

**UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE MÉXICO
ESCUELA NACIONAL DE ENFERMERÍA Y OBSTETRICIA
PROCESO ATENCIÓN DE ENFERMERÍA**

**“Cuidado a una niña escolar con alteraciones agudas en el
patrón respiratorio”**

Que para obtener el título de

LICENCIADO EN ENFERMERÍA Y OBSTETRICIA

Presenta:

Blanca Lilia Fuentes de la Rosa

No. de cta.: 405 114517

DIRECTORA ACADÉMICA

Mtra. Sara Esther Téllez Ortiz

MÉXICO, 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.

AGRADECIMIENTO

Agradezco a Dios creador que depositó en mis padres el fruto de amor otorgándome el proceso don de la vida.

Como fuente de vida me ha permitido día a día crecer, formarme y ser partícipe de toda su creación.

Su presencia se ha dejado sentir en cada detalle de mi vida y en los momentos difíciles su mano proveniente ha cuidado de mí. Como escultor a través de mis padres, hermanos, maestro y amigos haz hecho de mí una mujer con valores y principios.

Señor gracias por ser en mi vida la luz que ilumina el camino de mi existir, por ser la fuerza que me sostiene y me impulsa a luchar por ser mejor día a día.

Gracias Señor por permitirme servirte en mis hermanos, sobre todo en aquellos a quienes más amas tus niños Señor.

“Reconozco tu presencia y amor en mí vida y es lo que me impulsa mi corazón a la gratitud mi Señor.”

ÍNDICE

I.	Introducción.....	7
II.	Justificación.....	8
III.	Objetivos.....	9
IV.	Metodología.....	10
V.	Marco teórico.....	11
	5.1 Antecedentes Históricos de la enfermería.....	11
	5.2 Definición de Enfermería.....	11
	5.3 Filosofía de Virginia Henderson.....	13
	5.4 Proceso Atención de Enfermería.....	21
	5.4.1 Características.....	21
	5.4.2 Etapa de Valoración.....	21
	5.4.3 Etapa de Diagnóstico.....	23
	5.4.4 Etapa de Planificación.....	24
	5.4.5 Planteamiento de Objetivos.....	25
	5.4.6 Etapa de Ejecución.....	28
	5.4.7 Etapa de Evaluación.....	28
VI.	Clasificación de las intervenciones y resultados de enfermería (NIC- NOC).....	30
VII.	Aplicación del Proceso Atención de Enfermería.....	30
	7.1 Presentación del Caso Clínico.....	30
	7.2 Jerarquización de necesidades.....	35
	7.3 Desarrollo del Proceso Atención de Enfermería.....	36
	Necesidad de Oxigenación.....	36
	Valoración	
	Diagnóstico de Enfermería	
	Planeación de Cuidados	
	Evaluación	

Necesidad de Evitar los peligros.....	41
Valoración	
Diagnóstico de Enfermería	
Planeación de Cuidados	
Evaluación	
Necesidad de Hidratación y Alimentación.....	50
Valoración	
Diagnóstico de Enfermería	
Planeación de Cuidados	
Evaluación	
Necesidad de estar limpio, aseado y proteger sus tegumentos	54
Valoración	
Diagnóstico de Enfermería	
Planeación de Cuidados	
Necesidad de Termorregulación.....	60
Valoración	
Diagnóstico de Enfermería	
Planeación de Cuidados	
Evaluación	
Necesidad de Moverse y mantener una buena postura.....	62
Valoración	
Diagnóstico de Enfermería	
Planeación de Cuidados	
Evaluación	
Necesidad de Eliminación.....	64
Valoración	
Diagnóstico de Enfermería	
Planeación de Cuidados	
Evaluación	
Necesidad de Descanso y sueño.....	67
Valoración	
Diagnóstico de Enfermería	
Planeación de Cuidados	
Evaluación	

Necesidad de Comunicación	70
Valoración	
Diagnóstico de Enfermería	
Planeación de Cuidados	
Evaluación	
Necesidad de Aprendizaje.....	73
Valoración	
Diagnóstico de Enfermería	
Planeación de Cuidados	
Evaluación	
Necesidad de Jugar y participar en actividades recreativas.....	75
Valoración	
Diagnóstico de Enfermería	
Planeación de Cuidados	
Evaluación	
Necesidad de Vivir según sus creencias y valores.....	77
Valoración	
Diagnóstico de Enfermería	
Planeación de Cuidados	
Evaluación	
Necesidad de usar de prendas de vestir adecuadas.....	79
Valoración	
Diagnóstico de Enfermería	
Planeación de Cuidados	
Evaluación	
Necesidad de Trabajar y realizarse.....	80
Valoración	
Diagnóstico de Enfermería	
Planeación de Cuidados	
Evaluación	
VIII. Plan de alta.....	83
IX. Conclusiones.....	85
X. Sugerencias.....	86
XI. Bibliografía.....	87

XII. Anexos.....	89
Glosario.....	107

I. INTRODUCCIÓN

El Proceso de atención de enfermería (PAE) es un método científico organizado y sistemático que permite el buen desempeño de la profesión de enfermería, que guía las acciones de enfermería para poder proporcionar cuidados holísticos, humanos y con calidad a la persona sana o enferma en cualquier etapa de su vida, para prevenir y limitar el daño, rehabilitarlo, mantener su salud o reincorporarlo a su medio familiar y social en las mejores condiciones de salud, según sea el caso.

Este trabajo contiene la justificación del mismo, el marco teórico que consta de la conceptualización de la enfermería, los antecedentes del proceso de enfermería y sus etapas y como este proceso se basa en la filosofía de Virginia Henderson se describen sus postulados y conceptos que garantizan que la intervención de enfermería abarca las necesidades básicas del individuo lo cual se logra con investigación, conocimientos científicos y con orientación encaminada a la conservación de la salud del individuo para lo cual necesita que la persona este dispuesta a realizarlo.

Este Proceso de Atención de Enfermería se realizó a una paciente en etapa escolar quien tuvo una intervención quirúrgica previa y que reingresa con derrame pleural derecho, se llevó acabo por medio de la historia clínica de enfermería la que incluye la exploración, auscultación y observación, partiendo de esto se crean sus diagnósticos de enfermería y el establecimiento de objetivos para su intervención, decidir y crear sus actividades de intervención basadas en la teoría bibliográfica y la experiencia adquirida en cada institución medica y por ultimo realizar la evaluación de estas, sean o no satisfactorias, El Proceso de Atención de Enfermería es un método para la aplicación de la teoría, el cual se realiza en la práctica diaria de la enfermera, donde con juicio crítico y asegurando el mejor resultado para el bienestar del paciente se valoran el nivel de conocimiento que la enfermera utiliza para la toma de decisiones, permite ampliar el criterio como profesional de la salud ya que de la amplia gama de conceptos asistenciales se encuentran mayores posibilidades de proporcionar cuidados en los diferentes ámbitos en el campo de la salud.

II. JUSTIFICACIÓN

El Proceso de Atención de Enfermería es un método sistematizado que le permite al profesional de enfermería otorgar cuidados con pensamiento crítico basados en las cinco fases del plan de enfermería, basado en la filosofía de Virginia Henderson se obtendrán resultados más satisfactorios de la intervención, ya que el fin de esta teórica es llevar al individuo a la independencia total.

Con los conocimientos adquiridos en las teorías y modelos de enfermería surgió la inquietud de aplicar un Proceso de Atención de Enfermería en una niña hospitalizada en el Instituto Nacional de Cardiología Ignacio Chávez, que se encuentra en la etapa escolar, quien ya tiene una intervención cardiovascular (cirugía de Fontan) y que reingresa por un derrame pleural derecho a los 7 días de haber sido egresada del Instituto.

III. OBJETIVOS

GENERAL

- Identificar las necesidades reales y potenciales, basadas en el Proceso de Atención de Enfermería y la filosofía de Virginia Henderson, para proporcionar atención profesional, auténtica, humana, individualizada, con calidez, calidad y dirigida a una niña en etapa escolar, con derrame pleural derecho y así limitar el daño detectando oportunamente los riesgos previsibles o limitables.

ESPECÍFICO

- Proporcionar un sistema de atención de enfermería individualizado en el que la interacción con el paciente cubra las necesidades biopsicosociales y espirituales para llevar al usuario a un estado de independencia satisfactorio de salud o conservación de la misma.

IV. METODOLOGÍA

Para la elaboración de este trabajo se contó con la asesoría de Mtra Sara Esther Téllez Ortiz de la Escuela Nacional de Enfermería y Obstetricia. Se realizó una revisión bibliográfica del Proceso Atención de Enfermería (PAE) y filosofía de Virginia Henderson.

Se seleccionó a una niña que se encuentra en etapa escolar, de 9 años de edad, que se encontró hospitalizada en el Instituto Nacional de Cardiología Ignacio Chávez, se dio seguimiento en los 11 días de hospitalización durante la jornada de trabajo y se aplicó el PAE basado en el modelo filosofía de Virginia Henderson. Los diagnósticos se elaboraron con la taxonomía de diagnósticos de enfermería de la Asociación Norteamericana de Diagnósticos de Enfermería (NANDA), el plan de cuidados con la Clasificación de Intervenciones de Enfermería (NIC) y la evaluación con la Clasificación de Resultados de Enfermería (NOC) y se dio continuidad a la persona hasta lograr los objetivos de las intervenciones y así lograr su independencia total de la persona en sus catorce necesidades de acuerdo a la filosofía de Virginia Henderson.

Para elaborar el marco teórico se realizó investigación documental: en libros, revistas, tesis y en formatos electrónicos. En la de campo llevó a cabo la valoración basadas en la filosofía de Virginia Henderson.

V.- MARCO TEORICO

5.1- Antecedentes Históricos de la Enfermería

La actividad de la enfermería en sus inicios era empírica e innata abarcaba numerosos papeles, centraba su atención a las medidas de consuelo y al mantenimiento de un entorno higiénico, además de ser farmacéutica, dietista, fisioterapeuta y asistente social cubriendo totalmente las necesidades del paciente. Para el siglo XIX nacen las primeras escuelas de enfermería y con estas las primeras enfermeras tituladas. Con los cambios sociales, económicos, políticos, científicos, docentes y tecnológicos cambiaron el aspecto de la atención sanitaria en general, naciendo nuevas y diversas disciplinas, como los servicios sociales y la dietética, que ayudan a cubrir las necesidades del paciente, con esto el papel que ahora desempeña el profesional de enfermería es de coordinador lo cual le permite concentrarse en el conjunto de conocimientos exclusivos de la enfermería en cuanto a la resolución de problemas del paciente, el método mediante el cual se consigue esto es el Proceso de Atención de Enfermería.¹

5.2- Definición de Enfermería

Desde 1859 se ha intentado definir que es la enfermería, la primera en conceptualizarla fue Florence Nightingale, le siguieron importantes dirigentes y teóricas, como Virginia Henderson, Dorothy Johnson, Dorothea Orem, etc., quienes crearon diferentes modelos de atención de enfermería y de acuerdo a su modelo definían que es la enfermería, no es hasta 1979 que la América Nurse Association, ANA, definió y estableció el alcance de la práctica de la enfermería: “La enfermería es el diagnóstico y tratamiento de las respuestas humanas ante problemas de salud reales o potenciales”.²

Las respuestas humanas son los fenómenos que tienen que ver con el profesional de enfermería. El profesional de enfermería se centra en dos tipos de respuestas:

¹ Siles G.J. Historia de la enfermería. 1999.

² NANDA. Diagnósticos enfermeros de la NANDA 2005-2006

- 1) Reacciones de los individuos y los grupos ante los problemas reales de salud y las necesidades de autocuidado.
- 2) Preocupaciones de los individuos y grupos sobre los potenciales problemas de salud.

El profesional de enfermería trata la respuesta del paciente ante los problemas de salud o las conductas saludables, se ocupa del efecto de la enfermedad o del problema sobre la vida de él, estas respuestas cambian, por ser dinámicas, a lo largo de la vida entre la salud y la enfermedad. Para que el profesional otorgue un cuidado al usuario necesita un proceso de atención donde defina sus intervenciones dependientes e interdependientes para proporcionarle la atención a esté. Las funciones independientes son aquellas actividades consideradas dentro del campo diagnóstico y tratamiento de la enfermería y que no requieren de órdenes médicas y las interdependientes son aquellas que se realizan conjuntamente con otros miembros del equipo sanitario.³

³ Wolff. Fundamentos de Enfermería. 1992.

5.3.- Filosofía de Virginia Henderson

5.3. 1- Biografía de Virginia Henderson:

Enfermera norteamericana, nació en 1897 desarrollo su interés para la enfermería en la primera guerra mundial, 1918 ingresa a la escuela de enfermería de la armada de Washington D.C, se graduó tres años mas tarde. Trabajó como enfermera visitadora y como docente en enfermería, cinco años después regresa a la universidad teniendo el grado de Maestría en artes con especialización en la docencia de enfermería.

Esta teórica de enfermería incorporó los principios fisiológicos y psicopatológicos a su concepto de enfermería, dando una visión clara de los cuidados de enfermería hacia el individuo sano o enfermo, donde es considerado como un todo, completo, que representa 14 necesidades fundamentales que debe satisfacer. ⁴

5.3. 2 - Definición de enfermería:

Henderson define a la enfermería en términos funcionales como: " La única función de una enfermera es asistir al individuo sano o enfermo, en la realización de aquellas actividades que contribuyen a su salud, su recuperación o una muerte serena, actividades que éste realizaría por si misma si tuviera la fuerza conocimiento o la voluntad necesaria, todo ello de manera que le ayude a recobrar su independencia lo mas rápido posible" ⁵

5.3. 3- Su objetivo:

Asistir al paciente y a su familia en la satisfacción de las necesidades en que muestra dependencia y tratar de hacerlos independientes a la mayor brevedad⁶

⁴ Es wikipedia.org/wiki/Virginia_Henderson.sep 2008-10-15

⁵ Op cit p8

⁶García González,El proceso de enfermería y el modelo de Virginia Henderson.1997.

5.3. 4- Elementos más importantes de su filosofía:

- La enfermera asiste a los pacientes en las actividades esenciales para mantener la salud, recuperarse de la enfermedad o alcanzar la muerte en paz.
- Introduce y/o desarrolla el criterio de independencia del paciente en la valoración de la salud.

Parte de la teoría de las necesidades humanas básicas. Identifica 14 necesidades básicas y fundamentales que comparten todos los seres humanos, que pueden no satisfacerse por causa de una enfermedad o en determinadas etapas del ciclo vital, incidiendo en ellas factores físicos, sociales o psicológicos.

Normalmente estas necesidades están satisfechas por la persona cuando ésta tiene el conocimiento, la fuerza y la voluntad para cubrirlas (independiente), pero cuando algo de esto falta o falla en la persona, una o más necesidades no se satisfacen, por lo cual surgen los problemas de Salud (dependiente). Es entonces cuando la enfermera tiene que ayudar o suplir a la persona para que pueda tener las necesidades cubiertas. Estas situaciones de dependencia pueden aparecer por causas de tipo físico, psicológico, sociológico o relacionado a una falta de conocimiento.

Las actividades que las enfermeras realizan para suplir o ayudar al paciente a cubrir estas necesidades es lo que Henderson denomina cuidados básicos de enfermería. Estos cuidados básicos se aplican a través de un plan de cuidados de enfermería, elaborado en razón de las necesidades detectadas en el paciente.

Su principal influencia consiste en la aportación de una estructura teórica que permite el trabajo enfermero por necesidades de cuidado, facilitando así la definición del campo de actuación enfermero, y a nivel más práctico, la

elaboración de un marco de valoración de enfermería basándose en las catorce necesidades humanas básicas.⁷

Constructores de la filosofía de Virginia Henderson:

- **Independencia:** Satisfacción de las 14 necesidades mediante la acciones adecuadas que la persona realiza para ella misma o que otros hacen en su lugar de acuerdo a su edad, etapa de desarrollo o situación de salud.

-Manifestaciones de dependencia: Conducta o indicadores de conductas que la persona u otra que hace en su lugar, que resultan adecuadas y suficientes para satisfacer sus necesidades básicas, de acuerdo con su edad, etapa de desarrollo o situación de salud.

- **Dependencia:** Insatisfacción de una o varias necesidades básicas como consecuencia de acciones inadecuadas o insuficientes que realiza la propia persona o que otra hace en su lugar según la edad, etapa de desarrollo o situación de salud.

-Manifestaciones de dependencia: Conductas o indicadores de conductas que la persona u otra hace en su lugar, que resultan erróneas, inadecuadas o insuficientes para satisfacer sus necesidades básicas en la actualidad o en el futuro, de acuerdo con su edad, etapa de desarrollo o situación de salud. Las manifestaciones de dependencia se concretan en lo que se desarrolla como fuentes de dificultad.

-**Fuentes de dificultad:** Son los obstáculos o limitaciones personales que hacen que la persona no pueda satisfacer de manera independiente las 14 necesidades básicas, que se agrupan en:

- **Falta de conocimiento:** Se refiere a que hacer o como hacerlo, en relación a la propia salud y situación de vida, sobre la propia persona y sobre los recursos propios y del entorno disponible.

