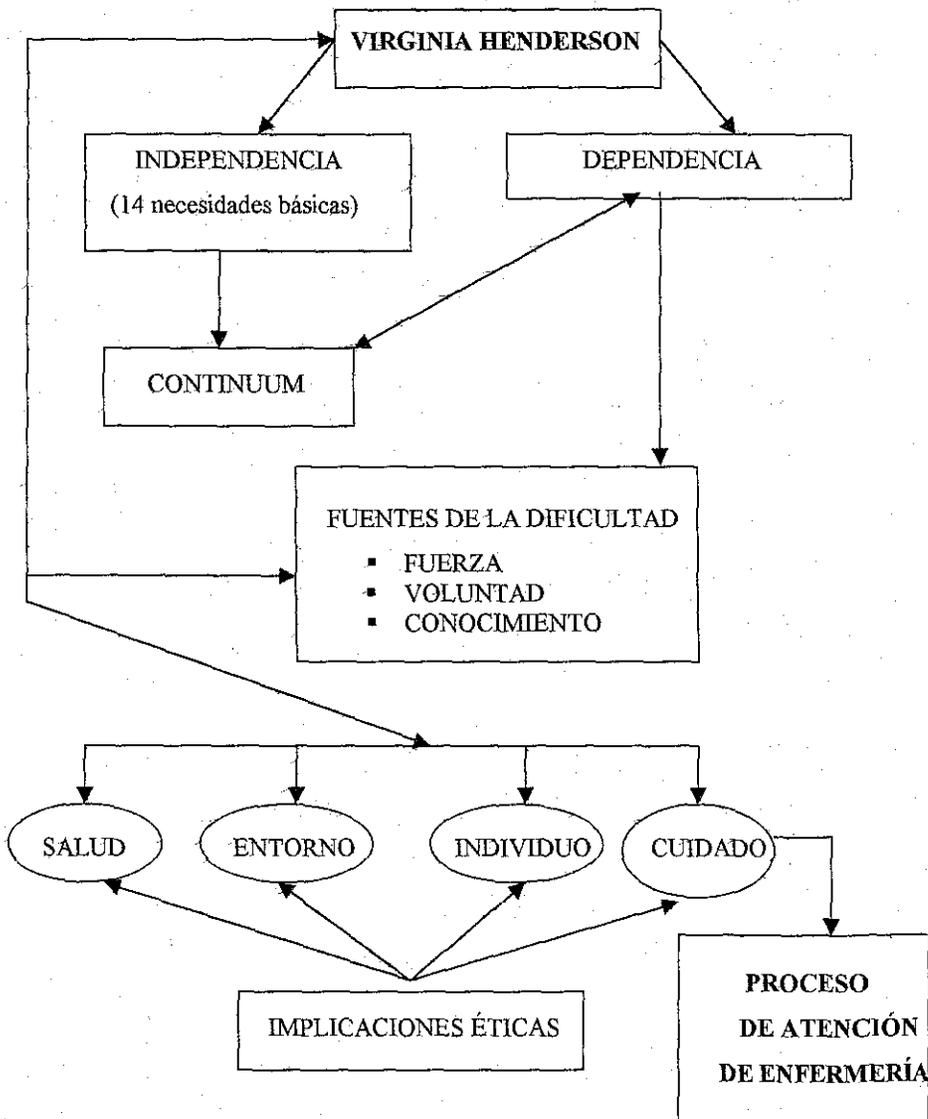
La enfermera que adopta el modelo de Henderson actuará cuando pueda ayudar a la persona a recuperar, mantener o aumentar el nivel de independencia en la satisfacción de sus catorce necesidades básicas, u los diagnósticos que formule se encontrarán relacionados con sus niveles de dependencia / independencia.<sup>66</sup>

En el cuadro no. 3 se representan los conceptos de la filosofía de Henderson, los elementos centrales de la enfermería, las implicaciones éticas del cuidado y su proceso.

<sup>65</sup>Marriner T.A, Wertman D, Lauer T, Neal S, Williams S., Modelos y Teorías de Enfermería, Edit. Mosby – Doyma, México, 1996, Pág. 105.

<sup>66</sup>Luis Rodrigo Maria Teresa, Diagnóstico de Enfermería, Rol de enfermería, Febrero 1997, No. 222, Págs.27 – 31.

**CUADRO NO. 3.**  
**CONCEPTOS DE LAS NECESIDADES FUNDAMENTALES Y SU RELACIÓN**  
**CON EL PROCESO DEL CUIDADO.**



#### 4.4. FACTORES DE RIEGO RELACIONADOS CON EL CUIDADO DE UN LACTANTE CON DEPENDENCIA EN LA NECESIDAD DE NUTRICIÓN

Los problemas de deficiencia de nutrimentos han acompañado al hombre en su proceso de evolución y se ha expresado en una enfermedad identificada como desnutrición, la cual se ha descrito desde hace siglos como un problema de salud y de carácter colectivo que por razones biológicas los niños son los que con mayor frecuencia se ven afectados.

En 1998 el director general de la OMS destacó que una tercera parte de los niños del mundo estaban afectados por desnutrición y que en los países en vías de desarrollo 206 millones de ellos sufren las consecuencias somáticas de esta enfermedad por haberla padecido a una edad temprana. Actualmente se han encontrado otros factores tales como el destete precoz, la alimentación exclusiva con fórmulas lácteas.<sup>67</sup>

Uno de los diagnósticos médicos que presentó la paciente es la desnutrición de tipo marasmo la cual consiste en un síndrome de privación física y emocional, donde los niños se observan con fracaso del desarrollo, además de ser caracterizado por debilitamiento gradual y atrofia de los tejidos corporales, en especial de la grasa subcutánea. El niño parece muy viejo, con la piel flácida y arrugada, se muestra triste, apático, aislado y tan letárgico, que a menudo está postrado.

El tratamiento incluye el aporte de una dieta elevada en proteínas de calidad, carbohidratos o ambos, vitaminas y minerales. El desequilibrio de electrolitos requiere atención inmediata y a veces, al principio es necesaria la sustitución parenteral de líquidos para corregir la deshidratación y restablecer la función renal. Cuando no se toleren éstos, ni los alientos orales, la hiperalimentación salvará la vida. Los problemas coexistentes, como las infecciones, diarreas, infecciones de parásitos y anemia, precisan una atención rápida si se quiere lograr una recuperación óptima.<sup>68</sup>

---

<sup>67</sup> Vega Franco Leopoldo, Hitos conceptuales en la historia de la desnutrición proteico – energética, Salud Pública de México, Julio – Agosto 1999, Vol. 41, Núm. 4, Págs. 328 – 332.

<sup>68</sup> Wong Op cit p. 298

Las consecuencias más importantes de una nutrición insuficiente durante las fases iniciales del desarrollo temprano se ubican en las áreas cognoscitivas y del comportamiento. Se sabe que la desnutrición grave afecta seriamente al cerebro tanto anatómica como funcionalmente. Diversos estudios sugieren que la deficiencia energética limita la actividad física, la interacción del niño con su madre y con el ambiente y por lo tanto, los estímulos, al grado que incide en el desarrollo de funciones importantes.<sup>69</sup>

Otro de los diagnósticos médicos que presentaba la paciente y que altera la necesidad de nutrición es el reflujo gastroesofágico, el cual es una transferencia del contenido gástrico hacia el esófago; se produce en todas las personas y lo que lo convierte en anormal es su frecuencia y persistencia. Aproximadamente, entre 1 de cada 300 a 1 de cada 1000 niños padecen un trastorno de este tipo de cierta importancia. Al principio se pensaba que lo causaba la presión basal del esfínter esofágico inferior. Sin embargo, los estudios recientes no han podido demostrar una relación entre esa presión y el reflujo anormal (Herbst, 1989). Entre los factores causantes de la variación de la presión se incluyen la distensión gástrica, el aumento de presión abdominal producido por la tos, ciertas enfermedades del sistema nervioso central, el retraso del vaciado gástrico, la hernia del hiato y la aplicación de gastrostomía.<sup>70</sup>

Es importante destacar que existen encuestas que indican que el reflujo gastroesofágico tiene una tasa de prevalencia entre 23 y 25%, entre los lactantes menores, por lo que constituye un problema de Salud Pública.<sup>71</sup>

Cabe destacar que el reflujo por incompetencia del mecanismo esfinteriano, constituido básicamente por el esfínter esofágico inferior y el aumento congénito del calibre del hiato, lo que permite el deslizamiento del estómago al tórax. Mientras más corto sea el

---

<sup>69</sup> Chávez A, Martínez H, Guarneros N, Allen L y Peltó G, Nutrición y desarrollo psicomotor durante el primer semestre de vida, Salud Pública de México, Marzo - Abril 1998, Vol. 40, No. 2, Págs. 111 - 125.

<sup>70</sup> Wong, Op cit Pág. 725.

<sup>71</sup> Beltrán Op cit Págs. 27 - 29.

segmento esfinteriano intraabdominal, el esfínter esofágico inferior deberá ofrecer más presión para evitar el reflujo, lo que constituye el principio de la cirugía correctora.<sup>72</sup>

El reflujo del contenido estomacal hacia el esófago predispone a la aspiración y al desarrollo de síntomas respiratorios, sobre todo neumonía. Un factor especialmente preocupante es la asociación de apnea amenazadora para la vida con el reflujo. Además, la irritación repetida de la pared esofágica por el ácido gástrico puede producir esofagitis y hemorragias. La pirosis es también un síntoma frecuente en los niños, que son capaces de describirlo, pero puede pasar desapercibido en los lactantes. Otras de las manifestaciones clínicas son vómitos que pueden ser bastante fuertes, pérdida de peso y atragantamiento al término de comer.<sup>73</sup>

Otros factores que contribuyen a retardar el vaciamiento gástrico, son: variaciones en la acidez basal del estómago, la concentración de hormonas gastrointestinales como gastrina, motilina y sustancia P; la presencia de componentes biliares y pancreáticos en el estómago, la resistencia de la mucosa esofágica (que depende de citoprotectores de variantes genéticas), la capacidad motora para obtener el vaciamiento gástrico, la neutralización de reflujo ácido por la saliva y otros aspectos fisiopatológicos que hacen comprender la variabilidad en la frecuencia e intensidad del cuadro clínico.

Se debe tener en cuenta que la búsqueda intencionada de síntomas demostrará la actividad, y el manejo médico y/o quirúrgico la inactivará. Si no se trata adecuadamente, o si no se da el seguimiento correcto, aparecerán las complicaciones y se exacerbarán las molestias que, polimorfos, despistarán al médico.<sup>74</sup>

Existen diversos estudios para diagnosticar el reflujo gastroesofágico, para lo cual se debe tomar en cuenta que la manometría esofágica es útil para estudiar alteraciones de la motilidad y para determinar la presión en reposo del esfínter. Generalmente se toman en

<sup>72</sup> Beltrán BF, Reflexiones acerca del reflujo gastroesofágico en los niños, Revista Mexicana de pediatría, Encro - Febrero 1998, Vol. 65, Núm. 1, Págs. 27 - 29

<sup>73</sup> Wong Op cit Págs. 725 - 726

<sup>74</sup> Damián AP, Matzumara ME, A propósito de la enfermedad por reflujo gastroesofágico, Revista Mexicana de Pediatría, Mayo - Junio 1998, Vol. 65, Núm. 3, P. 140 - 141

cuenta los exámenes del esputo, los estudios del pH por sonda, la endoscopia y los contrastes baritados.

Con los medicamentos inhibidores de la acidez gástrica y los proquinéticos, se ha conseguido una reducción notoria de los síntomas en la mayoría de los casos, pero en 5% de éstos los síntomas persisten en ocasiones provocan complicaciones serias como estenosis esofágica, desnutrición, broncoaspiración con apnea pasajera y bronquitis secundaria; neumonías de repetición, laringitis crónica, otitis media, asma no alérgica, dolor abdominal o preesternal, hipertensión pulmonar sin cardiopatía y posiblemente coadyuve al cáncer de la laringe.

Otro de los tratamientos consiste en dietas blandas, motilidad gastrointestinal comprometida y posición supina las cuales son la regla para estos enfermos. Además de la endoscopia y la biopsia son pruebas útiles para el diagnóstico de esofagitis y la detección de fuentes de sangrado.<sup>75</sup>

A veces se recurre al tratamiento farmacológico como medio para aliviar el trastorno. Los antiácidos o los antagonistas de la histamina como la cimetidina o la ranitidina, han demostrado su eficacia para reducir la cantidad de ácido presente en el contenido gástrico y pueden prevenir la esofagitis. El fármaco procinético más usado es la metoclopramida, el cual se ha visto que aumenta levemente la presión del esfínter esofágico inferior en reposo y las tasas de vaciado gástrico; sin embargo existen puntos de vista contrarios sobre su eficacia, ya que produce metahemoglobinemia, especialmente en niños pretérmino. Los efectos secundarios neuromusculares también pueden ser preocupantes y a menudo se observa diarrea con dosis terapéuticas, también puede incluir intranquilidad, la somnolencia, reacciones extrapiramidales y en algunos casos aumento incluso del número de episodios de reflujo.

---

<sup>75</sup> Blumer JL, Guía práctica de cuidados intensivos en pediatría, 3ª ed., Edit. Mosby/Doyma, España, 1993, Págs. 570 - 574.

Se ha usado también el betanecol para controlar el reflujo, ya que aumenta mucho la presión del esfínter esofágico, reduce la frecuencia y duración de los episodios de reflujo y es mejor tolerado por muchos niños. Los estudios realizados proporcionan datos contradictorios sobre la eficacia de este agente. Ya que puede desencadenar broncoespasmo en pacientes con asma. También se han empleado con éxito domperidona y cisaprida en pacientes pediátricos, este último es un fármaco de desarrollo reciente, aumenta la presión del esfínter esofágico, favorece el vaciamiento gástrico y al parecer, tiene menos efectos secundarios en el sistema nervioso central que la metoclopramida.

El tratamiento quirúrgico para el reflujo gastroesofágico se escoge para los niños con complicaciones graves y para aquellos en los que haya fallado el tratamiento médico. La funduplicatura de Nissen y la funduplicatura, combinada con piloroplastia, se puede practicar a los niños con reflujo que también presenten retraso del vaciado gástrico. Los problemas postoperatorios incluyen la obstrucción del intestino delgado, náuseas, síndrome de inflamación gaseosa y síndrome de vaciamiento rápido, también puede presentarse vagotomía accidental, rotura gástrica, síndrome de saciamiento rápido, dificultades persistentes para la alimentación, tras un intervalo medio de 6, 7 años. En general, la reparación quirúrgica se reserva para niños con problemas graves de desarrollo neurológico o síndrome de aspiración crónica.<sup>76</sup>

---

<sup>76</sup> Blummer Op cit p. 570 – 574.

## V. METODOLOGÍA

En primer lugar se analizaron los casos encontrados en el servicio de nutrición, donde se eligió el caso de una niña con varias necesidades afectadas y además con un padecimiento tan frecuente que aparece como la tercera causa de morbilidad en las estadísticas del Hospital Infantil de México "Federico Gómez" y el sexto lugar de mortalidad, tanto en las estadísticas antes referidas del hospital, como en las encontradas a nivel nacional durante 1999. El siguiente paso fue plantear los objetivos que se pretendían obtener tanto generales como específicos.

Posteriormente, se habló con los familiares del paciente para ver si aceptaban colaborar en el estudio de caso y si no existía inconveniente para valorar a su hijo, explicándoles cuales eran nuestros objetivos, una vez que accedieron los padres se firmó la hoja de consentimiento informado, la cual incluye título, objetivo principal; actividades que realizaríamos con el paciente, finalmente los nombres y firmas tanto del padre, como de la persona responsable de la niña. (Ver anexo 1). Así mismo, la coordinación de la especialidad desarrolló un cronograma de actividades con el fin de lograr las metas en los tiempos descritos (ver anexo 2).

Se efectuó una revisión bibliográfica, tomando como primer aspecto los antecedentes, es decir, los estudios que se han realizado utilizando las necesidades básicas, donde la información fue analizada en revistas de enfermería, cabe destacar que no fue posible localizar casos tan específicos como el que se plantea dentro del presente estudio de caso, posteriormente se revisó lo referente al proceso de atención de enfermería, abarcando la descripción en forma específica de sus cinco etapas, así como los logros que se pretenden alcanzan en cada una, la siguiente tarea fue revisar lo referente a las implicaciones éticas del cuidado, donde se describen los valores, las creencias y las actitudes de la interacción enfermera - paciente, además del aspecto ético legal sobre el consentimiento informado para la realización de estudios de caso.

## 5.1 VARIABLES VALORADAS

Las variables o los indicadores de salud evaluados del presente estudio de caso fueron las 14 necesidades fundamentales. La jerarquización de éstas necesidades se realizó de acuerdo a los indicadores de dependencia e independencia, detectando el grado en que se encontraba, así como las fuentes de la dificultad que presentaban. Para establecer el grado de dependencia se utilizaron los niveles de Phaneuf acerca del continuum independencia – dependencia, el cual destaca que existen grados en la satisfacción de las necesidades vitales de la persona y en la dependencia que una carencia desencadena. Sin embargo, puede darse un cierto grado de insatisfacción, sin que modifique necesariamente la dependencia del sujeto. La dependencia se instala en el momento en que el paciente debe recurrir a otro para que le asista, le enseñe lo que debe hacer o le suplán en lo que no puede hacer por sí mismo.

Con el fin de facilitar esta evaluación se puede dividir en seis niveles el continuum. De éstos, el grado 1 y 2 pertenecen a la independencia y los niveles 3, 4, 5 y 6 enuncian el grado de dependencia. Además se logró identificar una relación entre la duración con el grado de dependencia.

## 5.2 MÉTODOS PARA LA RECOLECCIÓN DE DATOS.

Se realizó la valoración de enfermería por medio de la historia clínica basada en un formato de entrevista, ésta fue tanto directa como indirecta, donde se describe la valoración de las necesidades básicas en los menores de 0 a 5 años, la cual está constituida por los datos demográficos, familiares y mapa familiar, antecedentes, apartados para cada una de las 14 necesidades, análisis de la exploración física, realizada a través del método clínico utilizando sus cuatro etapas: inspección, palpación, percusión y auscultación, de forma cefalo caudal, con lo cual se organizó la descripción genérica del caso, además incluye la jerarquización de las necesidades (basada en la entrevista y la exploración física),

diagnósticos de enfermería y un plan de intervenciones y finaliza con un plan de alta del paciente. (ver anexo 3).

### 5.3 DIAGNÓSTICOS DE ENFERMERIA

Se realizaron los once seguimientos a través de valoraciones focalizadas, una vez que se analizaron los datos, se elaboraron los diagnósticos de enfermería para cada necesidad afectada, con un total de 34 diagnósticos, de los cuales 23 son reales y 11 potenciales, en su estructura se utilizó el formato P.E.S, propuesto por Gordón en 1976.

