



**UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA
DE MÉXICO**



**ESCUELA NACIONAL DE ENFERMERÍA Y OBSTETRICIA
DIVISIÓN DE ESTUDIOS DE POSGRADO
ENFERMERÍA INFANTIL I
HOSPITAL INFANTIL DE MÉXICO
“FEDERICO GÓMEZ “**

ESTUDIO DE CASO

**“ELABORACIÓN DE UN PROGRAMA DE CUIDADOS DE
ENFERMERÍA A UN LACTANTE MAYOR CON ALTERACIÓN EN LA
NECESIDAD DE ALIMENTACIÓN E HIDRATACIÓN”**

**QUE PARA OBTENER EL GRADO DE:
ESPECIALISTA EN ENFERMERÍA INFANTIL**

PRESENTA

LIC. EN ENF. MARTÍNEZ GARAY VERÓNICA PATRICIA

ASESORA: E. E. I. ESPINOSA MENESES VERÓNICA

ABRIL 2009



Universidad Nacional
Autónoma de México



UNAM – Dirección General de Bibliotecas
Tesis Digitales
Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS ©
PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

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

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

AGRADECIMIENTOS Y DEDICATORIAS

Quiero dedicar esta etapa de mi formación profesional a todas las personas mas importantes en mi vida, ya que el apoyo que recibí de ellas ayudo a que este sueño se hiciera realidad y a que los contratiempos encontrados en este camino se hicieran mas fáciles para poder llegar a un buen fin.

Muchas gracias a mis papis por que han sido las personas que mas tiempo han estado conmigo, las cuales me dieron la vida y que siempre me han apoyado tanto en el ámbito profesional como en el personal.

A mama chantita que aunque en estos momentos ya no esta con nosotros físicamente, se que siempre estará conmigo en mis pensamientos.

A tia Luisa, mi segunda mama, ya que ha sido una parte muy importante a lo largo de toda mi vida, te quiero mucho.

A mis hermanos y cuñados, no hay personas mejores que ellos, porque se que siempre conté y puedo contar con ellos, los amo.

A mi esposo, muchas gracias por el apoyo recibido en esos momentos ya que la paciencia que demostraste a lo largo del tiempo que duro esta etapa estuviste conmigo, me apoyaste y ayudaste, te amo, te amo, te amo.

Y a la persona más importante, mi hijo, muchas gracias a dios por concederme el don de ser mamá, es lo mas maravilloso que me pudo suceder, te adoro mi amor, eres único y siempre estaré contigo. TE AMO MARIO VLADYMIR.

A dios por concederme la vida.

INDICE

Introducción.....	4
Objetivos.....	5
1. Marco teórico	
1.1. Antecedentes en la aplicación del enfoque de las necesidades básicas del modelo de Virginia Henderson.....	6
1.2. El Proceso Atención de Enfermería “Un método dinámico y sistematizado de brindar cuidados de Enfermería “.....	18
1.3. El enfoque de Virginia Henderson y las 14 necesidades básicas.....	45
1.4. Una introducción al tema “Hepatoblastoma”.....	57
1.5. Que papel juegan los aspectos éticos en la función de la enfermera.....	62
2. Metodología	
2.1. Presentación del caso.....	69
2.2. La obtención y la examinación de los datos.....	77
2.3. El análisis de datos e identificación de problemas.....	77
2.4. El plan de cuidados y estrategias específicas.....	81
3. Análisis cualitativo de las variables estudiadas.....	135
4. Conclusiones y sugerencias.....	137
❖ Bibliografía	
❖ Anexos	
✓ Reporte diario	
✓ Historia clínica.	
✓ Consentimiento informado.	

INTRODUCCIÓN.

La profesión de Enfermería ha tenido muchos avances en cuanto a teorías y modelos que expliquen el por qué del quehacer de la enfermera, así como el proceso que lleva para realizar sus actividades, se han desarrollado diferentes teorías que se han dedicado a definir lo que es la Enfermería, una de las más utilizadas es la de Virginia Henderson que junto con el Proceso Atención de Enfermería han tenido resultados satisfactorios en el desarrollo de la práctica en el campo laboral .

En la actualidad, las distintas instituciones educativas y laborales se han dado a la tarea de darle el auge necesario a estas teorías y al Proceso Atención de Enfermería para poder unificar nuestras labores y que nuestras actividades tengan fundamentos como toda profesión y así seguir creciendo como gremio y como profesional.

Es por esto que se presenta el siguiente estudio de caso que esta enfocado en la valoración de las 14 necesidades de Virginia Henderson aplicado a el Proceso Atención de Enfermería, tomando en cuenta los aspectos éticos que nos rigen, en primer lugar realizaremos nuestros objetivos, el segundo capítulo contendrá los antecedentes de estudios anteriores sobre dicha teoría, se hablará del modelo de Virginia Henderson y que conceptos son básicos para nuestras actividades, posteriormente, se describirá lo que contiene el Proceso Atención de Enfermería y como se estructura, debemos tomar en cuenta los aspectos éticos que rigen la profesión, por lo que en este capítulo se dará un breve resumen de lo que este contiene, y por último se hablará sobre la patología que presenta nuestro paciente en estudio. En el segundo capítulo hablaremos sobre la metodología empleada que incluye la descripción del caso junto con la historia clínica y la valoración de las necesidades de Virginia Henderson, los métodos e instrumentos que utilizaremos para la recopilación de los datos, la elaboración de los diagnósticos y su jerarquización, así como también sobre la planeación de las actuaciones de Enfermería.

OBJETIVO GENERAL.

- ❖ Elaborar un plan de cuidados integral a un lactante mayor con la finalidad de conocer la importancia de tener un modelo de atención que facilite el ejercicio de la profesional de Enfermería.

OBJETIVOS ESPECÍFICOS

1. Identificar las principales necesidades y problemas de un lactante mayor con hepatoblastoma.
2. Realizar la valoración de las necesidades del lactante mayor con base en el modelo de Virginia Henderson
3. Elaborar un plan atención de Enfermería de forma integral a un lactante mayor con alteración en la necesidad de alimentación e hidratación.

1. MARCO TEÓRICO

1.1. Antecedentes en la aplicación del enfoque de las necesidades básicas del modelo de Virginia Henderson.

A través de la historia de la enseñanza formal de Enfermería, se recomienda el uso de instrumentos “que faciliten” el proceso de toma de decisión por parte de las enfermeras. Una de las formas de enseñar que es el trabajo de Enfermería es el uso de modelos que han ido desarrollándose con el paso del tiempo.

El método enfermero se refiere a la serie de “pasos sistematizados que permiten la administración del cuidado a la persona, a partir de la identificación de las respuestas únicas (que cada persona desarrolla en situaciones específicas). La Enfermería ha buscado el desarrollo disciplinar y para ello ha recurrido a distintos modelos siendo el de Virginia Henderson uno de los más usados¹, en distintas instituciones del país encontrándose dificultades en la valoración enfermera.

Se han realizado diferentes estudios en distintos países e instituciones para facilitar la utilización de el modelo de V. Henderson que van desde protocolos hasta programas computacionales los cuales a continuación se mencionan

“Protocolizar las actividades de Enfermería”, es un estudio que realizaron Sánchez Linares y Carmen Sanz, con el fin de facilitar el uso de un instrumento para facilitar la atención de Enfermería, el programa dota a los profesionales de Enfermería de instrumentos que definen los cuidados que se deben prestar, medir las actividades y

¹ Ostiguin R., Método de Trabajo Enfermero y Modelo de Orem, Una Propuesta de Implementación. Desarrollo Científico de Enfermería,2000; 8(1):8-25.

los resultados obtenidos, el sistema de protocolización contempla las actividades autónomas o delegadas, que la enfermera realiza para la promoción de la salud, el tratamiento, la rehabilitación y readaptación del paciente hospitalizado, en todas las etapas del proceso de atención, junto con este se realiza un seguimiento y evaluación de dichos protocolos que será realizada por los propios profesionales con ayuda de profesionales formados en evaluación de calidad, la evaluación se efectúa sobre tres aspectos: el nivel de conocimientos que tienen los profesionales, el modo de aplicación y los resultados obtenidos. Esto con el fin de aumentar el nivel de conocimientos de los protocolos, para favorecer la integración de los profesionales en la mejoría de la calidad, profundiza en la integración de los diagnósticos de Enfermería en un modelo conceptual de cuidados y puede servir de base para conocer el coste de las actividades de Enfermería.²

Las enfermeras Cretina Mtz., Ana Cañadas, Eva Rdz., y Sara Torneel realizaron un estudio acerca de las dificultades que se presentan al realizar la valoración enfermera en el campo de trabajo encontrando que los principales problemas son el tiempo necesario para poder un modelo de Enfermería en la práctica diaria y la dificultad para valorar determinadas necesidades (creencias y valores, ocuparse y evitar peligros). Tras analizar los resultados obtenidos decidieron reforzar las estrategias de trabajo y profundizar algunos aspectos de la valoración enfermera que ayuden a la búsqueda del diagnóstico enfermero más adecuado a cada situación de vida, por ello es necesario incrementar la experiencia en la elaboración de planes de cuidados³

La enfermera Ruth gallegos, Angel Xequé y Sergio Becerril implementaron un programa computacional en España, con el objetivo de elaborar un instrumento para la valoración de las necesidades básicas de los pacientes hospitalizados en el cual

² Sánchez A, Sanz C., Protocolizar las Actividades de Enfermería. Revisión Bibliográfica. Rev ROL Enf 2001;24(1):67-74

³ Martínez C., Cañadas A., Rodríguez E., Tornel S. Dificultades en la Valoración de Enfermería. Enfermería Clínica 2003;13(4):195-201.

se realizó un listado de variables, definición de las variables, construcción de reactivos, con estos datos se elaboró un programa del paquete Excel 2000 el cual posee un apartado de datos generales y de las catorce necesidades con reactivos que mayormente tiene respuestas con opción múltiple, el uso de este programa lo eligieron debido a que: a) Automatiza una serie de tareas complejas, b) los procesos automatizados se ejecutan más rápidamente que si se hicieran a mano y la factibilidad en el uso de ese programa en cuestiones de tiempo.

El instrumento quedó estructurado en tres hojas de cálculo que forman una base de datos en forma continua, la cual maneja apartados para cada necesidad, esto es fundamental que ingrese en instituciones de salud de México con la finalidad de mejorar la calidad de los servicios que brindan, no solo médicos, sino de Enfermería⁴

A partir de los datos obtenidos de diferentes referencias se empezaron a realizar estudios de casos de diferentes pacientes y patologías con el modelo de Virginia Henderson los cuales han servido de base para que futuras generaciones se vayan interesando más en utilizar este método, a continuación se revisan algunos que pueden ayudar para realizar nuestro propio caso clínico.

En el año 1992 se realizó por Bernat R., García B., Inajeros L., Bardaji D., una valoración global del enfermo crítico para identificar sus necesidades, problemas, preocupaciones y respuestas humanas, sobre todo cuando se cuida a pacientes con procesos agudos, Teresa, una mujer de 49 años con valvulopatía, se le realiza una intervención quirúrgica y se realiza un plan de atención, para realizar dicho plan se plantea el objetivo principal que es optimizar la comunicación del paciente.⁵

En el año de 1999 Ma del Carmen Jiménez y Villegas realizan un estudio sobre la importancia de la Enfermería moderna en la atención integral del paciente quirúrgico,

⁴ Magdalena R., Salvador A., Becerril S. Programa Computacional para la Valoración de las Necesidades de los Pacientes

⁵ Bernat R., García B., Inajeros L., Bardaji D. Enfermo Crítico: Valoración Global para Identificar Necesidades. Enfermería Clínica 1997; 2(4): 32-38.

este incluye los aspectos físicos trastornados por la enfermedad, así como cuidar y prevenir otros aspectos fisiológicos, se realiza el objetivo que es establecer una guía de atención integral del paciente quirúrgico que favorezca el cuidado completo, con base en el modelo conceptual de las necesidades humanas de Virginia Henderson, los instrumentos que se utilizaron fueron la valoración de Enfermería, los diagnósticos de la North American Nursing Diagnosis Association (NANDA) y la historia clínica, realizado el estudio se concluye que el cuidado del paciente quirúrgico trasciende día con día, fomentando que las enfermeras trabajen con identidad profesional fundamentada en el cuidado, con marcos conceptuales específicos o con pensamiento enfermero validado, todo con la finalidad del crecimiento profesional y de una atención de calidad.⁶

En ese mismo año Castillo E y Domínguez M., realizaron un plan de alta de un enfermo con trasplante renal, se trata de un varón de 31 años, soltero a quien se le diagnóstico síndrome de Pringue Bourneville con angiomiolipomatosis renal esclerótica el cual inicia con programa de hemodiálisis y en 1992 se le realiza trasplante renal, para su alta se plantea el siguiente objetivo, valorar en función del estado de salud y la capacidad de aprendizaje del enfermo, el momento idoneo y la estrategia educativa a realizar, como instrumentos y metodología se tiene la planificación del alta de un enfermo recién trasplantado, utilización del modelo de Virginia Henderson como marco de referencia, y los diagnósticos enfermeros con la taxonomía de la NANDA., los resultados obtenidos son que el paciente manifestó sentirse mucho más tranquilo al ver que su evolución había sido favorable, el conocimiento de los signos y síntomas que podrían indicar de una forma temprana un posible rechazo, se le facilitó el número de teléfono a través del cual podía ponerse en contacto con la unidad de trasplante las 24 horas del día, fue capaz de definir su inmunosupresión y la importancia de la higiene, dieta y medicación⁷, con esto nos damos cuenta que la atención integral dentro del ámbito hospitalario es una

⁶ Jiménez C., Villegas. La Importancia de la Enfermería Moderna en la Atención Integral del Paciente Quirúrgico. *Enfermería Cardiológico* 1999;14(7):28-35.

⁷ Castillo E., Domínguez M. Planificación del alta de un Enfermo con Trasplante Renal. *Enfermería Clínica* 1999;3(4):41-44

parte fundamental para la pronta recuperación y alta, pero no se debe dejar de lado la atención en el domicilio para evitar reingresos por complicaciones.

Ortega Vargas Carolina, realizó la valoración a un paciente posoperado de cirugía cardiovascular enfocado en las 14 necesidades de Virginia Henderson que permitan realizar intervenciones acertadas y oportunas en el cuidado de estos pacientes, a través de la valoración, el profesional de Enfermería determina y evalúa la estabilidad o la insatisfacción de las necesidades, para recuperar la independencia del paciente, llegar a un diagnóstico eficaz y a las intervenciones adecuadas, identificar las necesidades del paciente, con base en el principio de que primero es salvar la vida y estabilizarlo hemodinámicamente, las técnicas de valoración son el examen físico, que incluyen la inspección, palpación, auscultación y percusión; la historia clínica, el interrogatorio y observación; y la valoración por necesidades según el modelo de V. Henderson, realizando estas intervenciones, se llegó a la conclusión de que el utilizar este modelo da una visión clara de los cuidados de Enfermería y permite plantear, en el caso del tratamiento quirúrgico cardiovascular objetivos dirigidos a determinar la prioridad de la atención en cuanto a la necesidad afectada y a definir las fuentes de la dificultad en la dependencia del paciente para promover que las intervenciones y las formas de suplencia tengan como centro principal la independencia.⁸

En el año 2003 se realiza un estudio a un paciente con estenosis aórtica crítica ya que se vio un incremento de esta patología, sus objetivos principales fueron proporcionar cuidados de Enfermería en forma integral a pacientes con estenosis aortita crítica, además de identificar las principales necesidades y problemas del paciente, contribuir a la pronta recuperación total o parcial e involucrar a la familia para que comprendan su participación en el apoyo emocional del paciente, los instrumentos que se utilizaron fueron el modelo de Virginia Henderson y el Proceso Atención de Enfermería, la metodología, se enfoca en el tiempo, lugar, análisis de datos y el plan de alta, en el hospital de cardiología adultos del Instituto Nacional de

⁸ Ortega C., Valoración de Enfermería al Paciente Posoperado de Cirugía Cardiovascular con el Enfoque Conceptual de Virginia Henderson. Revista Mexicana de Enfermería Cardiológico 2001;9(4): 18-23.

Cardiología, los resultados obtenidos permitieron la satisfacción de las necesidades fundamentales del paciente y el apoyo en su rehabilitación por parte del profesional de Enfermería, así como la comprobación del proceso atención de Enfermería, esto facilita la atención a los pacientes y norma las actuaciones del profesional.⁹

En la búsqueda bibliográfica se encontró con un estudio de caso realizado por alumnos de 5° semestre de la carrera a usuarios con peritonitis, hipertensión arterial sistémica y alteración de las diferentes necesidades, este estudio fue realizado con asesoría de los profesores Lic. Marquez Mejia Ma de los A. y Lic. Enriquez Gonzales Q., es un paciente adulto mayor originario del D:F:, soltero con 3 días de estancia hospitalaria en el Instituto de Seguridad Social al Servicio de los Trabajadores del Estado (ISSSTE) con afección crónica degenerativa o infecciosa, los objetivos planteados para este caso fueron: integrar los conocimientos adquiridos para la práctica clínica mediante la elaboración del proceso atención de enfermería, teniendo como eje el modelo de Virginia Henderson para realizar cuidados específicos en la promoción, conservación y reestablecimiento de la salud en el individuo con necesidades particulares, y aprender y adquirir más habilidades en la priorización de la atención con base en ello, brindar cuidados oportunamente, los instrumentos que se utilizaron para este estudio fueron el modelo conceptual de V. Henderson, el Proceso Atención de Enfermería y la taxonomía diagnóstica de la NANDA, la metodología se basó en los instrumentos utilizados y en un tiempo del 13 al 17 de agosto, los resultados que se obtuvieron fueron los esperados a corto, mediano y largo plazo en los cuales se va dando solución a las necesidades detectadas en dependencia para poder planificar un plan de cuidados y tener una evaluación satisfactoria.¹⁰

Bellido Vallejo J.C., supervisor del complejo hospitalario de Jean, España, realizó un estudio de la actuación de Enfermería en heridas accidentales no complicadas, los

⁹ Parra A. Heredia E. Proceso Atención de Enfermería a un Paciente con Estenosis Aortica Crítica. Revista Mexicana de Enfermería Cardiológico. 2003;11(2): 66-71.

¹⁰ Marquez A., Enriquez Q., Benitez S. Proceso Atención de Enfermería a Usuarios con Peritonitis, Insuficiencia Renal Crónica, Hipertensión Arterial Sistémica y Alteración de sus diferentes Necesidades. Enfermería Universitaria. 2004;1(2): 16-22.

objetivos son estructurar la actuación enfermera en torno a los pacientes con heridas accidentales, traumáticas no complicadas (HANC) conforme al proceso enfermero, crear un plan de cuidados estandarizado sobre los HANC, utilizando las taxonomías NANDA_NOC_NIC, la metodología utilizada es en base a tres parámetros; a) revisión bibliográfica, en base a las descripciones de los conceptos de heridas, cuidados, Enfermería y plan de cuidados; b) experiencia clínica: en un periodo 1996-2003, en los quirófanos de urgencias del hospital universitario de Jaen, en donde se trasladaron a los pacientes que sufrían heridas para su reparación y cuidados y un abordaje enfermero en aquellas otras que eran consideradas de no complicadas tras su valoración en el servicio de urgencias, y c) la experiencia docente que se fundamenta en la realización de 20 cursos de posgrado en el periodo 2001-2005, en torno a heridas, suturas y cirugía menor, como instrumentos, se utilizó el proceso enfermero y la valoración estructurada por necesidades del modelo de Virginia Henderson.¹¹

En el siguiente artículo nos encontramos con un plan estandarizado de cuidados para el paciente intervenido de artroscopia de rodilla, este plan no está enfocado a un paciente en particular, sino que se utiliza como una guía con pasos a seguir ante cualquier paciente con esta patología, los objetivos que se pretenden alcanzar son que el paciente disminuirá el temor durante su hospitalización, implementar un plan estandarizado, identificar los recursos necesarios para llevarlos a cabo y evaluar y garantizar la calidad de la atención solicitada, los instrumentos utilizados es el modelo conceptual de Virginia Henderson y la entrevista, la metodología es la utilización del Proceso Atención de Enfermería, el centrarse en identificar los problemas más relevantes, formulación de diagnósticos de Enfermería, la recogida de datos individualizada y la valoración de las necesidades, esto da como resultado la utilización de planes de cuidados estandarizados que facilitan la intervención de

¹¹ Bellido J. Actuación Enfermera en Heridas Accidentales no Complicadas. Revista de Enfermería Basada en la Evidencia 2006; 3(10):

Enfermería ante esta patología y se pueden establecer tiempos para cada actividad a seguir, para tener una base sobre como actuar en distintas situaciones.¹²

Así como se realizan planes estandarizados, algunos profesionales de Enfermería se han dedicado a realizar protocolos con el mismo fin, tal es el caso de López Soto R., que realizó un protocolo en personas con heridas vasculares complejas y/o pie diabético, este se fundamenta en el conjunto de alteraciones y necesidades comunes que presentan los pacientes con heridas vasculares o pie diabético complicadas por infección o evolución tórpida, generalmente tras desbridamiento o amputación con riesgo de inestabilidad, que puedan tener riesgos que compliquen su alta a domicilio, en estos casos se citan algunos aspectos más habituales que tienen que cubrir para ser atendidos por hospital a domicilio que son: mayor de 65 años, con diagnóstico de pie diabético, un nivel cultural medio bajo, con una amputación del 59% o dependiente parcial para algunos autocuidados, con dificultades para el apoyo y la deambulaci3n.¹³

El presente caso de estudio esta enfocado a un paciente pediátrico, los artículos anteriores nos servirán de mucha ayuda para tener una guía en la realizaci3n de este caso clínico, pero ahora se ,mencionan los artículos que van enfocados a pacientes en edad pediátrica.

El siguiente estudio se realiz3 a un recién nacido pretérmino que ingresa a la unidad de neonatología, con bronconeumonía, soplo sist3lico y nesidioblastosis, durante los primeros días estuvo con ventilaci3n mecánica, present3 hipoglucemias persistentes con convulsiones, se confirm3 hiperinsulinismo, a los 6 meses de edad se realiza pancreatectomía subtotal, los objetivos son crear una atm3sfera afectiva entre padres y el recién nacido, y conseguir que la persona enferma sea independiente en la satisfacci3n de sus necesidades, los instrumentos utilizados son el Proceso

¹² Ant3n J., Plan Estandarizado de Cuidados para el Paciente intervenido de Artroscopia de Rodilla. Universidad Aut3noma de Barcelona.2002

¹³ L3pez R. Proceso Atenci3n de Enfermería en Personas con Heridas Vasculares Complejas y/o Pie Diabético. Desarrollo Científico en Enfermería.

Atención de Enfermería, el modelo de Virginia Henderson y la Taxonomía Diagnóstica de la NANDA, la metodología se realiza en primer lugar en la obtención de datos y la valoración de las necesidades básicas, el análisis e interpretación de los mismos, la planificación y ejecución de los cuidados y su evaluación, esto se realizó durante su hospitalización (6 meses), se estuvo documentando en el servicio y se formularon los diagnósticos de Enfermería, como resultado, las actividades de Enfermería se pusieron en práctica desde el mismo momento del ingreso, los cuidados se fueron revisando y modificando periódicamente, teniendo en cuenta el estado general de la recién nacida, los padres integraron todo el conocimiento teórico y demostraron habilidad en el cuidado, en especial la mamá, a medida que los padres participaban progresivamente en el cuidado, se paso al modo de suplencia de completar, el PAE permite trabajar de forma sistémica y organizada con el fin de identificar problemas y aplicar cuidados individualizados.¹⁴

La E.E.I: Meneses V., y la maestra Franco M., realizaron un artículo en el que se revisan los cuidados de Enfermería a las necesidades de un lactante con neumonía, en el cual tratan de un lactante mayor (1^a 4/12) masculino que ingreso a un hospital de 3er nivel por fiebre, dificultad respiratoria, quejido y disociación toracoabdominal, se proporciona apoyo ventilatorio, es hijo único con periodo neonatal y primer año de vida normal, los objetivos a alcanzar es aplicar los conceptos propuestos por Virginia Henderson a través del proceso atención de Enfermería en el cuidado de un lactante mayor con neumonía para lograr su independencia lo más pronto posible, los instrumentos utilizados son: la historia clínica, el reporte diario, el esquema continuum independencia-dependencia, el consentimiento informado y los aspectos éticos, la metodología utilizada es la aplicación del proceso atención de Enfermería que valora las 14 necesidades del individuo, la aplicación de esta propuesta nos demuestra que para proporcionar cuidados de Enfermería se requiere la adquisición

¹⁴ Guallart M., Roca N. Cuidados de Enfermería a un Recién Nacido Pretérmino. Revista de Enfermería Clínica. 1998; 8(2):84-89.

de conocimientos y habilidades de el estudio de caso para resaltar la importancia de la formulación de diagnósticos de Enfermería.¹⁵

La enfermera Partera Luque C., Molina Pacheco F., Begoña Cavero J., realizaron un Proceso Atención de Enfermería a una preescolar con pancreatitis, en el cual no solo se enfocaron en la ayuda a la niña, si no que abarcaron la atención para que la madre ayudara a la pronta recuperación. Se trata de una niña con un cuadro de colecistitis y pancreatitis sin antecedentes de interés, fue intervenida ingresando posteriormente a una unidad de cuidados intensivos, a los 4 días de la intervención empezó con mucho dolor abdominal, fiebre, nauseas, vómito y distensión abdominal (signos de pancreatitis), presenta edema y eritema como efecto secundario a la vancomicina mejorando 2 días después, tras 35 días inicia ingesta oral con restricción de grasas, presenta mejoría y es trasladada a hospitalización., los objetivos de este caso clínico son elaborar un plan de curas de Enfermería individualizado hacia la niña y sus padres. Fomentar la autonomía y participación de la madre respecto a los cuidados de su hija. Conseguir la independencia/desvinculación de la madre del equipo asistencial, los instrumentos utilizados son la historia clínica y el modelo conceptual de Virginia Henderson; la metodología se baso en la aplicación del Proceso Atención de Enfermería desarrollado por necesidades según Virginia Henderson, diagnósticos de Enfermería reales y de riesgo incluyendo la taxonomía de la NANDA; los resultados que se obtuvieron fueron que durante la estancia de la niña en la unidad se lograron los objetivos trazados en el plan de curas de Enfermería, se redujo la ansiedad inicial de los padres y se incremento parcialmente la autonomía de la madre en los cuidados de la niña ayudando a minimizar el síndrome de estrés de traslado, este caso clínico nos ayuda a comprender que la relación entre los padres y los pacientes es de vital importancia para la rehabilitación del paciente y a apoyar de alguna manera a la

¹⁵ Espinoza V., Franco M. Cuidados de Enfermería a las Necesidades Básicas de un Lactante con Neumonía. Desarrollo Científico de Enfermería. 2003;1(11): 24-29.

enfermera en la atención integral para que el paciente coopere al ver la participación de los padres.¹⁶

El caso que mencionaremos está enfocado a la realización de un caso clínico a un preescolar con el Virus de Inmunodeficiencia Adquirida (VIH) el cual carece de una familia, requiriendo de una atención especializada que además de cubrir sus necesidades biológicas y físicas, también se tomen en cuenta las de realización, uno de los objetivos claves es de el reintegrarlo a su familia en las mejores condiciones ya que merece una atención integral y de calidad, el presente caso se realizó del 11 al 14 de diciembre del 2001 en el Hospital Infantil de México a un preescolar internado en el área de infectología, se le realizan 8 seguimientos directos a través de la clínica de VIH/SIDA y del expediente clínico, los diagnósticos se estructuraron con el formato que incluye problema, etiología y signos y síntomas (P.E.S), se establecieron 11 diagnósticos reales, con 3 tipos de intervenciones, independientes, dependientes e interdependientes, otro de los objetivos trazados es el detectar oportunamente infecciones oportunistas y prevenir complicaciones, los resultados se enfocaron en el control de los procesos infecciosos, de efectos adversos a los medicamentos, se observó durante su estancia en el hospital un aumento en la ingesta de alimentos, se observa un grado de independencia más favorable y se da a conocer el plan a seguir a las personas que se encargaran de su cuidado en su estancia en la Casa Hogar.¹⁷

El último artículo revisado es el de un adolescente masculino con alteración en la necesidad de moverse y mantener buena postura, fue realizado por Sánchez León V. el adolescente proviene de una familia nuclear, todos aparentemente sanos, a su hijo lo describieron como el alegre y gracioso, con relaciones afectivas fuertes, desde el inicio de la marcha, el niño presentó inestabilidad, por lo cual desde los dos años hasta los 5 años usó un tratamiento llamado birol en ambos pies, inicia su padecimiento

¹⁶ Partera C., Molina F., Begoña J. Atención de Enfermería a una Niña con Pancreatitis y Relación de Ayuda a la Madre. *Enfermería Clínica*. 2003;13(5): 313-320.