⁷ Antología Seminario Taller, Proceso Enfermero, “El modelo de Virginia Henderson y el Proceso

- **Falta de fuerza:** Se refiere a poder hacer, es la capacidad física y psicológica de la persona para llevar a cabo las acciones necesarias en cada situación.
- **Falta de voluntad:** Se refiere a que hacer, falta de deseo, anhelo o motivación de la persona para comprometerse, ejecutar y mantener las acciones oportunas para satisfacer las 14 necesidades durante el tiempo necesario.⁸

Conocimientos, habilidades y actitudes que la enfermera debe adquirir, y valores que orientará su conducta.⁹

Actitudes y valores:

- **Ética:** Respeto a la vida y bienestar del paciente.
- **Salud:** Como valor primordial, cuidar la salud personal y familiar.
- **Respetar la dignidad del ser humano:** Sin distinción de raza o clero, respeto por sus sentimientos e interés por su recuperación.
- **Practicar su religión:** Tener presente atender las necesidades espirituales de la persona,
- **Lealtad, responsabilidad, unidad, integridad.**
- **Honestidad, honradez, justicia, respeto.**
- **Estimar la bondad y la verdad.**
- **Tolerancia, confidencialidad, compromiso.**
- **Humanismo, transparencia, liderazgo y generosidad.**

Conocimiento sobre:

- El proceso salud enfermedad y sus implicaciones sociales.
- La historia natural de las enfermedades más comunes.
- Los factores que afectan a la salud del hombre, los agentes epidemiológicos y las respuestas humanas a tales agentes.
- El proceso de solución de problemas y su aplicación.
- El proceso educativo y técnicas didácticas enfocadas a la salud.

atención de enfermería. 2002.

⁸ García Suso A, Francisco del Rey C, Palazuelos Puerta P del Busto Miel modelo conceptual de Virginia Henderson y la etapa de valoración del Proceso de Atención de Enfermería. Educare 21 2004; 9.

⁹ Op cit p13

- Sobre el proceso de enfermería y su aplicación en su práctica clínica.
- Las materias médicas que apoyan a la enfermería como: patología, farmacología, pediatría, etc.

Habilidades para:

- La formación de grupos y para dar la educación para la salud.
- Detectar factores de riesgo.
- Tener buenas relaciones personales.
- El desarrollo y la aplicación de técnicas en el primero y segundo nivel de atención.
- Comunicarse apropiadamente con: familia y equipo de salud.
- La investigación bibliográfica.
- Poder expresar su pensamiento en forma oral y escrita.
- Tener comunicación empática.
- Ser miembro activo de una sociedad o colegio de enfermería.

Las necesidades humanas básicas según Henderson, son: ¹⁰

1. Necesidad de Oxigenación: Su objetivo: Promover la salud y la vida, conservando la función respiratoria en óptimas condiciones.

Ayudar a recuperar las características saludables perdidas, a la mayor brevedad posible.

2.- Necesidad de Nutrición e hidratación. Su objetivo: Conservar la salud mediante la ingestión diaria de una dieta y aporte de líquidos adecuados.

Ayudar a recuperar la salud mediante la atención a los signos y síntomas de dependencia en la nutrición y en la hidratación

3.-Necesidad de Eliminación. Su objetivo: Mantener la salud mediante la práctica de medidas para conservar en condiciones óptimas la función de la eliminación.

Recuperar las características saludables afectadas, en la función de la eliminación.

4.-Necesidad de Moverse y mantener una buena postura. Su objetivo: Mantener la salud mediante la puesta en práctica de actividades para conservar la buena postura y la capacidad de movimiento.

Conservar la función circulatoria en óptimas condiciones mediante la práctica de ejercicios y medidas de higiénicas.

Ayudar a recuperar o a conservar la función músculo-esquelética en óptimas condiciones, protegiendo al paciente encamado de riesgos de perderla por la falta de movilización.

5.-Necesidad de Descanso y sueño. Su objetivo: Promover la salud reforzando los hábitos higiénicos que favorecen el sueño y el descanso, para recuperar plenamente las energías perdidas en el trabajo diario.

Ayudar al paciente hospitalizado a recuperar las condiciones necesarias para tener el sueño y descanso adecuado.

Proporcionar al paciente hospitalizado un ambiente que favorezca el sueño, evitando ruidos y tratamientos innecesarios.

6.-Necesidad de Usar prendas de vestir adecuadas. Su objetivo: Mejorar el estado de salud del organismo, mediante el uso de ropa y calzado adecuados que eviten deformidades y proporcione comodidad.

Prevenir enfermedades ocasionadas por el uso de artículos irritantes o agresivos al organismo.

7.-Necesidad de Termorregulación. Su objetivo: Promover la salud mediante la puesta en práctica de actividades, para mantener la temperatura dentro de cifras normales.

Prevenir complicaciones de las enfermedades detectadas por las variaciones de las cifras de temperatura, mediante la atención oportuna de las mismas.

8.- Necesidad de Higiene y protección de la piel. Su objetivo: Promover la salud mediante la práctica de actividades para proteger la integridad de la piel conservarla en óptimas condiciones.

¹⁰ Op cit p13

Fomentar en el paciente y familia la formación de hábitos higiénicos, para protegerse de enfermedades.

9.- Necesidad de Evitar los peligros. Su objetivo: Promover la salud mediante la práctica de medidas para evitar riesgos de enfermar o morir.

Ayudar al paciente a adquirir la capacidad para medidas de seguridad y evitar peligros.

10.- Necesidad de Comunicarse. Su objetivo Tener una relación que ayude con el paciente, que evite barreras de la comunicación, con una actitud que inspire confianza para comunicar sus temores, necesidades y opiniones.

Prestar atención individualizada al paciente, mediante la práctica de una buena comunicación.

11.- Necesidad de Vivir según sus creencias y valores: Su objetivo: Atender sus necesidades espirituales de los pacientes considerándolos como unidades con componentes materiales y espirituales.

Facilitar a los pacientes las condiciones necesarias para la práctica de su fe, según las necesidades espirituales determinadas por el curso de su enfermedad.

Apoyar al paciente en la práctica de sus valores, respetando su dignidad, y formación humana y cristiana.

12.-Necesidad de Trabajar y realizarse. Su objetivo: Ayudar al paciente a iniciar el proceso necesario para un cambio de trabajo o de actividad, cuando esto sea necesario para mejorar la salud o como consecuencia de sufrir una enfermedad.

Avanzar en el conocimiento personal de las motivaciones que influyan para la elección de trabajo o de su carrera.

13.- Necesidad de Jugar y participar en actividades recreativas. Su objetivo: Aprovechar el periodo de rehabilitación para aprender habilidades manuales que pueda servir como actividad recreativa, y como ejercicio mental y físico.

Poder ofrecer a los pacientes una variedad de actividades recreativas y para que pueda escoger las que estén de acuerdo con su gusto, capacidad y recursos.

14.- Necesidad de Aprendizaje. Su objetivo: Fomentar el aprecio del valor al a salud, mediante la difusión de conocimientos básicos de epidemiología al individuo, familia y comunidad, recomendado la práctica de medidas, para la promoción y protección de la salud, así como, la atención oportuna en caso de enfermedad.

5.3, 5- Metaparadigma

Definición de Henderson de los 4 conceptos básicos del Metaparadigma de enfermería:

- **Persona:** Individuo que requiere asistencia para alcanzar salud e independencia o una muerte en paz, la persona y la familia son vistas como una unidad corporal, física y mental, que está constituida por componentes biológicos, sociológicos y espirituales.
- **La mente y cuerpo:** son inseparables. El individuo sano o enfermo anhela el estado de independencia. Tiene una serie de necesidades básicas para la supervivencia. Necesita fuerza, deseos, conocimientos para realizar las actividades necesarias para una vida sana.
- **Entorno:** El medio ambiente en el que el individuo desarrolla su actividad: hogar trabajo, escuela, hospital. Los individuos sanos son capaces de controlar su entorno físico inmediato, la enfermedad puede interferir en tal capacidad, por lo tanto la enfermera debe proteger al paciente de lesiones producidas por agentes externos, mecánicos o físicos, Virginia Henderson afirma que la enfermera tendrá una gratificación inmediata al ver los progresos del paciente para lograr su independencia, “La enfermera debe hacer un esfuerzo por entender al paciente”, “La enfermera ha de mantenerse en su piel” a fin de comprenderlo. ¹¹

¹¹ Op cit p13

Salud: La calidad de la salud es lo que permite a una persona trabajar con la máxima efectividad y alcanzar su nivel potencial más alto de satisfacción en la vida. Considera la salud en términos de habilidad del paciente para realizar sin ayuda los catorce componentes de los cuidados de Enfermería, equipara salud con independencia.

5.4- Proceso Atención de Enfermería (PAE)

El Proceso de Atención de Enfermería es el método mediante el cual se aplica este sistema a la práctica de la enfermería. La aplicación del método científico (PAE) permite a las enfermeras prestar cuidados de una forma racional, lógica y sistemática. Es la serie de acciones señaladas, pensadas para cumplir el objetivo de enfermería, mantener el bienestar óptimo de la persona y si éste cambia, proporcionar atención asistencial para llevarle de nuevo al bienestar, está organizado en cinco fases: Valoración, Diagnostico, Planificación, Ejecución y Evaluación. Cada una de ellas se describe de la siguiente manera:¹²

5.4, 1- Características

- Se dirige a un objeto.
- Sistemático: Planteamiento organizados para alcanzar un objetivo
- Dinámico: Hay cambios continuos
- Interactivo: Relaciones reciprocas entre enfermera, paciente, familia y los profesionales de salud.
- Flexible: Se adopta a cualquier cambio, en cualquier lugar o área.
- Base teórica: A partir de conocimientos que incluyen ciencias y humanidades.

5.4, 2- Etapa de valoración:

Es la primera fase del proceso de Enfermería que consiste en la recolección y organización de los datos sobre el estado de salud que concierne a la

¹² Iyer P.W. y etal. Proceso y diagnostico de enfermería. 1997.

persona, familia y entorno, son la base para las decisiones y actuaciones posteriores, se obtienen a través de diversas fuentes, éstas incluyen al paciente como fuente primaria, al expediente clínico, a la familia o a cualquier persona que dé atención al paciente. Las fuentes secundarias pueden ser revistas profesionales y los textos de referencia.

Es primordial seguir un orden en la valoración, para que en la práctica, la enfermera adquiera un hábito y no olvide ningún dato, obteniendo la máxima información. Para su recolección puede basarse en distintos criterios o teorías.

FUENTES DIRECTAS: Realizando directamente con el paciente una comunicación verbal y la exploración física céfalo caudal mediante la observación, auscultación, palpación y percusión.

FUENTE INDIRECTA: Expediente clínico, revistas profesionales, textos de referencia, personal interdisciplinario de salud y familiar.

Teniendo la recopilación de datos se llegará a determinar conclusiones:

- Si en ese momento no existe diagnóstico de enfermería evidente; se debe seguir evaluando.
- Existe un problema interdisciplinario
- Si existe un diagnóstico de enfermería real, de alto riesgo, posible o de bienestar.

Métodos para obtener datos:

Entrevista Clínica:

Técnica indispensable en la valoración, 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.

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.

Exploración física: Se centra en determinar con detenimiento 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. ¹³

5.4.3- Etapa de diagnóstico de enfermería:

Se analizan e interpretan de forma crítica los datos reunidos en la valoración y se emite un juicio o conclusión, se elabora por medio de un enunciado del problema real o potencial del paciente que requiera de la intervención de enfermería con el objeto de resolverlo o disminuirlo. El 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. ¹⁴

TIPOS DE DIAGNÓSTICOS

- **REAL:** Representa un estado que ha sido clínicamente validado mediante características definitivas principales identificables, problema de salud que esta presente en ese momento.

El enunciado debe ser descriptivo de la definición de diagnóstico y las características que lo definen (Gordon 1990).

Para su estructura se puede utilizar el formato PES.

¹³ De Internet <http://enfermería21.com/educare/educare09>

¹⁴ Griffilh J. W., Cristensen P.J. Aplicación de teorías guías y modelos. 1993.

P = Problema + **E** = etiología, factor casual o contribuyente + **S** = signos y síntomas con que se manifiesta.

➤ **ALTO RIESGO:** Juicio clínico de que el individuo, familia o comunidad son más vulnerables a desarrollar un problema de salud.

El enunciado se inicia con la palabra alto riesgo de:

Y se añade relacionada a:

➤ **POTENCIAL:** En este enunciado describe un problema posible se utiliza el formato **P** problema + **E** = etiología o factor contribuyente.

➤ **DE BIENESTAR:** Estos enunciados no contienen factores relacionados, son servicios clínicos respecto a una persona, grupo o comunidad en transición desde un nivel específico de bienestar hacia un nivel más elevado inician con la palabra favorecer en seguirla por el mayor nivel de bienestar que la persona desea o si es capaz.

➤ **DE SINDROME:** Comprende un diagnóstico de enfermería real o potencial que se supone que aparece como con secuencia de un acontecimiento o situación determinado. Los enunciados son una parte de etiología o factor concurrente para el diagnóstico contenidos en la denominación diagnóstica.

5.4.4- Etapa de planificación:

En la Planificación se desarrollan estrategias para prevenir, minimizar o corregir los problemas identificados en el diagnóstico, así como para promocionar la Salud. Consta de varias etapas:

1. - Establecimiento de prioridades para los problemas diagnosticados
2. -Fijar resultados con el paciente para corregir, reducir o evitar los problemas.

3. - Escribir las acciones de enfermería.

4. - Registro de los diagnósticos de enfermería, de los resultados y de las acciones de enfermería en forma organizada en el plan de cuidado.

Etapas en el Plan de Cuidados son: Establecer prioridades en los cuidados, tratar de ordenar jerárquicamente los problemas detectados.

Planteamiento de los objetivos de la persona con resultados esperados. 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. ¹⁵

5.4, 5.- Planteamiento de los Objetivos:

Una vez que hemos priorizado los problemas que vamos a tratar, debemos definir los objetivos que nos proponemos con respecto a cada problema.

- Corto plazo: en un lapso de menos de una semana.
- Largo plazo: pueden ser en semanas o meses

CARACTERÍSTICAS:

- ❖ Deben ser alcanzables
- ❖ Deben ser medibles

Deben ser específicos en cuanto contenido, van compuestos por un verbo y se le añade preferencias e individuos

¹⁵ Carpenito LJ. Planes de cuidado y documentación en enfermería. 1995:5.

ACCIONES DE ENFERMERÍA:

Son aquellas intervenciones específicas que van dirigidos al paciente para lograr los resultados esperados.

Del modelo bifocal de los diagnósticos de enfermería, podríamos decir que se desprenden responsabilidades del tratamiento por ello e establecen dos tipos de indicaciones.¹⁶

- **PRESCRIPCIONES DE ENFERMERÍA:** La enfermera puede prescribir independientemente para que el personal de enfermería ejecute la prescripción.
- **PRESCRIPCIÓN MÉDICA:** Son indicaciones escritas por el médico, representa tratamientos de problemas interdisciplinarios que la enfermera inicia y maneja.

TIPOS DE ACTIVIDADES DE ENFERMERÍA

Lyer (1989)

- **DEPENDIENTES:** Actividades relacionadas con la respuesta médica en práctica de las situaciones médicas, señala la manera en que se ha llevado a cabo una actuación médica.
- **INTERDEPENDIENTES:** Actividades que la enfermera realiza en colaboración en el equipo interdisciplinario.
- **INDEPENDIENTES:** Actividades de enfermería dirigidos hacia las respuestas humanas que están legalmente autorizadas a atender, gracias a su formación y experiencia práctica, no requieren indicación médica.

¹⁶ De Internet www.terra.es/personal/duenas/teorias2.htm

LAS CARACTERÍSTICAS DE LAS ACTIVIDADES DE ENFERMERÍA SEGÚN LYER (1989)

- ⇒ Serán coherentes
- ⇒ Basados en principios científicos
- ⇒ Serán individualizados
- ⇒ Se empleará para proporcionar un medio seguro y terapéutico
- ⇒ Van acompañados de un componente enseñanza y aprendizaje
- ⇒ Comprender la utilización de recursos apropiados

El plan de cuidados de enfermería “es un instrumento para documentar y comunicar la situación del paciente/cliente, los resultados que se esperan, las estrategias, indicaciones, intervenciones y la evaluación de todo ello”. Griffith – Kenney y Christenson (1986)

TIPO DE PLANES DE CUIDADO

INDIVIDUALIZADOS: Los objetivos del plan de cuidados y las acciones de enfermería para un paciente concreto.

ESTANDARIZADO: Según Mayers (1983); un plan de cuidados estandarizados es un protocolo específico de cuidados, apropiado para aquellos pacientes que padecen los problemas normales a previsibles relacionados con el diagnóstico concreto o de enfermería.

ESTANDARIZADO CON MODIFICACIONES: Permite la individualización, al dejar abiertas las opciones en los problemas del paciente, los objetivos del plan de cuidados y las acciones de enfermería.

COMPUTARIZADO: Requiere la información previa de los diferentes tipos de planes de cuidados

5.4, 6- Etapa de ejecución

La ejecución es el inicio y terminación de las acciones necesarias para conseguir los resultados definidos en la etapa de planificación. Es la realización o puesta en práctica de los cuidados programados.

LA EJECUCIÓN IMPLICA LAS SIGUIENTES ACTIVIDADES

- ◆ Continuar la recolección y valoración de datos.
- ◆ Realizar las actividades de enfermería
- ◆ Anotar los cuidados de enfermería
- ◆ Comunicar los informes verbales de enfermería
- ◆ Mantener un plan de cuidados actualizados

Actividades importantes a considerar para llevar acabo la ejecución de las actividades de enfermería:¹⁷

- Revisión de indicaciones de de enfermería para asegurar que las acciones son compatibles con el plan de cuidados.
- Análisis de los conocimientos y habilidades de la enfermera para la realización de dicha acción.
- Reconocimientos de las complicaciones potenciales de las acciones.
- Proporcionar os recursos necesarios.
- Preparación de un entrono seguro

5.4, 7- Etapa de evaluación

Ultima fase del Proceso, en este se evalúa el progreso del paciente, se establecen medidas correctoras si fuese necesario, se revisa el plan de cuidados y se determina si se han conseguido los objetivos establecidos.¹⁸

¹⁷ Universidad Autónoma de Yucatán. Facultad de Enfermería. PAE. Julio 2004

Los dos criterios más importantes que valora la enfermería, son eficiencia y la eficacia de las actuaciones, Griffith y Christense (1982).

CONSTA DE DOS PARTES

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

ÁREAS QUE SE EVALUAN SEGÚN LYER.