#### DIAGNÓSTICOS DE ENFERMERÍA DETECTADOS EN LOS ONCE SEGUIMIENTOS

TIPO DE DIAGNÓSTICO	FECHAS EN QUE SE PRESENTAN	DIAGNÓSTICOS DE ENFERMERÍA	NECESIDAD AFECTADA	NIVEL DE DEPENDENCIA E INDEPENDENCIA
REAL	07-02-2001 09-02-2001 20-02-2001 28-02-2001	Limpieza ineficaz de las vías aéreas relacionada con abundantes secreciones traqueobronquiales manifestado por la presencia de estertores gruesos con predominio en ápice pulmonar izquierdo.	OXIGENACIÓN	5
REAL	08-02-2001	Patrón respiratorio ineficaz relacionado con fatiga de los músculos respiratorios manifestado por aleteo nasal, disociación toraco-abdominal.	OXIGENACIÓN	4
REAL	08-02-2001	Alteración del bienestar relacionado con el vómito manifestado por irritabilidad y llanto	NUTRICIÓN	4

<b>REAL</b>	08-02-2001	Deficiencia de conocimiento de la mamá respecto a los cuidados de su hija enferma relacionados con la falta de exposición manifestada por verbalización del problema.	<b>APRENDIZAJE</b>	<b>4</b>
<b>REAL</b>	09-02-2001 22-02-2001 28-02-2001	Alteración de la nutrición por defecto relacionada con vómitos frecuentes manifestada por un peso 20% menor para su edad y talla baja, palidez, debilidad, perímetro braquial de 9 cm, adinamia, hipotrofia y flacidez muscular, con pelo escaso, seco y quebradizo.	<b>NUTRICIÓN</b>	<b>6</b>
<b>POTENCIAL</b>	09-02-2001 21-02-2001 28-02-2001	Riesgo de aspiración relacionado con la incompetencia del cardias.	<b>OXIGENACIÓN</b>	<b>2</b>
<b>REAL</b>	09-02-2001	Alteración de la protección celular relacionado con nutrición inadecuada manifestada por disminución de: hemoglobina de 9.4, leucocitos de 8 400 y plaquetas de 322 000.	<b>NUTRICIÓN</b>	<b>5</b>
<b>REAL</b>	12-02-2001 19-02-2001 22-02-2001 28-02-2001	Hipertermia relacionada con un proceso infeccioso de vías respiratorias bajas manifestada con temperatura axilar por arriba de 37.6 °C.	<b>TERMORREGULACIÓN</b>	<b>6</b>
<b>POTENCIAL</b>	12-02-2001 21-02-2001 28-02-2001	Riesgo de infección relacionado con la desnutrición.	<b>NUTRICIÓN</b>	<b>2</b>

<b>REAL</b>	12-02-2001	Alteración del crecimiento y desarrollo relacionado con separación de las personas significativas manifestado por dificultad para realizar las habilidades motoras, sociales y expresivas típicas de su grupo de edad, alteración del crecimiento físico y disminución de las respuestas ante los estímulos externos.	<b>SEGURIDAD Y PROTECCIÓN</b>	<b>5</b>
<b>POTENCIAL</b>	12-02-2001	Riesgo de sufrimiento espiritual de la mamá relacionado con la enfermedad física de su hija.	<b>CREENCIAS Y VALORES</b>	<b>1</b>
<b>REAL</b>	14-02-2001	Alteración del patrón del sueño relacionado con estrés emocional manifestado por fatiga, inquietud, ojos enrojecidos y vidriosos, así como dormir menos número de horas para su edad (14 en lugar de 18 horas).	<b>DORMIR Y DESCANSAR</b>	<b>5</b>
<b>REAL</b>	14-02-2001	Intolerancia a la actividad relacionada con desequilibrio entre aportes y demandas de oxígeno manifestado por debilidad generalizada, astenia, adinamia y fatiga.	<b>DORMIR Y DESCANSAR</b>	<b>6</b>

<b>REAL</b>	14-02-2001	Desesperanza de la mamá relacionada con estrés de larga duración manifestada por inquietud y desesperación respecto al tratamiento de su hija.	<b>SEGURIDAD Y PROTECCIÓN</b>	<b>3</b>
<b>POTENCIAL</b>	14-02-2001 16-02-2001	Potencial de alteración de la temperatura corporal relacionado con un proceso infeccioso.	<b>TERMORREGULACIÓN.</b>	<b>2</b>
<b>REAL</b>	16-02-2001	Alteración en la necesidad de moverse y mantener una postura funcional relacionada con inadecuado crecimiento y desarrollo para su edad manifestado por no tomar objetos cercanos, ni trata de alcanzarlos.	<b>MOVIMIENTO Y POSTURA</b>	<b>5</b>
<b>REAL</b>	19-02-2001	Ansiedad relacionada con ventilación mecánica manifestada por irritabilidad e inquietud.	<b>OXIGENACIÓN</b>	<b>6</b>
<b>REAL</b>	19-02-2001	Incapacidad para mantener la respiración espontánea relacionada con fatiga de los músculos respiratorios manifestada por disnea, agitación, quejido inspiratorio, aleteo nasal, retracción xifoidea, tiros intercostales, silverman de 6 y apoyo ventilatorio.	<b>OXIGENACIÓN</b>	<b>6</b>

<b>POTENCIAL</b>	19-02-2001 28-02-2001	Riesgo de cansancio en el desempeño del rol de cuidador relacionado con la inestabilidad de la salud del receptor de los cuidados.	<b>DORMIR Y DESCANSAR</b>	<b>2</b>
<b>REAL</b>	28-02-2001	Deterioro de la deglución relacionada con antecedentes de alimentación por sonda y manifestado con reflejos de succión y deglución débiles.	<b>NUTRICIÓN</b>	<b>4</b>

#### 5.4. PLAN DE INTERVENCIONES

La estructura de éste plan se realizó de acuerdo a un formato utilizado por Morgan (1993), el cual está compuesto de forma descriptiva por: Datos de identificación, fecha de identificación de los diagnósticos de enfermería y fecha de resolución, diagnóstico de enfermería, objetivos, intervenciones de enfermería independientes, dependientes e interdependientes, así como el fundamento de estas acciones y por último la evaluación de las acciones aplicadas.

Cabe destacar que se realizó un plan de alta en forma de ensayo, el cual se presenta dentro del formato de la valoración de las necesidades (ver anexo 3), debido a que la paciente fallece y no hubo tiempo de realizarle un plan de alta real.

**UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO**  
**ESCUELA NACIONAL DE ENFERMERIA Y OBSTETRICIA**  
**DIVISIÓN DE ESTUDIOS DE POSGRADO**  
**ESPECIALIZACIÓN EN ENFERMERÍA INFANTIL**  
**PLAN DE CUIDADOS**

**FICHA DE IDENTIFICACIÓN:**

Nombre: P.C.G.P.      Sexo: Femenino.      Edad: 3 meses.      Servicio: Nutrición.

Registro: 748460.

**DIAGNÓSTICO DE ENFERMERÍA:**

Limpieza ineficaz de las vías aéreas relacionada con abundantes secreciones traqueo - bronquiales manifestado por la presencia de estertores gruesos con predominio en ápice pulmonar izquierdo.

**NIVEL DE DEPENDENCIA:** 5.

**FECHA DE IDENTIFICACIÓN:** 07, 09, 20 y 28 de febrero del 2001.

**FECHA DE RESOLUCIÓN:** 14 de febrero del 2001.

**OBJETIVO:**

La paciente mantendrá una limpieza de vías aéreas mediante técnicas de terapia respiratoria mientras este hospitalizada.

ACTIVIDADES	FUNDAMENTACIÓN
<p>1. Valoración del sistema respiratorio cada 24 horas y en base a las condiciones de la paciente.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Inspección:               <ul style="list-style-type: none"> <li>○ Observación de la lengua y del área sublingual la presencia de coloración azul, gris o púrpura oscuro lo que indica cianosis central. También los dedos de manos y pies pueden presentar dicha coloración, indicando cianosis periférica.</li> </ul> </li> </ul>	<p>La cianosis es un signo de hipoxemia o de oxigenación defectuosa de la sangre.            (Urder, 1998, Pág. 232)</p>

<ul style="list-style-type: none"> <li>○ Valoración de la configuración de la pared torácica, observando el tamaño, simetría del tórax, así como anomalías de la columna y del tórax.</li> </ul>	<p>El tórax de los niños pequeños es redondo, y debe moverse simétricamente, en algunos lactantes, el esternón puede ser tan flexible que parece que el pecho se hundo en cada respiración. En tanto que un esternón protuberante o deprimido compromete la expansión pulmonar.</p> <p>(Joyce, 1994, Pág. 140)</p> <p>Las deformidades de la columna vertebral como cifosis, lordosis y escoliosis también pueden estar presentes y alterar la función respiratoria.</p> <p>(Urder, 1998, Pág. 232)</p>
<ul style="list-style-type: none"> <li>○ Evaluación del esfuerzo respiratorio, observando frecuencia, ritmo, simetría y características de los movimientos ventilatorios.</li> </ul>	<p>La respiración normal en reposo es relajada y regular, con una frecuencia de 12 - 20 respiraciones por minuto. Los pacientes con disfunción pulmonar suelen presentar taquipnea (aumento de la frecuencia respiratoria y disminución de la profundidad de la respiración), hiperventilación (aumento de la frecuencia y profundidad de la respiración) y respiración dificultosa (cuando respira el aire queda atrapado en los pulmones y la respiración se hace más superficial hasta que se lleva a cabo una espiración forzada).</p> <p>(Urder, 1998, Pág. 232)</p>
<ul style="list-style-type: none"> <li>○ Observar el tamaño de las mamas de la niña en relación con la edad.</li> </ul>	<p>En el lactante, se puede observar un aumento de tamaño de las mamas a consecuencia de influencias hormonales maternas.</p> <p>(Joyce, 1994, Pág. 140)</p>
<ul style="list-style-type: none"> <li>○ Inspeccionar si hay retracciones del pecho o de las zonas supraclaviculares, traqueales, subesternal o intercostal.</li> </ul>	<p>Las retracciones son una indicación de respiración trabajosa en los lactantes.</p> <p>(Joyce, 1994, Pág. 141)</p>
<ul style="list-style-type: none"> <li>○ Valorar el tipo de respiración de la paciente.</li> </ul>	<p>En los menores de 7 años, las respiraciones son diafragmáticas y el abdomen sube al inspirar.</p> <p>(Joyce, 1994, Pág. 141)</p>

<ul style="list-style-type: none"> <li>○ Observar la profundidad y regularidad de las respiraciones y la duración de la inspiración con respecto a la espiración.</li> <li>• Auscultación:</li> <li>○ Valorar la simetría y la calidad de los ruidos respiratorios.</li> </ul> <p>a. Detectar la presencia de ruidos respiratorios normales como:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Murmullo vesiculares.</li> <li>• Broncovesicular.</li> <li>• Tubular.</li> </ul> <p>b. Detectar la presencia de ruidos respiratorios anormales como:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Estertores.</li> </ul>	<p>Una fase espiratoria prolongada puede indicar un problema obstructivo respiratorio. (Joyce, 1994, Pág. 142)</p> <p>La auscultación es útil para evaluar el flujo de aire por el árbol bronquial y la presencia de obstrucciones líquidas o sólidas en los pulmones. A fin de valorar el estado de éstos, el examinador ausculta los ruidos respiratorios normales, adventicios y de la voz. (Brunner, 1994, Pág.541)</p> <p>Localizado en las bases pulmonares y son: suave, de timbre bajo y más prolongado durante la inspiración. (Klusek, 1988, Pág. 33)</p> <p>Se localizan en la cara anterior, primero y segundo espacio intercostal y en el posterior interescapular y son suave, ligero, con igual duración en la inspiración y la espiración. (Klusek, 1988, Pág. 33)</p> <p>Se localizan sobre la traquea y son intensos de tono alto y hueco o áspero. (Klusek, 1988, Pág. 33)</p> <p>Se perciben en las bases pulmonares, primero con el edema, por lo general durante la inspiración, es causado por el paso del aire entre el líquido, en especial en vías aéreas pequeñas y alvéolos, son ligeros, crepitantes o crujientes, no musical, según el tono puede ser agudo, medio o grave. (Klusek, 1988, Pág. 33)</p>
---	---

<ul style="list-style-type: none"> <li>• Roncus.</li> </ul>	<p>Se localizan en las vías aéreas grandes generalmente durante la inspiración, son causados por liquido o secreciones en las vías aéreas mayores o estrechamiento en las mismas y son estrepitosos u ásperos por lo general, más intenso y de tono más bajo que los estertores.</p> <p style="text-align: right;">(Klusek, 1988, Pág. 33)</p>
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Sibilancias.</li> </ul>	<p>Pueden presentarse en la inspiración y la espiración, son causados en vías aéreas constriñidas y son de quejido musical, siempre de tono alto crujiente y chillante.</p> <p style="text-align: right;">(Klusek, 1988, Pág. 33)</p>
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Frote pleural.</li> </ul>	<p>Localizados en los campos pulmonares anterolaterales, inspiratorio y espiratorio, con el paciente erguido, causados por fricción entre las pleuras, visceral y parietal inflamadas son superficial, chirriante o áspero.</p> <p style="text-align: right;">(Klusek, 1988, Pág. 33)</p>
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Palpación:             <ul style="list-style-type: none"> <li>○ Confirmación de la posición de la tráquea, la cual se deberá encontrar en la línea media.</li> </ul> </li> </ul>	<p>La desviación de la tráquea hacia uno de los lados puede indicar neumotórax, neumonía unilateral, fibrosis pulmonar difusa, derrame pleural o atelectasia importante.</p> <p style="text-align: right;">(Urder, 1998, Pág. 233)</p>
<ul style="list-style-type: none"> <li>○ Valoración del desplazamiento respiratorio, el cual incluye la medición del grado y simetría del movimiento respiratorio.</li> </ul>	<p>La asimetría es un hallazgo anormal que puede ocurrir en el neumotórax, la neumonía y otras enfermedades que interfieren con la insuflación pulmonar. El grado de movilidad del tórax se observa para comprobar la amplitud de la expansión pulmonar.</p> <p style="text-align: right;">(Urder, 1998, Pág. 233)</p>
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Percusión:             <ul style="list-style-type: none"> <li>○ Evaluación de la estructura pulmonar para apreciar la cantidad de aire, liquido o material sólido presente.</li> </ul> </li> </ul>	<p>Los tonos obtenidos pueden describirse de cinco maneras: resonancia, hiperresonancia, timpánico submate y mate; estos tonos se distinguen gracias a las diferencias en</p>

2. Valoración de los signos vitales cada hora:

- a. Vigilar que las respiraciones se encuentren en los límites normales (20 a 40 respiraciones por minuto).
- b. Valorar que el resto de los signos vitales se encuentren en los límites normales como son: frecuencia cardiaca (80 - 150 latidos por minuto), tensión arterial (78 / 42 mmHg), Temperatura (36.5 - 37.3 °C).

3. Valoración con la escala de Silverman signos de dificultad respiratoria cada 24 horas.

- a. Retracción xifoidea.
- b. Aleteo nasal.
- c. Quejido espiratorio.
- d. Movimientos toraco-abdominales.
- e. Tiros intercostales.

La paciente se encontró con un Silverman de 3 a expensas de tiros intercostales y aleteo nasal y retracción xifoidea.

4. Realizar medidas para reducir la viscosidad de las secreciones de las vías aéreas tales como:

- a. Mantener una hidratación adecuada mediante la administración de líquidos vía oral e intravenosa.

intensidad, tono, duración y calidad.

(Urder, 1998, Pág. 233)

La percusión es apagada si existe una masa o líquido en los pulmones.

(Joyce, 1994, Pág. 143)

Las constantes vitales o cardinales son la temperatura, el pulso, la respiración y la tensión arterial. Estas constantes, que deben tomarse, en su totalidad, permiten controlar las funciones del cuerpo, reflejan alteraciones de la función normal que, de otra manera, es posible que no fueran detectadas. Estas se deben evaluar en función del estado de salud previo y actual del paciente, y se comparan con los valores normales aceptados de forma estándar.

(Kozier, 1999, Pág. 168)

La puntuación de Silverman es un índice estándar para medir conductas que denoten insuficiencia respiratoria.

(Reeder y Martín, 1992, Pág. 1241)

Las secreciones espesas son difíciles de expulsar y pueden producir taponos de moco, que dan origen a las atelectasias.

(Carpenito, 1994, Pág. 102)

Los requerimientos de líquidos diarios de mantenimiento en los lactantes menores de 10 kg, es de 100 ml / kg / día.

(Whaley y Wong, 1995, 712)

<p>b. Proporcionar humedad a las vías aéreas a través del sistema de administración de oxígeno a 5 litros por minuto por medio de un nebulizador con termostato, hasta que la paciente no presente taquipnea, saturación por debajo de 90%, y que el <math>FiO_2</math> sea igual o menor de 40%.</p>	<p>Debe mantenerse una correcta hidratación para fluidificar las secreciones e impedir la sequedad de las mucosas bucales y facilitar la limpieza de las vías aéreas. (Carpenito, 1994, Pág. 111 y 113)</p>
<p>c. Colaborar en la ministración de mucolíticos (ambroxol) por medio de nebulizaciones. Se administran 0.5 ml diluidos en 5 ml de solución fisiológica cada 6 horas. Valorando la presencia de efectos adversos tales como: náuseas, vómito, broncorrea (incremento en la producción de moco), broncoespasmo, estomatitis, tos excesiva, laringitis, traqueitis y hemoptisis.</p>	<p>El objetivo de la oxigenoterapia es corregir la hipoxemia, y mantener una saturación de oxígeno alrededor del 90% o a un porcentaje superior. Se trata de satisfacer las necesidades tisulares sin producir narcosis con anhídrido carbónico o toxicidad por oxígeno. (Urder, 1998, Pág. 247) Mientras que los humidificadores evitan que las membranas mucosas se sequen e irriten, y fluidifican las secreciones facilitando su expectoración. El oxígeno que pasa a través de agua estéril se carga de vapor de agua antes de llegar al paciente. (Kozier, 1999, Pág. 819) La humidificación con calentamiento durante la administración de oxígeno a enfermos pediátricos son indicados para evitar: el espesamiento de las secreciones del aparato respiratorio, la pérdida insensible de agua a partir de la mucosa respiratoria y el excesivo enfriamiento del paciente. (Blumer, 1993, Pág. 933)</p>
	<p>Los mucolíticos disminuyen la secreción de moco y sacan las secreciones de las vías respiratorias. (Slota, 2000, Pág. 122) Los mucolíticos son fármacos usados para disminuir la viscosidad de las secreciones, ya que tienen la propiedad de romper las largas cadenas de mucopolisacáridos que forman el moco. (Valenzuela, 1993, Pág. 790)</p>

5. Efectuar maniobras de fisioterapia respiratoria como son drenaje postural, percusión y/o vibración torácica tres y cuatro veces durante el turno.

Por medio de la fisioterapia se expectoran las secreciones bronquiales, mejorar la ventilación y aumentar la eficacia de la musculatura-respiratoria.

(Brunner, 1994, Pág. 562)

a. Drenaje postural después de la administración de los mucolíticos y antes de la alimentación durante 10 a 15 minutos en base al estado de salud y tolerancia del paciente.

El drenaje postural consiste en el uso de posiciones específicas para que la fuerza de gravedad facilite la expectoración de las secreciones bronquiales. Estas drenan de los bronquiolos afectados a bronquios y tráquea, y se extraen con la tos o aspiración por dispositivos. Este tipo de drenaje se emplea para prevenir o aliviar la obstrucción bronquial derivada de la presencia de secreciones.

(Brunner, 1994, Pág. 562)

b. Vibraciones ya sea por medio de un aparato llamando percutor o con los dedos de la mano con una duración de 10 a 15 minutos antes de la aspiración de secreciones y antes de la alimentación.

Se utiliza después de la percusión para aumentar la turbulencia del aire espirado para desprender secreciones densas y consiste en una serie de movimientos rápidos y vigorosos producidos con las manos que están colocadas planas contra la pared torácica del paciente.

(Kozier, 1999, Pág. 796)

6. Mantener un nivel de equilibrio entre la ventilación - perfusión a través de:

El corto circuito intrapulmonar es la discordancia ventilación perfusión en la que la sangre pasa al lado arterial sin haber participado en el intercambio gaseoso provocando mezcla donde disminuye el contenido promedio de oxígeno en la sangre como consecuencia de un colapso pulmonar o excesiva acumulación de secreciones.

(Urden, 1998, Pág. 246)

a. Cambios de posición al paciente por lo menos cada 2 horas, combinando las siguientes tres posturas.

El objetivo de la posición es optimizar la concordancia ventilación - perfusión y por tanto mejorar la hipoxemia. Los pacientes con enfermedad pulmonar unilateral se pondrán con el pulmón sano debajo.

(Urden, 1998, Pág. 248)

<ul style="list-style-type: none"> <li>• Posición de Fowler durante o después de la alimentación.</li> </ul>	<p>La posición de Fowler es la postura de elección para los pacientes con dificultades respiratorias, cuando el paciente se encuentra en esta posición, la gravedad empuja al diafragma hacia abajo, permitiendo una mayor expansión pulmonar.</p> <p style="text-align: right;">(Kozier, 1999, Pág. 506)</p>
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Posición decúbito lateral derecho e izquierdo.</li> </ul>	<p>Estas posturas facilitan la apertura de las vías respiratoria.</p> <p style="text-align: right;">(Wong, 1995, 215)</p>
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Posición Prona.</li> </ul>	<p>Esta posición mejora la oxigenación y la mecánica y volúmenes pulmonares, y reduce el uso de energía y el reflujo gástrico.</p> <p style="text-align: right;">(Wong, 1995, 215)</p>
<p>b. La prevención de la desaturación de oxígeno durante la aspiración.</p>	<p>Diferentes actividades permiten prevenir la desaturación que aparecen en el curso de las manipulaciones, que sólo se realizarán cuando sea preciso. Durante los procedimientos los pacientes deben estar controlados continuamente con pulsioxímetros para detectar una desaturación.</p> <p style="text-align: right;">(Urden, 1998, Pág. 248)</p>
<p>c. Promover la eliminación de secreciones por medio de la aspiración de las secreciones de la vía aérea de 2 a 3 veces por turno, evaluar el color, consistencia y cantidad de las secreciones aspiradas.</p>	<p>La aspiración de la orofaringe y las cavidades nasales de los pacientes que tiene dificultad para deglutir o para expectorar secreciones. Por lo que con la aspiración se previene la retención de las secreciones y facilita su expulsión.</p> <p style="text-align: right;">(Kozier, 1999, Pág. 808)</p>
<p>d. Mantener y mejorar el aporte nutricional durante su estancia en el hospital.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>○ Proporcionando cuidados específicos durante la</li> </ul>	<p>Mejorar el estado nutricional general del paciente, estimular su sistema inmunológico y promover la función de la musculatura respiratoria. Además la malnutrición tiene efectos extremadamente adversos sobre la función respiratoria, reduciendo la capacidad</p>

<p>específicos durante la alimentación tales como: seleccionar el número de la sonda, - instalación de la misma, administración de la alimentación, permeabilidad de la sonda, prevención de complicaciones, valorando la respuesta de la paciente durante la alimentación, cuidados cutáneos en el sitio de inserción de la sonda, realizando la higiene bucal antes de la alimentación.</p>	<p>vital. Además, los individuos que pierden peso reducen proporcionalmente mayor masa de diafragma que la masa corporal total, lo que deteriora aún más la ventilación. (Urden, 1998, Págs. 57 y 248)</p>
---	--

**EVALUACIÓN:**

Este diagnóstico detectado en la primera valoración (7 de febrero del 2001) se encontró en un grado de dependencia 5, que posteriormente con las acciones el paciente mostró mejoría en los días siguientes, se mantuvo permeable la vía aérea, y pudo ser posible retirar el oxígeno, ya no requería que se le realizara aspiración de secreciones y no había la presencia de estertores, para el día 14 de febrero, es decir que ya se encontraba en un grado 2 de independencia. Hasta la séptima valoración (el día 20 de febrero) donde se vuelve a presentar este diagnóstico de enfermería el cual permanece hasta su última valoración (el día 28 de febrero) permaneciendo en un grado de dependencia 4.