¹⁷ Franco M., Benitez A. Proceso del Cuidado a un Paciente con VIH. *Enfermería Universitaria*. 2004;1(3): 13-23.

a los 8 años refiriendo dolor articular en rodillas y pies tratado de forma intermitente, a los 13 años presenta imposibilidad para la marcha con dolor de cadera derecha sin poder apoyar la misma, motivo por el cual ingresa a un hospital de tercer nivel para su tratamiento, los objetivos planteados son identificar las necesidades básicas de un adolescente con alteración en la necesidad de movilidad, realizar un plan de intervenciones basado en diferentes tipos de diagnósticos de Enfermería y practicar la valoración focalizada de cada una de ellas, además de proporcionar al adolescente orientación específica que contribuyera a lograr su independencia. Los instrumentos utilizados son la valoración global del estado de independencia, una carta de consentimiento informado, la exploración física, la historia clínica y el método clínico, la metodología se basa en la detección de las 14 necesidades fundamentales enunciadas por Virginia Henderson a través del Proceso Atención de Enfermería, el análisis, interpretación, planeación y evaluación de estas necesidades y la asesoría tutorial para favorecer el aprendizaje, los resultados obtenidos a través de estos instrumentos son un grado de dependencia decreciente (mejoría) según la intensidad y en relación con la duración que lleva obteniéndose como resultado independencia para la atención, esto nos da una pauta para la mejora de la atención de Enfermería.¹⁸

Al revisar los artículos y haciendo un análisis de estos nos damos cuenta que en la actualidad el profesional de Enfermería ha ido actualizándose y ha tomado conciencia de la importancia de tomar un modelo como protocolo a seguir para poder dar una atención de calidad y para tomar en cuenta no solo la enfermedad del paciente sino también su entorno y su familia para una pronta recuperación, uno de los elementos clave para una atención integral es el uso del Proceso Atención de Enfermería, que nos da una pauta y nos enseña como realizar la valoración de las necesidades del paciente.

¹⁸ Sánchez V. Cuidados Básicos de un Paciente con Necesidad de Moverse y Mantener Buena Postura. Revista de Enfermería del IMSS. 2001;9(2): 91-96.

1.2. El proceso atención de enfermería “un método dinámico y sistematizado de brindar cuidados de enfermería”

Un proceso es una serie de actuaciones o medidas planificadas dirigidas a obtener un resultado u objetivo particular. La Enfermería diagnostica y trata las respuestas humanas a los problemas reales o potenciales de salud; para ello, se basa en un amplio marco teórico. El Proceso de Enfermería es el método mediante el cual se aplica este marco a la práctica profesional; asegura la calidad de los cuidados al sujeto de atención y proporciona la base para el control operativo y el medio para sistematizar e investigar en este campo. En la presente compilación se exponen la conceptualización y los pasos del Proceso de atención de Enfermería.¹⁹

El Proceso de Enfermería es un método ordenado y sistemático para obtener información e identificar los problemas del individuo, la familia y la comunidad, con el fin de planear, ejecutar y evaluar el cuidado de Enfermería. Por tanto, es la aplicación del método científico en el quehacer de Enfermería.

El Proceso de Atención de Enfermería (PAE) exige del profesional habilidades y destrezas afectivas, cognoscitivas y motrices para observar, valorar, decidir, realizar, evaluar e interactuar con otros. Así mismo, se hace necesario el conocimiento de las ciencias biológicas, sociales y del comportamiento. Todo esto es indispensable para ayudar a los sujetos de atención, a través de la aplicación del proceso de Enfermería, a alcanzar su potencial máximo de salud. El PAE requiere una actividad especial y continua con el sujeto de atención porque trata de mejorar la respuesta humana.²⁰

Importancia del Proceso de Enfermería

¹⁹ Roldán A., Fernandez M. Proceso Atención de Enfermería.(en línea) (consulta 26 Octubre 2006); Disponible en: www.cone.udea.edu.co/revista/sep99/proceso.htm.

²⁰ Idem. pa. 6

El Proceso de Enfermería como instrumento en la práctica del profesional puede asegurar la calidad de los cuidados al sujeto de atención: individuo, familia o comunidad. Además, proporciona la base para el control operativo y el medio para sistematizar y hacer investigación en Enfermería. Asegura la atención individualizada, ofrece ventajas para el profesional que presta la atención y para quien la recibe y permite evaluar el impacto de la intervención de Enfermería.²¹

Ventajas del Proceso de Atención de Enfermería

Al sujeto de atención le permite participar en su propio cuidado; le garantiza la respuesta a sus problemas reales y potenciales, y le ofrece atención individualizada continua y de calidad, de acuerdo con la priorización de sus problemas. A la otra parte, el profesional, le facilita la comunicación; concede flexibilidad en el cuidado; le genera respuestas individuales y satisfacción en su trabajo; le permite conocer objetivos importantes para el sujeto de atención; propicia el crecimiento profesional; permite asignar los sujeto de atención en forma racional y le proporciona información para investigación.

En resumen, el uso del proceso de atención de Enfermería da como resultado un plan que describe las necesidades de atención y los cuidados de Enfermería para cada sujeto de atención.

El proceso de atención tiene como propiedades ser más dinámico, flexible, continuo, individualizado, participativo y con un fin determinado. Además, se debe basar en un marco teórico.²²

El Proceso Enfermero es:

²¹ Roldan A. Op. cit.,p.10

²² Idem.p.10

- ❖ Sistemático: Como el método de solución de problemas, consta de 5 pasos, en los que se llevan a cabo una serie de acciones deliberadas para extremar la eficiencia y obtener resultados beneficiosos a largo plazo.
- ❖ Dinámico: A medida que adquieran experiencia, podrá moverse hacia atrás y hacia delante entre los distintos pasos del proceso, combinando en ocasiones distintas actividades para conseguir el mismo resultado final.
- ❖ Humanístico: Se basa en la creencia de que a medida que planificamos y brindamos los cuidados debemos considerar los intereses , valores y deseos específicos del usuario, debemos considerar la mente, el cuerpo y el espíritu, nos esforzaremos por comprender los problemas de salud de cada individuo y el correspondiente impacto del mismo en la percepción de bienestar de la persona.
- ❖ Centrado en los objetivos (resultados): Los pasos del Proceso Enfermero están diseñados para centrar la atención en si la persona que demanda los cuidados de salud obtiene los mejores resultados de la manera más eficiente.²³

“VALORACIÓN”

Es la primera fase del proceso de Enfermería e incluye la recolección de datos, organización y validación de estos. Es una parte de cada una de las actividades que realiza la enfermera por el paciente y con el paciente, esta se realiza durante todas las fases del proceso de Enfermería, la finalidad es crear una base de datos sobre la respuesta de un cliente ante la salud o la enfermedad con el fin de conocer los cuidados de Enfermería que necesita el cliente, las respuestas del paciente comprenden aspectos sobre la vida diaria, la salud, biofísicos, emocionales, socioeconómicos, culturales y espirituales. Hay 4 clases de valoración: inicial, focalizada, de urgencia y la de después de un tiempo, estas varían su finalidad, oportunidad, tiempo disponible y estado del paciente.²⁴

²³ Alfaro R. Aplicación del Proceso Enfermero. Madrid-España, Mosby-Doyma 1992.

²⁴ Kosier.B. Fundamentos de Enfermería. . MacGraw-Hill-Interamericana, p96-97.

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

- Las convicciones del profesional: conforman la actitud y las motivaciones del profesional, lo que piensa, siente y cree sobre la Enfermería, el hombre, la salud, la enfermedad, etc. Estas convicciones se consideran constantes durante el proceso.
- Los conocimientos profesionales: deben tener una base de conocimientos sólida, que permita hacer una valoración del estado de salud integral del individuo, la familia y la comunidad. Los conocimientos deben abarcar también la resolución de problemas, análisis y toma de decisiones.
- Habilidades: se adquieren en la valoración con la utilización de métodos y procedimientos que hacen posible la toma de datos.
- Comunicarse de forma eficaz. Implica el conocer la teoría de la comunicación y del aprendizaje.
- Observar sistemáticamente. Implica la utilización de formularios o guías que identifican los tipos específicos de datos que necesitan recogerse.
- Diferenciar entre signos e inferencias y confirmar las impresiones. Un signo es un hecho que uno percibe a través de uso de los sentidos y una inferencia es el juicio o interpretación de esos signos. Las enfermeras a menudo hacen inferencias extraídas con pocos o ningún signo que las apoyen, pudiendo dar como resultado cuidados de Enfermería inadecuados. ²⁵

Los principales métodos empleados para la valoración del cliente son la observación, la entrevista y la exploración.

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

²⁵ Dueñas J. Diagnósticos de Enfermería: El Proceso Atención de Enfermería; (en línea), (consulta 29 Octubre 2006);. Disponible en: www.terra.es/personal/duenas/pae.htm.

Es el primer método básico de valoración, la observación sistemática implica la utilización de los sentidos para la obtención de información tanto del paciente, como de cualquier otra fuente significativa Y del entorno, así como de la interacción de estas tres variables. La observación es una habilidad que precisa práctica y disciplina. Los hallazgos encontrados mediante la observación han de ser posteriormente confirmados o descartados.²⁶ En esta se utilizan los 5 sentidos aunque las enfermeras realizan la observación con la vista principalmente, esta tiene dos aspectos a) reconocer los estímulos y b) seleccionar, organizar e interpretar los datos, las observaciones de Enfermería deben estar organizadas de manera que no se omita nada importante, las aptitudes para la observación utilizando los 5 sentidos son.

a) Visión: Aspecto general, signos de malestar, de aflicción o tensión emocional, coloración y lesiones de la piel, alteraciones del movimiento, objetos religiosos o culturales.

b) Olfato: Olores corporales o del aliento.

c) Audición: Ruidos respiratorios y tono cardíacos, facilidad para comunicarse, lenguaje hablado, capacidad para iniciar una conversación, orientación en el tiempo, espacio y sobre sí mismo, opinión sobre el estado de salud.

d) Tacto: Temperatura y humedad de la piel, fuerza muscular, frecuencia, ritmo y volumen del pulso.²⁷

LA ENTREVISTA: es una comunicación programada o una conversación que se realiza con el propósito de dar información, de identificar problemas, para evaluar un cambio, enseñar, dar apoyo o proporcionar asesoramiento o tratamiento.

²⁶ Kosier B. Op. Cit. p.97

²⁷ Idem. pp97-98

Existen dos tipos de entrevista, ésta puede ser formal o informal. La entrevista formal consiste en una comunicación con un propósito específico, en la cual la enfermera realiza la historia del paciente.

El aspecto informal de la entrevista es la conversación entre enfermera y paciente durante el curso de los cuidados. ²⁸

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

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

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

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

²⁸ Kosier B. Op. Cit. p. 98.

La entrevista clínica tiene que ser comprendida desde dos ámbitos:

- Un ámbito interpersonal en el que dos o más individuos se ponen en contacto y se comunican;
- Otro ámbito de la entrevista es el de una habilidad técnica.

La entrevista puede verse interrumpida por los ruidos, entendiéndose por esto no solamente los ruidos audibles sino también, la imagen global que ofrece el centro sanitario. Éstas pueden ser controladas por el entrevistador en la mayoría de los casos. Tres tipos de interferencias:

- Interferencia cognitiva: Consisten en que el problema del paciente no es percibido o comprendido por el entrevistador.
- Interferencia emocional Es frecuente, consiste en una reacción emocional adversa del paciente o del entrevistador. Los estados emocionales extremos como ansiedad, depresión, miedo a una enfermedad grave o a lo desconocido, dolor o malestar. Por parte del profesional, agresividad, excesiva valoración de sí mismos, excesiva proyección sobre los pacientes e incluso de responsabilización de las obligaciones.
- Interferencia social: En este caso las diferencias sociales conllevan en el profesional una menor conexión emocional a una menor implicación, y a prestar menor información al paciente.²⁹

Las técnicas verbales son:

- El interrogatorio permite obtener información, aclarar respuestas y verificar datos.
- La reflexión o reformulación, consiste en repetir o expresar de otra forma lo que se ha comprendido de la respuesta del paciente, permite confirmar y profundizar en la información.
- Las frases adicionales, estimula la continuidad del proceso verbal de la entrevista.

²⁹ Alfaro R. Op. Cit.p. 53-54

- Las técnicas no verbales: Facilitan o aumentan la comunicación mientras se desarrolla la entrevista, estos componentes no verbales son capaces de transmitir un mensaje con mayor efectividad incluso que las palabras habladas, las más usuales son:
 - Expresiones faciales,
 - La forma de estar y la posición corporal,
 - Los gestos,
 - El contacto físico,
 - La forma de hablar.

Para finalizar la entrevista concretaremos las cualidades que debe tener un entrevistador: empatía, calidez, concreción, y respeto.

- Empatía: Entendemos por empatía la capacidad de comprender (percibir) correctamente lo que experimenta nuestro interlocutor. Pero, no basta con comprender al paciente, si no es capaz de transmitirle esa comprensión. La empatía pues consta de dos momentos, uno en el que el entrevistador es capaz de interiorizar la situación emocional del paciente, Y otro en el que le da a entender que la comprende.
- Calidez: Es la proximidad afectiva entre el paciente y el entrevistador. Se expresa solo a nivel no verbal
- Respeto: Es la capacidad del entrevistador para transmitir al paciente que su problema le atañe, y que se preocupa por él preservando su forma de pensar, sus valores ideológicos y éticos. En palabras de, implica el aprecio de la dignidad y valor del paciente y el reconocimiento como persona.
- Concreción: Es la capacidad del entrevistador para delimitar los objetivos mutuos Y compartidos de la entrevista.³⁰

³⁰ Alfaro R. Op. Cit. P. 55

LA EXPLORACIÓN: Es un método sistemático de obtención de datos que utiliza las capacidades de observación para descubrir los problemas de salud. Para llevar a cabo la exploración la enfermera utiliza los siguientes métodos:

- Inspección: Observar cuidadosamente usando los dedos, ojos, oídos y olfato.
- Auscultación: Se realiza con la ayuda del estetoscópio.
- Palpación: Tocar y presionar para comprobar la presencia de dolor y notar las estructuras internas como el hígado.
- Percusión: Golpear con el dedo directa o indirectamente sobre la superficie corporal para determinar los reflejos o para determinar si hay líquido en la zona tratada.

La mejor manera de llevar a cabo una valoración física completa y sistémica es elegir una buena forma de organizar su enfoque y usarla consistentemente de modo que se convierta en automática.³¹ Puede hacerse siguiendo el orden que prefiera quien la realiza, bien explorando de la cabeza a los pies o haciéndolo por aparatos y sistemas. Normalmente la enfermera anota ante todo una impresión general sobre el aspecto general del paciente y su estado de salud (edad, tamaño corporal, estado nutricional y mental, lenguaje y comportamiento). Luego, realiza ciertas mediciones como las constantes vitales y somatometría.

Uno de los métodos para la exploración física es el céfalo-caudal (de la cabeza a los pies), comienza el estudio por la cabeza, continua por el cuello, tórax, abdomen y extremidades y termina en los dedos de los pies. En vez de hacer una valoración completa, la enfermera puede concentrarse en un área conflictiva detectada por la valoración como por ejemplo la imposibilidad de orinar. Una exploración de detección selectiva también llamada revisión por aparatos, es un breve repaso del funcionamiento esencial de varias partes o sistemas del cuerpo, los datos

³¹ Idem. P 56.

recolectados en esta exploración se contrastan con los valores normales, como son la estatura ideal y cifras estándar de los signos vitales.³²

El proceso de valoración incluye 4 actuaciones estrechamente relacionadas que son:

**** Obtención de datos:** Consiste en reunir la información sobre el estado de salud de un paciente, debe ser un proceso continuo para evitar que se omitan datos importantes. Una base de datos es toda la información que se dispone de el paciente, comprende la historia clínica y le exploración de Enfermería; las clases de datos pueden ser subjetivos, también conocidos como síntomas o datos “no visibles”, que son evidentes solo para la persona afectada y únicamente puede describirlos o verificarlos esa persona, entre ellos están los sentimientos, valores, creencias, actitudes y percepciones sobre el estado de salud y la situación de la vida del paciente. Los datos objetivos (signos o datos manifiestos), son detectables por un observador o pueden compararse con alguna forma aceptada, se pueden ver, oír, oler o sentir, se obtienen mediante la observación o la exploración física. La fuente de los datos pueden ser primarias o secundarias, el paciente es la primer fuente de información y la fuente secundaria se refiere a los demás miembros de la familia, personas que la apoyan, otros profesionales de la salud, registros e informes, datos de laboratorio y diagnóstico, estas aportan datos complementarios y dan valor a los datos obtenidos del paciente. El paciente es la mejor fuente de información siempre que su estado de salud lo permita, que no sea demasiado joven o con alguna confusión mental.

**** Organización de los datos:** se utiliza una historia de Enfermería o valoración de Enfermería, los datos obtenidos en su mayoría son subjetivos, para este puntos se utilizan los modelos de Enfermería que han desarrollado sus propios instrumentos de valoración, muchos de ellos están basados en teorías de Enfermería.³³

**** Validación de los datos:** consiste en un doble examen o inspección de datos para confirmar que son exactos y objetivos, esta permite asegurarse de que la información

³² Kosier B. Op. cit. p102-103

³³ Kozier B. Op. Cit. P 107-108.

recogida durante la valoración es completa, los datos objetivos y subjetivos sean coherentes, se obtiene información adicional que pueda pasar desapercibida, distinguir entre indicios y deducciones, evitar conclusiones precipitadas, los indicios son subjetivos u objetivos y pueden ser observados por la enfermera, las deducciones son conclusiones o interpretaciones de la enfermera sobre los indicios.³⁴

** Registro de los datos: la exactitud de la información es esencial y debe incluir todos los datos obtenidos sobre el estado de salud del paciente.³⁵

“DIAGNÓSTICO”

Es la segunda etapa del proceso enfermero, en esta las enfermeras utilizan habilidades del pensamiento crítico para interpretar los datos de la valoración e identificar los factores relacionados y los problemas del paciente, es un paso crucial en el proceso de Enfermería. El término diagnóstico se utiliza a menudo para describir tanto a un proceso como a un producto. Las enfermeras utilizan un proceso de razonamiento denominado diagnóstico enfermero para generar un enunciado del estado de salud de un paciente.

El término diagnóstico enfermero se define como “un juicio clínico sobre las respuestas del individuo, la familia o la comunidad a problemas de salud/procesos vitales reales o potenciales” (NANDA). Proporciona la base para seleccionar las intervenciones enfermeras para conseguir los objetivos de los que es responsable el enfermero o enfermera.

Existen varios tipos de diagnósticos: reales, de riesgo posible y de salud.

- Un diagnóstico real es un juicio sobre la respuesta de un paciente a un problema de salud que existe en el momento de la valoración de enfermería. Se basa en la presencia de signos y síntomas asociados.

³⁴ Idem. P 109-111.

³⁵ Idem. P 112.

- Un diagnóstico de Enfermería potencial o de riesgo es un juicio clínico de que un paciente es más vulnerable a un determinado problema que otros, en situación igual o parecida
- Un diagnóstico de Enfermería posible es aquel en el que en las pruebas de que existe un problemas de salud no están claras o se desconocen los factores causales, un diagnóstico posible requiere de más datos, ya sea para corroborarlo o para refutarlo.
- Un diagnóstico de salud se refiere a una respuesta saludable por parte de un paciente que desea un mayor nivel de salud.³⁶

Un diagnóstico enfermero consta de 3 componentes:

- 1) Enunciado del problema (etiqueta diagnóstica) describe el problema de salud o la respuesta del paciente para los cuales se esta administrando el tratamiento de enfermería, describe su estado de salud con claridad y concisión.
- 2) Etiología (factores relacionados o factores de riesgo) Aquí se identifican una o mas causas probables del problema de salud, orienta el tratamiento de Enfermería y permite a la enfermera individualizar la atención del paciente, los factores ambientales o las interacciones de ambos.
- 3) Características definitorias: son el conjunto de signos y síntomas que indican la presencia de una etiqueta diagnóstica concreta. en el caso de los diagnósticos de Enfermería reales, las características definitorias son los signos síntomas del paciente. Para los diagnósticos de Enfermería de riesgo, las características definitorias son las mismas que la etiología.³⁷

El proceso diagnóstico utiliza dos habilidades del pensamiento crítico: el análisis, que es la separación en componentes, es decir, la división del todo en sus distintas partes, y la síntesis es lo contrario, a saber, reunir las partes en un todo. El proceso diagnóstico consta de 3 etapas:

³⁶ Kozier B. Op. Cit. P 117-119.

³⁷ Kozier b. Op. Cit. P. 119-122.

- Análisis de datos: consta de los siguientes pasos: a) Comparación de los datos estándar: se comparan los datos del paciente con amplia gama de estándares, como los patrones de salud normal, los signos vitales normales, las cifras de laboratorio, los grupos básicos de alimentos, el crecimiento y desarrollo; b) agrupación de los datos: consisten en determinar las relaciones entre los hechos y buscar en ellos patrones, es el inicio de la síntesis; c) y los problemas interdependientes.
- Identificación de problemas de salud, riesgos y factores favorables: para que los problemas de salud tengan una solución satisfactoria, el paciente debe admitir que el problema existe, la enfermera determina si el paciente necesita ayuda para afrontar el problema juntos, tras confirmar con el paciente los problemas, la enfermera examina las relaciones causales entre los problemas y los factores relacionados o de riesgo, estas son las causas o etiología del problema; los factores favorables se refiere a los factores con los que cuenta el paciente, sus recursos y sus capacidades para afrontar las situaciones.
- Formular enunciados diagnósticos: el enunciado básico de dos partes se utiliza para diagnósticos reales, potenciales o de riesgo, las dos partes están unidas por la expresión “relacionado con”, y se utiliza el formato “PE”; P: problema que es el enunciado de la respuesta del paciente y E: etiología que son los factores que contribuyen a la respuesta o causas probables de las mismas. Los enunciados básicos en tres partes son el formato PES y consta de los siguientes componentes: P: Enunciado de la respuesta del paciente; E: Etiología, factores que contribuyen a la respuesta o que son causas probables de ella; y S: Signos y síntomas, características definitorias manifestadas por el paciente.³⁸

Errores en la recogida de datos: solo pueden realizarse diagnósticos correctos y precisos a partir de una base de datos completa y exacta. Un plan de valoración organizado ayuda a prevenir los errores en la recogida de información, las

³⁸ Kozier B. Op. Cit. P. 128-129.

habilidades para entrevistar y una buena base de conocimientos ayudan a la enfermera a formular preguntas adecuadas.

Errores en la interpretación de datos: se producen cuando la enfermera malinterpreta el significado de las informaciones significativas, la tendencia de cada uno a inclinar su juicio en una dirección particular, se basa en teorías personales y estereotipos.

Errores de agrupación de datos: un agrupamiento incorrecto de los datos también conduce a errores de diagnóstico.

Para evitar los errores a la hora de realizar los diagnósticos se debe tener en cuenta los siguientes datos: verificar correctamente los datos, deben aventurarse posibles explicaciones para los datos, pero teniendo en cuenta que, hasta que se confirman, todos los diagnósticos son solo de presunción, se debe construir una buena base de conocimientos y adquirir experiencia clínica, tener un conocimiento práctico de lo que es normal, consultar las fuentes adecuadas siempre que tengan dudas acerca de un diagnóstico, mejorar las habilidades del pensamiento crítico.

La North American Nursing Diagnosis Association (NANDA), esta compuesta por enfermeras, especialistas clínicas, profesores universitarios, directoras de Enfermería, que se dedican a formular los diagnósticos enfermeros, que se iniciaron formalmente en 1973.

Una taxonomía es un sistema de clasificación de grupos, clases o conjuntos, tras los perfeccionamientos, las revisiones y la aceptación de nuevos diagnósticos, la taxonomía de la NANDA acepto 9 patrones de respuesta humana.

Las ventajas de la utilización de un diagnóstico son que favorece la responsabilidad y la autonomía profesionales al definir y describir el área independiente de la práctica enfermera, proporcionan un vehículo para la comunicación entre enfermeras y otros profesionales sanitarios, brindan un principio organizador para elaborar investigaciones significativas, facilitan la atención individualizada, favorecen una

asistencia de calidad y facilitan la continuidad de los cuidados ente enfermeras de una institución y cuando un paciente es transferido.

