



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO
ESCUELA NACIONAL DE ENFERMERÍA Y OBSTETRICIA
DIVISIÓN DE ESTUDIOS DE POSGRADO
ESPECIALIDAD EN ENFERMERÍA INFANTIL
HOSPITAL INFANTIL DE MÉXICO
"Dr. FEDERICO GÓMEZ"

00903



ESTUDIO DE CASO
CUIDADO A LAS NECESIDADES EN UN
LACTANTE MAYOR CON ALTERACION EN EL MOVIMIENTO.

QUE PARA OBTENER EL DIPLOMA DE:
ESPECIALISTA EN ENFERMERIA INFANTIL

PRESENTA:

Lic. Martha Elena Suárez Chàirez.

ASESORADO:

Mtra. Magdalena Franco Orozco.

MEXICO. 2005.

m342036





Universidad Nacional
Autónoma de México



UNAM – Dirección General de Bibliotecas
Tesis Digitales
Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS ©
PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

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

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

AGRADECIMIENTOS

A DIOS Por darme la fortaleza, voluntad y medios para concluir esta meta

A MI PAPÁ Y A MI HERMANO, porque con gran paciencia y amor me brindaron la oportunidad de culminar una meta mas en mi vida


A MI MAMA, Por haberme dado la vida y por haber infundido en mi la capacidad de lograr mis metas y aspiraciones.

A MI ASESORA, MTRA. MAGDALENA FRANCO, por brindarme su apoyo, conocimientos y experiencia en la realización de este trabajo, y en mi formación como especialista.

A MIS COMPAÑERAS Y AMIGAS, por su paciencia y apoyo, y por haber compartido conmigo los momentos difíciles y agradables dentro de la especialidad.

Y finalmente, a todos y cada uno de los niños que Dios ha puesto en mi camino como un símbolo de que me quiere y de que en cada uno de ellos lo encontraremos a el.

Autorizo a la Dirección General de Bibliotecas de la UNAM a difundir en formato electrónico e impreso el contenido de mi trabajo recepcional.

NOMBRE: Suárez Chávez
Martha Elena
FECHA: 14-Marzo-05
FIRMA: 

MARTHA ELENA

INDICE DE CONTENIDOS

Tema	Página
Introducción.....	3
I.- Objetivos.....	4
II.- Marco Teórico.....	
2.1- Estudios relacionados.....	5
2.2.- Las necesidades.....	10
2.3.- El Proceso de Enfermería.....	19
2.4.- Consideraciones éticas.....	40
III.- Metodología.....	
3.1.- Descripción del caso.....	45
3.2.- Fisiopatología.....	50
3.3.- Instrumentos.....	52
3.4.- Proceso de Diagnóstico.....	55
3.5.- Plan de intervención.....	58
3.6.- Plan de alta.....	86
IV.- CONCLUSIONES Y SUGERENCIAS.....	87
V.-Referencias.....	89
VI.-ANEXOS.....	91

INTRODUCCIÓN

El presente estudio de caso tiene como finalidad la aplicación en la práctica de la especialización de la Enfermería Infantil, del Proceso de Atención de Enfermería con el enfoque de la filosofía de Virginia Henderson que permita en primer lugar la valoración de las necesidades del paciente, lo que facilitará la planeación de las intervenciones en la satisfacción de las necesidades afectadas durante su enfermedad.

Con el fin de comprender el papel que desempeña el profesional de enfermería dentro del proceso de atención en el enfoque de la valoración de las 14 necesidades, este trabajo se inicia con el marco conceptual que favorece la comprensión del modelo, la utilidad del modelo se ve reflejada en otros estudios publicados; posteriormente se proporciona la información sobre lo que son las necesidades con el enfoque de la filosofía de Henderson, para después integrar estos conceptos dentro de la aplicación del Proceso de Atención de Enfermería, en sus diferentes etapas, incluyendo las consideraciones éticas dentro del ejercicio profesional como un componente importante dentro de la relación enfermera-paciente.

Además de lo antes señalado, en el apartado de la metodología se describe el caso y se trata el problema de salud que alteró el estado de independencia del niño.

Por otra parte, se describen los instrumentos utilizados para la integración de la base de datos de la valoración de enfermería; una vez analizada la información se enunciaron los diagnósticos de enfermería previa jerarquía de necesidades, lo que orientó al diseño del plan de intervención de enfermería.

Los últimos capítulos del trabajo, tratan las conclusiones, sugerencias, referencias y anexos.

I.-OBJETIVOS

GENERAL.-

Aplicar el Proceso de atención de enfermería con base al modelo de Virginia Henderson, en un lactante con alteración en el Movimiento.

ESPECÍFICOS.-

Identificar las necesidades básicas del niño, así como las fuentes de dificultad que impidan lograr su satisfacción.

Jerarquizar y enunciar los Diagnósticos de enfermería de manera que expresen el grado de independencia o dependencia en la satisfacción de las necesidades del niño

Diseñar un plan de intervención orientado a proporcionar una atención integral a las necesidades alteradas en el niño.

Establecer intervenciones especializadas encaminadas a prevenir o disminuir en el niño las fuentes de dificultad y lograr así su independencia.

II.- MARCO TEORICO

2.1.-ANTECEDENTES

Para la fundamentación del presente estudio de caso, fue necesaria la búsqueda y revisión de revistas especializadas en enfermería, de estudios realizados con el enfoque de las necesidades y la aplicación del proceso enfermero, encontrando así que en el año de 1999, un grupo de enfermeras del estado de Morelos (México), realizaron un estudio sobre las Necesidades del paciente diabético¹; con la finalidad de detectar las necesidades que orientaran en la elaboración de un proceso de atención que favoreciera la adquisición de habilidades y destrezas en el cuidado y satisfacción de sus necesidades básicas, de manera personal o auxiliado por su familia.

En este estudio, tuvieron como universo a todos los pacientes diabéticos mayores de 18 años de la consulta externa y área hospitalaria del servicio de medicina interna en el periodo comprendido del 29 de junio al 16 de julio de 1999, los métodos de recolección de datos utilizados fueron: la observación y la entrevista con cuestionario, logrando obtener como resultado, que una valoración focalizada de las 14 necesidades, permite la elaboración de estrategias educativas orientadas a la mejora en la calidad de vida del paciente.

Así mismo, otro estudio realizado en Barcelona en 1992 por Guallart y Roca, sobre los Cuidados de enfermería a un recién nacido (RN) pretermino², hace énfasis en la valoración continuada de todos los aspectos que configuran el entorno del RN, ya que según las autoras favorece el cuidado integral sin caer en rutinas que lesionan la relación afectiva entre los padres y el RN, así como de la

¹ Enferms. Del Hosp. Dr. Ernesto Meana; Necesidades del paciente diabético, enfermería Cardiológica, 1999, 7(1-4): 53-57

² Guallart MM, Roca CN. Cuidados de enfermería a un recién nacido pretermino; Enfermería Clínica 1998;2: 84-9

relación enfermera-paciente; este caso basado en el modelo conceptual de Virginia Henderson, permite considerar al RN como un ser biopsicosocial y espiritual con 14 necesidades que al ser valoradas de forma continua y sistemática, permiten la identificación de las alteraciones en la independencia, lo que favorece la planificación de los cuidados de una manera individualizada

En este estudio la planificación y ejecución de los cuidados es considerada de gran importancia, encontrando que existen 2 tipos de cuidados a proporcionar por el profesional de enfermería, como son el cuidado autónomo y el cuidado interdependiente, que de forma paralela y complementaria son decisivos para el restablecimiento durante la hospitalización y a su vez favorecen el seguimiento en el cuidado a través de los padres cuando esta ya se encuentre en su hogar.

Cabe señalar que este estudio se realizó durante el tiempo de hospitalización de la pequeña, y que para los registros de enfermería fue utilizada la documentación del servicio. Los diagnósticos en este estudio se realizaron utilizando la taxonomía de la NANDA, obteniendo los siguientes resultados:

El proceso de atención de enfermería con énfasis en la valoración continua de las necesidades y la evaluación continua, permite que las intervenciones de enfermería en las unidades neonatales se lleven a cabo de una manera sistemática y organizada que favorece la identificación de necesidades y la atención individualizada.

Otro estudio realizado en el año 2000 en el Hospital Infantil de México ³, sobre los cuidados de un paciente con necesidad de moverse y mantener una buena postura, nos muestra los beneficios de la aplicación del modelo de las necesidades, en el Proceso de Atención de Enfermería.

La valoración de enfermería, con su interrogatorio y exploración física, así como la valoración focalizada de las 14 necesidades, con el apoyo del estudio de Phaneuf sobre el continuum independencia-dependencia, permitió realizar los Diagnósticos de enfermería que sirvieron de base en la planeación de las intervenciones. La evolución de los cuidados de enfermería tuvo como duración

³Sánchez, V. Cuidados básicos de un paciente con necesidad de moverse y mantener una buena postura. Rev. Enfermería IMSS 2000; 9 (2): 91-96

un año, donde en cada una de las necesidades el diagnóstico permitió la planeación de las intervenciones y su constante valoración con la finalidad de replantear dichas intervenciones al ser modificado o no el grado de dependencia, obteniendo que al término del tiempo planteado para el estudio, el paciente logró al término de este año su independencia. Finalmente observamos que el Proceso de Atención de Enfermería con el enfoque de Virginia Henderson, favorece a la recuperación del paciente, con el logro de su independencia.

De la misma manera en un estudio titulado Fuentes de dificultad y manifestaciones de dependencia del paciente con Enfermedad Pulmonar Obstructiva Crónica (EPOC) reagudizada realizado en Barcelona⁴, se menciona como primer punto dentro de los objetivos de la investigación, la importancia de analizar en base al modelo de las necesidades las manifestaciones de dependencia del paciente sometido a ventilación no invasiva (VNI), con la finalidad de determinar prioridades, fuentes de dificultad y sus alteraciones en la realización del plan de cuidados, así como la evolución del paciente.

El objetivo de enfermería en relación con el paciente fue ayudarlo a recuperar su independencia en la satisfacción de las necesidades, centrando la atención en la identificación de las manifestaciones de dependencia, lo que junto con la identificación de las fuentes de dificultad proporcionaría las pautas para la formulación de los diagnósticos de enfermería que llevarían al personal a una adecuada planeación de las intervenciones que permitan al paciente a lograr su independencia. Este estudio se llevó a cabo en 30 pacientes ingresados en la unidad de cuidados intensivos por reagudización de su EPOC, a los que se les aplicó VNI, teniendo como criterio de Criterios de inclusión: Todos los pacientes diagnosticados de EPOC que en el momento del ingreso o durante su estancia en UCI presentaban insuficiencia respiratoria aguda, hipercápnica y a los que se les aplicaba VNI con presión de soporte, y como exclusión a los pacientes con IRA (Insuficiencia Respiratoria Aguda) hipoxémica, los tratados con presión positiva

⁴ Subirana, M. Fuentes de Dificultad y manifestaciones de dependencia del paciente con EPOC reagudizada, Rev. Enfermería Clínica 1992; 8 (6): 5-11

continúa en la vía aérea y los pacientes en los que no fue posible recabar todas las variables del estudio.

La recolección de datos se llevo a cabo por 3 enfermeras en forma independiente, y la revisión y valoración se realizó de manera conjunta por los autores del estudio a fin de garantizar el consenso.

En la etapa de Ejecución, la atención de enfermería se llevó a cabo aplicando el protocolo de atención basado en el modelo de Virginia Henderson, centrando la atención inmediata en la causa prioritaria del problema, con una valoración de las manifestaciones de dependencia de orden físico a las 2 horas, con el fin de valorar la repercusión de la intervención de la enfermera y poder establecer así un plan de cuidados mucho más concreto

Para lograr un análisis objetivo de las fuentes de dificultad fueron utilizados datos clínicos cuantificables, estableciendo niveles que facilitaran la definición de cada una de las fuerzas de dificultad analizadas, fueron utilizadas además variables cuantitativas como: frecuencia respiratoria, intercambio de gases, ausencia de intubación, días de estancia en la UCI, y la mortalidad. Todas y cada una de las variables en estudio se compararon entre los pacientes ventilados con VNI y los que no respondieron a este tipo de ventilación, mediante el test U de Mann-Whitney.

Para comparar la evolución de las variables en el tiempo utilizaron el test de Wilcoxon, con lo que se obtuvieron valores estadísticamente significativos; datos que al ser interpretados por medio de porcentajes y gráficas, además de datos cualitativos nos llevan a la conclusión de que toda persona debe poder satisfacer sus necesidades fundamentales, pero a veces tiene dificultades que hacen que alguna de estas necesidades quede sin cubrir, entrando en un estado de dependencia. La intervención de enfermería en cuanto a la Fuente de Dificultad prioritaria favorece un retorno más rápido al estado de equilibrio, identificar las fuerzas de dificultad permite analizar la causa del problema y proporciona información precisa a través de las manifestaciones de dependencia de las causas que alteran el estado de equilibrio.

Dando con esto prioridad a la valoración y atención focalizada de las fuentes de dificultad desde un inicio y sobre todo durante las primeras horas de tratamiento, lo que permite conducir y estimular de manera eficaz al paciente con EPOC reagudizada, evitando la entubación endotraqueal.

De igual forma, el estudio titulado "Importancia de la Enfermería moderna en la atención integral del paciente quirúrgico"⁵ tiene como objetivo principal el establecer una guía de atención integral del paciente quirúrgico, con base en las 14 necesidades, en los periodos pre, trans y pos operatorios; dando como conclusión que el cuidado al paciente quirúrgico fundamentado en el cuidado con un marco conceptual específico, favoreció al crecimiento de la profesión, conjuntamente con toda la infraestructura arquitectónica y electro biomédica que apoyan el trabajo clínico con los pacientes; Logrando así que la atención integral al paciente quirúrgico incluya los aspectos trastornados por la enfermedad (aspectos emocionales, espirituales, sociales y económicos) , así como el cuidado y prevención de otros aspectos fisiológicos no relacionados, pero que en un momento dado, pudieron ser dañados sin una adecuada prevención.

Continuando con la revisión de los estudios de caso, el estudio sobre los Cuidados de Enfermería a las necesidades básicas de un lactante con neumonía⁶ tuvo como objetivo principal la aplicación del proceso de Atención de enfermería orientado con la propuesta de Henderson, considerando aspectos éticos al tomar en cuenta el respeto a la autonomía por medio del consentimiento informado a los padres y al niño; para la recolección de los datos se utilizó un instrumento basado en las necesidades básicas de un niño de 0 a 5 años, logrando realizar un total de 22 seguimientos con sus respectivas valoraciones focalizadas, lo que permitió determinar el grado de dependencia de las variables. En este estudio, se enuncian 17 diagnósticos de enfermería, de los cuales 11 fueron dependientes, 5 independientes y 1 de alto riesgo; basándose para la elaboración del plan de intervención en los diagnósticos que reflejaron la actividad independiente de la

⁵ Jiménez y Villegas, M., La importancia de la enfermería moderna en la atención integral del paciente quirúrgico; Rev. Méx. De Enfermería Cardiológica, 1999;7(1-4):28-35

⁶ Espinoza, V., Cuidados de enfermería a las necesidades básicas de un lactante con Neumonía; Desarrollo científ. Enferm. 2003, 11:24-29

enfermera. Al término de este estudio, se llegó a la conclusión de que para proporcionar cuidados de Enfermería es necesaria la adquisición de conocimientos y habilidades; en el bloque metodológico, resalta la importancia de la formulación de diagnósticos de enfermería, ya que en estos se conjuntó el análisis de los datos que orientaron la planeación de las intervenciones de enfermería.

2.2.- Las Necesidades

Un Modelo de enfermería es el conjunto de conceptos, ideas, teorías que se interrelacionan, pero en el que la relación no se define con claridad; es una representación abstracta de la realidad que no puede ser probada⁷.

En 1955, Henderson considera su trabajo una definición más que una teoría, y la describe como la "síntesis de muchas influencias", dentro de las cuales se encuentra el Dr. Thorndike, un psicólogo del Teacher's Collage, que dirigía sus trabajos de investigación sobre las necesidades, donde Henderson reconoce que "la enfermedad es más que un estado patológico y que en los hospitales no se atienden las necesidades más importantes".⁸ Aunque no identifica las teorías precisas apoyadas por él, tan solo dice que se refieren a las necesidades fundamentales de los seres humanos.

Se observa también una correlación entre la jerarquía de necesidades de Abraham Maslow y los 14 componentes de su concepto de asistencia de enfermería, comenzando por las necesidades físicas, hasta los componentes psicosociales.

Bertha Harmer, autora del textbook of the principles and practice of nursing revisado por Henderson, aunque éstas nunca se conocieron, las similitudes entre sus respectivas definiciones de la enfermería son evidentes⁹

⁷ Griffith, Christensen, Proceso de atención de enfermería Aplicación de teorías, guías y modelos, Edit. El manual modemo, México D.F. 1986. p. 5

⁸ Morriner, Teorías y modelos de enfermería, Madrid España. Mosby-Doyma 1994 p.104

⁹ Morriner, op cit, p. 104

Virginia Henderson en su libro *The nature of nursing* en 1956 definió la función propia de la enfermera como "La única función de la enfermera es asistir al individuo, sano o enfermo, en la realización de aquellas actividades que contribuyen a la salud o recuperación (o a una muerte serena), actividades que realizaría el paciente por sí mismo si tuviera la fuerza, conocimiento o voluntad necesaria. Todo ello de manera que le ayude a recobrar su independencia de la forma más rápida posible", de la cual se extraen una serie de conceptos y subconceptos básicos del modelo de Henderson:

Persona.- "Ser humano único y complejo con 14 necesidades básicas o requisitos que debe satisfacer para mantener su integridad (física y psicológica) y promover su desarrollo y crecimiento, manteniendo un equilibrio fisiológico y emocional, porque la mente y el cuerpo son inseparables, para esto la persona es capaz de aprender durante toda su vida.

Necesidades básicas o fundamentales.- Es una necesidad vital esencial que tiene el ser humano para asegurar su bienestar y preservarse física y mentalmente y que son:

1.-Necesidad de respirar.- Es una necesidad del ser vivo que consiste en captar el oxígeno indispensable para la vida celular y eliminar el gas carbónico producido por la combustión celular. Las vías respiratorias permeables y el alvéolo pulmonar permiten satisfacer esta necesidad¹⁰.

2.-Necesidad de beber y comer.- Es la necesidad de todo organismo de ingerir y absorber alimentos de buena calidad en cantidad suficiente para asegurar su crecimiento, el mantenimiento de sus tejidos y la energía indispensable para su buen funcionamiento.¹¹

3.-Necesidad de eliminar.- Es la necesidad del organismo de deshacerse de las sustancias perjudiciales e inútiles que resultan del metabolismo. La excreción de desechos se produce principalmente por la orina y las heces, y también por la

¹⁰ Riopelle, Phaneuf., *Cuidados de enfermería un proceso centrado en las necesidades de la persona*, Edit McGraw Hill Interamericana, España 1993 p.7

¹¹ Riopelle, Phaneuf, *Op cit*, p 14

transpiración y la espiración pulmonar, igualmente, la menstruación es una eliminación de sustancias inútiles en la mujer no embarazada.¹²

4.-Necesidad de moverse y mantener una buena postura.- El estar en movimiento y movilizar todas las partes del cuerpo, con movimientos coordinados, y mantenerlas bien alineadas es una necesidad para todo ser vivo que permite la eficacia de las diferentes funciones del organismo. La circulación sanguínea se ve favorecida por los movimientos y las actividades físicas.¹³

5.-Necesidad de dormir y descansar.- Es una necesidad para todo ser humano que debe llevarse a cabo en las mejores condiciones y en cantidad suficiente a fin de conseguir un buen rendimiento del organismo.¹⁴

6.-Necesidad de vestirse y desvestirse.- Es la necesidad del individuo que implica el uso de ropa adecuada según las circunstancias (hora del día, actividades) para proteger su cuerpo del rigor del clima y permitir la libertad de movimientos, permite asegurar el bienestar, proteger la intimidad sexual, representa la pertenencia a un grupo, a una ideología o a un status social, además puede convertirse en un elemento de comunicación.¹⁵

7.-Necesidad de mantener la temperatura corporal dentro de los límites normales.- Es una necesidad para el organismo, ya que este debe conservar una temperatura más o menos constante para mantenerse en buen estado.¹⁶

8.-Necesidad de estar limpio, aseado y proteger sus tegumentos.- Es una necesidad que tiene el individuo para conseguir un cuerpo aseado, tener una apariencia cuidada y mantener la piel sana, con la finalidad que ésta actúe como protección contra cualquier penetración en el organismo de polvo, microbios, etc.¹⁷

9.-Necesidad de evitar los peligros.- Es una necesidad de todo ser humano de protección de toda agresión intema o externa, para el mantenimiento de su integridad física y psicológica.¹⁸

¹² Riopelle, Phaneuf, Op. cit. p. 19

¹³ Riopelle, Phaneuf, Op. Cit. p.23

¹⁴ Riopelle, Phaneuf, Op.cit. p.29

¹⁵ Riopelle, Phaneuf, Op.cit. p. 32

¹⁶ Riopelle, Phaneuf, Op.cit p. 35

¹⁷ Riopelle, Phaneuf, Op.cit p. 41

¹⁸ Riopelle, Phaneuf, Op.cit p. 44

10.-Necesidad de comunicación.- Es una obligación que tiene el ser humano de intercambio con sus semejantes. Comunicare en un proceso dinámico verbal y no verbal que permite a las personas volverse accesibles unas a las otras, llegar a la puesta en común de sentimientos, opiniones, experiencias e información.¹⁹

11.-Necesidad de actuar según sus creencias y sus valores.- Es una necesidad para todo individuo realizar gestos, actos conformes a su noción personal del bien y del mal y de la justicia, y la persecución de una ideología.²⁰

12.-Necesidad de ocuparse para realizarse.- Es una necesidad para todo individuo, ya que debe llevar a cabo actividades que le permitan satisfacer sus necesidades o ser útil a los demás., estas acciones le permiten desarrollar su sentido creador y utilizar su potencial al máximo.²¹

13.-Necesidad de recrearse.- Es una necesidad para el ser humano, el divertirse con una ocupación agradable con el objetivo de tener un descanso físico y psicológico.²²

14.- Necesidad de aprendizaje.- El aprender es una necesidad del ser humano de adquirir conocimientos, actitudes y habilidades para la modificación de sus comportamientos o la adquisición de nuevos comportamientos con el objetivo de mantener o de recobrar la salud.²³ Cada una de estas, relacionada con las distintas dimensiones del ser humano como son la biológica, psicológica, sociológica, cultural y espiritual.