**DIAGNÓSTICO DE ENFERMERÍA**

Deficiencia de conocimiento de la mamá respecto a los cuidados de su hija enferma relacionados con la falta de exposición manifestada por verbalización del problema.

**NIVEL DE DEPENDENCIA:** 4.

**FECHA DE IDENTIFICACIÓN:** 8 de febrero del 2001.

**FECHA DE RESOLUCIÓN:** 16 de febrero del 2001.

**OBJETIVO:**

La mamá aumentará el conocimiento acerca de los cuidados de su hija durante la hospitalización a través una enseñanza específica.

ACTIVIDADES	FUNDAMENTACIÓN
1. Identificar las necesidades de aprendizaje de los familiares.	Un plan educativo bien diseñado y completo que encaje con las necesidades de aprendizaje del paciente o la familia puede reducir el costo de la asistencia sanitaria, mejorar la calidad de la asistencia y ayudar a los pacientes a conseguir un bienestar óptimo y más independencia. (Potter, 1996, Pág. 236)
2. Fijar las prioridades y objetivos del aprendizaje prestando especial atención a que estos sean realistas y mensurables.	El paciente y la enfermera deben ordenar juntos las necesidades de aprendizaje del paciente, de acuerdo con unas prioridades. En el caso de los pacientes pediátricos, la enfermera consulta tanto a los padres como al niño, para conocer las prioridades y el momento adecuado de la enseñanza. (Kozier, 1999, Pág. 84)
3. Respetar el ritmo de aprendizaje de la familia, dando los conocimientos de forma gradual, evitar el exceso de información, el uso de tecnicismos y aprovechar todas las ocasiones propicias para reforzar el aprendizaje.	El profesional de enfermería determina los niveles físicos y cognitivos del paciente. Muchos factores pueden provocar alteraciones en la capacidad de aprender. Es necesario valorar la fuerza y coordinación físicas, cualquier tipo de déficit sensorial, el nivel de lectura y de desarrollo del paciente y el nivel de funcionamiento cognitivo. (Potter, 1996, Pág. 246)

<p>4. Permitir y fomentar la formulación de preguntas y la expresión de dudas y preocupaciones.</p>	<p>Fomenta el aprendizaje comunicándose en un lenguaje que reconozca el que aprende. En el estilo y enfoque del profesional de enfermería influyen una gran cantidad de variables intrapersonales, como las actitudes, los valores, las emociones y el conocimiento. Las experiencias educativas anteriores nos ayudan a elegir la mejor manera de presentar la información.</p> <p style="text-align: right;">(Potter, 1996, Pág. 240)</p>
<p>5. Favorecer un ambiente terapéutico:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>○ Proporcionando seguridad, apoyo y comodidad.</li> <li>○ Utilización de silencios.</li> <li>○ Escucha atenta.</li> <li>○ Evitar discusiones.</li> </ul>	<p>El entorno para una sesión de aprendizaje debe ser conducente a aprender. El profesional de enfermería valora las distracciones, el ruido, el nivel de confortabilidad y la disponibilidad de las habitaciones y del equipo.</p> <p style="text-align: right;">(Potter, 1996, Pág. 246)</p>
<p>6. Explicar la fisiopatología de los procesos mórbidos que presenta, basada en el nivel educativo de la familia a través de recursos didácticos tales como:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Recursos de tecnología simple.             <ul style="list-style-type: none"> <li>* Rotafolio.</li> </ul> </li> <li>• Lluvia de ideas.</li> <li>• Lectura comentada.</li> </ul>	<p>Si el paciente comprende el proceso patológico y sus posibles complicaciones, esto puede animarle a cumplir el régimen terapéutico.</p> <p style="text-align: right;">(Carpenito, 1994, Pág. 112)</p> <p>Son utilizados como apoyo durante el proceso de enseñanza aprendizaje.</p> <p style="text-align: right;">(Lifshitz, 1997, Pág. 67)</p> <p>Técnica didáctica a través de la cual se alcanzan objetivos del área cognoscitiva hasta el nivel de síntesis.</p> <p style="text-align: right;">(Lifshitz, 1997, Pág. 89)</p> <p>Técnica didáctica a través de la cual se alcanzan objetivos del área cognoscitiva hasta el nivel de aplicación y, con mucha facilidad, el nivel de comprensión.</p> <p style="text-align: right;">(Lifshitz, 1997, Pág. 83)</p>

<ul style="list-style-type: none"> <li>• Solución de problemas.</li> </ul>	<p>Técnica didáctica a través de la cual se alcanzan objetivos del área cognoscitiva hasta el nivel de evaluación. (Lifshitz, 1997, Pág. 78)</p>
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Trabajo individual.</li> </ul>	<p>Técnica didáctica a través de la cual se logran objetivos del área cognoscitiva hasta el nivel de análisis. (Lifshitz, 1997, Pág. 74)</p>
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Técnicas individuales: * Exposición con preguntas.</li> </ul>	<p>Técnicas didácticas a través de las cuales se logran objetivos de área cognoscitiva en los niveles de conocimiento y comprensión únicamente. (Lifshitz, 1997, Pág. 70)</p>
<p>7. Explicar medidas encaminadas a prevenir la diseminación de la infección por medio de las precauciones universales tales como:</p>	<p>Dentro de las infecciones respiratorias es imperioso tomar precauciones contra secreciones oculares, nasales, de la garganta y de los oídos. El equipo de atención debe usar cubrebocas y guantes, y lavar sus manos después de tocar al niño o artículos potencialmente contaminados, así como antes de hacerse cargo de otro paciente. (Schulte, 1999, Pág. 40)</p>
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Lavarse las manos a menudo.</li> </ul>	<p>Se considera como una de las medidas de control de la infección más eficaz, se eliminan microorganismos presentes de forma transitoria, que podrían transmitirse a la enfermera, al paciente o a las visitas. (Kozier, 1999, Pág. 144)</p>
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Otras barreras protectores tales como: * uso de mascarillas.</li> </ul>	<p>Evitan la propagación de microorganismos por contacto con gotitas y por vía aérea. (Kozier, 1999, Pág. 148)</p>
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Seguir todo el tratamiento antibiótico y notificar cualquier efecto secundario.</li> </ul>	<p>Puesto que la mayoría de los pacientes notan un descenso de la sintomatología a las 72 horas del tratamiento, a veces no se dan</p>

cuenta de la importancia que tiene seguir tomando antibióticos según se prescriban. Habrá que seguir tomando antibióticos hasta finalizar el tratamiento y las radiografías de tórax confirmen la desaparición de la infección.

(Carpenito, 1994, Pág. 112)

8. Informar a la familia que notifiquen cualquier signo y síntoma que aparezca después de iniciarse el tratamiento como son mayor densidad de las secreciones respiratorias, regreso o persistencia de fiebre, aumento del dolor torácico o malestar.

La neumonía puede ser resistente al antibiótico prescrito o a una infección secundaria por microorganismo no susceptibles al antibiótico prescrito.

(Carpenito, 1994, Pág. 113)

9. Ayudar a la familia a formular y aceptar objetivos realistas a corto y largo plazo.

Esto puede ayudar a la familia a darse cuenta de que tiene mucho control de la vida y puede escoger mejorar la calidad de la misma.

(Carpenito, 1994, Pág. 106)

10. Informar acerca del diagnóstico y tratamiento.

Si comprende, es posible que sea más fácil que se anime a cumplir el tratamiento y participar en los cuidados.

(Carpenito, 1994, Pág. 106)

11. Enseñar y evaluar la técnica de drenaje postural.

La fuerza de la gravedad ayuda a soltar y eliminar las secreciones.

(Carpenito, 1994, Pág. 107)

- Colocarse en posición pendiente para drenar el área pulmonar afectada usando almohadas o una silla reclinable.
- Toser y expectorar las secreciones mientras está en posición pendiente.
- Mantener la posición durante 10 a 15 minutos.

12. Comunicar a la familia que informe si se presentan las siguientes condiciones:

a) Hay cambio en las características del esputo o si el esputo no regresa al color normal después de 3 días de antibióticoterapia.

Los cambios en el esputo pueden indicar una infección o resistencia del microorganismo infectante al antibiótico prescrito.

(Carpenito, 1994, Pág. 108)

b) hay un aumento de la temperatura.

Los patógenos circulantes estimulan el hipotálamo para aumentar la temperatura corporal.

(Carpenito, 1994, Pág. 108)

c) Aumenta la tos, la debilidad o la falta de aire.

La hipoxia es crónica; deben detectarse rápidamente las exacerbaciones para impedir complicaciones.

(Carpenito, 1994, Pág. 108)

d) Aumento de la confusión o somnolencia.

La hipoxia cerebral puede producir confusión o somnolencia.

(Carpenito, 1994, Pág. 108)

e) Hay pérdida de peso.

La ingesta inadecuada puede deberse a disnea, fatiga, efectos de la medicación y anorexia, secundaria a hipoxia y producción de esputo.

(Carpenito, 1994, Pág. 108)

f) Hay aumento de peso o hinchazón en tobillos y pies.

Estos signos pueden indicar retención de líquidos, secundaria a hipertensión arterial pulmonar y disminución del gasto cardiaco.

(Carpenito, 1994, Pág. 108)

13. Proporcionar material escrito como los trípticos y folletos acerca de los principales puntos a recordar a fin de poder consultarlo en caso de dudas.

Una valoración final implica un inventario de los recursos de enseñanza disponibles, como son los folletos, los materiales audiovisuales o los pósters. El profesional de enfermería también debe estar seguro de que estos materiales estarán disponibles cuando

	sean necesarios. También valora la preparación de la familia y de los amigos para aprender cualquier información necesaria para ayudar en la asistencia del paciente.
--	---

(Potter, 1996, Pág. 246)

### **EVALUACIÓN:**

Este diagnóstico fue detectado en la segunda valoración (8 de febrero del 2001), se encontró en un grado de dependencia 4, el cual fue resuelto gracias a las intervenciones de enfermería, donde la principal estrategia para el logro del objetivo fue la comunicación directa en todo momento y siempre con un lenguaje sencillo por lo que se puede decir que se resolvió nuestro diagnóstico en la sexta valoración el día 16 de febrero del 2001. Pero nuevamente se vuelve a presentar el diagnóstico, por la gravedad de la paciente, surgiendo nuevas dudas en la familia, y esta vez no se logro resolver, ya que la paciente fallece.

**TESIS CON  
FALLA DE ORIGEN**

<b>TESIS CON FALLA DE ORIGEN</b>
--------------------------------------

**DIAGNÓSTICO DE ENFERMERÍA:**

Alteración de la nutrición por defecto relacionado con vómitos frecuentes manifestada por un peso 20% menor para su edad y talla baja, palidez, debilidad, perímetro braquial de 9 cm, adinamia, hipotrofia y flacidez muscular, con pelo escaso, seco y quebradizo.

**NIVEL DE DEPENDENCIA:** 6.**FECHA DE IDENTIFICACIÓN:** 09, 22 y 28 de febrero del 2001.**FECHA DE RESOLUCIÓN:****OBJETIVO:**

La paciente recuperará su estado nutricional de acuerdo a su edad mediante un plan de nutrición en su primer año de vida.

ACTIVIDADES	FUNDAMENTACIÓN
1. Realizar valoración de la nutrición y el metabolismo del paciente por medio de:	La nutrición es lo que una persona come y cómo lo utilizar el cuerpo. Las personas necesitan alimentos o nutrientes esenciales (Leche y productos lácteos; carnes y derivados; pan y cereales y frutas y verduras) para el crecimiento y mantenimiento de todos los tejidos corporales y el funcionamiento normal de todos los procesos corporales, mientras que el metabolismo se refiere a todas las reacciones químicas celulares que hacen posible que las células del cuerpo sigan viviendo.  (Kozier, 1999, Pág. 561)
a) Valoración de las medidas antropométricas, al ingreso, cada semana y posteriormente a su egreso.	Las medidas antropométricas reflejan el equilibrio del gasto calórico – energético del paciente, la masa muscular, la grasa corporal y la reserva proteica.  (Kozier, 1999, Pág. 310 y 356 – 357)
• Altura y peso.	En los lactantes la talla y el peso proporcionan un índice de crecimiento normal o anómalo. Además las medidas de

la talla y el peso son esenciales para calcular la superficie corporal con el fin de determinar dosis seguras de medicamentos. Las gráficas estandarizadas de crecimiento proporcionan datos básicos y pautas para la valoración, sin embargo, las variaciones de estos patrones no siempre significan enfermedad.

(Kozier, 1999, Pág. 310 y 356-357)

- Índice de masa corporal.

El índice de masa corporal indica si el peso es el apropiado para la altura de la persona.

(Kozier, 1999, Pág. 310 y 356-357)

- Pliegues cutáneos.

La medición de pliegues cutáneos indica la cantidad de grasa corporal, la principal forma de energía almacenada. El pliegue cutáneo incluye el tejido subcutáneo pero no el músculo subyacente. Esta medida puede ser considerada el índice de los almacenes de energía del cuerpo.

(Kozier, 1999, Pág. 310 y 356-357)

- Circunferencia braquial.

Dado que los músculos sirven como la mayor reserva de proteínas del cuerpo, la circunferencia de los músculos del brazo puede ser considerado un índice de las reservas de proteínas del cuerpo. La circunferencia de los músculos del brazo es calculada a partir del pliegue cutáneo tricipital y de la circunferencia de la parte media del brazo.

(Kozier, 1999, Pág. 310 y 356-357)

b) Valoración del rango de normalidad de los datos bioquímicos que reflejen deficiencias en la nutrición tales como:

Algunos de los estudios de laboratorio más comunes para detectar la malnutrición subclínica implican lo siguiente:

- Hemoglobina (de 9 - 14 g/dl) La paciente se encontró con 9.4 mg/dl) e índices de glóbulos rojos (De 4.5 +/- 0.7 millones /mm<sup>3</sup>).

La hemoglobina e índices de glóbulos rojos sanguíneos: Niveles bajos evidencian deficiencia de hierro.

(Kozier, 1999, Pág. 560)

<ul style="list-style-type: none"> <li>• Hematocrito. (De 28 - 48 ml/dl). La paciente se encontró con un nivel de 26.4 ml/dl).</li> </ul>	<p>Hematocrito o volumen celular. Un nivel elevado evidencia deshidratación. (Kozier, 1999, Pág. 560)</p>
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Concentración de albúmina sérica. (3.5 - 5.5 g/dl). La paciente se encontró con 3.2 g/dl.</li> </ul>	<p>Concentración de albúmina sérica. Una concentración menor de 1500 sugiere una reducción proteica prolongada. (Kozier, 1999, Pág. 560)</p>
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Nivel de transferrina. (De 220 a 400 mg/dl).</li> </ul>	<p>Nivel de transferrina. Niveles elevados indican bajos depósitos de hierro; niveles bajos indican depósitos de hierro excesivos. La transferrina es una proteína sanguínea que se unió al hierro y lo transporta por todo el cuerpo. El nivel de la transferrina es considerado un indicador más sensible de malnutrición proteica que el nivel de albúmina, porque la transferrina responde más rápidamente a los cambios en la ingestión de proteínas y tiene una menor reserva corporal. (Kozier, 1999, Pág. 560)</p>
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Recuento total de linfocitos (De 7000 células x mm<sup>3</sup>). La paciente se encontró con 8400 células x mm<sup>3</sup>).</li> </ul>	<p>Recuento total de linfocitos. Ciertas deficiencias nutricionales y formas de malnutrición proteico - calórico pueden deprimir el sistema inmunitario. El número total de linfocitos desciende a medida que ocurre la depleción proteica. (Kozier, 1999, Pág. 560)</p>
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Nitrógeno ureico sanguíneo (De 10 - 20 mg/dl). La paciente se encontró con 18 mg/dl).</li> </ul>	<p>Nitrógeno ureico sanguíneo. Un bajo nivel sugiere una ingestión proteica insuficiente. Elevados niveles pueden verse con inanición o deshidratación severa. (Kozier, 1999, Pág. 560)</p>
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Niveles de creatinina en orina (De 0.2 - 0.4 mg/dl). La paciente se encontró con 0.3 mg/dl).</li> </ul>	<p>Niveles de creatinina en orina. Niveles bajos pueden indicar malnutrición por atrofia del músculo esquelético. (Kozier, 1999, Pág. 560)</p>

c) Identificar los signos clínicos que muestran un aporte de nutrientes en cantidad y/o calidad insuficientes tales como:

El paciente presentó pelo seco, escaso, delgado y quebradizo, la piel seca y escamosa, los músculos con tono bajo, blandos, poco desarrollados, en cuanto al sistema neurológico sus reflejos disminuidos y en cuanto a su vitalidad con falta de energía, cansancio y apático, finalmente con bajo peso y talla para su edad.

d) Realizar una historia dietética para detectar el estado de nutrición:

- La paciente no fue alimentada con leche materna por intolerancia a la lactosa, durante la hospitalización se alimentó con fórmula de inicio (75 mililitros de agua, polvo 14.3 gramos, más 1.4 ml de triglicéridos de cadena media y 3.5 gramos de maltodextrinas) administrados en infusión continua por sonda nasogástrica y orogástrica cada 3 horas. (Lo que proporcionó 222 kcal/Kg/ Día).

2. Identificar los factores que impiden o dificultan el aporte de nutrientes en cantidad y/o calidad suficientes para cubrir los requerimientos corporales tales como:

- Ruidos intestinales.

En la desnutrición la antropometría no sólo muestra detención sino disminución de las constantes (peso, talla, perímetros, coeficientes de robustez), existe pérdida manifiesta del tejido subcutáneo del tronco y de los miembros, flaccidez de los músculos, adinamia y astenia más o menos acentuadas; con frecuencia aparecen trastornos digestivos y diarreas, y se reduce la resistencia a las enfermedades, la piel se vuelve seca, a menudo con hiperqueratosis folicular, con grietas en las comisuras bucales (queilitis), el pelo también pierde su brillo y elasticidad normales, se hace escaso, seco, muy delgado y quebradizo.

(Valenzuela, 1993, Pág. 246 -- 247)

Una historia dietética generalmente incluye datos sobre las normas alimentarias habituales y los hábitos, preferencias y restricciones en las comidas, alergias, ingestión diaria de líquidos, uso de suplementos vitamínicos o minerales, y cualquier problema dietético (como dificultades al masticar o tragar), actividad física, antecedentes médicos, y las preocupaciones relacionadas con la compra y la preparación de la comida.

(Kozier, 1999, Pág. 560)

Ruidos intestinales nos sirven para determinar la actividad intestinal.