RIESGOS DE ERRORES DIAGNÓSTICOS:

Cuando pasa por alto un problema, lo etiqueta erróneamente o no comprende todo su alcance, corre el riesgo de:

- Iniciar intervenciones que agraven el problema.
- Omitir intervenciones que son esenciales para solucionar el problema.
- Permitir que los problemas existan o progresen sin siquiera detectar su presencia.
- Iniciar intervenciones que son inofensivas pero que hacen perder el tiempo y la energía de todos.
- Influir en los demás en la existencia de problemas incorrectamente identificados.
- Situarse a si misma en riesgo de una demanda legal.³⁹

PLANIFICACIÓN

Una vez hemos concluido la valoración e identificado las complicaciones potenciales (problemas interdependientes) y los diagnósticos enfermeros, se procede a la fase de planeación de los cuidados o tratamiento enfermero. En esta fase se trata de establecer cuidados de Enfermería, que conduzcan al cliente a prevenir, reducir o eliminar los problemas detectados. La fase de planeación del proceso de Enfermería incluye cuatro etapas.

Etapas en el Plan de Cuidados

- **Establecer prioridades en los cuidados.** Selección. Todos los problemas y/o necesidades que pueden presentar una familia y una comunidad raras veces pueden ser abordados al mismo tiempo, por falta de disponibilidad de la

³⁹ Alfaro R. Op. Cit. p 101-103

enfermera, de la familia, posibilidades reales de intervención, falta de recursos económicos, materiales y humanos.. Por tanto, se trata de ordenar jerárquicamente los problemas detectados.

Un criterio para priorizar las necesidades se determinan en 3 grupos y se menciona a continuación:

- a) Alta: Son aquellos diagnósticos de enfermería que si no se tratan pueden ser perjudiciales para la persona, pueden ser problemas potenciales o reales, y pueden afectar vitalmente a la persona.
 - b) Intermedia: se agrupan los diagnósticos urgentes, pero que no amenazan la vida, (complicaciones potenciales), son determinados por diagnósticos derivados del tratamiento.
 - c) Baja: Son los diagnósticos que pueden no estar directamente relacionados con la enfermedad o pronóstico, pero que pueden afectar a su futuro bienestar, considerando la percepción de la persona.⁴⁰
- **Planteamiento de los objetivos del paciente con resultados esperados.** Esto es, determinar los criterios de resultado. Describir los resultados esperados, tanto por parte de los individuos y/o de la familia como por parte de los profesionales.

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

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

⁴⁰ Alfaro R. Op cit. p 105.

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

Tipos de objetivos: a) clínicos: describen el estado esperado de ciertos problemas médicos, enfermeros o multidisciplinarios en un determinado momento, tras haberse realizado el tratamiento, refleja si los problemas se han resuelto o no o su grado de mejoría; b) funcionales: describen la habilidad de la persona para funcionar en relación con las actividades diarias deseadas; c) De calidad de vida: tratan de los factores clave que afectan a la habilidad de cada persona para sentirse confortable física y espiritualmente.

Como se formulan, reglas y principios adicionales: a) identifican los beneficios que se espera ver en el paciente después de brindar los cuidados enfermeros y se dividen en objetivo a corto y a largo plazo, b) el sujeto del objetivo debe ser el paciente o una parte del mismo; c) se desarrollan objetivos para los problemas aunque habitualmente no marca objetivos para las intervenciones, debería ser capaz de explicar el beneficio que se espera ver en el paciente; d) deben ser amplios, e) debe tener los 5 componentes que son: *sujeto*: ¿quién se espera que alcance el resultado?, *verbo* ¿qué acción debe hacer la persona para que alcance el objetivo?, *condición* ¿en qué circunstancia tiene la persona que llevar a cabo la acción?, *criterios de ejecución* ¿En qué grado va a realizar la acción?, *momento para lograrlo* ¿cuando se espera que esa persona sea capaz de hacerlo?

- **Elaboración de las actuaciones de Enfermería**, esto es, determinar los objetivos de Enfermería (criterios de proceso). Determinación de actividades, las acciones especificadas en el plan de cuidados corresponden a las tareas concretas que la enfermera y/o familia realizan para hacer realidad los objetivos. Estas acciones se consideran instrucciones u órdenes enfermeras que han de llevar a la práctica todo el personal que tiene responsabilidad en el cuidado del paciente. Las actividades propuestas se registran en el impreso

correspondiente y deben especificar: qué hay que hacer, cuándo hay que hacerlo, cómo hay que hacerlo, dónde hay que hacerlo y quién ha de hacerlo.

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

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

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

La clasificación de intervenciones de Enfermería (CIE),. Es una clasificación normalizada completa de las intervenciones que realizan los profesionales de Enfermería, es útil para la documentación clínica, la comunicación de cuidados en distintas situaciones, la integración de datos entre sistemas y situaciones, la investigación eficaz, la cuantificación de la productividad, la evaluación de la competencia, la retribución y el diseño de programas. La clasificación incluye las intervenciones realizadas por los profesionales de Enfermería en función de los pacientes, intervenciones tanto independientes como en colaboración y cuidados tanto directos como indirectos. Aunque el profesional individual solo será competente en un número limitado de intervenciones que refleje su especialidad, la clasificación en su totalidad abarca las competencias de todo el personal de Enfermería, puede utilizarse en todas las situaciones, incluyen tanto la esfera fisiológica, como la

psicosocial, la mayoría de las intervenciones se utilizan en individuos, pero muchas de ellas son para uso en familias y algunas son para comunidades enteras.⁴¹

La elección de una intervención de Enfermería para un paciente concreto forma parte de la toma de decisiones clínicas del profesional de Enfermería, al elegir una intervención debe tenerse en cuenta 6 factores que a continuación se mencionan:

- Resultados deseados en el paciente: se han de especificar antes de elegir la intervención, servirán de criterio comparativo para juzgar el éxito de una intervención de Enfermería, los resultados describen conductas, respuestas y sentimientos del paciente a los cuidados administrados, son muchas las variables que afectan a los resultados, incluyendo el problema clínico, las intervenciones prescritas por los proveedores de los cuidados, el ambiente en el que se administran los cuidados, la propia motivación del paciente, la estructura genética y su patofisiología. Una manera excelente de especificar los resultados es mediante el uso de la Clasificación de Resultados de Enfermería (CRE), esta describe el estado del paciente a nivel conceptual con indicadores que se espera que respondan a las intervenciones, esto permite cuantificar los estados de los resultados en cualquier punto de un continuo, desde el más negativo hasta el más positivo en diferentes momentos en el tiempo, los resultados del CRE pueden utilizarse para controlar el alcance del progreso, o la ausencia del progreso, durante un episodio de cuidados y en diferentes situaciones de cuidados.
- Características del diagnóstico de Enfermería: los resultados e intervenciones se seleccionan en función de diagnósticos de Enfermería concretos, la intervención está dirigida a alterar los factores etiológicos asociados con el diagnóstico, si la intervención resulta exitosa en modificación de la etiología, puede esperarse que el estado del paciente mejore, no siempre es posible cambiar los factores etiológicos y cuando se puede, es necesario tratar los signos y síntomas, para los diagnósticos potenciales y de riesgo, la

⁴¹ Mc Closkey J:C: Bulechek G:M., "Proyecto de Intervenciones IOWA, Clasificación de Intervenciones en Enfermería" (CIE), 3ª Ed, Mosby, España 1999, pp 3

intervención se dirige a modificar o eliminar los factores de riesgo del diagnóstico.

- Base de investigación de la intervención: La investigación indicará la eficacia al usar la intervención con cierto tipo de pacientes, algunas intervenciones han sido ampliamente probadas para poblaciones específicas, pero otras todavía se encuentran en fase de desarrollo y han pasado por pocas o ninguna prueba empírica. Los profesionales conocen la investigación relacionada con una intervención en particular por sus programas educativos y por la actualización de sus conocimientos.
- Factibilidad de realizar la intervención: las inquietudes sobre la factibilidad incluyen la forma en que la intervención particular interactúa con otras intervenciones, tanto las del personal de Enfermería como las de otros proveedores de cuidados sanitarios, es importante que el profesional se involucre en el plan completo de cuidados del paciente, otras inquietudes son el coste de la intervención y el tiempo de puesta en marcha.
- Aceptabilidad para el paciente: Una intervención debe ser aceptable para el paciente y su familia, el profesional de Enfermería puede frecuentemente recomendar opciones de intervenciones para ayudar a conseguir un resultado particular.
- Capacidad del profesional de Enfermería: El profesional debe estar en condiciones de llevar a cabo la intervención, se describen tres áreas en las que debe ser competente; a) tener conocimientos del fundamento científico de la intervención, b) poseer las necesarias habilidades psicomotoras e interpersonales, y c) ser capaz de trabajar en cada caso para utilizar de manera eficaz los recursos sanitarios.

Si las funciones de Enfermería tienen tres tipos de intervenciones, dependiente, interdependiente e independiente, según el nivel de decisión que corresponde a la enfermera, surgirán problemas o necesidades en la persona que competirán a un campo u otro de actuación:

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

Documentación y registro La última etapa del plan de cuidados es el registro ordenado de los diagnósticos, resultados esperados Y actuaciones de Enfermería. Ello se obtiene mediante una documentación.⁴²

El plan de cuidados se puede estructurar de diversas formas, sin embargo existen 3 componentes básicos para la elaboración del plan:

- ✓ Diagnósticos de Enfermería.
- ✓ Objetivos.
- ✓ Intervenciones de Enfermería.⁴³

Contemplando lo anterior la elaboración de planes de cuidados es diversa pero siempre contendrá los tres componentes básicos referidos, se pueden utilizar los diferentes tipos de planes.

⁴² Dueñas R Disponible en: www.terra.es/personal/duenas/pae.htm.

⁴³ P. Proceso y Diagnóstico de Enfermería. México. McGraw-Hill Interamericana 1997 :197.

- ✓ Individualizados: Permite la documentación de los diagnósticos, objetivos e intervenciones más adecuados para una determinada persona, no incluye información no aplicable, es específica de la persona, pero exige mucho tiempo en su elaboración.
- ✓ Estandarizado: Estos planes se pueden organizar según el diagnóstico médico de la persona, se consideran los diagnósticos posibles reales, potenciales o bienestar, objetivos e intervenciones, pudiendo individualizarse al dejar espacios que no afectan al cliente o añadir elementos específicos que surjan en las necesidades identificadas en la persona, reducen el tiempo invertido en la elaboración del plan, son concretos y cómodos aunque pueden ser limitantes.
- ✓ Computarizados: Se pueden construir diversos tipos de planes individualizados o estandarizados, a través de la información que se introduzca en el menú acorde a las características definitorias de los problemas encontrados, se pueden actualizar fácilmente al eliminar o seleccionar información actual conforme la evolución de la persona, pero se requiere de recursos suficiente para hacer viable esta opción.⁴⁴

EJECUCIÓN

Es la fase en la que la enfermera pone en marcha el plan de cuidados de Enfermería, consiste en realizar, delegar y registrar las ordenes de Enfermería que fueron desarrolladas en la fase de planificación y después concluye la fase de ejecución registrando las actividades de Enfermería y las respuestas de los clientes, esta fase orientada hacia la acción directa, en la cual el profesional de Enfermería es responsable de la puesta en marcha del plan que elaboró previamente, se lleva a cabo en tres momentos:⁴⁵

⁴⁴ Iyer P. op cit p 205-218.

⁴⁵ Iyer P. Op cit p :228-231

PREPARACIÓN: Exige una serie de actividades que sugiere el razonamiento crítico, consiste en:

- Revisar las intervenciones y determinar si son compatibles con el plan establecido, valorar si son suficientes y aclarar las intervenciones dudosas.
- Realizar un análisis del conocimiento de Enfermería y sus habilidades exigidas para determinar las funciones y competencias.
- Reconocer las complicaciones posibles de los procedimientos, esto permitirá poner en marcha enfoques preventivos para reducir el riesgo.
- Proporcionar los recursos necesarios y suficientes, en cuanto a tiempo, número de profesionales y el material aceptable y disponible.
- La preparación de un entorno seguro, sugiere comodidad para la persona, el crear un ambiente agradable y seguro.⁴⁶

INTERVENCIÓN: Su abordaje incluye el inicio de las acciones planeadas ya sean independientes, dependientes o interdependiente y se ajustan.

- Reforzar las cualidades de la persona, al ejecutar la intervención puede ayudar a identificar estas cualidades.
- Ayudar a las actividades de la vida diaria, da la oportunidad de valorar nuevos problemas, entablar una comunicación y seguir planificando, mediante la evaluación de la eficacia de nuestras intervenciones.
- Supervisar el trabajo, incluye definir responsabilidades del profesional y la determinación del campo de la práctica de Enfermería, delegando la atención a la persona adecuada.
- La comunicación con otros miembros del equipo de salud, según sea necesario, se pueden compartir datos, impresiones, objetivos e incluso estrategias para lograr una atención integral.
- La educación para la persona y su familia incluye realizar una valoración de las necesidades de la persona y los factores que intervienen para el

⁴⁶ Iyer P. Op cit. p.:228-231.

aprendizaje de la persona y determinar estrategias con objetivos reales y posibles.

- El personal de Enfermería que utiliza el razonamiento crítico esta constantemente anticipándose a los problemas y superando obstáculos.

DOCUMENTACIÓN: llevar un registro completo y exacto de los acontecimientos, se debe usar tinta y letra legible y realizar las notas lo antes posible en forma precisa y firmarlas, no se recomienda dejar espacios en blanco, escribir en forma concisa, específica y clara, sin términos vagos, se pueden utilizar diversos tipos de registros como son:

- Gráficas Narrativas: Es la gráfica tradicional se registra cronológicamente y en forma narrativa el estado de la persona.
- Registros orientados al problema: Esta enfocado a los problemas de la persona y consta de dos partes, una lista de problemas y por otra parte su nota devolución, que incluye los datos subjetivos, objetivos, valoración y plan.
- Gráfica Focus: Es un método para organizar la información, recoloca una columna de enfoque con los datos objetivos y subjetivos obtenidos de la persona, se anota la intervención de Enfermería ejecutada y por último se evalúa la respuesta obtenida.⁴⁷

El enfermero tiene toda la responsabilidad en la ejecución del plan, pero incluye al paciente y a la familia, así como a otros miembros del equipo. En esta fase se realizarán todas las intervenciones enfermeras dirigidas a la resolución de problemas (diagnósticos enfermeros y problemas interdependientes) y las necesidades asistenciales de cada persona tratada .⁴⁸

EVALUACIÓN.

⁴⁷ Iyer P. Op. cit. p.:231-246

⁴⁸ Iyer P. Op citp. 231-246

La quinta, y última, fase es la evaluación. Esta es un proceso continuo que se utiliza para juzgar cada parte del proceso de Enfermería. Consiste en la comparación sistemática y planeada entre el estado de salud del sujeto de atención y los resultados esperados. Esta fase consta de tres partes: la evaluación del logro de objetivos, la revaloración del plan de atención y la satisfacción del sujeto de atención.

1. *La evaluación del logro de objetivos.* Es un juicio sobre la capacidad del sujeto de atención para desempeñar el comportamiento señalado dentro del objetivo del plan de atención. Su propósito es decidir si el objetivo se logró. Lo cual puede ocurrir de dos formas. La primera un logro total, es decir cuando el sujeto de atención es capaz de realizar el comportamiento en el tiempo establecido en el enunciado del objetivo. La segunda es un logro parcial, es decir ocurre cuando el sujeto de atención está en el proceso de lograr el resultado esperado o puede demostrar el comportamiento, pero no tan bien como fue especificado en el enunciado. Cuando el sujeto de atención no ha conseguido el resultado esperado se afirma que no hubo logro.
2. *La revaloración del plan.* Es el proceso de cambiar o eliminar diagnósticos de enfermería, objetivos y acciones con base en los datos que proporciona el sujeto de atención. Los datos de la revaloración pueden provenir de varias fuentes: la observación, la historia y la entrevista; pero la mayor parte de los datos los reúne el profesional de enfermería mientras brinda, coordina y supervisa la atención. Esta nueva información será la prueba para evaluar el logro del objetivo e, incluso, puede indicar la necesidad de revisión del plan de atención existente.

Al realizar la revaloración se pueden presentar las siguientes situaciones: 1) que las inadecuado; el diagnóstico es adecuado pero el objetivo es irreal para las capacidades del sujeto de atención para los recursos con que se cuenta; el diagnóstico y el objetivo son adecuados pero las acciones de Enfermería no lo son para alcanzarlo; y el diagnóstico, el objetivo y las acciones son adecuados pero las

circunstancias del hospital cambiaron o del sujeto de atención cambiaron, o se indicaron nuevas órdenes médicas opuestas al plan de atención de Enfermería.⁴⁹

3. La satisfacción del sujeto de atención. Al evaluar este aspecto hay que tener en cuenta que el sujeto de atención no siempre tiene el conocimiento de lo que implican unos buenos cuidados y a veces, por ignorancia puede sentirse satisfecho con unos servicios mediocres, o al contrario sentirse insatisfecho de algunas intervenciones a pesar de que se trate de unos excelentes cuidados de Enfermería. A pesar de todo es de suma importancia conocer su apreciación, y discutirla con él.⁵⁰

Es importante resaltar que en la evaluación del logro del objetivo no se evalúan las acciones de Enfermería, esto se hace en la revaloración del plan. La evaluación y revaloración ayudan al profesional de Enfermería a desarrollar la habilidad para redactar planes reales y objetivos para afrontar los problemas del sujeto de atención; dan la retroalimentación necesaria para determinar si el plan de atención fue efectivo en la eliminación, disminución o prevención de los problemas del sujeto de atención; y permiten diseñar protocolos de atención de Enfermería cuando el plan de atención ha dado resultados satisfactorios. En caso contrario, le permite valorar lo correcto o incorrecto del plan antes de utilizarlo nuevamente.

De forma resumida la evaluación se compone de:

- Medir los cambios del paciente/cliente.
- En relación a los objetivos marcados.
- Como resultado de la intervención enfermera
- Con el fin de establecer correcciones.

La evaluación se lleva a cabo sobre las etapas del plan, la intervención enfermera y sobre el producto final.

⁴⁹ Atkinson L. Ibidem

⁵⁰ Phaneuf M. Op. cit. P.196

, Una característica a tener en cuenta en la evaluación es, que ésta es continua, así podemos detectar como va evolucionando el cliente y realizar ajustes o introducir modificaciones para que la atención resulte más efectiva.

La evaluación puede conceptualizarse en 3 formas: estructura, proceso y resultado; y se esquematizan de la siguiente manera:

ESTRUCTURA	PROCESO	RESULTADO
Propósito: La evaluación de la estructura mide la existencia y lo adecuado de las instalaciones, equipo, procedimientos, políticas, y personal para cubrir las necesidades del paciente	La evaluación del proceso mide lo adecuado de las acciones de Enfermería y las actividades en la implementación de cada componente del proceso.	La evaluación del resultado mide los cambios en la conducta del paciente en comparación con la respuesta esperada o las metas y objetivos redactados por el paciente y Enfermería.
Instrumentos o medios: Forma de la Comisión de la junta sobre hospitales.	Escala de clasificación de competencia de Enfermería.	Sistema Wisconsin. Procedimientos de evaluación parcial del rendimiento.
Auditorías.	Escala de la calidad de cuidados de Enfermería.	
Fuentes de datos: Manuales de procedimientos. Enunciados de la política de la institución. Descripción de posiciones. Planes de atención de Enfermería.	<i>Concurrente</i> La enfermera demuestra conocimientos y rendimiento en sus habilidades. La gráfica contiene la evidencia de las acciones de Enfermería realizadas.	<i>Concurrente.</i> El paciente demuestra nuevos conocimientos y destrezas y mejoría en el estado de salud fisiológica y psicológica.
Planes de orientación y programas en servicio. Nivel educativo del personal. Instalaciones y equipo disponibles. Gráficas y kárdex.	<i>Retrospectivo.</i> La gráfica cita los procedimientos implementados, como verificar los signos vitales y enseñar.	<i>Retrospectivo.</i> La gráfica cita la evidencia de los cambios en la conducta, las destrezas y los conocimientos del paciente.

Fuente: Griffith JW, Christensen PJ. Proceso de Atención de Enfermería, Aplicación de Teorías, Guías y Modelos. 1ª ed. Manual Moderno. México 1993. pp 195

A la hora de registrar la evaluación se deben evitar los términos ambiguos como «igual», «poco apetito», etc., es de mayor utilidad indicar lo que dijo, hizo y sintió el paciente. La documentación necesaria se encontrará en la historia clínica.

Otros de los elementos importantes para una atención de calidad en Enfermería además del Proceso Atención de Enfermería es tener un modelo que nos guíe para

valorar a nuestro paciente y nos lleve de la mano para poder realizar un plan de cuidados completo, en este momento nos enfocaremos en el modelo propuesto por Virginia Henderson el cual será tratado en el siguiente capítulo..

Es necesario también clasificar los resultados del paciente para completar los requisitos de la documentación clínica de Enfermería y de esta manera se crea la Clasificación de Resultados de Enfermería (CRE), la cual consta de 190 resultados ordenados alfabéticamente. Cada resultado tiene una definición, una lista de indicaciones que pueden utilizarse para evaluar el estado del paciente en relación con el resultado, una escala de cinco puntos para medir el estado del paciente y una breve lista de referencias utilizadas en el desarrollo del resultado. Los resultados están desarrollados para utilizar durante todo el proceso de cuidados y, por lo tanto, pueden utilizarse para seguir los resultados del paciente durante una enfermedad o durante un periodo más amplio de cuidados⁵¹

1.3 El enfoque de virginia henderson y las 14 necesidades básicas.

Un modelo es una representación de la realidad, un ejemplo, una analogía que ayuda a comprender algo que no se puede ver directamente o de lo que se sabe poco. Un modelo conceptual se refiere a imágenes mentales acerca de los fenómenos de interés de una disciplina que se expresan mediante conceptos. Un modelo conceptual enfermero puede definirse como un conjunto de conceptos y proposiciones generales y abstractas que están integradas entre sí de forma sistemática y que proporcionan una estructura significativa para el ideal que

⁵¹ Mc Closkey JC, Bulechek GM. Op. cit. . P. 6,7

representan. Su propuesta del prototipo que debe alcanzarse ofrece una orientación específica de los cuidados no solo para las enfermeras, a quienes proporciona un marco para el ejercicio profesional, sino también para la sociedad en general puesto que identifica el propósito y el ámbito de la Enfermería como profesión.

Todos los modelos aunque presenten una visión distinta sobre lo que debería ser la Enfermería, tienen los mismos componentes que son:

- Las asunciones científicas o postulados.
- Las asunciones filosóficas o valores.
- Los elementos:
 - El objetivo de los cuidados.
 - El usuario del servicio.
 - El rol profesional
 - La fuente de dificultad del usuario.
 - La intervención de la enfermera.
 - Las consecuencias de la intervención.⁵²

Virginia Henderson nació en 1897, oriunda de Kansas City, Missouri, pasó su infancia en Washington, D.C. durante la primera guerra mundial, Henderson desarrolló su interés por la Enfermería, y en 1918 ingresó en la Army School of Nursing de Washington D.C., inició su actividad como profesora de Enfermería en el Norfolk Protestant Hospital de Virginia. Henderson tiene en su haber una larga carrera como autora e investigadora, publicó por primera vez su definición de la Enfermería en la revisión que en 1955 hizo junto con Harmer de la obra *The Principles and Practice of Nursing*. En la decisión de Henderson de crear su propia definición de la Enfermería influyeron principalmente tres factores: en primer lugar la revisión que hizo del libro *Textbook of Principles and Practice of Nursing* en el que tuvo la necesidad de aclarar las funciones de Enfermería, otra razón fue su participación como miembro de un comité en una conferencia regional, su trabajo en el comité fue incluido en un

⁵² Luis M, Fernández c., De la Teoría a la Práctica. El Pensamiento de Virginia Henderson en el Siglo XXI . Barcelona. Masson,1998:27

artículo en donde representa su punto de vista modificado de lo que pensaban los demás miembros del grupo, finalmente Henderson se interesó por los 5 años de investigación que la American Nurses Association había realizado sobre la función de la enfermera.

Henderson considera su trabajo una definición más que una teoría, ya que la teoría no estaba de moda en esa época y en *The Nature of Nursing*, identifica las siguientes fuentes de influencia durante sus primeros años de Enfermería.

Annie W. Goodrich era decana de la escuela donde Henderson recibió su formación básica de Enfermería quien decía que cada vez que visitaba su unidad, las animaba a mirar más allá de las técnicas y tareas rutinarias, también se refiere a Goodrich cuando dice “Mi descontento inicial con la atención al paciente, excesivamente reglamentada en la que yo participaba y el concepto de Enfermería como mera labor auxiliar de medicina”.

Caroline Stackpole era profesora de fisiología, le transmitió la importancia de mantener un equilibrio fisiológico.

Jean Broadhurst profesora de microbiología, la importancia de la higiene y de la asepsia impactaron a Henderson.

Dr. Edward Thorndike psicólogo dirigía trabajos de investigación sobre las necesidades fundamentales de los seres humanos, Henderson reconoce que la enfermedad es más que un estado patológico y que en los hospitales no se atienden las necesidades más importantes.

Dr. George Deaver médico, observó que la meta de la rehabilitación era la reconstrucción de la independencia en el paciente.

Berta Harner enfermera canadiense, Henderson nunca conoció a Harner pero sus similitudes entre sus respectivas definiciones de la enfermería son evidentes.

Se observa una correlación entre la jerarquía de necesidades de Abraham Maslow y los 14 componentes de la asistencia de Enfermería de Henderson, comenzando por las necesidades físicas hasta los componentes psicosociales.⁵³

Virginia Henderson define a la función de la enfermera como “la única función de la enfermera es ayudar al individuo, enfermo o sano, en la realización de aquellas actividades que contribuyan a la salud o a su recuperación (o a una muerte tranquila), y que el realizaría sin ayuda si tuviera la fuerza, voluntad o conocimientos necesarios. Y hacer esto de tal forma que le ayude a ser independiente lo antes posible.”

SALUD: no especifica una definición propia sobre salud, pero en su obra equipara a la salud con la independencia, dice que es la calidad de la salud más que la vida en sí misma, esa reserva de energía mental y física que permite a la persona trabajar de una forma más efectiva y alcanzar su mayor nivel potencial de satisfacción en la vida.

