



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO

ESCUELA NACIONAL DE ENFERMERIA Y OBSTETRICIA
DIVISIÓN DE ESTUDIOS DE POSGRADO

LACTANTE MASCULINO CON ALTERACIÓN
EN LA NECESIDAD DE NUTRICIÓN POR
SINDROME DE INTESTINO CORTO BASADO
EN LA FILOSOFIA DE VIRGINIA HENDERSON

QUE PARA OBTENER EL GRADO DE:
E S P E C I A L I S T A E N
E N F E R M E R Í A I N F A N T I L
P R E S E N T A
LIC. ENF. VARGAS ZARCO ARACELI

TUTOR ACADÉMICO

MTRA. MARGARITA HERNANDEZ ZAVALA.



México D. F.

Junio 2008



Universidad Nacional
Autónoma de México

Dirección General de Bibliotecas de la UNAM

Biblioteca Central



UNAM – Dirección General de Bibliotecas
Tesis Digitales
Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS ©
PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

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

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

DEDICATORIAS

A TODOS LOS NIÑOS.

EN LOS QUE SOLO ENCUENTRO TERNURA, SONRISAS, Y AMOR, Y SON LAS PERSONITAS QUE ME INSPIRAN A SEGUIR PREPARANDOME PARA SER UNA MEJOR PERSONA Y UNA MEJOR ENFERMERA.

A MIS PADRES, HERMANOS, Y SOBRINOS.

LOS LOGROS EN LA VIDA SON MAS FACILES DE ALCANZAR SI MANTENEMOS LA UNIDAD FAMILIAR Y EL AMOR.

A MIS AMIGOS.

POR SIEMPRE CREER EN MI, Y REGALARME MOMENTOS MARAVILLOSOS A SU LADO.

AGRADECIMIENTOS

A MIS PROFESORAS.

MARGARITA HERNANDEZ ZAVALA.
GILLERMINA MORALES GALVAN.
ISABEL GOMEZ MIRANDA

GRACIAS POR SU EXPERIENCIA, INTELIGENCIA, VOLUNTAD Y APOYO
PERMANENTE.

INDICE

Introducción.....	1
Objetivos.....	3
FUNDAMENTACIÓN	
Antecedentes.....	4
Revisión de la literatura.....	7
Marco Conceptual.....	22
✚ Fuentes teóricas.....	25
✚ Elementos del Paradigma.....	29
✚ Afirmaciones teóricas.....	35
✚ Proceso de Enfermería.....	42
Consideraciones Éticas.....	63
Consentimiento informado.....	66
ESQUEMA METODOLÓGICO	
✚ Selección y descripción genérica del caso.....	67
✚ Valoración de enfermería.....	71
✚ Necesidades alteradas.....	77
✚ Jerarquía de las necesidades.....	80
✚ Valoración focalizada por necesidad.....	81
✚ Interrelación de las necesidades.....	83

✚ Diagnósticos de enfermería.....	86
✚ Plan de alta.....	105
CONCLUSIONES Y SUGERENCIAS.....	107
BIBLIOGRAFIA.....	108

ANEXOS

✚ Consentimiento informado	
✚ Instrumento de valoración de las necesidades básicas en los menores de 0-5 años.	

INTRODUCCION

El síndrome de intestino corto abarca una serie de afecciones que tienen muy diferente origen y que comprometen en distinto grado la función intestinal. De acuerdo con la longitud y la condición del intestino remanente así como de su capacidad para compensar las alteraciones funcionales derivadas de la resección, es que se podría o no una sobrevida adecuada. En términos generales, los intestinos que conservan una longitud mayor de 50 cm suelen tener buen pronóstico funcional y pueden alcanzar su autonomía al año de instalación.

Longitudes menores de 15cm comprometen la circulación hepática con alto riesgo de cirrosis. El mayor desafío lo constituyen los intestinos con longitudes menores de 50 cm en los cuales el manejo adecuado de la alimentación enteral y parenteral conducen a una adaptación en el lapso de algunos meses a algunos años pudiendo alcanzar la autonomía de las medidas de sostén nutricional. Técnicas de enlogación y el trasplante intestinal son alternativas quirúrgicas en los pacientes que no logran alcanzar la suficiencia intestinal.

Es posible que el resultado de la adaptación del intestino durante un período muy variable sea satisfactorio y que el paciente no deteriore su condición nutricional y logre alcanzar una alimentación, un crecimiento y una calidad de vida adecuados.

Es indispensable que el personal de enfermería brinde una atención adecuada, oportuna y de calidad la cual se vea reflejada en el beneficio de los pacientes, existen diversas teorías y modelos de atención cuyos fundamentos están basados en el cuidado, la persona, la salud y el entorno y todas coinciden en fundamentar la atención de enfermería en base a la satisfacción de las necesidades de cada persona.

Los cuidados de enfermería están basados en la filosofía de Virginia Henderson y el proceso de enfermería en sus etapas de valoración, diagnóstico, planeación, intervención, y evaluación.

Para la realización de este trabajo se estudió el caso de un lactante masculino con síndrome de intestino corto, hospitalizado en el INP en el servicio de gastrocirugía, se realizan dos valoraciones generalizadas y cinco focalizadas, de las cuales se establecen diagnósticos de enfermería reales y potenciales y se planean intervenciones de enfermería integrales y especializadas, para posteriormente llevar a cabo una evaluación de las actividades realizadas.

OBJETIVO GENERAL

Elaborar un estudio de caso a un lactante masculino con alteración en la necesidad de nutrición por síndrome de intestino corto, basado en la filosofía de Virginia Hendersón utilizando como herramienta el proceso de enfermería.

OBJETIVOS ESPECIFICOS

- ✚ Identificar las necesidades de salud reales y potenciales del paciente y su entorno a través de la valoración.
- ✚ Establecer diagnósticos de enfermería y un plan de intervenciones dirigido a un paciente con síndrome de intestino corto.
- ✚ Planificar intervenciones que permitan mantener al paciente en una situación de bienestar e independencia.
- ✚ Personalizar los cuidados de enfermería a fin de responder a las necesidades alteradas del paciente.
- ✚ Asegurar la continuidad de los cuidados al paciente conjuntamente con el equipo multidisciplinario.
- ✚ Evaluar las intervenciones realizadas a fin de establecer el grado de independencia alcanzado.
- ✚ Elaborar un plan de alta acorde a las necesidades y cuidados específicos

FUNDAMENTACIÓN

ANTECEDENTES:

El síndrome de intestino corto es una patología que afecta a la población infantil, teniendo origen multifactorial, con predominio de atresia intestinal, para tener información al respecto se consultaron revistas de enfermería encontrando escasa divulgación publicada respecto a pacientes pediátricos con síndrome de intestino corto, sin embargo la información fue de gran interés para el abordaje al cuidado del paciente ya que es importante conocer las causas que originan la enfermedad, así como las complicaciones metabólicas que pueden presentarse si no se lleva a cabo un adecuado tratamiento, debemos retomar que en este tipo de padecimientos es de vital importancia el apoyo nutricional parenteral y enteral haciendo énfasis en los cuidados que se deben proporcionar al paciente con gastrostomía; para sustentar lo anterior se realizó una búsqueda hemerográfica, de la que se incluyeron para este estudio los siguientes artículos:

Enfermera Irene Linares menciona que las malformaciones del tubo digestivo son defectos anatómicos debido a un trastorno en el desarrollo embrionario. Algunos problemas del tubo digestivo implican una emergencia quirúrgica en las primeras horas de vida como es Atresia Intestinal.

Los niños con estos problemas ingresan generalmente a las áreas de los cuidados críticos por presentar alteraciones respiratorias, hemodinámicas e incluso metabólicas, de la oportunidad con que sean diagnosticados y atendidos, depende el pronóstico, la limitación de daños y la presencia de complicaciones, las intervenciones de enfermería se dirigen a lograr en el paciente un estado fisiológico lo más cercano a la normalidad, antes de agregar la intervención quirúrgica.¹

1 LINARES IRENE.- Congreso Nacional de Enfermería pediátrica INP Nov 2002

Sybil Bowera, Nursing explica que los pacientes que durante la estancia hospitalaria están mal nutridos presentan una tasa de mortalidad significativamente más alta y un alto riesgo de infección, un retraso en la curación de las heridas y otras complicaciones que hacen que se alarguen las estancias hospitalarias e incrementen los costos.

Para proporcionar apoyo nutricional y prevenir o tratar la mal nutrición, en caso de que el intestino tenga un buen funcionamiento y sea accesible, es mejor la alimentación por vía gastrointestinal. (GI) es mas fácil, segura, menos cara y más fisiológica: el cuerpo utiliza nutrientes más eficaces cuando se administran en el tracto GI, en lugar del torrente sanguíneo.

Las alimentaciones enterales mantienen la estructura y la integridad funcional del tracto GI previniendo cambios atróficos; igualmente desempeñan un papel en la prevención de la colestasis estimulando el flujo biliar, mejora la inmunidad sistemática y disminuye el riesgo de infección.

Si el tracto GI solamente puede tolerar alimentación limitada, es posible que el paciente reciba una mezcla de alimentación enteral y parental.

Un dispositivo enteroestomal más permanente como, por ejemplo, una sonda de gastrostomía o de yeyunostomía es adecuada para un tratamiento con una duración esperada de un mes a 6 semanas o más.

La inserción de un dispositivo enteroestomal por vía percutánea a través de un estoma creado en el abdomen (gastrostomía o yeyunostomía) puede realizarse por técnica quirúrgica, endoscópica laparoscópica o radiológica. Este dispositivo está indicado cuando el acceso por la vía nasal está contraindicado o cuando se prevé que la necesidad del paciente de administración de alimentación enteral sea prolongada.

Si el paciente lleva colocada una sonda de gastrostomía con un balón, compruebe el volumen del balón cada 7 a 10 días.²

Carol Kohn-Keeth, *Nursing* menciona que los lavados inadecuados o poco frecuentes de la sonda de alimentación, ocasionan obstrucción de la misma ya que los residuos de la fórmula se adhieren a la luz de la sonda.

La administración de fórmulas (que tienen un alto contenido calórico o que contienen fibras) o medicaciones viscosas, particularmente las que provocan solidificación como, por ejemplo, antiácido, silium o sucralfato.

Existe un gran riesgo de contaminación de la fórmula por bacterias, lo que da lugar a coagulación y obstrucción. ³

² BOWERA SYBIL. *Nursing* 2001 Junio – Julio Vol. 19 No. 6 Pag. 16, 18

³ KOHN KEETH Carol. *Nursing* 2000 Octubre. Vol. 18 No. 8 Pag.

SINDROME DE INTESTINO CORTO

El Síndrome de Intestino Corto (SIC) se define como la pérdida, congénita o adquirida, de una extensa área del intestino delgado que genera inadecuada absorción enteral de nutrientes. Más que anatómica, es una definición funcional que se enmarca en el concepto de insuficiencia intestinal.

La disminución de la superficie de absorción y aumento de la velocidad de tránsito intestinal da lugar a deshidratación, alteraciones de equilibrio electrolítico y ácido base. Además, la insuficiencia nutritiva afecta el crecimiento y desarrollo en los niños y determina en muchos casos dependencia de nutrición parenteral prolongada, hasta que se logre la adaptación del segmento intestinal remanente o, dependiendo de la evolución del caso, se opte por otras soluciones médicas o quirúrgicas.

Junto con la alteración de la digestión y absorción también experimentan severo deterioro las funciones hormonales y endocrinas intestinales. La intensidad de las manifestaciones clínicas variará de acuerdo no sólo con la longitud del segmento o segmentos resecaados sino también, con la función que estos cumplan desde el punto de vista de la digestión y absorción.

Son también trascendentes en la evolución del cuadro clínico, la indemnidad de la válvula ileocecal y la integridad del colon. La clasificación de los pacientes con SIC se basa en las características anatómicas del intestino remanente y la patogenia del proceso. En los niños de acuerdo a la longitud del intestino delgado (medido a lo largo del borde antimesentérico durante la cirugía) las resecciones cortas respetan más de 100 a 150 cm; las largas dejan remanentes de 40 a 100 cm; y las

masivas, menos de 40 cm. Se habla de resección extrema cuando el remanente tiene longitud inferior a 25 cm. En las dos últimas condiciones la probabilidad de insuficiencia intestinal permanente es muy alta.

El intestino delgado crece progresivamente desde la edad embrionaria hasta la adultez en donde alcanza, en promedio, longitudes de 600 cm; correspondiendo 250 cm a yeyuno y 350 cm a ileon, con una variabilidad importante dependiente de la raza y género.

Se sabe que en el tercer trimestre de gestación su longitud se dobla: desde alrededor 130 a 270 cm. Al nacimiento mide entre 210 a 290 cm y el aumento en longitud es notable en el primer año de vida. Esta potencialidad de crecimiento permite asumir que el pronóstico funcional y adaptativo de un prematuro con SIC será diferente y mejor que el de un neonato de término o un niño mayor. Lo mismo se puede postular en SIC de un niño versus el de un adulto.

Etiología

Las causas de SIC son múltiples y varían de acuerdo con la edad. Los más afectados son los neonatos y, entre ellos, los prematuros.

Se les ha clasificado en:

- a) Prenatales: destacan las atresias únicas o múltiples, síndrome de “apple peel”, malrotación intestinal, vólvulo segmentario con conducto onfalomesentérico o bandas intraabdominales, defectos de la pared abdominal; gastrosquisis u onfalocele, enfermedad de Hirschsprung extensa o total con compromiso del intestino delgado.

- b) Neonatales: vólvulo del intestino medio, enterocolitis necrotizante (EN), trombosis arterial o venosa intestinal.

- c) Postnatales: vólvulo del intestino medio, invaginación intestinal complicada, trombosis arterial, enfermedad inflamatoria intestinal, post traumática, angioma intestinal extenso.

De todas las causas mencionadas la más frecuente es la EN que afecta especialmente a los prematuros y sería, probablemente consecuencia de injuria isquémica asociada a asfixia perinatal, colonización bacteriana del intestino, alimentación enteral precoz en base a fórmulas artificiales y otras, como hiperglobulia en el neonato de término. El “apple peel” es consecuencia del desarrollo anómalo de la arteria mesentérica superior. En la gastrosquisis se llega a SIC por isquemia o traumatismo del intestino expuesto. En niños mayores el vólvulo facilitado por masa tumoral y el trauma intestinal adquieren connotación. En adultos son importantes los fenómenos isquémicos, la enfermedad inflamatoria intestinal y la enteritis actínica.

Epidemiología

Hay pocos datos epidemiológicos en la literatura médica pediátrica. Se estima que el SIC tiene incidencia entre 2 y 5 casos por millón, aunque las series difieren bastante en cuanto a frecuencia de las causas más habituales. Un ejemplo lo constituyen las cifras de EN que fluctúan entre 14 y 43%. Queda claro que los más afectados son los niños prematuros. El riesgo de muerte por SIC y sus complicaciones es de 37.5%.⁴

⁴ ALARCON T. Síndrome de intestino corto. Pediatría Práctica en Diálogos, Edit. Panamericana 2001, Pág.175-178.

SINDROME DE INTESTINO CORTO POR ATRESIA INTESTINAL

La atresia intestinal (AI) es una malformación congénita que se caracteriza por la oclusión de la luz intestinal, podría ser consecuencias de distintos eventos intrauterinos, como isquemias, intususcepciones, herniaciones, trombosis, perforaciones intestinales, necrosis o óvulos. La atresia intestinal puede ser única o múltiple y estar ubicada en diferentes porciones del intestino, con más frecuencia en el ileon terminal.

Se clasifica morfológicamente en:

- AI de tipo 1, cuando la oclusión ocurre por una membrana con mesenterio intacto.
- AI de tipo 2, cuando está ocasionada por un cordón fibroso.
- AI de tipo 3a, cuando ambos segmentos intestinales están separados por un defecto en el mesenterio.
- AI de tipo 3b, (denominada también apple peel o christmas tree) que resulta de múltiples atresias secundarias anormalidades en la anatomía de la arteria mesentérica superior.
- AI de tipo 4, caracterizada por múltiples atresias en diferentes segmentos intestinales.

El diagnóstico de atresia intestinal puede sospecharse antes del nacimiento por la presencia polihidramnios o la evidencia ecográfica de asas intestinales dilatadas. Luego del nacimiento, la distensión abdominal y los vómitos biliosos son los signos clínicos cardinales, las cuales están directamente relacionadas con el sitio de la obstrucción.

El diagnóstico se confirma radiológicamente antes de la cirugía que tiene por objetivo la reconstitución intestinal intentando preservar su longitud y anatomía. De este modo, el SIC puede resultar de la enfermedad primaria o de su tratamiento quirúrgico.

RESECCIÓN INTESTINAL

Cuando se realiza una resección intestinal, el intestino remanente comienza una serie de cambios estructurales y funcionales que determinan el aumento de la altura de las vellosidades y la profundidad de las criptas, mejorando la capacidad secretora y absortiva. Este complejo proceso se denomina adaptación intestinal. Estos cambios suceden especialmente en el íleon, que es capaz de adquirir las características tanto estructurales como funcionales del yeyuno. El intestino proximal cumple un papel muy importante en la absorción del agua y nutrientes solubles.

Sin embargo una resección yeyunal suele producir solamente una malabsorción de carácter transitorio por que el íleon es capaz de adaptarse con relativa rapidez, mientras que la adaptación yeyunal ante las resecciones ileales no es posible. Por esta razón el pronóstico de la resección es mejor cuando el intestino remanente contiene íleon. Una consecuencia no menos importante de la resección ileal es la mala absorción de vitamina B12 y de sales biliares, las cuales dependen de transportadores específicos en la mucosa. Además, el íleon es el sitio donde se sintetizan enterohormonas que regulan la motilidad intestinal enteroglucagón y peptido Y por lo cual su resección tiene un efecto importante sobre la motilidad, alterándose tanto el tiempo de transito intestinal como la velocidad de vaciamiento gástrico. 5

Como se mencionara, a consecuencia de atresias intestinales, segmentos del intestino pueden dilatarse formando cavidades de volumen variable y motilidad escasa o ineficaz denominadas clavas que suelen ser focos de sobredesarrollo y colonización bacteriana o de alteraciones mecánicas que dificultan el proceso de adaptación.