(Kozier, 1999, Pág. 585)

<ul style="list-style-type: none"> <li>• Medir el perímetro abdominal pre y posprandial en busca de detectar distensión abdominal ante la alimentación.</li> </ul>	<p>Un abdomen distendido puede indicar intolerancia a la toma previa. (Kozier, 1999, Pág. 585)</p>
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Valorar la presencia de diarrea, estreñimiento o flatulencia, por medio de la auscultación de los ruidos intestinales y observación de las evacuaciones.</li> </ul>	<p>La falta de volumen de los preparados líquidos puede causar estreñimiento. La presencia de ingredientes concentrados puede causar diarrea y flatulencia. (Kozier, 1999, Pág. 585)</p>
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Evaluar el estado de hidratación por turno.</li> </ul>	<p>El estado de hidratación. Mida la ingesta y la eliminación de fluidos del paciente, y anote cualquier queja de sed. Puede haber necesidad de instilar agua adicional entre las tomas de alimentos. (Kozier, 1999, Pág. 585)</p>
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Verificar la colocación correcta de la sonda antes de la alimentación.</li> </ul>	<p>Identificar los factores que puedan aumentar el riesgo de una colocación inadvertida de las sondas de alimentación en vía respiratoria, tales como los reflejos de protección de las vías respiratorias ausentes o disminuidos (por ejemplo reflejo de la tos deteriorado, reflejo nauseoso deteriorado), la presencia de regurgitación y sensación de plenitud después de la alimentación, así como la incapacidad del paciente para cooperar durante la introducción de la sonda (por ejemplo incapacidad de tragar cuando se le mande). (Kozier, 1999, Pág. 585)</p>
<p>3. Valorar la alimentación por medio del método por sonda, la cual deberá ser de calibre de 5 a 8 French, de poliuretano o de goma de silicona.</p>	<p>La nutrición o alimentación enteral es la administración de nutrientes directamente a través del tracto gastrointestinal. Si bien el método más conveniente para proporcionar nutrientes es la ruta oral independiente, este método no es siempre posible. Las alimentaciones por sonda, administradas directamente al estómago son métodos alternativos utilizados habitualmente para mantener o restaurar el estado nutricional del paciente. Para ser eficaz, la alimentación por</p>

sonda requiere un tracto gastrointestinal funcional. La alimentación por sonda está indicada en pacientes que no pueden comer por la boca o tragar una dieta suficientemente sin aspirar comida o fluidos a los pulmones. Los preparados pueden ser administrados continuamente durante un periodo de 24 horas o a intervalos preescritos.

(Kozier, 1999, Pág. 586 - 587)

- Intercalar de acuerdo a la tolerancia y aceptación de la paciente con sonda nasogástrica u orogástrica.

La alimentación nasogástrica es la instilación de nutrientes preparados especialmente para el tracto digestivo a través de una sonda que se inserta por uno de los orificios nasales, bajando por la nasofaringe hasta el tracto alimentario. En algunos casos, se pasa la sonda a través de la boca y la faringe. Este método es utilizado a menudo en lactantes que son respiradores nasales obligatorios (que deben respirar por la nariz) y en lactantes prematuros que no tienen reflejo nauseoso.

(Kozier, 1999, Pág. 586)

4. Verificar la posición de las sondas a través de:

Una responsabilidad principal de la enfermera es, sin embargo, verificar la colocación de la sonda (esto es colocación gastrointestinal versus colocación respiratoria) antes de cada alimentación intermitente, y a intervalos regulares cuando se está administrando alimentación continua. Tradicionalmente, la colocación de sondas mayores se ha verificado con los siguientes métodos, ninguno de los cuales por sí solo es garantía de que la sonda se haya colocado correctamente. Además, muchos métodos no pueden emplearse con las sondas de calibre pequeño.

(Kozier, 1999, Pág. 586 - 587)

- Aspiración de secreciones gastrointestinales.

Las secreciones gastrointestinales se aspiran más fácilmente a través de las sondas de calibre grande que a través de las sondas de

calibre pequeño. La imposibilidad de obtener aspirado incluso con las sondas de calibre grande puede, o no, indicar que la sonda está mal colocada.

(Kozier, 1999, Pág. 586 - 587)

- Medir el pH del líquido aspirado.

Un pH ácido generalmente indica fluido gástrico. Los valores dentro del rango ácido pueden estar tan altos como 0.8 (con secreciones de ácido clorhídrico) y tan altos como 5. Si el paciente está tomando medicación que altera el pH, algunas secreciones es posible que se vuelvan alcalinas. Los fluidos intestinales tiene un pH ligeramente alcalino en el rango de 7.5 a 8.0. Dado que el líquido pleural normal tiene un pH de 7.4.

(Kozier, 1999, Pág. 586 - 587)

- Observar si el paciente tose o se atraganta.

Es probable que se produzca tos y atragantamiento cuando las sondas de calibre grande entran en el tracto respiratorio, pero en menos probable que ocurra cuando se utilizan sondas de calibre pequeño. Estas reacciones, sin embargo, pueden estar ausentes con cualquier tipo de sondas en los pacientes con irritabilidad traqueal disminuida y un nivel de conciencia alterada.

(Kozier, 1999, Pág. 586 - 587)

5. Establecer una dieta diaria que cubra las necesidades calóricas y nutritivas del paciente y que respeta al máximo sus preferencias alimentarias.

La cantidad de energía que los nutrientes y alimentos suministran al cuerpo en su valor calórico. Una caloría es la unidad de energía calórica. Una caloría pequeña es la cantidad de energía requerida para elevar la temperatura de 1 g de agua 1 °C. Una caloría grande (caloría, Kilocaloría -Kcal-) es la cantidad de calor necesaria para elevar la temperatura de 1 kg de agua 1 °C, y es la unidad utilizada en nutrición.

(Kozier, 1999, Pág. 561)

- La alimentación enteral con formula de inicio (En 75 mililitros de agua,

El régimen de alimentación en si mismo puede producir problemas por ejemplo un bolo de alimentación de alta osmolaridad y a

agregar 14.3 gramos del polvo de la leche, más 1.4 ml de triglicéridos de cadena media y 3.5 gramos de maltodextrinas, lo que proporciona 222 kcal Kg Día) cada 3 horas por sonda orogástrica y nasogástrica en infusión continua.

temperatura fría puede provocar problemas gástricos y digestivos. La administración lenta puede reducir los calambres, las náuseas y los vómitos.

(Carpenito, 1994, Pág. 613 - 614)

### EVALUACIÓN:

Este diagnóstico detectado en la tercera valoración (9 de febrero del 2001) se encontró en un grado de dependencia 6, que posteriormente con las acciones el paciente mostró mejoría en los días siguientes, los vómitos disminuyeron en frecuencia, aumento ligeramente su peso para el día 16 de febrero, es decir que ya se encontraba en un grado 4 de dependencia. Hasta la novena valoración (el día 22 de febrero) donde se vuelven a presentar los vómitos frecuentes, y a disminuir su peso, permaneciendo en un grado de dependencia 6.

TESIS CON  
FALLA DE ORIGEN

# TESIS CON FALLA DE ORIGEN

82

## DIAGNÓSTICO DE ENFERMERÍA:

Riesgo de aspiración relacionada con la incompetencia del cardias.

**NIVEL DE INDEPENDENCIA:** 2.

**FECHA DE IDENTIFICACIÓN:** 09, 21 y 28 de febrero del 2001.

**FECHA DE RESOLUCIÓN:**

## OBJETIVO:

La paciente no presentará signos y síntomas de aspiraciones mediante la reducción de los factores de riesgo durante su hospitalización.

ACTIVIDADES	FUNDAMENTACIÓN
1. Mantener la postura semifowler tras las tomas de alimento y no acostar al niño hasta 30 minutos después de concluidas éstas.	La elevación de la parte superior del cuerpo puede prevenir el reflujo mediante el uso de la gravedad inversa. (Carpenito, 1994, Pág. 615)
2. Evitar cualquier postura que implique hiperextensión de la cabeza.	La hiperextensión o hiperflexión del cuello podría ocluir la vía respiratoria. (Kozier, 1999, Pág. 589)
3. Durante la alimentación por sonda deben seguirse las siguientes precauciones.	
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Antes de cada toma comprobar la correcta ubicación y la permeabilidad de la sonda.</li> </ul>	La adecuada colocación de la sonda debe verificarse antes de la alimentación para prevenir introducir la fórmula en el aparato respiratorio. (Carpenito, 1994, Pág. 615)
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Medir el contenido gástrico residual antes de cada toma y postergar la alimentación cuando hay residuo alto.</li> </ul>	Administrar la alimentación en presencia de un excesivo contenido residual aumenta el riesgo de reflujo y aspiración. (Carpenito, 1994, Pág. 615)

<ul style="list-style-type: none"> <li>• Regular la alimentación gástrica intermitentes para permitir el vaciado gástrico entre tomas.</li> </ul>	<p>Dicha regulación es necesaria para prevenir la sobrealimentación y el aumento del riesgo de reflujo y aspiración. Las alimentaciones gástricas deben administrarse intermitentemente cuando el riesgo de aspiración es elevado.</p> <p>(Carpenito, 1994, Pág. 615)</p>
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Regular la alimentación continua para permitir períodos de reposo.</li> </ul>	<p>Las alimentaciones continuas aumenta el riesgo de aspiración porque el estómago contiene un aporte constante de fórmula.</p> <p>(Carpenito, 1994, Pág. 615)</p>
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Enjuagar la sonda de alimentación con agua después de acabar la toma.</li> </ul>	<p>Es necesario el enjuague para eliminar la fórmula, que puede proporcionar un medio para el crecimiento de los microorganismos.</p> <p>(Carpenito, 1994, Pág. 615)</p>
<p>4. Vigilar el estado pulmonar por medio del método clínico.</p>	<p>Las infecciones crónicas o agudas pueden causar anorexia y, en ocasiones, vómito. En los lactantes, el moco en las vías respiratorias superiores puede impedir la deglución y causar náusea, vómito o diarrea.</p> <p>(Slota, 2000, Pág. 47)</p>
<p>5. Conservar las vías aéreas permeables.</p>	<p>El control temprano de permeabilidad respiratoria tiene el efecto más directo en la supervivencia.</p> <p>(Slota, 2000, Pág. 472)</p>
<p>6. Tener siempre a la mano un equipo de carro de paro o carro rojo, y un equipo aspiración que consistirá en:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Contar con una fuente de succión con regulación de la presión.</li> <li>• Un frasco colector graduado y conectado a la fuente de succión.</li> <li>• Fuente de oxígeno.</li> <li>• Sondas transparentes estériles, con</li> </ul>	<p>El reflujo gastroesofágico puede ser causa de broncoaspiración crónica.</p> <p>(Slota, 2000, Pág. 47)</p> <div data-bbox="574 1387 912 1511" style="border: 2px solid black; padding: 5px; text-align: center; margin-top: 20px;"> <p><b>TESIS CON FALLA DE ORIGEN</b></p> </div>

<p>punta roma.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Un recipiente (riñón), con dos vasos graduados.</li> <li>• Solución fisiológica y agua inyectable.</li> </ul>	
<p>7. Mantener un entorno tranquilo y relajado durante y después de la ingesta de alimentos.</p>	<p>El entorno debe resultar seguro, cómodo y terapéutico, es decir, debe ser capaz de sostener la salud del paciente. (Kozier, 1999, Pág. 91)</p>
<p>8. Mantener siempre una actitud vigilante frente a los niños pequeños.</p>	<p>El reflujo gastroesofágico es común en los primeros seis meses de vida, debido a toda una gama de factores (cambios hormonales, relaciones anatómicas). (Slota, 2000, Pág. 464)</p>

## EVALUACIÓN:

Este diagnóstico potencial detectado en la tercera valoración (9 de febrero del 2001), se encontró en un grado de independencia 2, evolucionó a ser un diagnóstico real ya que el día 19 de febrero del 2001, en la sexta valoración, el paciente se encontraba en la terapia intensiva por una broncoaspiración. Este diagnóstico nuevamente regreso a ser potencial, en la octava valoración (el día 21 de febrero del 2001) y finalmente el 8 de marzo del 2001 la paciente fallece por broncoaspiración.

TESIS CON  
FALLA DE ORIGEN



## DIAGNÓSTICO DE ENFERMERÍA

Hipertermia relacionada con un proceso infeccioso de vías respiratorias bajas manifestada por temperatura axilar por arriba de 37.6°C.

**NIVEL DE DEPENDENCIA:** 6.

**FECHA DE IDENTIFICACIÓN:** 12, 19, 22 y 28 de febrero del 2001.

**FECHA DE RESOLUCIÓN:**

### OBJETIVO:

El paciente disminuirá su temperatura corporal a sus valores normales (36.4– 37.4) mediante el control por medios físicos y químicos durante su hospitalización.

ACTIVIDADES	FUNDAMENTACIÓN
1. Registrar la temperatura corporal cada 15 minutos mientras presente hipertermia, y determinar la eficacia del tratamiento.	La temperatura corporal representa el equilibrio entre el calor producido y el calor perdido por el organismo. (Kozier, 1999, Pág. 168) Una medición aislada de la temperatura puede no indicar fiebre. (Potter, 1996, Pág. 262 y 263)
2. Evaluar las constantes vitales cada 2 horas.	Las constantes vitales deben tomarse, en su totalidad, permiten controlar las funciones del cuerpo, reflejan alteraciones de la función normal que, de otra manera, es posible que no fueran detectadas. Estas se deben evaluar en función del estado de salud previo y actual del paciente, y se comparan con los valores normales aceptados de forma estándar. (Kozier, 1999, Pág. 168)
3. Evaluar el estado de hidratación por lo menos cada 4 horas, y aumentar el aporte de líquidos si se observan datos de deshidratación como son:	La tasa metabólica corporal aumenta con la fiebre, los niños tienen una proporción más alta de agua corporal y por lo tanto, pierden agua más rápidamente con la fiebre. (Schulte, 1999, Pág. 38)

- |  |  |
|--|--|
| <ul style="list-style-type: none"> <li>• Ojos hundidos, llora sin lágrimas, boca seca y saliva espesa, respiraciones rápidas y profundas, el pliegue se deshace con lentitud (+2 segundos), pulso rápido, llenado capilar de 3 a 5 segundos, fontanela hundida.</li> </ul> | <p>La deshidratación es designada a las condiciones patológicas que se caracterizan por alteraciones de la homeostasis, o balance fisiológico del agua, la osmolaridad, la relación acidobásica y los iones de los líquidos orgánicos.</p> <p style="text-align: right;">(Valenzuela, 1993, Pág.301)</p> |
| <p>4. Mantener un registro de aportes y pérdidas de líquidos por turno.</p>  | <p>Los niños tienen riesgo de déficit de volumen de líquidos, porque pueden perder rápidamente grandes cantidades de líquidos, en proporción con su peso corporal. Por lo que se deben tener registros exactos de ingestas y excreciones.</p> <p style="text-align: right;">(Potter, 1996, Pág. 274)</p> |
| <p>5. Evitar la humedad de la ropa del paciente y la ropa de cama.</p>   | <p>Mantener secos los vestidos y la ropa de cama para aumentar la pérdida de calor por conducción y convección.</p> <p style="text-align: right;">(Potter, 1996, Pág. 275)</p>   |
| <p>6. Evitar el uso de compresas de alcohol.</p>   | <p>El alcohol isopropílico se absorbe a través de la piel y las mucosas provocando efectos neurotóxicos, como estupor, coma e incluso la muerte.</p> <p style="text-align: right;">(Wong, 1995, Pág. 614)</p>  |
| <p>7. Mantener un descenso de temperatura progresiva, evitando que sea repentino.</p>  | <p>El enfriamiento causa vasoconstricción, lo que hace que se conserve elevada la temperatura.</p> <p style="text-align: right;">(Wong, 1995, Pág. 614)</p>  |
| <p>8. Mantener el ambiente templado, fresco, mediante la utilización de pijamas ligeros y poca ropa de cama, intentando mantener la habitación a una temperatura entre 22.2 y 23.9 °C.</p>   | <p>Mantener fresco el ambiente ayuda a disminuir la temperatura corporal, a través de pérdidas de calor por irradiación.</p> <p style="text-align: right;">(Morgan, 1993, Pág.7)</p>   |
| <p>9. Bañar a la niña en agua tibia con esponja para disminuir la temperatura.</p>   | <p>Los baños tibios refrescan el cuerpo por conducción.</p> <p style="text-align: right;">(Morgan, 1993, Pág.26)</p>   |

<p>10. Aligerar la ropa de la paciente.</p>	<p>Reducir la cantidad de ropa que cure al paciente para favorecer la pérdida de calor por radiación y conducción. No inducir el estremecimiento.  (Potter, 1996, Pág. 275)</p>
<p>11. Evitar los escalofríos o estremecimientos.</p>	<p>Cuando la piel de todo el cuerpo siente un escalofrío, tienen lugar tres procesos fisiológicos que elevan la temperatura corporal: el escalofrío eleva la producción de calor, la sudoración se inhibe para reducir la pérdida de calor y la vasoconstricción reduce la pérdida de calor.  (Kozier, 1999, Pág. 169)</p>
<p>12. Controlar la temperatura de la niña cada 1 - 2 horas para detectar una posible elevación brusca.</p>	<p>La elevación brusca de la temperatura puede motivar una convulsión.  (Morgan, 1993, Pág. 7)</p>
<p>13. Administración de antipiréticos - Paracetamol (10 mg/kgdo) 40 mg vía oral dosis única.</p>	<p>Los fármacos no esteroideos, como el paracetamol, reducen la fiebre aumentando la pérdida de calor.  (Potter, 1996, Pág. 275)</p>
<p>14. Colaborar en la toma de cultivos tales como hemocultivo y urocultivo.</p>	<p>Un paciente que padece o se sospecha que padece una enfermedad infecciosa puede someterse a diversos estudios de laboratorio. Los líquidos como sangre y orina y otros elementos corporales como la ecuación que sean sospechosos de contener microorganismos infecciosos pueden recogerse para realizar cultivos.  (Potter, 1996, Pág. 640 - 641)</p>
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Verificar que se le realicen cultivos a los catéteres.</li> </ul>	<p>La identificación de la causa infecciosa es la principal preocupación en el paciente febril. Los catéteres permanentes deben analizarse en busca de cultivos.  (Slota, 2000, Pág. 557)</p>

- Analizar los cultivos: se detectó estafilococo coagulasa negativo en un hemocultivo de catéter el día 25 de febrero del 2001.

La afección causada por estos gérmenes ocurre en paciente con alteraciones, incluyendo a pacientes prematuros y a pacientes con inmunosupresión. Es frecuente que haya bacteriemia por estos microorganismos, consecutivos a catéteres vasculares a permanencia.

(Silver, 1994, Pág. 357-358)

15. Administrar antibióticos.

Los antibióticos se usan como tratamiento contra el agente etiológico.

(Morgan, 1993, Pág.26)

La administración de antibióticos destruye las bacterias pirógenas y elimina los estímulos del organismo para la fiebre.

(Potter, 1996, Pág. 274)

- Dicloxacilina (100 mg/kg/día) 80 mgs, I.V, cada 6 horas, diluido en 16 ml, para pasar en 30 minutos. (inicia el 2 de febrero y se suspende el 11 de febrero).

Antibiótico de espectro medio, esta indicada en el tratamiento de infecciones debidas a estafilococos productores de pellicinasa y estafilococos resistentes y sus reacciones secundarias son: urticaria, prurito, angioedema, laringoespasma, broncoespasmo, hipotensión, náusea, vómito, malestar epigástrico, evacuaciones disminuidas de consistencia, hepatotoxicidad, daño tubular renal y nefritis intersticial.

(Vademécum, 1996, Pág.455)

- Amikacina (7.5 mg/kg/dosis) 25 mgs, I.V. cada 8 horas, diluido en 5 ml, para pasar en 30 minutos. (Inicia el 2 de febrero y se suspende el 16 de febrero).

Antibiótico, aminoglucósido, bactericida eficaz contra gram negativo y estafilococo resistente esta indicado en el tratamiento de las infecciones del aparato respiratorio bajo, del aparato genitourinario, de huesoso y articulaciones, bacteremias, producidas por bacterias gramnegativas sensibles y sus reacciones secundarias son tinnitus, vértigo, sordera, oliguria, albuminuria, azoemia, exantema, febrícula, cefalea y parestesia, rash cutáneo, temblor, náuseas, artralgia anemia e hipotensión.

(Vademécum, 1996, Pág. 240)

- |  |   |
|--|---|
| <ul style="list-style-type: none"> <li>• Cefuroxime (100 mg/kg/día) 85 mgs, I.V., cada 6 horas, diluidos en 2 ml, para pasar en 15 minutos. (Inicia el 11 de febrero y se suspende el 16 de febrero).</li> </ul> | <p>Antibiótico cefalosporínico, es una cefalosporina que incluye mayor estabilidad frente a las penicilinas. Además, alcanza concentraciones terapéutica en el líquido cefalorraquídeo efectivas en meningitis por <i>S. Pneumoniae</i>, y sus reacciones secundarias son: cefalea, malestar, parestesias, vértigos y convulsiones, urticaria, colitis -nausea, anorexia, vómito, diarrea, glositis, dispepsia, tenesmo, hematuria y nefrotoxicidad, neutropenia transitoria, eosinofilia, anemia hemolítica y disminución de los niveles de hematocrito y hemoglobina, rash y fiebre.</p> <p style="text-align: right;">(Vademécum, 1996, Pág. 571)</p>  |
| <ul style="list-style-type: none"> <li>• Imipenen (60 mg/kg/día) 45 mgs, I.V., cada 6 horas, diluido en 9 ml, para pasar en 30 minutos. (Inicia el 16 de febrero y se suspende el 2 de marzo).</li> </ul>        | <p>Antibiótico de amplio espectro, actividad contra un espectro excepcionalmente amplio de bacterias patógenas lo hace útil en el tratamiento de infecciones polimicrobianas y de infecciones mixtas por aerobios y anaerobios y como tratamiento inicial antes de identificar los gérmenes causantes y sus efectos secundarios son generalmente leves y pasajeros, los efectos adversos más comunes son: eritema, tromboflebitis, erupción cutánea, prurito, urticaria, náusea, vómito, diarrea, manchas en los dientes, eosinofilia, leucopenia, neutropenia, disminución de la hemoglobina y prolongación del tiempo de protrombina, aumento de las transaminasas y la bilirrubina, oliguria, anuria, disminución de la agudeza auditiva, etc.</p> <p style="text-align: right;">(Vademécum, 1996, Pág. 2381 - 2383)</p> |
| <ul style="list-style-type: none"> <li>• Clindamicina (40 mg/ kg/ dosis) 40 mgs, I.V., cada 8 horas, diluido en 3 ml para pasar en 30 minutos. (Inicia el 16 de febrero y se suspende el 2 de marzo).</li> </ul> | <p>Antibiótico activo en cocos grampositivos, anaerobios y bacilos., esta indicada en infecciones del tracto respiratorio, cuando las bacterias sean resistentes a los antibióticos de primera elección, infecciones de la piel y tejidos blando, de hueso, articulaciones, septicemia y endocarditis, sus efectos secundarios son: diarrea, náusea, vómito, dolor abdominal, urticaria, rash</p>   |

maculopapular, prurito, neutropenia transitoria y eosinofilia, trombocitopenia y agranulocitosis, tromboflebitis.