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

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

Las necesidades, tal y como reconoce Virginia Henderson, se relacionan con las principales dimensiones del ser humano, el término necesidad se puede definir como una exigencia vital que la persona debe satisfacer a fin de conservar su equilibrio, psicológico, social o espiritual. La satisfacción de las necesidades puede estar influida por diferentes factores relacionados.

Cuando una persona no puede satisfacer convenientemente sus necesidades por sí misma, hay que preguntarse por la causa de esta incapacidad. En este modelo, las causas de perturbación en la satisfacción de una necesidad y de la dependencia que

⁵³ Marriner T. Teorías y Modelos de Enfermería. Madrid España. Mosby-Doyma 1994:102-104

ellas ocasionan se llaman “fuentes de dificultad”. Henderson atribuía las dificultades a la falta de fuerza física, de conocimientos o de voluntad. No obstante la complejidad de los cuidados enfermeros modernos nos muestra que las causas de dependencia son múltiples. En esta aplicación del modelo de Virginia Henderson, las fuentes de dificultad pueden ser de naturaleza física, psicológica, sociocultural y espiritual, o estar relacionadas con el entorno.

La finalidad de los cuidados consiste, en primer lugar, en ayudar a la persona a satisfacer sus necesidades de manera óptima para llegar a un mayor bienestar, y llevarla a continuación a recuperar su independencia frente a sus necesidades, el objetivo en el cuidados del ser humano se caracteriza por sus 14 necesidades fundamentales.

El concepto de independencia es el elemento central de este modelo conceptual, es la consecución de un nivel aceptable de satisfacción de las necesidades de la persona, que adopta en función de su estado, comportamientos apropiados o, que realiza por sí misma algunas acciones sin ayuda ajena..

La dependencia adquiere un sentido ligeramente distinto del que tiene habitualmente, significa la situación en la que se encuentra la persona que tiene que contar con alguien para satisfacer sus necesidades, es la incapacidad de la persona de adoptar comportamientos apropiados o para realizar por sí misma, sin ayuda, las acciones que le permitirían, en función de su estado, alcanzar un nivel aceptable de satisfacción de sus necesidades.

Al niño se le considera independiente si puede llevar a cabo las acciones que son normales para su edad, aunque determinadas necesidades (alimentación, eliminación, cuidados de higiene) necesiten la ayuda de sus padres o de cualquier otra persona.⁵⁴

No basta con descubrir la dependencia de la persona cuidada, es necesario también determinar su nivel para planificar las intervenciones necesarias. En efecto, existen

⁵⁴ Phaneuf M. Op. cit. p. 13-16.

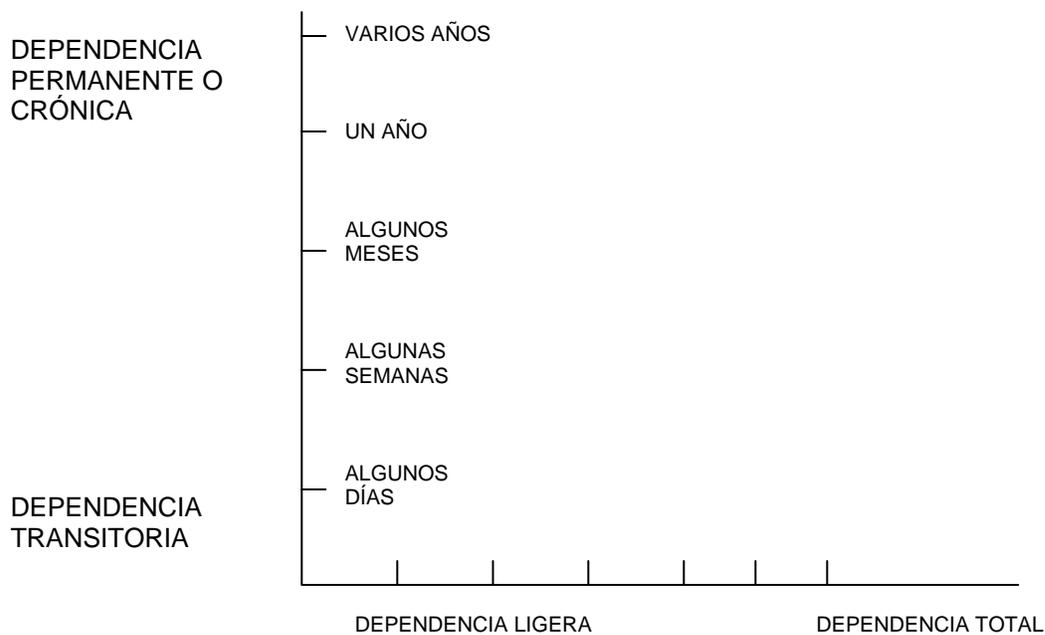
diferentes grados de dependencia/independencia. El nivel de dependencia varía según la importancia de la ayuda que requiere una persona para satisfacer sus necesidades.

Para distinguir mejor estos niveles, resulta interesante situarlos en un continuo, como el que se muestra a continuación en el siguiente cuadro.

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

La gráfica que se muestra a continuación nos muestra la relación entre el grado de dependencia y la duración de la misma, tomando en cuenta que la dependencia es considerada a partir del grado 3, debemos ver el tiempo que durara la dependencia, si será transitoria o permanente para analizar el impacto que tendrán las actuaciones de enfermería

GRÁFICA QUE RELACIONA LA DURACIÓN Y EL GRADO DE DEPENDENCIA DE UNA PERSONA



¹ Phaneuf M. Op. cit. P.196

FUENTES DE DIFICULTAD.

Cuando el ser humano trata de satisfacer sus necesidades, encuentra obstáculos o limitaciones personales o del entorno, que le impiden a la persona satisfacer sus propias necesidades, es necesario identificar las causas de dificultad que tiene la persona para la perturbación en la satisfacción de sus necesidades.

- Falta de Fuerza: No solo la capacidad física o habilidades mecánicas de las personas sino también la capacidad del individuo para llevar acciones pertinentes a la situación, lo cual se vera interferido por algún estado emocional, de funciones psiquicas o capacidad intelectual.
- Falta de Conocimientos: En relación a las cuestiones esenciales sobre su propia salud y situación de enfermedades, los recursos propios y ajenos disponibles.

- Falta de Voluntad: Entendida como incapacidad o limitación de la persona para comprometerse en una decisión adecuada a la situación y en la ejecución y mantenimiento de las acciones oportunas para satisfacer las 14 necesidades.⁵⁵

Las 14 necesidades básicas de Virginia Henderson se mencionan a continuación

1. NECESIDAD DE RESPIRAR NORMALMENTE

Matiza también el control de algunos aspectos ambientales, tales como la temperatura, humedad, sustancias irritantes y olores. Hace referencia al masaje cardíaco y al control de oxigenación.

2. NECESIDAD DE COMER Y BEBER ADECUADAMENTE

La enfermera debe conocer los aspectos psicológicos de la alimentación y establecer una supervisión constante sobre la comida, teniendo en cuenta gustos, hábitos etc...

3. NECESIDAD DE ELIMINAR POR TODAS LAS VÍAS

La enfermera deberá observar si la eliminación es normal. Incluye la protección de la piel contra la irritación y una buena utilización de ropas de vestir y de cama.

4. NECESIDAD DE MOVERSE Y MANTENER LA DEBIDA POSTURA

Hace un matiz sobre los cambios posturales y la prevención de úlceras por decúbito, e incluye la rehabilitación.

5. NECESIDAD DE DORMIR Y DESCANSAR

Hace referencia al dolor y al uso indiscriminado de somníferos.

⁵⁵ Fernandez C. Novel M. Op. Cit. p. 8.

6. NECESIDAD DE SELECCIONAR LA ROPA ADECUADA, A VESTIRSE Y

DESVESTIRSE

Es importante reducir al mínimo la interrupción de costumbres establecidas y el uso de ropas que lo hagan sentir un miembro activo de la comunidad.

7. NECESIDAD DE MANTENER LA TEMPERATURA DEL CUERPO DENTRO DE LOS LÍMITES NORMALES, POR MEDIO DE ROPAS ADECUADAS Y LA MODIFICACIÓN DE LA TEMPERATURA AMBIENTE

Hace referencia también al control de insectos, prevención de la polución de las aguas y la contaminación de la comida.

8. NECESIDAD DE MANTENERSE LIMPIO, ASEADO Y PROTEGER LA PIEL

Tiene en cuenta el valor psicológico, aparte del fisiológico. El número de baños completos deben determinarse de acuerdo con la necesidad física y la voluntad del paciente.

9. NECESIDAD DE EVITAR LOS PELIGROS AMBIENTALES Y LOS DAÑOS A

OTRAS PERSONAS

Hace referencia a la prevención de accidentes y a la protección de si mismo y de las personas que le rodean. La autoestima. También introduce el conocimiento sobre esterilización.

10. NECESIDAD DE COMUNICARSE CON OTROS PARA EXPRESAR

EMOCIONES, NECESIDADES, TEMORES, O “SENSACIONES”

En la medida en que fomenta las buenas relaciones del paciente, promueve el bienestar del mismo. Ayuda a la persona a comprenderse así mismo y cambiar

ciertas condiciones, que son las que lo han convertido en enfermo y aceptar aquello que no puede ser cambiado.

11. NECESIDAD DE PRACTICAR SU RELIGIÓN

Respeto y tolerancia a la raza, color, religión, creencias y valores. Secreto profesional.

12. NECESIDAD DE TRABAJAR EN ALGO QUE DE LA SENSACIÓN DE UTILIDAD

Aceptación del rol de cada uno.

13. NECESIDAD DE JUGAR O PARTICIPAR EN DIVERSAS FORMAS DE RECREO

Puede ser un estímulo y un medio de hacer ejercicio. La enfermera puede ayudar a los familiares y amigos del paciente a que atiendan las necesidades recreativas del mismo.

14. NECESIDAD DE APRENDER A SATISFACER LA CURIOSIDAD, AFÁN QUE

CONDUCE AL DESARROLLO NORMAL DE LA SALUD

La orientación, el adiestramiento o la educación forman parte de los cuidados básicos de la mayoría de las personas. La enfermera tiene una función docente.⁵⁶

AFIRMACIONES TEÓRICAS:

- Relación Enfermera-Paciente: se identifican tres niveles en esta relación: 1) la enfermera como un sustituto de algo necesario para el paciente, 2) la enfermera como ayuda para el paciente, y 3) la enfermera como compañera del paciente, la enfermera y el paciente elaboran juntos el plan terapéutico, trabajan con un objetivo, sea este la independencia o una muerte tranquila, y promocionando la salud, Henderson afirma que se consigue más ayudando a que cada persona

⁵⁶ Cuidados de Enfermería. Virginia Henderson (en línea) (consulta 2 Diciembre 2006) (pag 1-10) Disponible en:http://html.rincondelvago.com/cuidados-de-enfermeria_virginia-henderson.html

aprenda a estar sana que preparando a los terapeutas mas capacitados para servir a los que mas lo necesiten.

- La relación Enfermera-Médico: Insiste que la enfermera tiene una función única distinta a la de los médico, el plan de cuidados desarrollado por la enfermera junto con el paciente, se debe llevar a cabo de forma que facilite el plan terapéutico preescrito por el médico, subraya que las enfermeras no siguen las órdenes de los médicos, recientemente ha ampliado esta idea para dar mayor importancia al hecho de que la enfermera ayuda a los pacientes en el cuidado de su salud cuando los médicos no pueden hacerlo, también indica que hay muchas acciones que las enfermeras y los médico se solapan.

- Enfermera-Equipo de Salud: La enfermera trabaja en interdependencia con otros profesionales sanitarios, se ayudan mutuamente a realizar el conjunto del programa de asistencia desarrollando cada uno su trabajo.

SUPUESTOS PRINCIPALES:

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

La salud es calidad de vida, es fundamental para el funcionamiento humano, requiere independencia e interdependencia, favorecer la salud es más importante que cuidar al enfermo, los individuos recuperaran su salud o la mantendrán si tienen la fuerza, voluntad y conocimientos necesarios.

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

cuerpo de la persona son inseparables, requiere ayuda para ser independiente, el paciente y su familia forman una unidad..⁵⁷

ASUNCIONES CIENTÍFICAS O POSTULADOS.

Representan el como del modelo y aportan el soporte teórico y científico, se descubre el punto de vista de la persona que recibe los cuidados de enfermería.

- La persona es un todo complejo con 14 necesidades básicas.
- la persona quiere la independencia y se esfuerza por lograrla.
- Cuando una necesidad no está satisfecha la persona no es un todo, no es independiente.

ASUNCIONES FILOSÓFICAS O VALORES.

Constituyen el porque del modelo refiriéndose a las creencias sobre la naturaleza del ser humano y las metas profesionales.

- La enfermera tiene una función propia, aunque comparta actividades con otros profesionales, porque forma parte de un equipo de salud.
- Cuando la enfermera asume el papel del médico delega su función propia en personal no cualificado, descuidando su función específica.
- La sociedad espera un servicio de la enfermera que ningún otro profesional puede brindarle.

⁵⁷ Internet, pagina isidorareyes@hotmail.com

1.4 Una introducción al tema “hepatoblastoma”

Qué es el cáncer hepático infantil?

El cáncer hepático infantil, también llamado hepatoma, es una enfermedad poco común en la que se encuentran células cancerosas (malignas) en los tejidos del hígado del niño. El hígado, uno de los órganos más grandes del cuerpo, ocupa el lado superior derecho del abdomen y está protegido por las costillas. Este órgano tiene muchas funciones, desempeña un papel importante en la conversión de los alimentos en energía, y también filtra y almacena sangre.

¿Qué es el hepatoblastoma?

El hepatoblastoma es un tumor canceroso muy raro que se origina en el hígado. Este órgano es uno de los más grandes del cuerpo y una de sus funciones principales es filtrar y almacenar sangre. El hígado está formado por dos lóbulos, el derecho y el izquierdo. La mayoría de los hepatoblastomas se originan en el lóbulo derecho.

La enfermedad afecta principalmente a niños desde la infancia hasta los 5 años de edad. La mayoría de los casos aparecen durante los primeros 18 meses de vida. Las células cancerosas del hepatoblastoma pueden propagarse (por metástasis) a otras partes del cuerpo. Los sitios más comunes de metástasis son los pulmones, el abdomen y las estructuras abdominales y, menos frecuentemente, el hueso, el sistema nervioso central y la médula ósea.

¿Cuáles son las causas del hepatoblastoma?

Los niños expuestos a la infección con hepatitis B a temprana edad o aquéllos con atresia biliar también corren mayor riesgo de desarrollar carcinoma hepatocelular. Algunos hepatoblastomas tienen alteraciones genéticas en genes supresores de tumores, lo cual explicaría el crecimiento celular descontrolado.

¿Cuáles son los síntomas del hepatoblastoma?

A continuación, se enumeran los síntomas más comunes del hepatoblastoma. Los síntomas pueden variar según el tamaño del tumor y la presencia y ubicación de las metástasis. Los síntomas pueden incluir:

- Una gran masa abdominal o abdomen inflamado.
- Pérdida de peso y del apetito.
- Dolor abdominal.
- Vómitos.
- Ictericia (color amarillo de la piel y de los ojos).
- Fiebre.
- Comezón en la piel.
- Anemia (piel y labios pálidos debido al número reducido de glóbulos rojos).
- Dolor de espalda por compresión del tumor.

¿Cómo se diagnostica el hepatoblastoma?

Además del examen físico y la historia médica completa, los procedimientos para el diagnóstico del hepatoblastoma pueden incluir los siguientes:

- **Biopsia** - Procedimiento mediante el cual se obtiene de una muestra de tejido del tumor que luego se examina con un microscopio.
- **Recuento sanguíneo completo (complete blood count, CBC)** - Medición del tamaño, la cantidad y la madurez de las diferentes células sanguíneas que se encuentran en un volumen de sangre específico.
- **Análisis de sangre adicionales** - Pueden incluir análisis de la química sanguínea, la evaluación de la función renal y hepática y estudios genéticos.
- **Varios estudios por imágenes** que incluyen:
 - **Tomografía computarizada (también llamada escáner CT o CAT.)** - Procedimiento de diagnóstico por imagen que utiliza una combinación de rayos X y tecnología computarizada para obtener imágenes de cortes

transversales (a menudo llamadas "rebanadas") del cuerpo, tanto horizontales como verticales. Un escáner CT muestra imágenes detalladas de cualquier parte del cuerpo como por ejemplo, los huesos, los músculos, la grasa y los órganos. La tomografía computarizada muestra más detalles que las radiografías comunes.

- **Resonancia magnética nuclear (RMN)** - Procedimiento de diagnóstico que utiliza la combinación de imanes grandes, radiofrecuencias y una computadora para producir imágenes detalladas de los órganos y las estructuras internas del cuerpo.
- **Radiografía** - Examen de diagnóstico que utiliza rayos invisibles de energía electromagnética para generar imágenes de tejidos internos, huesos y órganos en una placa.
- **Ecografía (también llamada sonografía)** - Técnica de imágenes diagnósticas que utiliza ondas sonoras de alta frecuencia y una computadora para crear imágenes de vasos sanguíneos, tejidos y órganos. Las ecografías se utilizan para ver el funcionamiento de los órganos internos y para evaluar el flujo sanguíneo en los distintos vasos.
- **Centellograma óseo** - Fotografías o radiografías de los huesos tomadas tras haber inyectado un contraste que es absorbido por el tejido óseo. Se utilizan para detectar tumores y anomalías en los huesos.
- **Examen de alfafetoproteína (alpha-fetoprotein, AFP)** - Los niveles de alfafetoproteína (AFP) en la sangre se pueden utilizar para diagnosticar y realizar un seguimiento de la respuesta al tratamiento.

¿Cuáles son las diferentes etapas del cáncer de hígado infantil?

- **Etapa I** - Generalmente, un tumor que se puede extirpar en forma completa mediante cirugía.

- **Etapa II** - Generalmente, un tumor que se puede ser extirpar quirúrgicamente casi en su totalidad, pero pequeñas cantidades del cáncer permanecen en el hígado.
- **Etapa III** - Generalmente, un tumor que no se puede extirpar en forma completa y cuyas células cancerosas se encuentran en los ganglios linfáticos.
- **Etapa IV** - El cáncer se ha diseminado (por metástasis) a otras partes del cuerpo.
- **Recurrente** - La enfermedad reaparece luego de haber sido tratada. Puede volver a aparecer en el hígado o en otra parte del cuerpo.

Tratamiento del hepatoblastoma:

El tratamiento específico para el hepatoblastoma será determinado por el médico basándose en lo siguiente:

- La edad del paciente, su estado general de salud y su historia médica.
- Qué tan avanzada está la enfermedad.
- La tolerancia del paciente a determinados medicamentos, procedimientos y terapias.
- Sus expectativas para la evolución de la enfermedad.
- Su opinión o preferencia.

El objetivo del tratamiento del hepatoblastoma suele ser reseccionar (extirpar) la mayor cantidad posible del tumor, manteniendo, al mismo tiempo, un funcionamiento adecuado del hígado. El tejido del hígado se puede regenerar luego de la extirpación.

Otras formas de tratamiento pueden incluir (solo o en combinación):

- Cirugía (para extirpar el tumor y parte o la totalidad del hígado).

- Quimioterapia.
- Trasplante de hígado.
- Cuidados de apoyo (para los efectos secundarios del tratamiento).
- Antibióticos (para prevenir y tratar infecciones).
- Seguimiento médico continuo (para determinar la respuesta al tratamiento, detectar nuevos brotes de la enfermedad y controlar los efectos tardíos del tratamiento).

Perspectivas a largo plazo para un niño con hepatoblastoma:

El pronóstico depende en gran medida de lo siguiente:

- Qué tan avanzada está la enfermedad.
- El tamaño y la ubicación del tumor.
- La presencia o ausencia de metástasis.
- La respuesta del tumor a la terapia.
- La edad y el estado de salud general de su hijo.
- La tolerancia de su hijo a determinados medicamentos, procedimientos o terapias.
- Los nuevos acontecimientos en el tratamiento.

Como sucede con cualquier tipo de cáncer, el pronóstico y la supervivencia a largo plazo pueden variar considerablemente según el niño. La atención médica inmediata y una terapia agresiva contribuyen a un mejor pronóstico. El seguimiento continuo es esencial para un niño al que se le ha diagnosticado hepatoblastoma. Continuamente

se descubren nuevos métodos para mejorar el tratamiento y reducir los efectos secundarios.⁵⁸

1.5 Que papel juegan los aspectos éticos en la función de enfermería

El personal de Enfermería tiene una sólida formación basada en fundamentos técnico-científicos, humanísticos y éticos que le permiten desempeñar su ejercicio con calidad y conciencia profesional. Durante su formación adquiere conocimientos, habilidades y atributos para ejercer la Enfermería y en este sentido las instituciones educativas tienen como función asegurar a la sociedad el tipo de cualidades que requiere un profesionista para ejercer su práctica formal, como una garantía de interés público regulado por las instituciones, por lo tanto, el título y la cédula profesional constituyen un requisito indispensable para ejercer la práctica profesional de la Enfermería en México. Es importante mencionar que la observancia de las normas éticas es una responsabilidad personal, de conciencia y de voluntad para estar en paz consigo mismo. Por lo tanto, el profesionista se adhiere a un código de ética por el valor intrínseco que tiene el deber ser y en razón del valor que el mismo grupo de profesionistas le otorguen.⁵⁹

Un código de ética hace explícitos los propósitos primordiales, los valores y obligaciones de la profesión. Tiene como función tocar y despertar la conciencia del profesionista para que el ejercicio profesional se constituya en un ámbito de legitimidad y autenticidad en beneficio de la sociedad, al combatir la deshonestidad en la práctica profesional, sin perjuicio de las normas jurídicas plasmadas en las leyes que regulan el ejercicio de todas las profesionales. En Enfermería es importante contar con un código de ético para resaltar los valores heredados de la

⁵⁸ Universidad de Virginia (en línea) (consulta “ diciembre 2006) Disponible en :www.healthsystem.virginia.edu/UVAHealth/peds_oncology_sp/hepato.cfm

⁵⁹ Comisión Interinstitucional de Enfermería. Código de Ética para las Enfermeras y Enfermeros de México. Secretaria de Salud de México. Subsecretaria de Innovación y Calidad 2001.

tradición humanista, un código que inspire respeto a la vida, a la salud, a la muerte, a la dignidad, ideas, valores y creencias de la persona y su ambiente. Un código que resalte los atributos y valores congruentes con la profesión y que asimismo han sido propuestos por el Consejo Internacional de Enfermeras (CIE). Es importante recordar que un código de ética profesional es un documento que establece en forma clara los principios morales, deberes y obligaciones que guían el buen desempeño profesional, es la aplicación de la razón a la conducta, exige reflexionar y juzgar individualmente sobre el deber de cada momento y circunstancia concreta. La reflexión ética en un sentido estricto alude al bien como fin último de todos los hombres, para preservar la vida, la integridad y la libertad del ser humano.⁶⁰

DECLARACIÓN DE PRINCIPIOS.

La profesión de Enfermería exige una particular competencia profesional y una profunda dimensión ética plasmada en la ética profesional que se ocupa de los deberes que surgen en relación con el ejercicio de la profesión. Así cualquier intervención de Enfermería se rige por criterios éticos que pueden resumirse en trabajar con competencia profesional. De este modo, para los fines específicos de este código, se requiere de una definición clara de principios éticos fundamentales que serán necesarios para el apego y desempeño correcto en todas las intervenciones de Enfermería, encaminadas a restablecer la salud de los individuos, basadas en el conocimiento mutuo y con respeto a la dignidad de la persona que reclama la consideración ética del comportamiento de la enfermera.

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

Justicia: La justicia en la atención de Enfermería no se refiere solamente a la disponibilidad y utilización de recursos físicos y biológicos, sino a la satisfacción de las necesidades básicas de la persona en su orden biológico, espiritual, afectivo,

⁶⁰ Comisión Interinstitucional de Enfermería. Op. Cit. p 2-3

social y psicológico, que se traducen en un trato humano. Es el valor que permite ser equitativo en el actuar para la satisfacción de las necesidades sin distinción de la persona.

Autonomía: Significa respetar a las personas como individuos libres y tener en cuenta sus decisiones, producto de sus valores y convicciones personales. Con este principio se reconoce el deber de respetar la libertad individual que tiene cada persona para determinar sus propias acciones.

Valor fundamental de la vida humana: Este principio se refiere a la individualidad de la vida humana, es decir la imposibilidad de toda acción dirigida de un modo deliberado y directo a la supresión de un ser humano o al abandono de la vida humana, cuya subsistencia depende y está bajo la propia responsabilidad y control.

Privacidad: El fundamento de este principio es no permitir que se conozca la intimidad corporal o la información confidencial que directa o indirectamente se obtenga sobre la vida y la salud de la persona. La privacidad es una dimensión existencial reservada a una persona, familia o grupo.

Fidelidad: Entendida como el compromiso de cumplir las promesas y no violar las confidencias que hace una persona. Las personas tienden a esperar que las promesas sean cumplidas en las relaciones humanas y no sean violadas sin un motivo poderoso. No obstante, a veces pueden hacerse excepciones, cuando el bien que se produce es mayor que el cumplimiento de las mismas o cuando el bienestar de las personas o de un tercero es amenazado, pero es importante que estas excepciones las conozca la persona al cuidado de Enfermería.

Veracidad: Se define como el principio ineludible de no mentir o engañar a la persona. La veracidad es fundamental para mantener la confianza entre los individuos y particularmente en las relaciones de atención a la salud. Por lo tanto las enfermeras tienen el deber de ser veraces en el trato con las personas a su cuidado y con todo lo que a ella se refiera.

Confiabilidad: Este principio se refiere a que el profesional de Enfermería se hace merecedor de confianza y respeto por sus conocimientos y su honestidad al transmitir información, dar enseñanza, realizar los procedimientos propios de su profesión y ofrecer servicios o ayuda a las personas. La enfermera debe mantener y acrecentar el conocimiento y habilidades para dar seguridad en los cuidados que brinda a las personas y a la comunidad.

Solidaridad: Es un principio indeclinable de convivencia humana, es adherirse con las personas en las situaciones adversas o propicias, es compartir intereses, derechos y obligaciones. Se basa en el derecho humano fundamental de unión y asociación, en el reconocimiento de sus raíces, los medios y , los fines comunes de los seres humanos entre sí. Las personas tienen un sentido de trascendencia y necesidad de otros para lograr algunos fines comunes.

La solidaridad se debe lograr también con personas o grupos que tienen ideas distintas o contrarias, cuando estos son un apoyo necesario para lograr un beneficio común.