Distintos procesos contribuyen a la mala absorción de grasas del SIC. La menor estimulación biliopacreática dada por la disminución de los niveles de secretina y colecistoquinina asociados con la pérdida de la superficie absorbente del intestino conspiran con la micelización de los ácidos grasos.

La presencia de ácidos libres y de calcio contribuyen a formar jabones que disminuyen la biodisponibilidad de ambos nutrientes. La esteatorrea incrementa la absorción de ácido oxálico con lo que se produce hiperoxaluria y aumenta el riesgo de formación de nefrolitiasis por oxalatos. La interrupción del circuito enterohepático en las resecciones ileales contribuye a establecer un balance crónico negativo de sales biliares, lo cual disminuye la micelización y junto con alteraciones en el vaciamiento de la vesícula biliar, así como la frecuente aparición de colestasis inducida por la alimentación parenteral, aumenta la prevalencia de litiasis biliar.

La mala absorción de carbohidratos es muy dependiente de la superficie intestinal remanente. Una de las causas de atrofia intestinal es el ayuno prolongado que condiciona la disminución de la superficie absorbente y de la actividad específica de las hidrolasas (lactasa, sacarasa, glucoamilasa y maltasa isomaltasa) del ribete en cepillo afectándose así la absorción de carbohidratos. Los efectos dependen tanto de la incapacidad de proveer glucosa como de la presencia de azúcares en la luz intestinal.

Los azúcares en la luz intestinal aumentan la osmolaridad del quimo, contribuyen a la pérdida de agua y electrolitos y aceleran el tránsito en el cuadro que se conoce como diarrea osmótica.

La presencia de grandes cantidades de azúcares en el colon puede promover el desarrollo de una flora anómala que produce ácido D-láctico (isómero racémico del L-láctico), que no puede ser metabolizado y ocasiona cuadros severos de acidosis metabólica.

Se ha preconizado que la presencia de la válvula ileocecal es un factor importante para mejorar el pronóstico del SIC, al actuar de barrera entre el colon y el delgado evitando el ascenso de gérmenes al intestino y regulando la salida de nutrientes y agua del intestino al colon. Sin embargo no existe evidencia clara de que la presencia de la válvula sea un factor pronóstico en el tiempo de adaptación intestinal y en la supervivencia general de los pacientes con SIC.

La disminución de la superficie de absorción, la aceleración del tránsito y las alteraciones en la secreción de enzimas y hormonas intestinales determinan un balance negativo de prácticamente todos los nutrientes incluidas, las proteínas. Estas deficiencias en nutrientes esenciales para el crecimiento condicionan una velocidad menor de crecimiento y la aparición de complicaciones infecciosas a causa de una desnutrición global. Los episodios de sepsis, diarrea y malabsorción agravan la desnutrición en un círculo perverso que termina en la muerte.

El soporte nutricional en este período debe adaptarse a cada condición fisiopatológica sosteniendo el estado general del paciente mediante alimentación parenteral y promoviendo el trofismo intestinal mediante la alimentación entérica. 6

6 Ibidem pág 560-564

Una revisión reciente de pacientes con SIC demostró que no sólo la longitud del intestino remanente sino otros factores como la alimentación enteral precoz con fórmulas semi-elementales, están asociados con una disminución del tiempo de dependencia de la nutrición parenteral. De allí que la alimentación enteral precoz sea un pilar en el tratamiento del SIC durante el proceso de adaptación intestinal.

ADAPTACIÓN INTESTINAL

Se denomina adaptación intestinal al proceso mediante el cual el intestino remanente aumenta tanto su superficie como su capacidad absortiva para adecuarse a las necesidades metabólicas del organismo.

La adaptación intestinal está determinada principalmente por cambios en el estado proliferativo de la mucosa, que es un mínimo durante el ayuno prolongado.

En pacientes pediátricos, el intestino remanente además es capaz de crecer en su longitud total. La nutrición enteral, pilar del tratamiento del SIC es muy importante para lograr la adaptación intestinal, ya que sin el contacto con los nutrientes, el epitelio intestinal se atrofia. Se han postulado tres mecanismos mediante los cuales los nutrientes son capaces de promover la adaptación intestinal.

- El primero, a través del contacto directo de los nutrientes con los enterocitos, produciendo hiperplasia de la mucosa al nutrir directamente a la célula intestinal.
- El segundo postula un efecto indirecto mediante la mayor secreción de enterohormonas que ejercen su acción trófica sobre la mucosa.

- El tercero, mediante la estimulación de las secreciones gastrointestinales y biliopancreáticas que por sí mismas podrían ejercer un efecto tráfico sobre el enterocito.⁷

TRATAMIENTO

El manejo nutricional es la clave del tratamiento del paciente con SIC cuyo objetivo final es promover la autonomía intestinal, lograr el crecimiento adecuado y evitar las complicaciones propias de las medidas de sostén nutricional.

El tratamiento puede dividirse en cuatro etapas:

- 1.- Restitución anatómica
- 2.- Restitución funcional (adaptación)
- 3.- Destete del apoyo nutricional
- 4.- Autonomía

1.- RESTITUCIÓN ANATÓMICA

La etapa de restitución anatómica es básicamente quirúrgica y está orientada a restaurar la mejor anatomía que la condición intestinal permita. En el caso de una atresia intestinal significa la resección de las áreas atrésicas y el modelado de la clava y en el caso de una enterocolitis necrotizante la exéresis de los segmentos isquémicos, etc.

⁷ Ibidem pág 566-568

2.- RESTITUCIÓN FUNCIONAL

La segunda fase del tratamiento es la de restitución funcional. Una vez que se remodelado el intestino remanente de forma tal de obtener el mejor tránsito posible, tiene comienzo la etapa de restitución funcional. El objetivo de ésta etapa es promover un balance de agua, electrolitos y nutrientes adecuado y sostener una alimentación enteral con volúmenes crecientes a fin de promover el proceso de adaptación intestinal.

La principal medida de sostén es la alimentación parenteral (AP), indispensable para satisfacer las necesidades nutricionales, revertir posibles deficiencias y reponer las pérdidas aumentadas de líquidos y electrolitos. Si la AP es importante para lograr y sostener una situación nutricional adecuada, la alimentación enteral es crucial para promover la adaptación intestinal y eventualmente lograr la autonomía. Se entiende por autonomía el estado en el cual el niño es capaz de alimentarse, sostener un crecimiento y calidad de vida adecuada sin medidas de apoyo nutricional. A medida que el intestino va aumentando su capacidad de absorción (se va adaptando) las pérdidas disminuyen su volumen permitiendo así el progreso de la vía enteral, se induce un descenso en el volumen infundido de alimentación parenteral hasta su desaparición completa.

Las fórmulas que se emplean durante las primeras etapas del tratamiento son semielementales con el propósito de promover una mejor absorción, generalmente compuestas sobre la base de hidrolizados de proteínas, con polímeros de glucosa y una materia grasa con alta proporción de ácidos grasos de cadena mediana y ácidos grasos esenciales.

El cuidado nutricional de estos pacientes es crítico. Deberán depender de una alimentación parenteral prolongada para lograr crecimiento y de una alimentación enteral continua para promover la adaptación intestinal. El pronóstico suele estar abierto. Algunos niños podrán luego de seis meses a dos o tres años lograr la autonomía mientras que otros dependerán del soporte parenteral hasta un trasplante intestinal.

Es importante considerar la socialización de los niños en soporte nutricional crónico así como el apoyo psicológico y social de características tan especiales como el SIC.⁹

3.- DESTETE DE LA ALIMENTACIÓN PARENTERAL

El destete de la alimentación parenteral consiste en la disminución progresiva del aporte parenteral a expensas de la mejoría de la función de absorción. Es un proceso en el que coexisten el descenso progresivo de la APT con el desafío de volúmenes mayores del aporte enteral. La infusión parenteral permite una estimación relativamente exacta del aporte, pero en la alimentación enteral es más difícil estimar el grado de absorción que depende de la eficacia del periodo de adaptación y del tipo de alimento infundido.

En condiciones normales, el coeficiente de absorción de la mayoría de los sustratos energéticos se acerca al 100%. Es decir que el intestino es capaz de absorber prácticamente todos los sustratos energéticos aportados por la dieta.¹⁰

⁹ Ibidem pág 570

¹⁰ Ibidem pág 571

4.- AUTONOMÍA

Puede considerarse que es un SIC ha alcanzado la autonomía cuando no requiere más el soporte nutricional, la realidad es que los niños continúan recibiendo una dieta de elevada biodisponibilidad por largo tiempo, se considera autonomía cuando el niño se libera de la necesidad de alimentarse mediante catéteres, sondas y otras formas de apoyo nutricional invasivo. La colestasis es de aparición frecuente en los pacientes que reciben APT prolongada. Su incidencia se incrementa en relación inversa con la edad del paciente y es más frecuente en niños pequeños.

La etiología es multifactorial están involucrados factores metabólicos e infecciosos que interactúan con la idiosincrasia particular de cada paciente: toxicidad de los aminoácidos suministrados por esta vía, administración excesiva o inadecuada de nutrientes, producción de sustancias tóxicas por el intestino no funcionando, falta de estimulación del eje enterohormonal con acción importante sobre la secreción biliar, sobredesarrollo bacteriano y sepsis. ¹¹

INFECCIONES ASOCIADAS CON LA ALIMENTACIÓN PARENTERAL

Diversos estudios señalan una prevalencia de septicemia asociada con la APT entre el 2-20% de los casos. Staphylococcus aureus, Staphylococcus coagulasa negativo y Candida son los microorganismos más frecuentemente aislados. Candida torula pueden crecer en soluciones hipertónicas y suelen contaminar las soluciones de APT. Las emulsiones lipídicas también son un caldo propicio para el desarrollo de Klebsiella, Pseudomonas, E coli, aureus y Candida, las cuales se multiplican a gran velocidad a temperatura ambiente. ¹²

¹¹ Ibidem pág 573

¹² Ibidem pág 574

DIARREA

Más que una complicación, la diarrea debe considerarse un síntoma frecuente en la evolución del SIC. La diarrea es la consecuencia de la falta de adaptación al aporte y sucede por diferentes mecanismos fisiopatológicos y en distintas etapas de la evolución.

A causa del ayuno prolongado se pierden las hidrolasas del ribete en cepillo, responsables de la digestión de los carbohidratos. Los carbohidratos no digeridos arrastran agua impidiendo su absorción y aumentando la peristalsis. ¹³

SOBRESARROLLO BACTERIANO

Es una de las complicaciones más frecuentes, por lo tanto los pacientes con SIC o insuficiencia intestinal que presentan alteraciones en la motilidad, dilataciones intestinales, ausencia de válvula ileocecal y terapia de supresión gástrica tienen mayor riesgo de presentar episodios de sobre desarrollo bacteriano.

Los gérmenes responsables son aerobios facultativos y anaerobios cuya patogenicidad la ejercen inflamando la mucosa intestinal y desconjugando las sales biliares, condicionando la aparición de diarrea y malabsorción secundaria de nutrientes.

La válvula ileocecal tiene un papel controversial en cuanto a la prevención de la translocación bacteriana, por que si bien protege al intestino del ascenso de gérmenes colónicos, lentifica el tránsito prolongando el tiempo de contacto de la flora con la mucosa, aumentando el riesgo de su pasaje a través de ella.

¹³ Ibidem pág 576

La presencia de bacterias en el intestino produce diarrea, esteatorrea, dolor, distensión abdominal, y síntomas relacionados con acidosis metabólica por acumulación de ácido D- láctico.¹⁴

DEFICIENCIA DE NUTRIENTES

Es probable que aparezcan deficiencias especialmente de vitaminas liposolubles en los niños que persisten con esteatorrea importante, la deficiencia de vitamina B12 debe buscarse activamente en todos los niños con resección ileal, especialmente los que reciben suplementos de ácido fólico en los cuales los síntomas hematológicos pueden estar enmascarados.¹⁵

RETRASO CRONICO DE CRECIMIENTO

En algunos casos responde a un retraso de crecimiento intrauterino, que acompaña a las malformaciones congénitas del intestino y en otros a las intervenciones quirúrgicas en etapas tempranas de la vida necesarias para la restitución de la integridad anatómica.

El RCC se instala a consecuencia de las complicaciones metabólicas o infecciosas de la APT o de carencias que se instalan durante el periodo de destete o de un manejo inadecuado de la dieta durante el inicio de la autonomía intestinal. La acidosis metabólica crónica es un factor frecuente asociado a la detención de crecimiento.

¹⁴ Ibidem pág 577-578

¹⁵ NELSON E. "Tratado de pediatría", México. Interamericana Mc Graw hill 1993.

Todos los nutrientes pueden estar implicados en el retraso crónico de crecimiento, dos merecen un comentario especial por su depleción frecuente e inadvertida en los niños con diarrea crónica.

El primero de ellos es el sodio, el cual se pierde en forma profusa en las ileostomías altas y en la diarrea acuosa. La natremia es un indicador tardío de su deficiencia por lo que es preferible la estimación de la concentración urinaria en muestras aisladas de sodio.

El segundo nutriente es el cinc, el cual puede duplicar sus necesidades en la diarrea crónica tanto por descamación celular como por su concentración elevada en las secreciones gastrointestinales.

Tanto la deficiencia de sodio como la de cinc pueden ocasionar un retraso de crecimiento a pesar de un aporte de energía, proteína y demás nutrientes normales. ¹⁶

¹⁶ Ibidem pág 78-80

MARCO CONCEPTUAL

La primera Teoría de enfermería nace con Florence Nightingale, a partir de allí nacen nuevos modelos cada uno de ellos aporta una filosofía de entender la enfermería y el cuidado.

Desde sus orígenes era considerada como una ocupación basada en la práctica y en el conocimiento común, no era considerada como ciencia, el conocimiento científico aparece con la primera teorías de enfermería. Las enfermeras comenzaron a centrar su atención en la adquisición de conocimientos técnicos que les eran delegados, con la publicación del libro " Notas de Enfermería " de Florence Nightingale en 1852, se sentó la base de la enfermería profesional, en su libro Florence intento definir la aportación específica de enfermería al cuidado de la salud.

Desde 1852 hasta 1966 se creó y desarrollo una corriente filosófica que buscaba los fundamentos de la profesión y es durante la década de 1950 a 1996, que surge la teoría de enfermería de Virginia Avenel Henderson.

Henderson definió enfermería en términos funcionales. La única función de la enfermera consiste en ayudar al individuo, sano o enfermo a recuperar la salud (o a una muerte tranquila), que realizaría sin ayuda si contara con la fuerza, voluntad o con el conocimiento necesario, haciéndolo de tal modo que se le facilite la independencia lo más rápido posible, afirmaba que a medida que cambiase las necesidades del paciente también podía cambiar la definición de enfermería.

Para Henderson su definición de enfermería no era definitiva, consideraba que enfermería cambiaría según la época en que se practicase y que dependía de lo que realizara el personal de salud.

Virginia Henderson incorpora los principios fisiológicos y psicopatológicos a su definición de enfermería en sus innumerables trabajos explicó la importancia de la independencia de enfermería y, a la vez, de su interdependencia con respecto a otras ramas dentro del área de la salud.

Este es un trabajo de tipo documental donde se realiza una breve reseña de su biografía y su teoría de enfermería, la cual se basa en los catorce componentes de enfermería, es decir, en las catorce necesidades básicas del ser humano.¹⁷

VIRGINIA AVENEL HENDERSON (1897-1996)

DATOS BIOGRAFICOS

Nació en Kansas City, Missouri el 19 de Marzo de 1897.

- 1918 a la edad de 21 años inicia sus estudios de enfermería en la Escuela de enfermería del ejército en Washington.
- 1921 se gradúa y trabaja como enfermera en el Henry Street Visiting Nurse Service de Nueva York.
- 1922 inicia su carrera como docente.
- 1926 ingresa al Teachers College de la Universidad de Columbia, donde obtuvo los títulos de Licenciada en 1932 y magíster en arte en 1934.
- 1929 ocupa el cargo de Supervisora Pedagógica en la Clínica Strong Memorial Hospital de Rochester de Nueva York.
- 1930 a su regreso al Teachers College es miembro del profesorado y dicta curso sobre las técnicas de análisis en enfermería y prácticas clínicas en esta Universidad hasta 1948.

¹⁷ Marrinert y Raile Alligood Martha . Modelos y Teorías de Enfermería, quinta edición Edit. Mosby Inc, an Elsevier Science pag 275.

- 1948 hasta 1953 realiza la revisión a la quinta edición del Textbook of the Principles and practice of Nursing, de Berta Harmer publicado en 1939.
- 1955 publica la sexta edición de este libro que contenía la Definición de Enfermería de Virginia Henderson.
- 1959 a 1971 dirige el Proyecto Nursing Studies Index, subvencionado por la Universidad de Yale. Este fue diseñado como un índice de anotaciones en cuatro volúmenes sobre la bibliografía, análisis y literatura histórica de la enfermería desde 1900 hasta 1959.
- 1960 su folleto Basic Principles of Nursing Care para el International Council of Nurse.
- 1953 hasta 1958 trabajo en el Proyecto dirigido por Leo W Simmons, quien edito durante cinco años una Encuesta Nacional sobre la Investigación en Enfermería la cual fue publicada en 1964.
- 1966 publica su obra The Nature of Nursing aquí describe su concepto sobre la función única y primordial de la enfermera.

Durante la década de 1980, permaneció activa como asociada emérita de investigación en la Universidad de Yale.

Es honrada con el primer Premio Christiane Reimann, con el Premio Mary Adelaide Nutting de la National League for Nursing de los Estados Unidos , fue elegida miembro honorario de la American Academy of Nursing, de la Association of Integrated and Degree Courses in Nursing, Londres y de la Royal College of Nursing de Inglaterra .

1983 recibió el Premio Mary Tolle Wright Founders de la Sigma Theta Tau Internacional por su labor de Liderazgo, uno de los más altos honores de esta sociedad.

La Biblioteca Internacional de Enfermería de la Sigma Theta Tau fue bautizada con el nombre de Virginia Henderson.

1978 publica la sexta edición de The Principles of Nursing fue elaborada por Henderson y Gladis Nite, editada por Virginia.