(Vademécum, 1996, Pág. 703 – 704)

- Netilmicina (3 mgKg/día) 9 mgs, I.V., cada 24 horas, diluido en 2 ml (inicia el 20 de febrero y se suspende el 2 de marzo).
- Antibiótico de amplio espectro, indicada en el tratamiento de infecciones causadas por cepas de stafilococos coagulasa negativa y sus efectos secundarios son: signos de ototoxicidad como mareos, vértigo, tinnitus, ruido en los oídos y pérdida de la audición, cefalalgia, trastornos visuales, desorientación, taquicardia, hipotensión, palpitaciones, trombocitosis, reducción de hemoglobina, leucocitos y plaquetas, eosinofilia, anemia y prolongación del tiempo de protrombina.

(Vademécum, 1996, Pág. 1715 – 1717)

## EVALUACIÓN:

Este diagnóstico detectado en la cuarta valoración (12 de febrero del 2001), se encontró en un grado de dependencia 6, permaneció durante toda la estancia hospitalaria del paciente, ya que solo era controlada por uno o dos días y la fiebre continuaba, es decir que nuestro objetivo se cumplió pero solamente en parte por que si se controlaba con las acciones que realizamos, pero nunca se detecto la causa de la hipertermia en el paciente hasta su fallecimiento el 8 de marzo del 2001.

TESIS CON  
FALLA DE ORIGEN

**DIAGNÓSTICO DE ENFERMERÍA**

Riesgo de sufrimiento espiritual de la mamá relacionado con la enfermedad física de su hija.

**NIVEL DE INDEPENDENCIA:** 1.

**FECHA DE IDENTIFICACIÓN:** 12 de febrero del 2001.

**FECHA DE RESOLUCIÓN.**

**OBJETIVO:**

La mamá manifestará sus preocupaciones sobre los aspectos de creencias y valores religiosos durante la hospitalización de su hija mediante la implementación de actividades tendiente a favorecer la practica de sus ritos religiosos.

ACTIVIDADES	FUNDAMENTACIÓN
<p>1. Valorar el estado espiritual en el paciente y en la familia mediante la observación:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Actúa según sus creencias.</li> <li>• Aprecia sus creencias y afirma públicamente la elección.</li> <li>• Eligio libremente.</li> </ul>	<p>La accesibilidad del personal de enfermería le permite establecer las necesidades espirituales del paciente, tanto durante la valoración como durante la comunicación cotidiana, verbal y no verbal del paciente. Las propias creencias espirituales o humanísticas acerca del sentido de la salud y la enfermedad resultan cruciales para resolver los problemas planteados por las enfermedades crónicas.</p> <p style="text-align: right;">(Potter, 1996, Pág. 404)</p>
<p>2. Explorar si el paciente o la familia desea introducirse en una práctica o rito religioso o espiritual y darle la oportunidad de hacerlo.</p>	<p>Par un paciente y la familia que le da mucho valor a la operación u otras prácticas espirituales, estas prácticas pueden darle significado y finalidad y pueden ser una fuente de consuelo y fuerza.</p> <p style="text-align: right;">(Carpenito, 1994, Pág. 712)</p>
<p>3. Expresar la comprensión y aceptación de la importancia de las creencias y prácticas religiosas o espirituales.</p>	<p>La transmisión de una actitud no de juicio puede ayudar a reducir la intranquilidad del paciente y de la familia por expresar sus creencias y prácticas.</p> <p style="text-align: right;">(Carpenito, 1994, Pág. 712)</p>

- |  |   |
|--|---|
| <p>4. Explicar a los padres de la importancia de los valores en los pacientes, aún cuando sean lactantes.</p>  | <p>Aunque no es capaz de razonar, el lactante capta las emociones y los comportamientos de otros. La forma en la que los padres reaccionan con la niña expresa sus valores morales.</p> <p style="text-align: right;">(Potter, 1996, Pág. 81)</p>   |
| <p>5. Darle privacidad y tranquilidad para los ritos espirituales, según los deseos del paciente y la familia, según se puedan practicar.</p>  | <p>La intimidad y el silencio proporcionan un ambiente que posibilita la reflexión y contemplación.</p> <p style="text-align: right;">(Carpenito, 1994, Pág. 712)</p>   |
| <p>6. Potenciar la continuación de aquellas prácticas compatibles con el estado de salud, que aumentan el bienestar espiritual de la persona, tales como:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Si lo desea, ofrecerse para rezar con el paciente o la familia, o leer un texto religioso.</li> </ul>   | <p>La enfermera - incluso la que no suscribe los mismos valores o creencias religiosas que el paciente - puede ayudarle a cubrir sus necesidades espirituales.</p> <p style="text-align: right;">(Carpenito, 1994, Pág. 712)</p>  |
| <p>7. Fomentar y estimular la asistencia a los servicios religiosos:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Contactar con un representante religioso o clero del hospital para organizar una visita.</li> <li>• Explicar los servicios de que dispone, (capilla del hospital o Biblia).</li> <li>• Permitir tener imágenes, objetos, libros que sirvan de apoyo y de consuelo espiritual.</li> </ul> | <p>Estas medidas pueden ayudar al paciente y a la familia a mantener los lazos espirituales y a practicar los ritos importantes.</p> <p style="text-align: right;">(Carpenito, 1994, Pág. 712)</p>  |
| <p>8. Respetar sus restricciones y prioridades en el campo de la espiritualidad.</p>   | <p>En muchos sistemas de creencias, la enfermedad se considera parte de un plan divino para comprobar la fe de la persona en un ser supremo o para hacer de él un ejemplo de paciencia o penitencia. De este modo se encuentra algún sentido en el sufrimiento.</p> <p style="text-align: right;">(Carpenito, 1996, Pág. 402)</p> |

<p>9. Explorar si alguna de las prácticas hospitalarias habituales entran en conflicto con las creencias del paciente y la familia; si es así, tratar de adaptarlas a sus ideas, hasta el punto en que lo permitan las normas y la seguridad.</p>	<p>Muchas religiones prohíben ciertas conductas; el cumplir las restricciones puede ser una parte importante del culto del paciente y de la familia. (Carpenito, 1994, Pág. 712)</p>
---	--

## EVALUACIÓN:

Este diagnóstico detectado en la cuarta valoración (12 de febrero del 2001), se encontró en un grado de independencia 1, permaneció durante el resto de la estancia hospitalaria de la paciente, ya que su estado de salud era delicado, siempre se consideró como potencial, nunca se convirtió en real, ya que la mamá de la paciente, podía practicar sus creencias religiosas sin ningún problema durante la hospitalización de su hija.

TESIS CON  
TALLA DE ORIGEN

## DIAGNÓSTICO DE ENFERMERÍA

Alteración del crecimiento y desarrollo relacionado con separación de las personas significativas manifestado por dificultad para realizar las habilidades motoras, sociales y expresivas típicas de su grupo de edad, alteración del crecimiento físico y disminución de las respuestas ante los estímulos externos.

**NIVEL DE DEPENDENCIA:** 5.

**FECHA DE IDENTIFICACIÓN:** 12 de febrero del 2001.

**FECHA DE RESOLUCIÓN:**

### OBJETIVO:

La paciente recuperará los hitos del desarrollo en el área del lenguaje y personal social de acuerdo a su edad mediante un plan de estimulación temprana en su primer años de vida.

ACTIVIDADES	FUNDAMENTACIÓN
<p>1. Identificar las etapas de desarrollo del lactante menor como son:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Psicosocial: Confianza contra desconfianza.</li> <li>• Personalidad: Etapa oral.</li> <li>• Cognoscitivo: Etapa sensoriomotora.</li> </ul>	<p>Los lactantes desarrollan un sentimiento de confianza cuando sus necesidades básicas de afecto, seguridad y supervivencia son satisfechas. (Slota, 2000, Pág. 2)</p> <p>En los lactantes el succionar proporciona la mayor fuente de placer. (Slota, 2000, Pág. 2)</p> <p>Los reflejos son sustituidos gradualmente por la conducta voluntaria. Los lactantes aprenden a diferenciarse de los demás. (Slota, 2000, Pág. 2)</p>
<p>2. Realizar una valoración del crecimiento y desarrollo de la paciente para identificar conductas que estén por debajo del nivel esperado para su edad por medio de:</p>	<p>La evaluación periódica completa y sistemática del crecimiento y desarrollo hace posible la detección precoz de problemas, identificación de preocupaciones de los padres, normas previsoras y enseñanza</p>

- Gráficas de crecimiento y desarrollo.
- Test de desarrollo de Denver.

acerca de la conducta esperada y adecuada para la edad.

(Joyce, 1994, Pág. 221)

3. Tener en cuenta las condiciones del paciente y del entorno en el momento de hacer la valoración e identificar si el paciente presente alguna de las siguientes condiciones que alteren los resultados.

Los juicios sobre el desarrollo de un lactante o un niño nunca deben basarse exclusivamente en una única evaluación del desarrollo. La enfermedad, el estrés, el método utilizado por el examinador y un ambiente extraño pueden alterar la actuación normal de un niño.

(Joyce, 1994, Pág. 221)

- Cansancio.
- Hambre.
- Malestar físico.
- Desconocimiento del entorno.

4. Observar la relación de los padres con el niño, lo que incluye el establecimiento del contacto visual y la capacidad de manejo y comunicación entre los padres y la niña.

Comprobar que no existe una relación apropiada entre la niña y sus padres puede poner de manifiesto la incapacidad de los padres para crear vínculos emocionales con el paciente, y ello puede ser la causa del retraso de crecimiento y desarrollo.

(Morgan, 1993, Pág. 220)

5. Determinar el estado neurológico y cardiovascular del paciente por medio del método clínico.

Es preciso realizar dicha evaluación ya que permite determinar si el retraso de crecimiento y desarrollo del niño se debe a causas fisiológicas.

(Morgan, 1993, Pág. 220)

6. Identificar y Estimular el desarrollo de aquellas áreas en que existen carencias o retraso, donde las actividades pueden ser:

Para exponer los hilos conductores del desarrollo, cada caracterización trae una consideración per separado de los cuatro campos principales de la conducta a saber: características motrices, conducta adaptativa, lenguaje y conducta personal social. Lo que permite la confrontación cruzada entre una edad y otra, en cualquiera de los campos de la conducta que se elija.

(Gessell, 1991, Pág. 8)

a) Áreas del Lenguaje:

- Proporcionar estímulos auditivos como cajas musicales, sonajas o por medio de campanas pequeñas.
- Platicar con ella y permitirle que responda por medio del balbuceo y de la sonrisa.

El lactante tiene urgencia para comunicar las emociones a una edad sorprendentemente temprana, antes de que puedan utilizarse las palabras, se comunica en todas formas disponibles: llanto para indicar malestar, una sonrisa para indicar placer. Aprende a transmitir mensajes no verbales mirando las expresiones faciales, los movimientos de manos y brazos y los gestos corporales de otros.

(Marlow, 1991, Pág. 641)

b) Áreas motrices:

- Mantener una actitud de reflejo tónico - cervical. Por medio de la posición colocándolo con la cabeza vuelta hacia un lado, extendiendo el brazo del lado hacia el cual ha girado la cabeza y el otro brazo flexionado, dejando descansar la mano sobre o cerca de la región céfalo - torácica.
- Flexionar y extender las piernas, levantándolas unos 3 a 5 cm, puede rodar parcialmente a un costado.
- Agarrar a la niña por las dos manos y tira de ellas con el propósito de ponerla perpendicular a la posición sentada, observando el grado de control de la cabeza.
- Permitirle la máxima libertad de movimientos en las extremidades.

Los músculos que controlan los movimientos gruesos en general son los grandes músculos proximales del cuerpo. El lactante utiliza los músculos más grandes de la parte superior de brazo y piernas antes de lograr el control de los músculos de manos, pies, dedos de manos y de pies. El lactante mueve los brazos antes de poder controlar los músculos de los dedos para manjar los objetos. Los lactantes sostienen los juguetes, giran sobre sí y se sientan antes de que puedan recoger fácilmente elementos pequeños.

(Marlow, 1991, Pág. 636)

c) Área conducta adaptativa:

- Tocar con un dedo la periferia de la boca.
- Colocar objetos grandes frente a la línea media de su cara y moverlos hacia los lados.
- Tocar la mano del niño con el mango de una sonaja.

Aunque todos los sentidos se desarrollan gradualmente, los de visión, audición y gusto progresan especialmente durante el período de la lactancia. La agudeza visual, binocularidad, percepción de profundidad y preferencia visual siguen desarrollándose. El lactante se interesa en los detalles de los objetos y trata de recoger objetos mucho más

<ul style="list-style-type: none"> <li>• Proporcionar juguetes de colores vivos y brillantes.</li> </ul>	<p>pequeños. (Marlow, 1991, Pág. 636)</p>
<p>d) Área personal social:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Mostrar el rostro, las manos de alguna persona dentro del campo visual del niño y hablarle.</li> <li>• Alzarlo y sostenerlo con manos firmes y tranquilas.</li> </ul>	<p>La lactante muestra una preferencia visual por el rostro humano y puede responder a las expresiones faciales y reconocer a los extraños. (Marlow, 1991, Pág. 636)</p>
<p>7. Identificar los signos de fatiga de la niña durante los ejercicios de estimulación, tales como:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Llanto.</li> <li>• Somnolencia.</li> <li>• Irritabilidad.</li> <li>• Malhumor.</li> </ul>	<p>El organismo se fatiga rápidamente debido a su falta de madurez y al enorme esfuerzo que debe realizar para lograr las correlaciones de y entre sus visceras y mecanismos sensorio-motrices. (Gessell, 1991, Pág. 13)</p>
<p>8. Ayudar a los padres a establecer líneas de conducta que permitan el máximo desarrollo de las posibilidades del niño, evitando posturas sobreprotectoras, paternalistas o demasiado exigentes.</p>	<p>Los padres tienden a considerar permanentemente a los niños pequeños que están enfermos en las primeras fases de su vida como vulnerables y este concepto establecido puede afectar posteriormente a las percepciones que el niño va a tener de su propia salud. (Potter, 1996, Pág. 454)</p>
<p>9. Evitar cambios bruscos en los hábitos del niño: introducir las modificaciones de forma paulatina y progresiva.</p>	<p>La estimulación continua puede sobrepasar y confundir a los lactantes. Necesitan ser estimulados de acuerdo con su temperamento, energía y edad. Las estrategias de estimulación consiguen el máximo desarrollo de los lactantes, al tiempo que conservan su energía y orientación. (Potter, 1996, Pág. 453)</p>
<p>10. Asegurar la colaboración de la familia; tener presente que son una pieza clave en el éxito del plan de cuidados.</p>	<p>Las separaciones prolongadas de los padres complican el buen desarrollo del proceso de vinculación afectiva, al aumentar el número</p>

éxito del plan de cuidados.

de personas que asisten al niño y con quienes éste debe relacionarse. En una situación ideal, los padres deberían prestar la mayor parte de los cuidados diarios rutinarios durante la hospitalización.

(Potter, 1996, Pág. 453)

### EVALUACIÓN:

Este diagnóstico detectado en la cuarta valoración (12 de febrero del 2001) se encontró en un grado de dependencia 5, que posteriormente con las acciones el paciente mostró ligera mejoría, la paciente se observaba reactiva ante estímulos externos, pero no hubo mayor cambio, por lo que no se pudo resolver nuestro diagnóstico en forma completa, es decir no se logro llevarla a un grado de independencia antes de que la paciente falleciera.

TESIS CON  
FALLA DE ORIGEN

**DIAGNÓSTICO DE ENFERMERÍA**

Intolerancia a la actividad relacionada con desequilibrio entre aportes y demandas de oxígeno manifestado por debilidad generalizada, astenia, adinamia y fatiga.

**NIVEL DE DEPENDENCIA:** 6.

**FECHA DE IDENTIFICACIÓN:** 14 de febrero del 2001.

**FECHA DE RESOLUCIÓN:**

**OBJETIVO:**

El paciente llevará a cabo las actividades de la vida diaria sin un esfuerzo excesivo ni cambios significativos en sus signos vitales durante su hospitalización.

ACTIVIDADES	FUNDAMENTACIÓN
<p>1. Explicar a los familiares las actividades y factores que aumenta la demanda de oxígeno:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Temperaturas extremas.</li> <li>• Estrés.</li> </ul>	<p>Las temperaturas extremas y el estrés, producen vasoconstricción, aumentado el esfuerzo cardíaco y las demandas de oxígeno.</p> <p style="text-align: right;">(Carpenito, 1994, Pág. 103)</p>
<p>2. Aumentar gradualmente las actividades físicas del paciente, conforme vaya aumentando su tolerancia.</p>	<p>Mantener una respiración moderada mediante la actividad mejora la fuerza de los músculos accesorios y la función respiratoria.</p> <p style="text-align: right;">(Carpenito, 1994, Pág. 103)</p>
<p>3. Conservar la oxigenoterapia, por medio de nebulizador, con un FiO<sub>2</sub> no mayor al 50%.</p>	<p>El suplemento de oxígeno aumenta los niveles de oxígeno circulante y mejora la tolerancia a la actividad.</p> <p style="text-align: right;">(Carpenito, 1994, Pág. 103)</p>
<p>4. Después de la actividad, buscar respuestas anormales al aumento de la actividad:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Descenso de la frecuencia del pulso.</li> <li>• Descenso o ausencia de cambios en la tensión arterial.</li> </ul>	<p>Puede valorarse la intolerancia a la actividad evaluando el estado cardíaco, circulatorio y respiratorio.</p> <p style="text-align: right;">(Carpenito, 1994, Pág. 103)</p>

<ul style="list-style-type: none"> <li>• Excesivo aumento o descenso de la frecuencia respiratoria.</li> <li>• Incapacidad de que el pulso regrese a la frecuencia en reposo, transcurridos tres minutos de la actividad.</li> </ul> <p>5. Fomentar el reposo y favorecer las etapas de sueño en el paciente por medio de un ambiente tranquilo.</p>	<p>La persona que descansa se encuentre mentalmente relajada, libre de ansiedad y físicamente calmada. El descanso es un estado de actividad mental y física reducidas, que hace que el sujeto se siente fresco, rejuvenecido y preparado para continuar con las actividades cotidianas.</p> <p style="text-align: right;">(Potter, 1996, Pág. 729)</p>
<p>6. Favorecer una posición corporal confortable a las actividades que se realizan en el paciente.</p>	<p>La posición prona mejora la oxigenación y la mecánica y volúmenes pulmonares, y reduce el uso de energía.</p> <p style="text-align: right;">(Wong, 1995, 215)</p>

### EVALUACIÓN:

Este diagnóstico detectado en la quinta valoración (14 de febrero del 2001), se encontró en un grado de dependencia 6, el cual con las acciones la paciente mostró ligera mejoría en los días siguientes, ya que la debilidad generalizada que mostraba disminuyó, toleraba de una mejor forma sus actividades de acuerdo con su edad, debido a que el personal de enfermería favoreció el reposo de la paciente, disminuyó el uso de energía, pero fue de gran importancia el apego de la mamá, la cual colaboró para mantener en un estado tranquilo a la paciente, pero durante su estancia hospitalaria no se logró resolver por completo el diagnóstico, por la gravedad del estado de salud, permaneciendo en un nivel de dependencia 4.

**DIAGNÓSTICO DE ENFERMERÍA**

Alteración del patrón del sueño relacionado con estrés emocional manifestado por fatiga, inquietud, ojos enrojecidos y vidriosos, así como dormir menos numero de horas para su edad (14 en lugar de 18 horas).

**NIVEL DE DEPENDENCIA:** 5.

**FECHA DE IDENTIFICACIÓN:** 14 de febrero del 2001.

**FECHA DE RESOLUCIÓN:** 28 de febrero del 2001.

**OBJETIVO:**

El paciente mejorará su patrón del sueño, mediante la identificación y control de los factores que alteran el sueño de la paciente, durante su hospitalización.