Henderson no especifica una definición propia sobre la salud, pero en su obra equipara la salud con la independencia, considerando la salud en función de la capacidad del paciente para realizar sin ayuda los 14 componentes de la asistencia de enfermería, además dice que "la calidad de la salud es mas que la vida en si misma, es esa reserva de energía mental y física que permite a la persona trabajar de una forma más efectiva y alcanzar su mayor nivel potencial de satisfacción en la vida"²⁴

¹⁹ Riopelle, Phaneuf, Op.cit p. 49

²⁰ Riopelle, Phaneuf, Op.cit p. 55

²¹ Riopelle, Phaneuf, Op.cit p. 59

²² Riopelle, Phaneuf, Op.cit p. 63

²³ Riopelle, Phaneuf, Op.cit p.68

²⁴ Morriner, Op.Cit. p. 105

Independencia.- Según Henderson, es un termino relativo "ninguno de nosotros es independiente de los demás, aunque se lucha por una interdependencia sana, no por una dependencia enferma" ²⁵

Independencia en el niño - Satisfacción de una o de las necesidades del ser humano a través de las acciones adecuadas que realiza él mismo o que otros hacen en su lugar según su fase de crecimiento y de desarrollo y según las normas y criterios de salud establecidos.

Dependencia en el niño - Es la deficiencia del niño en su capacidad de manifestar las necesidades que deben ser habitualmente satisfechas por otra persona por razón de su edad y etapas de crecimiento o incapacidad de realizar por si mismo acciones capaces de satisfacer sus necesidades, cuando llega a la edad normal de hacerlo.

Fuentes de la dificultad o problema.- Estas son definidas como cualquier impedimento mayor en la satisfacción de una o de varias necesidades fundamentales, es la causa de la dependencia del individuo; Henderson las agrupa en tres posibilidades: Falta de fuerza. Falta de conocimientos y Falta de Voluntad, y pueden ser causadas por:

Factores de orden físico (atentan la integridad física debido a insuficiencia intrínseca o extrínseca, desequilibrios o sobrecargas del organismo),

Psicológico (que atentan la integridad del yo), sociológico (atentan en la integridad social, es decir en las relaciones con el medio y el entorno), de orden espiritual (en este término se considera todo lo que se refiere al espíritu, al sentido moral, y a los valores cualquiera que estos sean), y ligados a una insuficiencia de conocimientos (relacionados al insuficiente conocimiento de uno mismo, de los demás y del medio).

Entorno.- Henderson no incluye el concepto de entorno de manera específica, sin embargo remite al Webster's New Collegiate Dictionary, 1961, que define el entorno como "el conjunto de todas las condiciones e influencias exteriores que afectan a la vida y al desarrollo de un organismo"²⁶

²⁵ Morriner Op.Cit. p.103

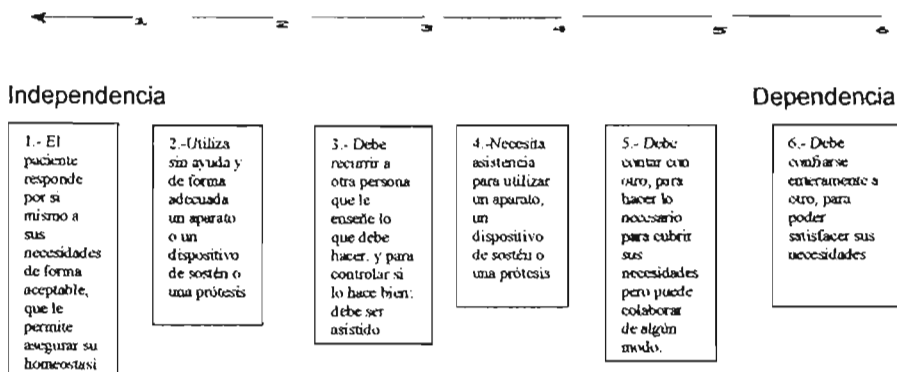
²⁶ Morriner, Ibidem p. 105

Cuando una necesidad fundamental se encuentra insatisfecha a consecuencia de la aparición de algunas fuentes de dificultad, surgen una o varias manifestaciones de dependencia, constituidas por los signos observables de la incapacidad del sujeto para responder por si mismo a esta necesidad, demostrando así la existencia de una debilidad o carencia a este nivel.

La dependencia se manifiesta en el paciente por medio de ciertos cambios observables y puede afectar aspectos biológicos, psicológicos, sociales, culturales o espirituales del individuo. La satisfacción a un nivel aceptable es muy importante, ya que significa que existen grados en la satisfacción de las necesidades y en la dependencia que la carencia desencadena, constituyendo cierto grado de insatisfacción.

Es por esto la importancia de evaluar la capacidad de la persona en la satisfacción personal de sus necesidades, ya que esto puede evitar en la medida de lo posible, la aparición de dependencia, su progresión y hacer que esta disminuya²⁷. Para facilitar dicha valoración, Phaneuf proporciona un esquema del continuumm independencia-dependencia que consta de 6 niveles enunciados de la siguiente manera:

CONTINUUM DEPENDENCIA- INDEPENDENCIA

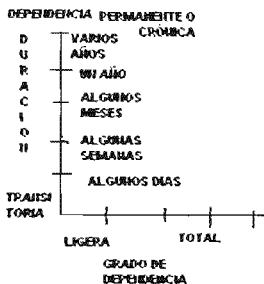


Fuente: Phaneuf M. Cuidados de Enfermería. El proceso de atención de Enfermería; Interamericana Mc-Graw Hill p.31

²⁷ Phaneuf, Op.Cit. p.30

- 1.- El cliente es independiente si responde por sí mismo a sus necesidades de una manera aceptable que permite la persistencia de una buena homeostasis física y psíquica, a la vez que el mantenimiento de un estado satisfactorio de bienestar.
- 2.- El cliente es independiente si utiliza- sin ayuda, y de forma adecuada- un aparato, dispositivo de apoyo o prótesis, y de este modo logra satisfacer sus necesidades.
- 3.- Empieza a ser dependiente, si debe recurrir a otra persona para que le enseñe lo que debe hacer y para controlar si lo hace bien; si debe ser ayudado, aunque sea poco.
- 4.- Muestra una dependencia más marcada cuando ha de recurrir a la asistencia de otra persona para utilizar un aparato, un dispositivo de apoyo o una prótesis.
- 5.- Su dependencia es aún mayor cuando ha de contar con otra persona para realizar las acciones necesarias para la satisfacción de sus necesidades, aunque sea capaz de participar en ellas.
- 6.- Llega a ser completamente dependiente cuando ha de ponerse totalmente en manos de otra persona porque es incapaz de realizar por sí mismo las acciones necesarias para la satisfacción de sus necesidades.

Otros aspectos importantes a abordar dentro del concepto de dependencia son la relación existente entre la intensidad (ligera o total) y la duración (transitoria o permanente) de estas, que se expresa en la siguiente gráfica:



Fuente: Phaneuf M. Cuidados de Enfermería. El proceso de atención de Enfermería; Interamericana Mc-Graw Hill p.32

Finalmente, dentro de la dependencia, existen varios tipos:

1.- La dependencia potencial, esta va a deberse a la presencia de determinadas predisposiciones o de ciertos factores ajenos al sujeto que predisponen la presencia de un problema, para lo que se hace necesario la implementación de acciones preventivas encaminadas a evitar el problema de dependencia.

2.- La dependencia actual, es cuando el problema ya está instalado, y para esta es necesario el uso de acciones correctoras que intenten reducir o limitar sus consecuencias.

3.- La dependencia decreciente, es cuando el paciente se recupera, y en estas el rol de la enfermera consiste en mantener esta progresión descendente y ayudar al cliente a recuperar un grado óptimo de autonomía, a pesar de que en ocasiones subsistan ciertas limitaciones.

4.- Permanente o crónica, cuando a pesar de los cuidados apropiados de la enfermera, el problema no puede ser corregido. El rol de la enfermera en este caso consiste en un rol de suplencia, en todo lo que no puede hacer por sí mismo, y en ayudarle a adaptarse a sus limitaciones.

Rol profesional.- El rol fundamental de la enfermera consiste en ayudar al individuo enfermo o sano a conservar o a recuperar la salud (o asistirlo en los últimos momentos) para que pueda cumplir las tareas que realizaría él solo si tuviera la fuerza, la voluntad o poseyera los conocimientos deseados, y cumplir con sus funciones, de forma que le ayudemos a reconquistar su independencia lo más rápidamente posible.

Según Henderson los cuidados de enfermería están en constante evolución, y el cliente que no puede satisfacer adecuadamente cualquiera de sus necesidades fundamentales, en sus dimensiones bio-psicosocioculturales, presenta manifestaciones de dependencia, lo que significa que muestra signos observables de una deficiencia más o menos importante a nivel de una o más de las diferentes necesidades, y que se confía a los cuidados de enfermería a fin de que las enfermeras suplan lo que él no puede hacer por sí mismo.

La intervención de enfermería puede tener, según el caso, dos centros principales, puede dirigirse directamente a la fuente de dificultad para reducir su influencia o incluso centrarse en las manifestaciones de dependencia del cliente a nivel de una o más necesidades, puede intervenir para devolver al cliente la fuerza física y psicológica, aportarle el soporte sociológico o transmitirle conocimientos.

Cuidados básicos de enfermería, son las acciones que lleva a cabo la enfermera en el desarrollo de su función propia, actuando según criterios de suplencia o ayuda, según el nivel de dependencia identificado en la persona, estos cuidados siempre son los mismos, solo que se han de adaptar a las modalidades y a la idiosincrasia de cada persona.

En la relación enfermera paciente se pueden identificar tres niveles en la intervención:

- 1.- La enfermera como un sustituto de algo necesario para el paciente
- 2.- La enfermera como ayuda para el paciente, y
- 3.- La enfermera como compañera del paciente

La enfermera o enfermero pueden, en el ejercicio de su profesión, informar a la población sobre problemas de orden sanitario", funciones para las cuales es necesario que posea conocimientos, actitudes y habilidades a partir de la concepción de los cuidados que otorga, lo que supone la adquisición de un gran número de conocimientos y habilidades para suministrar cuidados de calidad ²⁸, que especifican el objetivo de los cuidados, el punto de vista del cliente que recibe los cuidados, el rol de la enfermera y la naturaleza de sus intervenciones.

Primordialmente, estos elementos se refieren a la capacidad que ha de tener la enfermera de basar su práctica en un marco conceptual definido, de aplicar el proceso científico apoyándolo en determinados conocimientos y de establecer una relación enfermera-cliente válida, teniendo presente que la persona humana, es la que recibirá su acción y por lo mismo debe tener un conocimiento lo mas completo posible de las necesidades físicas, psicológicas, sociales y

²⁸ Phaneuf, Op. Cit .p.2

espirituales del paciente, así como de las manifestaciones de su emotividad y de cómo influye la enfermedad en esta.²⁹

En las últimas décadas el gremio de enfermería, ha mostrado un gran interés por el estudio, la comprensión y la aplicación de modelos conceptuales de enfermería, este ha sido relevante en el esfuerzo por determinar la meta o función específica de enfermería, encontrando que la enfermera puede desarrollar funciones independientes, dependientes e interdependientes.³⁰

Las funciones independientes son aquellas reconocidas como responsabilidad de la enfermera que no requieren la supervisión de otros profesionales. Actividades dirigidas a la prevención y resolución de problemas reales o potenciales, tanto del niño, como de la familia o la comunidad.

Los problemas reales son las alteraciones como respuesta del niño y los potenciales aquellos con alto riesgo de que aparezcan.

2.3 El proceso del cuidado en enfermería

Haciendo memoria histórica sobre la aparición del proceso, se encuentra que en 1955 Lydia May pronunció una conferencia en Nueva Jersey acerca de la calidad de la asistencia sanitaria, donde empezó desarrollando sus ideas llegando a la afirmación central de su conferencia: "La asistencia sanitaria es un proceso", definiendo como preposiciones fundamentales "la asistencia sanitaria a el paciente, para el paciente y con el paciente"³¹, enunciados que debían guiar el objetivo del Proceso de Enfermería, por lo que podían utilizarse para evaluar el grado de calidad del mismo. A principios de la década de los sesentas, Orlando establece en su obra titulada *La relación dinámica enfermera-paciente*, que la distinción entre las acciones deliberadas y las actividades automáticas que pueden llegar a formar parte de la actuación del profesional de enfermería, siendo una de las primeras autoras que utilizó el término Proceso de la Asistencia Sanitaria, hoy conocido como Proceso de Enfermería. En 1967, un comité norteamericano definió

²⁹ García G. M., *El proceso de enfermería y el modelo de Virginia Henderson*, Edit. Progreso, S.A., México D.F. 1997 p.3

³⁰ García, Op. Cit. p.9

³¹ L. E. Hall en: Hernández C., *Fundamentos de la Enfermería, Teoría y Método* Edit. Interamericana Mc Graw Hill, España 1999, p. 127

el Proceso de Enfermería como "La relación que se establece entre un paciente y una enfermera en un determinado medio ambiente; incluyendo los esquemas de comportamiento y acción del paciente, de la enfermera, y la interacción resultante"³² Yura y Walsh escribieron el primer libro que definía, en forma integral, cuatro componentes del proceso de atención de enfermería, dando gran importancia a las destrezas intelectuales, interpersonales y técnicas de la práctica de enfermería. Para 1973, los pasos del proceso fueron legitimizados, cuando la Asociación Norteamericana de Enfermeras publicó las normas de la práctica de Enfermería, es a partir de este año, que en las materias de enfermería, se introdujo la enseñanza del Proceso de Atención de enfermería (PAE), ya que se considero que era un buen instrumento para dar cuidados personalizados al paciente, este proceso ha sido comparado con el proceso de resolución de problemas y el Método científico, sosteniendo que el proceso de resolución de problemas es lo mismo que el método científico simplificado, y el Proceso de enfermería, es el Proceso de Resolución de Problemas, con los mismos pasos, pero dando a los problemas el nombre de necesidades.³³

En 1976, la Asociación Nacional de Escuelas de Enfermería A.C. editó un documento sobre el proceso de atención de enfermería, donde se destaca la necesidad de favorecer el pensamiento reflexivo y de impulsar su participación activa en la atención al paciente, utilizando el ordenamiento sistemático de los pasos necesarios para implementar el poner en práctica un plan de cuidados, mediante el cual se brindara al paciente un trato individual, atendiendo a sus necesidades dentro de una concepción bio- psico- social.³⁴

Estas intervenciones conllevan serias implicaciones, ya que el proceso de cuidados ha de tener un carácter de reflexión, fundamentado en un razonamiento lógico que permita la planificación del desarrollo.

En 1993, Alfaro define el proceso de enfermería, como "Un método sistemático y organizado de administrar cuidados de enfermería individualizados, que se centra en la identificación y tratamiento de las respuestas del paciente

³² Defining Clinical Content, Graduate Nursing Programs en Hernández C., p. 128

³³ García, Op.cit. p. 20

³⁴ García, Op. Cit. p.21

(familia o comunidad) a las alteraciones de salud, reales, o potenciales” y que se basa en la idea de que el éxito de los cuidados se mide por el grado de eficiencia, el grado de satisfacción y el progreso del paciente.³⁵

También es definido como “un proceso intelectual compuesto de distintas etapas, ordenadas lógicamente, que tiene como objetivo planificar cuidados orientados al bienestar del cliente”³⁶, este método sistemático y organizado consta de cinco pasos secuenciales e interrelacionados: valoración, diagnóstico, planificación, ejecución y evaluación, a lo largo de las cuales, la enfermera se guiará por un modelo de enfermería, lo que exige del profesional, habilidades y destrezas afectivas, cognoscitivas y motrices para observar, valorar, decidir, realizar, evaluar e interactuar con otros. Así mismo, se hace necesario el conocimiento de las ciencias biológicas sociales y del comportamiento.

Otra definición, es que El proceso de enfermería es una técnica, herramienta o estrategia utilizada para el cuidado de enfermería y que sirve para enlazar el conocimiento científico, la investigación, la teoría y las aplicaciones del conocimiento al quehacer profesional.³⁷

Así mismo, Du Gas dice que “Es la serie de etapas que lleva a cabo la enfermera al planificar y proporcionar la asistencia que brinda la aplicación del método científico a la práctica de la enfermería, el proceso proporciona una estructura sistemática en la que pueda basarse la atención de enfermería, de manera que la enfermera brinde una asistencia continua, coordinada y racionalizada, en aras de bienestar del paciente”.³⁸

Al aplicar el marco conceptual de Virginia Henderson, se puede decir que este es un método que permite la identificación de las necesidades del paciente en el plano bio-psico-social, cultural, espiritual, además de que facilita la búsqueda de fuentes de dificultad que impiden su satisfacción, y que utilizado con rigor permite

³⁵ Alfaro-LeFevre. R. Aplicación del Proceso de Enfermería. Guía práctica; Tercera edición. Mosby/Doyma Madrid, España. 1996, Pág. 3.

³⁶ Phaneuf, Op.cit. p.50

³⁷ Jiménez, E. Teresa. El proceso de enfermería Una metodología para la práctica. Universidad Nacional de Colombia. Facultad de Enfermería. Edición. Orión Editores LTDA. Colombia 1997. Pág.5

³⁸ Du Gas. Tratado de enfermería práctica 4ª. Edición McGraw Hill México D.F. 2000 Pág. 58.

recolectar la información necesaria, manejarla, concretarla en intervenciones adecuadas y evaluar sus resultados.

La definición del Proceso de Enfermería, sea cual sea aquella por la que se opte, va a depender del esquema mental que se adopte y la orientación personal del profesional de enfermería o persona que lo defina, de acuerdo con su formación y experiencia.³⁹

A continuación se señalarán las características más importantes de cada fase: La valoración es el paso inicial del proceso, y tal vez la de mayor importancia, ya que todo el plan de cuidados se basa en la información obtenida durante esta fase. Una valoración exacta conduce a la identificación del estado de salud del paciente, a los temas de incumbencia de enfermería y al diagnóstico de la misma⁴⁰. La recolección de datos en forma organizada y sistemática, es necesaria para la elaboración del diagnóstico de enfermería; por lo tanto esta fase debe ofrecer una fase sólida, de manera que favorezca la prestación de una atención individualizada de calidad, haciéndose necesaria una valoración exacta y completa que lleve al profesional de enfermería que valora a reunir todos los datos que tenga a su alcance procedentes de diversas fuentes. Estas pueden ser clasificadas como primarias o secundarias, identificando al paciente como la fuente primaria que se debe contemplar para obtener los datos subjetivos pertinentes, en tanto el sea capaz de compartir con mayor precisión las percepciones y sensaciones personales sobre su situación de bienestar, identificar objetivos o problemas concretos y validar respuestas a modalidades diagnósticas o de tratamiento, y las fuentes secundarias, serán todas aquellas personas o documentos a los que se pueda tener acceso y que tengan una vinculación con el paciente,⁴¹ entre ellas: el cliente, su familia, personal del equipo de salud, registros clínicos, el interrogatorio, el examen físico y diferentes pruebas diagnósticas (laboratorios, estudios de gabinete, etc.) y deberán ser evaluadas desde perspectivas fisiológicas, psicológicas, culturales, espirituales y ambientales.

³⁹ Hernández C. Fundamentos de la Enfermería Teoría y Método, Edit. Mc. Graw Hill. España 1999 p. 129

⁴⁰ Griffith, Op. Cit. p. 30

⁴¹ Hernández, C., Op. Cit. p. 132

Además, podrán ser identificados los factores y las situaciones que guiarán la determinación de problemas- presentes, potenciales o posibles – facilitando el planteamiento de los logros que se requieren en el futuro, así como la planificación de la intervención de enfermería.

Durante el periodo, el personal de enfermería debe combinar las habilidades en los métodos de observación, en el interrogatorio y en los exámenes complementarios la entrevista y la evaluación física, con el fin de identificar los puntos clave, es decir, información que pueda influir en las decisiones a tomar. " La valoración es la primera fase del proceso de atención de enfermería y su actividad se basa en la recogida de información sobre el niño y su familia. En esta se reconoce y se describe el trastorno, la toma de datos parte de la observación, a través de la vista, el oído, el tacto y el olfato, de la entrevista y el examen físico, mediante la inspección, la palpación, la percusión y la auscultación, estos datos, a los que se les añaden los resultados de laboratorio, se estructuran de forma sistemática para su posterior tratamiento..."⁴²

La valoración incluye entonces dos aspectos importantes:

1.- La valoración de los datos básicos, esta valoración debe ser "planificada, sistemática y completa, para asegurarse que se obtiene información pertinente", por lo cual es también llamada valoración exhaustiva⁴³, la cual deberá realizarse con un instrumento basado en un modelo de enfermería.

2.- La valoración focalizada centrada en un grupo de signos que indican que existe un problema específico real o potencial. Es el principal método para la valoración continua. Permite la identificación de un problema real o potencial que debe ser valorado periódicamente con el fin de actualizar los datos (estado de dependencia o independencia del paciente y la familia).

⁴² Aguilar, Tratado de enfermería infantil Cuidados pediátricos, Edit. Elsevier, España 2003 p. 13

⁴³ Alfaro, L. Op.cit. p6

Tras esta valoración inicial, deben ser evaluadas todas las claves, comparando las respuestas del paciente, con las esperadas, teniendo en cuenta las variables culturales, étnicas y religiosas.

La cantidad de datos obtenidos dependerá de las habilidades que la enfermera tenga como entrevistadora, es decir, sus habilidades para establecer relaciones de confianza con el paciente y su familia, sus habilidades para la observación, para escuchar y para preguntar⁴⁴

El examen físico de enfermería o valoración física, será realizado conjuntamente con el interrogatorio de enfermería mediante un examen completo, organizado y sistemático del paciente mediante el desarrollo de habilidades como la inspección, la palpación, la percusión y la auscultación que serán perfeccionadas a través de la práctica.