Tolerancia: Hace referencia a admitir las diferencias personales, sin caer en la complacencia de errores en las decisiones y actuaciones incorrectas. Para acertaren el momento de decidir si se tolera o no una conducta, la enfermera debe ser capaz de diferenciar la tolerancia de la debilidad y de un malentendido respeto a la libertad y a la democracia. También debe saber diferenciar la tolerancia de la fortaleza malentendida o del fanatismo

Terapéutico de totalidad: Este principio es capital dentro de la bioética. A nivel individual debe reconocerse que cada parte del cuerpo humano tiene un valor y esta ordenado por el bien de todo el cuerpo y ahí radica la razón de su ser, su bien y por tanto su perfección. De este principio surge la norma de proporcionalidad de la terapia. Según esta, una terapia debe tener cierta proporción entre los riesgos y daños que conlleva y los beneficios que procura.

Doble efecto: Este principio orienta el razonamiento ético cuando al realizar un acto bueno se derivan consecuencias buenas y malas. Se puede llegar a una formulación sobre la licitud de este tipo de acciones partiendo de :

- Que la acción y el fin del agente sea bueno.
- Que el efecto inmediato a la acción no obstante no sea bueno, exista una causa proporcionalmente grave.⁶¹

DECALOGO DEL CÓDIGO DE ÉTICA PARA LAS ENFERMERAS Y ENFERMEROS EN MÉXICO.

La observancia del código de ética, para el personal de Enfermería nos compromete a:

- ✍ Respetar y cuidar la vida y los derechos humanos, manteniendo una conducta honesta y leal en el cuidado de las personas.
- ✍ Proteger la integridad de las personas ante cualquier afectación, otorgando cuidados de enfermería libres de riesgo.
- ✍ Mantener una relación estrictamente profesional con las personas que atiende, sin distinción de raza, clase social, creencia religiosa y preferencia política.
- ✍ Asumir la responsabilidad como miembro del equipo de salud, enfocando los cuidados hacia la conservación de la salud y prevención del daño.
- ✍ Guardar el secreto profesional observando los límites del mismo, ante riesgo o daño a la propia persona o a terceros.
- ✍ Procurar que el entorno laboral sea seguro tanto para las personas, sujeto de atención de enfermería, como para quienes conforman el equipo de salud.
- ✍ Evitar la competencia desleal, compartir con estudiantes y colegas experiencias y conocimientos en beneficio de las personas y de la comunidad de Enfermería.

⁶¹ Comisión Interinstitucional de Enfermería. Op. Cit. P. 11.14

- ✍ Asumir el compromiso responsable de actualizar y aplicar los conocimientos científicos, técnicos, y humanísticos de acuerdo a su competencia profesional.
- ✍ Pugnar por el desarrollo de la profesión y dignificar su ejercicio.
- ✍ Fomentar la participación y el espíritu de grupo para lograr los fines profesionales.⁶²

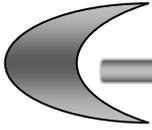
El código de ética para las enfermeras y enfermeros de México redacta los siguientes artículos referentes al tema que nos comprometen en diversos sentidos ya sea teórico, formativo y práctico.

- En el capítulo II, de los deberes de las enfermeras, en el artículo 2°, se manifiesta el respeto a la vida, los derechos humanos y por consiguiente el derecho de la persona a decidir tratamientos y cuidados, previamente informado.
- En el capítulo III, de los deberes de las enfermeras como profesionistas, el artículo 10°, se refiere a la aplicación de conocimientos científicos, técnicos y humanísticos actualizados en el desempeño profesional.
- En el capítulo IV, de los deberes de las enfermeras para con sus colegas, refiere en el artículo 20°, el dar crédito a sus colegas, asesores, y colaboradores en sus trabajos individual y conjuntamente.
- En el capítulo V, de los deberes de las enfermeras para con su profesión, el artículo 24°, el cual nos invita a contribuir en el desarrollo a través de las diferentes estrategias, incluyendo la investigación de la disciplina.

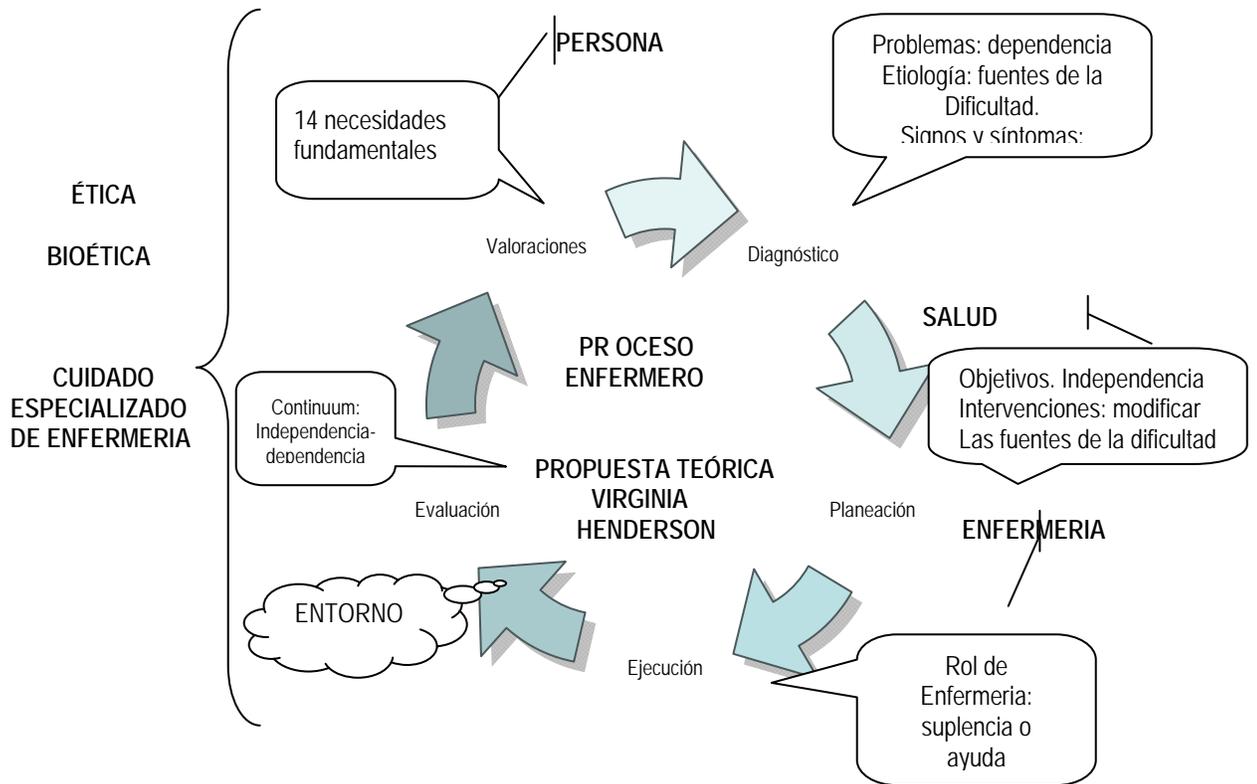
Después de conocer la importancia de tener un modelo de Enfermería para una actuación de calidad en las intervenciones para con el paciente, de conocer un proceso de atención en Enfermería que nos abarca la estructuración de un plan de cuidados realizado de manera sistematizada y de conocer los aspectos éticos que nos rigen en la actuación de la enfermera, , se debe tomar en cuenta que estos tres factores van interrelacionados entre si y que no se pueden ver como algo individual,

⁶² Comisión Interinstitucional de Enfermería. Op. Cit. P.19

el esquema siguiente nos da un claro ejemplo de cómo se interrelacionan dichos aspectos.



Marco teórico-Methodológico



ELABORÓ Martínez Garay verónica Patricia.

2. METODOLOGÍA

2.1. Presentación del caso

La familia de A.G.C.M. está compuesta por 5 personas, sus abuelos maternos, sus papás y él, las relaciones que tienen entre sí son fuertes y estrechas y se hicieron aun más a partir de que Axel presentó esta enfermedad, tienen el apoyo total de sus tíos por parte de sus papás, por lo regular la persona que acompaña a la mamá de Axel a las consultas es la abuela paterna ya que su papá trabaja todo el día, pero cuando es necesario hospitalizarlo, su papá está las 24 horas con él así como su mamá.

Habitaban en un piso de la casa de su mamá, la cual está hecha de cemento y ladrillo, el piso tiene 2 habitaciones, un baño, comedor y cocina; cuenta con todos los servicios intra y extradomiciliarios.

A.G. fue un niño no planeado pero deseado, con regular control prenatal, es obtenido por cesárea por no presentar contracciones, lloró y respiró al nacer, su mamá no recuerda Apgar ni Silverman, peso al nacimiento de 2.500 Kg., talla de 45 cm., no recibió lactancia materna alimentándose con fórmula, ablactación a los 4 meses, fija la mirada a los 2 meses, siguió objetos con la mirada a los 2 meses, sonrisa social a los 2 meses, no gatea, se sienta a los 6 meses, bipedestación a los 10 meses, caminó al año 6 meses.

A.G.C.M. nació con un problema de microtía izquierda por lo que desde recién nacido es llevado a el Hospital Infantil de México al servicio de Audiología a lo que el 15 mayo de 2005 se le diagnóstica hipoacusia moderada derecha e hipoacusia profunda izquierda, además de que la mamá comenta que desde recién nacido ha presentado cuadros muy repetitivos de infecciones de las vías aéreas.

Inicia su padecimiento actual a los 6 meses de edad al presentar dolor tipo cólico en cuadrante superior derecho acompañado de desvanecimiento, por lo que acude a

médico particular, que al realizarle una serie de estudios le diagnostica hepatoblastoma, el médico le comenta que el tratamiento para su patología es muy largo y costoso por lo cual sugiere que lleve su seguimiento en el Hospital Infantil de México, por lo que es traído a este hospital, se le realiza tomografía axial computarizada (TAC) abdominal demostrando masa intrahepática compatible con hepatoblastoma y se confirma con el reporte de patología del día 20 marzo del 2006 cuando se realiza laparotomía tomando biopsia hepática, se informa a los padres de A.G. el diagnóstico, tratamiento, complicaciones y posibles riesgos e inicio de quimioterapia aceptando llevar su tratamiento en este hospital.

Inicia tratamiento en el siguiente orden:

- 24 de marzo del 2006 primer ciclo de quimioterapia con vincristina, actinomicina y ciclofosfamida,
- 21 de abril del 2006 segundo ciclo de quimioterapia con los mismos medicamentos, manifiesta disminución de ingesta de alimentos y ulcera bucal,
- 23 mayo 2006 tercer ciclo de quimioterapia manifestando nuevamente poca tolerancia a vía oral,
- 15 junio 2006 se coloca catéter puerto.
- 17 de agosto del 2006 se realiza resección de tumor por presentar poca evolución al tratamiento.
- 18 agosto 2006 ingresa a terapia quirúrgica,
- 21 de agosto 2006 pasa a piso.
- 26 agosto 2006 se detecta infección de herida quirúrgica con salida de material seropurulento por lo que pasa a quirófano para lavado mecánico y colocación de drenes y pasa a terapia intermedia, estando en este servicio por 4 días.
- 18 de septiembre 2006 se realiza laparotomía y pasa a terapia intermedia, estancia en este servicio de 5 días.
- 23 septiembre 2006 pasa a laparotomía de urgencia por perforación de ciego y nuevamente regresa a terapia quirúrgica, estancia en este servicio de 3 días y 2 en terapia intermedia.

- 28 de septiembre pasa a piso en donde se inicia nutrición parenteral total para ganancia ponderal y es en el servicio de cirugía general donde se tiene contacto con A.G.C.M. por primera vez a lo cual se muestra irritable a persona extrañas.
- Al momento del primer contacto se encuentran los siguientes hallazgos:

SIGNOS VITALES:

- F.C. 122 latidos por minuto.
- F.R. 30 respiraciones por minuto.
- Tensión Arterial: 90/60 mmHg
- Temperatura: 35.8°C.

SOMATOMETRÍA

- * Peso: 7.790 Kg.
- * Talla: 77 cm.
- * Perímetro abdominal: 31 cm.
- * Perímetro cefálico.

DATOS DE LABORATORIO:

BIOMETRÍA HEMÁTICA:

- Hemoglobina: 10.1 mg/dL
- Hematocrito: 30.1 mg/dL
- Leucocitos: 9.200
- Linfocitos: 12.
- Monocitos: 2
- Plaquetas: 334 mil

QUÍMICA SANGUÍNEA :

- * GLUCOSA: 101 mg/dL.
- * Calcio: 8.9
- * Creatinina: 0.2
- * Albumina: 2.5 g/dL.
- * Ácido Úrico:

A la exploración física se observa a lactante mayor de 1 año 7/12 con edad aparente menor a la cronológica, en cuna, en posición de decúbito dorsal con actitud forzada por elementos de fijación en miembro pélvico derecho, aparentemente íntegro, bien conformado, viste pijama y pañal de su propiedad, palidez de tegumentos generalizada, cabello ralo, irritable a las personas extrañas, con un abultamiento irregular en línea axilar anterior, sonda en cuadrante inferior derecho cubierta con un parche.

Las siguientes necesidades reencuentran en dependencia y se mencionan dependiendo el grado y duración de la dependencia.

1. NECESIDAD DE NUTRICIÓN E HIDRATACIÓN.

Ya que se encuentra en el percentil número 5 de la tabla de peso y talla para la edad, y un grado de desnutrición severo, se encuentra en los primeros días después de la cirugía con ayuno y posteriormente con rechazo a la vía oral por lo que se mantiene con nutrición parenteral y lípidos, se le insiste a la vía oral con muy pocos resultados, se detecta que con la mamá hay un poco más de cooperación por su parte pero aun así la ingesta es pobre.

A la exploración física en la inspección se encuentra labios secos con descamación, simétricos de color rosa pálido, piezas dentarias con ausencia de caninos, placas de sarro, mucosa oral rosa y húmeda, lengua saburral seca, en abdomen se observa herida quirúrgica que atraviesa abdomen de forma horizontal en cuadrante superior derecho e izquierdo con dehiscencia en zona central con salida de escaso líquido purulento, penrose en cuadrante inferior izquierdo sin secreción, a la palpación se encuentra duro y protruye ligeramente con fascies de dolor, ruidos peristálticos disminuidos en tono e intensidad (3-4 por minuto)

2. NECESIDAD DE SEGURIDAD Y PROTECCIÓN.

Su sistema inmunológico se encuentra en un nivel bajo y que a partir de que se de inicio nuevamente a los ciclos de quimioterapia se encontrara aun más susceptible a

enfermedades oportunistas, a parte de que por el problema de las vías respiratorias es algo que le preocupa a su mamá, tiene herida dehiscencia y con elevados riesgos de infección .

Se encuentra hospitalizado por lo que es susceptible a infecciones intrahospitalarias, la sala en la que se encuentra hay 4 camas, se toman todas las medidas necesarias para la realización de las actividades de enfermería.

A la exploración física se observa cicatriz con hipercrecimiento en zona de clavícula derecha de color rosa y pérdida de continuidad de la piel por presencia de herida quirúrgica de línea axilar derecha a línea media clavicular con puntos de contención por presentar dehiscencia.

3. NECESIDAD DE MOVIMIENTO Y POSTURA.

A partir de la cirugía la mamá mostró preocupación de que repercuta en su desarrollo, ya que empieza a mostrar retraso en las actividades que ya realizaba, cuando estaba próximo a darse de alta, A.G.C.M. no se podía sostener en pie. Le costaba trabajo sentarse solo sin ayuda de almohadas y la movilización al realizarle algún procedimiento le causaba dolor en miembros torácico y pélvicos.

En posición supina se observa que gira la cabeza hacia el lado en donde esta su mamá, posteriormente voltea los hombros extendiendo los brazos quedando lateralizado totalmente, no se observan signos de edema ni dolor al movimiento, temperatura de articulaciones y extremidades igual a la del resto del cuerpo, movimientos sin datos de dolor ni limitación pero ofrece resistencia a la exploración por ser personas extrañas.

Reflejos y pares craneales sin alteración, tono y fuerza muscular 5/5.

4. NECESIDAD DE TERMORREGULACIÓN.

En estos momentos se encuentra con hipotermia que es de difícil control, tiene control de temperatura con lámpara y ropa (cobertores) no se ha detectado el motivo

por el cual esta con hipotermia, se palpa piel fría, piloerección, pálido, pulso disminuido en tono e intensidad.

5. NECESIDAD DE DESCANSO Y SUEÑO.

En el momento de la hospitalización se muestra irritable y la mamá comenta que es porque no duerme bien durante la noche porque al mínimo ruido se sobresalta y despierta llorando y buscando a ella, además que las actividades de las enfermeras son continuas y tiene que despertarlo en ocasiones. Duerme siesta de aproximadamente 2 horas de 14:00 a 16:00 pero con interrupciones y duerme de 21:00 a 6:00.

6. NECESIDAD DE APRENDIZAJE.

Por la situación de que se detecta que se encuentra con un retraso en el desarrollo se pide interconsulta en rehabilitación a lo que se inicia con terapia física para poder detectar los problemas y volver a enseñarle todo lo logrado hasta antes de su intervención quirúrgica.

7. NECESIDAD DE RECREACIÓN.

A.G.C.M. se muestra muy renuente a las personas extrañas y se nota que muestra aburrimiento ya que su estancia en el hospital ha sido prolongada, se intenta mostrar algunos juguetes pero los rechaza, su mamá comenta que en efecto, esta aburrido y que cuando llegue a su casa espera que su estado de animo cambie.

8. NECESIDAD DE REALIZACIÓN.

A.G.C.M. se muestra irritable a personas extrañas, y también en ocasiones a sus familiares, la mamá comenta que teme que repercuta en el momento en el que comience a ir a la escuela ya que nunca lo había visto tan apático y sin ganas de hacer nada nuevo. Ahora que esta en casa su estado de ánimo es mas alegre, juega con sus primos y tíos, sus papas se muestran con muchas esperanzas de que A.G.

se recupere totalmente de su enfermedad porque sus análisis han salido muy favorablemente hacia su recuperación y todos en su familia están muy contentos.

9. NECESIDAD DE COMUNICACIÓN.

Al intentar que A.G.C.M. se interese por los juegos que se le muestran muestra apatía y hay momentos en los que rechaza el contacto con las personas, el momento de que su mamá le pregunta alguna molestia no responde y se voltea en el sentido contrario en el que encuentra su mamá, nos comenta que familiares de ellos han ido a visitarlo y se niega a verlos y platicar con ellos, siendo que en su casa se mostraba muy alegre al ver a tios y primos.

Las siguientes necesidades se encuentran de independencia por lo que solo se mencionan:

10. NECESIDAD DE OXIGENACIÓN.

Piel rosada, nariz alineada simétrica, tabique alineado, narinas permeables, cuello cilíndrico, corto, del mismo color al resto del cuerpo, uniforme, pulsos sincrónicos entre si y homócronos con el radial, traquea desplazable, tórax con movimientos respiratorios simétricos, parche a nivel clavicular derecho y a nivel clavicular izquierdo una protuberancia, cicatriz de 2 cm con hipercrecimiento color rosa, color pálido uniforme, se observa latido cardiaco a nivel de 3ª y 4ª costilla en línea media intercostal, pezones en línea media clavicular, movimientos de amplexión y amplexación simétricos, movimientos toraco-abdominales regulares, a la palpación no se detecta ausencia de costillas, no existen protuberancias ni quistes, , frémito táctil presente, se palpa el ápice del corazón, en la percusión se escucha a nivel intercostal claro pulmonar, en costillas se escucha resonancia, en auscultación se escucha adecuada entrada y salida de aire, sin presencia de sibilancias, ruidos cardiacos se escuchan con adecuado tono fuerza y frecuencia.

En tórax posterior se observa simétrico, de color uniforme a el resto del cuerpo sin protuberancias ni hundimientos, movimientos simétricos, a la palpación no se

encuentra presencia de masas, ni hundimientos, en la percusión se escucha sonido mate uniforme, en la auscultación con adecuada entrada y salida de aire.

Cabe mencionar que por encontrarse en un medio hospitalario se encuentra en riesgo de presentar enfermedades oportunistas de la vías respiratorias.

11. NECESIDAD DE ELIMINACIÓN.

Micción 4-5 veces al día es el cambio de pañal, evacua 1-2 veces sin problemas, no hay dolor ni ardor al momento de la eliminación. Por encontrarse en reposo absoluto, hay riesgo de presentar estreñimiento, por inactividad.

12. NECESIDAD DE HIGIENE.

Le gusta mucho el baño, lo realiza diario a medio día por los cambios de temperatura, el cambio de ropa es de 3 a 4 veces dependiendo las veces que lo encuentre con la ropa sucia, el cepillado de dientes lo realiza 3 veces al día pero con ayuda de su mamá, se le hace un poco incomodo pero lo acepta con agrado.

13. NECESIDAD DE VESTIDO Y DESVESTIDO.

Tiene ropa suficiente para cuando se requiera por la edad aun necesita que se le apoye en el vestido, comenta la mamá que acepta de buen agrado la ropa que usa y en ocasiones ayuda a escoger la ropa que usará durante el día.

14. NECESIDAD DE VALORES Y CREENCIAS.

La familia de A.G. es de religión católica, se apoyan con el resto de la familia y por la edad que tiene se encuentra en independencia. Su familia los apoya, pero la mamá comenta que no saben como ayudar para que Axel se sienta mejor, son muy unidos.

2.2. La obtención y examinación de datos.

Para la realización del presente estudio de caso, como método de trabajo se utilizó el Proceso Atención de Enfermería con el enfoque conceptual de Virginia Henderson y las 14 necesidades.

Para la valoración, se utilizó como fuente primaria al paciente, la exploración física focalizada en base al método clínico, como fuentes secundarias se tomaron en cuenta al expediente clínico, la entrevista a la mamá, revisiones bibliográficas, así como consultas en Internet y revistas científicas.

Como instrumento se utilizó la “hoja de reporte diario” (Anexo 1), con la cual se realizaron las valoraciones focalizadas de las 14 necesidades básicas de Virginia Henderson la cual contenía el “Continuum Independencia-Dependencia” propuesto por Phaneuf así como la gráfica que relaciona el grado y duración de dependencia de la persona por cada necesidad. Otro instrumento utilizado para la valoración exhaustiva de las necesidades básicas en los menores de 0 a 5 años (Anexo 2) que contienen los datos demográficos, familiares, antecedentes individuales, la entrevista por cada necesidad, análisis de datos, el plan de atención de enfermería, la jerarquización de necesidades, el plan de atención y el plan de alta. La hoja de consentimiento informado (Anexo 3) fue otro instrumento utilizado el cual se dio a conocer a la mamá y acepto trabajar con nosotros

2.3 El análisis de datos e identificación de problemas.

Al finalizar la valoración focalizada de las 14 necesidades de Virginia Henderson se procede a realizar los diagnósticos de Enfermería tomando en cuenta los criterios descritos por la NANDA que deben reunir, en primer lugar cuantos tipos de diagnósticos existen y posteriormente que elementos debe tener.

- Un diagnóstico real es un juicio sobre la respuesta de un paciente a un problema de salud que existe en el momento de la valoración de enfermería. Se basa en la presencia de signos y síntomas asociados. Esta

compuesto por el formato P.E.S. que contiene (Problema , Etiología y Signos y Síntomas).

- Un diagnóstico de Enfermería potencial o de riesgo es un juicio clínico de que un paciente es más vulnerable a un determinado problema que otros, en situación igual o parecida. La etiqueta diagnóstica se compone por los siguientes componentes: P: Problema y E: Etiología.
- Un diagnóstico de Enfermería posible es aquel en el que en las pruebas de que existe un problemas de salud no están claras ose desconocen los factores causales, un diagnóstico posible requiere de más datos, ya sea para corroborarlo o para refutarlo.
- Un diagnóstico de salud se refiere a una respuesta saludable por parte de un paciente que desea un mayor nivel de salud.

Un diagnóstico enfermero consta de 3 componentes:

- 4) Enunciado del problema (etiqueta diagnóstica) describe el problema de salud o la respuesta del paciente para los cuales se esta administrando el tratamiento de enfermería, describe su estado de salud con claridad y concisión.
- 5) Etiología (factores relacionados o factores de riesgo) Aquí se identifican una o mas causas probables del problema de salud , orienta el tratamiento de enfermería y permite a la enfermera individualizar la atención del paciente, los factores ambientales o las interacciones de ambos.
- 6) Características definitorias: son el conjunto de signos y síntomas que indican la presencia de una etiqueta diagnóstica concreta. en el caso de los diagnósticos de enfermería reales, las características definitorias son los signos síntomas del paciente. Para los diagnósticos de enfermería de riesgo, las características definitorias son las mismas que la etiología.

Se realizaron 14 diagnósticos de enfermería de los cuales 8 son reales, 4 de riesgo y 2 en independencia los cuales se mencionan a continuación.