1. Aspecto general y funcional del cuerpo
2. Signos y síntomas específicos
3. Capacidad psicomotora
4. Estado emocional
5. Situación espiritual

Una característica a tener en la evaluación es; que ésta es continua, así podemos detectar como va evolucionando el paciente y realiza ajustes o modificaciones para que la atención resulte más afectiva.

¹⁸ Tomey A.M. Alligood M.R. Capitulo 9 Virginia Henderson en Modelos y teorías de enfermería. 1999.

VI.- CLASIFICACIÓN DE INTERVENCIONES Y RESULTADOS DE ENFERMERÍA (NIC-NOC)

Clasificación de intervenciones de Enfermería

Desde 1987 Joanne McCloskey y Gloria Bulechek un equipo de investigación ha estado trabajando para elaborar, validar e implementar la clasificación de intervenciones de Enfermería paralela a la clasificación de la North American Nursing Diagnosis Association de diagnósticos de enfermería.¹⁹

Clasificación de los resultados de las intervenciones de Enfermería.

El libro ha sido la creación de una gran variedad de herramientas de evaluación diseñadas para medir los resultados de los sistemas de atención sanitaria. Para enfermería es importante conservar su identidad a medida que se reestructura el sistema de atención sanitaria para aumentar su eficacia, por lo que la necesidad de definir sus intervenciones y resultados es prioritaria. El libro documenta el desarrollo de resultados estandarizados para la evaluación de los cuidados de enfermería.²⁰

VII.- APLICACIÓN DEL PROCESO DE ENFERMERÍA

7.1.- Presentación del caso clínico

FICHA DE IDENTIFICACIÓN:

27 Mayo del 2008.

NOMBRE: N.A.M.R., SEXO: Femenino, EDAD: 9 años, PESO: 22.500 kgs.
TALLA: 1.25 m, FECHA DE NACIMIENTO: 27/07/1998, Nacionalidad: Mexicana, OCUPACION: Estudiante, RELIGIÓN: Católica, ESCOLARIDAD: 4º año Primaria ESTADO CIVIL: Soltera, DOMICILIO: Calle Tulipán MZ 1 LT. 1 Jorge Jiménez Cantú los Reyes la Paz México, LUGAR DE ORIGEN: Estado

¹⁹ Joanne Mc. Bulechek G. Clasificación de intervenciones de enfermería.2005

²⁰ Sue Morread, Marion J. Clasificación de los resultados de enfermería.2005

de México, FAMILIAR RESPONSABLE: T.A.R.A (madre), Fuente de información: Entrevista con la Mamá, Con la paciente y expediente clínico. INTEGRACIÓN FAMILIAR: Integra

DESCRIPCIÓN DEL CASO:

Antecedentes personales no patológicos: Escolar que vive con sus padres y hermanos en casa prestada, conformada de dos habitaciones (una cocina y comedor y otro dormitorio), con poca ventilación buena iluminación, cuentan con un baño con servicio completo, de construcción combinada de tabique, loza y lámina de asbesto, tienen animal doméstico un perro. Cuentan con la recolección de basura dos veces a la semana, con agua intradomiciliaria, tienen transporte público alumbrado y pavimentación.

No cuentan con servicios de salud del IMSS, ISSSTE, solo asisten a consultorios de dispensarios genéricos.

Alimentación: Consume verduras en regular cantidad, no consume leguminosas, abundantes harina y almidón, ingiere poca cantidad de agua, es intolerante a la lactosa, por lo que no consume ningún tipo de leche y ocasionalmente consume alimentos ricos en calcio (por cuestión económica).

Higiene y eliminación: En su higiene personal baño de regadera cada tercer día con cambio de ropa íntima diaria, se lava las manos antes de comer y después de ir al baño, el aseo dental dos veces al día, su eliminación intestinal menciona que desde su egreso anterior del Instituto Nacional de Cardiología ha presentado evacuaciones semilíquidas dos a tres veces al día (ya con tratamiento médico, antidiarreico y suero oral), eliminación vesical frecuente ya que se encuentra con tratamiento con diurético, en regular cantidad, amarilla clara sin mal olor.

Su composición familiar: Está conformada por matrimonio de religión católica, su Papá de 32 años de edad, con nivel de estudio secundaria terminada, trabaja de mozo en casa particular, aparentemente sano, su Mamá de 31 años de edad, analfabeta, se dedica al hogar, aparentemente sana. Tiene dos hermanos, uno de 4 años asiste al kinder y otro de 2 años, ambos

aparentemente sanos. La dinámica familiar es buena ya que conviven el mayor tiempo posible junto, evitan la violencia y el maltrato, la paciente tiene buenas relaciones familiares y sociales, se muestra dinámica y alegre.

Antecedentes perinatales: Producto de la primera gesta, con control prenatal regular, madre con G 3, P 2, C 1, A 0, a los dos meses presentó amenaza de aborto, solo en una ocasión, teniendo atención médica y reposo, nacida por cesárea con peso 2.700 kg. Talla 47cm. Silverman y Apgar los desconoce esquema de vacunación actualizado.

Antecedentes Obstétricos: Menarca aún no se presenta, crecimiento de glándulas mamarias y órganos sexuales de acuerdo a su edad.

Antecedentes personales patológicos: En el hospital Federico Gómez se realiza cirugía cardíaca (Glenn bidireccional = Técnica quirúrgica que deriva las dos venas cavas a las arterias pulmonares), por diagnosticar Atresia tricuspídea clásica sin comunicación interventricular al mes de nacida, en tres ocasiones se le ha realizado salinoféresis, y la realización de gammagrafía y angiotac pulmonar por presentar disnea al esfuerzo reportando fístulas arteriovenosas pulmonares, reporta lipotimia en febrero 2008 sin palpitaciones, niega traumatismos, enfermedades infectocontagiosas y alergias.

Antecedentes familiares: Abuelo paterno con diabetes mellitus tipo dos por pancreatitis.

Historia de su padecimiento cardiovascular: Conocida en el Instituto Nacional de Cardiología el 16 de Abril 2008, encontrándose en condiciones generales regulares, de complexión delgada, cianosis generalizada, presenta disnea que aumenta al esfuerzo, se mantiene internada, el 17 Abril del 2008 se realiza cateterismo cardíaco reportando derivación cavopulmonar permeable (la cirugía previa de Glenn bidireccional), ramas pulmonares confluentes, sin complicaciones. El 23 de Abril 2008 se realiza cirugía de Fontan extracardiaco fenestrado, su evolución en terapia intensiva fue la siguiente: Presentó inestabilidad hemodinámica y desaturación por oxímetro de pulso de 56%, por

lo que se realizó cateterismo cardiaco observando múltiples fístulas venosa pulmonares y fenestración hiperfuncionante, el 24 de Abril presentó distensión abdominal requirió instalación de catéter de Tenckof el cual se realizó cambio el mismo día por disfunción, posteriormente drenó 300ml de líquido con tinte sanguinolento. Su evolución continuo con inestabilidad hemodinámica requiriendo de inotrópicos, transfusiones de plaquetas (plaquetas mínima fue de 88), plasma (por pérdidas del drenaje pleural), crioprecipitados y paquete globular, el 28 de Abril al disminuir la sedación y relajación presentó hiperextensión de las 4 extremidades, pero trata de interactuar con su mamá. Recibió valoración de neurología quien no reporto signos meníngeos, reflejo de tallo cerebral íntegro, se decidió continuar la sedación y relajación por 24hrs mas, presentó distermias se aisló neumococo, en secreción bronquial se inició ceftriaxona y teicoplanina. El 29 de Abril se procede a la extubación sin complicaciones, se observó conciente, realizó conversaciones coherentes, solo persistió signos de depresión opiacea en extremidades, ameritó de nutrición parenteral la cual se suspendió el 1 de Mayo iniciando la vía oral. El 2 Mayo se retiró el drenaje pleural y el catéter de tenckof y se trasladó a piso (cardiopediatria).

Su evolución en cardiopadiatria: Durante su estancia presentó febrícula (la máxima 37.7 °C), presentó dolor en miembro pélvico derecho que ameritó analgésico, ligera distensión abdominal sin datos de irritación peritoneal, presentó evacuaciones semilíquidas, se tomó coprocultivo y rotatest siendo ambos negativos, se suspendieron antibióticos, reportaron hemocultivos y urocultivo negativos, egresó a domicilio el 20 Junio, con los siguientes medicamentos Capotena, Furosemida, Digoxina, Paracetamol, Piroxicam, Pepto-Bismol, Hidresec.

Padecimiento actual: Paciente escolar que reingresa el día 27 de Mayo 2008, con evolución de una semana con disnea y tos productiva de coloración blanca-amarilla, con odinofagia por lo que ameritó tratamiento con Augmentín. Refiere haber presentado hace tres días vómito de color café y evacuaciones melénicas, aumentando la disnea y la cianosis por lo que acude al Instituto Nacional de Cardiología, se toma radiografía de tórax se observa derrame pleural derecho del 60-70%, se programa instalación de sonda pleural.

A la exploración física: se encuentra consciente, orientada, se observa cianosis distal y peribucal, regularmente hidratada. Se observa angustiada ya que sabe del procedimiento a realizar (drenaje pleural), se encuentra monitorizada en ritmo sinusal, con oxígeno binasal a 3 lts. por minuto, mantiene saturación por oxímetro de pulso del 70%, se ausculta hipoventilación basal, y movimientos de amplexión y amplexiación disminuidos del lado derecho, se palpa ligera ascitis con un perímetro abdominal de 57cm, se auscultan movimientos peristálticos, se observan las heridas quirúrgicas: la toracolateral izquierda, sitio de retiro de drenaje pleural derecho y la infraumbilical (del retiro del Teckoff) en proceso de cicatrización, Tiene catéter periférico en miembro superior derecho permeable a solución glucosada al 5% para mantener vena permeable a 2 ml/hr , refiere dolor tipo muscular en miembro pélvico derecho (pierna) a la palpación y al movimiento, no se observa eritema, edema, se palpan pulso pedio y popíteo ambos de buena intensidad, sin compromiso hemodinámica. Se encuentra en ayuno a partir de las 11hr, con presión arterial 115/69, frecuencia cardiaca 110, frecuencia respiratoria 38, saturación 70% , temperatura 37.4°C A las 17hr previa preparación psicológica y de anestesia se procede a la instalación de drenaje pleural derecho sin complicaciones, durante el mismo, se obtiene un gasto plural de 400 ml. líquido seroso, el cual amerita reposición con plasma (1 unidad) A las 18hr se observa alerta, refiere dolor en sitio de inserción del tubo que amerita analgésico, a las 19 hr se inicia la vía oral, manteniéndose hemodinámicamente estable con presión arterial 112/69, frecuencia cardiaca 104, frecuencia respiratoria 28, saturación 72% ,temperatura 36.4 , presenta micción espontánea hasta las 22hr forzado con diurético. Su laboratorio hemoglobina 15%, hematocrito 49%, plaquetas 246,000, leucocitos 22.1, neutrófilos 65.7, linfocitos 22.8, creatinina 0.4, urea 18, potasio 4.2, TPT 26.8/28.6, TP 14.8/11.8, Glicemia 71mg//dl.

Su estancia hospitalaria fue de 11 días, del 27 al 30 de Mayo se realiza reposición de pérdidas pleurales con plasma, el 31 de mayo se retira el drenaje pleural, en dos ocasiones presentó febrícula que se controla con medios físicos y químicos. Presenta una ocasión evacuación semilíquida siendo necesario dieta astringente e hidratación oral. Desde su ingreso continua tratamiento con

antibiótico por 9 días mas (por su antecedentes de infección de vías respiratorias antes del ingreso). El 2 Junio se ausculta hipoventilación derecha en radiografía de tórax no se observa derrame por lo que se realiza fluroscopía reportando parálisis diafragmática derecha valorado por el servicio de cirugía, por el momento no ameritó tratamiento quirúrgico, egresando el 6 Junio 2008 con tratamiento médico: Capotena, protector de la mucosa gástrica y digital, y se dio el plan de alta de enfermería.

7.2.- JERARQUIZACIÓN DE NECESIDADES

De acuerdo a la pirámide de Abraham Maslow y las necesidades de Virginia Henderson. (La pirámide se encuentra en anexos).

- 1.- Necesidad de oxigenación.
- 2.- Necesidad de evitar peligros.
- 3.- Necesidad de hidratación y alimentación.
- 4.- Necesidad de estar limpio, aseado y proteger sus tegumentos.
- 5.- Necesidad de termorregulación.
- 6.- Necesidad de moverse y mantener buena postura.
- 7.- Necesidad de eliminar.
- 8.- Necesidad de dormir y descansar.
- 9.- Necesidad de comunicarse.
- 10.- Necesidad de aprendizaje.
- 11.- Necesidad de jugar y participar en actividades creativas.
- 12.- Necesidad de vivir según sus creencias y valores.
- 13.- Necesidad de usar prendas de vestir adecuadas.
- 14.- Necesidad de trabajar y realizarse.

7.3.- DESARROLLO DE PROCESO DE ATENCIÓN DE ENFERMERÍA

DIAGNÓSTICOS DE ENFERMERÍA NANDA, NIC-NOC

1.- NECESIDAD DE OXIGENACIÓN

VALORACIÓN:

DATOS QUE MANIFIESTAN DEPENDENCIA

Presenta disnea al reposo, polipneica (fr. 38 por min.), con cianosis distal y peribucal grado III, se ausculta hipoventilación basal derecha, con movimientos de amplexión y amplexación disminuidos, oxígeno binasal a 3 Lts. Por min. Con saturación por oxímetro de pulso 70%, en la radiografía de tórax se observa derrame pleural derecho del 60% que ameritó instalación de drenaje pleural, con uso de anestesia transitoria.

Área Cardiovascular: Al monitor se observa en ritmo sinusal con FC 110 por min.

ESTADO DE SALUD: Totalmente dependiente.

CAUSAS DE DEPENDENCIA: Falta de fuerza.

DIAGNÓSTICO DE ENFERMERÍA:

1.- Patrón respiratorio ineficaz relacionado a hipoventilación, manifestado por frecuencia respiratoria mayor de 25 por minuto.

PROBLEMA DETECTADO: Patrón respiratorio ineficaz.

DEFINICIÓN: La inspiración o la espiración no proporcionan una ventilación adecuada.

Objetivo: Estado respiratorio: ventilación.

- Proporcionar cuidados de enfermería que le ayuden a mejorar la sintomatología de la disnea y que favorezca la oxigenación distal y peribucal.

INTERVENCIONES DE ENFERMERÍA:

1.- Monitorización respiratoria

INDEPENDIENTES:

- Vigilar la frecuencia, ritmo, profundidad y esfuerzo de las respiraciones.
- Observar si hay fatiga muscular diafragmática (movimiento paradójico)
- Auscultar los sonidos pulmonares después de los tratamientos y anotar los resultados.
- Observar si aumenta la intranquilidad, ansiedad o falta de aire.

INTERDEPENDIENTES:

- Realizar el seguimiento de los informes radiológicos de tórax. (Previo a la instalación del drenaje pleural y posterior al mismo)

2.- Manejo de vía aérea:

INDEPENDIENTES:

- Colocar al paciente en la posición semifowler para que permita que el potencial de ventilación sea el máximo posible.
- Vigilar el estado respiratorio y de oxigenación

3.- Oxigenoterapia:

INDEPENDIENTES:

- Mantener permeable la vía aérea.
- Comprobar la eficacia e la oxigenoterapia (pulsioxímetro).
- Comprobar la capacidad del paciente para tolerar la suspensión de la administración de oxígeno mientras come.
- Observar la ansiedad del paciente relacionada con la necesidad de la terapia de oxígeno.

DEPENDIENTES:- Administrar oxígeno suplementario según orden médica (oxígeno binasal a 3Lts. Por minuto).

INTERVENCIONES INTERDEPENDIENTES:

- Disponer de un dispositivo de oxígeno que facilite la movilidad y enseñar al paciente a conservarla

EVALUACIÓN: Estado respiratorio: Ventilación.

DEFINICIÓN: Movimiento de entrada y salida de aire a los pulmones

Estado respiratorio: ventilación Puntuación global	Puntuación DIANA	
	Inicia con	Aumenta a
INDICADORES:		
-Frecuencia respiratoria	2	4
-Ritmo respiratorio	2	4
-Profundidad de la respiración	2	4
-Facilidad de la respiración	2	4
-Expansión torácica simétricas	2	4
-Facilidad de la inspiración	2	4
-Hallazgos en la radiografía de tórax	2	4
-Estado mental	5	5

-Facilidad de la respiración	2	4
-Saturación de oxígeno	3	4
-Hallazgos en la radiografía de tórax	3	4
-Disnea en reposo	2	4
-Disnea al esfuerzo	2	4
-Cianosis	2	4
-Somnolencia	5	5

2 = Sustancialmente comprometido. 3 = Moderadamente comprometido.

4 = Levemente comprometido. 5 = No comprometido

Se logró mejorar la función respiratoria, inicio con una puntuación de 38 puntos y aumentó a 62 puntos.

DIAGNÓSTICO DE ENFERMERÍA:

3.-Alto riesgo de aspiración secundario a la depresión de los reflejos nauseosos y tusígeno.

PROBLEMA DETECTADO: Riesgo de aspiración

DEFINICIÓN: Riesgo que penetre en el árbol bronquial las secreciones gastrointestinales, orofaríngeas, sólidos o líquidos

Objetivo: Prevención de la aspiración.

-Brindar cuidados de enfermería para la prevención de aspiración durante la recuperación de la anestesia.

INTERVENCIONES:

1.- Precauciones para evitar la aspiración:

INDEPENDIENTES:

-Vigilar el nivel de conciencia, reflejo de tos y capacidad deglutiva

-Controlar el estado pulmonar.

-Mantener una vía aérea permeable.

EVALUACIÓN: Prevención de espiración

DEFINICIÓN: Acciones personales para prevenir el paso de partículas líquidas o sólidas hacia pulmones.