INSPECCIÓN.- Es el examen del paciente por medio de la vista, y se divide en directa o inmediata, e instrumental o mediata. La inspección comienza tan pronto nos encontramos con el paciente, lo observamos durante el interrogatorio y cuando después de este, se presenta para ser valorado. Para realizar una adecuada inspección, es necesario cubrir los siguientes requisitos: una buena luz, el paciente en una posición correcta y la atención concentrada y penetrante, el paciente debe desnudarse total o parcialmente⁴⁵. Los datos encontrados durante la inspección representan el habitus externo del paciente, y contemplan: la actitud o postura, facies, hábito corporal o morfología, talla, estado de nutrición, marcha, movimientos anormales, el vestir, la higiene, estado de conciencia, estado de la piel. Y es instrumental o indirecta cuando se auxilia de algún aparato especial.

PALPACIÓN.- La palpación es una etapa del método clínico que incluye el uso de los dedos y palmas para determinar la temperatura, hidratación, textura, forma, movimientos y áreas doloridas. En el infante esta técnica puede ayudar a valorar el estado de crecimiento y desarrollo de algunos órganos y sistemas, además de aportar datos para identificar alguna patología. Esta puede ser monomanual, bimanual, o digital, llamada también tacto, cuando se realiza en cavidades.

⁴⁴ Alfaro, Op cit. p. 34

⁴⁵ Surós, Semiología médica y técnica exploratoria, edit. Salvat 7ª. Edición, Barcelona 1987, p. 25

PERCUSIÓN.- La percusión consiste en golpear la superficie corporal con un dedo para producir una vibración que se desplaza a través de los tejidos corporales. El carácter del sonido determina la localización, el tamaño y la densidad de las estructuras subyacentes, comprobando las anomalías valoradas mediante la palpación y la auscultación, y estos pueden ser: claros, mates, sub-mates, y timpánicos. Los ruidos pueden ser de resonancia, metálicos, anfóricos y de olla rajada.⁴⁶ Y puede ser de dos tipos:

Percusión directa.- Se golpea la superficie corporal directamente con la punta de uno o dos dedos.

Percusión Indirecta.- El dedo medio de la mano no dominante (plexímetro) se sitúa firmemente sobre la superficie corporal. Con la palma de la mano dominante (Plexor) golpea la base de la articulación Inter. -falangica distal del plexímetro. La percusión se debe aplicar con un golpe brusco y rápido con el antebrazo inmóvil y la muñeca relajada. Un golpe ligero y rápido produce sonidos más claros. Aplicar la misma fuerza a cada región corporal para comparar con exactitud los sonidos generados por percusión

AUSCULTACION.- Es la parte del método de exploración física que sirve para escuchar los sonidos producidos por el cuerpo, su objetivo es conocer un método clínico que nos permite realizar una valoración adecuada con el fin de realizar diagnósticos de enfermería y poder así planear las intervenciones.

Principios.-Por su significado, la auscultación se basa en el principio de que el sonido se transmite mejor a través de un sólido, menor a través de un líquido y en forma deficiente en el aire. Equipo a utilizar: Un estetoscopio

Técnica: Puntos de referencia Torácica. Estos puntos son líneas imaginarias o guías anatómicas, como prominencias óseas, tales como las costillas, y los espacios intercostales. Otro método para obtener información sobre el paciente, su evolución y su tratamiento es el expediente clínico, el cual es un documento legal que maneja el equipo de salud, en el cual se concentra la historia clínica del paciente.

⁴⁶ García, Op.cit. p. 47

Otra categoría en que pueden ser divididos los datos obtenidos es:

Datos objetivos, que constan de información concreta que se puede observar y/o medir, como son los signos vitales, estudios de laboratorio, cambios físicos o cambios psicológicos o del comportamiento

Datos subjetivos, estos son los que el paciente expresa, como los sentimientos y percepciones.

Posterior a haber reunido y validado los datos del paciente, se estará a punto para organizarlos en categorías de información que facilite el paciente, y sus problemas de salud reales o potenciales.

Los datos subjetivos y objetivos se complementan y clarifican mutuamente.

La agrupación de los datos, se realizará tomando como referencia las 14 necesidades básicas de salud de acuerdo al modelo de Virginia Henderson.

La agrupación de los datos, de acuerdo al modelo de enfermería, facilitará la identificación de los Diagnósticos de enfermería.

Posteriormente, los datos deberán ser actualizados, ya que la valoración es continua, anotando los cambios en los problemas o el estado de salud del paciente.

Finalmente, debe realizarse el registro de los datos de una manera apropiada, quedando en un sistema de archivo de conservación de datos.

Podrá considerarse que la valoración inicial esta completa cuando:

- 1.-Se disponga 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.

Después de haber recolectado los datos, la enfermera debe analizar esta información para que pueda servirle de orientación en la planificación de las intervenciones a llevar durante el periodo de ejecución, lo que lleva a considerar este segundo paso como la fase final de la valoración, ya que consiste en el establecimiento de conclusiones relativas a los datos que se han recogido y analizado. Por tanto entramos así en la etapa del análisis y de la interpretación.

Esta parte del proceso tiene una gran importancia, ya que es la que le permite dar el paso de las dificultades a las soluciones⁴⁷, aunque el diagnóstico de enfermería es probablemente el menos comprendido, el más polémico y el eslabón más débil en el proceso de enfermería. Identificado como un componente esencial que requiere de un nivel elevado de destreza intelectual.⁴⁸

El diagnóstico de enfermería presupone una definición clara del problema de dependencia y, cuando es posible, una descripción de las fuentes de dificultad que experimenta el paciente. Pueden añadirse también factores que contribuyen a la aparición de estas fuentes de dificultad, denominados "elementos etiológicos secundarios"⁴⁹

La North American Nursing Diagnosis Association (NANDA) define el diagnóstico de enfermería como el juicio clínico que da respuesta al individuo, a la familia o a la comunidad sobre los problemas de salud o los procesos vitales, reales o potenciales. La toma de decisiones se lleva a cabo después de interpretar los datos que deben ser estructurados y distribuidos en categorías similares con el fin de identificar las áreas más importantes. En este sentido, el diagnosticar debe entenderse como una función establecida e independiente propia del profesional de enfermería, por lo que requiere de una gran capacidad y conocimientos previos para captar los problemas del paciente y emitir juicios inteligentes; por tanto, el diagnóstico enfermero preciso constituye una de las claves para la práctica eficaz de la intervención enfermera, por lo que todos los profesionales de enfermería deben estar capacitados para realizarlo;⁵⁰ ya que través de los diagnósticos de enfermería, la enfermera está en condiciones de establecer las dimensiones interdependientes, independientes o dependientes, según sean sus características.

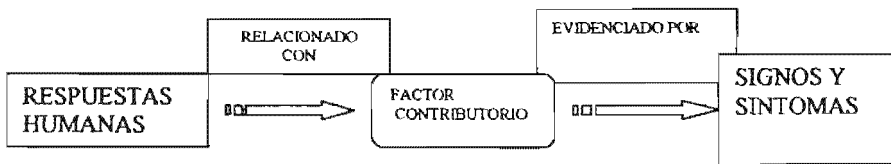
El diagnóstico de enfermería se estructura en tres apartados, el problema, la etiología y los signos y síntomas:

⁴⁷ Phaneuf, Op. Cit. p. 74

⁴⁸ Griffith, Op. Cit. p. 142

⁴⁹ Phaneuf, Op. Cit. p. 80

⁵⁰ Hernández, C. Op. Cit. p. 133



El problema lo constituye la respuesta del niño y las alteraciones que le son propias, que en ese momento le acontecen a él o a su familia y que tienen que ver con los procesos vitales de crecimiento y de desarrollo o son una consecuencia de una enfermedad.

El segundo componente del diagnóstico, es la etiología, que puede ser una alteración del niño, por un trastorno de los factores ambientales o por una interacción entre ambos. Las intervenciones de enfermería deben estar orientadas a descubrir la etiología y a definir el problema.

Los signos y síntomas, son el tercer elemento del diagnóstico de enfermería, y estos son el conjunto de características definitorias obtenidas a partir de la valoración del niño y que se derivan de un problema, estos pueden observarse cuando existe un problema de salud, y son fundamentales para la elaboración de un diagnóstico, permitiendo establecer las categorías diagnósticas de enfermería.

En el proceso de elaboración de los diagnósticos, la enfermera puede darse cuenta de la presencia de lazos esenciales entre las distintas necesidades de la persona, los cuales pueden ser detectados desde el momento de recolección de los datos, pero generalmente es más fácil descubrirlos en el momento de definir el problema de dependencia y la fuente de dificultad. Estos lazos permiten ver al individuo de forma unitaria, en su totalidad, y no como un conjunto de necesidades compartimentadas.

A esto, se entiende por fuente de dificultad a aquel impedimento mayor para la satisfacción de una o de varias necesidades fundamentales; en consecuencia, es el origen del problema de dependencia del paciente, o lo que contribuye a él, y estas pueden estar relacionadas con factores de orden físico, psicológico, sociológico, espiritual o con un déficit de conocimientos.

Los diagnósticos de enfermería como la expresión de un problema en el paciente se clasifican en:

Reales.- Son los que reúnen todos los datos que se requieren para confirmar su existencia

Potenciales.- Son los que no están presentes en el momento de la valoración, pero existen suficientes factores de riesgo de que puede aparecer en un momento posterior.

Posible.- Esta categoría se les da cuando los datos recogidos en la valoración, nos indican posibilidad de que esté presente, pero faltan datos para confirmarlo o descartarlo.

Debido a que un problema de salud provoca, con frecuencia, múltiples problemas de dependencia en el paciente, es labor de la enfermera establecer prioridades entre los problemas a los que va a dedicar su atención, considerando estas prioridades a la luz de la homeostasis, del grado de dependencia que conlleva el problema y de ciertos valores a los que da importancia el paciente.

Para escribir un diagnóstico de enfermería real, se recomienda usar el formato PES (Problema, Etiología, Signos y síntomas), formato valioso porque identifica el problema y su etiología, además añade el concepto de validación, por la inclusión de los signos y síntomas; en 1991 Iyer describe 10 normas para escribir diagnósticos de enfermería:

- 1.- Escribir el diagnóstico con términos que se refieran a las respuestas, más que a las necesidades.
- 2.- Utilizar "relacionado/a con".
- 3.- Escribir el diagnóstico con términos aconsejables desde el punto de vista médico legal.
- 4.- Escribir el diagnóstico sin emitir juicios de valor.
- 5.- Evitar invertir el orden de las fases en la categoría diagnóstica
- 6.- No mencionar signos y síntomas de la enfermedad en la primera parte de la categoría diagnóstica.
- 7.- La primera parte de la categoría diagnóstica debe incluir exclusivamente los problemas.

- 8.- Debe quedar claro que las dos partes del diagnóstico no expresan lo mismo.
- 9.- Se deben expresar el problema o la etiología utilizando conceptos que estén dentro de actuación de la enfermería
- 10.- El diagnóstico médico no debe ser incluido en la categoría diagnóstica de enfermería.⁵¹

Basado en los diagnósticos de enfermería, se diseña, se ejecuta y se evalúa el plan de cuidados, lo que proporciona un método eficaz de comunicación con el niño y su familia⁵².

Una vez efectuada la valoración, identificación de los problemas interdisciplinarios y efectuado el diagnóstico de enfermería, procede planificar y determinar como se administran los cuidados de enfermería.

Planificar los cuidados es establecer un plan de acción, programar etapas, los medios que se van a utilizar, las actividades que hay que valorar y las precauciones que se deben tomar.⁵³ Esta fase comienza después de la formulación del diagnóstico y concluye con la documentación real del plan de cuidados

Establecidas las prioridades se fijan objetivos y actividades, y se registran los cuidados. Al llevar a cabo la planificación, deben tomarse en cuenta la edad del niño, la etapa de desarrollo en que se encuentra, pues el objetivo final del proceso de atención consiste en modificar el problema clínico y conseguir el estado de salud deseado.

Durante la planificación, se diferencian cuatro secuencias: identificación de las prioridades de actuación, establecimiento de los objetivos, intervenciones de enfermería y anotaciones del plan de cuidados.

Dentro de la identificación de las prioridades de actuación, se valorará la necesidad de una actuación inmediata, para evitar alteraciones mayores.

⁵¹ García, Op. cit. p. 36

⁵² Aguilar, Op.cit. p. 18

⁵³ Phaneuf, Op.cit. p. 101

En el establecimiento de objetivos, vamos a ver que estos consisten en establecer las intervenciones de la enfermera en el cuidado del niño, fijando la respuesta que se espera del niño ante esta intervención.

Las intervenciones de enfermería son directrices concretas en la atención del niño, ya que mediante esas acciones, el niño podrá pasar de un estado de enfermedad o de alto riesgo a un estado de salud.

Para esto, deben tenerse en cuenta las capacidades y los conocimientos del niño y de su familia, la percepción de la enfermedad y de la salud, los factores socioculturales, el acceso a los recursos, los factores de apoyo y los recursos financieros, además de incorporar la planificación sanitaria que estará basada en la información de los padres y la orientación para el cuidado del niño.

El siguiente paso es el establecimiento de objetivos, y su elaboración constituye la fase de decisión por excelencia en el proceso de cuidados.

Un objetivo de cuidado puede definirse como una meta a la que se quiere que llegue el paciente. Se trata de una intención dada a los cuidados, expresada por medio de la descripción de un comportamiento esperado en el cliente, o de un resultado que se desea obtener.

Así mismo, debe permitir a la enfermera identificar con claridad el punto hacia donde desea conducir al cliente, es decir, debe describir cuál es el resultado que persigue con su acción, expresando de forma específica, en función del comportamiento del cliente, es decir, en función de la meta y grado de implicación, lo que se espera de él. El sistema SPIRO⁵⁴ es un medio nemotécnico útil para recordar sus características:

S. Especificidad o pertenencia a un solo sujeto

P. Meta o acción esperada de la persona

I. Implicación o nivel de compromiso personal

R. Realismo. Teniendo en cuenta la capacidad de la persona desde el punto de vista físico, intelectual y afectivo; siendo realista desde el punto de vista de la capacidad de la persona, la habilidad de la enfermera y su disponibilidad para ayudarlo a conseguirlo.

⁵⁴ Phaneuf, Op. Cit. p. 104

O. Observable. Un objetivo debe orientarse hacia comportamientos o hacia acciones objetivamente apreciables y observables.

Para asegurar resultados específicos, cada objetivo debe tener los siguientes componentes:

Sujeto Único.- ¿Quién es la persona que se espera que logre el objetivo?

Verbo activo o pasivo.- Generalmente se admite que la formulación de un objetivo ha de utilizar un verbo en voz activa que exprese, a ser posible, un solo comportamiento a la vez, respondiendo a la pregunta ¿Qué debe hacer el paciente? ó la utilización de un verbo pasivo cuando exista la necesidad de contestar a la pregunta ¿Qué se ha de hacer para el paciente?

La condición expresará de qué forma se realiza la acción del paciente, ¿Con o sin asistencia?, ¿Con que medios?, respondiendo a la pregunta ¿Bajo que circunstancias tiene que realizar la persona las acciones?

El criterio de observación, cuyo objetivo es expresar criterios precisos de observación, es decir, debe determinar en que momento y en qué medida debe realizarse la acción.

Momentos específicos.- Los objetivos describen cambios esperados en el comportamiento del paciente, pero el plazo previsto para que se lleven a cabo no tiene por que ser necesariamente el mismo para todos. Estos pueden ser a corto, mediano o largo plazo. Los objetivos a corto plazo son los que se pueden conseguir de forma bastante rápida, con frecuencia en menos de una semana.

Los objetivos a largo plazo, son aquellos que van a lograrse en un plazo de tiempo más largo, con frecuencia semanas o meses

El siguiente paso dentro de la planificación, es la determinación de las intervenciones de enfermería, etapa que permite a la enfermera determinar el tipo de acción y la forma para conseguir el comportamiento esperado en el paciente y para corregir su problema de dependencia, orientándolas a aumentar y completar lo que el paciente puede realizar por sí mismo, y en determinados casos, a suplir aquello que él no puede hacer por si mismo.

Debido a que el personal de enfermería es el responsable del resultado final, es también de su competencia el control de la situación y la autonomía para

actuar, por lo que tiene que seleccionar las intervenciones y las actividades más convenientes para lograrlo, entendiendo por intervenciones, al modo de actuación para el tratamiento del diagnóstico identificado y que es común en todos los casos. Las actividades con el conjunto de operaciones o tareas necesarias para realizar cualquier intervención y que varían en función de las condiciones del usuario, del entorno en que se encuentre y de los recursos que disponga.⁵⁵

Las intervenciones de la enfermera deberán tener las siguientes características⁵⁶:

- Creatividad.- La enfermera que procede a la planificación de cuidados ha de ser imaginativa, pensando en intervenciones originales que respondan a las necesidades específicas del paciente, estas intervenciones deberán ser innovadoras y emanar de un auténtico esfuerzo de creatividad por parte de la enfermera.
- Personalización.- Las intervenciones deben ser personalizadas, de acuerdo con las necesidades de la persona, su edad, su cultura, la gravedad de su problema de salud, etc.
- Ser mesurables.- Las intervenciones deben ser igualmente evaluables, acompañadas de elementos observables y si es posible mesurables.

Para planificar intervenciones apropiadas, la enfermera debe apoyarse en todos los conocimientos de las ciencias básicas en que se fundamentan las enseñanzas de enfermería.

Con el fin de planificar los diagnósticos enfermeros las intervenciones que se han de planificar se distinguen en 2 grupos:

*Las que guardan relación con la causa: Estas serán eficaces en la medida en que consigan eliminar, controlar o reducir la causa identificada como responsable.

* Las que se dirigen al problema:

Cuando los diagnósticos son reales: van encaminadas a la reducción, al control o a la eliminación de las manifestaciones.

Además, las intervenciones tiene que ser específicas, esto es, deben de tener el propósito de dirigir el cuidado a proporcionar, por tal motivo, deben utilizarse

⁵⁵ Luis Rodrigo Ma. Teresa, Fernández F., Navarro G; De la teoría a la práctica. Edit. Masson, Barcelona 1998. p.12

⁵⁶ Phaneuf, Op.cit. p. 112

verbos que induzcan a la acción para comunicar lo que se espera en el Cuidado y la frecuencia de las intervenciones, evitando escribir intervenciones vagas, ya que con ello se deja lo específico a discreción del cuidador; otras características que deben cubrir las intervenciones son que deben ser individualizadas y basadas en las necesidades del paciente, deben ser realistas para el paciente y la enfermera, además deben considerar los recursos disponibles, y los resultados esperados.⁵⁷

Las intervenciones de enfermería pueden ser de diversa índole de acuerdo a la necesidad específica del paciente:

- Acciones diagnósticas.- son aquellas que se proponen con el fin de obtener una información continua adicional de acuerdo con el estado de salud o diagnóstico.
- Acciones terapéuticas.- son acciones concretas enunciados con el fin de prevenir, corregir, minimizar o mantener una condición que se desea alcanzar.
- Acciones de enseñanza.- son acciones educativas que se requieren para contribuir al logro de los resultados esperados.

En los diagnósticos de riesgo: se dirigirán a la detección temprana de posibles datos objetivos y subjetivos indicadores de que el problema ha pasado a ser real.

Y cuando son diagnósticos de salud: perseguirán el logro de mayor grado de salud y bienestar.⁵⁸

Finalmente se realiza el registro de las órdenes de enfermería, con el fin de que todas las enfermeras implicadas en el cuidado de ese paciente, tengan instrucciones claras para la ejecución del plan de cuidados. Para que estas sean específicas deben incluir:

La fecha, la acción a realizar, quien tiene que realizarla, como, cuando, donde, con que frecuencia, durante cuanto tiempo, en que medida tiene que ser realizada, y finalmente la firma de la persona que escribe la orden.

⁵⁷ Jiménez de Esquenazi, Op. Cit. p. 107

⁵⁸ Luis,R., Op. Cit. p. 10

La ejecución del proceso de atención de enfermería consiste en llevar a la práctica el plan elaborado. Implica continuar con la recolección de datos, ejecutar las intervenciones de enfermería, registrar los cuidados administrados y mantener un plan de cuidados individualizado. Esta fase comprende las actividades dependientes, interdependientes e independientes.

Las funciones dependientes, son las actividades que la enfermera desarrolla de acuerdo con las órdenes médicas (Iyer y Colaboradores, 1989) con el fin de minimizar el lo posible las complicaciones que se puedan plantear, y finalmente,

Las funciones interdependientes son las que se desarrollan mediante una labor de equipo, normalmente exigen la colaboración de todas las disciplinas para atender un problema real del niño.⁵⁹

De igual manera se afirma que la aplicación de un modelo conceptual de enfermería, contribuye en gran manera en el logro de una autonomía profesional, ya que este orienta las funciones asistenciales, docentes y de investigación. Así mismo, determina los propósitos de la práctica, la educación y la investigación en enfermería. Algunas actividades independientes son: la valoración, análisis y diagnóstico, planeación, implementación y evaluación; las actividades interdependientes incluyen la coordinación y planeación con otros miembros del equipo de salud; y, por último, las actividades dependientes comprenden el cumplimiento de las órdenes del médico para administrar medicamentos o tratamientos.

Las actividades van dirigidas a prevenir la enfermedad y promover, mantener o restablecer la salud.⁶⁰

Las fases de planeación y ejecución tienen una relación muy estrecha y en la práctica se puede encontrar dificultad en marcar la diferencia, la clave está en que durante la planificación se proponen las actividades y en la ejecución se ponen en práctica.

⁵⁹ Aguilar, Op. cit. p.18

⁶⁰ Aguilar, Op. Cit. p. 19

De acuerdo con el marco conceptual de Virginia Henderson, según la condición del cliente, el estado de dependencia puede ser variable, por lo que antes de ejecutar cuidados, es esencial evaluar qué puede hacer el paciente por sí mismo a fin de procurar conserve toda la autonomía posible; y a medida que se estado evoluciona favorablemente, la zona de intervención del paciente se va ensanchando, y la zona de suplencia de la enfermera debe ir reduciendo.

La fase de ejecución de los cuidados es el momento más importante para el contacto con el paciente, es el momento por excelencia para establecer una relación significativa con él. Los contactos con el paciente durante la ejecución pueden ser el pretexto para una relación calurosa, lo que confiere a los cuidados un carácter humano.