1988, en la convención de la American Nurses Association (ANA) recibió una mención de honor especial por sus contribuciones a la investigación, la formación y a la profesionalidad en la enfermería a lo largo de su vida. Virginia Avenel Henderson fallece a la edad de 99 años, en su casa de muerte natural el 30 de Noviembre de 1996.¹⁸

FUENTES TEORICAS

TENDENCIA Y MODELO

La filosofía de Virginia Henderson se ubica en los Modelos de las necesidades humanas que parten de la teoría de las necesidades humanas para la vida y la salud como núcleo para la acción de enfermería. Pertenece a la Tendencia de suplencia o ayuda, Henderson concibe el papel de la enfermera como la realización de las acciones que el paciente no puede realizar en un determinado momento de su ciclo de vital (enfermedad, niñez, vejez), fomentando, en mayor o menor grado el auto cuidado por parte del paciente, se ubica esta teoría en la categoría de enfermería humanística como arte ciencia .

¹⁸ Ibidem pág 277-278

PRINCIPALES CONCEPTOS Y DEFINICIONES

La teoría de Virginia Henderson es considerada como una filosofía definitoria de enfermería, se basa en las necesidades básicas humanas. La función de la enfermera es atender al sano o enfermo (o ayudar a una muerte tranquila), en todo tipo de actividades que contribuyan a su salud o a recuperarla. Su objetivo es hacer al individuo independiente lo antes posible para cubrir sus necesidades básicas, el cuidado de enfermería se aplica a través del plan de cuidado.

Para Henderson la función de ayuda al individuo y la búsqueda de su independencia lo más pronto posible es el trabajo que la enfermera inicia y controla y en el que es dueña de la situación. Henderson parte de que todos los seres humanos tienen una variedad de necesidades humanas básicas que satisfacer, estas son normalmente cubiertas por cada individuo cuando está sano y tiene el conocimiento suficiente para ello. Las necesidades básicas son las mismas para todos los seres humanos y existen independientemente.

Las actividades que las enfermeras realizan para ayudar al paciente a cubrir estas necesidades se denominan por Henderson como cuidados básicos de enfermería y estos se aplican a través de un plan de cuidado de enfermería, elaborado de acuerdo a las necesidades detectadas en el paciente. ¹⁹

La filosofía de Virginia Henderson se ubica en los Modelos de las necesidades humanas que parten de la teoría de las necesidades humanas para la vida y la salud como núcleo para la acción de enfermería.

¹⁹ Ibidem pág. 279

DEFINICION DE ENFERMERIA

Tiene como única función ayudar al individuo sano o enfermo en la realización de aquellas actividades que contribuya a su salud o recuperación (o una muerte tranquila) que realizaría sin ayuda si tuviese la fuerza, voluntad o conocimiento necesario, haciéndolo de tal modo que se le facilite su independencia lo más rápido posible.

Salud

Es la calidad de salud más que la propia vida, es ese margen de vigor físico y mental lo que permite a una persona trabajar con su máxima efectividad y alcanzar un nivel potencial más alto de satisfacción en la vida.

Entorno

Es el conjunto de todas las condiciones e influencias externas que afectan a la vida y al desarrollo de un individuo.

Persona (paciente)

Es un individuo que necesita ayuda para recuperar su salud, independencia o una muerte tranquila, el cuerpo y el alma son inseparables. Contempla al paciente y a la familia como una unidad.

Necesidades

- ✚ Señala catorce necesidades básicas y estas son:
- ✚ Respirar normalmente.
- ✚ Comer y beber de forma adecuada.
- ✚ Evacuar los desechos corporales.
- ✚ Moverse y mantener una postura adecuada.
- ✚ Dormir y descansar.
- ✚ Elegir la ropa adecuada (vestirse y desvestirse).

- ✚ Mantener una adecuada temperatura del cuerpo seleccionando la ropa y modificando las condiciones ambientales.
- ✚ Mantener higiene corporal, proteger la piel y tener buena apariencia física.
- ✚ Evitar peligros y no dañar a los demás.
- ✚ Comunicarse con otros expresando sus emociones, necesidades, temores u opiniones.
- ✚ Profesar su fe.
- ✚ Actuar de manera que se sienta satisfecho consigo mismo.
- ✚ Participar y disfrutar de diversas actividades recreativas.
- ✚ Aprender, descubrir o satisfacer la curiosidad que conduzcan al desarrollo normal, a la salud y acudir a los centros de salud disponibles. ²⁰

ELEMENTOS DEL PARADIGMA ENFERMERO SEGÚN VIRGINIA HENDERSON

Necesidad.

Es una exigencia vital que la persona debe satisfacer a fin de conservar su equilibrio físico, psicológico, social o espiritual y de asegurar su desarrollo.

1. Necesidad de Oxigenación

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 alveolo pulmonar permiten satisfacer esta necesidad.

2. Necesidad de Nutrición e hidratación

Comer y beber es una 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.

3. Necesidad de eliminación

Eliminar es la necesidad que tiene el organismo de deshacerse de las sustancias perjudiciales e inútiles que resultan del metabolismo. La excreción de los desechos se produce principalmente por la orina y las heces, y también por la transpiración y la espiración pulmonar. Igualmente la menstruación es una eliminación de sustancias inútiles de la mujer no embarazada.

4. Necesidad de Moverse y mantener una buena postura.

Moverse y mantener una buena postura es una necesidad para todo ser vivo, estar en movimiento y movilizar todas las partes del cuerpo, con movimientos coordinados, y mantenerlas bien alineadas permite la

eficiencia de las diferentes funciones del organismo. La circulación sanguínea se ve favorecida por los movimientos y las actividades físicas.

5. Necesidad de Descanso y sueño

Dormir y descansar es una necesidad para todo ser humano, que debe llevarse a cabo en las condiciones y en cantidad suficientes a fin de conseguir un buen rendimiento del organismo.

6. Necesidad de Usar prendas de vestir adecuadas

Vestirse y desvestirse es una necesidad del individuo. Este debe llevar ropa adecuada según las circunstancias (hora del día, actividades) para proteger su cuerpo del rigor del clima (frío, calor, humedad) y permitir la libertad de movimientos. En ciertas sociedades, el individuo se viste por pudor. Si la ropa permite asegurar el bienestar y proteger la intimidad sexual de los individuos, representa también el pertenecer a un grupo, a una ideología o a un estatus social. La ropa puede también convertirse en un elemento de comunicación por la atracción que se suscita entre los individuos.

7. Necesidad de Termorregulación

Mantener la temperatura corporal dentro de los límites normales es una necesidad para el organismo. Este debe conservar una temperatura más o menos constante (la oscilación normal se sitúa entre 36.5 a 37.5° c) para mantener un buen estado.

8. Necesidad de Higiene y protección de la piel

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 esta actúe como protección contra cualquier penetración en el organismo de polvo, microbios, etc.

9. Necesidad de Evitar peligros.

Evitar peligros es una necesidad de todo ser humano. Debe protegerse de toda agresión externa e interna, para mantener así su integridad física y psicológica.

10. Necesidad de Comunicarse.

La necesidad de comunicar es una obligación que tiene el ser humano, de intercambio con sus semejantes. Comunicarse es 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.

11. Necesidad de Vivir según sus creencias y valores

Actuar según sus creencias y valores es una necesidad para todo individuo; hacer gestos, actos conformes a su noción personal del bien y del mal y de la justicia, y la persecución de una ideología.

12. Necesidad de Trabajar y realizarse

Ocuparse para realizarse es una necesidad para todo individuo; este debe llevar a cabo actividades que le permitan satisfacer sus necesidades o ser útil a los demás. Las acciones que el individuo lleva a cabo le permiten desarrollar su sentido creador y utilizar su potencial al máximo. La gratificación que el individuo recibe una vez realizadas sus acciones, puede permitirle llegar a una total plenitud.

13. Necesidad de Jugar y participar en actividades recreativas.

Recrearse es una necesidad para el ser humano; divertirse con una ocupación agradable con el objetivo de obtener un descanso físico y psicológico.

14. Necesidad de Aprendizaje

Aprender es una necesidad para el 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.

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

Estas necesidades son comunes a todos los individuos , si bien cada persona tiene la habilidad y capacidad de satisfacerlas de modo diferente con el fin de crecer y desarrollarse; las diferencias personales en la satisfacción de las 14 necesidades básicas vienen determinadas por los aspectos biológicos, psicológicos, socioculturales, espirituales, inherentes a cada persona; así como la estrecha interrelación existente entre las diferentes necesidades, que implica que cualquier modificación en cada una de ellas pueda dar modificaciones en las restantes. ²¹

Independencia.

Consecución de un nivel aceptable de satisfacción de las necesidades de la persona, que adopta, en función de su estado, comportamientos apropiados, o que realiza por si misma algunas acciones si ayuda ajena.

21 REIOPELLE LISE, GRANDIN LOVISE, PHANNEVF M. Cuidados de enfermería, edit. Mc Graw – Hill Interamericana pag. 7 – 68.

Dependencia.

Incapacidad de la persona para adoptar comportamientos apropiados para realizar por si misma, sin ayuda, las acciones que le permitirían, en función de su estado, alcanzar un nivel aceptable de satisfacción de sus necesidades. 22

Independencia	Dependencia				
Nivel 0	Nivel 1	Nivel 2	Nivel 3	Nivel 4	Nivel 5
La persona satisface por sí misma sus necesidades de un modo aceptable que permite asegurar su homeostasia. Sigue adecuadamente un tratamiento o utiliza un aparato, un dispositivo de apoyo o una prótesis sin ayuda.	La persona necesita a alguien para que le enseñe como hacer para conservar o recuperar su independencia y asegurar su homeostasia, para asegurarse de que lo hace bien o para que le preste alguna ayuda.	La persona necesita a alguien para seguir adecuadamente un tratamiento, o para utilizar un aparato, un dispositivo de apoyo o una prótesis.	La persona debe contar con alguien para realizar las acciones necesarias para la satisfacción de sus necesidades, o para su tratamiento, pero no puede participar mucho en ello.	La persona debe contar con alguien para realizar las acciones necesarias para la satisfacción de sus necesidades o para su tratamiento, y apenas puede participar en ello.	La persona debe confiar enteramente en alguien para satisfacer sus necesidades, o para aplicar su tratamiento, y no puede de ningún modo participar en ello.

FUENTES DE DIFICULTAD.

Virginia Hendersón identifica tres fuentes de dificultad: una falta de fuerza, una falta de voluntad y una falta de conocimientos.

La fuente de dificultad es la causa de la dependencia del individuo, es decir, cualquier impedimento mayor para la satisfacción de una o varias.

22 PHANEUF MARGOT. La planificación de los cuidados enfermeros Edit. Mc Graw – Hill Interamericana pág. 15, 16 y 17

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

Cabe añadir que la presencia de estas tres causas o de alguna de ellas puede dar lugar a una dependencia total o parcial así como temporal o permanente. El tipo de actuación (de suplencia o ayuda) estará predeterminado por el grado de dependencia identificado. ²³

SUPUESTOS PRINCIPALES

La enfermera tiene como única función ayudar a individuos sanos o enfermos, actúa como miembro del equipo de salud, posee conocimientos tanto de biología como sociología, puede evaluar las necesidades humanas básicas. La persona debe mantener su equilibrio fisiológico y emocional, el cuerpo y la mente son inseparables, requiere ayuda para conseguir su independencia.

²³ ALFARO ROSALINDA. Aplicación del proceso de enfermería..Guia práctica segunda edición. Edit.Doyma, Barcelona España.,1992.

La salud calidad de vida, es fundamental para el funcionamiento humano, requiere independencia e interdependencia, favorecer la salud es más importante que cuidar al enfermo

Las personas sanas pueden controlar su entorno, la enfermera debe formarse en cuestiones de seguridad, proteger al paciente de lesiones mecánicas.

AFIRMACIONES TEORICAS

Relación enfermera – paciente:

Se establecen tres niveles en la relación enfermera paciente y estos son:

- **La enfermera como sustituta del paciente:** este se da siempre que el paciente tenga una enfermedad grave, aquí la enfermera es un sustituto de las carencias del paciente debido a su falta de fortaleza física, voluntad o conocimiento.
- **La enfermera como auxiliar del paciente:** durante los periodos de convalecencia la enfermera ayuda al paciente para que recupere su independencia.
- **La enfermera como compañera del paciente:** la enfermera supervisa y educa al paciente pero es él quien realiza su propio cuidado.

RELACIÓN ENFERMERA – MÉDICO:

La enfermera tiene una función especial, diferente al de los médicos, su trabajo es independiente, aunque existe una gran relación entre uno y otro dentro del trabajo, hasta el punto de que algunas de sus funciones se superponen.

RELACIÓN ENFERMERA – EQUIPO DE SALUD:

La enfermera trabaja en forma independiente con respecto a otros profesionales de salud. Todos se ayudan mutuamente para completar el programa de cuidado al paciente pero no deben realizar las tareas ajenas ²⁴

MÉTODO LOGICO

Henderson utilizó el método deductivo de razonamiento lógico para desarrollar su teoría. Dedujo esta definición y las catorce necesidades de su modelo de los principios psicológicos y fisiológicos.

NECESIDADES HUMANAS BÁSICAS

Estas necesidades comunes a toda persona, enferma o sana, son:

- 1 - Respirar con normalidad.
- 2 - Beber y comer adecuadamente.
- 3 - Eliminar los desechos del organismo.
- 4 - Moverse y mantener una posición adecuada.
- 5 - Dormir y descansar.
- 6 - Seleccionar la vestimenta adecuada.
- 7 - Mantener una temperatura corporal normal.
- 8 - Mantener la higiene.
- 9 - Evitar los peligros del entorno.
- 10 - Comunicarse con otras personas
- 11 - Practicar su religión y/o actuar según sus creencias
- 12 - Sentirse realizado con lo que hace.
- 13 - Participar en actividades recreativas.
- 14 - Aprender, descubrir y satisfacer la curiosidad.

²⁴ Ibidem pág 36

PARADIGMAS

"La clasificación de los modelos de enfermería como paradigma, que aplicaba conceptos metaparadigmáticos como los de persona, entorno, salud y enfermería, contempla los trabajos en este campo de un modo que mejora la comprensión del desarrollo del conocimiento y arroja luz sobre el avance de la ciencia de la enfermería dentro de las visiones contempladas por estos paradigmas" En este sentido se presentan 3 paradigmas: categorización, integración y transformación, que a la vez se han fundamentado en las diferentes corrientes de pensamiento que han servido para orientar la disciplina de enfermería.

PARADIGMA DE LA CATEGORIZACIÓN

Corriente que comenzó a desarrollarse a finales del siglo XIX y principios del siglo XX y en la que la visión lineal y la búsqueda de un factor casual eran la base de todos sus elementos, manifestaciones que poseen características bien definidas y medibles mediante el análisis, el razonamiento y la argumentación lógica. En este paradigma se distinguen dos orientaciones: la centrada en la salud pública y la centrada en la enfermedad y unida a la práctica médica. ²⁵

ORIENTACIÓN CENTRADA EN LA SALUD PÚBLICA

Se sitúa temporalmente entre los siglos XVIII y XIX y está caracterizada por "la necesidad de mejorar la salubridad y de controlar las enfermedades infecciosas en los medios clínicos y comunitarios."³

Desde la línea que marca esta orientación se pueden explicar los conceptos metaparadigmáticos de enfermería: la persona, el entorno, la salud y el cuidado.

25 ANN MARRINER T Y MARTHA RAILE ALLIGOOD Modelos y teorías de enfermería, Quinta Edición Edit. Mosby Inc, an Elsevier Science pag. 296.

- La persona, posee la capacidad de cambiar su situación.
- El entorno, comprende los elementos externos a la persona que son válidos, tanto para la recuperación de la salud como para la prevención de la enfermedad.
- La salud, es "la voluntad de utilizar bien la capacidad que tenemos". Sólo la naturaleza cura y el paciente por tanto deberá poner toda su capacidad al servicio de la naturaleza, para que esta pueda desarrollar plenamente su efecto de curación.
- El cuidado, es la intervención que la enfermera realiza mediante reglas aprendidas y que sirve para proporcionar el entorno adecuado que permita actuar a la naturaleza y recuperar la salud.

ORIENTACIÓN CENTRADA EN LA ENFERMEDAD Y UNIDA A LA PRÁCTICA MÉDICA

Surge cuando comienzan a poder controlarse las enfermedades infecciosas, a partir del siglo XIX. El significado de los elementos que forman el metaparadigma según esta orientación es el siguiente:

- La persona, es un todo formado por la suma de partes independientes entre sí y además, no participa en su cuidado.
- El entorno, es independiente de la persona y algo que se puede controlar y manipular.
- La salud, es la ausencia de enfermedad, un estado deseable.
- El cuidado, es aquel que ofrece la enfermera experta en conocimientos y habilidades, con el fin de suplir las incapacidades y déficits que surjan en la persona.

La representación principal del paradigma con la orientación centrada en la enfermedad y unida a la práctica médica está reflejada en F. Nightingale, por el interés del control del medio ambiente demostrado en sus escritos y la importancia de la influencia que la naturaleza ejerce sobre la recuperación de la salud de las personas.

Otros enfermeros como Henderson, Hall y Watson suponen la transición entre los diversos paradigmas, especialmente porque dan paso al de la integración, en ellos ya se avisa que la experiencia de salud-enfermedad supera la linealidad y comienza a considerar la persona en su integralidad, en interacción con el entorno. ²⁶

PARADIGMA DE LA INTEGRACIÓN

Corriente que supondría una prolongación del paradigma de la categorización, ya que las concepciones del modelo exclusivamente biomédicas se irían transformando en orientaciones dirigidas hacia la visión global de la persona como centro de la práctica de enfermería. El surgimiento de nuevas teorías (teoría de la motivación, del desarrollo y de los sistemas) y la evolución del pensamiento ponen de manifiesto el reconocimiento de la importancia que tiene el ser humano para la sociedad y en la disciplina de enfermería; se establece una clara diferencia entre ella y la disciplina médica. La diferencia con el paradigma de categorización radica en que ahora debe considerarse el contexto en el que se produce el fenómeno para poder llegar a comprenderlo y explicarlo. Los trabajos de enfermería de V.Henderson, H. Peplau y D. Orem quedan enmarcados dentro de este paradigma. Según esta orientación, en los conceptos del metaparadigma de enfermería se observa que:

²⁶ Ibidem pág 298

- La persona, es un todo formado por la suma de las partes que están interrelacionadas entre sí, en búsqueda constante de las mejores condiciones para detener o mantener su salud y bienestar.
- El entorno, constituido por los diversos contextos en los que vive la persona, supone una interacción constante en forma de estímulos positivos, negativos y de reacciones de adaptación.
- La salud, es un ideal que se debe conseguir; es decir, adquiere identidad y pierde su subordinación a la enfermedad. Salud y enfermedad son dos entidades distintas que coexisten e interaccionan de manera dinámica.
- El cuidado, amplía su objetivo y se dirige a mantener la salud de la persona en todas sus dimensiones; lo que significa que se llevará a cabo para recuperar a la persona de su enfermedad, prevenir dicha enfermedad e incluso, fomentar su salud. La enfermedad aplica el cuidado después de identificar la necesidad de ayuda de la persona y considerar sus percepciones y su integralidad.