ACTIVIDADES	FUNDAMENTACIÓN
<p>1. Explicar a la familia el ciclo del sueño y su significado:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Fase I: fase de transición entre el estado de alerta y el sueño ( 5% del sueño total).</li> <li>• Fase II: dormido, pero se despierta fácilmente ( 50 – 55% del sueño total).</li> <li>• Fase III: sueño más profundo: resulta más difícil despertar ( 10% de la totalidad del sueño).</li> <li>• Fase IV: fase más profunda del sueño; del metabolismo y de la actividad cerebral ( 10% de la totalidad del sueño).</li> </ul> <p>2. Comentar a los familiares las diferencias individuales en las necesidades de sueño, basándose en los siguientes factores:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Edad.</li> <li>• Grado de actividad.</li> <li>• Estilo de vida.</li> <li>• Grado de tensión.</li> </ul>	<p>Típicamente, la persona atraviesa cuatro o cinco ciclos de sueño completos cada noche. Si la persona se despierta durante un ciclo de sueño es posible que por la mañana no se note descansado.</p> <p style="text-align: right;">(Carpenito, 1994, Pág. 105)</p> <p>La recomendación habitual de 8 horas de sueño cada noche en realidad carece de base científica. La persona que puede relajarse y descansar fácilmente necesita dormir menos tiempo para notarse descansado. Con la edad, generalmente disminuye el tiempo total de sueño, sobre todo la fase IV del sueño, aumentando la fase I.</p> <p style="text-align: right;">(Carpenito, 1994, Pág. 105)</p>

3. Comentar con la familia el patrón y las necesidades de sueño del paciente:

- Explicar que varían con la edad, el nivel de actividad y otros factores.
- Abstenerse de comparar el patrón de sueño con el de otros.
- Abstenerse de fijarse en las horas de sueño: por el contrario, fijarse en si siente que ha descansado después de dormir.
- Animarle a realizar actividades si tiene dificultad para dormir.

4. Favorecer la relajación de la paciente mediante actividades como son:

- Proporcionar un ambiente oscuro y tranquilo.
- Proporcionar los rituales reconfortantes a la hora de dormir, según sea necesario.
- Garantizar una buena ventilación del cuarto.

5. Planificar intervenciones encaminadas a limitar la interrupción del sueño. Facilitar al paciente por lo menos 2 horas de sueño ininterrumpido cada vez.

6. Elevar la cabecera de la cama aproximadamente 25 cm.

La cantidad de sueño que necesita una persona varía según la edad, el estilo de vida y la salud.

(Carpenito, 1994, Pág. 328)

Dormir resulta difícil hasta que se logra la relajación. El ambiente hospitalario puede deteriorar la relajación.

(Carpenito, 1994, Pág. 105)

Por lo general, una persona tiene que completar un ciclo de sueño entero ( 70 - 100 minutos) cuatro a cinco veces por noche para sentirse descansado.

(Carpenito, 1994, Pág. 105)

Esto puede aumentar la relajación y el sueño, proporcionando a los pulmones más espacio para su expansión al reducirse la presión ascendente de los órganos abdominales.

(Carpenito, 1994, Pág. 106)

<p>7. Explicar a la familia las situaciones que favorecen un descanso adecuado tales como:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Comodidad física.       <ul style="list-style-type: none"> <li>○ Eliminación de las fuentes de irritación física:           <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Mantenimiento de las sábanas y el pañal secos.</li> </ul> </li> <li>○ Mantener una alineación o posición anatómicas correctas:           <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Cambiar frecuentemente de postura.</li> </ul> </li> </ul> </li> </ul>	<p>La persona que descansa se encuentra mentalmente relajada, libre de ansiedad y físicamente calmada. El descanso es un estado de actividad mental y física reducidas, que hace que el sujeto se sienta fresco, rejuvenecimiento y preparado para continuar con las actividades cotidianas. Cada persona tiene hábitos personales para descansar.</p> <p style="text-align: right;">(Potter, 1996, Pág. 729)</p>
--	---

## EVALUACIÓN:

Este diagnóstico detectado en la quinta valoración (14 de febrero del 2001) se encontró en un grado de dependencia 5, que posteriormente con las acciones el paciente mostró mejoría paulatinamente, aumentando sus horas de sueño, así como disminución de la fatiga y la inquietud, logrando cumplir con el objetivo, para el día 28 de febrero, pero no se pudo lograr una independencia total ya que había momentos en que el estado de salud de la paciente lo hacía regresar a un estado de dependencia.

**ANÁLISIS CON  
FALLA DE ORIGEN**

**DIAGNÓSTICO DE ENFERMERÍA**

Riesgo de cansancio en el desempeño del rol del cuidador relacionado con la inestabilidad de la salud del receptor de los cuidados.

**NIVEL DE INDEPENDENCIA:** 2.

**FECHA DE IDENTIFICACIÓN:** 19, 28 de febrero del 2001.

**FECHA DE RESOLUCIÓN:**

**OBJETIVO:**

La mamá disminuirá el cansancio durante la hospitalización de su hija mediante la implementación de actividades tendiente a favorecer la relajación e identificar los factores de estrés.

ACTIVIDADES	FUNDAMENTACIÓN
<p>1. Acercarse a la familia e intentar crear un ambiente terapéutico y de confianza donde la familia pueda expresar sus temores y ansiedades.</p>	<p>El acercamiento a la familia transmite una sensación de cariño y preocupación. (Carpenito, 1994, Pág. 712)</p>
<p>2. Aclarar la información que solicite la familia utilizando un lenguaje sencillo directo y de tal forma que puedan entender la información que solicite.</p>	<p>La ansiedad moderada o elevada deteriora la capacidad de procesar la información; las explicaciones sencillas imparten con más eficacia la información. (Carpenito, 1994, Pág. 713)</p>
<p>3. Explorar las percepciones de los miembros de la familia sobre el estado de salud.</p>	<p>La evaluación de la comprensión de los miembros de la familia puede ayudar a identificar toda necesidad que puedan tener. (Carpenito, 1994, Pág. 713)</p>
<p>4. Valorar la respuesta emocional actual de la familia a los factores de estrés de la hospitalización como:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Depresión.</li> <li>• Temor.</li> <li>• Frustración.</li> </ul>	<p>La respuesta materna al niño con enfermedad crónica puede ser de frustración, a un mayor a su crecimiento personal, pero también puede presentar depresión el cual puede ser un signo de un funcionamiento imperfecto en la familia, en tanto que el temor es otra emoción comúnmente sentida</p>

- Negación.
- Sensación de inutilidad.

ya que teme perder al niño después de haber invertido mucho tiempo y energía. En tanto que el padre frecuentemente sufre depresión, baja autoestima y una sensación de inutilidad, encontrándose obligado a permanecer en el trabajo en donde no pueden desempeñar un rol directo en la atención de su hijo.

(Futcher, 1988, Pág. 4 - 5)

5. Determinar si es eficaz el mecanismo de afrontamiento actual de la familia.

La enfermedad de un miembro de la familia puede requerir cambios de rol significativo, poniendo a la familia en alto riesgo de desadaptación.

(Carpenito, 1994, Pág. 713)

6. Promover los potenciales de la familia:

- Implicar a los miembros de la familia en el cuidado del paciente.
- Reconocer su ayuda.
- Fomentar el sentido del humor y de la perspectiva hacia el estado de salud del paciente.

Estas medidas pueden ayudar a mantener la existente estructura familiar, permitiéndola funcionar como unidad de apoyo.

(Carpenito, 1994, Pág. 713)

7. Disminuir los factores estresantes por medio del apoyo social brindado a la familia a través de sus amigos y parientes.

El apoyo adecuado puede eliminar o reducir al mínimo los sentimientos de la familia de que deben pasarlo solos.

(Carpenito, 1994, Pág. 713)

El apoyo social ofrece a las familias información a nivel interpersonal, que proporciona apoyo de red, que lleva a los miembros o a la unidad familiar a creer que pertenecen a una red que involucra obligación y comprensión recíprocas. En general el apoyo social sirve como protector en contra de los efectos de los estresores y promueve la recuperación del estrés o crisis experimentado en la familia.

(Brunner, 1983, Pág. 13 - 14)

- |   |   |
|---|---|
| <p>8. Recalcar la necesidad de que los miembros de la familia aborden sus propias necesidades físicas y psicológicas y darles tiempo para ello, sugerir medidas tales como:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Tomarse un descanso los familiares y hacer que algún otro visite al paciente para variar.</li> </ul> | <p>Un miembro de la familia que ignora sus propias necesidades (sueño, relajación o nutrición) y que cambia sus prácticas de salud habituales a peor, deteriora su propia eficacia como persona de apoyo.</p> <p style="text-align: right;">(Carpenito, 1994, Pág. 713)</p> |
|---|---|

- |   |  |
|---|--|
| <p>9. Identificar la presencia de factores estresantes o cuando los papas están angustiados ante una crisis aguda por la enfermedad de su hija.</p> | <p>La priorización puede ayudar a la familia estresada a enfocar y resolver aquellas situaciones que requieren una atención inmediata.</p> <p style="text-align: right;">(Carpenito, 1994, Pág. 713)</p> |
|---|--|

El estrés o angustia de la familia pueden surgir cuando existe un desequilibrio entre demanda y capacidad a este nivel del funcionamiento familiar. Específicamente, las demandas que puede plantear un miembro individual a la familia pueden exceder la capacidad de la familia para satisfacer esas demandas, resultando así un desequilibrio.

(Brunner, 1983, Pág. 8)

- |   |   |
|---|---|
| <p>10. Ayudar a identificar los mecanismos de afrontamiento habituales y actuales para determinar su adecuación a la situación por medio de sus respuestas emocionales.</p> | <p>La enfermera puede proporcionar apoyo si permanece atenta a las respuestas de la familia a sus hijos. Los padres necesitan experimentar éxito, alegría y orgullo en sus hijos para darles la ayuda que necesitan.</p> <p style="text-align: right;">(Wong, 1995, Pág. 491)</p> |
|---|---|

- |   |  |
|---|--|
| <p>11. Manejar en todo momento una actitud comprensiva y empática, sin emitir juicios de valor.</p> | <p>De los distintos tipos de apoyo posibles, como la empatía, los ánimos o transmitir seguridad, el primero es el más beneficioso pero el menos utilizado. La esencia de la interacción empática radica en la comprensión exacta de los sentimientos del otro.</p> <p style="text-align: right;">(Wong, 1995, Pág. 84)</p> |
|---|--|

<p>12. Estimular la expresión de sentimientos, ideas, emociones.</p>	<p>Cuando más específica y concretamente sea capaz la familia de expresar su estrés, más capacidad tendrá para procurar reducir su respuesta al estrés.</p> <p>(Potter,1995, Pág.71)</p>
<p>13. Informar acerca de los beneficios de platicar con otros familiares o grupos de autoayuda, para disminuir su estrés.</p>	<p>Los grupos de apoyo proporcionan un lazo de unión común con la familia, ya que los factores estresantes son parecidos y las posibles soluciones son más realistas. Además, los grupos de apoyo pueden proporcionar soluciones sociales.</p> <p>(Potter,1995, Pág.71)</p>
<p>14. Enseñar a la familia ejercicios de relajación tales como:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>o Terapia musical.</li> <li>o Utilización del humor.</li> <li>o Ejercicios de respiración.</li> </ul>	<p>La practica de ejercicios de relajación tiene un efecto recuperador que normaliza los procesos físicos, mentales y emocionales.</p> <p>(Potter,1995, Pág.71)</p>
<p>15. Evitar que el cuidador se aislé del resto de la familia o de sus amigos.</p>	<p>Los apoyos sociales fuertes pueden proporcionar una cura realista de la soledad y de aislamiento social.</p> <p>(Potter,1995, Pág.71)</p>

## EVALUACIÓN:

Este diagnóstico detectado en la séptima valoración (19 de febrero del 2001), se encontró en un grado de independencia 2, permaneció durante el resto de la estancia hospitalaria de la paciente, ya que su estado de salud era delicado, se contaba con el apoyo de algunos otros familiares para su cuidado, la mamá se mantuvo con una angustia constante, pero siempre estuvo al pendiente de la evolución y los cuidados de la niña, gracias a la actuación de enfermería, ya que para lograr disminuir su angustia no sólo de la mamá, sino de la familia se les escuchaba acerca de sus inquietudes, pero a pesar de esto, el diagnóstico de enfermería permaneció entre el primero y el segundo nivel de independencia, sin llegar a la dependencia.

**TESIS CON  
FALLA DE ORIGEN**

**DIAGNÓSTICO DE ENFERMERÍA**

Incapacidad para mantener la respiración espontánea relacionada con fatiga de los músculos respiratorios manifestada por disnea, agitación, quejido inspiratorio, aleteo nasal, retracción xifoidea, tiros intercostales, silverman de 6 y apoyo ventilatorio.

**NIVEL DE DEPENDENCIA:** 6.

**FECHA DE IDENTIFICACIÓN:** 19 de febrero del 2001.

**FECHA DE RESOLUCIÓN:** 20 de febrero del 2001.

**OBJETIVO:**

El paciente recuperará su respiración espontánea, mediante cuidados durante el apoyo ventilatorio, en las siguientes 48 horas.

ACTIVIDADES	FUNDAMENTACIÓN
<p>1. Colaborar en la detección de signos de esfuerzo respiratorio. Valorando cada 2 horas los parámetros de Silverman Anderson:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Retracción xifoidea.</li> <li>• Aleteo nasal.</li> <li>• Quejido inspiratorio.</li> <li>• Disociación toraco – abdominal.</li> <li>• Tiros intercostales.</li> </ul> <p>La paciente se encontró con un Silverman de 6 a expensas de tiros intercostales, aleteo nasal, quejido inspiratorio y retracción xifoidea. Siendo indicativo de intubación endotraqueal de 6 a 10.</p>	<p>Los lactantes y los niños pequeños respiran principalmente con el diafragma. Los lactantes con insuficiencia respiratoria pueden mostrar movimientos de las aletas nasales, movimientos de la cabeza de arriba a bajo, quejido espiratorio o extensión de la cabeza.</p> <p style="text-align: right;">(Slota, 2000, Pág. 49)</p>
<p>2. En colaboración con el médico valorar el uso de la ventilación mecánica controlada de presión, iniciando con los siguientes parámetros de acuerdo con la edad y peso de la paciente:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Tiempo inspiratorio: 0.52 segundos.</li> <li>• Tiempo espiratorio: 5.7 segundos.</li> </ul>	<p>La ventilación mecánica esta indicada para mejorar el intercambio de gases pulmonares, aliviar la dificultad respiratoria e intervenir en la mecánica pulmonar ayudando a que sanen las vías respiratorias superiores e inferiores y facilitar la limpieza pulmonar.</p> <p style="text-align: right;">(Slota, 2000, Pág. 78)</p>

- Relación inspiración - exhalación (I:E) 1: 9.9 segundos.
- Frecuencia respiratoria: 10 respiraciones por minuto.
- $FiO_2$ : 40 %.

3. Vigilar y notificar cambios importantes en los resultados de la oximetría de pulso cada hora.

Los dispositivos de luz infrarroja y fotodetectores se envuelven con una tira de tela con el fin de que la fuente de luz se alinee para emitir luz a través de un tejido. El fotodetector mide la cantidad de luz que atraviesa los tejidos y, con ayuda de un microprocesador, se calcula el porcentaje de hemoglobina saturada.

(Slota, 2000, Pág. 58)

4. Valoración de los niveles de gases sanguíneos arteriales, encontrándose dentro de los límites normales con los siguientes resultados:

Los gases arteriales son el método convencional para verificar que la oxigenación y la ventilación son adecuadas, realiza mediciones precisas del pH y de la  $PCO_2$ .

(Slota, 2000, Pág. 88)

- pH: 7.41.
- $HCO_3$ : 23.5 meq/dl.
- $PaO_2$ : 68 mmHg.
- $PaCO_2$ : 36.7 mmHg.
- Saturación: 96%.
- Base: - 0.1 %.

5. Vigilar en forma constante el funcionamiento del equipo durante la ventilación mecánica como son:

Es necesario valorar el ventilador mecánico para cerciorarse de que funciona y que los ajustes son correctos. La responsabilidad primordial del ajuste del ventilador o la medición de sus parámetros no corresponde a la enfermera, suele estar a cargo del inhaloterapeuta, pero ella es la encargada del paciente y, en consecuencia, es preciso que evalúe los efectos que el ventilador tiene en el enfermo.

(Brunner, 1994, Pág. 573)

- Valoración de la fracción de oxígeno ( $FiO_2$ ), tiempo inspiratorio, tiempo expiratorio, relación inspiración - exhalación, frecuencia respiratoria.
- Presencia de agua en el tubo, desconexión o su acodamiento.
- El humidificador debe estar lleno de agua.
- Las alarmas deben funcionar en base a los valores requeridos por el

paciente basados en su edad y peso.

- Fuga de aire de los circuitos.
- Cambio de circuitos cada 24 horas.

6. Vigilar los informes de radiografías torácicas en busca de alteraciones como:

- Atelectasias.
- Neumotorax.
- Posición del tubo endotraqueal.

7. Vigilar cada 2 horas los signos de lucha del paciente contra el ventilador como son:

- Ansiedad.
- Hipoxia.
- Aumento de secreciones por hipercapnia.
- Volumen por minuto inadecuado.
- Edema pulmonar.

8. Mantener el tubo endotraqueal con una fijación segura y poner una marca en el tubo a nivel de los labios para que pueda verificar la colocación.

9. Valorar el estado respiratorio cada hora:

- Inspección:
  - Contorno del tórax.

Las radiografías de tórax seriadas son importantes para verificar la posición del tubo endotraqueal y para evaluar procesos pulmonares.

(Slota, 2000, Pág. 89)

El paciente está sincronizado con el ventilador cuando la expansión torácica coincide con la fase inspiratoria del equipo y la exhalación tiene lugar de manera pasiva. De no ser así, se dice que lucha contra el ventilador, lo que se manifiesta con sus intentos de inhalar durante la fase espiratoria del ventilador mecánico o por la presencia de sacudidas y aumento del esfuerzo de los músculos abdominales.

(Brunner, 1994, Pág. 575)

La tos o movimientos del niño hacen que el tubo se desplace si no se fija. La marca a nivel de los labios permite a la enfermera saber si la sonda se desliza hacia fuera.

(King, 1988, Pág. 770)

El tórax es redondo, con el diámetro anteroposterior del mismo tamaño que el transversal, la circunferencia del tórax y de la cabeza suele ser del mismo tamaño.

(Slota, 2000, Pág. 47)

- Deformidades del esqueleto.

Las anomalías como depresión esternal o protusión pueden causar o vincularse con anomalías respiratorias a través de la alteración de la dinámica pulmonar. La cifosis y la escoliosis pueden alterar la mecánica pulmonar.

(Slota, 2000, Pág. 49)

- Esfuerzo respiratorio.

La frecuencia y el ritmo de la respiración varían según la edad. La frecuencia respiratoria equivale aproximadamente a 25% de la frecuencia cardíaca. Los lactantes respiran principalmente con el diafragma.

(Slota, 2000, Pág. 48)

- Color de la piel.

La cianosis es indicativo de hipoxia. Si esta persiste a pesar de la administración de oxígeno puede ser indicio de un cortocircuito intracardiaco. Los dedos hipocráticos indican hipoxia crónica.

(Slota, 2000, Pág. 50)

- Auscultación:

- Simetría y la calidad de los ruidos respiratorios.

La auscultación de los sonidos respiratorios valora la idoneidad del flujo de aire y detecta la presencia de sonidos adventicios. Los movimientos asimétricos del tórax pueden indicar una mala colocación del tubo.

(Carpenito, 1994, Pág. 644)

- Palpación:

- Búsqueda de crepitaciones, chasquidos inspiratorios y anomalías óseas.

La palpación de vibraciones finas puede indicar un frote de fricción pleural subyacente.

(Slota, 2000, Pág. 51)

- Palpar la posición de la tráquea.

La desviación puede ser signo de la presencia de líquido o de aire, o de un colapso pulmonar.