En el curso de su trabajo junto al cliente, la persona que cuida debe comunicarse con él en múltiples circunstancias, por tanto la comunicación debe ser clara, eficaz y expresiva.

Esta comunicación con el paciente debe caracterizarse por ser una relación de ayuda o comunicación terapéutica, que establezca un clima de confianza, de aceptación, de respeto y de comprensión. La relación de ayuda es un instrumento diario para la enfermera, frente al sufrimiento, la tristeza, la soledad o la depresión que descubre en sus pacientes.

Otro aspecto de la relación enfermera-cliente es la comunicación pedagógica o enseñanza. La ejecución de los cuidados constituye para enfermería un momento privilegiado para informar al enfermo sobre su problema de salud, su tratamiento, o incluso sobre ciertos hábitos de su vida que son poco aptos para satisfacer sus necesidades fundamentales.

Esta enseñanza puede hacerse de manera informal durante los cuidados de higiene o en el momento de realizar los tratamientos. Cuando se trata de una enseñanza formal, la enfermera debe preparar un plan de enseñanza.⁶¹

⁶¹ Phaneuf, Op. Cit. p. 133

Finalmente, la evaluación de los resultados, es la etapa, con que se finaliza el proceso; pero en la práctica, puede decirse que es un proceso que inicia desde la etapa de valoración y se retroalimenta en cada una de las otras etapas⁶². Esta valoración continua, permite apreciar la respuesta del niño y de la familia a los cuidados administrados. Si esta evolución no es favorable, deben buscarse los factores responsables del fracaso.

En la evaluación se necesitan 3 criterios para determinar su adecuación:

- 1.- Establecer guías de observación que determinen el progreso en relación con el diagnóstico de enfermería.
- 2.- Observar las capacidades y los conocimientos logrados, y
- 3, Los datos se comparan con los resultados esperados y con la mejora registrada.⁶³

Dicha etapa se considera difícil, ya que en ella hay que conjugar un conjunto de elementos humanos particularmente complejos. Consiste en emitir un juicio sobre el trabajo de la enfermera en relación con los resultados obtenidos. Siendo una condición absoluta de la calidad de los cuidados; lo que la constituye como un elemento esencial del trabajo de la enfermera.

Al proceder, es necesario preguntarse en qué se ha de centrar la evaluación dependiendo la etapa, que se debe evaluar y cómo; lo que supone una apertura conceptual para dar cabida en la evaluación a resultados no previstos y acontecimientos imprevisibles, a una apertura de un enfoque que permita la recolección de datos tanto sobre procesos, como sobre productos, es decir una evaluación formativa y sumativa, apertura metodológica que incluye procedimientos informales con lo que se pretende realizar una compaginación de métodos experimentales, empíricos y cualitativos y apertura ético-política, que proporcione información a todos los participantes y recolecte opiniones e interpretaciones de todas las personas implicadas en un plan de cuidados.⁶⁴

⁶² García, Op. Cit. p. 44

⁶³ Aguilar, Op.cit, p.19

⁶⁴ Hernández, C. Op.cit. p. 139

La evaluación puede conceptualizarse en tres formas: estructura, proceso y resultado. El proceso y resultado pueden ser subdivididos en dos categorías, concurrente (presente) y retrospectiva (pasada).

El enfoque de evaluación de la estructura se dirige a las instalaciones físicas, equipo y patrón de organización del centro de salud.

La evaluación del proceso se centra en las actividades de enfermería, estas actividades pueden juzgarse observando el rendimiento, preguntando a los pacientes, o revisando las notas de enfermería en las hojas de evolución.

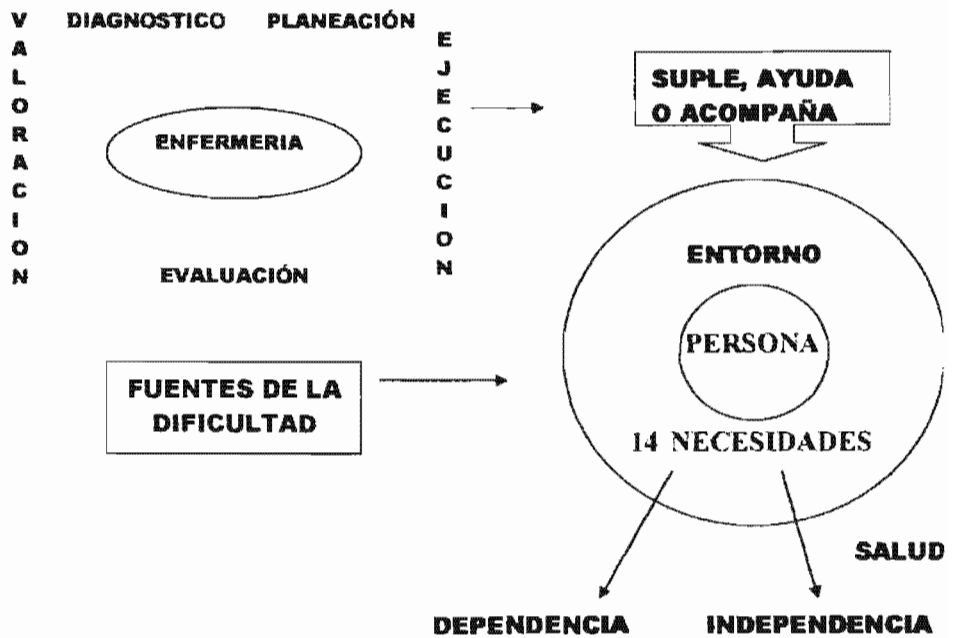
La evaluación del resultado se centra en los cambios en la conducta y el estado de salud del paciente, la enfermera busca la evidencia de la mejoría en el estado de salud que resulta de su intervención⁶⁵.

Esta no estaría completa sin nuevas revisiones periódicas de las distintas etapas del proceso, ya que éste debe ser el funcionamiento habitual de la enfermera, revisión necesaria particularmente cuando la situación de los cuidados parece estancarse, y cuando las intervenciones no consiguen los resultados que se persiguen.

La evaluación se lleva a cabo por medio de una reflexión y un cuestionamiento sobre la respuesta del cliente a los cuidados de enfermería. La persona que procede a la evaluación de un determinado objetivo debe, además de redactar sus observaciones de forma concisa, indicar la fecha de la evaluación y firmar con su nombre.

⁶⁵ Griffith, Op.cit. p. 196

Relación de conceptos del Proceso del cuidado con el enfoque de Virginia Henderson



Elaborado por L.E.O. Martha Elena Suárez Cháirez, Nov. 2003.

2.4.- Consideraciones éticas.

El término ética deriva del griego *ethos*, que significa costumbre o carácter; es clasificada por muchos como la ciencia que trata de la moral, su origen y desarrollo, y de las reglas y normas de conductas de los hombres, de sus deberes hacia la sociedad, la patria y el estado. Como doctrina hace su aparición más tarde que la moral misma y se utilizó para señalar virtudes humanas, y está muy ligada a los intereses de la sociedad en que se vive.

Otro término es el de Bioética, utilizado para distinguir de la ética tradicional, los problemas de ética que plantea los progresos en medicina y biología, su finalidad es contribuir a salvaguardar la vida humana y el medio frente a los avances científicos en biomedicina y biotecnología; sustentándose para estos fines en 3 pilares fundamentales: autonomía, justicia y beneficencia.⁶⁶

Las enfermeras, como personas y como profesionales de los cuidados de salud, emiten juicios cada día que afectan a la vida humana y que tienen influencia en el bienestar de los pacientes, de sus familias y de otras personas; encontrándose en su trabajo cotidiano con situaciones en las que las cuestiones y los problemas éticos requieren un método de juicio diferente de lo que por regla general se consideraría como un juicio clínico.

A menudo las cuestiones éticas no tienen una respuesta fácil, sencilla, que pueda encontrarse en los códigos de ética o en las leyes, sólo pueden proporcionarnos unas directrices generales, exigiéndonos la utilización de dos de nuestras cualidades más humanas: la capacidad de razonar y la capacidad de sentir empatía hacia los demás.⁶⁷

Durante aproximadamente los últimos 35 años, la literatura tanto de cuidados como de ética de enfermería se ha centrado primordialmente en la ética de los siguientes principios:

1. El respeto por las personas, que exige que cada individuo sea tratado como un ser único y como un ser igual a todos los demás individuos, descalificando las

⁶⁶ Davis, Op.cit. p. 21

⁶⁷ Davis, Op.cit. p.22

decisiones paternalistas tomadas por el personal de salud en nombre de los pacientes.

Los valores que se defienden en esta situación son: Que las personas tomen sus propias decisiones, la calidad de vida y una muerte apacible.

2.- No maleficencia, o no hacer daño; este es un principio ético importante. Las personas que proporcionamos cuidados de salud tenemos un compromiso básico de no hacer daño a nuestros pacientes.

Esencialmente, este principio consta de tres partes que son:

- No debemos causar daño
- Debemos prevenir el daño
- Debemos erradicar el daño

Y antes que podamos llevar a cabo alguna de estas cosas, tenemos que analizar la situación para determinar cuál es el daño.

3.- Beneficencia, o hacer el bien; el deber de no causar daño tiene prioridad sobre el de proporcionar beneficios en situaciones en las que ambos principios entran en conflicto y no hay otros elementos a favor ni en contra de uno u otro.

La beneficencia exige la provisión de beneficios y un equilibrio entre éstos y los años en una situación determinada.

4.- Justicia, es el principio ético básico para la sociedad y para la prestación de los cuidados de enfermería y de salud. La justicia distributiva es un tipo de justicia y tiene que ver con la distribución de los costos y de los beneficios en cualquier sociedad que dispone de unos recursos limitados, así como la justicia en la satisfacción de las necesidades básicas de la persona en orden biológico, espiritual, afectivo, social y psicológico, que se traducen en un trato humano, sin distinción de la persona.

5.- Autonomía.- Significa respetar a las personas como individuos libres y tener en cuenta sus decisiones, producto de sus valores y convicciones personales, reconociendo el deber de respetar la libertad individual que tiene cada persona para determinar sus propias acciones.

El reconocimiento de la autonomía de la persona se da ética y jurídicamente con el respeto de la integridad de la persona y con el consentimiento informado en el

que consta, preferiblemente por escrito si el paciente está consciente, que comprende la información y está debidamente enterado en el momento de aceptar o rechazar los cuidados y tratamientos que se le proponen. A través del consentimiento informado se protege y hace efectiva la autonomía de la persona, y es absolutamente esencial en los cuidados de enfermería.

El cuidado es visto por algunas personas como el factor más importante de la totalidad de la vida moral. Al utilizar la ética del cuidado, las enfermeras tienen una relación personal y solícita con los pacientes, son percibidas por ellos como una presencia cuidadora, que no es solo una expresión sentimental, sino más bien es una forma de estar con las demás personas que les confirma la preocupación de la enfermera por su bienestar, lo que favorece la confianza y las actitudes positivas que promueven una buena salud.

La enfermera trabaja bajo la influencia de una escala de valores tanto profesional como personal cuando entra en relación con los pacientes, de igual manera intenta conocerse a sí misma con el objeto de comprender mejor las actitudes, sentimientos y comportamientos en las relaciones profesionales.

El acuerdo existente sobre los valores entre los autores clásicos, es suficiente para afirmar que "valor es una creencia personal sobre la validez de una determinada idea, actitud, costumbre u objeto que establece patrones que influyen en el comportamiento"⁶⁸

Ética de la enfermería profesional.-

Para comprender la ética de la enfermería, es necesario conocer que es la profesionalidad, ya que está presenta implicaciones éticas importantes, en el cumplimiento de los criterios establecidos para una profesión, como son:

- 1.-La profesión proporciona a la sociedad un servicio humano fundamental.
- 2.- Las profesiones poseen un conjunto especial de conocimiento que se amplía a través de la investigación.
- 3.- Se espera que los profesionales sean responsables personal y profesionalmente.

⁶⁸ Potter-Perry, Fundamentos de Enfermería Teoría y Práctica, edit. Mosby/Doyma, España 1996 p.79

- 4.- La educación de los profesionales se imparte en instituciones de educación superior.
- 5.- Los profesionales poseen una función y un control independientes de su propia práctica.
- 6.- Los profesionales están comprometidos con su trabajo y motivados a hacer el bien.
- 7.- Un código de ética guía las decisiones y la conducta profesionales.
- 8.- Una organización profesional controla y apoya los patrones de la práctica.⁶⁹

Por medio de los códigos éticos y de la inculcación de valores especiales, una profesión cumple sus promesas con la sociedad. Los valores de asistencia, de responsabilidad profesional y personal, y la defensa proporcionan los fundamentos morales para la práctica de la enfermería.

La American Association Of. Colleges of Nursing en 1986, identifico siete valores esenciales para la práctica de la enfermería profesional:

- La estética.- cualidad de los sujetos, acontecimientos y de las personas que proporcionan satisfacción.
- El altruismo.- respeto por el bienestar de los otros
- Igualdad.- Poseer los mismos derechos y privilegios
- Libertad.- Capacidad de realizar una elección o una acción.
- La dignidad humana.- El valor inherente de un individuo
- Justicia.- Mantenimiento de los principios morales y legales.
- La verdad.- fidelidad al hecho o a la realidad.

El código de ética para las enfermeras y enfermeros de México propuesto en Agosto del 2001 a la subsecretaría de innovación y calidad de la comisión interinstitucional de enfermería de la secretaría de Salud consta de 6 capítulos, con un total de 28 artículos:

Capítulo 1.- Disposiciones Generales

Capítulo 2.- De los deberes de las enfermeras para con las personas

Capítulo 3.- De los deberes de las enfermeras como profesionistas

Capítulo 4.- De los deberes de las enfermeras para con sus colegas

⁶⁹ Potter, Op. Cit. p.87

Capítulo 5.- De los deberes de las enfermeras para con su profesión

Capítulo 6.- De los deberes de las enfermeras para con la sociedad.

Cuando la enfermera se encuentra enfocada al cuidado de niños y adolescentes, la cantidad de atención que puede proporcionar cubre un amplio rango, que va desde el alcance de los programas de promoción a la salud, hasta el de observadora o abogada en algunas situaciones de investigación.

El trabajar con niños y adolescentes y cuidarlos, es un estimulante reto para la mayoría de las enfermeras, ya que desean darles apoyo en el crecimiento y desarrollo normales, desde el nacimiento hasta la edad adulta, al igual que proporcionando cuidados de salud y atención durante sus enfermedades, teniendo que enfrentar cuestiones éticas bastante singulares⁷⁰.

El código de ética de enfermería se centra en la responsabilidad frente al paciente e insta en su papel como profesional independiente que conserva su propia responsabilidad legal⁷¹, esta viene delimitada por la legislación vigente, las recomendaciones de organismos profesionales internacionales, el desarrollo científico y el propio juicio personal, obligando a responder de los propios actos desde la conciencia personal o por medio de un consenso, llevando acuerdos que respeten las diversas posturas. Así pues hay que ligar al sentido ético de la responsabilidad el sentido legal que hace referencia a la responsabilidad social.⁷²

Algunos aspectos éticos y legales en la práctica de enfermería son:

En la ley federal del trabajo del 99, en el párrafo 31 dice que Enfermero (a) con título "Es el trabajador que dispensa cuidados profesionales a enfermos; supervisa personal de enfermería y auxilia médicos en hospitales, clínicas, laboratorios o otros u otros establecimientos de salud"

La ley General de Salud en su artículo 79 refiere que "La enfermera queda comprometida dentro de la disciplina para la salud, su ejercicio podrá desarrollarse mediante ministración de medicamentos, fecha, hora, cantidad y vía.

Procedimientos estandarizados

⁷⁰ Joyce, Beebe, Thompson, "Ética en enfermería", Ed. Manual Moderno, 2ª. Reimpresión México 1992.

⁷¹ Whaley y Wong, Enfermería Pediátrica. España Mosby 1995. p. 9

⁷² Busquetes S. Montserrat. Ejercicio Profesional: responsabilidad ética y legal, Enf. Clínica; 8 p. 30

El código internacional de ética en enfermería, nos dice que la responsabilidad fundamental de la enfermera tiene los siguientes aspectos:

La responsabilidad fundamental de enfermería tiene tres aspectos: conservar la vida, aliviar el sufrimiento y fomentar la salud.

La enfermera debe aplicar en todo momento las normas más elevadas de los cuidados de enfermería y conducta profesional

La enfermera no solo tiene que estar bien preparada para ejercer, sino que tiene que mantener sus conocimientos y capacidades al elevado nivel que corresponda.

Deben respetarse las creencias religiosas del paciente.

La enfermera mantendrá reserva sobre la información personal que reciba⁷³

III.- METODOLOGÍA

3.1.- Descripción del caso

Lactante mayor del sexo masculino de edad aparente igual a la cronológica, procedente de Hueypoxtla, Estado de México, en los límites con el estado de Hidalgo, proviene de una familia nuclear conformada por papá de 31 años, mamá 23 años y dos hijos (un lactante mayor y un niño en etapa preescolar), las relaciones entre sus miembros son fuertes.

La familia se encuentra actualmente habitando una vivienda propia, en un cuarto separado perteneciente a la casa de los abuelos paternos, con los cuales la mamá refiere relaciones estresantes, esta vivienda se encuentra construida con ladrillos y techo de lamina, no tienen instalación propia de luz ni agua potable, sino que la toman de los vecinos con su consentimiento, la disposición de excretas se realiza en una letrina que es de uso familiar, la casa consta de un cuarto, en el cual tienen una cama, un ropero, una alacena y una estufa.

Los ingresos económicos son aportados por el padre de familia, el cual labora como personal de intendencia. Para su traslado cuentan con autobuses que salen del metro Martín Carrera a un pueblo cercano al suyo (Tianguistongo), y

⁷³ Guzmán V. Alejandra. Aspectos Éticos y legales en la práctica de enfermería. , Desarrollo Científico Enferm.;9 (8) 2001 p.248

El código internacional de ética en enfermería, nos dice que la responsabilidad fundamental de la enfermera tiene los siguientes aspectos:

La responsabilidad fundamental de enfermería tiene tres aspectos: conservar la vida, aliviar el sufrimiento y fomentar la salud.

La enfermera debe aplicar en todo momento las normas más elevadas de los cuidados de enfermería y conducta profesional

La enfermera no solo tiene que estar bien preparada para ejercer, sino que tiene que mantener sus conocimientos y capacidades al elevado nivel que corresponda.

Deben respetarse las creencias religiosas del paciente.

La enfermera mantendrá reserva sobre la información personal que reciba⁷³

III.- METODOLOGÍA

3.1.- Descripción del caso

Lactante mayor del sexo masculino de edad aparente igual a la cronológica, procedente de Hueypoxtla, Estado de México, en los límites con el estado de Hidalgo, proviene de una familia nuclear conformada por papá de 31 años, mamá 23 años y dos hijos (un lactante mayor y un niño en etapa preescolar), las relaciones entre sus miembros son fuertes.

La familia se encuentra actualmente habitando una vivienda propia, en un cuarto separado perteneciente a la casa de los abuelos paternos, con los cuales la mamá refiere relaciones estresantes, esta vivienda se encuentra construida con ladrillos y techo de lamina, no tienen instalación propia de luz ni agua potable, sino que la toman de los vecinos con su consentimiento, la disposición de excretas se realiza en una letrina que es de uso familiar, la casa consta de un cuarto, en el cual tienen una cama, un ropero, una alacena y una estufa.

Los ingresos económicos son aportados por el padre de familia, el cual labora como personal de intendencia. Para su traslado cuentan con autobuses que salen del metro Martín Carrera a un pueblo cercano al suyo (Tianguistongo), y

⁷³ Guzmán V. Alejandra. Aspectos Éticos y legales en la práctica de enfermería., Desarrollo Científico Enferm.,9 (8) 2001 p.248

de ahí se trasladan en otro autobús; el medio de transporte dentro del pueblo es a pie, o vehículos particulares.

Antecedentes individuales.-

Es un producto de una gesta II, deseado, que pesa al nacer 3,600 Kg., con una talla de 46 cms., que llora y respira al nacer sin necesidad de maniobras, con esquema de vacunación completo para su edad, la mamá refiere que 10 días antes del ingreso a este hospital, presentó un cuadro diarreico, con presencia de fiebre; ingresa al hospital de 3er nivel por disminución de la fuerza en miembros pélvicos el sábado por la mañana con una evolución ascendente, a la exploración se encuentra con fuerza 0/5 en miembros pélvicos y torácicos, reflejos osteotendinosos de 0, sin dificultad en la utilización de músculos accesorios para la respiración, permanece 2 días en la terapia intensiva por un cuadro sugestivo de deterioro neurológico se inicia manejo con Gamma globulina, presentando una buena evolución clínica. Se realizó prueba de velocidad de neuroconducción, cuyos hallazgos fueron disminución de la fuerza y movimiento. Ingresa al servicio de Infectología para observación y valorar manejo por los servicios de ortopedia y neurocirugía. A la valoración de sus necesidades por enfermería se encontraron los siguientes datos:

1.-Necesidad de alimentación.-

El niño es alimentado al seno materno hasta el año de edad, a partir del cual inicia el uso de biberón con 3 tomas de aproximadamente 240 ml por cada una, con horario de 9, 14 y 17 horas, así mismo inicia el consumo de alimentos picados, ya que los alimentos en papilla no le agradan, entre los alimentos que le gusta consumir se encuentran la gelatina, la sopa, frutas, y el caldo de pollo con verduras.

Acostumbra tomar abundantes líquidos (licuados, leche con azúcar y agua), sus comidas se encuentran organizadas en quintos.

El brote dental inicia a los 6 meses con los incisivos centrales, a los 11 meses con incisivos superiores y a año de edad inicio con el brote de premolares superiores e inferiores.

Actualmente se encuentra alimentándose con dieta en picaos finos, la masticación es lenta, pero logra consumir hasta el 80% de su dieta.

2.-Necesidad de eliminación.-

Aún no existe control de esfínteres, sus evacuaciones intestinales son formadas, color variable de acuerdo a los alimentos, por lo regular son color amarillo-café con presencia ocasional de restos alimenticios y olor fétido, no presenta datos de dolor durante las evacuaciones; actualmente presenta dificultad para la evacuación manifestada por estreñimiento, abdomen ligeramente globoso y doloroso a la palpación, la eliminación vesical es de color transparente, sin olor característico, espontánea, no existen datos de edema palpebral ni maleolar, por lo regular la mama dice cambiar 4 veces al día el pañal, siendo el de las mañanas por lo regular solo orina.