Puede decirse que el paradigma de la integración reconoce la disciplina de enfermería claramente diferenciada de la disciplina médica, con orientación hacia la persona en su integralidad y en interacción constante con el entorno. La mayoría de las concepciones o modelos de enfermería se han desarrollado bajo este prisma, guían la práctica y sirven de base para el desarrollo de conocimientos de la ciencia de enfermería. ²⁷

²⁷ Ibidem 301

PARADIGMA DE LA TRANSFORMACIÓN

Corriente que representa un cambio sin precedentes, se da una apertura social hacia el mundo. La Enfermería, inspirada en esta nueva situación dinámica, compleja, va experimentando también una transformación que ha desarrollado nuevas concepciones de la disciplina y suponen una orientación de apertura al mundo. Los modelos y teorías propuestos por R.R. Porse, M.Newman, M. Rogers y Walson quedan encerrados dentro de este paradigma. Esta nueva orientación de apertura social influye decisivamente en la disciplina de enfermería y sitúa los conceptos del metaparadigma de la siguiente manera:

- La persona, es un todo indivisible que orienta los cuidados según sus prioridades. Es además indisoluble de su universo, en relación mutua y simultánea con el entorno cambiante. La persona, por tanto, coexiste con el medio.
- La salud, es un valor y una experiencia que cada persona la vive desde una perspectiva diferente, va más allá de la enfermedad, pero a la vez esta sirve para el proceso de cambio continuo de las personas. Es una experiencia que engloba la unidad ser humano-entorno.
- El entorno, es ilimitado, es el conjunto del universo.

El cuidado, se dirige a la consecución del bienestar del la persona, tal y como ella lo define. De este modo, la intervención de enfermería supone respeto e interacción del que ambos, persona-enfermera, se benefician para desarrollar el potencial propio. 28

PROCESO DE ENFERMERÍA

Es un método sistemático y organizado de administrar cuidados de enfermería individualizados, que se centra en la identificación y tratamiento de las respuestas únicas de la persona o grupos a las alteraciones de salud reales o potenciales, consta de cinco etapas, valoración, diagnóstico, planificación, ejecución, y evaluación durante las cuales la enfermera realiza acciones deliberadas para lograr los objetivos últimos de enfermería, que son:

OBJETIVOS

El objetivo principal del proceso de enfermería es constituir una estructura que pueda cubrir, individualizándolas, las necesidades del paciente, la familia y la comunidad. También:

- Identificar las necesidades reales y potenciales del paciente, familia y comunidad.
- Establecer planes de cuidados individuales, familiares o comunitarios.
- Actuar para cubrir y resolver los problemas, prevenir o curar la enfermedad.

DESARROLLO DEL PROCESO DE ENFERMERÍA.

Hace falta una interacción entre el personal de enfermería y el paciente además de tener una serie de capacidades:

- Capacidad técnica
- Capacidad intelectual (emitir planes de cuidados eficaces y con fundamento científico).

- Capacidad de relación (saber mirar, empatía y obtener el mayor número de datos para valorar)

VENTAJAS

La aplicación del Proceso de Enfermería tiene repercusiones sobre la profesión, el cliente y sobre la enfermera; profesionalmente, el proceso enfermero define el campo del ejercicio profesional y contiene las normas de calidad; el cliente es beneficiado, ya que mediante este proceso se garantiza la calidad de los cuidados de enfermería; para el profesional enfermero se produce un aumento de la satisfacción, así como de la profesionalidad.

PARA EL PACIENTE SON:

- Participación en su propio cuidado.
- Continuidad en la atención.
- Mejora la calidad de la atención.

PARA LA ENFERMERA:

- Se convierte en experta.
- Satisfacción en el trabajo.
- Crecimiento profesional.

CARACTERISTICAS

- Tiene una finalidad: Se dirige a un objetivo.
- Es sistemático: Implica partir de un planteamiento organizado para alcanzar un objetivo.
- Es dinámico: Responde a un cambio continuo.

- Es interactivo: Basado en las relaciones recíprocas que se establecen entre la enfermera y el paciente, su familia y los demás profesionales de la salud.
- Es flexible: Se puede adaptar al ejercicio de la enfermería en cualquier lugar o área especializada que trate con individuos, grupos o comunidades. Sus fases pueden utilizarse sucesiva o conjuntamente.
- Tiene una base teórica: El proceso ha sido concebido a partir de numerosos conocimientos que incluyen ciencias y humanidades, y se puede aplicar a cualquier modelo teórico de enfermería. 29

VALORACIÓN

Es la primera fase proceso de enfermería, pudiéndose definir como el proceso organizado y sistemático de recogida y recopilación de datos sobre el estado de salud del paciente a través de diversas fuentes: éstas incluyen al paciente como fuente primaria, al expediente clínico, a la familia o a cualquier otra persona que dé atención al paciente. Las fuentes secundarias pueden ser revistas profesionales, los textos de referencia.

Las enfermeras y enfermeros deben poseer unos requisitos previos para realizar una adecuada valoración del cliente, estos requisitos previos son:

- Las convicciones del profesional: conforman la actitud y las motivaciones del profesional, lo que piensa, siente y cree sobre la enfermería, el hombre, la salud, la enfermedad, etc. Estas convicciones se consideran constantes durante el proceso.

- Los conocimientos profesionales: deben tener una base de conocimientos sólida, que permita hacer una valoración del estado de salud integral del individuo, la familia y la comunidad. Los conocimientos deben abarcar también la resolución de problemas, análisis y toma de decisiones.
- Habilidades: en la valoración se adquieren con la utilización de métodos y procedimientos que hacen posible la toma de datos.
- Comunicarse de forma eficaz. Implica el conocer la teoría de la comunicación y del aprendizaje.
- Observar sistemáticamente. Implica la utilización de formularios o guías que identifican los tipos específicos de datos que necesitan recogerse.
- Diferenciar entre signos e inferencias y confirmar las impresiones. 30

La sistemática a seguir puede basarse en distintos criterios:

- Criterios de valoración siguiendo un orden de "cabeza a pies": sigue el orden de valoración de los diferentes órganos del cuerpo humano, comenzando por el aspecto general desde la cabeza hasta las extremidades, dejando para el final la espalda, de forma sistemática.
- **Criterios de valoración por "sistemas y aparatos":** se valora el aspecto general y las constantes vitales, y a continuación cada sistema o aparato de forma independiente, comenzando por las zonas más afectadas.

30 Ibidem 15-18

- **Criterios de valoración por "patrones Funcionales de Salud":** la recogida de datos pone de manifiesto los hábitos y costumbres del individuo/familia determinando el funcionamiento positivo, alterado o en situación de riesgo con respecto al estado de Salud.

En las valoraciones posteriores, tenemos que:

- Confirmar los problemas de salud que hemos detectado.
- Análisis y comparación del progreso o retroceso del paciente.
- Determinación de la continuidad del plan de cuidados establecido.
- Obtención de nuevos datos que nos informen del estado de salud del paciente.

En la recogida de datos necesitamos:

- Conocimientos científicos.
- Habilidades técnicas e interprofesionales
- Convicciones
- Capacidad creadora
- Sentido común.
- Flexibilidad.

Tipos de datos a recoger :

Un dato es una información concreta, que se obtiene del paciente, referido a su estado de salud o las respuestas del paciente como consecuencia de su estado .

Nos interesa saber las características personales, capacidades ordinarias en las actividades, naturaleza de los problemas, estado actual de las capacidades .

Tipos de datos:

Datos subjetivos: No se pueden medir y son propios de paciente . lo que la persona dice que siente o percibe. Solamente el afectado los describe y verifica. (Sentimientos)

Datos objetivos: se pueden medir por cualquier escala o instrumento (cifras de la tensión arterial)

Datos históricos – antecedentes: Son aquellos hechos que han ocurrido anteriormente y comprenden hospitalizaciones previas, enfermedades crónicas o patrones y pautas de comportamiento (eliminación, adaptaciones pasadas, etc.). Nos ayudan a referenciar los hechos en el tiempo. (Hospitalizaciones previas)

Datos actuales: son datos sobre el problema de salud actual .³¹

Métodos para obtener datos:

Entrevista Clínica:

Es la técnica indispensable en la valoración, ya que gracias a ella obtenemos el mayor número de datos.

Existen dos tipos de entrevista, ésta puede ser formal o informal.

La entrevista formal.- consiste en una comunicación con un propósito específico, en la cual la enfermera realiza la historia del paciente.

El aspecto informal.- de la entrevista es la conversación entre enfermera y paciente durante el curso de los cuidados.

³¹ Ibidem pág 19 -23

La entrevista es un proceso que tiene cuatro finalidades, éstas son

- Obtener información específica y necesaria para el diagnóstico enfermero y la planificación de los cuidados.
- Facilitar la relación enfermera/paciente.
- Permitir al paciente informarse y participar en la identificación de sus problemas y en el planteamiento de sus objetivos.
- Ayudar a la enfermera a determinar que otras áreas requieren un análisis específico a lo largo de la valoración.

La entrevista consta de tres partes: Iniciación, cuerpo y cierre

- **Iniciación:** Se comienza por una fase de aproximación y se centra en la creación de un ambiente favorable, en donde se desarrolla una relación interpersonal positiva.
- **Cuerpo:** La finalidad de la conversación en esta parte se centra en la obtención de la información necesaria. Comienza a partir del motivo de la consulta o queja principal del paciente y se amplía a otras áreas como historial médico, información sobre la familia y datos sobre cuestiones culturales o religiosas. Existen formatos estructurados o semiestructurados para la recogida sistematizada y lógica de la información pertinente sobre el paciente.
- **Cierre:** Es la fase final de la entrevista No se deben introducir temas nuevos. Es importante resumir los datos más significativos. También constituye la base para establecer las primeras pautas de planificación.

La entrevista clínica tiene que ser comprendida desde dos ámbitos:

- Un ámbito interpersonal en el que dos o más individuos se ponen en contacto y se comunican.

- Otro ámbito de la entrevista es el de una habilidad técnica. 32

TECNICAS VERBALES

- El interrogatorio permite obtener información, aclarar respuestas y verificar datos.
- La reflexión o reformulación, consiste en repetir o expresar de otra forma lo que se ha comprendido de la respuesta del paciente, permite confirmar y profundizar en la información.
- Las frases adicionales, estimula la continuidad del proceso verbal de la entrevista.
- Las técnicas no verbales: Facilitan o aumentan la comunicación mientras se desarrolla la entrevista, estos componentes no verbales son capaces de transmitir un mensaje con mayor efectividad incluso que las palabras habladas, las más usuales son:
 - Expresiones faciales.
 - La forma de estar y la posición corporal.
 - Los gestos.
 - El contacto físico.
 - La forma de hablar.
 - Empatía: Entendemos por empatía la capacidad de comprender y transmitirle comprensión.
 - Calidez: Es la proximidad afectiva entre el paciente y el entrevistador.

- Respeto: Es la capacidad del entrevistador para transmitir al paciente que su problema le atañe, y que se preocupa por él preservando su forma de pensar, sus valores ideológicos y éticos
- Concreción: Es la capacidad del entrevistador para delimitar los objetivos mutuos y compartidos de la entrevista 33

La observación

En el momento del primer encuentro con el paciente, la enfermera comienza la fase de recolección de datos por la observación, que continua a través de la relación enfermera-paciente.

Es el segundo método básico de valoración, la observación sistemática implica la utilización de los sentidos para la obtención de información tanto del paciente, como de cualquier otra fuente significativa y del entorno, así como de la interacción de estas tres variables. La observación es una habilidad que precisa práctica y disciplina. Los hallazgos encontrados mediante la observación han de ser posteriormente confirmados o descartados.³⁴

EXPLORACION FISICA

La actividad final de la recolección de datos es el examen físico. Debe explicarse al paciente en qué consiste el examen y pedir permiso para efectuarlo.

33LUIS,RTM.Diagnósticos enfermeros. Revisión crítica y guía práctica.Edit.Masson.Madrid,España,1999.pág 124.

34 Ibidem

Exploración física. Se centra en: determinar en Profundidad la respuesta de la persona al proceso de la enfermedad, obtener una base de datos para poder establecer comparaciones y valorar la eficacia de las actuaciones, confirmar los datos subjetivos obtenidos durante la entrevista. La enfermera utiliza cuatro técnicas específicas: inspección, palpación, percusión y auscultación.

- **Inspección:** es el examen visual cuidadoso y global del paciente, para determinar estados o respuestas normales o anormales. Se centra en las características físicas o los comportamientos específicos (tamaño, forma, posición, situación anatómica, color, textura, aspecto, movimiento y simetría).
- **Palpación:** Consiste en la utilización del tacto para determinar ciertas características de la estructura corporal por debajo de la piel (tamaño, forma, textura, temperatura, humedad, pulsos, vibraciones, consistencia y movilidad). Esta técnica se utiliza para la palpación de órganos en abdomen. Los movimientos corporales y la expresión facial son datos que nos ayudarán en la valoración.
- **Percusión:** implica el dar golpes con uno o varios dedos sobre la superficie corporal, con el fin de obtener sonidos. Los tipos de sonidos que podemos diferenciar son:
 - **Sordos:** aparecen cuando se percuten músculos o huesos.
 - **Mates:** aparecen sobre el hígado y el bazo.
 - **Hipersonoros:** aparecen cuando percutimos sobre el pulmón normal lleno de aire.
 - **Timpánicos:** se encuentra al percutir el estómago lleno de aire o un carrillo de la cara.

- **Auscultación:** consiste en escuchar los sonidos producidos por los órganos del cuerpo. Se utiliza el estetoscopio y determinamos características sonoras de pulmón, corazón e intestino. También se pueden escuchar ciertos ruidos aplicando solo la oreja sobre la zona a explorar.

Diferentes formas de abordar un examen físico:

- Desde la cabeza a los pies: Este enfoque comienza por la cabeza y termina de forma sistemática Y simétrica hacia abajo, a lo largo del cuerpo hasta llegar a los pies.
- Por sistemas corporales o aparatos, nos ayudan a especificar que sistemas precisan más atención.
- Por patrones funcionales de salud, permite la recogida ordenada para centrarnos en áreas funcionales concretas. 35

DIAGNÓSTICO

Es un enunciado del problema real o en potencia del paciente que requiera de la intervención de enfermería con el objeto de resolverlo o disminuirlo, se expone el proceso mediante el cual estaremos en condiciones de establecer un problema clínico y de formularlo para su posterior tratamiento.

- Diagnóstico de enfermería real se refiere a una situación que existe en el momento actual.
- Problema potencial se refiere a una situación que puede ocasionar dificultad en el futuro.

Un diagnóstico de enfermería no es sinónimo de uno médico.

35 PHANEUF MARGOT. Cuidados de Enfermería. El proceso de atención de enfermería. México 1993 Interoamericana Mc Graw – Hill. Pág 28

Las funciones de Enfermería tienen tres dimensiones:

- La dimensión dependiente de la de la enfermera, incluye aquellos problemas que son responsabilidad directa del médico que es quien designa las intervenciones que deben realizar las enfermeras. La responsabilidad de la enfermera es administrar el tratamiento médico prescrito.
- La dimensión interdependiente de la enfermera, se refiere a aquellos problemas o situaciones cuya prescripción y tratamiento colaboran las enfermeras y otros profesionales de la salud, se describen como problemas colaborativo o interdependiente, y son complicaciones fisiológicas que las enfermeras controlan para detectar su inicio o su evolución y colaboran con los otros profesionales para un tratamiento conjunto definitivo
- **Dimensión independiente de la enfermera:** es toda aquella acción que es reconocida legalmente como responsabilidad de Enfermería, y que no requiere la supervisión o dirección de otros profesionales. ³⁶

Diagnósticos aceptados por la NANDA:

Hay que considerar la importancia de los beneficios específicos de una taxonomía diagnóstica en los distintos ámbitos del que hacer profesional. Los Diagnósticos enfermeros pueden contribuir a la consolidación de la disciplina en Enfermería mediante líneas de investigación dirigidas a:

- Determinar la compatibilidad de una taxonomía con cada uno de los modelos conceptuales.
- Validar en distintos ámbitos culturales las características definitorias y los factores relacionados de los Diagnósticos de Enfermería aceptados.

³⁷ Ibidem pág 29-30

- Comparar la eficacia de las diversas intervenciones propuestas ante un mismo Diagnóstico.
- Realizar el análisis epidemiológico de los diagnósticos que presenta una población determinada
- Identificar nuevas áreas de competencia en Enfermería, o completar las ya identificadas, mediante el desarrollo y validación de nuevos Diagnósticos.

Tipos de diagnósticos:

- **Real:** representa un estado que ha sido clínicamente validado mediante características definitorias principales identificable, el enunciado debe ser descriptivo de la definición del Diagnóstico y las características que lo definen.
- **Alto Riesgo:** es un juicio clínico de que un individuo, familia o comunidad son más vulnerables a desarrollar el problema que otros en situación igual o similar. Para respaldar un Diagnóstico potencial se emplean los factores de riesgo.
- **Posible:** son enunciados que describen un problema sospechado para el que se necesitan datos adicionales. La enfermera debe confirmar o excluir.
- **De bienestar:** juicio clínico respecto a una persona, grupo o comunidad en transición desde un nivel específico de bienestar hacia un nivel más elevado. La enfermera puede inferir esta capacidad basándose en i los deseos expresos de la persona o de grupo por la Educación para la Salud. 38

PLANIFICACIÓN DE LOS CUIDADOS DE ENFERMERÍA

En esta fase se trata de establecer y llevar a cabo unos cuidados de enfermería, que conduzcan al cliente a prevenir, reducir o eliminar los problemas detectados.