Prevención de la aspiración Puntuación global	Puntuación DIANA	
	Inicia con	Aumenta a
INDICADORES:		
-Identificar factores de riesgo	5	5
-Evitar factores de riesgo	5	5

1 = nunca demostrado. 2 = Raramente demostrado. 3 = A veces demostrado. 4 = Frecuentemente demostrado. 5 = Siempre demostrado.

Se tomaron las medidas de prevención para la detección de riesgo de una broncoaspiración, manteniendo una puntuación de 10

2.- NECESIDAD DE EVITAR PELIGROS

VALORACIÓN:

DATOS QUE MANIFIESTAN INDEPENDENCIA

Se encuentra conciente orientada, mantiene el equilibrio y coordinación de sus cuatro extremidades. Su unidad cuenta con las medidas de seguridad

DATOS QUE MANIFIESTAN DEPENDENCIA

Se observa angustiada, manifiesta verbalmente temor al procedimiento a realizar, en reposo absoluto por lo que requiere de ayuda para la satisfacción de las necesidades fisiológicas. Ameritó el uso de sedación transitoria para la instalación del drenaje pleural, el cual se realizó sin complicaciones, la recuperación total de la anestesia duró 2 hrs. Aproximadamente, posteriormente presenta dolor en el sitio de la instalación del drenaje pleural derecho.

ESTADO DE SALUD: Dependencia total.

CAUSAS DE DEPENDENCIA: Falta de fuerza.

DIAGNÓSTICO DE ENFERMERÍA:

1.-Ansiedad relacionada al estado de salud, manifestado por angustia.

PROBLEMA DETECTADO: Ansiedad

DEFINICIÓN: Vaga sensación de malestar acompañada de una respuesta automática (cuyo origen con frecuencia es desconocido para el individuo); sentimiento de aprensión causado por la anticipación de un peligro y permite al individuo tomar medidas para afrontarlo.

Objetivo: Nivel de ansiedad.

-Realizar acciones de enfermería que le ayuden disminuir su ansiedad, durante su estancia hospitalaria.

INTERVENCIONES

1.- Disminución de la ansiedad:

INDEPENDIENTES:

- Utilizar un enfoque sereno que de seguridad.
- Establecer claramente las expectativas del comportamiento del paciente.
- Explicar todos los procedimientos, incluyendo las posibles sensaciones que se ha de experimentar durante el procedimiento.
- Tratar de comprender la perspectiva del paciente sobre una situación estresante.
- Permanecer con el paciente para promover seguridad y reducir el miedo.
- Proporcionar objetos que simbolicen seguridad.
- Escuchar con atención.
- Crear un ambiente que facilite la confianza.
- Animar la manifestación de sentimientos, percepciones y miedos.
- Identificar los cambios en el nivel de ansiedad.
- Establecer actividades recreativas encaminadas a la reducción de tensiones.
- Determinar la capacidad de toma de decisiones del paciente.
- Observar si hay signos verbales y no verbales de ansiedad.

EVALUACIÓN: Nivel de ansiedad.

DEFINICIÓN: Gravedad de la aprensión, tensión o inquietud manifestada surgida de una fuente no identificable.

Nivel de ansiedad Puntuación global	Puntuación DIANA	
	Inicia con	Aumenta a
INDICADORES:		
-Tensión facial.	2	4
-Ansiedad verbalizada.	2	4
-Manos húmedas.	3	5

-Inquietud.	3	5
-Conducta problemática.	5	5
-Ataque de pánico.	5	5
-Sudoración.	3	5

1 = Grave 2 = Sustancial 3 = Moderado 4 = Leve 5 = Ninguno

Se logró disminuir su ansiedad, inicia con 23 puntos se aumentó a 33 puntos.

DIAGNÓSTICO DE ENFERMERÍA:

2. -Dolor agudo relacionado con agentes lesivos (Físicos) manifestado verbalmente.

PROBLEMA DETECTADO: Dolor agudo.

DEFINICIÓN: Experiencia sensitiva y emocional desagradable ocasionada por una lesión tisular real o potencial o descrota en tales términos (Internacional Association for the Study of Pain); inicio súbito o lento de cualquier intensidad de leve a severa con un final anticipado o previsible y una duración menor de 6 meses.

OBJETIVO: Control del dolor

- Lograr la disminución del dolor al máximo mediante la ministración de analgésico prescrito, lo más pronto posible.

INTERVENCIONES:

1.-Ministración de analgésico:

INDEPENDIENTE:

- Determinar la ubicación, características, calidad y gravedad del dolor antes de medicar al paciente.
- Atender las necesidades de comodidad y otras actividades que ayuden en la relajación para facilitar la respuesta al a analgesia.
- Instruir para que se solicite la medicación según necesidades para el dolor antes de que el dolor sea severo.
- Evaluar la eficacia del analgésico a intervalos regulares después de cada administración, pero especialmente después de las dosis iniciales, y se debe observar también si hay slignos y síntomas de efectos adversos (depresión respiratoria, nausea, vómito, sequedad de boca y estreñimiento).
- Registrar la respuesta al analgésico y cualquier efecto adverso.

INTERDEPENDIENTES:

- Comprobar las órdenes médicas en cuanto al medicamento, dosis y frecuencia del analgésico prescrito.
- Comprobar el historial de alergias a medicamentos.
- Determinar el analgésico preferido, vía de administración y dosis para conseguir un efecto analgésico óptimo.

EVALUACIÓN:

Control del dolor

DEFINICIÓN: Acciones personales para controlar el dolor.

<p>Control del dolor Puntuación global</p>	<p>Puntuación DIANA Inicia con Aumenta a</p>
<p>INDICADORES:</p>	

-Reconoce el comienzo del dolor.	5
-Reconoce factores causales.	5
-Refiere cambios en los síntomas o localización del dolor al personal sanitario.	5
-Refiere dolor controlado.	5

1 = Nunca demostrado 2 = Raramente demostrado 3 = A veces demostrado
4 = Frecuentemente demostrado 5 = Siempre demostrado

Se logra desaparecer el dolor llegando a una puntuación de 20 puntos.

DIAGNÓSTICO DE ENFERMERÍA:

3.- Temor relacionado separación del sistema de soporte (hospitalización y procedimientos) manifestado verbalmente por miedo.

PROBLEMA DETECTADO: Temor.

DEFINICIÓN: Respuesta a la percepción de una amenaza que se reconoce conscientemente como un peligro.

OBJETIVO: Nivel de miedo: infantil.

Potenciación de la seguridad.

- Brindar apoyo psicológico para disminuir al máximo su temor.

INTERVENCIONES:

1.- Aumentar el afrontamiento:

INDEPENDIENTES:

- Valorar la comprensión del paciente del proceso de enfermedad.

- Utilizar un enfoque sereno, de reafirmación. (Mantener actitud tranquila y positiva)

- Proporcionar información objetiva respecto al tratamiento y pronóstico.
- Proporcionar al paciente elecciones realistas sobre ciertos aspectos de los cuidados de enfermería.
- Alentar una actitud de esperanza realista como forma de manejar los sentimientos de impotencia.
- Tratar de comprender la perspectiva del paciente sobre una situación estresante.
- Favorecer las relaciones con personas que tengan interés y objetivos comunes.
- Favorecer situaciones que fomenten la autonomía del paciente.
- Ayudar al paciente a identificar respuestas positivas de los demás.
- Alentar la manifestación de sentimientos, percepciones y miedos.

2.-Potenciación de seguridad:

INDEPENDIENTES:

- Mostrar calma.
- Pasar tiempo con el paciente.
- Animar a la familia a que proporcione objetos personales para el uso o disfrute del paciente.
- Escuchar los miedos del paciente/familia.
- Explicar al paciente / familia todas las pruebas y procedimientos.
- Responder a las preguntas sobre la salud de una manera sincera.
- Ayudar al paciente a utilizar las respuestas de capacidad de resolución de problemas que han resultado con éxito en el pasado.

INTERDEPENDIENTES:

- Evitar producir situaciones emocionales intensas.
- Facilitar la presencia del padre / madre con el niño hospitalizado durante la noche.
- Dejar la luz encendida durante la noche, si es necesario.

EVALUACIÓN:

Nivel del miedo: Infantil

DEFINICIÓN: Gravedad de la aprensión, tensión o inquietud manifestada de una fuente identificable en un niño de 1 hasta 17 años de edad.

Nivel del miedo: infantil Puntuación global	Puntuación DIANA	
	Inicia con	Aumenta a
INDICADORES:		
- Enfermedades imaginarias.	4	5
- Aumento de la frecuencia cardiaca.	5	5
- Cefaleas.	5	5
- Sudoración.	3	5
- Lloros.	3	4
- Labilidad emocional.	4	5
- Irritabilidad.	5	5
- Risas excesivas.	5	5
- Morderse las uñas.	5	5
- Chuparse los dedos.	4	5
- Masticar el cabello.	5	5
- Masticar la ropa.	5	5
- Conducta destructiva.	5	5
- Preguntas constantes.	4	5

1 = Grave 2= Sustancial 3 = Moderado 4 = Leve 5 = Ninguno

Se logró disminuir su temor de 62 puntos aumentó a 69 puntos.

DIAGNÓSTICO DE ENFERMERÍA:

4.-Alto riesgo de caída secundario al uso de sedación transitoria.

PROBLEMA DETECTADO: Riesgo de caídas.

DEFINICIÓN: Aumento de la susceptibilidad a las caídas que pueden causar daño físico.

OBJETIVO: Conducta de prevención de caídas.

-Llevar acabo todas las medidas de seguridad para prevenir caídas de superficie durante la recuperación de la anestesia.

INTERVENCIONES:

1.- Prevención de caídas:

INDEPENDIENTES:

- Establecer el déficit cognitivo o físico del paciente que puede aumentar la posibilidad de caída en un ambiente dado.
- Identificar conducta o factores que afectan al riesgo de caída.
- Identificar características del ambiente que pueda aumentar la posibilidad de caídas.
- Pedir al paciente su percepción del equilibrio.
- Mantener los dispositivos de ayuda en buen estado de uso.

INTERDEPENDIENTES:

- Utilizar barandillas laterales de longitud y altura adecuada para evitar caídas de la cama.
- Colocar la cama mecánica en la posición más baja.
- Responder a la luz de llamada inmediata.

EVALUACIÓN: Conducta de prevención de caídas

DEFINICIÓN: Acciones personales o del cuidador familiar para minimizar los factores de riesgo que podrían producir caídas en el entorno personal.

Conducta de prevención de caídas Puntuación global	Puntuación DIANA Mantener a
INDICADORES: <ul style="list-style-type: none"> - Colocación de barras para prevenir caídas. - Proporcionar la iluminación adecuada. - Adaptación de la altura adecuada de la cama. - Uso de precauciones a la hora de tomar medicamentos. 	<p style="text-align: center;">5</p> <p style="text-align: center;">5</p> <p style="text-align: center;">5</p> <p style="text-align: center;">5</p>

1 = Nunca demostrado 2 = Raramente demostrado 3 = A veces demostrado
4= Frecuentemente demostrado 5 = Siempre demostrado

Se llevaron acabo todas las medidas de seguridad, manteniendo la puntuación en 20 puntos

3.- NECESIDAD DE HIDRATACIÓN Y ALIMENTACIÓN

DATOS QUE MANIFIESTAN INDEPENDENCIA:

Se observa de complexión delgada, bajo peso, mucosas orales regularmente hidratadas.

En su alimentación consume regular cantidad de proteínas, pocas vitaminas, abundante carbohidratos y grasas, no consume leguminosas ni leche (intolerante a la lactosa) ni derivados, ingiere poca cantidad de agua (3 vasos al día), peso actual 22.500 Kg. No se observan caries.

DATOS QUE MANIFIESTAN DEPENDENCIA:

Se mantiene en ayuno para la instalación del drenaje pleural de las 11:00 hrs. a.m. Hasta las 19:00 hrs. p.m. Que se inicia la alimentación. Presentó gastos pleurales de 150 ml a 640 ml en 24 hrs.

Datos subjetivos: Refiere tener el apetito disminuido, lleva acabo dieta astringente por haber presentado hace tres días vómito de color café claro en regular cantidad, por lo que se suspendió la aspirina, y tomó protectores de la mucosa gástrica e hidratacec.

DIAGNÓSTICO DE ENFERMERÍA

1.- Alto riesgo de déficit de volumen relacionado a pérdida excesiva de líquido a través de catéteres. (Sonda pleural)

PROBLEMA DETECTADO: Riesgo de déficit de volumen de líquidos.

DEFINICIÓN: Riesgo de sufrir una disminución de líquidos intravascular, celular o intersticial.

OBJETIVO: Equilibrio hídrico.

-Mantener el equilibrio hídrico entre las pérdidas de líquido pleural y la reposición del mismo.

INTERVENCIONES:

1.- Manejo de hipovolemia:

INDEPENDIENTES:

- Comprobar el estado de líquidos, incluyendo ingresos y excretas.
- Mantener una vía intravenosa permeable.
- Observar los niveles de hemoglobina y hematocrito.
- Vigilar la pérdida de líquidos (hemorragia, vómito, diarrea, transpiración y taquipnea).
- Vigilar signos vitales -Controlar pérdidas de líquidos insensibles.
- Observar si hay indicios de deshidratación (poca turgencia de la piel, retraso de llenado capilar, pulso débil / suave, sed severa, sequedad de membranas y mucosas, disminución de la diuresis e hipotensión).
- Fomentar la ingesta oral de líquidos (distribuir los líquidos durante el periodo de 24 hrs. y administrar líquidos con las comidas).
- Administración de líquidos i. v. a temperatura ambiente.

DEPENDIENTES:

- Iniciar la administración de líquidos prescritos.
- Mantener un flujo de perfusión intravenosa constante.

INTERDEPENDIENTE:

- Disponer de productos sanguíneos para la transfusión.

EVALUACIÓN: Equilibrio hídrico

DEFINICIÓN: Equilibrio de agua entre los compartimentos intracelular y extracelular.

Equilibrio hídrico. Puntuación global.	Puntuación DIANA	
	Inicia con	Aumenta a
Indicadores:		
- Presión arterial.	4	5
- Pulsos periféricos.	5	5
- Entradas y salidas diarias equilibradas.	3	5
- Hidratación cutánea.	4	5
- Humedad de membranas mucosas.	4	5
- Electrolitos séricos.	5	5
- Hematocrito.	5	5

1 = Gravemente comprometido 2 = Sustancialmente comprometido

3 = Moderadamente comprometido 4 = Levemente comprometido

5 = No comprometido.

Se mantiene el equilibrio hídrico aumentando de 30 puntos a 35 puntos

DIAGNÓSTICO DE ENFERMERÍA

2.- Diarrea relacionada a la ingesta de fármacos, manifestada por deposiciones líquidas.

PROBLEMA DETECTADO: Diarrea.

DEFINICIÓN: Eliminación de heces, no formadas.

OBJETIVO: Hidratación.

-Mantener el estado de hidratación y alimentación adecuadas.

INTERVENCIONES

INDEPENDIENTES

1.- Manejo de diarrea:

-Determinar la historia de la diarrea.

Evaluar el perfil de medicación por sus efectos secundarios gastrointestinales.

-Evaluar la ingesta de contenido nutricional.

-Observar la turgencia de la piel.

-Medir la producción de diarrea.

2.- Monitorización de líquidos:

-Identificar el riesgo de desequilibrio de líquidos.

-Cuantificar los ingresos y egresos.

-Observar mucosa, la turgencia de la piel y la sed.

Hidratación. Puntuación global.	Puntuación DIANA	
	Inicia con	Aumenta a
Indicadores:		
- Piel tersa.	3	5
- Membrana mucosas húmedas.	3	5
- Ingesta de líquidos.	2	5
- Diuresis.	2	5
- Sed.	3	5
- Diarrea.	3	5

1 = Gravemente comprometido 2 = Sustancialmente comprometido

3 = Moderadamente comprometido 4 = Levemente comprometido

5 = No comprometido.

Se mantiene el equilibrio hídrico y de alimentación aumentando de 30 puntos a 35 puntos.

4.- NECESIDAD DE ESTAR LIMPIO, ASEADO Y PROTEGER SUS TEGUMENTOS

VALORACIÓN

DATOS QUE MANIFIESTAN INDEPENDENCIA

En su aseo personal refiere bañarse cada tercer día, asistido por su mamá y con cambio de ropa interior diario, se lava las manos las veces necesarias, como antes de comer y después de ir al baño, el aseo bucal se lo realiza por la mañana y por la noche. Su piel se observa hidratada con palidez de tegumentos.

DATOS QUE MANIFIESTAN DEPENDENCIA:

Se observa cianosis distal y peribucal, con heridas quirúrgicas toracolateral izquierda, sitio de drenaje pleural y retroesternal, infraumbilical (por catéter de Teckoff) en proceso de cicatrización, no observándose eritema ni salida de líquidos en las heridas, presenta zonas de equimosis en ambos brazos y cuello lateral derecho por la instalación de catéteres intravenosos y muestra de sangre del ingreso anterior.

ESTADO DE SALUD: Dependencia total

CAUSAS DE DEPENDENCIA: Falta de fuerza.

DIAGNÓSTICO DE ENFERMERÍA

1.- Riesgo del deterioro de la piel secundario factores mecánicos (sujeciones)

PROBLEMA DETECTADO: Riesgo de deterioro de la integridad cutánea.

DEFINICIÓN: Riesgo de que la piel se vea negativamente afectada.

OBJETIVO: Integridad tisular: piel y membranas mucosas.

- Observar las características de la piel e hidratación de mucosas para prevenir complicaciones de la misma.

INTERVENCIONES:

1.- Vigilancia de la piel:

INDEPENDIENTES:

- Valorar el estado de incisión.
- Observar su calor, color, pulsos, textura y si hay inflamación, edema y ulceraciones en las extremidades.
- Observar si hay enrojecimiento, color extremo o drenaje en la piel y membranas mucosas.
- Observar si hay enrojecimiento y pérdida de la integridad de la piel.
- Observar si hay zonas de presión o fricción.
- Observar si hay erupciones y abrasiones en la piel.
- Observar si hay excesiva sequedad o humedad en la piel.
- Observar si la ropa queda ajustada.
- Corroborar la temperatura de la piel.