JERARQUÍA DE LOS DIAGNÓSTICOS ENCONTRADOS

NECESIDAD	DIAGNÓSTICO	FECHA DE IDENTIFICACIÓN	NIVEL Y GRADO DE DEPENDENCIA	FUENTE DE DIFICULTAD	TIPO DE PRIORIDAD
NUTRICIÓN E HIDRATACIÓN	- Alteración de la nutrición por defecto relacionado con baja ingesta de la vía oral, manifestado por peso por debajo del percentil 5 de la tabla de peso en relación a la edad	- 02 octubre 2006	- Dtm/Nivel 5	- F.F. - F.V.	Alta
SEGURIDAD Y PROTECCIÓN	- Riesgo de infección local y sistémica relacionado con pérdida de continuidad de la piel (Dehiscencia de herida quirúrgica)	- 10 Octubre 2006	- Dtm/Nivel 1	- F.C., F.F.	- Alta
- MOVIMIENTO Y POSTURA	- Riesgo de síndrome de desuso relacionado con tiempo prolongado de reposo en cama.	- 06 octubre 2006	- Dtm/nivel 2	- F.F., F.V. F.C.	- Media
TERMORREGULACIÓN	- Hipotermia relacionada con factores desconocidos, manifestado por temperatura por debajo de los valores normales (35.5°C).	- 20 Octubre 2006	- Dtm/Nivel 4	- F.C. F.F.	Media
- DESCANSO Y SUEÑO	- Deterioro del patrón del sueño: sueño interrumpido relacionado con procedimientos terapéuticos manifestado por temblores de pies y manos ante ruidos altos y presencia de personas extrañas que hacen que se vuelva irritable	- 2 Noviembre 2006.	- Dtm/Nivel 4	- F.C., F.F., F.V.	Alta
APRENDIZAJE	- Retraso en las habilidades motoras relacionado con falta de estimulación fisicomotora manifestado por retraso o dificultad para realizar las habilidades motoras, sensoriales.	- 30 Diciembre 2006	- Dp/nivel 4	- F.C. - F.F.	Alta
RECREACIÓN	- Alteración en las actividades recreativas, relacionado con hospitalización prolongada, tratamientos frecuentes y largos, manifestado por facies de aburrimiento, llanto.	- 16 Octubre 2006	- Dtm/Nivel 4	- F.F. - F.V.	Alta

REALIZACIÓN	- deterioro de la interacción social relacionado con ausencia de personas significativas en hospitalización (familiares directos, abuelos, tios, primos), manifestado por observación de malestar en situaciones sociales, informes familiares de cambio de estilo o patrón de interacción.	- 19 Octubre 2006	- Dtm/Nivel 3	- F.F. F.V.	Media
COMUNICACIÓN.	-Deterioro de la comunicación verbal y no verbal relacionado con barreras psicológicas (falta de estímulos), manifestado por negativa voluntaria a expresarse.	- 20 Noviembre 2006	- Dtm/Nivel 4	- F.V. - F.F.	Media
OXIGENACIÓN	- Riesgo de alteración del patrón respiratorio ineficaz relacionado con hospitalización prolongada (contacto con factores de riesgo de infección intrahospitalaria)	- 04 octubre 32006	- Nivel 2		Baja
ELINIMACIÓN	- Riesgo de estreñimiento relacionado con actividad física insuficiente, debilidad de los músculos abdominales, disminución de la motilidad del tracto gastrointestinal.	- 10 octubre 2006	- Nivel 1		Baja
VESTIDO Y DESVESTIDO	- Alteración en el cuidado: vestido y desvestido, relacionado con debilidad, cansancio, barreras físicas (catéter central, herida dehiscente, catéter periférico)	- 27 Noviembre 2006	- Dtm/Nivel4	- F.F. F.V.	Media.
HIGIENE	- Independencia en la necesidad de higiene y protección de la piel	- 13 Diciembre 2006	-		Baja
VALORES Y CREENCIAS	- Independencia en la necesidad de valores y creencias	- 06 Octubre 2006			Baja

2.4. El plan de cuidados y estrategias específicas.

En esta fase se trata de establecer cuidados de Enfermería, que conduzcan al cliente a prevenir, reducir o eliminar los problemas detectados. La fase de planeación del proceso de Enfermería incluye cuatro etapas.

- **Establecer prioridades en los cuidados.** Selección. Todos los problemas y/o necesidades que pueden presentar una familia y una comunidad raras veces pueden ser abordados al mismo tiempo, por falta de disponibilidad de la enfermera, de la familia, posibilidades reales de intervención, falta de recursos económicos, materiales y humanos.. Por tanto, se trata de ordenar jerárquicamente los problemas detectados.
- **Planteamiento de los objetivos del cliente con resultados esperados.** Esto es, determinar los criterios de resultado. Describir los resultados esperados, tanto por parte de los individuos y/o de la familia como por parte de los profesionales.
- **Elaboración de las actuaciones de Enfermería,** esto es, determinar los objetivos de Enfermería (criterios de proceso). Determinación de actividades, las acciones especificadas en el plan de cuidados corresponden a las tareas concretas que la enfermera y/o familia realizan para hacer realidad los objetivos.
- **Documentación y registro** La última etapa del plan de cuidados es el registro ordenado de los diagnósticos, resultados esperados Y actuaciones de enfermería Ello se obtiene mediante una documentación. ⁶³

⁶³ www.terra.es/personal/duenas/pae.htm, “El Proceso Atención de Enfermería”

PLANES DE CUIDADOS POR NECESIDADES

NUTRICIÓN

FICHA DE IDENTIFICACIÓN:

NOMBRE: C.M.A.G.

EDAD : 1a. 8/12

SEXO : MASCULINO

DIAGNOSTICO MÉDICO: HEPATOBLASTOMA.

REGISTRO: 786605

DIAGNÓSTICO:

- ❖ Alteración de la nutrición por defecto relacionado con la baja ingesta de la vía oral, manifestado por peso por debajo del percentil 5 de la tabla de peso y talla en relación de la edad.

FECHA DE IDENTIFICACIÓN: 2 de Octubre del 2006.

TIPO DE DIAGNÓSTICO: real.

NIVEL Y GRADO DE DEPENDENCIA: Nivel 5, dependencia parcial de algunos meses.

FUENTES DE LA DIFICULTAD:

- **DE FUERZA:** Se encuentra con debilidad generalizada por cirugía reciente.
- **DE VOLUNTAD:** Se niega a aceptar adecuadamente los alimentos.

ROL DE ENFERMERÍA: De ayuda

TIPO DE PRIORIDAD: Alta.

OBJETIVO:

- ❖ Axel recuperará su peso adecuado de acuerdo a su edad y talla mediante acciones de Enfermería junto con el equipo de salud al cabo de 1 año..

INTERVENCIONES:

INTERVENCIONES	FUNDAMENTACIÓN.
INTERVENCIÓN No.1	- La nutrición parenteral total es la forma

<p>TIPO DE INTERVENCIÓN: INTERDEPENDIENTE.</p> <ul style="list-style-type: none"> ❖ ADMINISTRACIÓN DE NUTRICIÓN PARENTERAL. (NIC1200). CON LAS SIGUIENTES INDICACIONES MÉDICAS: <ul style="list-style-type: none"> ○ Sol. Glucosa 50% 214 mL. ○ Levamine 186 mL. ○ NaCl 12.4 ○ KPO4 11.8 ○ KCL 1 mL- ○ Gluc. De Calcio 9.3 mL ○ Sulf. Magnesio 4.6 mL. ○ MVI 5 mL. ○ Agua 860 mL. <ul style="list-style-type: none"> - Asistir en la inserción de la línea central. - Mantener la permeabilidad de la línea. - Comprobar la solución de NPT para corroborar que se han incluido los nutrientes correctos, según indicación. <ul style="list-style-type: none"> • Proporcionar los cuidados correspondientes de NPT: <ul style="list-style-type: none"> - mantener en frigorífico (a 4°C hasta 30 min. Antes de su instalación. - Dejar que la bolsa o frasco permanezca de 15 a 30 min a temperatura ambiente. - Cerrar el regulador de goteo sobre la tubuladura provista de filtro. - Quitar la cubierta de la tubuladura IV con filtro incorporado para exponer la espiga. <ul style="list-style-type: none"> • Instalación de NPT: <ul style="list-style-type: none"> - Material: cubre bocas, guantes de látex, gasas de 10X10, iodopovidona, tela adhesiva 7.5cm. - Colocarse cubre bocas, personal médico, familiar y paciente. - Lavado de manos. - Identificación de bolsa de NPT. - Purgado del sistema. - Cerrado de sistemas de paso pinza de catéter y carretillas del equipo. - Preparación del material. - Retirar sellado de conexión. - Colocar línea sobre gasa estéril - calzar guante en mano dominante. - Tomar una gasa con la mano dominante y colocar la línea sobre la gasa. - Lavar con yodine y retirar el excedente. - Repetir paso anterior. - Colocar la línea sobre la gasa estéril y cubrir con otra. - Retirarnos el guante y volver a calzar mano dominante. - Tomar línea a instalar con la mano auxiliar y retirar gasa. - Una vez descubierta la punta, tomar la línea con la mano dominante. - Tomar el catéter con la mano auxiliar con una gasa protectora. - Retirar la línea en uso con la mano dominante sin soltar el sistema a instalar. 	<p>intravenosa de aportar un soporte alimenticio a aquellos pacientes en los que el aporte proteico es menor al consumo. El objetivo así será mejorar el estado nutricional de los pacientes que no son candidatos a nutrición enteral y que están malnutridos o tienen riesgo elevado de desarrollar malnutrición. (Jean Smith, pp 225,226)</p>
--	--

<ul style="list-style-type: none"> - Retirar tapón protector sin tocar punta a instalar. - Sellar sistema. - Programar bomba de infusión e iniciar. - Abrir sistemas de paso. <ul style="list-style-type: none"> • Vigilancia de la NPT: - Programar la bomba para el envío de volúmenes apropiados por hora. - Signos vitales cada 4 horas. - Vigilar la temperatura, por sospecha de sepsis por el catéter si presenta fiebre. - Vigilar las características de la solución, velocidad de perfusión, identificación. - Para ser interrumpida la NPT, se debe realizar gradualmente, para posibilitar el reajuste del organismo a la disminución de la glucemia. Se podrá ir reajustando está con soluciones de dextrosa al 5%. - Pesar diariamente al paciente. 	<p>- Esto permite mantener un flujo constante durante todo el tiempo que dura la administración (las 24 horas). http://www.aibarra.org/Manual/Digestivo/nutricion_parenteral.htm</p>
<p>INTERVENCIÓN No 2. TIPO DE INTERVENCIÓN: ❖ MANEJO DE LA NUTRICIÓN PARA PROPORCIONAR DIETA EQUILIBRADA. (NIC1100).</p> <ul style="list-style-type: none"> - Preguntar alergias alimenticias del paciente al cuidador primario. - Determinar las preferencias de comidas del paciente. - Determinar en colaboración de la dietista el número de calorías y tipo de nutrientes necesarios para satisfacer las exigencias de la alimentación. - Fomentar la ingesta de calorías adecuadas al tipo corporal y estilo de vida. - Ofrecer tentempiés (bebidas, frutas frescas) cuando sea necesario. - Dar comidas ligeras, blandas. - Asegurarse de que la dieta incluye alimentos ricos en fibra para evitar estreñimientos. - Realizar una selección de comidas. - Ajustar la dieta al estilo de vida del paciente. - Enseñar al cuidador primario a llevar un registro diario de ingesta de alimentos. - Comprobar la ingesta registrada para ver el contenido nutricional y calórico. 	<p>-</p> <p>-La elaboración de los parámetros proporciona los datos necesarios para conocer la ingestión de alimentos y líquidos. - Tres grandes comidas al día pueden ser demasiado para el paciente; las comidas pequeñas producen menos fatiga. (kozier 1098)</p>
<p>INTERVENCIÓN No 3. TIPO DE INTERVENCIÓN: INTERDEPENDIENTE ❖ ASESORAR AL CUIDADOR PRIMARIO SOBRE LA IMPORTANCIA DE LA DIETA (NIC5246)</p> <ul style="list-style-type: none"> - Establecer una relación terapéutica basada en la confianza y el respeto. - Establecer la duración de la relación de asesoramiento. (30 minutos). - Determinar la ingesta y los hábitos alimentarios del paciente. - Facilitar la identificación de las conductas alimentarias que se desean utilizar. - Proporcionar información, si es necesario, acerca de la necesidad de la ingesta de alimentos por razones de 	<ul style="list-style-type: none"> - La pirámide de los alimentos consiste en un sistema gráfico de ayuda como guía para elegir diariamente los alimentos. - Permite a la enfermera exponer la información que requiere el paciente y sus familiares e identifica la información falsa que posee. También elimina conceptos erróneos que se tienen y aporta información. (kozier 1098).

<p>salud: ganancia de peso.</p> <ul style="list-style-type: none"> - Facilitar material informativo atractivo de una guía de comidas que puede implementar al momento del alta del paciente a su hogar. - Determinar el conocimiento por parte del cuidador primario de los cuatro grupos de alimentos básicos, así como la percepción de una ingesta adecuada de alimentos. - Comentar los gustos y aversiones de los alimentos por parte del paciente. - Ayudar al cuidador primario a registrar lo que se come el paciente normalmente en 24 horas. - Discutir el significado de la comida para el paciente con el cuidador primario. 	
<p>INTERVENCIÓN No 4. TIPO DE INTERVENCIÓN:</p> <ul style="list-style-type: none"> ❖ AYUDA CON LA ALIMENTACIÓN: (NIC1803). <ul style="list-style-type: none"> - Identificar la dieta prescrita. <ul style="list-style-type: none"> • El día 021006 se inicia dieta líquida. • 031007: progresa a dieta blanda. • 0410076.: inicia dieta normal , a tolerado adecuadamente, pero la ingesta es muy bajo (inferior a requerimientos) - Poner la bandeja y la mesa de modo atractivo. - Crear un ambiente agradable a la hora de la comida (colocar orinales y equipo de aspiración fuera de la vista del paciente). - Proporcionar alivio del dolor antes de la hora de la comida (modificar horarios que sean acordes a esta acción). - Proporcionar aseo bucal antes de la comida. - Arreglar la comida en la bandeja si es necesario, como cortar la carne o pelar un huevo. - Colocar al paciente en una posición cómoda. - Proporcionar los alimentos a la temperatura más apetitosa. - Registrar la ingesta en cada comida. - Utilizar vasos y platos irrompibles y pesados. 	<ul style="list-style-type: none"> - La especialista en dietética puede establecer requisitos específicos de calorías, proteínas y otros para el paciente. (kozier 1098) - La higiene oral humedece y limpia las mucosas de la cavidad oral, estimula la salivación e incrementa el sentido del gusto. (kozier 1098)
<p>INTERVENCIÓN No. 5. TIPO DE INTERVENCIÓN. INTERDEPENDIENTE.</p> <ul style="list-style-type: none"> ❖ AYUDA PARA FACILITAR LA GANANCIA DE PESO (NIC 1240). <ul style="list-style-type: none"> - Pesar al paciente a intervalos determinados (cada tercer día). - Ayudar a la realización del diagnóstico para determinar la causa de la falta de peso. - Observar si hay náuseas o vómito. - Controlar periódicamente el consumo diario de calorías. - Fomentar el aumento en la ingesta de calorías. - Proporcionar alimentos nutritivos de alto contenido calórico variados para poder seleccionar algunos. - Considerar las preferencias alimentarias del paciente, teniendo en cuenta su gusto personal. - Disponer de periodos de descanso en la comida. - Asegurarse de que el paciente se encuentra sentado y 	<ul style="list-style-type: none"> - El apetito del paciente puede mejorar cuando se le ofrecen sus alimentos preferidos. La participación del paciente también permite una oportunidad para que aprenda a cuidarse a sí mismo y para incrementar su autoestima. (kozier 1098)

<p>còmodo en el momento de la comida.</p> <ul style="list-style-type: none"> - Ayudar a alimentar al paciente. - Analizar con la familia los factores socioeconòmicos que contribuyen en una alimentaci3n balanceada. - Recompensar al paciente por la ingesta de alimentos y ganancia de peso. registrar el proceso de ganancia de peso - Registrar el progreso de la ganancia de peso en una hoja y colocarla en un lugar estratègico. 	<ul style="list-style-type: none"> - efectuar la medici3n del peso a la misma hora y con la misma ropa efectúa la fiabilidad de esta medici3n. (kozier 1098)
<p>INTERVENCI3N No. 6. TIPO DE INTERVENCI3N: INTERDEPENDIENTE.</p> <ul style="list-style-type: none"> ❖ MANEJO DEL PESO PARA LLEVAR UN CONTROL ESTRICTO DE LAS GANANCIA Y PERDIDAS DE PESO. (NIC1260). <ul style="list-style-type: none"> - Tratar con el cuidador primario la relaci3n que hay entre la ingesta de alimentos, el ejercicio, la ganancia de peso y la pèrdida de peso. - Discutir con el cuidador primario las condiciones mèdicas que pueden afectar el peso (apoyo con nutrici3n parenteral por cirugía reciente). - Discutir los riesgos asociados con el hecho de estar por debajo del peso de acuerdo a su edad. - Determinar la motivaci3n del paciente para cambiar los hàbitos en los alimentos. - Determinar el peso corporal ideal del paciente. - Animar al cuidador primario a llevar un control estricto del peso del paciente al momento de ser dado de alta. - Planificar recompensas con el cuidador primario para celebrar el logro de objetivos a corto y largo plazo. 	<ul style="list-style-type: none"> - Durante los periodos de crecimiento, el organismo utiliza una cantidad mayor de energía, el crecimiento ràpido durante los dos primeros aros de vida incrementan las necesidades cal3ricas. La actividad muscular influye sobre la tasa metab3lica mas que ningun otro factor. (kozier 1074)
<p>INTERVENCI3N No 7. TIPO DE INTERVENCI3N: INTERDEPENDIENTE.</p> <ul style="list-style-type: none"> ❖ MONITORIZACI3N NUTRICIONAL.(NIC1160). <ul style="list-style-type: none"> - Observar si la piel està seca, descamada o con despigmentaci3n. - Observar la turgencia de la piel. - Observar si el pelo està seco, es fino o resulta fàcil de arrancar. - Observar las encías por si hubiera inflamaci3n, estuvieran esponjosas o con hemorragias. - Observar si se producen náuseas y v3mito. - Vigilar niveles de albúmina, proteína total, hemoglobina y hematocrito. - Observar preferencias y selecci3n de comidas. - Vigilar niveles de energía, malestar, fatiga y debilidad. - Observar si hay palidez, enrojecimiento y sequedad del tejido conjuntivo. - Controlar ingesta cal3rica y nutricional. - Observar forma de uñas (forma de cuchara, esta quebradizas, con aristas). - Observar si la boca/labios estàn inflamados, enrojecidos o agrietados. - Observar cualquier llaga, edema y papilas hiperémicas e hipertroficas de la lengua y cavidad bucal. - Observar si la lengua es de color escarlata, magenta o crudo. -Realizar consulta dietética. 	<ul style="list-style-type: none"> - Debido a que la nutrici3n influye en la mayor parte de los sistemas orgànicos, el estudio diagn3stico de estos sistemas puede poner en evidencia la presencia de problemas nutricionales. (kozier 1093)

EVALUACIÓN.

La nutrición parenteral dio inicio el día 23 de septiembre y terminó el 04 de octubre con un total de 11 días en los cuales se estuvo administrando con una infusión de 54.2 ml por hora, con un total de 1032 ml para 24 horas, el inicio de la vía oral fue el 02 de octubre con líquidos claros, posteriormente progresa a dieta blanda el 03 de octubre, y el 04 de octubre con NAN sin lactosa y dieta normal para su edad.

Se inicio seguimiento de la necesidad de nutrición a los 2 días de iniciar nutrición vía oral, la cual Axel rechaza, el personal de nutrición realizó entrevista a la mamá sobre gustos en cuanto a comida de Axel pero eso no dio los resultados esperados. Al alta hospitalaria Axel salió pesando 7.5 kg., el 22Nov06 peso 8.5 kg; 07Dic06 pesó 9.0 kg; 29Ene07 pesó 10.0 kg; 18Abril07 pesó 10.5 kg; 23Mayo07 11.0Kg; al inicio de la valoración Axel se encontraba en el percentil 5 de la tabla de peso y talla, el día 23Mayo07 se encontraba n el percentil 25, aun no ha alcanzado su peso ideal, pero el hecho de encontrarse en casa le ha facilitado la ingesta, se encuentra en un nivel 3 de dependencia.

NECESIDAD DE SEGURIDAD Y PROTECCIÓN

DIAGNÓSTICO.

- ❖ Riesgo de infección local y sistémica relacionado con pérdida de la continuidad de la piel (dehiscencia de herida).

FECHA DE IDENTIFICACIÓN: 10 octubre 2006.

TIPO DE DIAGNÓSTICO: riesgo.

NIVEL Y GRADO DE DEPENDENCIA.: nivel 3 por ser de riesgo

FUENTES DE LA DIFICULTAD.

- **DE FUERZA.** Axel se muestra irritable al acercarse personas extrañas, en especial cuando se va a realizar la curación de la herida
- **DE CONOCIMIENTOS.** La mamá desconoce las medidas para la prevención de infecciones intrahospitalarias (lavado de manos, uso de cubrebocas)

ROL DE ENFERMERÍA. De ayuda

TIPO DE PRIORIDAD. Alta.

OBJETIVO

- ❖ El paciente se mantendrá libre de infección local y sistémica mediante acciones necesarias por parte del personal de Enfermería durante el tiempo que tarde la cicatrización de la herida.

PLANEACIÓN.

INTERVENCIONES	FUNDAMENTO.											
<p>INTERVENCIÓN No1. TIPO DE INTERVENCIÓN: INDEPENDIENTE</p> <ul style="list-style-type: none">❖ MINIMIZAR EL RIESGO DE CONTAGIO Y CONTROL DE INFECCIONES. (NIC 6540) <p>- enseñar el lavado de manos a las visitas al tener contacto con el paciente.</p> <table border="1" data-bbox="228 877 820 1562"><tr><td>TÉCNICA:</td></tr><tr><td>• Use agua y jabón antimicrobiano líquido. (clorhexidina 7%)</td></tr><tr><td>• Mojar las manos con agua, tome de 3 a 5 ml de jabón líquido</td></tr><tr><td>• Cubra todas las superficies de manos, dedos y uñas, llegando hasta 10 cm por debajo del pliegue de las muñecas.</td></tr><tr><td>• La fricción inicia entre el dorso y palma de la mano</td></tr><tr><td>• Se friccionan espacios interdigitales</td></tr><tr><td>• Enjuagar con abundante agua</td></tr><tr><td>• Las manos se secan con toallas de papel desechables.</td></tr><tr><td>• Para el cierre de la llave use la misma toalla, para evitar la recontaminación.</td></tr><tr><td>• Deseche toalla en bote de basura municipal</td></tr><tr><td>• El tiempo total para el procedimiento es de aproximadamente 30" segundos.</td></tr></table> <p>- Lavado de manos antes y después de cada actividad de cuidados del paciente. - Poner en práctica precauciones universales. * lavado de manos. * uso de cubrebocas.</p>	TÉCNICA:	• Use agua y jabón antimicrobiano líquido. (clorhexidina 7%)	• Mojar las manos con agua, tome de 3 a 5 ml de jabón líquido	• Cubra todas las superficies de manos, dedos y uñas, llegando hasta 10 cm por debajo del pliegue de las muñecas.	• La fricción inicia entre el dorso y palma de la mano	• Se friccionan espacios interdigitales	• Enjuagar con abundante agua	• Las manos se secan con toallas de papel desechables.	• Para el cierre de la llave use la misma toalla, para evitar la recontaminación.	• Deseche toalla en bote de basura municipal	• El tiempo total para el procedimiento es de aproximadamente 30" segundos.	<p>Los microorganismos patógenos son transportados por las manos del personal desde pacientes colonizados o infectados, y representan un importante modo de transmisión de gérmenes y de dispersión de infecciones</p> <p>El lavado de manos es el método más efectivo para prevenir la transferencia de microorganismos entre el personal y pacientes dentro del hospital (Albuquerque)</p>
TÉCNICA:												
• Use agua y jabón antimicrobiano líquido. (clorhexidina 7%)												
• Mojar las manos con agua, tome de 3 a 5 ml de jabón líquido												
• Cubra todas las superficies de manos, dedos y uñas, llegando hasta 10 cm por debajo del pliegue de las muñecas.												
• La fricción inicia entre el dorso y palma de la mano												
• Se friccionan espacios interdigitales												
• Enjuagar con abundante agua												
• Las manos se secan con toallas de papel desechables.												
• Para el cierre de la llave use la misma toalla, para evitar la recontaminación.												
• Deseche toalla en bote de basura municipal												
• El tiempo total para el procedimiento es de aproximadamente 30" segundos.												
<p>INTERVENCIÓN No. 2 TIPO DE INTERVENCIÓN</p> <ul style="list-style-type: none">❖ REALIZAR CUIDADOS UNA VEZ POR TURNO Y CURACIÓN DE LA HERIDA CADA 24 HORAS. (NIC 3660)	<p>La técnica estéril a la hora de realizar algún procedimiento, las técnicas de</p>											

-- controlar características de las heridas color, tamaño, olor para verificar signos de alarma ante cualquier dato de infección:

SIGNOS Y SÍNTOMAS CLAVES DE INFECCIÓN.

- A) GENERAL: Fiebre, calosfríos, malestar general, fatiga, dolor muscular.
- B) PIEL: inflamación, exantema, prurito.
- C) APARATO RESPIRATORIO: Disnea, ruidos pulmonares anormales (estridor, roncus o roce pleural, aumento en la frecuencia respiratoria)
- D) SISTEMA CARDIOVASCULAR: Reducción del gasto cardiaco, taquicardia.
- E) APARATO GENITOURINARIO: Frecuencia, molestia al orinar, poliuria, oliguria, hematuria, piuria, mal olor de la orina, secreción vaginal o uretral.
- F) SISTEMA MUSCULOESQUELÉTICO: Debilidad muscular, reducción del arco de movimiento, sensibilidad anormal, hinchazón o rubor de las articulaciones.

(Luckmann p.201)

- inspeccionar la herida cada vez que se realiza curación de la misma.
- Compara y registrar regularmente cualquier cambio producido en la herida.
- colocar al paciente de manera que se evite presionar la herida.
- realizar curación de la herida cada 24 horas.

CURACIÓN DE HERIDA QUIRÚRGICA

- Preparar material y equipo necesario
- Lavado de manos.
- Colocar al paciente en una posición adecuada.
- Se coloca cubrebocas, gorro.
- Se despega apósito empezando por un extremo lejos del centro de la herida, se separa la piel de la cinta, desplazando hacia arriba.
- Se retire apósito empleado con guantes estériles en busca de salida de secreción.
- Se coloca guantes estériles.
- Se valora cuidadosamente la herida observándola, oliéndola y palpándola suavemente.
- Se toma gasa estéril con la pinza y se utiliza solución isotónica estéril (yodo povidona u otro antiséptico) realizando movimientos en sentido descendente en un solo movimiento del centro de la herida hacia la periferia sin regresar por el mismo sitio.
- Se desecha la gasa en cada movimiento.
- Se realiza en 3 tiempos.
- Se limpia la herida con solución de agua estéril con los mismos movimientos en 2 ocasiones.
- Se retira el excedente con gasa estéril.
- Se vigila que la herida quede seca.
- Se quita los guantes y se colocan en bolsa con el

aislamiento son las medidas preventivas generales para evitar una infección (Luckmann p. 217.