Región genital masculina conforme a edad y sexo, con descenso de los testículos a la bolsa escrotal, se realiza retracción del prepucio sin presencia de dolor.

Presenta sudoración abundante en cabeza y cuerpo cuando se encuentra dormido, y cuando realizaba esfuerzo físico.

3.-Necesidad de oxigenación.-

Actualmente pesa 9.1 Kg., mide 56 cm., tiene un perímetro cefálico de 46 cm., y un perímetro abdominal de 42 cm. A la inspección se observa con piel de tez morena, ligeramente pálida, mucosas orales y nasales hidratadas, de color rosa pálido, sin datos de lesión en cavidad oral. Presento datos de irritación en barbilla y base del cuello secundario a la utilización de aparato ortopédico (collarín Blando). En la valoración de sus signos vitales se encontró con una Frecuencia cardiaca de 120 latidos por minuto. Y una frecuencia respiratoria de 28 a 32 respiraciones por minuto, ambos regulares, sin presencia de ruidos agregados en la respiración, movimientos respiratorios de amplexión y amplexación, simétricos, a la auscultación se encuentra con ruidos cardíacos de buen tono, intensidad y ritmo, murmullo vesicular presente, a la percusión se escucha claro pulmonar.

4.- Necesidad de Reposo y Sueño.-

En esta necesidad, se encontró que por lo general el duerme al día entre 12 y 16 horas, sin luz y sin ruido, descubierta, acostumbrando tomar biberón antes del

sueño. En su casa por lo regular tenía dos periodos de siesta, de 10 a 12 horas, y de 15 a 17 hrs. A la valoración en cabeza, se palpa fontanela anterior normotensa de aproximadamente 1.5 cms. Neurológicamente se encontró tranquilo, conciente, con respuesta a estímulos disminuida en sus extremidades, no así al estímulo visual, ya que al percibir personal de salud, suele irritarse con presencia de llanto débil con lágrimas.

5.-Necesidad de vestido.-

Se encuentra con pijama de hospital grande para su talla, con cambio de sudadera 2 veces por día, por lo general después de las comidas requiere que le sean cambiadas

6.-Necesidad de Termorregulación.-

Su mamá considera que el niño es sensible a los cambios de temperatura, sobre todo al frío matutino. A la fecha, la temperatura se ha mantenido dentro de los parámetros normales (36.5° a 37°).

7.-Necesidad de movimiento y postura.-

La mamá refiere que el niño fijó la mirada al mes de edad, siguió objetos con la mirada desde los 2 meses, se sentó solo a los 5 meses, inicia bipedestación a los 7 meses, desplazándose por espacios cortos con ayuda, balanceándose; adoptando una postura erecta de casi los 90° al sentarse, acostumbra dormir en posición decúbito dorsal o decúbito lateral, con un dormir inquieto. Actualmente se encuentra en posición decúbito lateral con cambios a decúbito dorsal frecuentes, se encuentra con collarín blando, pendiente de valorar por el servicio de ortopedia, presenta además ausencia de tono, fuerza y sensibilidad en miembros pélvicos, así como en los torácicos la pérdida de tono y fuerza.

8.-Necesidad de comunicación.-

La necesidad de comunicación se encuentra actualmente alterada hasta en un 80 %, ya que responde al tacto en miembros torácicos solo con la mirada y con un llanto débil, presenta movimientos de flexión y extensión en el cuello, sigue la luz con la mirada, realiza gesticulaciones abundantes ante las cosas que le causan molestia o inquietud. La mamá refiere que el niño empezó a sonreír con las personas a los 2 meses aproximadamente, inicio el balbuceo a los 3 meses,

logrando al año decir palabras monosílabas y bisílabas, acostumbra jugar y hablar con su hermano y su mamá, considerándolo como un niño alegre, inquieto y caprichoso. A la valoración responde irritable, con ojos abiertos y llanto sin lágrimas.

9.-Necesidad de higiene.-

La piel se observa íntegra, limpia, lubricada, en casa su mamá acostumbra bañarlo a medio día diario, con cepillado de dientes.

10.-Necesidad de Recreación.-

Le agrada que lo levanten en brazos, le gusta la música variada, le atraen sus manos y pasa un buen tiempo observándolas y jugando con ellas, así mismo le atraen los carros, los cubos de colores; le gustan los perros y los pájaros, así mismo le gusta jugar con su papá, con su hermano y con otros niños.

11.- Necesidad de actuar de acuerdo a sus creencias y valores.-

Sus papas son de religión católica, no asisten asiduamente, pero creen en Dios, a su mamá le angustiaba que le hubieran quitado un escapulario que el niño traía en el área de urgencias, ya que estos fueron momentos clave en el tratamiento inicial del niño.

12.-Necesidad de seguridad y protección.-

Anterior al ingreso al Hospital infantil, el niño fue llevado a dos instituciones médicas que al ir estableciendo el diagnóstico de ingreso, se consideró era la mejor institución para tratar el problema de salud que este padecimiento representa.

El cuidado del niño en el hospital lo lleva a cabo la mamá, ya que no dejan pasar a otra persona que no sea el papá que la releve, pero el por el momento se encuentra trabajando ya que el es el único sostén económico y de su trabajo depende que tengan lo necesario para costear el tratamiento del niño.

Al platicar con la mamá, esta expresa sus miedos de que el niño sufra complicaciones o de que no vuelva a moverse, así mismo nota al niño estresado, irritable y angustiado por no poder moverse. Así mismo, la mamá tiene miedo de regresar a su casa, ya que se enteraron de que existen otros casos como el de su niño en la zona.

A la inspección se observa piel íntegra, limpia, ligeramente seca, con eritema a nivel de la barbilla y por encima de las clavículas. Se encuentra con pérdida de la sensibilidad a nivel de miembros pélvicos y torácicos, con leve respuesta de contractilidad muscular al dolor sin lograr el movimiento de retirada.

13.-Necesidad de aprendizaje.-

Siendo la mamá la encargada de la educación del niño por el momento, le angustia que el niño tarde un poco más en moverse, y en realizar actividades propias para su edad que tienen la finalidad de aprendizaje, entre ellas y de la mayor importancia para su edad está el movimiento en todas sus expresiones.

14.-Necesidad de Realización.-

El niño desea moverse, e intenta alcanzar los juguetes con resultados negativos, al no lograrlo se desespera y comienza a llorar. Busca a la mamá con la mirada e intenta con gestos llamar su atención.

3.2.- Fisiopatología

Poli neuropatía aguda infecciosa

Síndrome de Guillain-Barré

El síndrome de Guillain-Barré (SGB) es una polineuropatía periférica inflamatoria, aguda o subaguda, de presentación espontánea o precedida de vacunación o de un proceso infeccioso viral, caracterizada por una disfunción de los nervios periféricos ascendente y rápidamente progresiva hacia la parálisis.

La causa del SGB es desconocida, aunque en más del 60 % de los pacientes se observa una infección viral entre 2-4 semanas antes del inicio de las manifestaciones clínicas. El resultado es una respuesta autoinmune del sistema nervioso periférico⁷⁴. La elevación del nivel de las proteínas del líquido cefalorraquídeo conjuntamente con el mantenimiento del número de células dentro de los límites de normalidad- disociación albuminocitológica- recibe el nombre de Síndrome de Guillain-Barré⁷⁵.

⁷⁴ Urden, Lough y Stacy, Cuidados intensivos en Enfermería, volumen 2, Edit. Harcourt Brace de España, S.A. España 1998. p.310

⁷⁵ Bannister, Roger, Neurología clínica, edit. Marín. Barcelona 1974 p 414.

Esta enfermedad afecta a las vías motoras y sensitivas del sistema nervioso autónomo de los nervios craneales. El hallazgo principal en el SGB, es un proceso segmentario de desmielinización de los nervios periféricos. Se cree que este síndrome es una respuesta autoinmune con formación de anticuerpos contra una infección viral reciente, habitualmente del tracto respiratorio o gastrointestinal. Las células T migran hacia los nervios periféricos y originan edema e inflamación, posteriormente los macrófagos invaden la zona y destruyen la mielina, finalmente, el proceso inflamatorio que rodea a la zona desmielinizada produce la alteración de su función. La mielina proporciona la conducción rápida de los impulsos nerviosos, ya que éstos viajan a lo largo del nervio a través de los nudos de Ranvier, la lesión de las vainas de mielina entorpece y puede, transitoriamente interrumpir la conducción de los impulsos a lo largo de los nervios periféricos.

Al interrumpirse la reacción inflamatoria, las células productoras de mielina comienzan nuevamente a aislar las porciones desmielinizadas del sistema nervioso periférico. Al producirse la remielinización, puede recuperarse la función neurológica normal. En algunos casos el axón puede resultar dañado durante el proceso inflamatorio. El grado de lesión axonal determinará la afectación neurológica que persiste tras la recuperación.

El comienzo de la sintomatología, es con frecuencia febril y contrastando con otras formas de polineuropatía, incluyen debilidad motora, parestesias y otros trastornos sensitivos, alteraciones de los pares craneales (especialmente oculomotor, facial, glossofaríngeo, vago, espinal accesorio e hipogloso) y algunas alteraciones del sistema nervioso autónomo. El curso habitual de la enfermedad presenta inicio brusco, con debilidad de las extremidades inferiores que progresa a la flacidez y que asciende en un periodo de horas a días. La pérdida motora es habitualmente simétrica, bilateral y ascendente, los músculos proximales de los miembros pueden afectarse tan severamente como los distales, pudiendo también sufrir los del tronco, hasta llegar a una flaccidez completa de todos los nervios periféricos. En cuanto a los trastornos sensitivos pueden ser graves, ligeros o

incluso no haberlos. Se trata de una enfermedad grave que puede tener terminación fatal sobre todo si hay trastornos respiratorios.

El ingreso hospitalario se produce cuando la debilidad de las extremidades inferiores impide la movilización, la progresión esta debilidad requiere de una estricta observación, por tal es necesario ingresar al paciente a la unidad de cuidados intensivos, ya que la causa más frecuente de muerte en los pacientes con SGB es la parada respiratoria. Así mismo requiere una valoración continua y frecuente de la función neurológica hasta la completa evolución de la enfermedad o su estabilización.

El diagnóstico se basa en datos clínicos, análisis de Líquido Cefalorraquídeo (LCR) y estudios de conducción nerviosa, encontrando que el análisis del LCR inicialmente muestra una concentración de proteínas normales, que aumenta entre la 4ª y 6ª semanas; los estudios de conducción nerviosa muestran una reducción significativa de la velocidad de los impulsos nerviosos.

En el tratamiento médico, debe controlarse la evolución natural de la enfermedad, caracterizada por la parálisis ascendente durante un período de 1-3 semanas y, posteriormente, se estabiliza. Esta fase continúa con la desaparición descendente de la parálisis, hasta que se recupera la función normal o casi normal. Los aspectos fundamentales del tratamiento se centran en el soporte de las funciones corporales y en la prevención de complicaciones.

3.3.- INSTRUMENTOS.-

En la fase inicial del proceso de atención de enfermería se utilizaron 2 instrumentos para la recolección de los datos del paciente y sus necesidades. Dichos instrumentos fueron proporcionados por la coordinación de la especialidad.

El instrumento en el que se recaban los datos de la historia de salud se encuentra basado en los conceptos de Henderson sobre las necesidades fundamentales del niño en la etapa de 0 a 5 años y consta de 8 apartados (ver anexo 1)

En el primero, se encuentran los datos demográficos del paciente, su nombre, edad, sexo, fecha de nacimiento, procedencia, edad y escolaridad de los padres, si practica alguna religión, su domicilio, quien proporciona la información, el diagnóstico médico, el servicio donde se encuentra y su registro.

El segundo bloque, contiene datos sobre los antecedentes Familiares, las características de la vivienda, los servicios intra y extradomiciliarios, descripción de la vivienda, los medios de transporte, los ingresos económicos y finalmente un mapa familiar que favorece a la valoración del tipo de familia y las relaciones que entre estos llevan.

El tercer apartado, proporciona datos sobre la Orientación de la familia en el medio hospitalario, los servicios, los horarios de visita, los informes sobre el estado de salud del niño, servicios religiosos y algunas restricciones en la visita.

En cuarto lugar, encontramos los Antecedentes Individuales, que contemplan datos sobre el nacimiento, valoraciones, así como datos sobre hospitalizaciones previas.

En el quinto lugar, se encuentra la valoración focalizada de las 14 necesidades de Henderson, elaborada con el método de la exploración física utilizando la inspección, la palpación, la percusión y la auscultación, de acuerdo a la necesidad que se este valorando.

Posterior a la valoración focalizada de las necesidades, se lleva a cabo el análisis de las mismas de forma organizada y sistemática

El siguiente espacio permite realizar la Jerarquía de las necesidades, de acuerdo al grado de independencia-dependencia, tomando en cuenta las causas de dificultad y su interacción o no con las necesidades, además de acuerdo a estos resultados se evidenciaran las fortalezas y debilidades del paciente y la familia en esta necesidad.

El siguiente apartado permite la jerarquización de los diagnósticos de enfermería en sus dimensiones biopsicosociales y espirituales con la fecha de identificación y la de resolución o posible.

El siguiente apartado es el Plan de atención de enfermería, que permite de acuerdo al diagnóstico de enfermería, establecer los objetivos de acción, el planteamiento de las intervenciones con una fundamentación científica y da un espacio a la valoración, de estas intervenciones.

Finalmente en el Plan de alta, que es el último bloque, se tiene espacio para la orientación que ha de llevarse la mamá o el familiar como Procesos de rehabilitación,

El punto dos proporciona el espacio para la realización de una orientación dietética, además del tratamiento farmacológico indicado, y finalmente un reflejo de signos y síntomas de urgencia, así como a los lugares donde pueden dirigirse.(Ver anexo 1)

Otro instrumento utilizado para la obtención de datos en este estudio, fue la hoja de Reporte diario (Ver anexo 2) que consta de las siguientes características:

Por el anverso inicia con los datos del paciente, su edad, el servicio y su número de registro, además de incluir el nombre de la enfermera que realiza la valoración., esta parte de la hoja permite realizar la valoración focalizada de cada una de las necesidades detectadas, así como también permite llevar el seguimiento de la evolución en la independencia de la necesidad.

Como primer punto, se encuentra un espacio para los datos subjetivos, estos son los síntomas que no tienen parámetros de medición y que están presentes en el paciente. posteriormente otro espacio, donde son colocados los datos objetivos es decir medibles obtenidos mediante la exploración física focalizada, cuando así corresponda, y posterior a estos, la descripción de las fuentes de dificultad, donde se tendrá que describir el porqué de esas fuentes de la dificultad valoradas y la repercusión que tienen sobre dicha necesidad.

Por el reverso, incluye un espacio para la elaboración de los diagnósticos de enfermería como resultado del análisis de los datos de la necesidad valorada por lo que deberán estar relacionados con esta y con los datos descritos y finalmente, un espacio para los comentarios sobre el grado de dependencia y su relación con el tiempo y duración. Este instrumento además contiene gráficas del

continuum independencia-dependencia de Phaneuf, y el gráfico que relaciona la duración con la intensidad.

3.4.- PROCESO DIAGNÓSTICO

Criterios para la jerarquía de las necesidades

Una vez seleccionados los datos objetivos y subjetivos, fueron valoradas las manifestaciones de dependencia en el paciente, ya que de acuerdo al Modelo de Virginia Henderson, perfilar la respuesta de la persona en relación con la satisfacción de sus necesidades, es el paso que permitirá identificar entre las manifestaciones de independencia y los datos que deben considerarse, los recursos que pueden utilizarse para ayudar a resolver, controlar o reducir el problema.

El enunciado de los diagnósticos se llevo a cabo de acuerdo a cada necesidad y a los seguimientos realizados, colocándolos por jerarquías según el grado de dependencia.

Como ya se menciona en otro apartado, para la jerarquización de los diagnósticos se consideró lo propuesto por Phaneuf en su continuum dependencia-independencia, y en el esquema donde muestra la relación del tiempo de duración con el grado de dependencia. Una vez establecido el grado de dependencia, se observó la necesidad de establecer prioridades que orientarán al profesional de enfermería y al paciente al cuidado de las necesidades por orden de importancia basándose en los deseos, necesidades y seguridad del paciente. Las prioridades según Gordón, se diferencian en altas, intermedias y bajas.

Para lograr dar prioridad a las necesidades, fueron tomados en cuenta los siguientes cuestionamientos:

- 1.- ¿Qué problemas necesitan atención inmediata, debido a su necesidad de estabilidad o independencia en la satisfacción de sus necesidades?
- 2.- ¿Qué problemas tienen soluciones sencillas, y no comprometen el estado de independencia de las necesidades vitales?
- 3.- ¿Qué problemas pueden ser tratados con mayor tiempo debido a una relación mínima con la satisfacción de las necesidades vitales?

Quedando finalmente como necesidades de prioridad alta, las que de no ser tratadas, pueden ser perjudiciales para el paciente y amenazan su vida. Las prioridades intermedias, son la necesidades del paciente no urgentes y que no amenazan su vida, y finalmente, las de prioridad baja, son las que pueden no estar directamente relacionadas con una enfermedad o pronóstico específico, pero que puede afectar a su futuro bienestar.

Es así como de acuerdo al grado de afectación de las necesidades, se llevó a cabo el proceso del cuidado. Para la elaboración de los diagnósticos fueron utilizadas algunas etiquetas encontradas dentro de la taxonomía II de la NANDA, elaborando diagnósticos reales con el formato P.E.S. y de riesgo, así como interdependientes.

Gracias a las valoraciones realizadas, con un total de de 7 seguimientos se obtuvieron 13 Diagnósticos, De los cuales, 5 son de prioridad alta, 5 de prioridad intermedia y 3 de prioridad baja; de acuerdo al tipo de problemas encontrados durante la formulación, se formularon 6 Diagnósticos reales, y 7 de Riesgo.

Diagnósticos de Enfermería

Fecha	Dx. de Enfermería Rol de Enfermería	Prioridad	Grado y duración de la dependencia
6-October-2003	Deterioro de la movilidad física, relacionado con enfermedad neuromuscular manifestado por, ausencia de habilidades motoras finas y gruesas, irritabilidad al tacto, facies de angustia, estrés, flacidez de miembros pélvicos y torácicos y fuerza muscular 0/5.	Alta	Grado 6, Dependencia total, duración temporal
6-October-2003	Riesgo de deterioro de la integridad cutánea relacionado con inmovilización física y alteración de la sensibilidad.	Alta	Grado 6, Dependencia total, duración temporal
6-October-2003	Riesgo de deterioro de la respiración espontánea relacionado con debilidad de los músculos torácicos.	Alta	Grado 2, Dependencia ligera, Duración

			transitoria
7-Octubre-2003	Ansiedad relacionada con perdida del movimiento manifestada por irritabilidad al tacto, temor, facies de angustia y aprensión hacia la madre	Alta	Grado 8, Dependencia total, duración transitoria
7-Octubre-2003	Riesgo de síndrome de desuso relacionado con inmovilidad prolongada	Intermedia	Grado 6, Dependencia total, Duración temporal
7-Octubre-2003	Alteración de la temperatura corporal, relacionada con inmovilidad, manifestada por extremidades pélvicas pálidas e hipotérmicas	Alta	Grado 6, Dependencia ligera, Duración transitoria.
7-Octubre-2003	Alteración de la frecuencia normal de evacuación intestinal, relacionada con disminución del movimiento, manifestada por estreñimiento, distensión abdominal, irritabilidad	Intermedia	Grado 5, Dependencia ligera, Duración transitoria
8-Octubre-2003	Alteración en el patrón de alimentación del lactante, relacionado con perdida de fuerza muscular para la masticación, manifestada por tiempo para la masticación prolongado, preferencia por alimentos blandos y picados.	Intermedia	Grado 5, Dependencia total, Duración temporal
8-Octubre-2003	Riesgo de aspiración, relacionado con deterioro de la deglución y masticación.	Intermedia	Grado 5, Dependencia total, Duración transitoria
9-Octubre-2003	Alteración en el patrón de sueño relacionado con temor a los procedimientos hospitalarios manifestado	Intermedia	Grado 5, Dependencia total, Duración

	por aumento de la tensión, llanto, irritabilidad.		transitoria
10- Octubre- 2003	Riesgo de soledad relacionado con falta de contacto con las personas percibidas como significativas	Baja	Grado 5, Dependencia total, Duración temporal
10- Octubre- 2003	Riesgo de retraso en el desarrollo sensoriomotor, relacionado con limitación en la realización de las habilidades motoras (gateo, bipedestación, movimientos finos en extremidades superiores, lenguaje, etc.)	Baja	Grado 3, Dependencia parcial, Duración temporal.
Noviembre	Riesgo de accidentes relacionado con alteración en la movilidad	Baja	Grado 3, Dependencia total, Duración temporal.

3.5.- PLAN DE INTERVENCIÓN.

Fecha: 6-10-03

Necesidad.- Movimiento y postura.

Prioridad alta, Nivel 6, dependencia Total, temporal; Rol de enfermería de suplencia.

Diagnóstico: Deterioro de la movilidad física, relacionado con enfermedad neuromuscular manifestado por, ausencia de habilidades motoras finas y gruesas, irritabilidad al tacto, facies de angustia, estrés, flacidez de miembros pélvicos y torácicos y fuerza muscular 0/5.

Datos subjetivos: Se encuentra con facies de angustia, irritable al manejo, con llanto espontáneo débil, recostado en una cuna en posición decúbito dorsal, con collarín blando

Datos objetivos: Lactante mayor masculino, de edad aparente igual a la cronológica, conciente, recostado en su cuna, de complexión mesomórfica, normo céfalo, no se palpan hundimientos ni exostosis, fontanela anterior de aprox. 1.5cms, normotensa, cuello no valorable por presencia de aparato ortopédico

(collarín blando), sin embargo al hacer cambio de collarín se observa control del cuello con movimientos laterales con una fuerza muscular 4/5, pulsos yugular y carotideo de buena intensidad y ritmo, con una frecuencia cardiaca de 120 latidos por minuto, tórax con movimientos respiratorios superficiales, simétricos con una frecuencia respiratoria de 24 respiraciones por minuto con buen ritmo, ruidos cardiacos normales extremidades torácicas y pélvicas flácidas, con fuerza muscular 0/5, reflejos osteotendinosos abolidos en ambos, con respuesta leve a estímulos dolorosos ; pulsos radial y cubital presentes con buena intensidad y ritmo, piel de tez morena clara, con datos de resequedad en manos y pies, así como irritación a nivel de barbilla, a la palpación las porciones distales se encuentran un poco mas frías que el resto del cuerpo.