(Slota, 2000, Pág. 51)

<ul style="list-style-type: none"> <li>• Percusión:</li> <li>○ Resonante en cada espacio intercostal y mate a nivel del hígado.</li> </ul>	<p>Es la técnica que se utiliza para establecer la presencia de aire, líquido o masas en el pulmón subyacente y para identificar los puntos de referencia anatómica. (Slota, 2000, Pág. 52)</p>
<p>10. Detectar los signos de insuficiencia respiratoria:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Aumento de la frecuencia respiratoria.</li> <li>• Respiraciones dificultosas.</li> <li>• Inquietud, agitación, confusión.</li> <li>• Constantes vitales inestables.</li> <li>• Valores anormales del análisis de gases arteriales.</li> </ul>	<p>La insuficiencia respiratoria puede resultar de la obstrucción de la vía respiratoria, problemas con el ventilador, atelectasias, broncoespasmo o neumotórax. (Carpenito, 1994, Pág. 644)</p>
<p>11. Detectar los signos de atelectasia:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Disnea marcada.</li> <li>• Ansiedad.</li> <li>• Cianosis.</li> <li>• Taquipnea.</li> </ul>	<p>La atelectasia puede resultar de la obstrucción bronquial debida a un tapón de moco o a un desplazamiento hacia arriba del diafragma debido a un aumento de la presión intraabdominal. Los signos y síntomas resultantes reflejan disminución del intercambio alveolar y del oxígeno circulante. (Carpenito, 1994, Pág. 644)</p>
<p>12. Mantener un control de los parámetros hemodinámicos a través de monitorización continua y de los parámetros ventilatorios cada hora:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• ECG.</li> <li>• Presión arterial.</li> <li>• Frecuencia cardiaca.</li> <li>• Gasto cardiaco.</li> <li>• Frecuencia respiratoria.</li> <li>• Tipo de ventilación.</li> <li>• Volumen corriente.</li> <li>• Volumen minuto.</li> </ul>	<p>Al mantener conectado un paciente a la ventilación mecánica, es necesario tener un control estricto y frecuente de los parámetros respiratorios y hemodinámicos, ya que la ventilación mecánica por sí sola produce importantes cambios, como es el efecto sobre el retorno venoso a nivel de tórax (caída de la precarga, caída del débito cardiaco). (<a href="http://www.galeon.com/articulosresp/productos38649.html">http://www.galeon.com/articulosresp/productos38649.html</a>)</p>

- Esfuerzo inspiratorio.
- $FiO_2$ .
- Diuresis horaria.
- Temperatura.
- Gases arteriales.

13. Detectar signos de hipoxia:

- Inquietud.
- Ansiedad.
- Taquicardia.
- Taquipnea.
- Cianosis.

Es factible que surjan cambios del gasto cardiaco como resultado de la ventilación con presión positiva. La presión intratorácica es positiva durante la inspiración y comprime el corazón y los grandes vasos, con lo disminuyen el retorno venoso y el gasto cardiaco. En general, esto se corrigen durante la exhalación, en que se invierte la presión intratorácica, por lo que la enfermera deberá valorar la función cardiaca en busca de signos y síntomas de hipoxia.

(Brunner, 1994, Pág. 573)

14. Mantener una vía respiratoria permeable por medio de la aspiración de secreciones en el siguiente orden:

- Proporcionar fisioterapia pulmonar previa a la aspiración por 10 minutos por medio de la vibración.
- Preparar el material: fuente de succión, de oxígeno, sondas, solución fisiológica y agua tibias, 2 frascos estériles, bata, cubrebocas, guantes y jeringas de 3 o 5 mililitros.
- Hiperventilar al paciente con oxígeno al 100% y verificar la saturación durante el procedimiento.
- Medir, humedecer e introducir la sonda por la cánula endotraqueal, aspirar y retirar con movimientos rotatorios.
- Realizar lavado bronquial instilando 2 mililitros de los cuales son 50% de agua inyectable y 50% de fisiológica ambas tibias en la cánula, aplicar presión positiva y aspirar las

La obstrucción de la vía respiratoria produce insuficiencia respiratoria. Un paciente intubado depende de la aspiración para eliminar las secreciones a causa de un reflejo de tos ineficaz o fatiga.

(Carpenito, 1994, Pág. 644)

secreciones de cánula, posteriormente boca y nariñas.

- Repetir el procedimiento en base a las condiciones del paciente como saturación y cantidad o características de secreciones.
- Evaluar las características de las secreciones como son color y consistencia.
- Finalmente dejar en las mejores condiciones al paciente.

#### **EVALUACIÓN:**

Este diagnóstico detectado en la séptima valoración (19 de febrero del 2001) se encontró en un grado de dependencia 6, que posteriormente con las acciones el paciente mostró mejoría, ya que se corrigieron los signos de dificultad respiratoria y se logro extubar al paciente, logrando cumplir con el objetivo y recuperando la ventilación espontánea, para el día 20 de febrero, es decir que ya se encontraba en un grado 2 de independencia.

## VI. CONCLUSIONES

El profesional de enfermería tiene diversas funciones, entre ellas se destacan el cubrir las necesidades del paciente, para lo cual requiere contar con una base de conocimientos y habilidades exclusivos de enfermería para la resolución de los problemas que se presenten, a través de un método que es el Proceso de Atención de Enfermería, sustentado en concepciones como el modelo de Virginia Henderson, todo lo anterior se analizó en el presente estudio de caso, lo que ha permitido obtener las siguientes conclusiones:

- Una de las primeras barreras para la realización del presente estudio de caso, fue el no encontrar en las revistas de enfermería estudios tan específicos, pero no fue una limitante, puesto que se encontraron diversos artículos publicados de Universidades Españolas, que manejan las necesidades fundamentales de Henderson de una manera similar a lo planteado dentro del estudio en las valoraciones focalizadas.
- En tanto que los diagnósticos desarrollados dentro de los artículos antes señalados, son semejantes a los que aquí se presentan, ya que ambos son planteados bajo el formato P.E.S. Por lo que respecta a los objetivos, intervenciones y evaluación son similares a las que aquí se desarrollan, ya que sólo presentan algunas variaciones sin modificar la estructura de los mismos.
- Un aspecto fundamental a destacar es que dentro de algunos de los artículos, manejan los conceptos básicos del modelo de Henderson, los cuales son las variables del presente estudio de caso, lo que ayudo a identificarlos de una mejor manera y observar como estos se interrelacionan dentro de una investigación. Además de mostrar como las necesidades fundamentales orientan a detectar con mayor precisión los aspectos de dependencia e independencia en un lactante con alteración en la necesidad de nutrición.

- Por lo que respecta a los instrumentos utilizados, estos fueron de gran ayuda para la obtención de los datos sobre las 14 necesidades, ya que orientaron a la valoración específica de cada una, a través del método clínico, lo cual permitió poder analizar toda la información obtenida, sin excluir aspectos trascendentes para la elaboración del plan de cuidados.
- Con base en los objetivos del presente trabajo, podemos afirmar que estos se cumplieron. Es decir se logró identificar los problemas básicos de un lactante con dependencia en la necesidad de nutrición y valorar el resto de las necesidades fundamentales del individuo.
- Uno de los objetivos que no fue posible alcanzar en su totalidad, fue el referente a la implementación de un plan de alta, debido a que la paciente fallece, cabe destacar que sólo se realizó un plan de alta en forma de ensayo el cual se integró al instrumento de valoración de las necesidades.
- Finalmente se concluye que la elaboración de estudios de caso, son herramientas básicas para la implementación de investigaciones realizadas por profesionales en Enfermería y los resultados obtenidos podrán ser plataforma que coadyuve en el mediano y largo plazo, al proceso de construcción de una base de conocimiento disciplinario evidenciado.

## VII. SUGERENCIAS

- Que se desarrolle una mayor difusión del Proceso de Atención de Enfermería, entre todo el personal de esta disciplina que labore en las diversas unidades hospitalaria.
- Dar a conocer la importancia de la valoración a través del método clínico, especialmente en el paciente pediátrico, basado en un modelo conceptual como el de Virginia Henderson.
- Que los estudios de caso sean expuestos, en foros de enfermería, donde se difundan todos los conceptos aquí manejados.
- Favorecer una mayor relación entre las diversas generaciones de la especialidad en Enfermería infantil, para compartir experiencias en el manejo del estudio de caso.

## VIII. BIBLIOGRAFÍA

- Acebedo S, Aguarón M, Rodero V, Ricomá R, Enfermería basada en la evidencia: estándares para la práctica clínica, Enfermería Clínica, Julio – Agosto 1999, Vol. 9, No. 4, Págs. 167 – 173.
- Alfaro R, Aplicación del proceso de enfermería, 2ª. Ed. Edit. Doyma, Barcelona, 1992.
- Álvarez M, Bernal C, Pérez R, Segura G, Dificultad respiratoria en el niño: detección de necesidades, Enfermería Clínica, Mayo – Junio 1991, Vol. 1, No. 2, Págs. 55 – 58.
- Avila C, El decálogo de los derechos del niño, Revista Mexicana de Pediatría, Marzo – Abril 1996, Vol 63, No. 2, Págs. 269 – 270.
- Ballesteros O, Los derechos del niño y la responsabilidad del pediatra, Revista Mexicana de Pediatría, Marzo – Abril 1996, Vol. 63, No. 2, Págs. 98 – 103.
- Beltrán B, Reflexiones acerca del reflujo gastroesofágico en los niños, Revista Mexicana de pediatría, Enero – Febrero 1998, Vol. 65, Núm. 1, Págs. 27 - 29.
- Bernat B, García L, Inarejos V, Bardaji F, Enfermo crítico: Valoración global para identificar las necesidades, Enfermería clínica, Septiembre – Octubre 1992, Vol. 2, No. 4, Págs. 150 – 156.
- Blumer J, Guía práctica de cuidados intensivos en pediatría, 3ª ed., Edit. Mosby/Doyma, España, 1993, Págs. 570 - 574.
- Bulechek G, McCloskey J, Clínicas de enfermería de Norteamérica, Edit. Interamericana McGraw – Hill, México, 1992, Págs: 313 – 338.
- Busquets S, Antón A, ¿Por qué ocuparnos de la ética?, Enfermería Clínica, Enero – Febrero 1993, Vol. 3, No. 1, Págs. 1 –3.

- Canales N, García C, González P, Gorrindo D, Jordar I, Marín F, Robles M. La diabetes en Atención primaria, *Enfermería Clínica*, Marzo – Abril 2000, Vol. 10, No. 2, Págs. 80 – 83.
- Carpenito L, Planes de cuidado y documentación en Enfermería, 1ª. Ed. Edit. Interamericana, McGraw – Hill, Madrid, 1994.
- Colomar P, Aspectos ético – legales del consentimiento informado en enfermería, Marzo – Abril 2000, Vol. 10, No. 2, Págs. 71 – 73.
- Chávez A, Martínez H, Guarneros N, Allen L y Pelto G, Nutrición y desarrollo psicomotor durante el primer semestre de vida, *Salud Pública de México*, Marzo – Abril 1998, Vol. 40, No. 2, Págs. 111 – 125.
- Damián A, Matzumara M, A propósito de la enfermedad por reflujo gastroesofágico, *Revista Mexicana de Pediatría*, Mayo – Junio 1998, Vol. 65, Núm.3, P. 140 – 141.
- Del Bosque G y Olive F, Reflexión sobre un error diagnóstico, *Enfermería Clínica*, Mayo – Junio 1992, Vol. 2, No. 2, Págs. 67 – 71.
- Diagnósticos de Enfermería de la NANDA, Definiciones y clasificación 1999 - 2000, Edit. Harcourt, España, 1999, Págs. 7 – 106.
- Ferret I, No saber: un problema, *Enfermería Clínica*, Enero – Febrero 1993, Vol. 3, No. 1, Págs. 30 – 33.
- Fatcher J, La enfermedad crónica y la dinámica familiar, *Pediatric Nursing*, Septiembre – Octubre, Vol. 14, No. 5.
- Gessell A., El niño de 1 a 4 años, Edit. Paidós Educador, México, 1991, Pág. 8 – 13.
- Griffith J, Christensen P, Proceso de atención de enfermería, aplicación de teorías, guías y modelos, 1ª. Ed. Edit. Manual Moderno, México, 1993.

- <http://www.galeon.com/articulosresp/productos38649.html>.
- <http://www.servitel.es/inforsalud97/23/23.htm>.
- Huerta R, López G, Pacheco P, Infecciones nosocomiales en pediatría: un enfoque práctico del problema, Revista Mexicana de pediatría, Mayo – Junio 1999, Vol. 6, Núm. 35, Págs. 274 –278.
- Ibañez M, Erdozain A, Tratamiento de las heridas cavitadas esternales tras cirugía cardíaca con un nuevo apósito, Enfermería Clínica, Enero – Febrero 2000, Vol 10, No. 1, Págs. 33 – 41.
- Iyer P, Taptich B, Bernocchi D, Proceso y Diagnóstico de enfermería, 3ª. Ed. Edit. McGraw – Hill Interamericana, México, 1997, Págs. 2 – 313.
- Davis A, Las dimensiones éticas del cuidar en enfermería, Enfermería Clínica, Enero – febrero 1999, Vol. 9, No. 1, Págs. 21 – 28.
- Joyce B, Henry O, Ética en enfermería, Edit. Manual Moderno, México, 1984.
- Joyce E. Guía clínica de enfermería Exploración Pediátrica, 2ª. Ed. Edit. Mosby, España, 1994, Pág.221.
- Klusek H y Bowen R, Enfermedades respiratorias, Serie biblioteca clínica para enfermeras, Edit. Científica PLM, 1988, Pág. 33.
- Kozier B, Erb G, Blais K, Jonson J, Temple J, Técnicas de Enfermería clínica, 4ª. Ed. Edit. McGraw- Hill – Interamericana, España, Vol. 1, 1999.
- Lifshitz A., Educación médica enseñanza y aprendizaje de la clínica, 1ª. Ed. Edit. Auroch, México, 1997.

- López R. Aproximación al concepto del hombre – persona, objeto de los cuidados de enfermería, *Enfermería Clínica*, Noviembre – Diciembre 1992, Vol. 2, No. 5, Págs. 192 – 196.
- Luis R. *Diagnósticos Enfermeros un instrumento para la práctica asistencia*, 3ª. Ed. Edit. Harcourt Brace, España, 1988.
- Luis R, *Diagnóstico de Enfermería, Rol de enfermería*, Febrero 1997, No. 222, Págs.27 – 31.
- Phaneuf M, *Cuidado de enfermería, el proceso de atención de enfermería*, Edit. Interamericana – McGraw – Hill, España, 1993, Págs.16 – 52.
- Marlow D, Redding B., *Enfermería Pediátrica el niño de 1 a 3 años*, 6ª. Ed. Edit. Medica Panamericana, Buenos Aires, 1991, Págs.636 – 641.
- Marriner T, Wertman D, Lauer T, Neal S, Williams S., *Modelos y Teorías de Enfermería*, Edit. Mosby – Doyma, México, 1996, Pág. 105.
- Martínez M, Martín S, Canalejas P, Cid G, *Guía para la valoración del paciente neurologico*, *Enfermería clínica*, Sept. – Octubre 2000, Vol 10, No 5, Págs. 225 – 231.
- Martínez S, *Una anciana con demencia senil*, *Enfermería Clínica*, Marzo – Abril, 1993, Vol 3 No. 2 Págs. 79 – 85.
- Merenstein G, Kaplan D, Rosenberg A, *Manual de Pediatría de Silver, Kempe, Bryn y Fulginiti*, 13ª ed. Edit. Manual Moderno, México, 1994, Págs. 357, 358.
- Moran A, Robles M, *Modelos de Enfermería, Enfermera al día*, Febrero 1994, Vol.19, No. 1, Págs. 15 – 22.
- Morgan K, *Cuidados de Enfermería en Pediatría*, Edit. Doyma, Barcelona España, 1993.

- Notivol T, Santos L, Gabari G, Pollán R, Ayudar a morir en UCI, percepción de las necesidades de los profesionales, *Enfermería Clínica*, Marzo – Abril, 1993, Vol. 3, No. 2, Págs. 43 – 47.
- Ponce L, Rangel F, López J, Romero O, Huertas J, Infecciones nosocomiales: tendencias seculares de un programa de control en México, *Salud Pública*, 1999, Vol. 41, Págs. S5 – S11.
- Potter P, Griffin A, *Fundamentos de Enfermería Teoría y práctica*, 3ª. Ed. Edit. Harcourt, España, 1996.
- Riopelle L, El dilema de los cuidados enfermeros: un modelo conceptual o el diagnóstico enfermero, *Enfermería clínica*, Julio – Agosto 1993, Vol. 3, No.4, Págs. 133 – 134.
- Schulte E, Price D, Rowen S, *Enfermería Pediátrica de Thompson*, 7ª. Ed. Edit. McGraw – Hill Interamericana, México, 1999, Págs.38, 40.
- Slota M, *Cuidados intensivos de Enfermería en el niño*, Edit. McGraw – Hill, Interamericana, México, 1998.
- Smeltzer S, Bare B., *Enfermería Medicoquirúrgica de Brunner y Suddarth*, 7ª. Ed. Edit. Interamericana – McGraw Hill, México, 1994.
- Solana ZE, Actitud de la enfermera ante el paciente con dolor, *Enfermería Clínica*, Marzo – Abril 1993, Vol 3, No. 2, Pág. 73 –75.
- Torres A, Delis M, Bello S, Blanquer J, Doraca J, Molinos L, Verano A, Zalacain R, Diagnóstico y tratamiento de la neumonía nosocomial, *Arch Bronconeumol* , 1997, Vol. 33, Págs. 346 – 350.
- Urder L, Lough M, Stacy K, *Cuidados Intensivos en Enfermería*, 2ª. Ed. Edit. Harcourt Brace, Madrid España, 1998, Págs. 57, 246 – 248.
- *Vademecum Farmacéutico*, 5ª. Ed, Edit. Rezza Editores y Información Profesión especializada, México, 1996.

- Valenzuela R, Bartels J, Santillan L, Manual de Pediatría, 11ª. Ed. Edit. Interamericana McGraw – Hill, México, 1993.
- Vega F, Hitos conceptuales en la historia de la desnutrición proteico – energética, Salud Publica de México, Julio – Agosto 1999, Vol. 41, Núm. 4, Págs. 328 – 332.
- Wieck L, King E, Dyer M, Técnicas de Enfermería, Manual ilustrado, 3ª, ed. Edit, Interamericana McGraw – Hill, México, 1986, Pág.770.
- Wong D, Enfermería Pediátrica, 4ª ed. Edit. Mosby – Doyma, España, 1995.

# IX. ANEXOS

ANEXO I



UNIVERSIDAD NACIONAL  
AVENIDA DE  
MEXICO

UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE MEXICO  
ESCUELA NACIONAL DE ENFERMERIA Y OBSTETRICIA  
DIVISION DE ESTUDIOS DE POGRAO  
ESPECIALIZACION EN ENFERMERIA INFANTIL  
SEDE HOSPITAL INFANTIL DE MEXICO  
"FEDERICO GOMEZ"

Consentimiento Informado para estudio de caso

Yo MARY THELMA PEREZ CISNEROS declaro libre y voluntariamente aceptar que mi hijo (a) PAOLA GARCIA P. participe en el estudio de caso "CUIDADOS DE UN LACTANTE CON DEPENDENCIA EN LA NECESIDAD DE NUTRICION"

\_\_\_\_\_ , cuyo Objetivo principal es: DETERMINAR Y FUNDAMENTAR CUALES SON LOS CUIDADOS DE UN LACTANTE CON DEPENDENCIA EN LA NECESIDAD DE NUTRICION BASADO EN LAS NECESIDADES DE VIRGINIA HENDERSON 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: REALIZAR MINIMO 12 VALORACIONES EN BASE A LAS NECESIDADES DE HENDERSON A ESTAS SERAN FOCALIZADAS 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: LIC. PATRICIA A. CARDENAS SANCHEZ

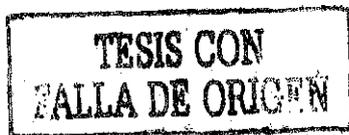
Firma \_\_\_\_\_  
Nombre del padre o Tutor: MARY THELMA PEREZ CISNEROS  
Firma \_\_\_\_\_

Testigos

Nombre: Claudia Cardón C.  
Firma: [Firma]  
Domicilio: Av. M. M. ...

Nombre: Rayna Patricia Díaz I.  
Firma: [Firma]  
Domicilio: Av 506-71 181 11 Aragón

México, D.F. a 23 de FEBRERO DEL 2001



ANEXO II

HOSPITAL INFANTIL DE MÉXICO  
 DEPARTAMENTO DE ENFERMERÍA  
 COORDINACIÓN DE ENSEÑANZA  
 CALENDARIZACIÓN PARA LA ELABORACIÓN DEL PROCESO DE ATENCIÓN DE ENFERMERÍA  
 JULIO DEL 2001  
 (calenbi.doc)

Elaborada por: *Mtra. Magdalena Franco Orozco*

Actividades	Febrero		Marzo			Abril			Mayo		Junio								
	5-9	12-16	19-23	26-28	5-9	12-16	19-23	26-30	2-6	16-20	23-27	1-4	7-11	28-31	11-15	18-22	25-29		
Semanas	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	
<b>Índice</b>																			
<b>1.- Fundamentación Teórica</b>																			
1.1. Antecedentes: Búsqueda y lectura de artículos para redactar este punto Elaborar fichas de contenido	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*
1.2. Análisis y síntesis de los conceptos centrales del modelo seleccionado Elaborar fichas de contenido	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*
1.3. Búsqueda, lectura, análisis y síntesis de las etapas del proceso de enfermería Elaborar fichas de contenido	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*
<b>11.- Esquema Metodológico</b>																			
2.1 Presentación del caso									*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*
2.2 Valoración de enfermería con indicadores (Necesidades / factores de riesgo/ Métodos de recolección de los datos. Jerarquía de necesidades									*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*
2.3 Diagnósticos de Enfermería EN EL PRIMER SEMESTRE (es hasta este punto)									*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*
2.4 Plan de Intervención																			
2. Conclusiones y sugerencia													*	*	*	*	*	*	*
6. Bibliografía													*	*	*	*	*	*	*
7. Anexos													*	*	*	*	*	*	*

ANEXO III

127

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, se apoya en el marco conceptual de las 14 necesidades de Virginia 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 (biopsicosocial y espiritual) de la persona, familia o comunidad, además del plan de atención y (VIII) el plan de alta.