- si los pirógenos endógenos "reprograman" el centro de control térmico hipotalámico en un nivel más alto, es posible que se produzca fiebre. La temperatura del cuerpo rara vez se eleva por encima de los 41°C a causa de una infección, de modo que los valores mas elevados suelen ser producto de otro mecanismo, como hipertermia secundaria a altas temperaturas ambientales o lesión del centro termorregulador del hipotálamo. (Luckmann 200)

<p>apósito y el material utilizado.</p> <ul style="list-style-type: none"> - Con guantes nuevos, se aplica apósito estéril directamente sobre la herida. Una vez colocado el apósito, no debe cambiarse de lugar. - Se fija firmemente el apósito con cinta. - Se cubre al paciente y se coloca en una posición adecuada. - Se recoge el material y equipo utilizado. Los materiales desechables se colocan en una bolsa a prueba de agua. El equipo reutilizable se envuelve en una toalla estéril para llevarlo al sitio adecuado. - Se lava las manos. - Se anota en reporte los hallazgos encontrados.. 	
<p>- observar los signos y síntomas de infección local y sistémica localizada.</p> <p>A) signos y síntomas locales: edema (tumor), enrojecimiento (rubor), dolor, calor y disminución en la función del área afectada. También debe advertirse la presencia y las características del exudado :seroso (claro) o supurativo o purulento (pus de color cremoso que indica acumulación de leucocitos muertos y residuos necróticos)</p> <p>B) signos y síntomas clínicos sistémicos de infección: incluyen temperatura corporal inferior a 36°C o superior a 38°C, taquicardia, taquipnea, ofuscación mental, confusión irritabilidad, diaforesis, escalofrios y síntomas generalizados, como en el nivel de actividad, fatiga o malestar.</p> <p>C) Datos de laboratorio.</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ alteración en la cifra leucocitaria: leucocitosis (aumento en los valores normales de leucocitos), leucopenia (disminución en el valor de leucocitos), mayor número de bandas. ▪ Sangre o cultivos de líquidos corporales positivos. <p style="text-align: center;">VALORES NORMALES.</p> <p>LEUCOCITOS: 12000 RETICULOCITOS: 1%. NEUTROFILOS: 30% LINFOCITOS: 48% EOSINOFILOS: 2% MONOCITOS: 5%</p>	<p>- Los patógenos endógenos, que son parte de la flora normal de la persona, consisten en flora que ha sido modificada por la terapia antimicrobiana, el proceso patológico subyacente o el medio hospitalario. (luckmannp. 199)</p>
<p>INTERVENCIÓN No. 4</p> <p>TIPO DE INTERVENCIÓN:</p> <p style="text-align: center;">❖ ADMINISTRAR MEDICAMENTOS ANTIBIÓTICOS PARA LA PREVENCIÓN DE INFECCIONES. (NIC 2390).</p> <ul style="list-style-type: none"> - Identificar alergias conocidas. - Observar efectos terapéuticos y adversos de la medicación. - Mantener el conocimiento de la medicación utilizada en nuestro paciente, incluyendo indicaciones de uso, precauciones, efectos adversos, efectos tóxicos e información sobre la dosis, según se requiera.. - Aplicar la regla de los cinco correctos en la administración de medicamentos. 	<p>- PIPERACILINA/AZOBACTAM: Está indicado para el tratamiento de las siguientes infecciones bacterianas sistémicas o locales producidas por organismos aeróbicos y anaeróbicos grampositivos y gramnegativos susceptibles a piperacilina/tazobactam o a piperacilina.</p> <p>El tazobactam y su metabolito se eliminan principalmente por excreción renal con 80% de la dosis administrada excretada como molécula sin cambios y el remanente como un solo metabolito. La piperacilina el tazobactam y la desetilpiperacilina también</p>

<ul style="list-style-type: none"> ▪ Medicamento correcto. ▪ Dosis correcta. ▪ Hora correcta. ▪ Vía correcta. ▪ Paciente correcto. ◆ Piperacilina/tazobactam 700mg. i.v. c/ 6hr. ◆ Amikacina 200mg. i.v. c/24hr. 	<p>se secretan en la bilis. Después de dosis únicas o múltiples de TAZOCIN* en individuos sanos la vida media plasmática de piperacilina y tazobactam estaba en un rango de 0.7 a 1.2 horas y no se afectó por la dosis o por la duración de la infusión. Las vidas medias de eliminación de ambos piperacilina y tazobactam se incrementan con la disminución de la depuración renal. No hay cambios significativos en la farmacocinética de la piperacilina debido al tazobactam. Farmacodinamia: La piperacilina una penicilina semisintética de amplio espectro activa contra muchas bacterias grampositivas y gramnegativas y anaerobias ejerce su actividad bactericida mediante la inhibición de la formación del septum y la síntesis de la pared celular. Para niños de 2 a 12 años de edad que pesen hasta 40 kg y con función renal normal la dosis recomendada es de 100 mg de piperacilina/2.5 mg de tazobactam cada 8 horas por kilogramo de peso corporal. Para niños de 2 a 12 años de edad con peso mayor de 40 kg con función renal normal seguir las recomendaciones de dosis para adultos. Se recomienda que la terapia sea por un mínimo de 5 días y un máximo de 14 días considerando que la administración de las dosis deberá de continuar por al menos 48 horas después de la solución clínica de signos y síntomas.</p> <p>AMIKACINA Indicación: Esta indicado en el tratamiento de las infecciones del aparato respiratorio bajo, del aparato genitourinario, huesos, articulaciones, sistema nervioso central, piel y tejidos blandos, así como de infecciones intraabdominales, septicemias, bacteriemias, y quemaduras.-</p> <p>Administración: Se puede administrar por vía intramuscular IV. El diluyente puede ser solución salina normal o glucosaza al 5%, la solución se debe administrar durante un periodo de 30 a 60 minutos.</p> <p>Absorción: Se absorbe rápidamente después de ser aplicado por vía intramuscular, produce niveles séricos máximos de 38 mcg/ml., una hora después de su administración. Por administración endovenosa durante un periodo de 30 minutos se alcanzan niveles séricos máximos de 38 mcg/ml al final de la</p>
---	---

	<p>infusión.</p> <p>Consideraciones especiales: Estudios en recién nacidos de diferentes pesos revelaron que al igual que otros aminoglucósidos los valores de vida media de la amikacida en el suero se correlacionaron en forma inversa con la edad postnatal y la depuración renal. El volumen de distribución indica que la amikacina al igual que otros aminoglucósidos permanece primordialmente en el espacio extracelular de los (neonatos. http://plm.wyeth.com.mx/21271.htm)</p>
<p>INTERVENCIÓN No 5 TIPO DE INTERVENCIÓN: INDEPENDIENTE ❖ VIGILANCIA DE LA PIEL. EN BUSCA DE SIGNOS DE ALARMA EN INFECCIONES (NIC3590).</p> <ul style="list-style-type: none"> - Inspeccionar el estado en el sitio de incisión. - Observar su color, calor, olor pulsos, textura y si hay inflamación, edema. - Observar enrojecimiento y pérdida de la continuidad de la piel. - Observar si hay fuentes de presión y fricción. - Vigilar el color e la piel. - Registrar cambios en la piel y mucosas en hoja de enfermería. 	<p>las manifestaciones clínicas de una infección son el resultado de los efectos directos de los microorganismos causales o sus toxinas, la reacción inflamatoria y el daño tisular. (luckmann. P.200)</p>
<p>INTERVENCIÓN No 6 TIPO DE INTERVENCIÓN: MONITORIZACIÓN DE LOS SIGNOS VITALES EN BUSCA DE DATOS DE INFECCIÓN. (NIC 6680)</p> <ul style="list-style-type: none"> - controlar periódicamente presión sanguínea, pulso temperatura y estado respiratorio. - Observar presencia y calidad de los pulsos. - Observar si hay llenado capilar normal (2-3 sg) - comprobar causas posibles de los cambios en los signos vitales. <p>Comprobar periódicamente la precisión de los instrumentos utilizados para la recogida de los datos del paciente.</p>	<ul style="list-style-type: none"> - la monitorización del patrón febril puede ayudar a determinar la causa de la infección. - la taquicardia se debe a la fiebre concomitante que incrementa la demanda de oxígeno y el corazón late con mas rapidez para mejorar el suministro de oxígeno a los tejidos. - La taquipnea es al aumento de la demanda de oxígeno, por cada grado centígrado que sube la temperatura, la frecuencia respiratoria se eleva aproximadamente 20 latidos por minuto. - es posible que la presión arterial se eleve por vasoconstricción. (luckmann p. 200-201)
<p>INTERVENCIÓN No. 6 TIPO DE INTERVENCIÓN. INDEPENDIENTE ❖ REVALORAR NECESIDAD DE SEGURIDAD Y PROTECCIÓN.</p> <ul style="list-style-type: none"> - Se vigila datos de alarma al realizar curación. De herida quirúrgica. - Se orienta a cuidador primario sobre lavado correcto de manos. 	

EVALUACIÓN:

Durante la rotación en el servicio se contó con el material y equipo necesario para la realización de los procedimientos encaminados a la prevención de infecciones, además el cuidador primario se mostró en la mejor disposición para apoyar con su técnica de lavado de manos, el personal a cargo del paciente se mostró con la disponibilidad para dicha valoración.

Durante el tiempo que se roto por el servicio, se realizó curación de herida quirúrgica diaria por el turno matutino, se hicieron anotaciones sobre características de esta en hoja de Enfermería y al final no se observaron datos de infección. A la semana se mostró tejido de granulación y a las 2 semanas se muestran datos de cicatrización a lo cual el médico comenta que la herida esta fuera de posible infección.

NECESIDAD DE MOVIMIENTO Y POSTURA.

DIAGNÓSTICO:

- ❖ Riesgo de síndrome de desuso relacionado con tiempo prolongado de reposo en cama.

FECHA DE IDENTIFICACIÓN: 6 OCTUBRE 2006.

TIPO DE DIAGNÓSTICO: DE RIESGO

NIVEL Y GRADO DE DEPENDENCIA DE RIESGO. Nivel 3, parcial transitoria

FUENTES DE LA DIFICULTAD.

- **DE FUERZA.** Muestra buen tono muscular.
- **DE CONOCIMIENTOS.** La mamá no sabe si el internamiento tendrá repercusiones en su desarrollo.
- **DE VOLUNTAD.** Axel se muestra renuente al intentar realiza ejercicios.

ROL DE ENFERMERÍA. De ayuda

TIPO DE PRIORIDAD. MEDIA.

OBJETIVO.

- ❖ El paciente mantendrá el movimiento articular, el tamaño y la fuerza muscular mediante terapia física durante el tiempo que dure el reposo en cama.

<p>8- Las articulaciones anatómicas deben mantenerse en ligera flexión. La extensión prolongada origina la tensión y distensión muscular indebida.</p> <p>9- Los cambios de posición deberán ser con frecuencia cuando menos cada 2 horas.</p> <p>10- La presión prolongada en una área de la piel puede causar alteraciones.</p> <p>11- Todos los pacientes necesitan ejercicios diarios, a menos que estén contraindicados médicamente.</p> <p>12- Cuando un paciente cambia de posición, las articulaciones deben moverse en toda su extensión.</p>	<p>progresos del paciente (Dorothy Enfermería Práctica p.697)</p>
<p>INTERVENCIÓN No. 2 TIPO DE INTERVENCIÓN: INTERDEPENDIENTE. ❖ TERAPIA DE EJERCICIOS: MOVILIDAD ARTICULAR. (nic 0224)</p> <ul style="list-style-type: none"> - Determinar las limitaciones del movimiento articular y actuar sobre su función. - Colaborar con el fisioterapeuta en el desarrollo y ejecución de un programa de ejercicios. - Vestir al paciente con prendas cómodas. - Proteger al paciente de traumas durante el ejercicio. - Ayudar al paciente a colocarse en una posición cómoda para el movimiento articular pasivo. - Proporcionar al alta instrucciones escritas sobre los ejercicios y fomentar la deambulación cuando resulte oportuno. <p>1- CUELLO</p> <ul style="list-style-type: none"> ⇒ EXTENSIÓN – FLEXIÓN. El paciente debe estar en decúbito supino y sin almohada. Sosténgale la nuca con la mano y la barbilla con la otra. Para efectuar la extensión, dóblele el cuello hacia atrás, de modo que mire hacia el techo; para la flexión, hágale la cabeza hacia delante, de modo que el cuello se flexione y la barbilla se dirija al pecho. En condiciones ideales. ⇒ FLEXIÓN LATERAL. Agarrar la cara poniéndole las manos por ambos lados. Inclinarle la cabeza acercando la oreja derecha al hombro respectivo, y lentamente de regreso hacia el hombro izquierdo. ⇒ ROTACIÓN. Ponerle las manos en la misma posición y girar a la derecha e izquierda como si se mirara el hombro. <p>2- PARA LOS HOMBROS</p> <ul style="list-style-type: none"> ⇒ EXTENSIÓN – FLEXIÓN. Colocar al paciente en decúbito prono o lateral, tomar el brazo con la palma dirigida hacia el cuerpo. Ponerle la mano debajo del codo y tomar la muñeca con la otra. Manteniéndole recto el codo, levantarle el brazo hasta la oreja. Si es necesario, dóblele el codo para que el antebrazo suba más allá de la cabeza. ⇒ ABDUCCIÓN – ADUCCIÓN VERTICALES. Se parte de la misma posición inicial de la anterior. Tomar el brazo hacia fuera, 	<p>Los ejercicios pasivos de amplitud completa, que se emplean para mover las articulaciones del paciente hasta donde sea posible dentro de su arco de movimiento máximo, mejoran o conservan la movilidad articular y ayudan a prevenir contracturas (Smith y Young, p.398)</p>

manteniéndolo en el mismo plano del cuerpo. Regresarlo al costado y dirigirlo, atravesando la línea media, hasta el otro brazo. Para alcanzar el arco máximo de movimiento, rotar hacia fuera el brazo por el hombro, llévelo hacia la oreja y regréselo a la posición inicial.

⇒ ABDUCCIÓN – ADUCCIÓN HORIZONTALES. Acomodar el brazo en abducción vertical y luego doblarle el codo. Tomar el codo con una mano y la muñeca con la otra. Llevar el brazo por delante del cuerpo hasta que la mano toque el hombro contrario.

⇒ ROTACIÓN INTERNA – EXTERNA. Colocar el brazo en abducción horizontal. Con una mano tomar la muñeca y con la otra el codo, flexionando en ángulo recto. Manteniendo el hombro en un ángulo de 90° en relación con el colchón, bajar suavemente el antebrazo hasta que la palma toque la cama (rotación interna). Vuelva a la posición inicial con suavidad el antebrazo hacia el colchón hasta que el dorso de la mano alcance a tocar el lecho (rotación externa).

3- EJERCICIOS PARA EL CODO

⇒ EXTENSIÓN – FLESIÓN. Póngale al costado con la palma hacia arriba (extensión). Tomar la muñeca para que la mano no cuelgue. Manteniendo el brazo sobre la cama, levántele la mano hacia el hombro (flexión).

4- EJERCICIOS PARA EL ANTEBRAZO.

⇒ SUPINACIÓN – PRONACIÓN. Estando el brazo extendido en posición natural, levántele la mano en el aire manteniendo el codo sobre la cama. Tome la muñeca con una mano y la mano con la otra. Gírele la mano hasta que la palma quede hacia arriba (supinación).luego, regrésela hacia abajo (probación).

5- EJERCICIOS PARA LA MUÑECA.

⇒ EXTENSIÓN-FLEXIÓN. Teniendo el brazo en la misma posición inicial de los ejercicios para el antebrazo, dóblele la mano hacia atrás en dirección a la cara dorsal del antebrazo (extensión) ; después diríjasela hacia delante (flexión).

⇒ Flexión lateral. Partiendo de la misma posición inicial del ejercicio anterior agítele las manos hacia los lados.

⇒ Circunducción parte de la misma posición inicial del ejercicio previo y consiste, en un movimiento circular de la mano.

6- EJERCICIOS PARA LOS DEDOS DE LAS MANOS

⇒ EXTENCION-FLEXION. Manténgale el brazo en la misma posición que para los ejercicios del antebrazo .Tome la palma y la muñeca con una

mano, y con la otra enderécela suavemente los dedos (extensión). A continuación, póngale la mano en el dorso de los dedos y dóblese los con suavidad para que empuñe la mano (flexión). Repita estos dos movimientos en cada dedo, flexionando individualmente cada articulación.

⇒ ABDUCCIÒN-ADUCCIÒN. Partiendo de la misma posición inicial del ejercicio anterior, sepárele dos dedos contiguos (abducción). Repetir en todos los dedos.

⇒ CIRCUNDACIÒN DEL PULGAR. Comienza en la misma posición inicial que el de la extensión- flexión, y supone hacerle círculos con el dedo.⁶⁴

7- EJERCICIÒN PÀRA CADERA Y RODILLA.

⇒ EXTENSIÒN – FLEXIÒN. Teniendo el paciente el miembro inferior bien apoyado sobre la cama en la extensión natural, colocar una mano bajo el tobillo y la otra bajo el hueco popíteo. Doblar la cadera y rodilla hacia el pecho, sacando la mano del hueco popíteo para permitir la flexión completa de la rodilla.

⇒ ABDUCCIÒN – ADUCCIÒN. Poner las manos bajo el tobillo y el hueco popíteo. Mover la pierna hacia fuera alejándola de la contraria (abducción) y luego regresarla cruzándola sobre la otra (aducción).

⇒ ROTACIÒN INTERNA – EXTERNA. Teniendo al paciente bien apoyado el miembro inferior, agarrar por la cara dorsal de arriba del tobillo y de la rodilla. Hacerlo girar hacia la línea media (rotación interna) y luego en sentido opuesto (rotación externa).

8- EJERCICIOS PARA EL TOBILLO

⇒ DORSIFLEXIÒN – FLEXIÒN PLANTAR. Colocar una mano debajo del talón y otra sobre la prominencia de por debajo de los dedos. Empujar el pie hacia la cabeza y hágale el talón hacia atrás (dorsiflexión). enseguida pase la mano sobre la prominencia a la cara dorsal. Tire del pie hacia la cama y empuje el talón hacia atrás.

⇒ CIRCUNDUCCIÒN. Meter la mano debajo del tobillo y agarrar el pie con la otra. Manipular el tobillo con un movimiento circular.

9- EJERCICIOS PARA EL PIE.

⇒ INVERSIÒN – EVERSIÒN. Manteniendo la misma posición inicial de la Circunducción del tobillo, sostener firmemente este. Girar el pie volteando la planta hacia la línea media (inversión) y luego en sentido opuesto (eversión).

10- EJERCICIOS PARA LOS DEDOS DE LOS PIES

⇒ EXTENSIÒN – FLEXIÒN. Tomar firmemente el tobillo con una mano y doblarle los dedos hacia

<p>la planta con la otra (flexión). Enderezar y estirar los dedos hacia atrás en dirección al dorso (extensión).</p> <p>⇒ ABDUCCIÓN – ADUCCIÓN. Separe dos dedos adyacentes (abducción) y luego júntelos (aducción). Repetir los movimientos con los dedos restantes.⁶⁵</p>	
<p>INTERVENCIÓN No 3 TIPO DE INTERVENCIÓN: INDEPENDIENTE ❖ CAMBIOS DE POSICIÓN PARA PROPORCIONAR BIENESTAR PSICOLÓGICO Y FISIOLÓGICO. (NIC 0840).</p> <ul style="list-style-type: none"> - proporcionar un colchón firme. - Explicar al paciente que se le va a cambiar de posición y el porque el cambio continuo de posición. - Cvolocar en posición terapéutica adecuada. - Incorporar en plan de cuidados la posición preferida del paciente al dormir. - Colocar en posición de alineación corporal mínimo una vez por turno. - Colocar en una posición que evite tensiones sobre la herida. - Elevar la cabecera de la cama. 	
<p>INTERVENCIÓN No 4. TIPO DE INTEVENCIÓN INDEPENDIENTE ❖ REVALORACIÓN DE LA NECESIDAD. DE MOVIMIENTO Y POSTURA.</p> <ul style="list-style-type: none"> - Se realizan seguimientos el término del turno y se anotan observaciones en hoja de Enfermería enfatizando en logros obtenidos durante el turno. 	

EVALUACIÓN:

El tiempo que se roto por el servicio de cirugía general fue muy corto para poder llevar a cabo todos los ejercicios, el paciente a principio cooperaba, pero después de un tiempo corto se mostraba irritable al contacto con personas extrañas, quedo pendiente para el momento de su alta , se le motiva para pedir interconsulta con rehabilitación.

Se da cita a rehabilitación al momento de su egreso hospitalario yendo en una ocasión en la cual se da una terapia física y motivando al familiar a que siga con los ejercicios en casa. Se da nueva cita a revisión de ejercicios encasa y para observar

logros pero por consultas con cirugía general y oncología perdió cita en rehabilitación y hasta el momento solo continua con ejercicios proporcionados el primer día. La mamá comenta que el hecho de estar en casa le ha facilitado mucho su progreso, ya que ya camina y realiza más actividades.

NECESIDAD: TERMORREGULACIÓN.

DIAGNÓSTICO DE ENFERMERÍA.

- ❖ Hipotermia relacionada con factores desconocidos, manifestado por temperatura por debajo de los valores normales. (35.5°C)

FECHA DE IDENTIFICACIÓN: 20 OCTUBRE 2006.

TIPO DE DIAGNÓSTICO: REAL.

NIVEL Y GRADO DE DEPENDENCIA.: NIVEL 4 GRADO DE DEPENDENCIA LIGERA TRANSITORIA.

FUENTES DE LA DIFICULTAD.

- **DE FUERZA.** Axel se encuentra irritable cuando lo tocan y muy débil, sin ganas de comer ni jugar.
- **DE CONOCIMIENTOS.** los papas comentan que desconocen porque se encuentra con hipotermia y no saben que hacer ya que por mas que lo cubren no aumenta su temperatura.

ROL DE ENFERMERÍA. De ayuda

TIPO DE PRIORIDAD.: Media

OBJETIVO:

- ❖ El paciente logrará la normotermia mediante intervenciones del personal de enfermería en un lapso de 3 horas.

PLANEACIÓN.

INTERVENCIÓN	FUNDAMENTO
<p>INTERVENCIÓN No. 1 TIPO DE INTERVENCIÓN: INDEPENDIENTE.</p> <ul style="list-style-type: none"> ❖ PROPORCIONAR UN AMBIENTE PROPICIO EN EL ENTORNO DEL PACIENTE PARA LOGRAR LA NORMOTERMIA. (NIC 6480). - Identificar las formas en las que se pierde calor: - Realizar medidas para prevenir pérdida de calor por: - Conducción <ul style="list-style-type: none"> ❖ Calentar previamente las superficies con las que el paciente tendrá contacto. ❖ Calentar previamente, ropa, estetoscopios, protectores calóricos. - Convección <ul style="list-style-type: none"> ❖ Colocar al paciente lejos de corrientes de aire ❖ Planear las intervenciones de modo que se descubra al paciente solo cuando sea necesario - Evaporación <ul style="list-style-type: none"> ❖ Secar al paciente inmediatamente después de bañarlo, utilizar mantas o toallas de preferencia precalentadas para secar su cuerpo lo colocaremos directamente en contacto con el cuerpo de la madre cubriéndolos con ropa de cama calentada. ❖ Calentar las soluciones a utilizar en la piel del paciente. ❖ Calentar y humidificar el oxígeno ❖ Utilizar sábanas que no absorban la humedad y líquidos y puedan estar en contacto con el paciente. - Radiación <ul style="list-style-type: none"> ❖ Mantener al paciente separado de superficies muy frías, y que si estas son frías el se enfriará incluso si es adecuada la temperatura ambiente. - Revisar continuamente la temperatura del paciente cuando este cerca de otra fuente de calor, como la luz solar, lámparas calóricas ya que puede producir efecto invernadero y producir calor excesivo. 	<p>El calor es transferido a la superficie corporal y disipado a partir de ella por cuatro mecanismos: conducción, convección, evaporación y radiación (Tamez Enfermería en la unidad de cuidados intensivos p.30)</p> <ul style="list-style-type: none"> ❖ Conducción. Es la pérdida de calor por contacto directo de un cuerpo con otro. El contacto directo de la piel del recién nacido con superficies u objetos más fríos. Ejemplo: tocar al neonato con las manos frías, con un estetoscopio, ropa, superficies frías ❖ Convección: Implica la pérdida de calor a través del movimiento del aire que pasa por la superficie de la piel. Ocurre cuando se abren las puertas de la incubadora, y se producen corrientes de aire, hay flujo de aire producido por el movimiento de las personas. ❖ Radiación: Es la transferencia del calor corporal hacia superficies frías del ambiente que no están en contacto con el cuerpo. La proximidad de la cuna del recién nacido a una ventana fría o el enfriamiento de las paredes de la cuna facilitan las pérdidas de calor por radiación. ❖ Evaporación: Es la pérdida de calor durante la conversión del estado líquido al estado gaseoso. Ocurre a través de la piel hacia el ambiente y también a través de la mucosa del tracto respiratorio. Por ejemplo cuando el recién nacido está con el cuerpo mojado o en contacto con ropa húmeda. <ul style="list-style-type: none"> - Evitar las exposiciones innecesarias, corrientes, frío. - Ajustar temperatura ambiental adaptada a las necesidades del paciente <p>Controlar la iluminación para conseguir beneficios terapéuticos.</p>
<p>INTERVENCIÓN No. 2 TIPO DE INTERVENCIÓN: INTERDEPENDIENTE.</p>	<p>Debido a la hipotermia puede aparecer apnea, bradicardia y durante el</p>

<p>❖ MONITORIZACIÓN DE LOS SIGNOS VITALES DURANTE EL TURNO. (NIC 6680)</p> <ul style="list-style-type: none"> - Controlar <u>periódicamente</u> presión sanguínea, pulso, temperatura y estado respiratorio. - Observar y registrar signos y síntomas de hipotermia. <p>Cuadro clínico</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Extremidades y tórax fríos. ▪ Intolerancia alimentaria debido a la disminución de la movilidad gastrointestinal (aumento de residuos, vómitos, distensión abdominal y dificultad para la succión). ▪ Letargo ▪ Llanto débil ▪ Cambios de coloración en la piel (pálida o cianótica) ▪ Irritabilidad ▪ Apnea y bradicardia <ul style="list-style-type: none"> - Dificultad respiratoria - Observar la presencia y calidad de los pulsos. - Observar <u>periódicamente</u> el color, temperatura y la humedad de la piel.. - Observar signos de cianosis - Observar llenado capilar. - Monitorear el cuadro respiratorio: saturación de oxígeno, gasometría arterial, retracciones <ul style="list-style-type: none"> - Monitorear los valores de bilirrubina. - <ul style="list-style-type: none"> - Medir y registrar la glucosa una vez por turno hasta la estabilización de la temperatura. 	<p>calentamiento hipotensión</p> <p>La hipotermia ocurre cuando la temperatura axilar es inferior a 36.5°C , cuanto más baja es la temperatura, más graves son las consecuencias, que ocasionan vasoconstricción como respuesta al frío.</p> <p>La hipotermia produce vasoconstricción, como una forma que tiene el organismo para controlar la pérdida de calor, aumenta el consumo de oxígeno, disminuyendo su oferta para los tejidos, y genera acidosis metabólica debido al aumento de ácido láctico.(Támez 31)</p> <p>Puede ocurrir hipoxia, debido al aumento de la demanda de oxígeno para la producción de calor y a la disminución en la producción de surfactante, lo cual agrava el estado respiratorio en los casos de síndrome de dificultad respiratoria, en los que el surfactante ya está comprometido.</p> <p>Existe riesgo de Kernicterus incluso con niveles bajos de bilirrubina. Debido a la acidosis, la permeabilidad vascular cerebral está alterada, aumentando el riesgo de pasaje de bilirrubina hacia el tejido cerebral.</p> <p>Puede haber hipoglucemia debido al aumento del consumo de carbohidratos para mantener la temperatura (Tamez Enfermería en la unidad de cuidados intensivos)</p>
<p>INTERVENCIÓN No 3. TIPO DE INTERVENCIÓN: INDEPENDIENTE.</p> <p>❖ REGULAR TEMPERATURA CORPORAL HASTA ALCANZAR LA NORMOTERMIA.</p> <ul style="list-style-type: none"> - Propiciar el calentamiento adicional con cobertores - Comprobar la temperatura corporal al menos cada 2 horas. - Controlar presión sanguínea, pulso y respiración. - Observar el color y la temperatura de la piel. - Favorecer una ingesta nutricional y de líquidos adecuada 	<p>El calentamiento debe hacerse lo más lentamente posible, pues el recalentamiento rápido puede producir vasodilatación periférica y, en consecuencia, hipotensión, esto afectará la perfusión de los órganos vitales, comprometiendo aún más al recién nacido. (Tamez Enfermería en la unidad de cuidados intensivos)</p>
<p>INTERVENCIÓN No 4. TIPO DE INTERVENCIÓN: ❖ VALORACIÓN DE LA NECESIDAD DE TERMORREGULACIÓN.</p>	

- Toma de signos vitales cada 2 horas, en especial temperatura cada media hora y llevar registro en hoja de Enfermería hasta mantener normotermia.	
--	--

EVALUACIÓN.