EVALUACIÓN

Integridad tisular: Piel y membranas mucosas.

DEFINICIÓN: Integridad estructural y función fisiológica de la piel y las membranas mucosas.

Integridad tisular: Piel y membranas mucosas. Puntuación global.	Puntuación DIANA	
	Inicia con	Aumenta a
INDICADORES:		
- Temperatura de la piel.	3	5
- Sensibilidad.	3	4
- Elasticidad.	3	4
- Hidratación.	3	5
- Transpiración.	5	5

- Textura.	3	4
- Grosor.	4	5
- Perfusión tisular.	5	5
- Crecimiento de vello cutáneo.	5	5
- Lesión cutánea.	3	5
- Lesión de membranas de mucosas.	3	5
- Tejido cicatricial.	3	5
- Descamación cutánea.	5	
- Eritema.	3	5
- Palidez.	4	
- Necrosis.	5	5
- Induración.	5	5

1 = Gravemente comprometido 2 = Sustancialmente comprometido
3 = Moderadamente comprometido 4 = Levemente comprometido
5 = No comprometido.

Por medio de la vigilancia de la piel se logró mantenerla en las mejores condiciones posibles y previnieron complicaciones de 65 puntos se aumentó a 72 puntos.

DIAGNÓSTICO DE ENFERMERÍA

2.- Alto riesgo de infección secundario a la realización de procedimientos invasivos.

PROBLEMA DETECTADO: Riesgo de infección.

DEFINICIÓN: Aumento de riesgo de ser invadido por microorganismos patógenos.

OBJETIVO: Curación de la herida por primera intención.

- Llevar a cabo los principios de asepsia y antisepsia para prevenir infección en las heridas.
- Detectar a tiempo los signos y síntomas de infección en las heridas para prevenir complicaciones.

INTERVENCIONES:

1.-Cuidados de las heridas:

INDEPENDIENTES

- Despegar los apósitos y telas adhesivas.
- Observar las características de la herida, incluyendo drenaje, color, tamaño, y olor.
- Limpiar con solución salina normal o un limpiador no tóxico, si procede.
- Atender el sitio de incisión según sea necesario.
- Cambiar el apósito según la cantidad de exudado y drenaje.
- Comparar y registrar regularmente cualquier cambio producido en la herida.
- Cambiar de posición al paciente como mínimo cada 2 horas.
- Fomentar la ingesta de líquidos.
- Documentar la localización, el tamaño y la apariencia de la herida.

2.-Protección contra infección:

INDEPENDIENTES

- Observar el grado de vulnerabilidad del paciente a las infecciones.
- Mantener las normas de asepsia para el paciente en riesgo
- Inspeccionar la presencia de enrojecimientos, calor extremo o drenaje en la piel y las membranas mucosas.
- Observar si hay cambios en el nivel de vitalidad / malestar.

INTERDEPENDIENTES

- Vigilar el recuento de de glóbulos blancos y los resultados diferenciales.
- Fomentar una ingesta nutricional suficiente.
- Facilitar el descanso.
- Enseñar al paciente a tomar los antibióticos tal como se ha prescrito.
- Instruir al paciente y familia acerca de los signos y síntomas de infección y cuando deben de informar de ellos.
- Enseñar al paciente y familia a evitar infecciones.
- Informar sobre los resultados de cultivos positivos al personal de control de infecciones.
-

EVALUACIÓN: Curación de herida: por primera intención.

DEFINICIÓN: Magnitud de regeneración de células y tejidos posterior a un cierre intencionado.

Curación de la herida: por primera intención Puntuación global	Puntuación DIANA	
	Inicia con	Aumenta a
INDICADORES:		
- Aproximación de los bordes.	5	5
- Formación de cicatriz.	5	5
- Supuración purulenta.	1	1
- Secreción serosa de la herida.	2	1
- Secreción sanguinolenta de la herida.	1	1
- Secreción serosanguinolenta de la herida.	2	1
- Secreción sanguínea del drenaje.		
- Secreción serosanguinolenta del drenaje.	2	1
	2	1
- Eritema cutáneo circundante.		
- Edema perilesional.	2	1
- Aumento de la temperatura cutánea.	2	1

- Olor de la herida.	1	1
	1	1
Localización de las heridas: Toracolateral derecha e izquierda, región infraumbilical y toracolateral derecha.		

1 = Ninguno 2 = Escaso 3 = Moderado 4 = Sustancial 5 = Extenso

Por medio de las técnicas asepsia y antisepsia y la detección de signos de infección se disminuye de 26 puntos a 20 puntos.

5.- NECESIDAD DE TERMORREGULACIÓN

VALORACIÓN:

DATOS QUE MANIFIESTAN INDEPENDENCIA

Datos subjetivos: Refiere que en los últimos cinco días no ha presentado fiebre, diaforesis, o escalofrío.

DATOS QUE MANIFIESTAN DEPENDENCIA

Durante su estancia hospitalaria presentó en dos ocasiones febrícula, la máxima de 37.8 °C

ESTADO DE SALUD: Dependencia total.

CAUSAS DE DEPENDENCIA: Falta de fuerza.

DIAGNÓSTICO DE ENFERMERÍA

1.-Hipertermia relacionada a traumatismos, manifestada por aumento de la temperatura corporal por encima de lo normal.

PROBLEMA DETECTADO: Hipertermia

DEFINICIÓN: Elevación de la temperatura corporal por encima de lo normal.

OBJETIVO: Termorregulación.

- Controlar la temperatura corporal a través de medios físicos.

INTERVENCIONES:

1.- Regulación de la temperatura:

INDEPENDIENTES

- Comprobar la temperatura por lo menos cada 2 horas.
- Observar el color y la temperatura de la piel.
- Ajustar la temperatura ambiental a las necesidades del paciente.

EVALUACIÓN:

Termorregulación.

DEFINICIÓN: Equilibrio entre la producción, la ganancia y la pérdida del calor.

Termorregulación Puntuación global	Puntuación DIANA	
	Inicia con	Aumenta a
Indicadores:		
- FC. apical	4	5
- Presencia de piel de gallina cuando hace frío.	4	5
- FR.	4	5
- Hipertermia.	4	5
- Cefalea.	5	5
- Dolor muscular.	5	5
- Irritabilidad.	5	5
- Somnolencia.	5	5
- Deshidratación.	5	5

1 = Gravemente comprometido

2 = Sustancialmente comprometido

3 = Moderadamente comprometido

4 = Levemente comprometido

5 = No comprometido

Se logró controlar la temperatura corporal de solo con medios físicos, de 41 puntos se aumenta a 45 puntos, ya la causa no fue por proceso infeccioso

6.- NECESIDAD DE MOVERSE Y MANTENER BUENA POSTURA

VALORACIÓN

DATOS QUE MANIFIESTAN INDEPENDENCIA:

Se encuentra conciente, orientada, cooperadora.

DATOS QUE MANIFIESTAN DEPENDENCIA:

Una vez instalada el catéter periférico y el drenaje pleural, presenta limitación para el movimiento.

ESTADO DE SALUD: Dependencia parcial.

CAUSAS DE DEPENDENCIA: Falta de fuerza.

DIAGNÓSTICO DE ENFERMERÍA

1.- Deterioro de la movilidad en cama relacionado con disminución de la habilidad para cambios de posición.

PROBLEMA DETECTADO: Deterioro de la movilidad en cama.

DEFINICIÓN: Limitación del movimiento independiente para cambiar de posición en cama.

OBJETIVO: Posición corporal: autoinducida.

- Proporcionar ayuda autoinducida para facilitar los cambios de posición en cama.

INTERVENCIONES:

1.- Cuidado al paciente encamado:

INDEPENDIENTES

- Explicar las razones del reposo.
- Colocar al paciente en una alineación corporal adecuada.
- Evitar utilizar ropa de cama con textura áspera.

- Colocar en la cama una base de apoyo para los pies.
- Subir las barandillas.
- Colocar la mesa al alcance del paciente.
- Cambiarlo de posición, según lo indique el estado del paciente.
- Vigilar el estado de la piel.
- Ayudar a las medidas de higiene (ejem. Desodorante o perfume).
- Observar si se produce estreñimiento.
- Monitorizar el estado pulmonar.

EVALUACIÓN:

POSICIÓN CORPORAL INDUCIDA

DEFINICIÓN: Capacidad para cambiar de posición corporal independiente.

Posición corporal: autoinducida. Puntuación global.	Puntuación DIANA	
	Inicia con	Aumenta a
INDICADORES:		
- De tumbado a sentado.	2	4
- De sentado a tumbado.	2	4
- De encostado a otro costado.	2	4

- 1 = Gravemente comprometido 2 = Sustancialmente comprometido
 3 = Moderadamente comprometido 4 = Levemente comprometido
 5 = No comprometido

Se logran cambios de posición autoinducida de 6 puntos aumenta a 12 puntos.

7.- NESECIDAD DE ELIMINAR

VALORACIÓN:

DATOS QUE MANIFIESTAN INDEPENDENCIA

Datos subjetivos: Refiere que su eliminación urinaria es de 6 veces aproximadamente al día, de características normales sin mal olor ni síntomas agregados, se encuentra con tratamiento con diurético.

Datos subjetivos: Refiere su eliminación intestinal 2-3 veces al día de características semilíquidas y diarreicas no fétidas, sin tenesmo de color café claro.

DATOS QUE MANIFIESTAN DEPENDENCIA

El día de su ingreso cursa la tarde con anuria. Sin descompensación hemodinámica

Hace tres días refiere haber presentado evacuación melénica en una ocasión la cual fue atendida con dieta astringente, suspensión de aspirina, le administran hidresec y suero oral en casa, con lo que sede.

Durante su estancia hospitalaria actual solo presentó una evacuación semilíquida.

ESTADO DE SALUD: Dependencia total.

CAUSAS DE DEPENDENCIA: Falta de fuerza.

DIAGNÓSTICO DE ENFERMERÍA

1.- Alteración en la eliminación urinaria relacionado a la aporte insuficiente de líquidos, manifestado por ausencia de orina.

PROBLEMA DETECTADO: Eliminación urinaria.

DEFINICIÓN: Patrón de la función urinaria que es suficiente para satisfacer las necesidades de eliminación y puede ser reforzado.

OBJETIVO: Eliminación urinaria.

- Lograr la presencia de uresis lo más pronto posible, por medio de la hidratación y el uso de fármacos prescritos.

INTERVENCIONES:

1.-Manejo de líquidos:

INDEPENDIENTES

- Realizar un registro preciso de ingesta y eliminación.
- Vigilar el estado de hidratación de las membranas mucosas.
- Monitorización del estado hemodinámica (pulso, presión arterial).
- Observar si hay indicios de sobrecarga.

2.-Manejo de medicación:

DEPENDIENTES

- Determinar los fármacos necesarios y la prescripción médica.

INDEPENDIENTES

- Observar los efectos terapéuticos de la medicación en el paciente.
- Observar signos y síntomas de toxicidad de la medicación.
- Observar si producen efectos adversos de los fármacos.
- Vigilar los niveles de suero en sangre (electrolitos),

EVALUACIÓN:

Eliminación urinaria: Recogida y descarga de la orina

Eliminación urinaria Puntuación global	Puntuación DIANA	
	Inicia con	Aumenta a
Indicadores:		
- Patrón de eliminación.	1	5
- Cantidad de orina.	1	5
- Digestión de líquidos adecuados.	1	5

1 = Gravemente comprometido

2 = Sustancialmente comprometido

3 = Moderadamente comprometido

4 = Levemente comprometido

5 = No comprometido

Se obtuvo buen resultado de una puntuación de 3 aumentó a 15.

DIAGNÓSTICO DE ENFERMERÍA

2.- Alteración en la función intestinal relacionado probablemente a la medicación manifestado por la presencia de heces semilíquidas.

PROBLEMA DETECTADO: Diarrea.

DEFINICIÓN: Eliminación de heces líquidas, no formadas.

OBJETIVO: Hidratación.

Prevenir deshidratación secundaria a las evacuaciones semilíquidas, detectando a tiempo sus signos y síntomas del mismo.

INTERVENCIONES:

1.- Manejo de la diarrea:

INDEPENDIENTES

- Determinar la causa de la diarrea.
- Evaluar la ingesta registrada para ver el contenido nutricional.
- Identificar los factores (medicamentos) que provoca la diarrea.
- Observar la turgencia de la piel.
- Medir la producción de la diarrea.

2.- Monitorización de líquidos.

INDEPENDIENTES

- Vigilar peso.
- Vigilar ingresos y egresos.
- Observar la hidratación de mucosas orales y la turgencia de la piel.

EVALUACIÓN

Hidratación.

DEFINICIÓN: Agua adecuada en los compartimientos intercelulares y extracelulares del organismo.

Hidratación Puntuación global	Puntuación DIANA	
	Inicia con	Aumenta a
Indicadores:		
- Piel tersa.	5	5
- Membrana mucosas húmedas.	5	5
- Ingesta de líquidos.	4	5
- Diuresis.	4	5
- Sed.	3	5
- Diarrea.	3	5

1 = Gravemente comprometido 2 = Sustancialmente comprometido

3 = Moderadamente comprometido 4 = Levemente comprometido

5 = No comprometido

Se logró controlar las evacuaciones semilíquidas de 24 puntos aumentó a 30 puntos.

8.- NECESIDAD DE DORMIR Y DESCANZAR

VALORACIÓN:

DATOS QUE MANIFIESTAN DEPENDENCIA

Datos subjetivos: refiere no dormir bien en cantidad y calidad, solo duerme como máximo 2 hrs. continuas por presentar disnea, duerme sola abrazando un oso de peluche

ESTADO DE SALUD: Dependencia total.

CAUSAS DE DEPENDENCIA: Falta de fuerza.

DIAGNÓSTICO DE ENFERMERÍA

1.- Alteración en el patrón del sueño relacionado a la fatiga, manifestado verbalmente por dificultad para conciliar el sueño.

PROBLEMA DETECTADO: Deterioro del patrón del sueño.

DEFINICIÓN: Trastorno de la calidad y cantidad del sueño (suspensión de la conciencia periódica, natural) limitado en el tiempo.

OBJETIVO: Sueño

Lograr mejor calidad y cantidad de sueño lo más pronto posible.

INTERVENCIONES:

1.- Mejorar el sueño.

INDEPENDIENTES

- Determinar el esquema del sueño.
- Observar y registrar el esquema y número de horas de sueño.

INTERDEPENDIENTES

- Comprobar el esquema del sueño del paciente y observar las circunstancias físicas (vía aérea, micción).
- Facilitar el mantenimiento de las rutinas habituales del paciente antes de dormir (muñeco de peluche).
- Ajustar el programa de la ministración de los medicamentos, para apoyar el ciclo de sueño.

2.- Manejo ambiental; confort.

INTERDEPENDIENTES

- Evitar interrupciones innecesarias y permitir periodos de reposo.
- Proporcionar una cama limpia y cómoda.
- Ajustar la temperatura ambiental.- Ajustar la iluminación de manera que se adapte a las actividades de la persona evitando luz directa en los ojos.
- Evitar ruidos innecesarios en lo posible.

EVALUACIÓN: Sueño

DEFINICIÓN: Suspensión periódica natural de la conciencia durante el cual se recupera el organismo.

Sueño. Puntuación global.	Puntuación DIANA	
	Inicia con	Aumenta a
Indicadores		
- Horas de sueño.	1	4
- Patrón de sueño.	1	4
- Calidad del sueño.	1	4
- Hábitos del sueño.	5	5
- Duerme toda la noche.	1	4
- Sensaciones de rejuvenecimiento después del sueño.	1	4
- Despierta a horas apropiadas.	1	4
- Sueño interrumpido.	1	4

1 = Gravemente comprometido 2 = Sustancialmente comprometido

3 = Moderadamente comprometido 4 = Levemente comprometido

5 = No comprometido

Se logró tener un sueño de mejor calidad y cantidad del sueño, se aumentó de 12 puntos a 33 puntos.

9.- NECESIDAD DE COMUNICARSE

VALORACIÓN:

DATOS QUE MANIFIESTAN INDEPENDENCIA

Se comunica en forma clara, coherente, muestra sentimientos y emociones.
Mantiene buena comunicación con el personal de salud. La comunicación con la familia en la hospitalización se encuentra limitada ya que solo tiene 1:30 hrs. para la visita familiar durante el día, pero muestra interés sobre su bienestar.
Datos subjetivos: Refiere su mamá que en su casa tiene buenas relaciones humanas con la familia y que siempre platican de cualquier tema

ESTADO DE SALUD: Dependencia parcial.

CAUSAS DE DEPENDENCIA: Falta de fuerza.

DIAGNÓSTICO DE ENFERMERÍA

1.- Potencial de favorecer el afrontamiento familiar.

DEFINICIÓN: Manejo afectivo de las tareas adaptativas del miembro de la familia implicado en el reto de salud del cliente, que ahora muestra deseos y disponibilidad para aumentar su propia salud y desarrollo y los del cliente.

PROBLEMA DETECTADO: Disponibilidad para mejorar el afrontamiento familiar.

OBJETIVO: Participación de la familia en la asistencia sanitaria profesional.
-Lograr una comunicación y participación de la familia con la paciente y el equipo de salud en beneficio a su enfermedad.

INTERVENCIONES:

1.-Fomentar la implicación familiar:

INDEPENDIENTES

-Establecer una relación personal con el paciente y los miembros de la familia implicados en los cuidados.

- Determinar los recursos físicos, emocionales y educativos del cuidador principal.
- Observar la estructura de la familia y sus roles.
- Favorecer los cuidados por parte de los miembros de la familia durante la hospitalización.
- Animar a la familia a que se centre en cualquier aspecto positivo de la situación de la paciente.