Durante el desarrollo de la actividad académica de Atención de Enfermería I, se hará énfasis en la valoración y el 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 de planeación, 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 Nacional Autónoma de México  
 Escuela Nacional de Enfermería y Obstetricia  
 División de Estudios de Posgrado  
 Especialidad en Enfermería Infantil, Sede HIM "FG"  
**Catendarización de Actividades para el Estudio de Caso**  
 Segundo semestre 2001

Elaborado por Mtra. Magdalena Franco Orozco

Actividades	Julio							Agosto							Septiembre						
	2-6	9-13	16-20	23-27	30-31	1-4	7-10	13-17	20-24	27-31	3-7	10-14	17-21	24-28	31	3-7	10-14	17-21	24-28	31	
1. Reafinar el Marco Teórico:	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*
2. Detallar Metodología																					
• Valoración										*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*
• Métodos de Recolección de datos										*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*
• Diagnósticos										*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*
3. Plan de Intervención:	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*
• Diseñar, por lo menos 10 diagnósticos, con intervenciones, fundamentos y evaluación por semana										*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*
4. Conclusiones y sugerencias	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*
• Bibliografía y Anexos										*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*
5. Afinar estructura del estudio	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*
<b>Nota: cada avance por semana será calificada en una escala del 1-10, lo que será acumulado para acreditar la materia de Intervenciones de Enfermería II</b>										*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*

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

**ENFERMERÍA INFANTIL**

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

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

Nombre: \_\_\_\_\_ Fecha de nacimiento: \_\_\_\_\_

Sexo: \_\_\_\_\_ Edad: \_\_\_\_\_ Procedencia: \_\_\_\_\_

Edad del padre: \_\_\_\_\_ Nombre de la madre: \_\_\_\_\_

Edad de la Madre: \_\_\_\_\_ Fecha de revisión: \_\_\_\_\_ Hora: \_\_\_\_\_

Escolaridad Padre: \_\_\_\_\_ Madre: \_\_\_\_\_ Niño: \_\_\_\_\_

Religión: \_\_\_\_\_ La información es proporcionada por: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_ Domicilio: \_\_\_\_\_

Procedencia: \_\_\_\_\_ Teléfono: \_\_\_\_\_

Diagnóstico médico: \_\_\_\_\_

Sede: \_\_\_\_\_ Servicio: \_\_\_\_\_ Registro: \_\_\_\_\_

Antecedentes familiares, problemas de salud de los padres, hermanos, tíos y abuelos: \_\_\_\_\_

Características de la vivienda: Propia: \_\_\_\_\_ Rentada: \_\_\_\_\_ Tipo de construcción: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_ Servicios intradomiciliarios: \_\_\_\_\_

Disposición de excretas: \_\_\_\_\_

Descripción de la vivienda: \_\_\_\_\_

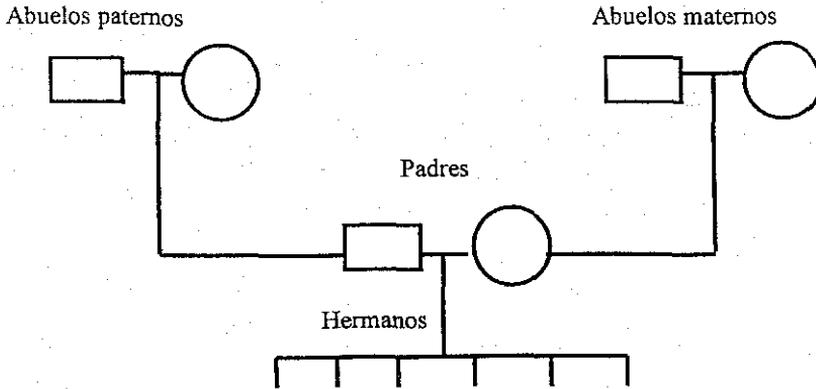
Ingresos económicos de la familia: \_\_\_\_\_

Medios de transporte de la localidad: \_\_\_\_\_

Medios de transporte de la localidad: \_\_\_\_\_

Mapa Familiar.

**Mapa familiar**



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

Nombre	Edad	Sexo	Escolaridad	Relac. Afeciva	Enfermedades

**Símbolos**

- Hombre
  Mujer
 ○ Paciente problemas
- Fallecimiento
 
 $\leftarrow$   
 $\equiv$   
 $\rightarrow$ 
 Relaciones fuertes

Orientación en la hospitalización. ¿Se han explicado los siguientes aspectos?

Horario de visita: Sí: \_\_\_ No: \_\_\_ Salas de espera: Sí: \_\_\_ No: \_\_\_ Normas sobre barandales de camas y cunas: Sí: \_\_\_ No: \_\_\_ Permanencia en el servicio: Sí: \_\_\_ No: \_\_\_

Informes sobre el estado de salud del niño: Sí: \_\_\_ No: \_\_\_ Horario de cafetería: Sí: \_\_\_ No: \_\_\_ servicio religioso: Sí: \_\_\_ No: \_\_\_ Restricciones en la visita: \_\_\_\_\_

7 Valoración de las necesidades básicas del niño: Complete la información incluyendo las palabras del familiar: Peso al nacer: \_\_\_\_\_ Talla al nacer: \_\_\_\_\_

Lloró al nacer: \_\_\_ Respiró al nacer: \_\_\_ Se realizaron maniobras de resucitación: \_\_\_\_\_

Motivo de la consulta/hospitalización: \_\_\_\_\_

¿Algún miembro de la familia padece o padeció el problema que tiene el niño? \_\_\_\_\_

¿Quién?: \_\_\_\_\_ ¿Cuándo?: \_\_\_\_\_ El niño es alérgico; Sí: \_\_\_ No: \_\_\_

Si la respuesta es sí, ¿a qué es alérgico?: \_\_\_\_\_

Qué dificultades presenta el niño para satisfacer sus necesidades básicas: \_\_\_\_\_

Vacunación: \_\_\_\_\_

### Alimentación

1 El niño es alimentado con: Leche materna: \_\_\_\_\_ Biberón: \_\_\_\_\_ Vaso: \_\_\_\_\_

¿Con qué frecuencia? \_\_\_\_\_ Cantidad: \_\_\_\_\_

Dificultad: \_\_\_\_\_

Horario: \_\_\_\_\_ Tipo de alimentos: En puré: \_\_\_\_\_ Picados: \_\_\_\_\_

Licuaos: \_\_\_\_\_ Otros: \_\_\_\_\_

¿Come sólo? \_\_\_\_\_ ¿Con ayuda? \_\_\_\_\_ ¿Con quién come? \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_ Lugar: \_\_\_\_\_

¿Cuáles son los alimentos preferidos? \_\_\_\_\_

¿Que alimentos rechaza? \_\_\_\_\_ Dieta especial: \_\_\_\_\_

Alergias alimentarias: \_\_\_\_\_ Otros: explique si tiene: \_\_\_\_\_

Alimentación especial: \_\_\_\_\_

Cantidad de alimentos:	Desayuno	Comida	Merienda
------------------------	----------	--------	----------

Cereales	_____	_____	_____
----------	-------	-------	-------

Frutas	_____	_____	_____
--------	-------	-------	-------

Vegetales	_____	_____	_____
-----------	-------	-------	-------

Carne	_____	_____	_____
-------	-------	-------	-------

Tipo de líquidos: Vía oral: \_\_\_\_\_ Vía Parenteral: \_\_\_\_\_

Hábitos en los alimentos: \_\_\_\_\_

A que edad le salieron los dientes: \_\_\_\_\_

### Eliminación

Evacuaciones	orina	en el pañal	en orinal	en el baño	día	noche
--------------	-------	-------------	-----------	------------	-----	-------

Consistencia de las heces: formadas: \_\_\_\_\_ Pastosa: \_\_\_\_\_

Blanda: \_\_\_\_\_ Líquida: \_\_\_\_\_

Semilíquida: \_\_\_\_\_ Espumosa: \_\_\_\_\_ Con sangre: \_\_\_\_\_ Con parásitos: \_\_\_\_\_ Grumosa: \_\_\_\_\_

Color: Amarilla: \_\_\_\_\_ Verde: \_\_\_\_\_ Cafe: \_\_\_\_\_ Negra: \_\_\_\_\_ Blanca: \_\_\_\_\_

Olor: Ácida: \_\_\_\_\_ Felida: \_\_\_\_\_ Otros: \_\_\_\_\_ Moco: \_\_\_\_\_ Sangre: \_\_\_\_\_ Restos alimenticios: \_\_\_\_\_

Dolor al evacuar: \_\_\_\_\_ Orina: Color: \_\_\_\_\_ Olor: \_\_\_\_\_ Con sangre: \_\_\_\_\_ Sedimento \_\_\_\_\_

Pus: \_\_\_\_\_ Dolor al orinar: \_\_\_\_\_ Edema palpebral: \_\_\_\_\_ Maleolar: \_\_\_\_\_ Anasarca: \_\_\_\_\_

Otros: \_\_\_\_\_

Hábitos: \_\_\_\_\_

Descripción de genitales: \_\_\_\_\_

Sudoración: \_\_\_\_\_

### Oxigenación

Somatometría: Peso: \_\_\_\_\_ Talla: \_\_\_\_\_ Perímetros: Cefálico: \_\_\_\_\_

Abdominal: \_\_\_\_\_ Torácico: \_\_\_\_\_ Branquial: \_\_\_\_\_

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

Pulso: \_\_\_\_\_

Regular: \_\_\_\_\_ Irregular: \_\_\_\_\_ Respiración: - \_\_\_\_\_ Regular: \_\_\_\_\_ Irregular: \_\_\_\_\_

Aleteo nasal: \_\_\_\_\_ Retracción xifoidia \_\_\_\_\_ Disociación toraco

abdominal: \_\_\_\_\_

Ruidos respiratorios: \_\_\_\_\_ Lado derecho: \_\_\_\_\_ Lado izquierdo: \_\_\_\_\_ Ventilación: \_\_\_\_\_

Respiración asistida: \_\_\_\_\_ controlada: \_\_\_\_\_

Secreciones bronquiales:                      Cantidad                      Consistencia                      Color                      Olor

Tubo traqueal

Cavidad oro nasal

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

Tiene dificultad para respirar: Cuando come: \_\_\_\_\_ Camina: \_\_\_\_\_ Otros: \_\_\_\_\_

Coloración de la piel: Color: \_\_\_\_\_ Integridad: \_\_\_\_\_ Diraforesis: \_\_\_\_\_

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

### Reposo-sueño

Horas de sueño: \_\_\_\_\_ ¿Qué costumbres tiene antes de dormir? Con juguete: \_\_\_\_\_

Con luz: \_\_\_\_\_ Sin luz: \_\_\_\_\_ Con música: \_\_\_\_\_ Cubierto con alguna manta: \_\_\_\_\_

Otras costumbres: \_\_\_\_\_ Despierta por las noches: \_\_\_\_\_ Tiene pesadillas: \_\_\_\_\_

Duerme siesta: \_\_\_\_\_ En qué horario: \_\_\_\_\_

Valoración Neurológica: Actividad: Activo: \_\_\_\_\_ Letárgico \_\_\_\_\_ Tranquilo: \_\_\_\_\_

Dormido: \_\_\_\_\_ Respuesta a estímulos: \_\_\_\_\_ Movimientos simétricos: \_\_\_\_\_

Asimétricos: \_\_\_\_\_ Respuesta pupilar: \_\_\_\_\_

Para el recién nacido: Reflejos, succión: \_\_\_\_\_ Deglución: \_\_\_\_\_ Naucioso: \_\_\_\_\_

Búsqueda: \_\_\_\_\_ Moro: \_\_\_\_\_

Presión: \_\_\_\_\_ Fontanela: Normal: \_\_\_\_\_ Abombada: \_\_\_\_\_ Deprimida: \_\_\_\_\_

Suturas craneales: Aproximadas: \_\_\_\_\_

Separadas: \_\_\_\_\_ Imbricadas: \_\_\_\_\_

### Vestido

Condiciones de la ropa de vestir: \_\_\_\_\_

Higiene: \_\_\_\_\_ Costumbres en el cambio de la ropa: \_\_\_\_\_

Tiene ropa necesaria para la hospitalización: \_\_\_\_\_ Otros enseres: \_\_\_\_\_

Se viste solo: Sí: \_\_\_\_\_ No: \_\_\_\_\_ Con ayuda: \_\_\_\_\_

### Termorregulación

El niño es sensible a los cambios de temperatura: \_\_\_\_\_ a qué hora del día es más sensible a los cambios de temperatura: \_\_\_\_\_

Cuando tiene fiebre, ¿cómo se la controla? \_\_\_\_\_

### Movimiento y Postura

A qué edad fijó la mirada: \_\_\_\_\_ Siguió objetos con la mirada: \_\_\_\_\_

Se sentó: \_\_\_\_\_ Se paró: \_\_\_\_\_ Caminó: \_\_\_\_\_ Saltó con un pie: \_\_\_\_\_

Salta alternando los pies: \_\_\_\_\_ Camina con las puntas de los pies: \_\_\_\_\_

Camina con los talones: \_\_\_\_\_ Sobre escaleras: \_\_\_\_\_ Camina solo: \_\_\_\_\_

Camina con ayuda: \_\_\_\_\_ Con aparato ortopédico: \_\_\_\_\_

Qué postura adopta el niño al sentarse: \_\_\_\_\_ Al caminar: \_\_\_\_\_

Al dormir: \_\_\_\_\_ Al pararse: \_\_\_\_\_ Se mueve en cama: \_\_\_\_\_

Cambios de posición con ayuda: \_\_\_\_\_

### Comunicación

Responde al tacto: \_\_\_\_\_ Voltea con los sonidos fuertes: \_\_\_\_\_

Sigue la luz: \_\_\_\_\_ Hace gestos con algún alimento: \_\_\_\_\_

A qué edad sonríe: \_\_\_\_\_ A qué edad balbucea: \_\_\_\_\_ A qué edad dijo sus primeras palabras: \_\_\_\_\_ Habla dialecto: \_\_\_\_\_ ¿Cuál? \_\_\_\_\_

Quién lo cuida: \_\_\_\_\_ Con quien juega: \_\_\_\_\_

Quién habla con el niño: \_\_\_\_\_ Como considera que es el niño: Alegre: \_\_\_\_\_

Irritable: \_\_\_\_\_ Independiente: \_\_\_\_\_ Dependiente: \_\_\_\_\_

Tímido: \_\_\_\_\_ Agresivo: \_\_\_\_\_ Cordial: \_\_\_\_\_ Uraño: \_\_\_\_\_

Desordenado: \_\_\_\_\_ Qué hace el niño para consolarse a sí mismo \_\_\_\_\_

Que hace usted para consolarlo cuando hace berrinche: \_\_\_\_\_

**Higiene**

Condiciones higiénicas de la piel: \_\_\_\_\_

Hora en la que se acostumbra el baño: \_\_\_\_\_ Al niño le gusta el baño: \_\_\_\_\_

Frecuencia del baño: \_\_\_\_\_ Cuántas veces al día se cepilla los dientes: \_\_\_\_\_

Frecuencia del cambio de ropa: \_\_\_\_\_

**Recreación**

0 Al niño le gusta que lo levanten en brazos: \_\_\_\_\_ La música: \_\_\_\_\_

Tienen alguna preferencia por: Los juegos: \_\_\_\_\_

Los objetos: \_\_\_\_\_ Animales: \_\_\_\_\_

Las personas: \_\_\_\_\_ Juega solo: \_\_\_\_\_

Con otros niños: \_\_\_\_\_ Con adultos: \_\_\_\_\_

**Religión**

1 ¿Que prácticas religiosas le gustaría que se respetaran?: \_\_\_\_\_

**Seguridad y protección**

Ha consultado usted a otras personas sobre la salud de su hijo: \_\_\_\_\_

Cómo ha programado las visitas en el hospital: \_\_\_\_\_

Describe los miedos sobre la enfermedad del niño: \_\_\_\_\_

12 Los cambios importantes en la familia son: Cambios de domicilio: \_\_\_\_\_

Quedarse sin trabajo: \_\_\_\_\_ Separación de la pareja: \_\_\_\_\_ Enfermedad Crónica de un

familiar: \_\_\_\_\_ Otros: \_\_\_\_\_

Cómo ha reaccionado el niño a estos cambios y a su estado de salud: \_\_\_\_\_

Existe la posibilidad de que haya contacto con niños que padecen alguna enfermedad contagiosa en casa: \_\_\_\_\_ Guardería: \_\_\_\_\_ O con algún familiar o amigo: \_\_\_\_\_

Si la respuesta es sí diga, ¿cual? \_\_\_\_\_

El niño toma medicamentos en casa: Si: \_\_\_\_\_ No: \_\_\_\_\_

Si los toma, diga los nombres, dosis y cuándo tomó la última dosis:

Nombre del medicamento	Dosis	Vía	Fecha
------------------------	-------	-----	-------

De qué forma acostumbra a dárselos: \_\_\_\_\_

### Aprendizaje

Quién cuida al niño: \_\_\_\_\_ En dónde: \_\_\_\_\_ Asiste a la guardería: \_\_\_\_\_ Está acostumbrado a que lo paseen: \_\_\_\_\_

3 ¿Que hábitos nuevos ha adquirido su hijo? \_\_\_\_\_

¿Ha estado hospitalizado antes? Si: \_\_\_\_\_ No: \_\_\_\_\_ Si la respuesta es sí ¿Por qué? \_\_\_\_\_  
¿Cómo reaccionó? \_\_\_\_\_

¿Que sabe usted de la enfermedad de su hijo?: \_\_\_\_\_

Señale que temas le gustaría que la enfermera le hablara: \_\_\_\_\_

### Realización

¿Qué aspiraciones tiene usted de su hijo? \_\_\_\_\_

Su hijo participa en los juegos: Si: \_\_\_\_\_ No: \_\_\_\_\_ ¿Con quién? \_\_\_\_\_

4 Comparte juguetes: \_\_\_\_\_

Hace amistad con otros niños y adultos: \_\_\_\_\_

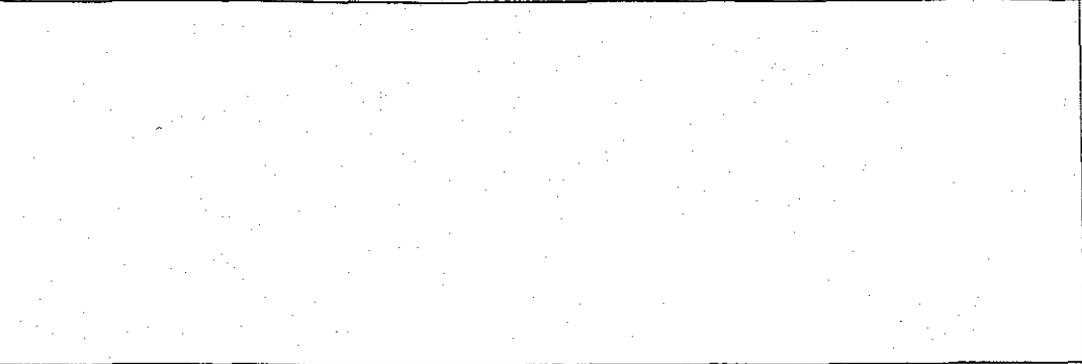
Imita a su papa, o a usted o algún pariente: Si: \_\_\_\_\_ No: \_\_\_\_\_ Si la respuesta es sí explique por qué y cómo: \_\_\_\_\_

Otros datos: \_\_\_\_\_

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

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

**Análisis**



c:\valoinf.doc

FACTO

12 A 13



**VI. JERARQUÍA DE LOS DIAGNÓSTICOS DE ENFERMERÍA**  
(En las dimensiones Física, Psicosocial y espiritual).

TESIS CON  
FALLA DE ORIGEN

Fecha en la que se identifica	Diagnósticos de enfermería	Fecha de resolución.

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	Fundamento	Evaluación

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. Grado	Dep. Grado	Causa de la dificultad			La dificultad Interac. c/Nec.		Fortalezas y debilidades del paciente y su familia.
			F.F.	F.C	F.V	SÍ	NO	

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

Causa 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

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 adónde 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: \_\_\_\_\_

**TESIS CON  
FALLA DE ORIGEN**

rgi.