Etapas en el Plan de Cuidados

- **Establecer prioridades en los cuidados.** Selección. Todos los problemas y/o necesidades que pueden presentar una familia y una comunidad raras veces pueden ser abordados al mismo tiempo, por falta de disponibilidad de la enfermera, de la familia, posibilidades reales de intervención, falta de recursos económicos, materiales y humanos. Por tanto, se trata de ordenar jerárquicamente los problemas detectados.
- **Planteamiento de los objetivos del cliente con resultados esperados.** Esto es, determinar los criterios de resultado. Describir los resultados esperados, tanto por parte de los individuos y/o de la familia como por parte de los profesionales.

Son necesarios porque proporcionan la guía común para el equipo de Enfermería, de tal manera que todas las acciones van dirigidas a la meta propuesta. Igualmente formular objetivos permite evaluar la evolución del usuario así como los cuidados proporcionados.

Deben formularse en términos de conductas observables o cambios mensurables, realistas y tener en cuenta los recursos disponibles. En el trato con grupos familiares hay que tener en cuenta que el principal sistema de apoyo es la familia, sus motivaciones, sus conocimientos y capacidades... así como los recursos de la comunidad. Se deben fijar a corto y largo plazo.

Por último es importante que los objetivos se decidan y se planteen de acuerdo con la familia y/o la comunidad, que se establezca un compromiso de forma que se sientan implicadas ambas partes, profesional y familia/comunidad.

Para un Diagnóstico de Enfermería real, las actuaciones van dirigidas a reducir o eliminar los factores concurrentes o el Diagnóstico, promover un mayor nivel de bienestar, monitorizar la situación.

Para un Diagnóstico de Enfermería de alto riesgo las intervenciones tratan de reducir o eliminar los factores de riesgo, prevenir la presentación del problema, monitorizar su inicio.

Para un Diagnóstico de Enfermería posible las intervenciones tratan de recopilar datos adicionales para descartar o confirmar el Diagnóstico. Para los problemas interdisciplinarios tratan de monitorizar los cambios de situación, controlar los cambios de situación con intervenciones prescritas por la enfermera o el médico y evaluar la respuesta. ³⁹

PRIORIDADES:

Es un paso en la fase de planeación en la que se debe priorizar, qué problemas serán los que se incluyan en el plan de cuidados y por tanto tratados, éstos deben consensuarse con el cliente, de tal forma que la no realización de este requisito puede conducirnos a errores y a pérdidas de tiempo, por el contrario su uso nos facilitará aun más la relación terapéutica.

³⁹ Ibidem pág 36-38

PLANTEAMIENTO DE LOS OBJETIVOS

Debemos definir los objetivos que nos proponemos con respecto a cada paciente, los objetivos sirven para:

- Dirigir los cuidados.
- Identificar los resultados esperados.
- Medir la eficacia de las actuaciones.

Normas generales para la descripción de objetivos

- Escribir los objetivos en términos que sean observables y puedan medirse.
- Describir los objetivos en forma de resultados o logros a alcanzar, y no como acciones de enfermería.
- Elaborar objetivos cortos.
- Hacer específicos los objetivos.
- Cada objetivo se deriva de sólo un diagnóstico de enfermería.
- Señalar un tiempo específico para realizar cada objetivo.

Los objetivos de enfermería se describen en el tiempo a:

- **Objetivos a corto plazo:** Son los resultados que pueden lograrse de modo favorable y rápido, en cuestión de horas o días. Estos son adecuados especialmente para establecer la atención inmediata en situaciones de urgencia cuando los pacientes son inestables y los resultados a largo plazo son inciertos.

- **Mediano plazo:** para un tiempo intermedio, estos objetivos son también intermedios, de tal forma que, podamos utilizarlos para reconocer los logros del paciente y mantener la motivación.
- **Objetivos a largo plazo:** Son los resultados que requieren de un tiempo largo. 40

ACTUACIONES DE ENFERMERÍA

Las actuaciones enfermeras son aquellas intervenciones específicas que van dirigidas a ayudar al paciente al logro de los resultados esperados. Para ello se elaborarán acciones focalizadas hacia las causas de los problemas

El paciente y los familiares deben participar, siempre que sea posible, en las decisiones relativas a las intervenciones enfermeras encaminadas al logro de los objetivos.

- **Dependientes:** Son las actividades relacionadas con la puesta en práctica de las actuaciones médicas. Señalan la manera en que se ha de llevar a cabo una actuación médica
- **Interdependientes:** Son aquellas actividades que la enfermera lleva a cabo junto a otros miembros del equipo de salud. Estas actuaciones pueden implicar la colaboración de asistentes sociales, expertos en nutrición, fisioterapeutas médicos, etc.

- **Independientes:** Son aquellas actividades de la enfermería dirigidas hacia las respuestas humanas que está legalmente autorizada a atender, gracias a su formación y experiencia práctica son actividades que no requieren la orden previa de un médico. ⁴¹

Enfermería planifica actuaciones en las diferentes áreas de la salud, la enfermedad y el desarrollo humano:

- Promoción de la salud.
- Prevenir las enfermedades.
- Restablecer la salud.
- Rehabilitación.
- Acompañamiento en los estados agónicos.

Acciones de enfermería en un plan de cuidados :

- Realizar valoraciones de enfermería para identificar nuevos problema/diagnósticos de enfermería
- Realizar la educación sanitaria del paciente para capacitarle en conocimientos, actitudes y habilidades.
- Aconsejar acerca de las decisiones de sus propios cuidados.
- Consulta y remisión a otros profesionales.
- Realización de acciones terapéuticas específicas de enfermería
- Ayudar a los pacientes a realizar las actividades por si mismos. ⁴²

⁴¹ IYER TAPTICH,BERNOCCHI Proceso y diagnostico de enfermeria. Segunda edición. México,1997.pág 14-16

⁴² Ibidem

EJECUCIÓN

La fase de ejecución es la cuarta etapa del plan de cuidados, es en esta etapa cuando realmente se pone en práctica el plan de cuidados elaborado. La ejecución, implica las siguientes actividades enfermeras:

- Continuar con la recogida y valoración de datos.
- Realizar las actividades de enfermería.
- Anotar los cuidados de enfermería Existen diferentes formas de hacer anotaciones, como son las dirigidas hacia los problemas
- Dar los informes verbales de enfermería
- Mantener el plan de cuidados actualizado. ⁴³

EVALUACIÓN

La evaluación se define como la comparación planificada y sistematizada entre el estado de salud del paciente y los resultados esperados.

El proceso de evaluación consta de dos partes

- Recogida de datos sobre el estado de salud/problema/diagnóstico que queremos evaluar.
- Comparación con los resultados esperados y un juicio sobre la evolución del paciente hacia la consecución de los resultados esperados.

La evaluación es un proceso que requiere de la valoración de los distintos aspectos del estado de salud del paciente.

⁴³ Ibidem pág 19

1.- Aspecto general y funcionamiento del cuerpo:

- Observación directa, examen físico.
- Examen de la historia clínica

2.- Señales y Síntomas específicos

- Observación directa
- Entrevista con el paciente.
- Examen de la historia

3.- Conocimientos :

- Entrevista con el paciente
- Cuestionarios

4.- Capacidad psicomotora (habilidades).

- Observación directa durante la realización de la actividad

5.- Estado emocional :

- Observación directa, mediante lenguaje corporal y expresión verbal de emociones.
- Información dada por el resto del personal

6.- Situación espiritual

- Entrevista con el paciente.
- información dada por el resto del personal.⁴⁴

RESULTADOS ESPERADOS

- El paciente ha alcanzado el resultado esperado.

44 Ibidem pág 22

- El paciente está en proceso de lograr el resultado esperado, nos puede conducir a plantearse otras actividades.
- El paciente no ha alcanzado el resultado esperado y no parece que lo vaya a conseguir. En este caso podemos realizar una nueva revisión del problema, de los resultados esperados, de las actividades llevadas a cabo. 45

CONSIDERACIONES ÉTICAS

El saber ético nos ayuda a hacer conciente la posición que adoptamos frente a las diversas situaciones de la vida mientras que el conocimiento ético ayuda a conocer, identificar y analizarlos aspectos que puede derivarse de las decisiones tomadas, asociándolas a la escala de valores de la persona.

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

Todas las intervenciones de enfermería están encaminadas a restablecer la salud de los individuos, basadas en el conocimiento y respeto la dignidad de la persona, que reclama la consideración ética del comportamiento de la enfermera. Por lo antes mencionado todas sus intenciones deben seguir los siguientes principios éticos.

- Beneficencia y no maleficencia: Se define como la obligación de hacer el bien y evitar el mal. Se rige por los siguientes deberes universales: hacer o promover el bien y prevenir, apartar y no infringir daño o maldad alguna.
- Justicia se refiere a la disponibilidad y actualización de recursos físicos y biológicos, así como la satisfacción de las necesidades básicas de la persona en su orden biológico, espiritual, afectivo social y psicológico, que se traducen en un trato humano y equitativo.
- Veracidad se define como el principio ineludible de no mentir o engañar la al persona. Es fundamental par mantener la confianza en las relaciones de atención a la salud.

- **Confiabilidad:** Se refiere a que el profesional de enfermería se hace merecedor de confianza y respeto por sus conocimientos y su honestidad la transmitir información, dar enseñanza, realizar los procedimientos propios de su profesión y ofrecer servicios o ayuda la persona.
- **Solidaridad:** Es un principio indeclinable de la convención humana, es adherirse con las personas en las situaciones adversas o propicias, es compartir intereses, derechos y obligaciones.
- **Tolerancia:** Este principio hace referencia a admitir las diferencias personales, sin caer en la complacencia de errores en las decisiones y actuaciones incorrectas.
- **Terapéutico de totalidad:** En este principio debe reconocerse que cada parte del cuerpo humano tiene un valor y esta ordenado por el bien de todo el cuerpo y ahí radica la razón de su ser, su bien y por lo tanto su perfección.
- **Autonomía:** Significa respetar a las personas como individuos libres y tener en cuenta sus decisiones. Producto de sus valores y convicciones personales.
- **Valor fundamental de la vida humana:** Se refiere a la inviolabilidad de la vida humana, es decir la imposibilidad de toda acción dirigida de un modo deliberado y directo a la supresión de un ser humano o al abandono de la vida humana.
- **Privacidad:** es no permitir que se conozca la intimidad corporal o la información confidencial que directa o indirectamente se obtenga sobre la vida y la salud de la persona.

- **Fidelidad:** Entidad como el compromiso de cumplir las promesas, de no violar las confidencias que hace una persona.
- **Doble efecto:** Orienta el razonamiento ético cuando al realizar un acto bueno se derivan consecuencias buenas y malas.

Este estudio de caso estuvo fundamentado en los principios éticos de:

-No maleficencia: Ya que en todo momento se evitó el mal y se previno, mediante intervenciones oportunas y eficaces que previnieran o detectaran oportunamente complicaciones.

-Beneficencia: Siempre se hizo y promovió el bien al utilizar de manera adecuada los métodos de diagnóstico, tratamiento y rehabilitación necesarios para el bienestar del niño.

-Justicia: Se le brindó satisfacción de necesidades básicas al niño en su orden biológico, espiritual, afectivo, social y psicológico, que se traduce en un trato humano. Reutilizaron los recursos de manera equitativa y sin distinción de la persona.

-Autonomía: Se consideró al niño y a su madre como seres libres, se tomaron en cuenta sus decisiones y tuvieron la libertad de participar de manera voluntaria; previa autorización verbal y escrita de la madre mediante el conocimiento informado, para la elaboración del estudio. (Ver anexo). 46

46 PASTOR G. LUIS M Y LEÓN CORREA FCO. JAVIER Manual de ética y legislación en Enfermería Bioética en enfermería edit. Mosby pag. 104 – 107.

CONSENTIMIENTO INFORMADO

Se debe obtener el consentimiento informado, de un familiar ya que debido a la edad, padecimiento mental o estatus legal del paciente no entiende de manera razonable el estado en que se encuentra como para dar su consentimiento para someterse a un tratamiento terapéutico. Esta no es una preocupación solamente ética y moral, sino también legal, el cual debe aplicarse siempre y cuando el beneficio sea mayor que el riesgo.

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

Se necesita un permiso específico para:

- Cirugía mayor y menor
- Pruebas diagnósticas que corran algún riesgo
- Tratamientos médicos
- Otras situaciones hospitalarias que requieran permiso escrito de los padres como:
 - Estudio de caso
 - Toma de fotografías
 - Salida del niño para interconsultas
 - Necropsias

El estudio de caso se fundamenta en el derecho de los niños teniendo en cuenta que se trata de individuos con derecho a un pleno desarrollo físico, mental y social. ⁴⁷

⁴⁷ ESCOBAR GUSTAVO. Ética. México D.F 2005 Edit. Porrúa pag.15-16.

ESQUEMA METODOLÓGICO

SELECCION Y DESCRIPCION GENERAL DEL CASO

Lactante masculino de de 6/12 de edad con diagnóstico médico de síndrome intestino corto, por atresia intestinal, Padre de 46 años agricultor, preparatoria terminada, Madre de 42 años dedicada al hogar, primaria terminada, cuenta con 4 hermanos aparentemente sanos, residente de Zitacuaro Michoacán, habita en casa de madera cuenta con el servicio de agua potable, disposición de excretas en letrina, la casa cuenta con cocina comedor y tres recamaras.

ANTECEDENTES PATOLOGICOS FAMILIARES: Interrogados y negados.

ANTECEDENTES PERINATALES

Embarazo normoevolutivo, con control prenatal, producto de la Gesta 5 Para 5 abortos O, obtenido por cesárea a las 34 SDG por RPM con Apgar 8/9 peso 2,600 kg, talla 42 cm, llora y respira al nacer, esquema de vacunación no iniciado.

DINAMICA FAMILIAR: Jesús pertenece a una familia integrada, cuenta con cuatro hermanos aparentemente sanos, sus padres se encargan de los cuidados dentro del hospital, con horarios establecidos de 2 horas cada uno, con frecuencia acuden a visitar a sus hijos los cuales viven en Zitacuaro y se encuentran a cargo de una tía.

SITUACION ECONOMICA: Actualmente se encuentra una crisis económica debido a que el padre es el único que aporta dinero y no esta trabajando por permanecer al cuidado de su hijo, cuenta con el apoyo de su hermana para cuidar a los demás niños y venden animales que ellos crían.

MOTIVO DE INGRESO HOSPITALARIO: Inicia su padecimiento desde el nacimiento presentando vómito y distensión abdominal, acude al hospital regional de Zitacuaro en donde es detectado Sx. colestasico mas atresia de intestino se interviene quirúrgicamente el día 2 de junio del 2006, es referido al INP el 1 de Julio del 2006 por hidrolisis mas oclusión intestinal.

TRATAMIENTO INICIAL: Es intervenido nuevamente el día 8 de agosto del 2006 por hidrolisis y gastrostomía tipo stam, presentando evolución torpida, cursando con diarrea, fiebre, distensión abdominal, dolor, se interviene por tercera vez el día 17 agosto 2006 por colección intrabdominal, drenando aproximadamente 15 ml mas perforación secundaria, presentando días después dehiscencia de herida quirúrgica, el día 8 de septiembre del 2006, se realiza LAPE por oclusión intestinal secundaria a bridas, se feruliza intestino a través de sonda transintestinal, intestino residual de 45 cms con válvula ileocecal.

Egresado de Quirófano con acidosis metabólica secundaria a vasoconstricción generalizada, permanece en terapia intensiva durante 24 días.

Hiperamonemia recurrente, manejada con antimonio V.O y enemas con neomicina.

Presenta crisis convulsivas parciales, complejas, motoras clónicas el día 22 de Octubre del 2006 es manejado con DFH 10mg/Kg./día.

Se mantiene con aporte de HCO₃ en soluciones calculadas, se solicita interconsulta a Nefrología para pruebas de función renal refiere nefropatía tipo II, atrofia renal con predominio izquierdo y dilatación pielocalicia bilateral leve, cistouretrografía normal y manejo HCO₃ con citrato de sodio.

Se transfunde paquete globular 45ml P/2 hrs. por HB 9mg/dl Hto. 27.3%. Actualmente es alimentado con Alfaré 18ml x 8 por sonda de Gastrostomía por goteo continuo.

TRATAMIENTO

Alfare	60 ml	c/3 hrs.
Ranitidina	7 mg	I.V c/12 hrs.
Omeprazol	3 mg	c/24 hrs.
Sucralfato	40 mg	c/8 hrs.
Benzonatato de Na.	400 mg	v.o. c/8 hrs.
Carnitina	220 mg	v.o c/8 hrs.
Domperidiona	9 mg	I.V c/8 hrs.
Gluconato de calcio	230 mg	I.V v c/ 8 hrs.
Enemas x turno	c/ neomicina	30 ml.
Dicloxacilina	75 mg	I.V c/6 hrs.
Metamizol	32 mg	I.V c/8 hrs.

EXPLORACION FISICA

Paciente de sexo masculino con edad cronológica similar a al aparente, activo reactivo, posición libremente escogida, sin movimientos anormales, higiene adecuada.

Cráneo: Normocefalo, cabello corto, sedoso, bien implantado, sin endostosis ni exostosis, fontanela anterior normotensa.

Cara: Ovalada, articulación temporomandibular con débil apertura posición anatómica adecuada.

Ojos: Simétricos, escleróticas con buena coloración, conjuntivas integra, pupilas Isocoricas y normoflexicas, fondo de ojo normal.

Nariz: integra mucosas, húmedas, narinas permeables.

Boca: Mucosas bien hidratadas, encías sanas aun sin dentición, paladar integro faringe, úvula y amígdalas con buena coloración.

Oído: Pabellones auriculares simétricos, buena coloración membrana timpánica integra.

Cuello: Corto cilíndrico sin adenomegalias traquea central y desplazable.

Tórax: Simétrico piel integra.