Fuentes de la dificultad.-

De orden físico por falta de fuerza.- Pérdida del tono, fuerza muscular y sensibilidad generalizada.

De orden psicológico.- Irritabilidad al tacto, angustia y estrés

Objetivo.- El paciente recuperará de manera gradual la capacidad de moverse y responder a los estímulos externos

Intervenciones:

1- Establecer la comunicación con el paciente mediante expresiones de lenguaje corporal como: (movilidad de los labios, mímica, juegos, expresiones de afecto por medio del tacto). La comunicación no verbal a menudo se conoce como lenguaje corporal e incluye los gestos, los movimientos, las expresiones faciales, las posturas, las reacciones que tiene un niño, el uso del tacto y el aspecto físico incluidos los adornos, esta comunicación transmite más de lo que la persona en realidad dice, ya que la comunicación no verbal se controla menos con la conciencia que con la conducta verbal. (Kozier, p.388)

2- Valorar fuerza y tono muscular de acuerdo a su etapa de crecimiento (15 meses) y desarrollo (lactante mayor). Los parámetros del desarrollo se deben adquirir de acuerdo con el esquema desarrollo motor, examen neurológico e indicadores del desarrollo neuromotor (reflejos). Esta evaluación permite

considerar al lactante, según su nivel funcional, en comparación con su edad cronológica. (Aguilar, p. 272)

Fija la mirada a la semana de vida (Objetos luminosos)
Sigue objetos en un ángulo pequeño: 1 mes
Sigue objetos en un ángulo de 180°: 2 meses.
Reconoce a la madre y puede sonreír: 2 meses.
Sostiene la cabeza : 3 meses
Sonríe con placer: 3 meses.
Sostiene bien la cabeza (firmemente): 4 meses.
Se voltea; de prono a supino: 5 meses
Se sienta: 6 meses.
Pasa un sonajero de una mano a otra: 6 meses.
Toca "la pildora": 7 meses
Gatea: 8 - 9 meses
Atiende por su nombre: 8 - 9 meses.
Dice "ma - ma" (separado): 8- 9 meses.
Dice adiós, aplaude: 9 meses
Hace la pinza con el pulgar y el índice: 9 meses
Se para: 9 meses
Camina: 12 meses.
Dice papá o mamá (todo junto): 12 meses
Introduce la pildora en un frasco: 15 meses.
Monta 2 cubos: 15 meses
Camina solo: 15 meses.

Fuente: Apuntes proporcionados por el Dr. Gamboa para el curso de la Especialidad en Enfermería Infantil 2003.

3- Valoración utilizando la escala internacional para tono y fuerza muscular una vez por turno. Los valores de la fuerza muscular según acuerdo internacional son:

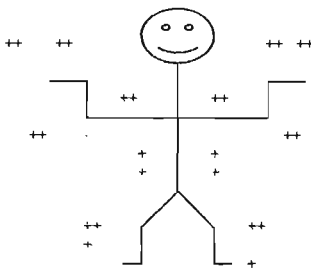
Grado	Tipo de parálisis/ actividad muscular	%de Fuerza Normal
0	Parálisis completa	0
1	Paresia de alto grado; No hay movimiento, la contracción del músculo es palpable o visible.	10
2	Paresia Grave; movimiento muscular completo contra la gravedad, con apoyo	25
3	Paresia Semi-grave; movimiento normal completo contra la gravedad	50
4	Paresia leve; movimiento normal completo contra la gravedad y contra una resistencia mínima.	75
5	Fuerza muscular normal; movimiento normal completo contra la gravedad y contra una resistencia completa.	100

Fuente: Surós, Semiología médica y Técnica exploratoria, Edit. Salvat, p.798 modificada.

4-Vigilar alteración en los reflejos superficiales y profundos una vez por turno.

Reflejos superficiales: Abdominal superior, Abdominal inferior, Cremastérico, Glúteo.

Tendinoso Profundo: Bicipital, Tricipital, Flexión de los dedos, Braquiorradial, Rotuliano, Aquileo, clonus del tobillo, signos de Kerning, Babinsky y Brudzinski. La presencia de signos positivos en estos últimos dos signos requiere remisión inmediata del niño.



La calificación usual de los reflejos es:

- Grado 0 Ausente
 - Grado 1 + Disminuido
 - Grado 2 ++ Normal
 - Grado 3 +++ Mas bruscos que lo normal
 - Grado 4 ++++ Hiperactivo (clonus)
- Buscando asimetría, ausencia, disminución o hiperactividad de los reflejos.

Figura para dibujar los reflejos registrados que normalmente se valoran en la exploración selectiva; los valores "++" que se muestran aquí son normales (según Malasanos L: Health assesment, ed, 4st.Louis, 1990, Mosby)

5- Valorar la amplitud de movimientos, realizando ejercicios pasivos dos veces por día, procurando mantener al paciente con una adecuada alineación corporal.

La amplitud de movimientos, es la máxima cantidad de movimiento que puede efectuar una articulación en uno de los 3 planos del cuerpo: sagital, frontal o transverso, dicha movilidad esta limitada por los ligamentos, músculos y tipo de articulación.

Plano sagital	Plano frontal	Plano transverso
Tipo de movimiento:	Abducción y aducción	Pronación y supinación
Flexión y extensión	piernas y brazos)	(manos)
Dorsiflexión y flexión plantar (Dedos y	Inversión y eversión	Rotación interna o externa
codos, Pies)	(pies)	(cadera)
Extensión (Cadera)		

Fuente: Potter, p. 1525

6- Capacitar a la madre para la realización de ejercicios pasivos (son aquellos donde la energía requerida la proporciona la enfermera, el familiar o el

rehabilitador y que ayudan a mantener la movilidad articular) (Kozier, p.598), y activo asistidos (estos son llevados a cabo por el paciente con algún tipo de ayuda, con el objetivo de mantener la función normal del músculo, mejorar el tono muscular y favorecer el proceso de remielinización de los nervios periféricos. La rehabilitación es un procedimiento creativo, que incluye un programa dinámico y un proceso de aprendizaje que tiene por objeto permitir que una persona incapacitada logre el grado más alto de autosuficiencia física, mental, social, emocional, educacional, vocacional y económica de que sea capaz. (Brunner, p. 53)

Para mantener el tono muscular, se recomiendan ejercicios pasivos en los que se busca la amplitud máxima de las articulaciones, de modo que se evite la aparición de contracturas. También se deben realizar ejercicios que refuercen la musculatura abdominal y espinal (Aguilar, p.435) El ejercicio incluye la función de los músculos, nervios, huesos y articulaciones, y también de los sistemas cardiovascular y respiratorio. La recuperación de la función depende del vigor de la musculatura que controla la articulación. (Brunner, p.57) Los ejercicios del arco completo de movilidad (ACM), es la totalidad del movimiento que una articulación es capaz de realizar, estos se realizan con mayor eficacia si el paciente se encuentra en decúbito supino en la cama. Los cuatro componentes principales de la forma física son la fuerza y rendimiento muscular, la forma cardiorrespiratoria, la flexibilidad y la composición del cuerpo:

La fuerza muscular es la cantidad de fuerza que una persona puede ejercer con sus músculos en contra de resistencia; el rendimiento es la capacidad de los músculos de ser utilizados durante un período determinado sin que se fatiguen; la flexibilidad es la capacidad de utilizar un músculo totalmente para su máximo rango de movilidad; y finalmente la composición corporal se refiere a la proporción recomendada de grasa con respecto al tejido corporal magro.

Algunas actividades de estimulación en el niño pueden ser:

* Para reforzar los músculos de la nuca y de la espalda:

- Sostenerlo con una mano en las rodillas y la otra en el pecho, colocarlo frente a un espejo, inclinarlo suavemente y estimularlo para que enderece la espalda.

* Para ejercitar el enderezamiento de cabeza y tronco:

-colocarlo en posición boca abajo, y estimularlo a levantar la cabeza y la espalda.

* Para prepararlo a sentarse:

- Acostar al niño boca arriba, tomar sus manos e incorporarlo por unos minutos.

- Colocar al niño boca arriba y hacer que se sujete con ambas manos de un trapo firmemente sostenido por el adulto, y propiciar que el niño se incorpore jalando el trapo y regresarlo a su posición inicial

- Sentarlo en las rodillas y mecerlo

- Sentarlo con apoyo de almohadones

* Para que el niño inicie con el control de los movimientos de la mano y la coordinación de éstos, se recomienda:

- Dejar que lleve los objetos de la mano a la boca

* Para ejercitar abrir y cerrar la mano, debe rozarse el dorso de la mano

- Colocarlo en posición boca arriba y ofrecerle un aro o un sonajero para que trate de alcanzarlo con la mano

* Para ejercitar e tomar, jalar y golpear objetos:

- Se recomienda instalar un gimnasio en cuna, donde diversas formas (pelotas, cubos, muñecos, etc.) cuelguen sostenidas por elásticos para que el niño pueda tomar y jalar.

- Motivar al niño a que de palmadas sobre la mesa.

* Cuando el niño sea capaz de sentarse:

- Colocarlo en una silla con seguridad

- Facilitar ejercicios y juegos para el gateo, dejando diversos objetos livianos y pequeños cerca de las manos del niño para que trate de alcanzarlos.

- Proporcionarle recipientes que contengan engrudo, masa de harina, arena, para que los manipule y diferencie su consistencia

* Para ejercitarle el pasar de una mano a otra un objeto:

- ofrecerle uno cerca de su mano ocupada y observar si pasa el primero a la otra mano. (INPER, p. 270-272)

7- Asistir al paciente en sus necesidades vitales como la alimentación, higiene, eliminación, y adoptar una buena postura, las veces que sea necesario durante el turno. Los pacientes con alteración en el movimiento tienen necesidades fisiológicas normales que deben satisfacerse en ocasiones en diferentes formas. (Brunner, p.55)

Los pacientes con reposo prolongado pueden desarrollar una deformación de la cadera en rotación externa. La cadera tiene la tendencia a girar hacia fuera cuando el paciente se encuentra descansando en posición decúbito dorsal (Brunner, p.58)

Evaluación.- Un mes posterior al egreso hospitalario, el niño presenta control de cuello y tronco, se sienta con apoyo e inicia gateo. Sin embargo aún no recupera la motricidad fina y gruesa. Presenta una fuerza muscular del 10% de la fuerza normal en miembros torácicos, a nivel de bíceps, los reflejos osteotendinosos continúan en grado 0, logrando un nivel de dependencia 5, dependencia total, transitoria, el rol continúa siendo de suplencia.

Dos meses después del egreso, el niño inicia con ejercicios para fortalecer músculos abdominales, espalda baja, miembros pélvicos, iniciando ejercicios de gateo y posteriormente bipedestación asistida por la madre. El tono y fuerza muscular mejoran de un 10 a un 20-25 %, el rol de enfermería al egreso es de apoyo hacia la madre conjuntamente con el departamento de rehabilitación.

Fecha: 6-10-03

Necesidad: Seguridad y protección

Prioridad: Alta Grado 6, Dependencia total, Duración temporal.

Diagnóstico: Riesgo de deterioro de la integridad cutánea relacionado con inmovilidad física y alteración de la sensibilidad

Fuentes de la Dificultad:

De orden Físico por falta de fuerza.- Pérdida del tono y fuerza muscular, alteración de la respuesta sensitiva,

Objetivo: El paciente mantendrá la integridad de la piel, mientras se lleve a cabo una movilización continua y se le brinde un cuidado integral a los tegumentos.

Intervenciones:

Independientes

- 1- Realizar baño de artesa diario para mantener la piel limpia, e hidratada
- 2- Mantener la cama limpia, cómoda y libre de arrugas o dobleces en sus sabanas.
- 3- Valorar el estado de la piel cada 2 horas buscando zonas de: enrojecimiento, calor; especialmente en las zonas de presión continua (prominencias óseas), procurando un orden lado, espalda, lado; levantando al paciente para evitar la fricción con las sabanas, evitando colocar al paciente directamente sobre el trocánter cuando se encuentre de lado.
- 4- Detectar edema en articulaciones de miembros torácicos y pélvicos. Este se caracteriza por un aumento de infiltrado seroso en el tejido celular subcutáneo, que aumenta el grosor del tejido donde se encuentra, borrando las estructuras anatómicas subyacentes. Este puede ser de naturaleza mecánica secundario a una dificultad en la circulación venosa de retorno, de características indolora, pálida (piel semitransparente) y deja huella (fóvea) a la presión con el pulpejo del dedo. (Surós, p.)
- 5- Dar masaje suave cada 2 a 3 horas en las zonas de presión durante 10 minutos para favorecer la circulación. El masaje enérgico doble y rompe los vasos. Los (Carpenito, 1994, p: 295). Los beneficios del masaje infantil se pueden dividir en cuatro categorías a saber:
 - * Estimulación de los sistemas fisiológicos, la estimulación sensorial natural acelera la mielinización del SNC.
 - * Relajación corporal
 - * Alivio, ya que tonifica el área digestiva y ayuda a mover los gases y la materia hasta expulsarlos, e

* Interacción ya que interviene de forma importante en la creación de los vínculos y en el proceso de relaciones afectivas materno filiales que persisten toda la vida.

(Aguilar, p: 103)

6-Vigilar la zona sacra y perineal en cada cambio de pañal

7-Realizar aseo de la región peri-anal después de cada evacuación y/o micción

8-Valorar y vigilar los puntos de presión cada 4 horas utilizando la escala de Norton donde se valoran la condición física general, el estado mental, la actividad, la movilidad y si existe o no incontinencia, considerando de alto riesgo a los pacientes con una calificación de 4, y de riesgo menor a los pacientes con 20 puntos.

Puntuación	Condición física general	Estado mental	Actividad	Movilidad	Incontinencia
4	Buena	Alerta	Ambulatorio	Plena	No
3	Regular	Apático	Camina con ayuda	Levemente limitada	Ocasional
2	Mala	Confundido	Postrado en una silla	Muy limitada	¿Generalmente sale orina?
1	Muy mala	Estupor	Postrado en una cama	Inmóvil	¿Doble?

Fuente: Enf. En cuidados críticos y neonatales_archivos/tablas.htm

9.- Evitar y eliminar la presión y la fricción, colocando almohadas en las zonas de presión (rodillas, tobillos)

10.- Brindar cuidados de la piel en las zonas de contacto con el uso de aparatos ortopédicos o de sostén (collarín)

11.- Vigilar datos que reporten alteración en la sensibilidad (parestias distales, respuesta al dolor, al calor, al frío, y al tacto)

12.- Procurar que el agua del baño se encuentre a una temperatura adecuada.

Actividad interdependiente

13.- Estimular la movilización pasiva hasta el máximo posible con cambios de posición continuos. (Cada 2 horas)

14.- Utilizar dispositivos que permitan una adecuada alineación de los miembros pélvicos (botitas, férulas con guata).

15.- Realizar ejercicios que ayuden a la estimulación de las terminaciones nerviosas; estimulación táctil con diversas texturas (resorte o ligas, afelpado, algodón, fieltro), realizando de 5 a 10 repeticiones cada 2 horas: vigilar respuesta al calor y al frío.

16.- Emplear dispositivos reductores de presión: colchones de espuma, gel, agua, aire.

Evaluación: El estado de la piel se mantuvo integro durante la estancia del niño en el hospital, esta valorada por el personal de enfermería cada 2 a 3 horas. El movimiento pasivo, siguió realizándose de manera ambulatoria por el servicio de rehabilitación.

Fecha: 6-10-03

Necesidad: Oxigenación

Diagnóstico de Enfermería: Riesgo de deterioro de la respiración espontánea relacionado con debilidad de los músculos para la respiración

Prioridad Alta, Nivel 2, Dependencia ligera, Duración transitoria.

Datos subjetivos: El niño se encuentra somnoliento, con movimiento limitado, poca respuesta a los estímulos externos, facies de angustia,

Datos objetivos: Respiraciones superficiales, taquicardia, taquipnea, a la auscultación presencia de estertores crepitantes, sibilancias, presencia de espasmo pulmonar.

Objetivo: El niño mantendrá un adecuado patrón respiratorio, durante la fase aguda de su padecimiento.

Intervenciones:

Independiente

1.- Valoración por turno de patrón respiratorio, coloración de la piel, notificar cambios en la frecuencia, ritmo y profundidad de la respiración, utilizar escala de Silverman para valorar esfuerzo respiratorio.

Test de Valoración Respiratoria (Test de Silverman)

SIGNOS	2	1	0
Quejido espiratorio	Audible sin fonendo	Audible con el fonendo	Ausente
Respiración nasal	Aleteo	Dilatación	Ausente
Retracción costal	Marcada	Débil	Ausente
Retracción esternal	Hundimiento del cuerpo	Hundimiento de la punta	Ausente
Concordancia toraco-abdominal	Discordancia	Hundimiento de tórax y el abdomen	Expansión de ambos en la inspiración

Fuente: Enf. En cuidados críticos y neonatales_archivos/tablas.htm

2.- Valorar la saturación de O₂, por medio del uso de un sensor (saturometro)

3.- Valorar la Frecuencia cardiaca, Frecuencia respiratoria y Tensión arterial.

Edad	Peso/Kg.	F.C.: lpm	F. R.: rpm	Tensión Arterial: mm Hg.	
				Sistólica	Diastólica
1-2 a	10-12	100 a 130	20-30	80-105	45-70

Vigilar la presencia de ruidos respiratorios anormales (estertores o sibilancias), cianosis, taquipnea o disnea. Los ruidos respiratorios son producidos por diferentes factores, cuando la obstrucción es en las vías respiratorias bajas, el niño mantiene la glotis cerrada para mejorar la capacidad espiratoria y produce un gruñido espiratorio o una respiración sibilante; cuando esta situada en las vías respiratorias altas, es frecuente la presencia de un ruido inspiratorio áspero, denominado estridor. (Wieck, p.858)

4.- Alinear al paciente, procurando mantener la vía aérea permeable (mantener la cabeza en extensión) con el uso de un dispositivo ortopédico (collarín). Inclinar la cabeza del niño hacia atrás, pero no hiperextendida, elevando los hombros con una toalla enrollada (la hiperextensión del cuello en los niños puede causar colapso de la vía aérea flexible).

5.- Mantener al paciente en posición semifowler. La posición semi-fowler o de fowler alta permite la mayor expansión torácica en la persona encamada.

6.- Realizar movilización continua (cada 2 horas) El cambio de posición facilita la expansión torácica y ayuda a evitar problemas respiratorios por estasis o estancamiento de secreciones. (Wieck, p.764)

7.- Mantener una adecuada higiene de las vías aéreas superiores (limpieza nasal, y aspiración de secreciones en caso de ser necesario)

8.- Fomentar las respiraciones profundas y estimular al movimiento muscular mediante los juegos que le gusten al niño: cantos, carritos, balones.

9.- Proporcionar al paciente ejercicios (percusión) para un adecuado drenaje postural, de 2 a 3 veces por día, de acuerdo a las necesidades del paciente y dependiendo del grado de congestión pulmonar.

En primer lugar, coloque al niño en la posición adecuada según la región pulmonar que va a ser drenada, los lactantes o niños pequeños se pueden colocar en la posición en el regazo de la madre, o sobre una almohada o una silla reclinable. 2.- la percusión se aplica brindando pequeños golpecitos sobre la pared torácica, en la región congestionada, con la mano ahuecada. 3.- El drenaje postural pasivo se lleva a cabo colocando al niño en posición supina, por unos 15 minutos divididos en 5 periodos de 3 minutos aproximadamente:

Para ejercitar el diafragma, colocar los dedos sobre la parte anterior de las costillas inferiores del niño, y durante la inspiración ejercer una leve presión.

Para el vértice de los pulmones, aplicar esta presión, inmediatamente bajo la clavícula cuando el niño efectúa la inspiración, al espirar, aplicar la presión sobre el esternón con el talón de la mano.

Para ejercitar la parte posterior de los pulmones, colocar al niño de lado sobre el abdomen, colocar ambas manos sobre la porción inferior del tórax del niño en su parte posterior durante la espiración, liberando la presión durante la inspiración, y finalmente, para ejercitar la pared costal en su porción lateral e inferior, colocar las manos levemente sobre el borde lateral de las costillas inferiores del niño, cuando él realice la espiración. (Wieck, p. 860)

Los mejores momentos para el drenaje son antes del desayuno, antes del almuerzo, y antes de acostarse, contando con un tiempo de descanso antes de los alimentos. Habitualmente son necesarios 30 minutos para todo el tratamiento, incluidas las nebulizaciones preparatorias, posterior al procedimiento la enfermera debe auscultar los pulmones del niño, comparando los hallazgos con los datos basales.

Interdependiente

10.- Vigilar el estado de hidratación del niño, registrando los ingresos y egresos por turno, así como el peso diario y estado de la piel.

11.- Proporcionar oxigenoterapia de ser necesario (presencia de aleteo nasal, quejido espiratorio), mantener hidratadas las vías respiratorias por medio de nebulizaciones.

12.- Documentar la cantidad, el color y características de las secreciones expectoradas.

Dependiente

13.- Proporcionar los ingresos de líquidos y electrolitos por vía enteral y/o parenteral.

14.- Administrar medicamentos y explicar su uso

Evaluación.- El patrón respiratorio en el paciente se mantuvo estable, manejando un silverman con calificaciones de 0 a 3 por presencia ocasional de ligero aleteo nasal, tiraje intercostal débil con leve retracción xifoidea, mejorando con oxígeno a flujo libre, cambios de postura y drenaje postural una vez por turno.

Posterior a la fase aguda del padecimiento, el paciente no presenta quejido espiratorio, aleteo nasal ausente, sin tiraje intercostal ni retracción xifoidea, con movimientos respiratorios simétricos, el silverman se mantiene en 0, se suspende el oxígeno y se inician ejercicios respiratorios, así como movilización pasiva con estimulación a los músculos torácicos involucrados en la respiración.