2.- Apoyo familiar:

INDEPENDIENTES

- Asegurar a la familia que al paciente se le brindarán los mejores cuidados posibles.
- Valorar la reacción emocional de la familia ante la enfermedad del paciente.
- Ofrecer una esperanza realista.
- Escuchar las inquietudes, sentimientos y preguntas de la familia.
- El mantener una buena relación con la familia y la paciente se tiene mayor conocimiento de su enfermedad y se logrará cubrir al máximo sus necesidades.
- El cuidador principal será la persona que tenga más posibilidades de tiempo, que no afecte su economía y que su estado emocional no se vea afectado, ya que será contraproducente ocasionar una preocupación más a la familia.
- Para lograr una participación de la familia se debe tomar en cuenta sus posibilidades para la misma y que otro miembro de la familia los podrá apoyar a los cuidados, así se evita el desgaste físico, mental y emocional de una sola persona.
- Hacer participar a la familia dándole la oportunidad de realizar cuidados que estén a su alcance durante la visita familiar, les ayudará a sentir satisfacción de ayudar a su cuidado.
- Siempre se debe dar actitudes positivas ante cualquier situación a la familia y al paciente y no perder la esperanza de vida, ayuda al fortalecimiento emocional y espiritual.
- Asegurar a la familia de que su paciente recibirá los mejores cuidados nos ganamos su confianza, favorece la comunicación y su participación.

- La atención no solo debe llegar al paciente, también se debe tomar en cuenta al cuidador principal ya que en ocasiones es tanto se desgaste emocional, físico y mental que puede ameritar apoyo por parte de equipo de salud.

EVALUACIÓN:

Participación de la familia en la asistencia sanitaria profesional.

DEFINICIÓN: Implicación de la familia en la toma de decisiones, ministración y evaluación de la asistencia realizada por el personal sanitario.

Participación de la familia en la asistencia sanitaria profesional. Puntuación global.	Puntuación DIANA.	
	Inicia con	Aumenta a
Indicadores:		
- Participa en la planificación asistencial.	4	5
- Participa en la asistencia sanitaria profesional.	5	5
- Proporciona información importante.	4	5
- Obtiene información necesaria.	4	5
- Identifica factores que afecta a la asistencia sanitaria. Colabora en la determinación del tratamiento.	5	5
- Toma decisiones de acuerdo el paciente es incapaz de hacerlo.	4	5
- Participa en las decisiones con el paciente.	4	5
- Evalúa la efectividad de la asistencia sanitaria.	4	5

1 = Nunca demostrado 2 = Raramente demostrado 3 = A veces demostrado

4 = Frecuentemente demostrado 5 = Siempre demostrado

La familia ya tenía conocimientos de la dinámica de participación con la paciente y el equipo de salud para los cuidados a proporcionar pero aún así se fomenta la participación logrando aumentar de 34 puntos a 40 puntos.

10.- NECESIDAD DE APRENDIZAJE

VALORACIÓN:

DATOS QUE MANIFIESTAN INDEPENDENCIA

Cursa el cuarto año de primaria, se observa bien adaptada al medio hospitalario, tiene conocimiento de su enfermedad cardíaca así como el motivo de ingreso, sabe de su tratamiento.

DATOS QUE MANIFIESTAN DEPENDENCIA

Realiza la pregunta de que si ya la operaron por que presenta problema en su pulmón y si necesitará otra cirugía

ESTADO DE SALUD: Dependencia parcial.

CAUSAS DE DEPENDENCIA: Falta de conocimiento

DIAGNÓSTICO DE ENFERMERÍA

1.- Potencial de favorecer la educación para la salud.

PROBLEMA DETECTADO: Conocimiento deficiente al tratamiento.

DEFINICIÓN: Carencia o deficiencia de información cognitiva relacionado con un tema específico.

OBJETIVO: Conocimiento: fomento a la salud.

Fomentar la educación para la salud, mediante la difusión de conocimientos básicos de su tratamiento.

INTERVENCIONES:

1.- Enseñanza: Tratamiento.

INDEPENDIENTES

- Explicar el propósito del tratamiento.
- Explicar el tratamiento.
- Enseñar al paciente a cooperar durante el tratamiento.
- Dar tiempo al paciente para que haga preguntas discuta sus inquietudes.
- Incluir a la familia o al ser querido.

EVALUACIÓN; Conocimiento: fomento a la salud.

Fomento a la salud.	Puntuación DIANA	
Puntuación global.	Inicia con	Aumenta a
Indicadores:		
- Descripción de conductas que fomentan la salud.	4	5
- Descripción de conductas para prevenir lesiones no intencionadas.	4	5
- Descripción del uso seguro de medicamentos.	4	5
- Descripción de prevención y control de la infección.	4	5

1 = Ninguno 2 = Moderadamente 3 = Levemente 4 = sustancialmente
5 = Extenso

Se logró el fomento a la salud por medio del reforzamiento de conocimiento al tratamiento se aumentó de 20 puntos a 25 puntos.

11.- NECESIDAD DE JUGAR Y PARTICIPAR EN ACTIVIDADES RECREATIVAS

VALORACIÓN

DATOS QUE MANIFIESTAN INDEPENDENCIA

Juega con sus hermanos, con muñecos de peluche y muñecas.

Datos subjetivos: Refiere que su tiempo en el juego y el tipo de actividades las tiene muy limitadas por la disnea que presenta al esfuerzo.

DATOS QUE MANIFIESTAN DEPENDENCIA

Durante su hospitalización se mantuvo 4 días en reposo absoluto, comunica verbalmente aburrimiento

ESTADO DE SALUD: Dependencia total.

CAUSAS DE PENDENCIA: Falta de fuerza.

DIAGNÓSTICO DE ENFERMERÍA

1.- Déficit de las actividades recreativas relacionado a la hospitalización manifestada con aburrimiento.

PROBLEMA DETECTADO: Déficit de las actividades recreativas.

DEFINICIÓN: Disminución de la estimulación (del interés o de la participación) en actividades recreativas.

OBJETIVO: Participación en juegos.

- Lograr su participación en juegos recreativos que pueda realizar en su unidad en compañía de sus compañeros del área de hospitalización.

INTERVENCIONES:

1.-Terapia de entretenimiento.

INTERDEPENDIENTES

- Ayudar al paciente a identificar el déficit de la movilidad.

- Ayudar a explorar el significado personal de las actividades recreativas favoritas.
- Ayudar al paciente a elegir actividades de acuerdo a sus capacidades físicas, psicológicas y sociales.
- Ayudar a obtener los recursos necesarios para las actividades recreativas.
- Tomar en cuenta las medidas de seguridad.
- Comprobar la respuesta emocional, física y social de la actividad recreativa.

EVALUACIÓN

Participación en juegos.

DEFINICIÓN: Realizar actividades por parte de un niño de 1 hasta 11 años de edad para fomentar el placer, la diversión y el desarrollo.

Participación en juegos Puntuación global	Puntuación DIANA	
	Inicia con	Aumenta a
Indicadores:		
- Participa en juegos.	1	5
- Expresa satisfacción con actividades de juego.	1	5
- Expresa placer con el juego.	1	5
- Uso de habilidades sociales durante el juego.	1	5
- Uso de habilidades físicas durante el juego.	1	5
- Uso de su imaginación durante el juego.	1	5
- Expresión de emoción durante el juego.	1	5

1 = Nunca demostrado 2 = Raramente demostrado 3 = a veces demostrado
4 = Frecuentemente demostrado 5 = Siempre demostrado

Se logró su participación en las actividades recreativas de 7 puntos aumentó a 35 puntos.

12.-NECESIDAD DE VIVIR SEGÚN SUS CREENCIAS Y VALORES

VALORACIÓN:

DATOS QUE MANIFIESTAN INDEPENDENCIA

Es de religión católica, tiene mucha fe en Dios, tiene la esperanza de la curación de su enfermedad. Refiere que su mamá le inculca el respeto a los demás, buen comportamiento y las buenas costumbres

ESTADO DE SALUD: Dependencia parcial.

CAUSAS DE DEPENDENCIA: Falta de fuerza.

DIAGNÓSTICO DE ENFERMERÍA

1.- Riesgo de sufrir sufrimiento espiritual relacionado a enfermedad física.

PROBLEMA DETECTADO: Riesgo de sufrimiento espiritual.

DEFINICIÓN: Riesgo de sufrir una alteración de la sensación de conexión armoniosa con la vida y con el universo en la que puede modificarse las dimensiones que trascienden al Yo y le confiere poder.

OBJETIVO: Salud espiritual.

- Brindar apoyo en la práctica de sus valores, respetando su formación humana y cristiana.

INTERVENCIONES:

1.- Facilitar el crecimiento espiritual.

INDEPENDIENTES

- Mostrar asistencia y consuelo pasando tiempo con el paciente.
- Fomentar la relación con los otros para el compañerismo.
- Fomentar el uso de rituales espirituales.

EVALUACIÓN

Salud espiritual.

DEFINICIÓN: Vinculaciones con el Yo, los otros, el poder superior, la naturaleza y el universo que trasciende y se apodera del Yo.

Salud espiritual Puntuación global	Puntuación DIANA	
	Inicia con	Aumenta a
Indicadores:		
- Expresión de confianza.	3	5
- Expresión de esperanza.	3	5
- Expresión de serenidad.	3	5
- Expresión de amor.	3	5
- Expresión de perdón.	3	5
- Oración.	3	5
- Relación con los demás para compartir pensamientos.	3	5
- Interacción con los otros para compartir pensamiento, sentimientos y creencias.	3	5

1 = Nunca demostrado 2 = Raramente demostrado 3 = a veces demostrado
4 = Frecuentemente demostrado 5 = Siempre demostrado

Logró llevar cabo sus prácticas religiosas aumentando de 24 puntos a 40 puntos.

13.- NECESIDAD DE USAR PRENDAS DE VESTIR ADECUADA

VALORACIÓN:

DATOS QUE MANIFIESTAN INDEPENDENCIA. Le gusta elegir su ropa

DATOS QUE MANIFIESTAN DEPENDENCIA

Por su cirugía reciente necesita ayuda para vestirse, ya que presenta al movimiento molestias en las heridas quirúrgicas de tórax y abdomen más para ponerse la ropa en la parte inferior del cuerpo.

ESTADO DE SALUD: Dependencia total.

CAUSAS DE DEPENDENCIA: Falta de fuerza.

DIAGNÓSTICO DE ENFERMERÍA

1.-Déficit de autocuidado relacionado por la limitación física, manifestado por incapacidad para vestirse..

PROBLEMA DETECTADO: Autocuidado: Vestir.

DEFINICIÓN: Deterioro de la capacidad de la persona para realizar o completar por sí misma las actividades de vestido y arreglo.

OBJETIVO: Autocuidado: Vestir

- Brindarle ayuda en el arreglo y acicalamiento personal.

INTERVENCIONES:

1.-Ayuda con las actividades: Vestir / arreglo personal.

INDEPENDIENTES

- Informa la vestimenta disponible que puede seleccionar.
- Proporcionar las prendas personales.
- Estar disponible para ayudarle a vestir.
- Facilitar el peinado del cabello.
- Mantener la intimidad mientras se viste.
- Ayudar con los cordones o botones.

EVALUACIÓN: Autocuidado: Vestir.

Autocuidado: Vestir Puntuación global	Puntuación DIANA	
	Inicia con	Aumenta a
Indicadores:		
- Escoge su ropa.	2	5
- Se pone la ropa en la parte superior del cuerpo.	2	5
- Se pone la ropa en la parte inferior del cuerpo.	2	5
- Se abrocha la ropa.	2	5
- Se quita la ropa.	2	5
- Se quita la ropa en la parte inferior del cuerpo.	2	5

- 1 = Gravemente comprometido 2 = Sustancialmente comprometido
3 = Moderadamente comprometido 4 = Levemente comprometido
5 = No comprometido

Se logró mantener el autocuidado y acicalamiento personal de 12 puntos aumentó a 30 puntos

14.- NECESIDAD DE TRABAJAR Y REALIZARSE

VALORACIÓN:

DATOS QUE MANIFIESTAN INDEPENDENCIA

Por su edad no trabaja ni tiene la necesidad de hacerlo, tiene el deseo de superación personal y profesional para ayudar a sus padres.

DATOS QUE MANIFIESTAN DEPENDENCIA

Deja de asistir a la escuela por su hospitalización.

ESTADO DE SALUD: Dependencia total.

CAUSAS DE DEPENDENCIA: Falta de fuerza

DIAGNÓSTICO DE ENFERMERÍA

1.-Desempeño del rol inefectivo relacionado a la transición del rol intrahospitalario.

PROBLEMA DETECTADO: Desempeño inefectivo del rol.

DEFINICIÓN: Los patrones de conducta y expresiones de la persona no cuentan con las expectativas, normas y contextos en que se encuentra.

OBJETIVO: Motivación.

-Fomentar el bienestar personal por medio de la motivación en su rol.

INTERVENCIONES

1.-Potenciación del rol.

INTERDEPENDIENTES

-Ayudar al paciente a identificar las conductas necesarias para el cambio de rol.

- Ayudar al paciente a identificar estrategias positivas en los cambios de papel.

- Facilitar las interacciones grupales de referencia como parte del aprendizaje de los nuevos roles.

EVALUACIÓN: Motivación.

Motivación Puntuación global	Puntuación DIANA	
	Inicia con	Aumenta a
Indicadores:		
- Desarrolla un plan de acción.	1	4
- Obtiene recursos necesarios.	2	4
- Obtiene apoyo necesario.	2	5
- Mantiene una autoestima positiva.	3	5
- Demuestra flexibilidad.	3	5

- Expresa que la ejecución conducirá al resultado deseado.	3	5
- Finaliza las tareas o actividades.	3	5

1 = Nunca demostrado 2 = Raramente demostrado 3 = a veces demostrado

4 = Frecuentemente demostrado 5 = Siempre demostrado

Se logró motivarla para la realización de su rol, durante su estancia hospitalaria de 17 puntos aumentó a 33 puntos.

VIII.- PLAN DE ALTA

El plan de alta fue el día 6 Junio 2008, teniendo como objetivos de educación para la salud y reforzamiento de los cuidados y tratamiento, el cual lo realizó en presencia de la mamá para que tenga la oportunidad de resolver sus dudas, en los siguientes puntos:

- **Alimentación:** Dar a conocer la importante de consumir verduras y carne que le proporcionarán proteínas que le favorecen la cicatrización de las heridas, y se le sugiere que intente consumir arroz combinado con frijol para que inicie el consumo de leguminosas y a la vez le proporciona proteínas.

Explicarle que por el momento no debe comer fritangas ya que le disminuye el apetito y la sal y chile le causará daños de irritación gástrica de la cual se está recuperando.

_ **Higiene y cuidado de la piel:** Fomentar la higiene personal dando a conocer que el realizar el baño diario del cuerpo con el jabón que acostumbra y solo lavar las heridas superficialmente sin irritar la piel ni hacer presión en la misma, es una medida de prevención de infecciones.

Se le recuerda que el día 8 de junio se le retirarán los puntos de sutura del drenaje pleural derecho, para el cual puede asistir a un Centro de Salud cercano o al Instituto.

Dar a conocer los signos de infección como son: el enrojecimiento intenso, inflamación, dolor a la palpación, salida de líquido sanguinolento o con pus y la separación de los bordes de las heridas, así como fiebre o mal estar general lo cual es importante que si presenta alguno de estos síntomas asista al consulta pediátrica lo más pronto posible.

- **Ejercicio:** Por la experiencia que tiene ella misma sabe la capacidad de realizar ejercicio, recordarle que lo hará poco a poco ya que en esta

ocasión tiene heridas en la piel las cuales pueden dañarse al movimiento brusco.

- **Descanso y sueño:** Explicarle que el descanso favorece la recuperación del organismo posterior a la cirugía, pero que también no debe estar mucho tiempo en cama ya que puede acumular secreciones a nivel pulmonar y que acaba de remitirse una infección de las vías respiratoria

- **Uso de prendas de vestir:** Darle a conocer los beneficios del usar ropa de algodón como: Evita la humedad, proporciona comodidad, ayuda a la transpiración y no lesiona la piel, que las prendas sin costuras gruesas no irrita la piel lo que le favorece la cicatrización y prevención de infecciones en las heridas.

- **Medicina y tratamiento:** Fomentar la salud mediante el reforzamiento de conocimientos sobre el tratamiento médico ya que es indispensable para mantener su salud.

- Preguntar si tiene dudas al respecto,(ambas responde que no). Egresar con una interconsulta de control en un mes.

IX.- CONCLUSIONES

El Proceso de Atención de Enfermería basado en el modelo teórico de Virginia Henderson permite al profesional de enfermería proporcionar cuidados tanto a la persona enferma como sana, jerarquizando las necesidades de cada uno en sus diferentes ámbitos. Cuando decidí realizar el proceso de Atención de Enfermería a una niña en etapa escolar, aparte de ser un requisito para titulación, nunca imaginé lo agradable que iba a ser, me deja mucha experiencia e inquietudes. Es difícil abordar al niño, atenderlo y explicarle nuestros propósitos porque al inicio de una hospitalización cursan en una etapa de adaptación al medio hospitalario donde tiene desconfianza, se siente solo, desamparado donde el único apoyo lo tendrá de personal de la salud. Siendo la etapa escolar donde el niño ya sabe la realidad, la verdad y la mentira, desarrollan sus habilidades físicas, los hábitos de alimentación son muy cambiantes por la misma integración a su grupo educativo, sabe expresar sus sentimientos y tiene la necesidad de realización de juegos.

La etapa de valoración se llevó a cabo en presencia y con el apoyo de su mamá, ya que le expliqué que me interesaba realizar este trabajo con su hija y con la autorización de ella, para mi titulación, teniendo buena respuesta y apoyo. En la etapa de diagnóstico, para la detección de las necesidades me ayudó la experiencia personal y profesional ya que en los niños hay que tener la habilidad de detectar sus necesidades y realizar mi plan de actividades pues en ocasiones no las expresan verbalmente. En la etapa de ejecución la realicé con gran participación y comprensión de la niña, así mismo conté con todo lo necesario dentro de la institución para llevar a cabo cada una de las actividades.