Corazón: A la auscultación se encuentran ruidos con ritmo y frecuencia conservados, sin soplos, frecuencia cardíaca 130x´

Pulmones: Respiración regular sin datos de dificultad respiratoria amplexión y amplexación adecuadas, frecuencia respiratoria 38x´

Abdomen: Globoso, blando, depresible, ligeramente doloroso a la palpación profunda sin viseromegalias, peristalsis disminuida 3 cicatrices queloides con sonda de Gastrostomía en epigastrio izquierdo.

Genitales: Pene con tamaño de acuerdo a la edad y sexo, dificultad de retracción de prepucio, presentando fimosis. Testículos dentro de bolsa escrotal descendidos, con masa palpable, probable hidrocele.

Ano y recto: Permeables, mucosa integra, sin presencia de irritaciones o lesiones aparentes.

EXTREMIDADES

Superiores: simétricos, hipotonía axial, cuadriparesia espástica.

Inferiores: Simétricos, abolidos, espásticos, Displasia congénita de cadera, pie.

Equino varo bilateral, con férulas en ambos pies, buen llenado capilar.

Columna vertebral: Sin alteraciones.

SIGNOS VITALES

FC 130 x min

FR 36 x min.

T/A 80/50 mmHg

Temperatura axilar 36.8° C

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

ENFERMERÍA INFANTIL.

Valoración de las necesidades básicas en los menores de 0-5 años.

Nombre del alumno: Vargas Zarco Araceli.

Fecha de entrega: 20/ Octubre/ 2006.

Servicio: Gastronomía.

DATOS DEMOGRÁFICOS.

Nombre: Medina Vilchis Jesús Ángel

Fecha de nacimiento: 18/Mayo/2006

Sexo: Masculino.

Edad: 5/12 años.

Procedencia: Zitacuro Michoacán.

Edad del Padre: 46 años.

Nombre de la Madre: Araceli Vilchis Murguía.

Edad de la Madre: 42 años.

Fecha de Revisión: 26/ Octubre/ 2006.

Hora: 11:30. Hrs.

Escolaridad del Padre: Preparatoria.

Escolaridad del la Madre: Primaria.

Religión: Católica.

La información es proporcionada por: El Padre.

Domicilio: Conocido Macho de Agua Municipio de Zitacuro Michoacán.

Procedencia: Zitacuaro Michoacán.

Teléfono: 017151730428

Diagnóstico Médico: Sx. Colestasico, Sx. Intestino corto, Desnutrición.

Sede: INP.

Servicio: Gastrocirugia

Registro: 446802.

FAMILIA.

Antecedentes familiares, problemas de salud de los padres, hermanos, tíos y abuelos: Ninguno.

Características de la Vivienda: Propia.

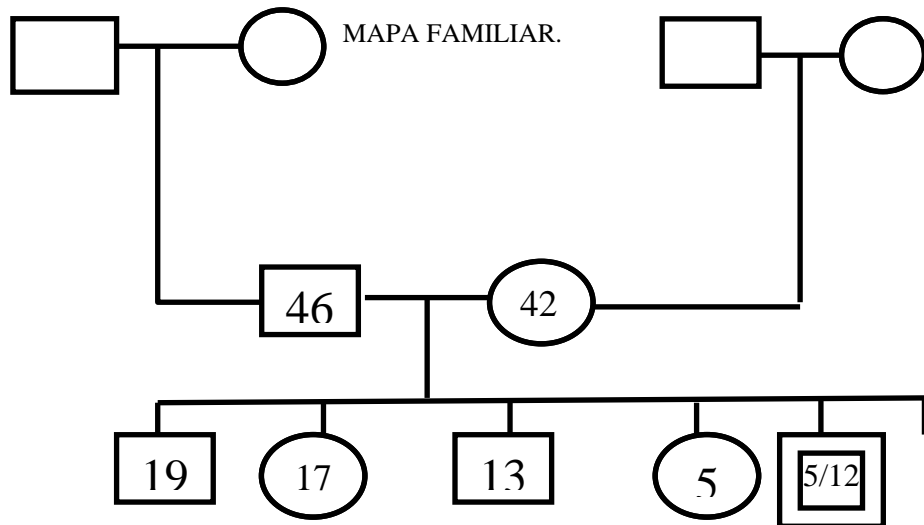
Tipo de construcción: Madera.

Servicios domiciliarios: Agua Potable.

Descripción de la vivienda: cocina, comedor y 2 recamaras.

Ingresos económicos de la familia: 500.00 pesos semanales

Medios de transporte de la localidad.- Camión.



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

NOMBRE	EDAD	SEXO	ESCOLARIDAD	RELAC. AFECTIVAS	ENFERMEDADES
MEDINA GUZMAN BENITO	46	MASC	PREPARATORIA	PADRE	-----
VILCHIS MURGIA ARACELI	42	FEM	PRIMARIA	MADRE	-----
MEDINA VILCHIS LUIS C.	19	MASC	2DO. SECUNDAR	HERMANO	-----
MEDINA VILCHIS ERICKA	17	FEM	PREPARATORIA	HERMANA	-----
MEDINA VILCHIS JOSE	13	MASC	SECUNDARIA	HERMANO	-----
MEDINA VILCHIS BRYAN	5	MASC	PRIMARIA	HERMANO	-----
MEDINA VILCHIS JESÚS	5/12	MASC	PACIENTE		SX INTESTINO CORTO DCC PIE EQUINO VARO

ORIENTACION.

Horario de la visita: Si.

Salas de espera: Si.

Camas y cunas: Si.

Permanecer en el servicio: Si.

Informes sobre el estado de salud del niño: Si.

Horario de cafetería: Si.

Restricciones de la vista: No.

ANTECEDENTES INDIVIDUALES

Peso al nacer: 2.600

Talla al nacer: 48 cms.

Lloro la nacer: Si.

Respiro al nacer: Si

Se realizaron maniobras de resucitación: No.

Motivo de la consulta/hospitalización: cirugía de intestino corto, resección intestinal.

Algún miembro de la familia padece o padeció el problema que tiene el niño: No.

El niño es alérgico: No.

Qué dificultad presenta el niño para satisfacer sus necesidades básicas:
Alimentarse.

ALIMENTACIÓN.

Vaso: Gastrostomía.

Con qué frecuencia: 3 hrs.

Cantidad: 50 ml.

Horario: c/3 hrs.

Otros: Alfaré.

Lugar: INP.

Dieta especial: por Gastrostomía.

Alergias alimenticias: No.

Alimentación especial: Alfare x SGT.

A que edad salieron los dientes: Aun no tiene.

ELIMINACIÓN.

Evacuaciones: Amarillas.

Orina: Si.

En el pañal: Si.

Consistencias de las heces: Blandas.

Descripción de genitales: de acuerdo a edad y sexo.

Sudoración: ocasional.

OXIGENACIÓN.

Somatometría: 3,100

Talla: 49 cms.

Perímetros Cefálicos: 35.5.

Abdominal: 34.5 cms.

Torácico: 33 cms.

Branquial: 11 cms.

Signos vitales, tensión arterial: 80/50.

Frecuencia cardiaca: 130 x min.

Pulso: 100 x min.

Regular: Si.

Respiración: 38 x min.

Regular: Si.

Ruidos respiratorios: No.

Respiración asistida: No

Controlada: No.

Cavidad oro nasal: Escasa, espesa, blanquecinas.

Coloración de la piel: Moreno.

Integridad: HxQx.

Diraforesis: No.

Petequias: No.

Rash: No.

Escoriaciones: No

REPOSO- SUEÑO

Horas de sueño: 18 hrs.

Con luz: Si.

Con música: Si.

Cubierto con una manta: Si.

Duermes bien: Si.

Despierta por las noches: Si.

Valoración neurológica: actividad: Activo, tranquilo, dormido, respuesta a estimulación, movimientos simétricos, respuesta pupilar.

Para el recién nacido, Reflejos: Succión, deglución, búsqueda, moro.

VESTIDO.

Condiciones de la ropa de vestir: Adecuada.

Higiene: Buena.

Tiene ropa necesaria para la hospitalización: Si.

Se viste solo: Con ayuda.

TERMOREGULACION.

El niño es sensible a los cambios de temperatura: No.

Cuando tiene fiebre como se la controla: mediante el baño y con agua tibia.

MOVIMIENTO Y POSTURA.

A qué edad fijo la mirada: 2 meses.

Siguió objetos con la mirada: 2 meses.

Cambio de posición con ayuda: Si.

COMUNICACIÓN.

Responde al tacto: Si.

Voltea con los sonidos fuertes: Si.

Sigue la luz: Si.

Hace gestos con algún alimento. No.

A qué edad sonrió: 3 meses.

Quién lo cuida: Sus Papás.

Dependiente: Si.

HIGIENE.

Condiciones higiénicas de la piel: Buenas.

Hora en la que se acostumbra el baño: 10:00 hrs.

Al niño le gusta el baño: Si.

Frecuencia del baño: Diario.

Frecuencia del cambio de ropa: Diario.

RECREACIÓN.

Al niño le gusta que lo levante en brazos: Si

La música: Si.

Te gustan los animales: Si.

RELIGIÓN

Que practicas religiosas le gustaría que se respetara: Católica.

SEGURIDAD Y PROTECCIÓN.

Ha consultado usted a otras personas sobre la salud de su hijo: No.

Como ha programado las visitas en le hospital: Pasan a visita papá y mamá con intervalo de dos horas.

Describe los miedos sobre la enfermedad de su hijo: Que no logre su recuperación del intestino y que sea de por vida su enfermedad.

Los cambios importantes en la familia son: Quedarse sin trabajo, separación de la familia, reproches sobre el culpable de la enfermedad del niño.

Como ha reaccionado el niño a estos cambios y a su estado de salud: Excelente.

El niño toma medicamentos en casa: No.

APRENDIZAJE.

Quien cuida al niño: Mamá y papá.

En donde: Hospital.

Esta a acostumbrado a que lo paseen: Si.

Ha estado hospitalizado antes: Si.

Si la respuesta es si ¿Por qué?: Por cirugías

Cómo reaccionó: Bien.

Que sabe usted de la enfermedad de su hijo: Que puede llevar una vida normal, incluirlo en la familia si distinción.

Nombre de la Enfermera: Vargas Zarco Araceli

Fecha: 26/ Octubre/ 2006.

NECESIDADES ALTERADAS

Nutrición e Hidratación

MANIFESTACIONES

- + Disfagia
- + Vómitos.
- + Dificultad para absorber los nutrientes.
- + Reflujo.
- + Incapacidad para alimentarse solo.
- + Diarrea.
- + Debilidad.

Eliminación

- + Frecuencia de las heces.
- + Consistencia líquida aguada.
- + Color amarillo marrón.
- + Cólicos abdominales.
- + Distensión abdominal.
- + Fatiga.
- + Irritación de la piel (región anal).
- + Náuseas, vómito.
- + Estreñimiento.
- + Diarrea.

Moverse y mantener

Una buena postura.

- ✚ Dificultad para moverse, levantarse, sentarse.
- ✚ Disminución y ausencia de movimientos.
- ✚ Atrofia muscular.
- ✚ Anquilosis.
- ✚ Cuadriparesia.
- ✚ Cuadriplejia.
- ✚ Pie equino varo.
- ✚ Displasia de cadera.

Higiene y protección de la piel.

- ✚ Prominencias óseas enrojecidas.
- ✚ Disminución o ausencia de movimientos.
- ✚ Enemas continuos.
- ✚ Heridas quirúrgicas abdominales

Descanso y sueño.

- ✚ Calidad de sueño
- ✚ Número de horas de sueño.
- ✚ Siesta, número y duración.
- ✚ Dificultad para dormir, irritabilidad.
- ✚ Aumento de sensibilidad al dolor.

Evitar peligros

- ✚ Predisposición a los accidentes (caídas).
- ✚ Predisposición a contraer infecciones.
- ✚ Predisposición a enfermedades frecuentes.
- ✚ Desequilibrio metabólico.
- ✚ Desequilibrio hídrico.

Comunicación

- ✚ Disminución o privación de estímulos.
- ✚ Alteración del funcionamiento de los sentidos y del lenguaje.
- ✚ Ansiedad.

Recreación.

- ✚ Fascies de tristeza.
- ✚ Irritabilidad.
- ✚ Disminución de los centros de interés.
- ✚ Debilidad – Fatiga.
- ✚ Pérdida de peso.
- ✚ Cuadriparesia.
- ✚ Cuadriplejia.
- ✚ Incapacidad de realizar las actividades.

JERARQUÍA DE LAS NECESIDADES

NECESIDAD	DEPENDENCIA		CAUSAS DE DIFICULTAD			DIFICULTAD INTER/NEC	
	NIVEL	GRADO	FF	FC	FV	SI	NO
NUTRICIÓN	5	DT	X			X	
ELIMINACIÓN	5	DT	X			X	
MOVERSE Y MANTENER UNA BUENA POSTURA	5	DT	X			X	
DORMIR Y DESCANSAR	4	DP	X			X	
EVITAR PELIGROS	5	DT	X			X	
HIGIENE Y PROTECCIÓN DE LA PIEL	5	DT	X			X	
COMUNICACIÓN	5	DT	X	X		X	
RECREACIÓN	4	DTM	X			X	

VALORACIÓN FOCALIZADA POR NECESIDAD

FECHA	NECESIDAD ALTERADA	DATOS DE DEPENDENCIA	DEPENDENCIA		CAUSAS DE DIFICULTAD		
			NIVEL	GRADO	FF	FC	FV
15/OCT/06	NUTRICIÓN	INCAPACIDAD PARA ALIMENTARSE SÓLO PERDIDA DE PESO DISFAGIA REGURGITACIÓN ALTERACIÓN DE LA MUCOSA INTESTINAL DEBILIDAD	5	DT	X		
	ELIMINACIÓN	DISMINUCIÓN DEL PERISTALTISMO ALTERACIÓN DE MÚSCULOS DE LA DEFECACIÓN ANSIEDAD	5	DT	X		
	MOVERSE Y MANTERNER UNA BUENA POSTURA	DIFICULTAD PARA MOVERSE LEVANTARSE SENTARSE DISMINUCIÓN DE MOVIMIENTOS ANQUILOSIS FEMORAL ESPASTICIDAD	5	DT	X		
18/OCT/06	NUTRICIÓN	INCAPACIDAD PARA ALIMENTARSE SÓLO	5	DT	X		
	DORMIR Y DESCANSAR	ESTRÉS AMENAZA FÍSICA INSOMNIO DOLOR PÉRDIDA – SEPARACIÓN	4	DP	X		

FECHA	NECESIDAD ALTERADA	DATOS DE DEPENDENCIA	DEPENDENCIA		CAUSAS DE DIFICULTAD		
			NIVEL	GRADO	FF		
22/OCT/06	NUTRICIÓN	INCAPACIDAD PARA ALIMENTARSE SÓLO	5	DT	X		
	HIGIENE Y PROTECCIÓN DE LA PIEL	HERIDAS ABDOMINALES PUNCIONES MULTIPLES HERIDA POR GASTROSTOMIA CATETERISMO	4	DP	X		
06/NO/06	ELIMINACIÓN	DIFICULTAD PARA EVACUAR DISMINUCION DEL PERISTALTISMO ALTERACION DE LOS MUSCULOS DE LA DEFECACION	5	DT	X		
	EVITAR PELIGROS	ALTERACIÓN FÍSICA DOLOR DESEQUILIBRIO METABÓLICO LICO INFECCIÓN DISFUNCIÓN 5GT	5	DT	X		

FECHA	NECESIDAD ALTERADA	DATOS DE DEPENDENCIA	DEPENDENCIA		CAUSAS DE DIFICULTAD		
			NIVEL	GRADO	FF		
14/NOV/06	NUTRICIÓN	INCAPACIDAD PARA ALIMENTARSE SÓLO	5	DT	X		
	DORMIR Y DESCANSAR	AMENAZA FÍSICA INSOMNIO DOLOR PERDIDA-SEPARACIÓN ESTRÉS	4	DP	X		
	COMUNICACIÓN	OBSTÁCULOS QUE ALTERAN EL FUNCIONAMIENTO DE LOS SENTIDOS Y DEL LENGUAJE AGOTAMIENTO	5	DT	X		
	RECREACIÓN	IRRITABILIDAD DEBILIDAD FÍSICA	5	DT	X		

INTERACCIÓN DE LAS NECESIDADES

NECESIDAD	INTERACCIÓN DE LAS NECESIDADES	
Nutrición	Eliminación	Dificultad para evacuar Disminución del peristaltismo Alteración de músculos de la defecación Ansiedad Diarrea
	Moverse y mantener una buena postura	Dificultad para moverse, levantarse, sentarse Disminución de movimientos Espasticidad
	Higiene y protección de la piel	Punciones múltiples Heridas abdominales Hx por SGT Cateterismo
	Evitar peligros	Infección Desequilibrio metabólico Disfunción SGT Alteración física

NECESIDAD	INTERACCIÓN DE LAS NECESIDADES	
Eliminación	Moverse y mantener una buena postura	Disminución de movimientos Peristalsis disminuida Inmovilidad por SGT
	Evitar peligros	Diarrea Desequilibrio metabólico Infección Disfunción SGT
	Descanso y sueño	Dolor Irritabilidad Enemas

NECESIDAD	INTERACCIÓN DE LAS NECESIDADES	
Moverse y mantener una buena postura	Descanso y sueño	Insomnio Irritabilidad Amenaza física
	Higiene y protección de la piel	Heridas abdominales Cateterismo Hx por gastrostomía
	Evitar peligros	Dolor Desequilibrio metabólico Infección Disfunción SGT

NECESIDAD	INTERACCIÓN DE LAS NECESIDADES	
Higiene y protección de la piel	Moverse y mantener una buena postura	Dificultad para moverse, levantarse, sentarse Espasticidad Disminución de movimientos
Descanso y sueño	Eliminación	Disminución peristaltismo Ansiedad Diarrea Estreñimiento Alteración en músculos de la defecación.
	Moverse y mantener una buena postura	Dolor a la movilización Dificultad para moverse, sentarse, levantarse. Espasticidad

NECESIDAD	INTERACCIÓN DE LAS NECESIDADES	
Evitar peligros	Nutrición e Hidratación	Incapacidad para alimentarse sólo Disfagia Debilidad Alteración de la mucosa intestinal.
	Eliminación	Disminución del peristaltismo Ansiedad Alteración de los músculos de defecación.
	Descanso y sueño	Irritabilidad Insomnio Estrés Amenaza física
	Recreación	Alteración en el desarrollo
	Aprendizaje	Conocimientos insuficientes relacionados con el diagnóstico y tratamiento.