Fecha: 7-10-03

Necesidad: Realización.

Prioridad: Alta Nivel 6, Dependencia total Transitoria.

Diagnóstico de Enfermería: Ansiedad relacionada con pérdida del movimiento, manifestada por irritabilidad al contacto visual, llanto, temor, facies de angustia, aprehensión hacia la madre.

Datos subjetivos: Irritabilidad, llanto, temor, facies de angustia, sentimiento de aprehensión hacia la figura materna, comportamiento centrado en si mismo,

Fuentes de la dificultad.-

De orden físico por falta de fuerza: La incapacidad para el movimiento, dependencia total de otra persona para satisfacer sus necesidades de movimiento, alimentación, eliminación, seguridad y protección.

De orden psicológico: El estrés ante la pérdida de la movilidad desarrolla en el un sentimiento de impotencia, manifestado por angustia, irritabilidad, llanto

Objetivo: El paciente disminuirá el grado de ansiedad durante la hospitalización

Intervenciones:

Independientes

1-Valorar los sentimientos de ansiedad y miedo ante la pérdida de funciones corporales (movimiento, sensibilidad)

2.- Mantener al paciente en un ambiente seguro y sin cambios bruscos

3.-Proporcionar apoyo emocional, explicaciones completas, sencillas y tranquilizadoras.

4.- Favorecer el contacto con la figura materna durante la realización de los cuidados. El masaje infantil es un método de estimulación del niño que consigue una evolución psicomotriz satisfactoria e incrementa los vínculos maternos filiales, a través del contacto cutáneo como ser sostenidos, acunados, acariciados, tocados o masajeados.

5.- Establecer comunicación verbal y no verbal con el lactante

6.- Anticipar las intervenciones ante sus necesidades, consultando a la mamá sobre los hábitos regulares de eliminación (4 ocasiones durante el día), los horarios y preferencias en la alimentación (el niño realiza 3 tomas de leche con biberón a las 9, 14 y 17 horas, consume alimentos picados ya que en papilla le desagradan, teniendo preferencia por la sopa, frutas, caldos, gelatinas, y licuados.), y sobre los hábitos y costumbres durante las prácticas de higiene diario (baño) el cual acostumbra realizarlo a medio día; y los periodos de descanso y sueño(Duerme al día entre 12 y 16 horas, sin luz, sin ruido, descubierto, acostumbrando el último biberón antes del sueño, disfrutando de 2 periodos de siesta de 10 a 12 horas, y de 15 a 17 horas).

7.- Mostrar paciencia y aceptación

Evaluación.- El lactante se muestra tranquilo durante los procedimientos realizados lo más similares a su entorno, así como con la presencia de su mamá. Continúa con un nivel de dependencia 6 de tipo temporal total.

Fecha: 7-10-03

Necesidad: Eliminación

Prioridad: Intermedia Nivel 5, Dependencia ligera transitoria

Diagnóstico: Alteración en la frecuencia normal de evacuación intestinal, relacionada con, disminución del movimiento, manifestada por estreñimiento, distensión abdominal, irritabilidad, náuseas.

Datos subjetivos: Irritabilidad, disminución en el apetito, aceptación limitada de la vía oral, limita el consumo de líquidos

Datos Objetivos: Hipo activo, con distensión abdominal, dolor a la palpación, abdomen con resistencia a la palpación, Peristalsis disminuida (1 a 2 por min.), estreñimiento, náuseas, sensación de llenado rápido a la alimentación.

Fuentes de la dificultad.-

De orden físico por falta de fuerza: Debilidad de los músculos abdominales que produce disminución intra-abdominal durante la defecación, heces más duras y secas, Peristalsis disminuida por alteración en la transmisión de estímulos del sistema nervioso central.

Objetivo: El paciente recuperara sus funciones de eliminación intestinal, mientras sean llevadas a cabo las medidas necesarias para la estimulación de la función intestinal en el paciente con alteración en el movimiento.

Intervenciones

Independientes:

1-Valorar la situación del paciente: última deposición, hábitos intestinales normales, movilidad, control de esfínter externo, dolor y distensión abdominal

2-Proporcionar dentro de los límites de movilidad del paciente, y de acuerdo a los patrones de eliminación de acuerdo a su edad, considerando que un lactante evacua 4 a 6 veces al día (tomando pecho), 1 a 3 veces por tía (alimentado con biberón) ejercicios intestinales en sentido a las manecillas del reloj, flexionar y

contraer los músculos de los muslos levantando una rodilla lentamente hacia el tórax. Repetir 5 veces con cada pierna como mínimo e incrementar la frecuencia si es bien tolerado., elevación de piernas, en decúbito supino, apretar los músculos abdominales imaginando que se los está empujando hacia el suelo. Mantenerlos apretados hasta contar tres; relajarse. Repetir de 5 a 10 veces, según tolere. Todo esto estimula los movimientos peristálticos. (Potter, p.1477)

3-Proporcionar al paciente una posición cómoda que favorezca la evacuación intestinal (la flexión es la posición normal durante la defecación, la flexión hacia delante, contrae los músculos y ejerce una presión intra-abdominal) (Potter p.1466) por un mínimo de 60 minutos después de cada alimento

Interdependientes:

4-Mantener una ingestión adecuada de líquidos, jugos, frutas y vegetales tomando en cuenta la capacidad gástrica en cuanto a los requerimientos de líquidos por día siendo para el paciente de 100ml/ Kg. /día dando un total de 900 ml de agua total, en una dieta de 900 Kcal./ día en quintos (3 comidas y 2 colaciones)

5-Brindar al niño una alimentación en alto contenido de fibra y líquidos. En esta deben reducirse la cantidad de carbohidratos complejos y queso, aumentando la cantidad de fibra y masa (vegetales de hoja) y recomendando la ingesta diaria de zumo de manzana o piña no diluido. (Beryl J. Manual del pediatra, p.118)

Dependientes:

6-Ministración de laxantes o ablandadores de las heces según prescripción, que favorezcan la eliminación intestinal. Los reblandecedores y estimulantes de la deposición deben reservarse para niños, cuyo problema no se resuelva con medidas dietéticas. 1) Los reblandecedores con aceite mineral, docusato y lactulosa. Las acciones responsables de la eficacia de la glicerina vía rectal, es que los supositorios de glicerina en contacto con las mucosas, absorben humedad y causan una irritación temporal, que promueve la evacuación del intestino.

7- Iniciar el entrenamiento intestinal precoz como un hábito regular después del desayuno, cuando los reflejos gastrocólicos y duodeno cólicos producen ondas peristálticas de masas en el intestino grueso. (Kozier, p.1249)

8.- Realizar ejercicios que favorezcan el tono muscular vesical para una adecuada contracción del músculo vesical y a un adecuado control del esfínter uretral externo, llevando al paciente a un buen control de la micción. Para su edad el niño presenta una enuresis fisiológica y lograra el control voluntario de la vejiga por lo general a los 4 o 5 años (Kozier, p.1293)

Evaluación.- El paciente mejoró sus hábitos de eliminación intestinal, presentando evacuaciones semiformadas posteriores a la aplicación de las medidas antes mencionadas. El uso de ablandadores (supositorio de glicerina) solo se realizó en una sola ocasión, posteriormente se controló con la dieta y ejercicios, alcanzando un nivel 3 con independencia ligera transitoria.

Fecha. 7-10-03

Necesidad: Termorregulación

Nivel 6, Dependencia ligera, transitoria, prioridad Alta.

Diagnóstico: Alteración de la temperatura corporal, relacionada con inmovilidad, manifestado por extremidades pélvicas pálidas e hipotérmicas.

Datos subjetivos: Extremidades pélvicas y torácicas frías, pálidas, sin movimiento

Datos objetivos: Temperatura corporal axilar de 36.2°, hipotonía y arreflexia

Objetivo: El paciente restablecerá su temperatura corporal, al llevar a cabo las medidas físicas y metabólicas de soporte durante la fase aguda de su padecimiento.

Fuentes de dificultad:

De orden Físico por falta de fuerza.- Inmovilidad, alteración de la sensibilidad en termo-receptores, y mío receptores.

Intervenciones.-

1.-Mantener el calor con calcetas, calentadores de rodillas, ropa y mantas de cama que proporcionen calor, pero no un peso adicional.

2.-Mantener una dieta rica en proteínas, hidratos de carbono y vitaminas, .recomendando comidas pequeñas y frecuentes, considerando un aporte del 10% en la dieta como factor de la termorregulación procedente del metabolismo basal. (Formula FAO/OMS en un paciente menor de 3 años: $(60.9 \times \text{Peso}-54) \times .10$

(termogénesis de los alimentos) + .10 por actividad física + .50 % por el crecimiento. Con el ejercicio aumenta la tasa metabólica, ya que precisa energía para la función muscular (Kozier, p.598)

3.- Realizar ejercicios que favorezcan un retorno venoso adecuado para la edad y sexo del pequeño. Los ejercicios activo-asistidos llevados a cabo por el paciente con ayuda de su familiar, enfermera o rehabilitador, fortalecen la función normal del músculo, mejorando la circulación sanguínea, principalmente el flujo venoso, mediante el aumento de la frecuencia cardíaca y la dilatación de los vasos sanguíneos existentes en los músculos que se encuentran trabajando, liberando los nutrientes necesarios. (Kozier, p.598)

Evaluación.- El lactante mejora en un tiempo no mayor a 30 minutos su irrigación sanguínea de extremidades pélvicas y torácicas, mejorando la temperatura de estos en su porción distal.

Fecha: 9-10-03

Necesidad. Descanso y Sueño

Prioridad Intermedia, Nivel 5 Duración total, transitoria,

Diagnóstico.- Alteración en el patrón de sueño relacionado con temor a los procedimientos hospitalarios, manifestando por aumento de la tensión, llanto e irritabilidad.

Datos subjetivos. Irritabilidad, nerviosismo, llanto, molestia, insomnio,

Datos objetivos. Ptosis palpebral, ojeras, letargia, facies de cansancio y angustia

Fuentes de la dificultad:

De orden Físico por falta de fuerza.- El ruido, la luz, y la manipulación excesiva,

De orden Psicológico.- Temor, comportamiento absorbente hacia la figura materna, miedo hacia los procedimientos.

Objetivo.- El niño mejorará su patrón de sueño, en la medida que le sean proporcionadas las medidas necesarias para lograr su adaptación al medio hospitalario.

Intervenciones

Independientes:

1.-Valorar las la necesidad, de acuerdo a las características del sueño de acuerdo a su etapa de desarrollo:

Duerme de 12 a 14 horas al día, tiempo en el cual 20 a 30 % del total es sueño REM, siendo este mayor por la noche (8 a 10 horas), contemplando un patrón esquematizado de siestas (aproximadamente 2 por día).

2.- Valorar e identificar los factores causales

3.- Crear un ambiente relajado, reduciendo las distracciones ambientales, disminuyendo las interrupciones del sueño, asegurar un ambiente seguro, proporcionar una temperatura satisfactoria para el niño (descubrirlo),

4.- Mantener las rutinas acostumbradas para el sueño del niño (la toma del biberón, algún objeto o juguete preferido para dormir y brindar seguridad)

5.- Coordine las funciones de enfermería para permitir la existencia de períodos de descanso y un menor número de interrupciones durante la noche.

6.- Organizar los cuidados para permitir ciclos de sueño de al menos 90 minutos.

7.- Proporcionar una vestimenta de cama suelta, limpia y seca.

8.- Controlar las alteraciones ambientales, los ruidos y la iluminación.

9.- Mantener el equilibrio entre la actividad diurna y el reposo, favorecer las actividades de diversión durante el día, evitar estímulos durante la noche.

10.- Proporcionar medidas de confort para el niño, como una cama caliente, limpia, cómoda.

Evaluación.- El niño logró mejorar su patrón de descanso y sueño una semana posterior al ingreso al servicio, sin embargo la mamá refiere que el niño tiende a inquietarse al realizarse la valoración correspondiente al turno nocturno. Por lo tanto mantiene un nivel 5 con duración temporal en la satisfacción de esta necesidad.

Fecha: 8-Octubre-2003

Necesidad: Alimentación, prioridad intermedia, nivel Grado 5, Dependencia total, Duración temporal

Diagnóstico: Alteración en el patrón de alimentación del lactante, relacionado con pérdida de fuerza muscular para la masticación, manifestada por tiempo para la alimentación prolongado, preferencia por alimentos blandos y picados.

Datos subjetivos: La mamá dice que el pequeño ya consumía alimentos picados, y que no le gustan las papillas.

Datos objetivos: limitación en el movimiento de masticación encontrándose lenta

Objetivo: El niño mejorará su patrón de alimentación, mientras se realice la estimulación necesaria, para un pronto restablecimiento de las funciones musculares propias, necesarias para la alimentación de acuerdo a su etapa de desarrollo, en una a dos semanas.

Intervenciones:

Independientes e interdependientes

- 1.- Valorar y registrar por turno la capacidad para masticar, deglutir y toser para evitar la aspiración.
- 2.- Vigilar la ingestión calórica diaria. La ingestión calórica debe estar calculada de acuerdo a las necesidades basales del lactante, siendo utilizada la siguiente fórmula para pacientes menores de 3 años $(60.9 \times \text{Peso} - 54) \times .10$ correspondiente a la termogénesis de los alimentos $\times .10$ por la actividad física (reposo absoluto) $\times .50$ que es por la etapa de crecimiento. (Fórmula de FAO/OMS)
- 3.- Pesar al paciente cada día a la misma hora para detectar cualquier alteración en sus necesidades basales.
- 4.- Administrar la dieta según su tolerancia: dieta progresiva de alimentos blandos, a picados finos sólidos, sin sal para evitar la retención líquidos.
- 5.- Servir los alimentos en pequeñas cantidades, en sus platos favoritos con colores brillantes, esto no abruma al niño, y le causa interés los colores de los platos. (Schulte, p. 206)
- 6.- Fomentar a que el niño coma acompañado de una figura significativa para su desarrollo.
- 7.- Medir el perímetro abdominal antes y después de los alimentos para valorar datos de distensión abdominal

8.-Medir con exactitud la ingesta diaria de alimentos, las preferencias y las intolerancias.

9.- Vigilar los signos vitales como temperatura, frecuencia cardiaca y presión arterial para un adecuado monitoreo de la función basal.

Informar a los padres de lo que deben esperar respecto de la evolución de la enfermedad, ya que esto incrementa el control y disminuye la tensión emocional. (Schulte, p.207)

Evaluación.- El patrón de alimentación del lactante conserva su funcionalidad al ser contemplados los datos proporcionados por la madre sobre las preferencias y horarios de alimentación, así como se observa mejora en la adquisición de peso relacionado con la edad. Mantiene esta necesidad en grado 5 con duración temporal

Fecha: 10-Octubre-2003

Necesidad: Seguridad y protección,

Prioridad baja, Grado 5, Dependencia total transitoria

Diagnóstico de Enfermería: Riesgo de aspiración relacionado con deterioro de la deglución y masticación

Fuentes de dificultad:

De orden físico: Reflejos de succión, deglución y masticación débiles

De Voluntad: El niño tiene preferencia por los alimentos picados, además de necesitar su biberón para el momento antes de dormir

De conocimiento: La mamá expresa tener dudas sobre como ayudar a que el niño consuma los alimentos que le agradan sin sufrir un evento de bronco aspiración.

Objetivo: Durante la fase aguda de su padecimiento, el niño mantendrá su vía aérea permeable, sin eventos que pongan en riesgo su vida.

Intervenciones.-

1.- Valorar la permeabilidad de las vías aéreas antes, durante y después de la alimentación y aspirar secreciones si es necesario, antes de proporcionar los alimentos.

- 2.- Procurar una consistencia semilíquida y blanda de los alimentos antes de brindárselos al niño
- 3.- Eleve la cabeza de la cama, si es posible, ponga al niño en una posición tan cercana a la normal, de acuerdo a su tolerancia (Wieck, p.783)
- 4.-Alimentar al niño lentamente, utilizando una cuchara pequeña de plástico, además de verificar el tamaño del orificio del chupón en la mamila de la leche.
- 5.- Posterior a la alimentación, limitar la actividad y estimulación excesiva del lactante, colocándolo sobre su costado derecho, lo que acelera el vaciado del estómago y reduce la probabilidad de aspiración. (Wieck, p. 792)
- 6.- Favorecer que los padres estén cerca del lactante tanto como sea posible. (Waechter, p 843)

Evaluación.- Durante el tiempo de hospitalización el niño no sufrió ningún evento de bronco aspiración secundario a la alimentación, sus vías aéreas se mantuvieron permeables y las capacidades para la alimentación fueron recuperando fuerza a través de los días. Continúa con una dependencia grado 5.

Fecha: 10-Octubre-2003

Necesidad: Creencias y valores

Prioridad Baja, Dependencia grado 5, duración temporal total.

Diagnóstico: Riesgo de soledad relacionado con falta de contacto con las personas percibidas como significativas.

Fuentes de dificultad:

De orden físico.- Pérdida del movimiento

De voluntad.- El niño necesita una interacción continua con las personas significativas para su desarrollo, sin embargo solo se encuentra la mamá con el en el hospital y sus familiares se encuentran lejos.

Objetivo: La intervención especializada de enfermería, reducirá en el niño el sentimiento de soledad y brindará apoyo a la madre, en la realización de otras actividades necesarias para el cuidado integral del lactante.

ESTA TESIS NO SALE
DE LA BIBLIOTECA

Intervenciones:

- 1.- Entablar comunicación con las personas significativas para el lactante destacando la importancia que tiene para la seguridad y desarrollo del niño.
- 2.- Procurar la figura materna cerca del niño, ya que esta le brinda el calor consuelo y seguridad que ayudan al niño a sentirse aceptado. La relación con la madre es intensa, la separación representa la pérdida de la familia y del ambiente familiar, y origina sentimientos de inseguridad, angustia, ansiedad y abandono. (Brunner p. 1286)
- 3.- Establecer una relación positiva con el niño, Obteniendo de los padres palabras clave para comunicarse con el niño; lo que favorecerá la aparición de un sentimiento de seguridad, proporcionando en el niño emociones positivas. Esto restablece la confianza a través del contacto y el consuelo corporal (Brunner p. 1286)
- 4.- Integrar a la mamá y el niño a un grupo donde pueda consultar sus dudas y avances sobre el desarrollo del niño.
- 5.- Apoyar a la mamá en la satisfacción de sus necesidades, físicas, espirituales y psicológicas.
- 6.- Tratar de continuar con las rutinas utilizadas en casa, en especial en lo que respecta a dormir, comer y bañarse (Brunner p. 1286)
- 7.- Sustituir su pérdida de la movilidad con ejercicios restringidos de las extremidades, proporcionándole la oportunidad para que libere la energía remitida por disminución de la movilidad. (Brunner, p.1287)

Evaluación. La mamá se mantuvo cerca del niño el mayor tiempo posible, y con el apoyo del personal de enfermería que estableció una relación empática con el niño, ella pudo cubrir sus necesidades y cumplir sus tareas pendientes para la atención del lactante (cambió de pase, alimentación, baño, comunicación con su familia).

Fecha: 10-Octubre-2003

Necesidad: Aprendizaje

Prioridad Baja, dependencia grado 3, duración temporal parcial.

Diagnóstico.- Riesgo de retraso en el desarrollo sensoriomotor relacionado con limitación en la realización de habilidades motoras (gateo, bipedestación, movimientos gruesos y fino, lenguaje)

Fuentes de dificultad físicas: Pérdida del movimiento por tiempo indefinido

Falta de conocimiento: La mamá desconoce como evolucionará el niño y los medios necesarios para su rehabilitación.

Objetivo: El lactante mantendrá los avances en su desarrollo sensoriomotor mediante las intervenciones de enfermería especializada encaminadas a su estimulación de acuerdo a los hitos del crecimiento y desarrollo.

Intervenciones:

- 1.- Valorar los hitos del desarrollo existentes y detectar alteraciones en su desarrollo.
- 2.- Proporcionar la terapia física indicada por el departamento de rehabilitación una vez por día. Posteriormente, realizar revisiones continuas para valorar avances y espaciar la fecha de las sesiones una vez por mes.
- 3.- Realizar ejercicios que fortalezcan los músculos del abdomen y la espalda dos veces al día por 10 minutos durante la hospitalización.
- 4.- Capacitar y supervisar a la madre del pequeño a momento de realizar los ejercicios de rehabilitación, aclarar las dudas de ser necesario.
- 5.- Mantener una postura correcta en el lactante auxiliándose por aditamentos que ayuden en la alineación de las extremidades (botitas, férulas, almohadas, cojines de semillas, collarín)
- 6.- Estimular los movimientos del niño mostrando juguetes y objetos interesantes para el (carros, colores, globos, muñecos)
- 7.- Realizar ejercicios propuestos en el plan de intervenciones del Diagnóstico de: Deterioro de la movilidad física, relacionada con pérdida de la fuerza, manifestado por, irritabilidad al tacto, facies de angustia, estrés, fuerza muscular 0/5, tono flácido de miembros pélvicos y torácicos
- 8.- Estimular el desarrollo del lenguaje hablándole al niño de frente, con palabras sencillas, relacionando frase – objeto, utilizando siempre un tono explicativo, en lugar de un tono autoritario.

9.- Aprovechar cualquier vocalización para que el niño la imite, con repeticiones constantes

10.- Para inducir una mayor movilización de la mandíbula, los labios y la lengua, colocar una paleta pequeña de caramelo dentro de su boca y moverla (INPER, p.272)

Evaluación: A 2 meses del egreso, el niño presenta un grado 2 de dependencia, ha iniciado ejercicios de gateo y algunos de bipedestación, el lenguaje ha ido avanzando hasta poder pronunciar palabras cortas que comprende y reconoce. Para su etapa de crecimiento y desarrollo inicia solo un ligero retraso en la realización de funciones motoras gruesas y finas, así como la rehabilitación de la marcha.

Fecha: 12.-Noviembre 2003.

Necesidad: Ocuparse para realizarse

Prioridad Baja, grado 3, Dependencia total, duración temporal.

Diagnóstico de enfermería: Riesgo de accidentes relacionado con limitación de la movilidad.