La etapa de evaluación la considero exitosa ya que la niña desde el primer día de hospitalización mostró mejoría tanto en su estado biopsicosocial y espiritual, por tal motivo considero que se llevaron a cabo los objetivos planteados.

Considero que el tipo de asesorías llevadas en la escuela me permitieron saber manejar las necesidades existentes en esta persona involucrarme en sus necesidades y cambiar un mejor estado físico, social y por consecuencia el logro de los objetivos trazados que fueron alcanzados con paciencia y convencimiento, a demás me deja una gran satisfacción personal y profesional.

X.- SUGERENCIAS.

-Que la base principal de formación profesional en los planteles educativos sea el aspecto humano basado en la ética, principios y valores, para que la profesión de Enfermería conserve el aspecto holístico

-Considero que dentro del la licenciatura sistema abierto la materia de Teorías y Modelos debería estar dentro de las materias obligatoria y fuera impartida antes de l inicio de las prácticas, para que el estudiante cuente con más bases de conocimientos y por ende mayor aprovechamiento en las siguientes materia.

-Que en todas las instituciones que brindan cuidados a la salud se lleve acabo la realización del Proceso Atención de Enfermería, siendo esta una manera de tener bases científicas de la profesión, para lo que hoy en día es Enfermería basado en evidencia.

XI.- BIBLIOGRAFIA

- PLM Diccionario de Especialidades Farmacológicas. 50ª Ed. México: Editorial Thomson; 2004.
- A.Kupp, J.Chatton., Diagnóstico clínico y Tratamiento. 19ª Ed. México: Editorial Manual Moderno; 1984.
- Anderson Lois. Diccionario de Medicina. 4º Ed. España: Editorial Océano; 2005.
- Calderon Colmero, Cervantes J., Ramírez S., Fausse A."Primeros cien casos de Fontan en el Instituto Nacional de Cardiología Ignacio Chávez". Archivos de Cardiología en México. Supl. 4/Octubre-Diciembre: S4; Vol. 76.
- Heredia F. "Ventrículo único: Cirugía de Glenn y Fontan". Rev. Lativamei Technol Extracorp. 2007; XIV, 2.
- Joanne Mc. Closkey, Bulechek G. Clasificación de Intervenciones de Enfermería. 4ª Ed. Madrid España: Editorial Mosby-Elsevier; 2005
- Oliver J. "La circulación de Montan en el adulto". Anales de Cirugía Cardíaca y Vascul. 2002; 8(3).
- Revista Digital - Buenos Aires - Año 8 - N° 49 – Junio 2002. Página en línea <http://www.efdeportes.com/> (consulta Junio 2008)
- Sue Moorhead, Marion J., Merodean M. Clasificación de Resultados de Enfermería. 3ª Ed. Madrid España: Editorial Mosby-Elsevier; 2005
- Antología Seminario Taller, Proceso Enfermero. "El modelo de Virginia Henderson y el Proceso atención de enfermería. México: UNAM. ENEO SUA; 2002
- Attie F. Zabal C, Buandía A., Cardiología pediátrica. México: Editorial Panamericana; 1993.
- Berkon R., Talbott J. El Manual de Merck.6ªEd. EUA. Editorial MSD; 1978.
- Carpenito LJ. Planes de cuidado y documentación en enfermería. Madrid: McGraw-Hill. Editorial Interamericana; 1995.
- El proceso de Atención de Enfermería. Página en línea WWW.terra.es/persona/duenas/pae/htm. (Consulta Junio 2008).
- García González. El Proceso de Enfermería y el Modelo de Virginia Henderso. México: Editorial Progreso; 1997

- García S. A., Francisco R., Palazuelos P. Modelo Conceptual de Virginia Henderson y la Etapa de Valoración del Proceso de Atención de Enfermería. Educare 21; 2004
- Griffith J. W., Cristensen P.J. Aplicación de teorías guías y modelos. México: Ed. El Manual Moderno; 1993.
- Henry K, Henry Bruyn., Manual de Pediatría. 11ª Ed. México: Editorial Manual Moderno; 1985.
- Iyer P.W. y e tal. Proceso y diagnostico de enfermería. 3ª Edición. México.:Ed. Interamericana; 1997.
- NANDA. Diagnósticos enfermeros de la NANDA 2005-2006. Madrid: Ed. Harcourt; 2006.
- Revista Digital - Buenos Aires - Año 7 - Nº 38.Julio 2001. Página en línea <http://www.efdeportes.com/> (consulta Junio 2008)
- Rodríguez R. Vademécum Académico de Medicamentos.4ªEd. México. Editorial McGraw-Hill Interamericana. 1999.
- Siles G.J. Historia de la enfermería. España: Ed. Aguaclara; 1999.
- Tomey A.M. Alligood M.R. Virginia Henderson en Modelos y teorías de enfermería. España: Ed. Harcourt Brace; 1999.
- Wolff. Fundamentos de Enfermería. 4º ed. México: Ed. Harla; 1992.

XII.- ANEXOS

Atresia tricuspidea

La atresia tricuspidea es una malformación cardiaca cianógena compleja, cuya frecuencia es aproximadamente el 2% de las cardiopatías complejas.²¹

Etiología: Pueden producirse anomalías cardiovasculares por genes mutantes sencillos, aberraciones cromosómicas o factores ambientales²²

A estos niños les falta medio corazón, concretamente un ventrículo y casi siempre el derecho que queda reducido a una pequeña cámara, siendo que el ventrículo izquierdo es ventrículo único que expulsa tanto la sangre no oxigenada como la oxigenada que proviene de las pulmonares.

Fisiopatología: La sangre sistémica llega a la aurícula derecha y pasa a la aurícula izquierda por un defecto septal y atraviesa la válvula mitral para llegar al ventrículo izquierdo siendo impulsada a la aorta y parte de esa sangre llega a los pulmones ya sea por un defecto interventricular o un conducto arterioso permeable, la aurícula y el ventrículo izquierdo son grandes por que manipulan el retorno venoso sistémico y pulmonar, teniendo como resultado una sangre insuficientemente oxigenada dando como resultado la cianosis generalizada.

Manifestaciones clínicas: La cianosis grave, la mala alimentación, la taquipnea, la cianosis que tiene más de dos años desarrollan dedos en palillo de tambor. En RX el corazón está normal o ligeramente aumentado, hay disminución de los marcadores vasculares pulmonares y el corazón tiene forma de zueco.

Tratamiento: Se realiza en tres tiempos, con el objetivo de preparar a ventrículo derecho el cual se encuentra hipotrófico a manejar volumen sanguíneo y son los siguientes:²³

1 Fístula sistémico pulmonar: Fístula de Blalock Tausig.- consiste en realizar una derivación quirúrgica para mejorar el flujo pulmonar, puede ser la clásica

²¹ - Attie F., Zabal C., Buandía A. Cardiología pediátrica. México. Panamericana. 1993

²² -Berkon R., Talbott J., El Manual de Merck.. 1978

²³ -Rev Latinoamer Tecnol Extracorp XIV,2,2007

que consiste en la sección de la subclavia y anastomosis término-terminal con la arteria pulmonar del mismo lado y la modificada colocando un injerto de politetrafluoretileno entre la subclavia y la pulmonar.

2.- Técnica de Glenn: Se separa la vena cava superior de la aurícula derecha por ligadura o corte y se conecta al cabo distal de la arteria pulmonar derecha (derivación clásica) o aún lado de la arteria pulmonar recién señalada (derivación modificada), la ventaja es que los ventrículos no reciben carga volumétrica conservando su función ventricular, la derivación cavo pulmonar bidireccional se utiliza como paso previo a la cirugía de Fontan.

3.- Cirugía de Fontan: Busca cerrar toda comunicación entre los hemicardios derecho e izquierdo y conectar las venas cavas con las pulmonares, el uso de tubo extracardiaco tiene la finalidad de derivar la sangre de la aurícula derecha a la pulmonar dejando una fenestración en la unión de la aurícula y el tubo para utilizar a la aurícula derecha como bomba hidráulica ya que el tubo solo es para el flujo de sangre por el mismo.

Dentro de sus complicaciones se encuentra: Obstrucciones en las conexiones, arritmias auriculares, trombosis, circuitos persistentes, insuficiencias valvulares, estenosis aórtica, obstrucción de venas pulmonares, disminución de la capacidad funcional, disfunción miocárdica, enteropatía pierdeproteínas, ascitis y derrames pleurales.²⁴

²⁴ -Rev. Archivos de Cardiología de México. Vol 76Supl. 4/Octubre-Diciembre 2006:S4.

Etapas del ciclo vital

Etapa escolar

Los niños escolares se consideran, entre las edades de 6 y 12 años de edad. Se caracterizan por presentar cambios menos dinámicos y situaciones más estables, en cuanto al crecimiento y desarrollo, a diferencia de los que se presentan en la lactancia y la adolescencia. Este grupo de niño presenta un crecimiento físico lento, pero continúa la maduración de las habilidades motrices finas y gruesas, así como las evoluciones positivas en el crecimiento cognitivo y en el social.²⁵

Entre los niños escolares son bastantes las semejanzas en los patrones de ingesta alimenticia y de nutrientes y, de forma individual, se establecen los hábitos, los gustos y los desagradados, muchos de los cuales van a persistir durante el resto de sus vidas. Los programas de alimentación escolar pueden tener significativa influencia sobre la ingesta nutricional, especialmente en cuanto se refiere a la cantidad y tipo de alimentos.

Los patrones alimenticios se ven determinados por factores externos a los padres y familiares, como son los amigos y los distintos medios de comunicación, siendo la televisión la que tiene mayor influencia en niños de todas las edades, los anuncios que predominan son de aquellos productos ricos en azúcar, grasa, y sal. Además, los mensajes de estos comerciales repercuten sobre la vertiente emocional y la psicológica del niño, poseen poca base nutricional.

Las diferencias en estatura y peso entre los niños en edad escolar (6 –12 años) pueden ser muy marcadas. A partir de los 4 años de edad, el ritmo de ganancia de peso, hasta que se inicia la adolescencia es de unos 2,5- 3,5 kg /año, la talla aumenta unos 5-8 cm. / año. Se debe considerar que no todos los niños/niñas tienen ese ritmo de crecimiento y por ello deben valorarse los componentes genéticos, como la familia, raza o etnia, así como el estado de salud y la

alimentación.

En su desarrollo motriz presentan importantes habilidades de movimientos gruesos, las de motricidad fina varían de forma significativa e influyen en la capacidad del niño para escribir, vestirse y realizar algunas tareas domésticas. Son muy activos y tienen necesidad de realizar actividades físicas agotadoras, tener aprobación por parte de sus compañeros de sus osados comportamientos. Existen grandes diferencias en la edad a la que los niños/niñas comienzan a desarrollar las características sexuales secundarias.

Un niño de 6 años puede normalmente realizar 3 indicaciones, una después de otra, aunque consecutivas. A los 10 años, la mayoría ya pueden realizar 5. Es importante la capacidad de mantener la atención para alcanzar éxito en la escuela.

La amistad tiende a mantenerse principalmente con individuos del mismo sexo. Aunque el aprecio por el sexo opuesto va apareciendo lentamente.

A partir de los 7 años se produce un cambio cualitativo, a veces muy marcado, que va desde un pensamiento prelógico a uno lógico, donde el niño es capaz de razonar frente a diversas situaciones.

Los estudios del desarrollo cognitivo de J. Piaget, describen que este es un período en que se desarrolla la capacidad del niño de pensar, en forma concreta; el desarrollo alcanzado también le permite una flexibilidad del pensamiento, manifestada por la posibilidad de que las operaciones mentales sean reversibles, lo que facilita, por ejemplo, el aprendizaje de las matemáticas. En este período el pensamiento es lógico, y la percepción de la realidad es objetiva, es concreto. Puede fijar su atención en aspectos de la realidad que son predecibles, lo que le ofrece estabilidad, aumentando su capacidad de aprender. Podrá fijar su atención para obtener información, descubrir y conocer el mundo que le rodea.

²⁵ <http://www.efdeportes.com/> Revista Digital - Buenos Aires - Año 7 - N° 38 - Julio de 2001

La relación que establece con su entorno y el grado de madurez alcanzado le permiten ampliación del sentido de sí mismo como entidad separada, como ser activo y pensante con relación a otro. Dejan atrás el egocentrismo de la etapa anterior.

Moral Autónoma y Heterónoma: Piaget señala que hay dos etapas en el desarrollo moral de los niños: la etapa de la moral heterónoma y la etapa de la moral autónoma.

- En la etapa heterónoma, el niño basa su juicio moral en un respeto unilateral a la autoridad. El niño es incapaz de ponerse en el lugar de otra persona.
- En la etapa autónoma o de equidad y de cooperación, el niño basa su juicio moral en la reciprocidad.
- Para el desarrollo hacia la autonomía, es absolutamente indispensable la relación del niño con sus padres. No se desarrolla si solo se relaciona con quién represente, para él, la autoridad.

Lenguaje: En los primeros años de la edad escolar, los niños deben ser capaces de usar, de forma coherente, oraciones simples y estructuralmente correctas, con un promedio de entre 5 y 7 palabras. A medida que el niño progresa y asciende de grado, la sintaxis y la pronunciación llegan a ser normales y se incrementa el uso de oraciones más complejas.

Las deficiencias en la audición y la inteligencia, las cuales pueden tener un impacto negativo en el desarrollo del lenguaje, suelen evidenciarse por un retraso del lenguaje en edades más tempranas. Los otros dos factores que pueden afectar la adquisición del lenguaje durante los años de edad escolar son la necesidad de comunicarse y el grado de estimulación. El lenguaje expresivo es importante para evitar que el niño se sienta fastidiado tanto emocional como socialmente. Los niños que son incapaces de

expresarse de forma adecuada tienden a presentar comportamientos agresivos o rabietas.

Las habilidades del lenguaje receptivo, necesario para entender instrucciones largas o complicadas, tienden a desarrollarse junto con las habilidades expresivas. Un niño de 6 años puede seguir 3 instrucciones consecutivas. Para cuando cumple los 10 años, la mayoría de los niños pueden seguir 5 instrucciones consecutivas. Los niños con déficit del lenguaje receptivo pueden tratar de cubrirlo volviéndose contestatarios o haciendo payasadas para no exponerse a un potencial ridículo al pedir que les expliquen las instrucciones.

Desarrollo Emocional.

La Autoestima: La autoestima permite una relación positiva con los demás. Así de este modo hacemos que se quiera y acepte a si mismo, esta es la base para relacionarse con los demás y para tener más amigos. La autoestima garantiza el futuro de la persona. Crecen sus aspiraciones de ser mejor cada día, no va conformarse con lo que tiene.

La autoestima constituye el centro de la personalidad. En el proceso de formación le va a determinar su comportamiento de la adultez así tendrá éxito o fracaso en la vida, el autoestima puede ser baja o alta.

¿Cómo se forma la autoestima? Se forma desde que nacemos a través de las relaciones que tenemos con las personas que nos rodean; mediante la aprobación o desaprobación de nuestra forma de ser.

¿Qué puede hacer el niño a esta edad?

A medida que su hijo crece, notará que desarrolla nuevas y emocionantes habilidades. Si bien cada niño puede progresar a un ritmo diferente, a

continuación se enumeran algunas de las etapas comunes que suelen alcanzar los niños a esta edad:²⁶

- Entre los 8 y los 9 años de edad:
 - tiene más elegancia en los movimientos y habilidades
 - salta, brinca y persigue
 - se viste y se asea por sí mismo completamente
 - puede utilizar herramientas (es decir, un martillo, un destornillador)
 - puede contar al revés
 - conoce las fechas
 - lee más y lo disfruta
 - comprende las fracciones
 - entiende el concepto de espacio
 - dibuja y pinta
 - puede nombrar los meses y los días de la semana en orden
 - disfruta coleccionando objetos

¿Cómo interactúa el niño con los demás?

Una parte muy importante del crecimiento es la capacidad de interactuar y socializar con los demás. Durante los años de edad escolar del niño, los padres verán una transición en su hijo a medida que pasa de jugar solo a tener amigos y grupos sociales. Aunque las amistades se vuelven más importantes, el niño todavía disfruta de la compañía de sus padres y le gusta ser parte de una familia. Si bien cada niño es único y desarrollará una personalidad diferente, a continuación se enumeran algunos tipos de conducta comunes que podría presentar su hijo²⁷

²⁶ <http://www.efdeportes.com/> Revista Digital - Buenos Aires - Año 8 - N° 49 - Junio de 2002

²⁷ De Internet. <http://bcastillio.blogspot.com>

- Entre los 8 y los 9 años de edad:
 - gusta de la competición y los juegos
 - empieza a mezclar amigos y a jugar con niños del sexo opuesto
 - es tímido acerca de su cuerpo
 - gusta de los clubes y los grupos como por ejemplo, los Boy Scouts o Girl Scouts

DERRAME PLEURAL

Es el acumulo anormal del líquido en los espacios intersticiales y aéreos de los pulmones.

El líquido es un exudado o trasudado de las superficies pleurales inflamadas.

El derrame pleural en niños se asocia a infecciones (especialmente neumonía neumocócica). Otras causas lupus eritematoso diseminado, fiebre reumática, pollartritis nodosa, cáncer, infarto pulmonar, ascitis, pancreatitis o cualquier estado que eleve la presión venosa o disminuya la presión osmótica del plasma.²⁸

Signos y síntomas: Tos, disnea, fiebre, matidez en la percusión torácica y ruidos respiratorios disminuidos sobre el sitio del derrame, cianosis, movimientos torácicos asimétricos con la respiración.²⁹

Diagnóstico:

Placa de RX se observa sitio del derrame pleural.

Medición de la DHL y proteínas en el líquido pleural. Para descartar procesos inflamatorios o de cáncer pulmonar.