PLANEACIÓN E INTERVENCIÓN

Diagnóstico de Enfermería

Alteración de la nutrición por defecto relacionado con trastornos de la absorción intestinal de nutrientes manifestado por esteatorrea y diarrea.

Objetivo: El niño evidenciara una mejoría en el aporte nutricional por incremento del aporte y una ganancia de peso durante su estancia hospitalaria.

Criterios de evaluación:

- Tolerancia gástrica
- Cantidad de alimentos
- Presencia o ausencia de nauseas, vómito, distensión abdominal
- Peso
- Estado de hidratación
- Coloración y turgencia de la piel
- Índice de masa corporal

Intervenciones	Fundamentación	Evaluación
Valorar el estado nutricional peso, color y textura del pelo y piel, pérdida de masa corporal, debilidad, anemia.	Las células que se reproducen rápidamente como las del pelo, piel, mucosas y retina muestran cambios característicos de déficit nutricional. (kozier,1999)	El paciente incrementa su peso. 3,600 Kg.
Auscultar ruidos intestinales.	Indican la presencia de peristaltismo y de la capacidad de aparato GI para digerir los nutrientes. (kozier,1999)	Tolera la alimentación sin datos de distensión abdominal, peristalsis presente.

<p>Establecer una dieta diaria que cubra las necesidades calóricas y nutritivas del paciente.</p>	<p>Satisfacer las demandas nutricionales del paciente es importante para mejorar o mantener su nivel general de salud, las fórmulas contienen la cantidad apropiada de calorías y nutrientes. (Kozier,1999)</p>	<p>Buena turgencia de la piel, estado hídrico aceptable.</p>
<p>Preparar la bolsa y el equipo para administrar la fórmula.</p>	<p>Deben de estar libres de contaminación para evitar crecimiento de bacterias. (Potter,1992)</p>	<p>No presenta datos de distensión abdominal.</p>
<p>Purgar la línea con la fórmula antes de conectar a sonda gastrostomía.</p>	<p>Evita la entrada de aire en exceso al tracto gastrointestinal. (Potter,1996)</p>	<p>Se logra mayor absorción intestinal de nutrientes mejora la motilidad gástrica.</p>
<p>Infundir la alimentación por método de goteo continuo.</p>	<p>Esta diseñado para aportar la tasa horaria prescrita de infusión de fórmula, éste método reduce la diarrea. (Potter,1994)</p>	
<p>Incrementar la alimentación gradualmente.</p>	<p>La fórmula debe administrarse poco a poco para prevenir la diarrea y la intolerancia gástrica. (Potter,1996)</p>	
<p>Mantener al paciente en posición semifowler después de la alimentación.</p>	<p>La posición usa la gravedad para ayudar a mantener la fórmula dentro del aparato GI, reduciendo el riesgo de reflujo y aspiración. (Potter,1996)</p>	
<p>Administrar suplementos nutricionales.NPT, vitamina B12</p>	<p>Indicados para pacientes con alteración nutricional, la vitamina B12 es útil para revertir la anemia y para tratar la inmunosupresión asociada a la inflamación crónica. (Cruz,2001)</p>	

Nivel de Independencia alcanzado. Nivel 3

PLANEACIÓN E INTERVENCIÓN

Diagnóstico de Enfermería

Alteración en la nutrición por defecto relacionado con la incapacidad para digerir y absorber los nutrientes, manifestado por peso corporal inferior al indicado para su edad.

Objetivo: El niño conservara un estado nutricional adecuado lo que se pondrá de manifiesto por estabilización de peso y mejoría en la absorción de nutrientes.

Criterios de evaluación:

- Peso
- Índice de masa corporal
- Presencia o ausencia de distensión abdominal
- Características y cantidad de las evacuaciones
- Estado de hidratación
- Características de los alimentos. (fórmula)
- Coloración y turgencia de la piel

Intervenciones	Fundamentación	Evaluación
Valoración de las medidas antropométricas cada semana.	Las medidas antropométricas reflejan el equilibrio del gasto calórico – energético del paciente, la masa muscular, la grasa corporal y la reserva proteica. (Kozier,1990)	Buena turgencia de la piel y aumento de la masa corporal.
Medir y pesar al paciente.	En los lactantes la talla y el peso proporcionan un índice de crecimiento normal o anómalo y son esenciales para calcular la superficie corporal. (Kozier,1999)	Disminución se signos de desnutrición.

<p>Valoración del rango normal de los datos bioquímicos que reflejan deficiencias en la nutrición. Hemoglobina 12-14g/dL.</p> <p>Identificar los signos clínicos que muestran un aporte de nutrientes en cantidad insuficiente, pelo escaso, quebradizo, cansancio, talla y peso bajo, piel seca, apatía.</p> <p>Establecer una dieta diaria que cubra las necesidades calóricas y nutritivas del paciente.</p>	<p>Los niveles bajos evidencian deficiencia de hierro o anemia. (Kozier,1999)</p> <p>En la desnutrición la antropometría no sólo muestra detención sino disminución de las constantes (peso, talla, perímetros), existe pérdida de tejido subcutáneo, flacidez de los músculos, adinamia, astenia, la piel se vuelve seca con hiperqueratosis, comisuras labiales, pelo quebradizo, pierde brillo y elasticidad. (Kozier.1999)</p> <p>Satisfacer las demandas nutricionales del paciente es importante para mejorar o mantener su nivel general de salud, las fórmulas contienen la cantidad apropiada de calorías y nutrientes. (Kozier,1999)</p>	<p>Buen aporte nutricional reflejado con incremento de peso. HB 12.3 mg/dl</p> <p>Mejoran las características de la piel, masa muscular pelo.</p>
---	--	---

Nivel de Independencia alcanzado. Nivel 4

PLANEACIÓN E INTERVENCIÓN

Diagnóstico de Enfermería

Desequilibrio hídrico relacionado a mala absorción intestinal, vómitos, diarrea manifestado por taquicardia, hipotensión, mucosas resacas, signo de lienzo húmedo, fontanela hundida.

Objetivo: El niño conservara un balance hidroelectrolítico adecuado, puesto de manifiesto por un llenado capilar de 2-3 segundos, buena turgencia de la piel y diuresis correcta.

Criterios de evaluación:

- Estado de hidratación
- Estado de las mucosas
- Turgencia de la piel
- Volumen urinario
- Características y cantidad de evacuaciones y vómitos
- Balance hídrico
- Peso

Intervenciones	Fundamentación	Evaluación
Controlar y anotar los signos vitales del paciente FC, FR, T/A, Temperatura PVC.	La taquicardia e hipotensión indican hipovolemia. (Potter 1996)	Presenta signos vitales estables.
Suspender alimentación enteral hasta que los vómitos hayan remitido y llevar control serico de electrolitos.	La administración de alimento puede provocar más vómito y conducir a alcalosis metabólica hipopotasemia o hiponatremia. (Potter 1996)	Mantiene diuresis >4ml./hr.

<p>Controlara y anotar los aportes y perdidas de líquidos por vómito, diarrea, drenaje por sondas i registrar diuresis horaria.</p>	<p>El registro exacto de aporte y pérdidas de líquidos alerta hacia un desequilibrio hídrico; la oliguria indica un descenso de filtrado glomerular que es consecuencia de la disminución de flujo sanguíneo por hipovolemia. (Potter 1996)</p>	<p>Muestra Buena turgencia de la piel.</p>
<p>Pesar al paciente diariamente.</p>	<p>La perdida de peso refleja perdida de líquidos. (Potter, 1996)</p>	<p>Disminución de vómito y diarrea.</p>
<p>Valorar el estado de conciencia, fuerza muscular y coordinación por lo menos cada 8 horas.</p>	<p>La confusión, estupor pueden indicar hipovolemia y desequilibrio electrolítico, reflejan hipoxemia cerebral debido a un descenso de flujo sanguíneo. La perdida de sodio ocasiona confusión, la perdida de potasio ocasiona debilidad muscular. (Kozier, 1999)</p>	<p>Equilibrio entre ingestión y excreción.</p>
<p>Administrar y anotar reposición de líquidos según prescripción.</p>	<p>Los líquidos intravenosos generalmente son expansores de volumen, plasma o suero fisiológico. (Potter 1996)</p>	

Nivel de Independencia alcanzado. Nivel 2

PLANEACIÓN E INTERVENCIÓN

Diagnóstico de Enfermería

Dolor relacionado con distensión abdominal manifestado por irritabilidad, taquicardia, diaforesis.

Objetivo: El niño presentara un buen nivel de bienestar, de manifiesto por disminución de llanto e irritabilidad.

Criterios de evaluación:

- Presencia o ausencia dolor
- Perímetro abdominal
- Estado emocional
- Características de la peristalsis
- Características y cantidad de las evacuaciones
- Características del patrón respiratorio
- Características del abdomen

Intervenciones	Fundamentación	Evaluación
Valorar y anotar las características del dolor, localización, duración y relación con los patrones de alimentación y eliminación intestinal. Medicar según prescripción con antiácidos, antagonistas de histamina (H ₂) y sucralfato.	La valoración exacta ayuda a determinar la causa del dolor. (Potter, 1996) Los antiácidos son más efectivos si se administran 1 hora antes de la alimentación para neutralizar el aumento de la secreción gástrica. Los antagonistas de los receptores H ₂ disminuyen la secreción ácido-gástrica y disminuyen el PH gástrico. (URDEN, 1998)	Disminución del dolor manifestado por fascies de relajación. Disminuye la necesidad de analgesicos y permanece dormido durante mas tiempo.

<p>Aplicación de enemas con neomicina cada turno.</p>	<p>Los enemas favorecen la completa evacuación de las heces del colon, actúan estimulando el peristaltismo mediante la perfusión de grandes volúmenes de solución. La neomicina se utiliza para reducir las bacterias en el colon. (Potter 1996)</p>	<p>Ausencia de distensión abdominal</p>
---	--	---

Nivel de Independencia alcanzado. Nivel 2

PLANEACIÓN E INTERVENCIÓN

Diagnóstico de Enfermería

Riesgo de alteración en la integridad cutánea, relacionado con inmovilidad física y presión en prominencias óseas.

Objetivo: El niño conservara integra la piel lo que se pondrá de manifiesto por piel rosada y ausencia de signos de enrojecimiento, edema, o pérdida de integridad.

Criterios de evaluación:

- Estado del sistema músculo esquelético
- Ingesta calórica
- Características de la piel
- Grado de movilidad física
- Presencia o ausencia de dolor

Intervenciones	Fundamentación	Evaluación
Valorar estado nutricional, peso, talla, ingesta calórica.	La nutrición inadecuada provoca pérdida de peso, atrofia muscular y reducción de la masa tisular, una ingesta pobre de vitaminas, proteínas, minerales, limita la capacidad de cierre de heridas. (Carpenito,1994)	El paciente tolera los cambios postulares.
Valorar estado de deshidratación	Produce disminución de la turgencia y elasticidad de la piel. (Carpenito,1994)	Mantiene la integridad cutánea.

<p>Valorar el estado de la piel en regiones de presión, cambio de color, manchas púrpuras, cambios de temperatura calor o frío.</p>	<p>Puede indicar que el tejido esta sometido a presión; la hiperemia es una respuesta fisiológica normal a la hipoxia tisular. (Potter, 1996)</p>	<p>La piel mantiene su lubricación y circulación adecuada.</p>
<p>Mantener limpia y seca la piel.</p>	<p>Un ambiente húmedo es propicio para la maceración de la piel y esta expuesta a bacterias. (Potter, 1996)</p>	
<p>Identificar las características del paciente que sean factores de riesgo, para la aparición de úlceras por presión, anquilosis, espasticidad, cuadripareja.</p>	<p>Determina la necesidad de proporcionar un tratamiento preventivo con agentes tópicos y cambios de posición. (Carpenito, 1994)</p>	
<p>Vigilar la ausencia de las capas superficiales de la piel.</p>	<p>Representa el primer paso en la formación de la ulcera por presión. (Carpenito, 1994)</p>	
<p>Cambios frecuentes de posición por lo menos cada dos horas, ventral, prono, supino lateral derecho e izquierdo, dorsal.</p>	<p>Los cambios posturales evitan el enrojecimiento y la hipoxia de la piel. (Carpenito, 1994)</p>	

Nivel de Independencia alcanzado. Nivel 2

PLANEACIÓN E INTERVENCIÓN

Diagnóstico de Enfermería

Riesgo de infección relacionado a procesos invasivos.

Objetivo: El niño no presentara datos de infección de manifiesto por piel rosada en sitio de inserción de catéteres y sondas y ausencia de exudados y fiebre.

Criterios de evaluación:

- Signos vitales
- Características de la piel
- Presencia o ausencia de lesiones corporales
- Enfermedades nosocomiales
- Presencia o ausencia de datos clínicos de infección

Intervenciones	Fundamentación	Evaluación
Lavarse las manos.	El jabón limpia porque emulsiona grasas y aceites, la fricción remueve las bacterias de la flora transitoria. (Potter 1996)	Jesús no presenta dolor o eritema en zona de inserción del catéter y SGT.
Llevar a cabo las técnicas universales, bata, cubre bocas, guantes.	Las ropas protectoras previenen la transmisión de microorganismos de la enfermera hacia el paciente y la protege del contacto con agentes infecciosos. (Potter,1996)	Normalidad en los constantes vitales y recuento leucocitario normal.
Valorar la zona de inserción del catéter y observar la presencia de flebitis, exudados, fugas, coágulos o rotura del catéter.	Proporciona información sobre las complicaciones más frecuentes asociadas a la estancia del catéter. (Potter,1996)	

<p>Observar la permeabilidad del catéter.</p> <p>Valorar la integridad cutánea en la zona de inserción de la sonda gastrostomía.</p> <p>Vigilar datos de infección hipertermia, exudados, fugas.</p>	<p>Proporciona un método fiable para la administración de líquidos y electrolitos. (Potter 1996)</p> <p>Las secreciones gástricas pueden producir lesiones y necrosis en la zona del estoma. (Potter, 1996)</p> <p>La elevación de la temperatura corporal se asocia con la sepsis. (Potter, 1996)</p>	
--	--	--

Nivel de Independencia alcanzado. Nivel 2

PLANEACIÓN E INTERVENCIÓN

Diagnóstico de Enfermería

Alteración del patrón de sueño relacionada con la ansiedad secundaria a la hospitalización manifestado por insomnio e irritabilidad.

Objetivo: El niño disfrutara del descanso y sueño apropiado, lo que se conseguirá si duerme de 8- 10 hrs y realiza una o más siestas durante el día.

Criterios de evaluación:

- Horas de sueño
- Presencia o ausencia de dolor
- Capacidad para conciliar el sueño
- Estado anímico
- Estado emocional
- Estado nutricional

Intervenciones	Fundamentación	Evaluación
<p>Crear en lo posible un ambiente de relajación y confort mediante la reducción de estimulación externa como: ruido, luz, temperatura ambiental entre 18 y 21°C</p> <p>Evitar realizar procedimientos prolongados o dolorosos durante el sueño, verificando la permeabilidad de la vía I.V o vía central, así como signos vitales y ministración de medicamentos.</p>	<p>Los factores ambientales influyen sobre la capacidad para conciliar y mantener el sueño; en los hospitales los ruidos poco familiares como los del aspirador, alarmas, monitores, luces que prenden y apagan, música con alto volumen, llanto de otros niños, temperatura del cubículo influyen en el paciente alterando su patrón de sueño.</p> <p>La estimulación nerviosa autónoma, con aumento de la secreción de catecolaminas, puede interferir en el sueño. (Henderson 1988)</p>	<p>Manifiesta estar tranquilo y relajado.</p> <p>Duerme periodos más largos.</p>

<p>Proporcionar técnicas de relajación como el ejercicio y escuchar música antes de dormir.</p>	<p>Llevar a cabo esta verificación, evita las interrupciones innecesarias, en el hospital es posible organizar los tratamientos y rutinas, proporcionando al niño tiempo de descanso y sueño. (Potter,1996)</p> <p>Una cantidad moderada de ejercicio suele favorecer un sueño reparador (Kozier, 1999)</p> <p>La música se ha utilizado para tranquilizar y relajar, se prefiere la música lenta y que la persona se encuentre cómoda, los arrullos que las madres proporcionan a sus niños son también relajantes.</p>	
---	--	--

Nivel de Independencia alcanzado. Nivel 1

PLANEACIÓN E INTERVENCIÓN

Diagnóstico de Enfermería

Alteración de la movilidad física relacionado con deterioro neuro-muscular, manifestado por disminución de los movimientos, flexión, extensión, abducción, aducción.

Objetivo: El niño mantendrá un patrón óptimo de movilidad y funcionamiento muscular y articular, aumentara la tolerancia al ejercicio y al juego.

Criterios de evaluación:

- Estado del sistema músculo esquelético
- Grado de movilidad física
- Deterioro de la movilidad física

Intervenciones	Fundamentación	Evaluación
<p>Emprender ejercicios pasivos de movilidad articular, dos veces al día, inicialmente sesiones de 5 minutos e incrementar a 10, 15,20 min. Progresivamente siendo:</p> <ul style="list-style-type: none">• Plano sagital, movimientos de flexión y extensión de dos dedos y codos.• Plano frontal, movimientos de abducción y aducción, de brazos y piernas.• De eversión e inversión y flexión dorsal y plantar de los pies.• Movimientos de pronación y supinación de las manos.• De rotación interna y externa de rodillas.	<p>El ejercicio ayuda a prevenir contracturas y rotación externa de las piernas, complicación asociada al deterioro de la movilidad. (DU GAS 2000)</p> <p>Con frecuencia los problemas relacionados con la inmovilidad incluyen debilidad muscular, contracción articular y deformidad. Las contracturas limitan la movilidad articular y el paciente experimenta dolor. (BRUNNER, 1998)</p>	<p>La gama de movimiento articular se encuentra dentro de los límites normales.</p>

<p>Realizar ejercicios lentamente y con seguridad.</p>	<p>Movimientos rápidos y entrecortados pueden ocasionar espasmo muscular y con ello molestias. (URDEN 1998)</p>	<p>El paciente no experimenta molestias durante los ejercicios.</p>
<p>Repetir 5 veces cada movimiento durante el periodo de ejercicio.</p>	<p>Ayuda a mantener la función articular y mantiene el tono muscular. (BRUNNER, 1998)</p>	<p>El paciente aumenta progresivamente la tolerancia a repeticiones de ejercicio.</p>
<p>Mantener todas las partes del cuerpo del paciente en una alineación anatómica funcional.</p>	<p>La alineación funcional reduce el riesgo de neumonía hipostática y de cubitos. (URDEN 1998)</p>	

Nivel de dependencia alcanzado. Nivel 3

PLANEACIÓN E INTERVENCIÓN

Diagnóstico de Enfermería

Adaptación individual ineficaz relacionada con la percepción de un estímulo lesivo manifestado por insomnio, irritabilidad y sobresalto.