Fuentes de dificultad físicas: El niño tiene un 25% de su fuerza muscular (Paresia grave, con movimientos musculares completos contra la gravedad, con apoyo), ha mejorado su estado de ánimo e intenta la bipedestación asistida.

Rol de enfermería.- De acompañamiento.

Objetivo: A lo largo de los 6 primeros meses posteriores a la fase aguda de su padecimiento, el niño presentara avances en su motricidad gruesa y fina, sin presentar lesiones que pongan en riesgo su integridad física.

Intervenciones

Independientes:

- 1.- Valorar diariamente el grado de capacidad funcional del niño en la satisfacción independiente de sus necesidades tomando en cuenta su etapa de desarrollo.
- 2.- Identificar junto con el familiar (la mamá) las medidas de seguridad necesarias para el niño en su domicilio. Los adultos deben conocer cuáles son los peligros más importantes a los que se ven sometidos los niños y proporcionarles entornos

más seguros, esto sin caer en un proteccionismo excesivo que recorte la libertad de movimientos que el niño precisa para descubrir el mundo que le rodea, así como sus propias habilidades en la identificación y valoración del riesgo.

3.- Animar a la familia a continuar con el programa de rehabilitación en su casa, y a dar seguimiento al tratamiento y vigilancia médica y de rehabilitación, explicando la importancia de aumentar la actividad física según la tolerancia del niño, así como los cambios de posición frecuentes.

4.- Evitar que el niño permanezca en una posición determinada durante largos períodos de tiempo, ayudando al paciente, según resulte necesario a adoptar la postura sedente, sentarse con los pies colgando, ponerse de pie y deambular.

5.- Insistir en medidas de seguridad como:

* No dejar al niño solo sobre un objeto alto, ni siquiera un momento; proteger los salientes, esquinas y cristales de los muebles bajos cuando el niño comience a andar; la puerta principal debe estar cerrada y con la cerradura en la parte alta; las ventanas no deben dejarse abiertas; no dejar objetos cerca, por los que el niño pueda trepar; utilizar calzados con suela antideslizante y en la bañera disponer de alfombrillas antideslizante; No dejar objetos o juguetes pequeños a su alcance; no dejar cuchillos, tijeras ni objetos punzantes o cortantes al alcance de los niños; los productos químicos y medicamentos deben estar en sitios cerrados y en lugar no accesible para los niños, siempre debidamente etiquetados; cuidar la temperatura del biberón y los alimentos, así como del agua del baño; colocar p protectores en enchufes y no dejar cables sueltos, enseñando a los niños a no tocar nunca interruptores ni aparatos eléctricos con las manos o con los pies mojados. (Aguilar, p: 1028)

Evaluación: El niño continua con avances en su rehabilitación motriz, sin presentar accidentes que pongan en riesgo su integridad física. Continua siendo una necesidad con una duración temporal, con dependencia total transitoria., siendo en esta etapa de una prioridad alta.

Fecha: 7-October-2003

Necesidad movimiento y postura

Prioridad Intermedia, grado 6, Dependencia total, temporal

Diagnóstico: Riesgo de síndrome de desuso relacionado con inmovilidad prolongada.

Fuentes de la dificultad:

De orden físico por inmovilidad: El niño presenta secuelas de una polineuropatía que afectó la fuerza y tono muscular, así como la sensibilidad (fuerza muscular 0%, tono flácido, ROTS superficiales y profundos abolidos); a la fecha de elaboración del Diagnóstico, el niño lleva 30 días posteriores a la fase aguda de la enfermedad, con recuperación de un 10 % del tono muscular en miembros torácicos.

Objetivo: El niño lograra avances en la recuperación de su motricidad gruesa y fina, mediante una adecuada orientación y apoyo en la rehabilitación intra y extra hospitalaria.

Intervenciones:

interdependientes

- 1.- Valorar en cada visita del niño a consulta, el grado de avance en el movimiento, fuerza, tono muscular y postura adecuada para el desarrollo de sus actividades de la vida diaria. Para reconocer el grado de dependencia en las actividades de su vida diaria, se requiere la evaluación del estado físico y emocional del niño, observar sus capacidades para conservarlas y potenciarlas, así como observar y valorar sus deficiencias para suplirlas (Aguilar, p.436)
- 2.- Consultar con la mamá sus dudas sobre su terapia de rehabilitación (electroterapia, ejercicios de reeducación muscular, ejercicios respiratorios y de drenaje postural, así como de las medidas de relajación)
- 3.- Insistir con la mamá en el uso de medidas de relajación (baño tibio, masaje) previo a cada sesión de ejercicios en casa. La temperatura tibia relaja los músculos e incrementa la circulación de la sangre, debido a la dilatación de los vasos sanguíneos. Los movimientos deberán ser suaves, lentos y rítmicos, ya que los movimientos rápidos pueden causar espasticidad o rigidez, causando malestar y posibles lesiones; en caso de espasticidad enseñar a la mamá a presionar suave

y lentamente el área ejercitada hasta que el músculo se relaje y posteriormente seguir con los ejercicios (Kozier, p .624)

4.- Colaborar con el departamento de Rehabilitación en la motivación y terapias del niño, así como de la familia.

5.- Valorar y revisar el uso de dispositivos de sostén en su rehabilitación. La prevención de contracturas se lleva a cabo manteniendo las articulaciones en posición neutra, mediante la utilización de férulas, con la finalidad de evitar las intervenciones quirúrgicas u ortopédicas, en problemas frecuentes como los pies equinos, equino-valgo y equino varo, rodillas flexas, caderas aductas, manos en garra, y en casos graves, luxación de cadera y escoliosis (Aguilar, p.440)

Evaluación:

Cinco meses posteriores al cuadro agudo de la enfermedad, el niño es referido al servicio de ortopedia por el departamento de Terapia física para la colocación de férulas por presentar pie péndulo bilateral, con apoyo a borde externo. La fuerza muscular y en tobillos y la extensión de ortejos continua en 0, sin embargo ha logrado un grado 5 con duración temporal en la satisfacción de esta necesidad.

Plan de alta

Nombre del paciente: Reyes Tirado Pablo **Edad:** 1^a4/12 **Sexo:** Masculino

Fecha de ingreso: 3/ 09/ 03 **Fecha de egreso:** 10/03

1.- Actividades que el familiar o tutor responsable del niño debe realizar

* Continuar con el plan de ejercicios de estimulación en miembros pélvicos y torácicos en casa

* Acudir a Consulta y valoraciones de Rehabilitación para:

electroterapia 4 veces por mes, con corriente exponencial a punto motor de cuadriceps, tibial anterior, extensor de ortejos y perineos bilateral.

Reeducación muscular por grupos musculares: cintura pélvica bilateral, reforzar control de cuello, estimulación de tronco, hombro, codos, manos, dedos

Ejercicios respiratorios y drenaje postural

Técnicas propioceptivas a vientre.

Consulta al servicio de ortopedia para valoración de lesiones cervicales y vigilancia del uso del collarín rígido (3 meses)

Orientación dietética.- Alimentación a libre demanda, con abundantes líquidos así como alimentos ricos en fibra.

Medicamentos Indicados:

Prednisona 5 mg. Vía oral c/ 12 horas

Signos y síntomas de alarma.- Cita abierta al hospital en caso de Fiebre, pérdida del conocimiento, disminución del tono muscular y fuerza logrados al egreso del hospital, irritabilidad, dificultad para respirar y / o alimentarse, estreñimiento y dolor abdominal.

Próxima cita: cita mensual en rehabilitación, c/ interconsulta al depto. de ortopedia

Observaciones: se revisa junto con el familiar la rutina de ejercicios proporcionados por el depto. de rehabilitación, y se aclaran dudas para su realización en su domicilio.

IV.-Conclusiones y Sugerencias

Conclusiones.-

El presente estudio de caso se basó en la comprensión de los conceptos básicos de la filosofía de Henderson, y su aplicación en la planeación del cuidado especializado en un lactante mayor con alteración en el movimiento, lo que amplió la perspectiva del ejercicio profesional, proporcionando las bases para un cuidado integral, humanizado y de calidad, orientado bajo los principios éticos de la profesión.

La aplicación del proceso a partir de este modelo permitió el logro de los objetivos, al igual que en estudios previos, realizados con el modelo; logrando la valoración y jerarquización de las necesidades fundamentales que orientaron la planeación de las intervenciones especializadas en la atención del niño; obteniendo como resultados en este caso, que la alteración en la necesidad de movimiento y postura influye en la satisfacción de las demás necesidades, ya sea en el ámbito físico, psicológico y social.

El aspecto teórico de la disciplina orientó al método enfermero en la sistematización del cuidado, mediante la obtención de datos objetivos y subjetivos del paciente, y su organización en instrumentos diseñados con dicho enfoque. Facilitando así el análisis de la información y el diseño de las intervenciones encaminadas a disminuir las fuentes de dificultad, así como de prevención de accidentes y secuelas, durante y posteriormente a la hospitalización, contemplando estas intervenciones desde el rol de suplencia, hasta el de ayuda y acompañamiento del niño y su familia.

Por otra parte, los conocimientos adquiridos durante la práctica mediante la enseñanza tutorial favorecieron una mayor independencia en el ejercicio de la especialidad, estableciendo la aplicación del proceso como la base que sustenta toda acción de enfermería y permite la solución de los problemas en el cuidado del paciente, mediante la detección y análisis de las necesidades básicas.

Finalmente, es importante enfatizar en que la práctica de la enfermería especializada orientada en los principios éticos, permitió a la familia reforzar sus vínculos y participar mediante el consentimiento informado, en la realización de las

actividades necesarias para la independencia del niño de acuerdo a su etapa de desarrollo.

Sugerencias.-

La realización de este estudio de caso plantea las siguientes sugerencias:

- Fomentar el uso de esta metodología, así como la aplicación del modelo de las necesidades en el proceso de atención durante la práctica diaria.
- Elaborar y publicar este tipo de trabajos, ya que orientan la investigación en enfermería y enriquecen el conocimiento en los ámbitos teórico- práctico y metodológico de la enfermería.
- Publicar los trabajos realizados durante las prácticas de la especialización en enfermería infantil, ya que los antecedentes en la práctica de esta rama de la enfermería con este método son escasos.
- Elaboración y colaboración en los medios de difusión de los avances dentro de la atención de la enfermería infantil dentro del área hospitalaria o del centro docente (ENEO-UNAM).

V.-Referencias Bibliográficas

- 1.- Enferms. Del Hosp. Dr. Ernesto Meana; Necesidades del paciente diabético, enfermería Cardiológica, 1999., 7(1-4): 53-57
- 2.- Guallart MM, Roca CN. Cuidados de enfermería a un recién nacido pretermo; Enfermería Clínica 1998; 2 84-9
- 3.- Sánchez, V. Cuidados básicos de un paciente con necesidad de moverse y mantener una buena postura Rev. Enfermería IMSS 2000; 9 (2): 91-96
- 4.- Subirana, M. Fuentes de Dificultad y manifestaciones de dependencia del paciente con EPOC reagudizada, Rev. Enfermería Clínica 1992; 8 (6)
- 5.- Jiménez y Villegas, M., La importancia de la enfermería moderna en la atención integral del paciente quirúrgico; Rev. Mex. De Enfermería Cardiológica, 1999; 7(1-4):28-35
- 6.-Espinoza, V., Cuidados de enfermería a las necesidades básicas de un lactante con Neumonía; Desarrollo científ. Enferm. 2003, 11:24-29
- 7.- Griffith, Christensen; Proceso de atención de enfermería Aplicación de teorías, guías y modelos, Edit. El manual moderno, México D.F. 1986
- 8.-Morriner, Teorías y modelos de enfermería, Madrid España. Mosby-Doyma 1994
9. Riopelle, Phaneuf., Cuidados de enfermería un proceso centrado en las necesidades de la persona, Edit. McGraw Hill Interamericana, España 1993
- 10.-García G.M., El proceso de enfermería y el modelo de Virginia Henderson, Edit. Progreso, S.A., México D.F. 1997
- 11.-L.E. Hall en: Hernández C., Fundamentos de la Enfermería, Teoría y Método Edit. Interamericana Mc Graw Hill, España 1999
- 12.-Defining Clinical Content, Graduate Nursing Programs en Hernández C.,
- 13.-Alfaro-LeFevre. R. Aplicación del Proceso de Enfermería. Guía práctica; Tercera edición. Mosby/Doyma Madrid, España. 1996,
- 14.-Jiménez, E. Teresa. El proceso de enfermería Una metodología para la práctica. Universidad Nacional de Colombia. Facultad de Enfermería. Edición 15. Orión Editores LTDA. Colombia 1997.

16. Du Gas. Tratado de enfermería práctica 4ª. Edición McGraw Hill México D.F. 2.
- 17.-Hernández C. Fundamentos de la Enfermería Teoría y Método, Edit. Mc. Graw Hill. España 1999
- 18.-Aguilar, Tratado de enfermería infantil Cuidados pediátricos, edit. Elsevier, España 2003
- 19.-Surós, Semiología médica y técnica exploratoria, Edit. Salvat 7ª. Edición, Barcelona 1987
- 20.-Luis Rodrigo Ma. Teresa, Fernández F., Navarro G; De la teoría a la práctica, Edit. Masson, Barcelona 1998.
- 21.-Potter-Perry, Fundamentos de Enfermería Teoría y Práctica, edit. Mosby/Doyma, España 1996
- 22.-Joyce, Beebe, Thompson, "Ética en enfermería", Ed. Manual Moderno, 2ª. Reimpresión México 1992.
- 23 Whaley y Wong, Enfermería Pediátrica. España Mosby 1995.
- 24.-Busquetes S. Montserrat. Ejercicio Profesional: responsabilidad ética y legal, Enf. Clínica; 8
- 25.-Guzmán V. Alejandra. Aspectos Éticos y legales en la práctica de enfermería., Desarrollo Científico Enferm.; 9 (8) 2001
- 26.-Urden, Lough y Stacy, Cuidados intensivos en Enfermería, volumen 2, Edit. Harcourt Brace de España, S.A. España 1998.
- 27.-Bannister, Roger; Neurología clínica, edit. Marín. Barcelona 1974
- 28.-Brunner, Lillian Sholtis, Manual de la Enfermera 4ª edic. , Edit. Interamericana Mc Graw -Hill; México, 1991.
- 29.-Wolff- Weitzel- Zornow- Zsohar, Curso de Enfermería Moderna, 7a. edic. Edit. Harla, México 1983
- 30.- Kozier, Bárbara; Enfermería Fundamental Conceptos, procesos y práctica, 2ª. Edic. Tomo II, Edit. Interamericana Mc. Graw- Hill, Madrid 1989.
- 31.- Wieck, King, Dyer; Técnicas de Enfermería Manual Ilustrado, Edith. Interamericana Mc Graw Hill 3ª Edic. México, 1988.
- 32.- Instituto Nacional de Perinatología, Manual para educadores en Salud Perinatal, Edit. Trillas, México 2001.

ANEXOS

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN



UNIVERSIDAD NACIONAL
AVENIDA DE
MEXICO

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

Consentimiento Informado para estudio de caso

Yo _____, declaro libre y voluntariamente aceptar que mi hijo (a) Pablo participe en el estudio de caso Cuidado a las necesidades de un lactante mayor con alteración en el movimiento

_____ cuyo Objetivo principal es: Aplicar el proceso de atención de enfermería con base al modelo de Virginia Henderson en un lactante mayor con alteración en el movimiento 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: _____

_____ 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: Martha Elena Sotelo Chávez

Firma

Nombre del padre o Tutor: _____

Firma

Testigos

Nombre: _____

Firma: _____

Domicilio: _____

Nombre: Consuelo Pérez N

Firma: [Firma]

Domicilio: Calleja No. 54 431
San Pedro Azcapotzalco

México, D.F. a _____ de _____

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: _____

II 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: _____

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

	¿Que alimentos rechaza? _____	Dieta especial: _____
	Alergias alimentarias: _____	Otros: explique si tiene: _____
1	Alimentación especial: _____	
	Cantidad de alimentos:	Desayuno Comida Merienda
	Cereales	_____
	Frutas	_____
	Vegetales	_____
	Carne	_____
	Tipo de líquidos: Via oral: _____ Via Parenteral: _____	
	Hábitos en los alimentos: _____	
	A que edad le salieron los dientes: _____	
2	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: _____ Café: _____ 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: _____	

3	Signos vitales: Tensión arterial: _____ Frecuencia cardíaca: _____ Pulso: _____
3	Regular: _____ Irregular: _____ Respiración: _____ Regular: _____ Irregular: _____ Aleteo nasal: _____ Retracción xifoidea _____ 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: _____
4	<p style="text-align: center;">Reposo-sueño</p> Horas de sueño: _____ ¿Qué costumbres tiene antes de dormir? Con juguete: _____ Con luz: _____ Sin luz: _____ Con música: _____ Cubierto con alguna manta: _____ Otras costumbres: _____ Despierta por las noches: _____ Tiene pesadillas: _____ Duerme siesta: _____ En qué horario: _____ Valoración Neurológica: Actividad: Activo: _____ Letárgico _____ Tranquilo: _____ Dormido: _____ Respuesta a estímulos: _____ Movimientos simétricos: _____ Asimétricos: _____ Respuesta pupilar: _____ Para el recién nacido: Reflejos, succión: _____ Deglución: _____ Naucioso: _____ Búsqueda: _____ Moro: _____ Presión: _____ Fontanela: Normal: _____ Abombada: _____ Deprimida: _____ Suturas craneales: Aproximadas: _____ Separadas: _____ Imbricadas: _____
	<p style="text-align: center;">Vestido</p> Condiciones de la ropa de vestir: _____

5	Higiene: _____ Costumbres en el cambio de la ropa: _____ Tiene ropa necesaria para la hospitalización: _____ Otros enseres: _____
	Se viste solo: Sí: _____ No: _____ Con ayuda: _____
6	<p style="text-align: center;">Termorregulación</p> El niño es sensible a los cambios de temperatura: _____ a qué hora del día es más sensible a los cambios de temperatura: _____ Cuando tiene fiebre, ¿cómo se la controla? _____
7	<p style="text-align: center;">Movimiento y Postura</p> 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: _____
8	<p style="text-align: center;">Comunicación</p> 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: _____ Timido: _____ Agresivo: _____ Cordial: _____ Uraño: _____ Desordenado: _____ Qué hace el niño para consolarse a si mismo _____ Que hace usted para consolarlo cuando hace berrinche: _____

	Higiene
9	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
10	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
11	¿Que prácticas religiosas le gustaría que se respetaran?: _____ _____
	Seguridad y protección
12	Ha consultado usted a otras personas sobre la salud de su hijo: _____ _____ Cómo ha programado las visitas en el hospital: _____ _____ Describa los miedos sobre la enfermedad del niño: _____ _____ 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: _____ _____

	<p>Existe la posibilidad de que haya contacto con niños que padecen alguna enfermedad contagiosa en casa: _____ Guardería: _____ O con algún familiar o amigo: _____</p> <p>Si la respuesta es sí diga, ¿cual? _____</p> <p>El niño toma medicamentos en casa: Si: _____ No: _____</p> <p>Si los toma, diga los nombres, dosis y cuándo tomó la última dosis:</p> <table border="1"> <thead> <tr> <th data-bbox="117 372 529 401">Nombre del medicamento</th> <th data-bbox="529 372 740 401">Dosis</th> <th data-bbox="740 372 952 401">Vía</th> <th data-bbox="952 372 1110 401">Fecha</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td> </td> <td> </td> <td> </td> <td> </td> </tr> </tbody> </table> <p>De qué forma acostumbra a dárselos: _____</p>	Nombre del medicamento	Dosis	Vía	Fecha				
Nombre del medicamento	Dosis	Vía	Fecha						
13	<p style="text-align: center;">Aprendizaje</p> <p>Quién cuida al niño: _____ En dónde: _____ Asiste a la guardería: _____ Está acostumbrado a que lo paseen: _____</p> <p>¿Que hábitos nuevos ha adquirido su hijo? _____</p> <p>¿Ha estado hospitalizado antes? Sí: _____ No: _____ Si la respuesta es sí ¿Por qué? _____</p> <p>¿Cómo reaccionó? _____</p> <p>¿Que sabe usted de la enfermedad de su hijo?: _____</p> <p>Señale que temas le gustaría que la enfermera le hablara: _____</p>								
14	<p style="text-align: center;">Realización</p> <p>¿Qué aspiraciones tiene usted de su hijo? _____</p> <p>Su hijo participa en los juegos: Sí: _____ No: _____ ¿Con quién? _____</p> <p>Comparte juguetes: _____</p> <p>Hace amistad con otros niños y adultos: _____</p> <p>Imita a su papa, o a usted o algún pariente: Sí: _____ No: _____ Si la respuesta es si explique por qué y cómo: _____</p> <p>Otros datos: _____</p>								

Nombre de la enfermera: _____

Fecha: _____

Análisis

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

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

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

Código: Grado de dependencia

Total = Dn
 Temporal = Dtm
 Parcial = Dp
 Permanente = D pr.

Causas de la dificultad

Falta de Fuerza = FF
 Falta de Voluntad = FV
 Falta de conocimiento = FC

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

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	Via
_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____

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: _____

Anexo C.



Universidad nacional Autónoma de México
Escuela Nacional de Enfermería y Obstetricia
División de estudios de Postgrado
Especialidad en enfermería Infantil
Sede: hospital Infantil de México "Federico Gómez"

Reporte Diario

Nombre de la alumna: _____ Fecha _____ Servicio _____
Nombre del paciente _____ Edad _____ Reg. de Expediente _____

Valoración focalizada de la necesidad de: _____

Datos subjetivos:

Datos objetivos (Exploración física focalizada, *cuando corresponda*)

Fuentes de la dificultad: (conocimientos, fuerza, y voluntad)

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

Diagnósticos de enfermería:

1.

2.

Comentarios:

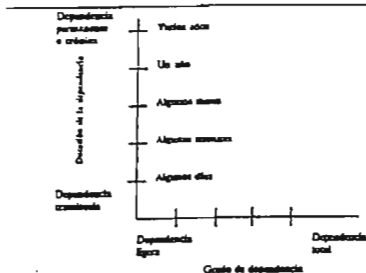


Tabla 6. Continuum independencia-dependencia¹⁴

Figura 3. Gráfico que relaciona la descripción y el grado de dependencia de una persona.