Exudado: Se define como una relación de proteínas entre el líquido pleural y proteína sérica mayor de 0.5, una concentración de DHL en el líquido pleural mayor de 200 UL/ml, o una relación de DHL en líquido pleural y sérica mayor a 0.6.

El exudado puede ser el resultado de una enfermedad inflamatoria como en tuberculosis, neumonía, cáncer, infarto pulmonar o lupus eritematoso diseminado.

Trasudado: Es líquido transparente, amarillo, estéril que no satisface ninguno de los criterios anteriores, por lo que se debe a un aumento de presión hidrostática pulmonar como en el caso de la insuficiencia cardiaca congestiva, enfermedad renal o desnutrición.

²⁸ Henry K, Henry B. Manual de Pediatría. 1985

²⁹ A.Kupp, J.Chatton. Diagnóstico y Tratamiento. 1984

Tratamiento:

Toracocentesis: Drenaje del líquido pleural por punción, que no requiere mucho tiempo para drenar, solo es transitorio.

Instalación de drenaje pleural: Se introduce una sonda en el espacio pleural para drenar el líquido su duración de estancia dependerá de la cantidad del líquido que drene.

Hoja de valoración pediátrica de enfermería**Datos de identificación:**

NOMBRE: N.A.M.R. SEXO: Femenino EDAD: 9 años PESO: 22.500 kgs.
TALLA: 1.25 m ASC: .88 FECHA DE NACIMIENTO: 27/07/1998
Nacionalidad Mexicana CUPACION: Estudiante RELIGIÓN: Católica
ESCOLARIDAD: 4° año Primaria ESTADO CIVIL Soltera
DOMICILIO: Calle Tulipán MZ 1 LT. 1 Jorge Jiménez Cantú los Reyes la Paz
México LUGAR DE ORIGEN: México FAMILIAR RESPONSABLE: T.A.R.A
(madre) FUENTE DE INFORMACIÓN: Entrevista con la Mamá, Con la
paciente y expediente médico. FECHA DE VALORACIÓN PEDIÁTRICA: 27 de
mayo 2008. INTEGRACIÓN Familiar Integra.

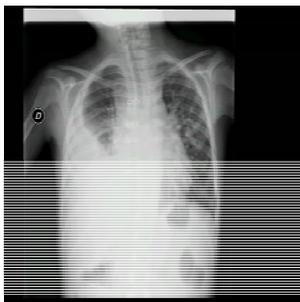
Antecedentes personales:

Alergias Si _____ No X Especificar _____
Hospitalizaciones previas: Si X No _____ Lugar Instituto Nacional
de Cardiología Ignacio Chávez Tiempo de hospitalización 10 días Motivo
Derrame pleural derecho post-cirugía cardiovascular (Montan fenestrado
estracardiaco) Tratamiento farmacológico deambulatorio Capotena, asa Jrs,
digoxina, paracetamol, omeprazol, suero oral, piroxoicam crema,pepto-bismol,
hidrasec..

1.-NECESIDAD DE OXIGENACIÓN

Fr. 38 resp. Por min. Dificultad para respirar: Apnea _____ Disnea SI
Al esfuerzo _____ reposo SI
Cianosis SI Grado III Distal SI Peribucal SI Universal NO
Presenta secreciones bronquiales NO Características (en cantidad, consistencia y color) _____ Presenta dificultad para expectorarlas _____ Epistaxis _____
Ruidos respiratorios: Normales NO Presencia de estertores NO
Movimientos: Amplexión Disminuidos Amplexación Disminuidos
Presencia de estertores NO Ventilación Hipo ventilación basal derecha

Uso de suplemento de oxígeno: SI Tipo Oxígeno binasal a 3 lts por min.
Saturación por oxímetro de pulso 70 %
Uso de ventilación mecánica NO Parámetros _____
Ultima gasometría _____
Control radiológico: Congestión pulmonar NO Derrames SI
Foco neumónico NO
Datos subjetivos: Refiere haber presentado hace 5 días cuadro de infección de vías respiratorias, con tos productiva de coloración blanca-amarilla, que ameritó antibiótico.

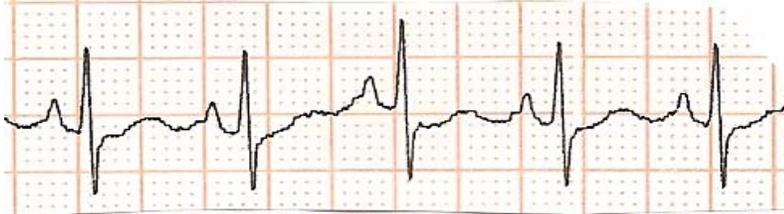


Área Cardiovascular: FC 110 latidos por minuto
Pulsos Normales SI Anormal (especifique cual y su característica) _____
Llenado capilar: Miembros superiores: Normal Miembros inferiores Normal
Si hay alteración especificar sitio y tiempo del llenado capilar _____

Ingurgitación yugular SI Hepatomegalia SI 4-5 cm aproximadamente del borde costal derecho.

Edema localizado NO Anasarca NO Ascitis SI

Trazo de ECG Ritmo: Sinusal. FC. 130 por minuto. Derivación DII



Fecha: 27 Mayo 2008

2.- NECESIDAD DE ALIMENTACIÓN/HIDRATACIÓN

Hábitos dietéticos:

Carne: 3 x 7

Huevo: 7 x 7

Verduras: 7 x 7

Leche: No intolerante a la lactosa

Frutas: 3 x 7

Tortillas: 2-3 en cada comida

Leguminosas: No

Pan: 7 x 7

Pastas: 7 x 7

Agua: Si Lts. X día o vaso al día 3 vasos

Apetito Disminuido Tipo de dieta actual Astringente Pérdida de peso NO

Peso actual 22.500 Kg. Presencia de caries NO Hidratación de mucosa oral

Semihidratadas Problemas a la ingesta: Náuseas NO Vómito NO Reflujo

NO

Datos subjetivos: Refiere haber presentado hace tres días vómito de color

café claro en regular cantidad, por lo que se suspendió el ASA, uso de

protectores de la mucosa gástrica e hidratación.

3.-NECESIDAD DE ELIMINACIÓN

Urinario: Frecuencia 6 al día Características Normales
Problemas: Disuria NO Oliguria NO Poliuria NO Tenesmo NO
Prurito NO Hematuria NO Controla esfínter SI Uso de diurético SI
Eliminación en Sanitario NO Cómodo/orinal SI Uso de pañal NO Sonda vesical NO

Intestinal: Frecuencia 2-3 al día Características Semilíquidas
Problemas: Melena NO Acolia NO Incontinencia NO Fétida NO
Tenesmo NO Estreñimiento NO Diarrea SI Eliminación en: Sanitario NO Cómodo SI Uso de pañal NO
Datos subjetivos: Refiere hace tres días haber presentado evacuación melénica, tratada con dieta astringente, suero oral y hidresec.

4.- NECESIDAD DE MOVERSE Y MANTENER BUENA POSTURA

Estado de conciencia: Conciente SI Orientado SI Desorientado NO
Confuso NO Comatoso NO
Uso de sedación NO Permanente NO Transitoria SI
Deambulación NO En cama SI Uso de silla de ruedas NO
Movilización: Parcial SI Total NO
Datos subjetivos: Refiere mantener reposo por la disnea al esfuerzo

5.-NECESIDAD DE REPOSO Y SUEÑO

Duerme bien NO ¿Por qué? La disnea le impide conciliar el sueño profundo
No. De hrs. 2hrs continuas como máximo
Duerme: solo SI Acompañado __ EN: Cuna __ Cama SI
Hamaca __ Hábitos:

Duerme durante el día SI Objeto transicional: Duerme abrazando un osito de peluche

Datos subjetivos: Refiere que durante la noche se despierta varias veces por la disnea, durante el día duerme poco

6.-NECESIDAD DE USAR PRENDAS DE VESTIR ADECUADAS

Capacidad para vestirse solo: Se pone y se quita las prenda necesarias SI

Se abrocha la ropa SI

Se le dificulta ponerse la ropa en la parte superior del cuerpo NO

Se le dificulta ponerse la ropa de la parte inferior del cuerpo SI

Elije su ropa SI Se pone los zapatos sin ayuda SI

Datos subjetivos: Refiere que por malestar en las heridas quirúrgicas en tórax y abdomen necesita ayuda para ponerse el pantalón y tobilleras

7.- NECESIDAD DE TERMOREGULACIÓN

Temperatura 37.4 °C Distermias NO Diaforesis NO

Uso de antipiréticos NO Escalofrío NO

Con apoyo para control térmico: Color local NO Uso de cobertores SI

Cuna de calor radiante NO

Datos subjetivos: _____

8.- NECESIDAD DE HIGIENE Y PROTECCIÓN DE LA PIEL

ASEO:

Baño: (tipo y frecuencia) De regadera cada tercer día. Asistido SI

De manos: Si (frecuencia) Antes de comer, después de ir la baño y las veces necesarias

Bucal: (frecuencia) 2 al día por la mañana y por la noche.

Cambio de ropa personal (total, parcial y frecuencia) Parcial diario (interior)
total cada tercer día

Condiciones de la piel: Hidratada SI Deshidratada NO Coloración
Pálida SI Marmórea NO Ictérica NO Hematomas NO
Íntegra NO Zonas de equimosis SI

Tipo de lesión: Quirúrgica SI Úlceras NO Traumatismos NO
Dehiscencia NO Infectada NO Pediculosis NO

Datos subjetivos: Se observa herida quirúrgica toracolateral izquierda y sitio de retiro de drenaje retroesternal en proceso de cicatrización, Punciones con ligera equimosis en cuello lateral derechos y miembros superiores por instalación de catéter central y toma de muestras sanguíneas,(de su ingreso anterior).

9.-NECESIDAD DE EVITAR PELIGROS / SEGURIDAD

Estado de conciencia: Alerta Coordina movimientos de las cuatro extremidades SI Mantiene el equilibrio por si solo SI
Necesita ayuda para satisfacer sus necesidades fisiológicas SI
Condiciones de su unidad: Cama con barandales SI Cuna ____
Buró SI Banco de altura SI Timbre NO
Iluminación y ventilación: Luz en su habitación SI Suficiente SI
Ventanas SI Con protección de seguridad SI
Sabe sobre los peligros eléctricos SI Sabe el uso de silla de ruedas SI
Solicita ayuda al personal: SI Siempre SI Ocasionalmente ____
Nunca ____
Datos subjetivos: Demuestra familiaridad con el personal y el área física, ya que tiene 7 días de haber egresado

Presencia de dolor: SI Localización Miembro inferior derecho
Intensidad en escala de 1 a 10 7
Estado cognoscitivo: Alerta SI Orientada SI Agitado NO
Desorientado NO Riesgo de caída Alto
Alteración en los sentidos: Audición NO Visualización NO
Otros _____
Actitud: Agresivo NO Cooperador SI Ansioso NO
Angustiado SI Irritable NO
Datos subjetivos: Refiere verbalmente miedo por la realización del procedimiento a realizar y por el riesgo de nueva intervención quirúrgica

10 NECESIDAD DE COMUNICARSE

Su comunicación es: Clara SI Confusa NO Afásica NO Incapaz NO

Balbuceo NO Señas NO

Manifiesta: Emociones y sentimientos SI Problemas sociales NO

Le cuesta pedir ayuda NO Le cuesta aceptar ayuda NO Solicita apoyo

religioso NO Se expresa en otra lengua NO Cual _____

Como se trona la comunicación con sus familiares: Platican todo el tiempo con ella, no se separan hasta terminar la visita, muestran comprensión, interés y cariño, la estimulan a seguir su tratamiento

11.-NECESIDAD DE ACTUAR SEGÚN SUS CREENCIAS Y VALORES

Sus creencias: Le ayuda SI No le ayuda _____ No interfiere _____

Visitas familiares: Sabe el horario de visita SI Asisten los familiares SI

Que ambiente se torna durante la visita: Agradable SI Con enojos NO

Muestran sobreprotección NO Muestran irritabilidad NO Le demuestran interés y cariño SI

Datos subjetivos: Refiere que su mamá le inculcan el respeto a los demás, buen comportamiento, buenas costumbres y la fe en Dios

12.- NECESIDAD DE OCUPARSE PARA REALIZARSE

Trabaja NO En qué _____ Qué horario _____

Tiene deseos de superación personal SI Para qué: Ser buena persona y ayudarle a sus padres y hermanos, para cuidarlos.

Tiene deseos de superación profesional: SI Para qué: Quiere terminar los estudios para trabajar.

Datos subjetivos: So observa y expresa ilusiones de seguir sus estudios

13.- NECESIDAD DE RECREARSE

Juega solo NO Con quién Con sus hermanos Que juego le gusta jugar con muñecos de peluche y muñeca

Datos subjetivos: Refiere que le gustaría jugar a otras actividades, pero que su enfermedad la limita, por que se cansa muy rápido

14.- NECESIDAD DE APRENDER

Conoce el motivo de su ingreso SI Grado escolar 4° año de primaria
Conoce su padecimiento SI Se adapta al medio ambiente SI
Conoce su tratamiento SI Tiene inquietud sobre su salud SI

Cuales: Pregunta que si ya lo operaron por que tiene problema en su pulmón, si se volverá a presentar, y si necesitará otra cirugía

GLOSARIO

Actitudes: Son patrones de comportamiento que caracterizan el actuar de un individuo. Están íntimamente relacionados a valores y creencias, pero se diferencian de estos por la forma de actuar, mientras que los valores tendrán un sentido más profundo y generador de actitudes múltiples.

Aspirina Jr, 100 mg. Antiagregante plaquetario, disminuye el riesgo de trombosis arterial o venosa. Contraindicado en enfermedad ácido péptica, insuficiencia renal o hepática. Efecto secundario náuseas, vómito, hipoacusia, sangrados entre otros.

Capotena; Antihipertensivo, tratamiento de la insuficiencia cardiaca congestiva.
Eliminación: Renal, hepática. **Farmacología:** El captopril inhibe a la enzima convertidora de la angiotensina, bloqueando, de esta forma, la conversión de angiotensina I a angiotensina II, que es un potente vasoconstrictor y actúa liberando aldosterona (mineralocorticoide fisiológico).

Calidad en la atención de enfermería: Es un concepto complejo que comprende la asistencia acorde con los avances de la ciencia, a fin de implantar cuidados que satisfagan las necesidades de cada uno de los pacientes y para asegurar su comodidad

Conocimientos: Representa la información, los saberes necesarios para el desempeño de la materia, ya sea saberes teóricos, de procedimiento, de conocimiento de técnicas, terminología, en general, los datos que son requeridos para operar sobre una realidad determinada.

Cuidar: Francoice Collière: Para ésta autora cuidar es promover la vida, es realizar todas las actividades posibles encaminadas a promover la vida.

Digoxina: Es un medicamento de la clase de glucósido cardiotónico, usado como agente antiarrítmico en la insuficiencia cardíaca y otros trastornos cardíacos que no pueden ser controlados con la terapia de otros medicamentos. Disponible en solución oral de 0,05 mg/ml y en solución inyectable de 0.25 MG/mL o 0.5 mg/mL Complicaciones: Bloqueos aurículo ventriculares, intoxicación digitalica y nausea

Furosemida: Es un diurético de asa utilizado en el tratamiento de la insuficiencia cardíaca congestiva, hipertensión y edema. El mecanismo de intercambio de iones de sodio, potasio y cloro en la rama ascendente gruesa del asa de Henle.

Habilidades; podemos reconocerlas en dos sentidos: Psicomotriz es la que se necesita para operar máquinas, aparatos o instrumentos de cualquier tipo, y habilidades la agudeza en el oído, la vista, el tacto o el olfato. Las mentales como la deducción, inducción, el análisis, la síntesis y la observación.

Inotrópico es el efecto que producen las sustancias que, sean producidas de forma natural por el cuerpo o administradas como medicamentos, producen un bloqueo de los canales que expulsan el calcio fuera de las células. Esto provoca que el calcio se almacene en el retículo sarcoplásmico del músculo y hace que la próxima contracción del corazón sea más vigorosa.

Modelo: Como un ente que representa de forma precisa algo que será realizado o que ya existe. Para los efectos de simulación de sistemas, se considera un modelo a una descripción matemática de un sistema físico que puede obtenerse a partir de la evaluación de su conducta basada en mediciones estimadas, observadas o realizadas directamente sobre el sistema que se pretende modelar.

El Omeprazol Es un inhibidor de la bomba de protones en el estómago usado en el tratamiento de la dispepsia, úlcera péptica, enfermedades de reflujo gastroesofágico Actúa sobre las células oxínticas de la mucosa gástrica, inhibiendo hasta un 80% la secreción de HCl. Indicado en enfermedades gastrointestinales o uso de medicamentos con riesgo de sangrado gastrointestinal. Presentación: Cápsulas de 20 mg y frasco ampula de 40 mg.

Pedialyte SR 90 Formula para hidratación oral con glucosa y electrolitos, para prevención y tratamiento de hidratación en niños y adultos. (Electrolitos de acuerdo a la OMS). La dosis no debe exceder de 150 ml / Kg. / 24 hrs.

Plasma sanguíneo: El plasma sanguíneo es la porción líquida de la sangre en la que están inmersos los elementos formes. Es salado y de color amarillento traslúcido y es más denso que el agua. El volumen plasmático total se considera como de 40-50mL/kg peso.

Salud: La OMS define la salud como un estado de perfecto bienestar, físico, mental y social y no solo como la ausencia de enfermedad.

Toxomania: Ciencia de clasificación de los elementos de una de las ciencias naturales.

Valores son los principios que rigen los comportamientos, formas de pensar y de ser. Son los patrones de significación más profundos de los sujetos.

Tomado de: García González. El Proceso de Enfermería y el Modelo de Virginia Henderso. México: Editorial Progreso; 1997.P30.

Modelo Jerárquico con los niveles de Maslow y las necesidades de Virginia Henderson