Objetivo: El niño se mostrara mas tranquilo, menos ansioso lo que se evidenciara por signos vitales dentro de limites normale y ausencia de irritabilidad.

Criterios de evaluación:

- Horas de sueño
- Presencia o ausencia de dolor
- Relación afectiva madre/hijo

Intervenciones	Fundamentación	Evaluación
Establecer una relación positiva con el paciente; transmitir una sensación de cariño y preocupación, abordando al paciente en forma tranquila y hablándole en un tono de voz modulado.	Los pacientes que tienen sentimientos positivos hacia sus enfermeras les proporciona energía y ayuda en el proceso de curación, disminuye el aislamiento y aumenta la capacidad de adaptación.(Potter, 1996)	El paciente manifiesta tolerancia a los procedimientos de enfermería.
Realizar una valoración completa del dolor su localización, características, duración, frecuencia, y factores desencadenantes, tomando en cuenta la escala análoga visual del dolor.	El dolor constituye una mezcla compleja de reacciones físicas, emocionales y conductuales ,la valoración correcta y exacta del dolor nos ayuda a seleccionar la terapia adecuada.(Potter, 1996)	Concilia el sueño por períodos más largos.

<p>Proporcionar oportunidades para que los familiares interactúen con el paciente de forma significativa favoreciendo el vínculo madre-hijo para dar seguridad.</p>	<p>El dolor es una fuente común de temores. El dolor incontrolado aumenta la ansiedad y reduce la energía disponible para la adaptación. (Deacon, 2001)</p> <p>Una respuesta positiva de los seres queridos estimula una respuesta positiva al tratamiento y disminuye la sensación de aislamiento.</p> <p>La relación del binomio madre-hijo disminuye la ansiedad e irritabilidad del niño.</p>	<p>Manifiesta bienestar y optimismo con su familiar, logrando disminuir el grado de irritabilidad y llanto del paciente.</p>
---	---	--

Nivel de Independencia alcanzado. Nivel 1

PLANEACIÓN E INTERVENCIÓN

Diagnóstico de Enfermería

Alteración del crecimiento y desarrollo del niño por la enfermedad crónica y hospitalización prolongada.

Objetivo: El niño logrará mantener un nivel adecuado de desarrollo, puesto de manifiesto por las adquisiciones de desarrollo propias de su edad.

Criterios de evaluación:

- Grado de participación en actividades recreativas durante la hospitalización
- Participación de los padres en la terapia
- Peso y talla
- Desarrollo psicomotor (Denver)

Intervenciones	Fundamentación	Evaluación
Facilitar al niño juguetes y actividades propias de su edad.	Los juguetes y las actividades estimulan el desarrollo normal. (Gessell,1991)	Mediante un buen aporte de nutrientes, rehabilitación física y comunicación entre los padres para el tratamiento del niño.
Utilizar el Denver Developmental Screening (DDST) para valorar el nivel de desarrollo del niño en este momento.	El DDST esta aceptado como test de valoración del desarrollo del niño en un momento determinado. (Joyce,1994)	Se logra un incremento de peso, movilidad discreta de extremidades.
Establecer un horario de las actividades y de la aplicación de tratamientos para que cumpla tanto el personal del hospital como la familia.	El establecimiento de un programa horario durante el día permite mejorar la organización de los cuidados del niño. (Morgan,1993)	
Realizar una valoración psicológica rutinaria sobre las adquisiciones del niño y los sistemas de apoyo.	Esta valoración aporta información sobre los progresos en el desarrollo del niño y su capacidad para enfrentarse con la enfermedad. (Morgan,1993)	

Nivel de Independencia alcanzado. Nivel 4

PLAN DE ALTA

Se capacita a la madre para la ministración de medicamentos y la manera de alimentar a Jesús durante tres días previos a su egreso, se brinda información sobre el padecimiento de su hijo y se menciona el manejo que se debe otorgar en el hogar.

MEDICAMENTOS.

- ✚ Sucralfato 40 mg SGT
- ✚ Dicloxacilina 75 mg SGT C/ 6 hrs.
- ✚ Metamizol 32 mg SGT C/ 8 HRS solo en caso de dolor y fiebre.

CUIDADOS ESPECIFICOS

- ✚ Administrar alimentación cada 3 hrs
- ✚ Darle de comer en posición vertical
- ✚ Baño diario
- ✚ Evitar contacto con personas enfermas
- ✚ Higiene del hogar y de la preparación de alimentos
- ✚ Lavar la sonda antes y después de administrar medicamentos o alimento
- ✚ Mantener al bebe en silla evenflo
- ✚ Curación cada 48-72 hrs de zona de SGT.

CITAS

- ✚ Acudir a la consulta externa :
- ✚ Cirugía pediátrica en 2 semanas.
- ✚ Acudir a rehabilitación en 1 mes.

**ACUDIR A URGENCIAS EN CASO DE PRESENTAR LOS SIGUIENTES
SIGNOS Y SINTOMAS DE ALARMA.**

- + Fiebre
- + Deshidratación
- + Diarrea
- + Distensión abdominal
- + Evacuaciones escasas
- + Deterioro neurológico

(Somnolencia, irritabilidad, apatía, crisis convulsivas, movimientos anormales, rigidez de cuello o cuerpo, no responde a estímulos)

CONCLUSIONES Y SUGERENCIAS

Dentro de la disciplina de enfermería existen diversas teorías y modelos de atención, cuyos fundamentos están basados en el cuidado, la persona, la salud y el entorno. Todas coinciden en fundamentar la atención de enfermería en base a la necesidad de cada persona.

La aplicación de estas dentro del Proceso Enfermero es un verdadero reto, por el sin número de factores que caracterizan la formación y práctica de la Enfermería Mexicana, la cual la ubica en una situación de desventaja en relación con la de otros países. Sin embargo la escasa implementación del mismo, no debe ser un obstáculo para el personal de enfermería que busca explotar el conocimiento y las habilidades del pensamiento al trabajar con esta metodología, para contribuir así a la identidad profesional al brindar una atención oportuna y de calidad.

En consideración a lo anterior se determina que la teoría de Virginia Henderson es de mayor viabilidad en la atención de la población infantil ya que este grupo poblacional representa a los usuarios del servicio de salud con mayor vulnerabilidad dado que carecen de habilidades apropiadas para poder satisfacer sus propias necesidades.

Sin duda alguna la enfermería ha ido creciendo, madurando y progresivamente se ha vuelto más compleja en los últimos años, gracias a la experiencia acumulada y a la labor continua de un numeroso grupo de enfermeras quienes con responsabilidad y convicción han asumido la tarea de la gestión de proyectos innovadores, por lo cual se sugiere seguir trabajando arduamente y fortalecer la interacción entre la docencia y la asistencia, enriqueciendo la práctica, visualizar metas mucho más ambiciosas que contribuyan a mejorar la salud de las personas.

BIBLIOGRAFIA

ALFARO ROSALINDA. Aplicación del proceso de enfermería..Guia práctica segunda edición. Edit.Doyma, Barcelona España.,1992.

ANTOLOGIA. "Teorías y modelos de enfermería, bases teóricas para el cuidado especializado". División de estudios de posgrado. ENEO/UNAM. México 2006.

AVENDAÑO Fernando. "Nefrología pediátrica". Edit. Manual moderno 1995

BAILY R. Ellen. LLOYD ZUSY Mary. "Enciclopedia de la enfermería".Tomo 2 Edit. Océano pág. 1

BENAVENT Garcés M. "Fundamentos de Enfermería. Los modelos de cuidados". Madrid. 2001:157.

BOWERA Sybil. "Nursing 2001", Junio – Julio, Volumen 19, No. 6 (Pág. 16, 18)

CANNIZARO Claudia y S. Rodríguez, "Neonatología Quirúrgica". Edit. Grupo Guia 2004 pág 546-547

CARPENITO, LYNDA. "Planes de Cuidados y Documentación en Enfermería". México 1994 interamericana Mc Graw-Hill.

C. ROGERS Mark Helfaer. "Cuidados intensivos en pediatría". Interamericana Mc. Graw-hill 2000.

HOLLOWAY. M. Nancy. "Planes de cuidados en enfermería Medico-Quirúrgicos". Ediciones Doyma. Barcelona España. 1990.

JOHONSON Marion, BULECHEK Gloria "Diagnosticos, enfermeros, resultados e intervenciones Elsevier, mosby. 2004.

KOHON-KEETH Carol. "Nursing 2000", Octubre, Volumen 18, No. 8 (Pág. 23)

LINARES Irene. "Congreso Nacional de Enfermería Pediátrica INP", Noviembre 2000

MARRINER T. Ann y RAILE ALLIGOOD Martha "Modelos y Teorías en enfermería". Quinta Edición, Edt. Mosby Inc, an Elsevier Science pág. 275

MARTINEZ Y MARTINEZ. "La salud del niño y del adolescente", Interamericana mc.graw-hill 1994.

MARTINEZ Y MARTINEZ. "La salud del niño y del adolescente", Interamericana mc.graw-hill 1994.

MARTIN TUCKER Susan, CANOBBIO M. Mary. "Normas de cuidados del paciente". Harcourt-oceano

NANDA. "Diagnósticos enfermeros 2004-2005". Definición y clasificación, Harcourt Brace. Edit. Elsevier, Madrid.

NELSON E. "Tratado de pediatría". México. Interamericana Mc Graw hill 1993.

PASTOR G.Luis M.LEON CORREA Fco. Javier. "Manual ética y Legislación en Enfermería,Bioética en enfermería", Edit. Mosby pág. 104 – 107

PHANEUF MARGOT. "Cuidados de Enfermería. Proceso de atención de enfermería". Interamericana mac. Graw-hill 1993.

POTTER, PATRICIA. Et. Al. "Fundamentos de Enfermería". Vol. I. España. Hancourt/océano

POTTER, PATRICIA. Et. Al. "Fundamentos de Enfermería". Vol. II. España. Hancourt/océano

POTTER, PATRICIA. Et. Al. "Fundamentos de Enfermería". Vol. III. España. Hancourt/océano

POTTER, PATRICIA. Et. Al. "Fundamentos de Enfermería". Vol. IV. España. Hancourt/océano.

SALAS, MAX. "Síndromes Pediátricos, Fisiopatología, clínica y terapéutica". México D.F 1981. Segunda edición, Mc Graw-Hill.

ALARCON T. Síndrome de intestino corto. Pediatría Práctica en Diálogos, Edit. Panamericana 2001, Pág.175-178.

ANEXOS

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

ENFERMERÍA INFANTIL.

Valoración de las necesidades básicas en los menores de **0-5 años**.

Nombre del alumno:

Fecha de entrega:

Servicio:

DATOS DEMOGRÁFICOS.

Nombre:

Fecha de nacimiento:

Sexo:

Edad:

Procedencia:

Edad del Padre:

Nombre de la Madre:

Edad de la Madre:

Fecha de Revisión:

Hora:

Escolaridad del Padre:

Escolaridad del la Madre:

Religión:

La información es proporcionada por:

Domicilio:

Procedencia:

Teléfono:

Diagnóstico Médico

Sede:

Servicio:

Registro:

FAMILIA.

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

Características de la Vivienda:

Tipo de construcción:

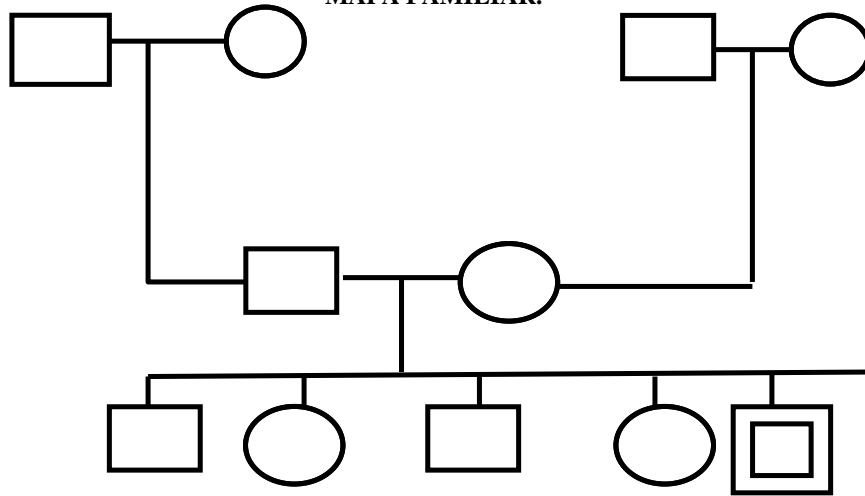
Servicios domiciliarios:

Descripción de la vivienda:

Ingresos económicos de la familia:

Medios de transporte de la localidad:

MAPA FAMILIAR.



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

NOMBRE	EDAD	SEXO	ESCOLARIDAD	RELAC. Afectivas	ENFERMEDADES

ORIENTACION.

- Horario de la visita:
- Salas de espera:
- Camas y cunas:
- Permanecer en el servicio:
- Informes sobre el estado de salud del niño:
- Horario de cafetería:
- Restricciones de la vista:

ANTECEDENTES INDIVIDUALES

Peso al nacer:

Talla al nacer:

Lloro la nacer:

Respiro al nacer:

Se realizaron maniobras de resucitación:

Motivo de la consulta/hospitalización:

Algún miembro de la familia padece o padeció el problema que tiene el niño:

El niño es alérgico:

Qué dificultad presenta el niño para satisfacer sus necesidades básicas:

ALIMENTACIÓN.

Vaso:

Con qué frecuencia:

Cantidad:

Horario:

Otros:

Lugar:

Dieta especial:

Alergias alimenticias:

Alimentación especial:

A que edad salieron los dientes:

ELIMINACIÓN.

Evacuaciones:

Orina:

En el pañal:

Consistencias de las heces:

Descripción de genitales:

Sudoración:

OXIGENACIÓN.

Somatometría:
Talla:
Perímetros Cefálicos:
Abdominal:
Torácico:
Branquial:
Signos vitales, tensión arterial:
Frecuencia cardíaca:
Pulso:
Regular:
Respiración:
Regular:
Ruidos respiratorios:
Respiración asistida:
Controlada:
Cavidad oro nasal:
Coloración de la piel:
Integridad:
Diraforesis:
Petequias:
Rash:
Escoriaciones:

REPOSO- SUEÑO

Horas de sueño:
Con luz:
Con música:
Cubierto con una manta:
Duermes bien:
Despierta por las noches:
Valoración neurológica: actividad:
Para el recién nacido, Reflejos:

VESTIDO.

Condiciones de la ropa de vestir:
Higiene:
Tiene ropa necesaria para la hospitalización:
Se viste solo:

TERMOREGULACION.

El niño es sensible a los cambios de temperatura:
Cuando tiene fiebre como se la controla:

MOVIMIENTO Y POSTURA.

A qué edad fijo la mirada:
Siguió objetos con la mirada:
Cambio de posición con ayuda:

COMUNICACIÓN.

Responde al tacto:
Voltea con los sonidos fuertes:
Sigue la luz:
Hace gestos con algún alimento.
A qué edad sonrió:
Quién lo cuida:
Dependiente:

HIGIENE.

Condiciones higiénicas de la piel:
Hora en la que se acostumbra el baño:
Al niño le gusta el baño:
Frecuencia del baño:
Frecuencia del cambio de ropa:

RECREACIÓN.

Al niño le gusta que lo levante en brazos:
La música:
Te gustan los animales:

RELIGIÓN

Que practicas religiosas le gustaría que se respetara:

SEGURIDAD Y PROTECCIÓN.

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

Como ha programado las visitas en le hospital:

Describa los miedos sobre la enfermedad de su hijo:

Los cambios importantes en la familia son:

Como ha reaccionado el niño a estos cambios y a su estado de salud:

El niño toma medicamentos en casa:

APRENDIZAJE.

Quien cuida al niño:

En donde:

Esta a acostumbrado a que lo paseen:

Ha estado hospitalizado antes:

Si la respuesta es si ¿Por qué?:

Cómo reaccionó:

Que sabe usted de la enfermedad de su hijo:

Nombre de la Enfermera:

Fecha:

UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE MEXICO
ESCUELA NACIONAL DE ENFERMERIA Y OBSTETRICIA
DIVISION DE ESTUDIOS DE POSGRADO
ESPECIALIZACION EN ENFERMERIA INFANTIL
SEDE: INSTITUTO NACIONAL DE PEDIATRIA

CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA ESTUDIO DE CASO

Yo Benito Medina Guzman declaro libre y voluntariamente aceptar que mi hijo (a) Heriberto Vilchis-Jesus Angel participe en el estudio de caso La nutrición masculina de 6/12 de edad en síndrome de intestino corto, cuyo objetivo principal es: la atención integral del paciente para satisfacer sus necesidades atendidas de acuerdo con la filosofía de Virginia Henderson y que los procedimientos de enfermería que se realizaran me han sido explicados ampliamente, con garantía de recibir respuesta a preguntas y aclaraciones en cualquier momento: Los procedimientos consisten en: Historia Clínica, información relevante de su tratamiento y su valoración física. y contestar en forma verbal 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 del responsable del estudio: Kia Enfermería Guadalupe Vargas Zarco

[Firma]
Firma

Nombre del padre o tutor: Benito Medina Guzman

[Firma]
Firma

Testigos

Nombre: M^{te} Eugenia Hernandez
Firma: [Firma]
Dirección: 2^a Carretera Pedernales

Nombre: Leticia López G.
Firma: [Firma]
Dirección: IMP

México, D. F. a 14 de Noviembre 2006