El personal del servicio se mostró accesible para iniciar los cuidados necesarios para lograr la normotermia en el paciente. Al principio el cuidador primario se mostró muy inquieto por el estado de su paciente pero después se mostró más accesible. Se logró la normotermia con elementos adicionales. (cobertores y lamparas). En el servicio se contó con el material y equipo necesario para facilitar el registro y los cuidados necesarios con el paciente. Las instalaciones facilitaron las intervenciones ya que la cuna del paciente se encontraba junto a la ventana lo que facilitaba que los rayos solares nos ayudaran a lograr la normotermia.

DESCANSO Y SUEÑO

DIAGNÓSTICO:

- ❖ Deterioro del patrón del sueño: sueño interrumpido, relacionado con procedimientos terapéuticos manifestado por temblores de pies y manos ante ruidos altos y presencia de personas extrañas que hacen que se vuelva irritable

FECHA DE IDENTIFICACIÓN: 2 noviembre 2006

TIPO DE DIAGNÓSTICO: Real

NIVEL Y GRADO DE DEPENDENCIA: Nivel 4, parcial transitorio.

FUENTES DE LA DIFICULTAD.

- **DE FUERZA:** física: tiene poco tiempo de su cirugía y se encuentra con dehiscencia de herida por lo que le imposibilita adoptar posiciones cómodas.

- **DE VOLUNTAD.:** se encuentra en una actitud de enojo por el ambiente hospitalario en el que se encuentra.

ROL DE ENFERMERÍA. De ayuda

TIPO DE PRIORIDAD. Alta.

OBJETIVO:

- ❖ El paciente recuperara su patrón de sueño habitual, durmiendo de 8-10 horas cada noche y realizando una siesta durante el día a través un plan de intervenciones que se llevara a cabo durante su hospitalización.

PLANEACIÓN

INTERVENCIÓN	FUNDAMENTO
<p>INTERVENCIÓN No 1. TIPO DE INTERVENCIÓN: INDEPENDIENTE.</p> <ul style="list-style-type: none"> ❖ PROCURAR UN MANEJO AMBIENTAL PROPICIO PARA FACILITAR SUEÑO PROFUNDO A LA HORA DE LA SIESTA Y POR LA NOCHE (NIC 6480) <p>- Crear un ambiente seguro para el paciente.</p> <ul style="list-style-type: none"> + Reducir o eliminar la iluminación de la cabecera; proporcionar una luz de noche como por ejemplo las del corredor. + Mantener bajo el volumen de las conversaciones necesarias entre el personal, realizar los informes de Enfermería u otras discusiones en una zona separada de las habitaciones de los pacientes + Asegurar que todos los carros con ruedas estén funcionando correctamente (estén bien engrasados). + realizar solo las tareas de Enfermería esenciales durante las horas de sueño. <p>- Identificar las necesidades de seguridad del paciente enfocando a las que no alteren demasiado su patrón de sueño habitual. (toma de signos vitales, curación de catéter, administración de medicamentos vía oral)</p> <p>- Disminuir los estímulos ambientales lo más posible en el transcurso de la noche.</p> <p>- Controlar o evitar los ruidos indeseables y excesivos lo mas posible.</p> <p>- Controlar la iluminación lo mas posible para evitar sobresaltos</p>	<p>- Una valoración precisa permite a la enfermera y al cliente determinar la naturaleza exacta de la alteración.</p> <p>- La identificación de los posibles causas ayuda a la enfermera y al los familiares planear intervenciones apropiadas para favorecer el sueño.(Kozier 1022)-</p>
INTERVENCIÓN No 2.	- Los niños muestran amplias variaciones en

<p>TIPO DE INTERVENCIÓN: INDEPENDIENTE</p> <ul style="list-style-type: none"> ❖ MEJORAR EL SUEÑO, FACILITAR CICLOS REGULARES DE SUEÑO POR LAS NOCHES Y EN LAS HORAS DE SIESTA. (NIC 1850). <ul style="list-style-type: none"> - Determinar esquema de sueño/vigilia del paciente. - Incluir el ciclo regular de sueño/vigilia en una planificación de cuidados. - Observar y registrar el esquema y número de horas de sueño del paciente. - Comprobar el esquema de sueño del paciente y observar las circunstancias físicas (dolor, molestias) y/o psicológicas (miedo o ansiedad) que interrumpan el sueño. - Controlar la participación en actividades que causan fatiga durante su vigilia para evitar cansancio en exceso. 	<p>cuanto a la cantidad y la distribución del sueño (Cureton_Lane y Fontaine 1997)</p> <table border="1" data-bbox="886 281 1435 537"> <thead> <tr> <th>EDAD</th> <th>HORAS DE SUEÑO</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>Recien nacido</td> <td>16 hr</td> </tr> <tr> <td>12 meses</td> <td>10hr, 3hr siesta.</td> </tr> <tr> <td>24 meses</td> <td>11 hr., 2 hr siesta.</td> </tr> <tr> <td>4 años</td> <td>10.5 hr.</td> </tr> <tr> <td>7 años</td> <td>10 hr.</td> </tr> <tr> <td>12 años</td> <td>9 hr</td> </tr> <tr> <td>16 años.</td> <td>8hr.</td> </tr> </tbody> </table> <ul style="list-style-type: none"> - El sueño, una función protectora en todos los organismos, permite reparar y recuperar los tejidos después de la actividad. Durante el sueño se secreta una hormona que se encarga y promueve el crecimiento óseo de los tejidos blandos: hormona del crecimiento (GH). Como en muchos otros aspectos del desarrollo, se da una amplia variación individual en cuanto a la cantidad y distribución del mismo en las distintas edades. (Whaley & Wong, 56-57, 925) - El sueño afecta el crecimiento y desarrollo de los niños, así como el conjunto de la unidad familiar. - A medida que el niño va madurando, el número de horas que pasa dormido disminuye, y se produce un cambio en la calidad del sueño. El sueño en un lactante se caracteriza por ser profundo y tranquilo el 50% del tiempo, frente a un 80% del tiempo en un niño mayor (Wong) <p>(Diagnósticos de Enfermería ,Carpenito)</p>	EDAD	HORAS DE SUEÑO	Recien nacido	16 hr	12 meses	10hr, 3hr siesta.	24 meses	11 hr., 2 hr siesta.	4 años	10.5 hr.	7 años	10 hr.	12 años	9 hr	16 años.	8hr.
EDAD	HORAS DE SUEÑO																
Recien nacido	16 hr																
12 meses	10hr, 3hr siesta.																
24 meses	11 hr., 2 hr siesta.																
4 años	10.5 hr.																
7 años	10 hr.																
12 años	9 hr																
16 años.	8hr.																
<p>INTERVENCIÓN No 4.</p> <p>TIPO DE INTERVENCIÓN: INDEPENDIENTE</p> <ul style="list-style-type: none"> ❖ CAMBIO DE POSICIÓN CON EL FIN DE PROPORCIONAR UNA MAYOR RELAJACIÓN A LA HORA DE DORMIR (NIC 0840) <ul style="list-style-type: none"> - Incorporar en el plan de cuidados la posición preferida del paciente para dormir. - Fomentar la realización de ejercicios pasivos para relajación antes de dormir para facilitar sueño profundo. 	<p>Desde hace muchos años la posición para dormir de los bebés constituye el motivo de preocupación para los padres. Además de controlar que duerma boca arriba o de costado es recomendable que por sobretodo al principio toque con sus pies el borde inferior de la cuna y su cuerpo se encuentre cercano a una de las paredes de la misma, ya que dicha práctica le da sensación de protección.</p> <p>(http://www.zonapediatrica.com/mod-htmllpages-display-pid-543.html)</p>																
<p>INTERVENCIÓN No 5.</p> <p>TIPO DE INTERVENCIÓN: INDEPENDIENTE</p> <ul style="list-style-type: none"> ❖ DISMINUCIÓN DE LA ANSIEDAD,(NIC 5820) <ul style="list-style-type: none"> - Explicar todos los procedimientos, incluyendo las posibles sensaciones que se han de experimentar durante el procedimiento. - Crear un ambiente que facilite la confianza. - Observar si hay signos verbales y no verbales de 	<p>El ambiente puede favorecer o dificultar el sueño en un ambiente extraño, con frecuencia resulta difícil dormir la 1era noche o alguna mas, una buena ventilación es esencial</p>																

<p>ansiedad.</p>	<p>para un sueño reparador, el tamaño, la firmeza y la posición de la cama pueden afectar la calidad del sueño, las camas de hospitales son a menudo más pequeñas y más duras que las del hogar.</p> <p>Estrés. Quizás la causa más común de la falta de descanso es la ansiedad sobre los problemas pequeños o grandes una persona despierta se preocupa y las preocupaciones aumentan a medida que se pierde el sueño. (Potter/Perry, 1273-1280)</p>
<p>INTERVENCIÓN No 6. TIPO DE INTERVENCIÓN: INTERDEPENDIENTE ❖ UTILIZAR LA MUSICOTERAPIA PARA FACILITAR EL SUEÑO (NIC 4400).</p> <ul style="list-style-type: none"> - Determinar el interés del paciente por la música. - Determinar el interés del individuo por la música. - Informar al familiar sobre el propósito de la experiencia musical. - Limitar los estímulos extraños (por ej. Luces, sonidos, visitas, teléfono). - Proporcionar disponibilidad de cintas/discos compactos de música y equipo que se encuentran en buen estado. - Asegurarse de que el volumen sea adecuado, pero no demasiado alto. <p><u>Insomnio:</u></p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Nocturnos de Chopin (op. 9 n.º 3; op. 15 n.º 22; op. 32 n.º 1; op. 62 n.º 1) 2. Preludio para la siesta de un Fauno de Debussy 3. Canon en Re de Pachelbel 	<p>La musicoterapia es el uso de la música y/o elementos musicales (sonido, ritmo, melodía y armonía) con un individuo (o grupo de personas) en un proceso diseñado (con una metodología y objetivos a desarrollar), para satisfacer sus necesidades físicas, emocionales, sociales y cognitivas, desarrollando su potencial y/o reparando funciones del individuo, con el fin de alcanzar su integración inter e intrapersonal.</p> <p>La musicoterapia combinada con técnicas de relajación es una fórmula muy beneficiosa para la prevención y localización de posibles problemas tanto a nivel infantil, como social o familiar.</p> <p>Se trabaja de forma lúdica a través de la música para:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Consigue estados de relajación en el cuerpo. • Relación con su entorno • El comportamiento del niño en situaciones de estrés • Identificación de emociones
<p>INTERVENCIÓN No. 7 TIPO DE INTERVENCIÓN. INDEPENDIENTE ❖ VALORACIÓN DE LA NECESIDAD CADA 24 HORAS.</p> <ul style="list-style-type: none"> - Se iniciaran las intervenciones explicando al familiar el motivo y los objetivos que se tratan de alcanzar, se valorará cada 24 horas los logros obtenidos durante nuestras intervenciones y se llevará un registro de los cambios observados. 	

EVALUACIÓN:

Las instalaciones por las actividades y el tipo de pacientes que se encuentran hospitalizados no son muy adecuadas, ya que se encuentran en constante movimiento, no se pudo realizar el plan ya que una de los factores mas importantes que dificultaron la realización de este fueron las condiciones en las que se encuentra Axel. No puede tener mucho movimiento ya que sus condiciones de salud en estos momentos no se lo permiten (cirugía reciente).

APRENDIZAJE

DIAGNÓSTICO:

- ❖ Retraso en las habilidades motoras relacionado con falta de estimulación fisicomotora manifestado por retraso o dificultad para realizar las habilidades motoras, sensoriales.

FECHA DE IDENTIFICACIÓN: 30 diciembre 2006.

TIPO DE DIAGNÓSTICO: Real.

NIVEL Y GRADO DE DEPENDENCIA: Nivel 4, dependencia total transitoria.

FUENTES DE LA DIFICULTAD.

- **DE FUERZA:** fisica al intentar realizar actividades fisica.
- **DE CONOCIMIENTOS:** Por parte de la mama por desconocer actividades que puede realizar junto con axel.
- **DE VOLUNTAD.**

ROL DE ENFERMERÍA: DE ayuda.

TIPO DE PRIORIDAD: Alta.

OBJETIVO.

- ❖ Axel recuperará sus habilidades motoras de acuerdo a su edad a través de terapias de estimulación temprana en dos meses.

INTERVENCIONES

INTERVENCIONES	FUNDAMENTACIÓN.
INTERVENCIÓN No 1. TIPO DE INTERVENCIÓN: ❖ FOMENTO DEL DESARROLLO: NIÑO.(NIC	- Un entorno óptimo para el aprendizaje facilita éste reduciendo la distracción y proporcionando un bienestar físico y

<p>7050).</p> <ul style="list-style-type: none"> - Desarrollar una relación de confianza con el niño. - Establecer una interacción individual con el paciente. - Identificar las necesidades espaciales del paciente y las adaptaciones necesarias con el entorno (hospitalización). - Desarrollar una relación de confianza con los cuidadores (papás). - Enseñar a los papás los hitos del desarrollo normales y las conductas relacionadas con ellos. - Mostrar a los papás las actividades que promueven el desarrollo. - Facilitar la integración del paciente con personas de la misma edad al momento de su alta hospitalaria y dentro del hospital en lo que sea posible. - Asegurarse de que el lenguaje corporal concuerde con la comunicación oral. - Disponer de actividades que fomenten la integración entre los niños de su misma edad. - Ayudar al paciente a compartir y a establecer relaciones de amistad. - Animar al paciente a que se exprese a través de recompensas o retroalimentaciones positivas por los intentos. - Abrazar o mecer al paciente sobre todo cuando este angustiado. - Establecer la cooperación y no la competencia.- - Ofrecer juguetes o materiales apropiados a la edad del paciente. - Ayudar al paciente a que aprenda habilidades de autoayuda (alimentarse, arreglarse, cepillarse los dientes, lavarse las manos, vestirse) de acuerdo a su edad. - Cantar y conversar con al paciente. 	<p>psicológico. (kozier 414)</p> <ul style="list-style-type: none"> - los pacientes que esten dispuestos a prender a menudo se portan de distinta forma que aquellas personas que no lo están. - Los familiares o amigos íntimos pueden apoyar al paciente a realizar técnicas en casa y conservar los cambios necesarios en su estilo de vida. (kozier 419).
<p>INTERVENCIÓN No. 2. TIPO DE INTERVENCIÓN: INTERDEPENDIENTE.</p> <ul style="list-style-type: none"> ❖ Realizar un programa de estimulación temprana para fomentar su desarrollo físcomotor. - Enseñarle a reconocer el peligro de objetos tanto en el medio hospitalario (lámparas, tripies), como en casa al darlo de alta (escaleras, objetos de virio, estufas). - Guarde los objetos del niño en una bolsa o caja. Vaya acostumbandolo poco a poco a recoger y guardas sus pertenencias después de que alla jugado. Su hijo ya reconoce las cosas que le pertenecen. Un buen ejercicio es pedirle que busque su ropa cuando va a vestirlo. - Su niño necesita de acuerdo a sus posibilidades una buena descarga física, pues tiene muchas energías. Llevelo a correr, jugar en la plaza. Muchas veces resultará brusco, incluso al tratar con otros niños, aun o controla muy bien sus movimientos. 	<ul style="list-style-type: none"> - Debe existir para cada niño, a pesar de las dificultades que presente, un estímulo que favorezca su desarrollo integral. El estímulo, es el alimento necesario para lograr una actividad psicomotriz que permite organizar y desarrollar el sistema nervioso. El terapeuta debe elegir los adecuados para lograr una actividad psicomotriz que permite organizar y desarrollar el sistema nervioso. (Susana matas 26)

Enséñele a cuidarse y a no dañar a los demás.

- Ofrecer siempre juguetes sencillos. Trate de que no sean de cuerda pues el paciente no puede manejarlos solo ni comprende su mecanismo.
- Cuando este haciendo algo, por ejemplo comiendo o jugando, preguntele ¿Qué estas haciendo? , si no responde, nombre usted la acción y que el la repita.
- Cuando le cuente algo observe si utiliza frases detrás palabras ya puede hacerlo, de no ser así, ayúdelo especialmente incorporando el artículo. Cuando lo diga bien, aplaudale sus logros.
- Juegue con su hijo a agacharse y pararse rápidamente varias veces, sin perder el equilibrio.
- Ate una soga a un mueble, sostenga usted el otro extremo. Estimule a su niño para que pase por encima de la misma variando un poco la altura. Luego pídale que pase por debajo y vaya disminuyendo la distancia hasta que deba agacharse.
- Estimúlelo a que practique el subir y bajar escaleras hasta que pueda hacerlo como un adulto, siempre bajo su vigilancia. Recuerde que debe hacerlo en la parte del escalón más cercano a el barandal o la pared para que pueda tomarse si pierde el equilibrio.
- colocar sobre el piso varios objetos distantes entre sí (30 cm. Aproximadamente). Tome a su niño de la mano y paseen juntos por entre medio de los mismos en forma de zigzag.
- Juegue con su hijo a apilar objetos, pueden ser cajitas de fósforos, ya puede apilar 4 o más objetos.
- Aprovechando la hora del baño, dele a su hijo distintos envases y tacitas para que pueda trasvasar agua de un recipiente a otro.
- Armen un tren con 3 cubos, dejelo frente a su hijo y pídale que con otros tres arme uno igual. Una vez terminado, desplazelo sobre la mesa imitando el ruido de la locomotora.
- Coloque una hoja de papel sobre la mesa, asegúrela con adhesivo para que no se mueva, ofrézcale un crayón y estimúlelo a que realice garabatos circulares.

EVALUACIÓN:

- Se contó con el apoyo del personal de Enfermería del servicio de cirugía general para solicitar la interconsulta a rehabilitación, el personal de rehabilitación acudió a valorar a Axel , las instalaciones del servicio permiten iniciar con ejercicios para iniciar tratamiento de rehabilitación, pero Axel fue dado de alta por lo que se da fecha para iniciar tratamiento, la mamá le inicia ejercicios con los cuales a las 3 semanas Axel empieza a caminar y empiezan a verse logros en lo que respecta a movilizaciones.

RECREACIÓN

DIAGNÓSTICO.

- ❖ Alteración de las actividades recreativas, relacionado con hospitalización prolongada, tratamientos frecuentes y largos, manifestado por fascies de aburrimiento, llanto e irritabilidad.

FECHA DE IDENTIFICACIÓN: 16 OCTUBRE 2006

TIPO DE DIAGNÓSTICO: REAL

NIVEL Y GRADO DE DEPENDENCIA. NIVEL 4 Y DEPENDENCIA PARCIAL TRANSITORIA.

FUENTES DE LA DIFICULTAD.

- **DE FUERZA.:** física: se muestra apático e irritable cuando personas extrañas se acercan a el y no se muestra estimulado al intentar la mamá jugar con el.
- **DE VOLUNTAD.** No quiere colaborar con sus familiares a la hora de cantar o cuando se le muestra algún juguete.

ROL DE ENFERMERÍA. De ayuda

TIPO DE PRIORIDAD. Alta

OBJETIVO:

- El paciente mostrará interés por las actividades recreativas que puede realizar durante la hospitalización con la ayuda de la enfermera y su cuidador primario.

PLANEACIÓN

INTERVENCIÓN	FUNDAMENTO
<p>INTERVENCIÓN No 1. TIPO DE INTERVENCIÓN.</p> <ul style="list-style-type: none">❖ UTILIZACIÓN DE LA MUSICOTERAPIA CON EL FIN DE PROPORCIONAR UN AMBIENTE DE RECREACIÓN (NIC 4400)- Definir el cambio de conducta específico y/o fisiológico que se desea.(estimulación)- Determinar el interés del paciente por la música.- Identificar las preferencias musicales del paciente.- Ayudar al paciente a adoptar una posición cómoda.- Limitar los estímulos extraños.- Asegurarse de que el volumen no es demasiado alto.- Evitar dejar la música puesta durante largos periodos.- Evitar música estimulante después de una sesión	<p>La musicoterapia se ofrece en varios niveles de tratamiento:</p> <p><u>Nivel recreativo:</u> destinado a aquellas personas que por su situación actual no requieren de ningún servicio. No se trata de objetivos terapéuticos, por tanto pero sí de interacción social, actividades lúdicas, que sirven para acercar a la persona a la asociación y descubrir posibles déficits que se puedan dar y producir la derivación al profesional correspondiente.</p> <p><u>Nivel principal:</u> en este nivel situamos a aquellas personas con las que sea necesaria la exploración emocional, mejorar la</p>

<p>aguda en la cabeza.</p> <p><u>Depresión:</u></p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Concierto para piano nº5 de Rachmaninov 2. Música acuática de Haendel 3. Concierto para violín de Beethoven 4. Sinfonía nº8 de Dvorak <p><u>Ansiedad:</u></p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Concierto de Aranjuez de Rodrigo 2. Las cuatro estaciones de Vivaldi 3. La sinfonía Linz, k425 de Mozart 	<p>creatividad, mejorar las habilidades sociales y comunicativas, etc.</p>
<p>INTERVENCIÓN No 2.</p> <p>TIPO DE INTERVENCIÓN.</p> <p style="text-align: center;">❖ TERAPIA CON JUEGOS Y ACTIVIDADES. (NIC 4430)</p> <ul style="list-style-type: none"> - Disponer un ambiente tranquilo que este libre de interrupciones. - Dar el tiempo suficiente para permitir un juego efectivo. - Estructurar la sesión de juegos para facilitar el resultado deseado. - Establecer límites a la sesión de juegos. - Discutir las actividades de juegos con la familia. - Permitir que el paciente manipule el equipo de juegos. - Registrar las observaciones realizadas durante la sesión de juegos. <p>Recreación en Lactantes</p> <ul style="list-style-type: none"> - Igual que el RN. - Les agrada que los mezan, que los abracen. - Se les coloca diferentes juguetes musicales. - Proporcionales terapia física a la vez que se les canta o se platica con ellos. - Colocar en su cuna o cama muñecos de peluche - Colocar móviles en las cunas. - Proporcionar un entorno agradable. - Mostrar títeres o marionetas^{.66} - 	<p>El juego es uno de los aspectos más importantes de la vida infantil y una de las herramientas más importantes para tratar el estrés. Es por esto que tenemos que conocer los siguientes conceptos:</p> <p>Recreación: Recrearse es una necesidad para el ser humano; divertirse con una ocupación agradable con el objetivo de obtener un descanso físico y psicológico.</p> <p>Juego: Actividad física o intelectual gratuita cuyo objetivo es el placer que produce.</p> <p>Diversión: Actividades que permiten tranquilidad y placer. (Riopelle, 63)</p> <p>Juego puede ser una de las herramientas más capaces para manejar la asistencia de los niños hospitalizados.</p>
<p>INTERVENCIÓN No 3.</p> <p>TIPO DE INTERVENCIÓN.</p> <p style="text-align: center;">❖ TERAPIA DE ENTRETENIMIENTO. (NIC 5360)</p> <ul style="list-style-type: none"> - Ayudar a explorar el significado personal de las actividades recreativas favoritas. - Incluir al familiar en la planificación de las actividades recreativas. - Tomar en cuenta las precauciones de seguridad. <ul style="list-style-type: none"> • Puede meterse cosas a la boca. • Puede tragar trozos de comida duros o no 	<ul style="list-style-type: none"> - El proporcionar actividades es esencial para el bienestar mental, emocional y social del niño, y lo mismo que sus necesidades de desarrollo, el jugar no se acaba cuando el niño esta enfermo o en el hospital. Por lo contrario, el juego en el hospital tiene muchas funciones. - Por lo general los niños carecen de la energía necesaria para enfrentarse a una actividad exigente. - Funciones del juego en el hospital:

<p>comestibles.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Elegir juguetes resistentes y grandes, sin bordes cortantes ni partes pequeñas separables. <p>- Supervisar las sesiones recreativas. - Comprobar la respuesta emocional, física y social a la actividad recreacional. - Realizar juegos con títeres o marionetas. - Ofrecer juguetes y material que favorezcan el desarrollo de actividades motoras fina y gruesas.</p> <ul style="list-style-type: none"> • A los 18 meses pueden lanzar una pelota con la mano. • Suelta un juguete para volverlo a coger o para escoger uno nuevo y garabatea para mirar a continuación la imagen reproducida. • Las pinturas, los lápices gruesos, el papel ponen en juego la psicomotricidad fina del paciente. • Los juegos de construcción, de diversas formas y tamaños, proporcionan horas de entretenimiento, y en años posteriores, se convierten en objetos útiles para el juego creativo e imaginativo. <p>- Proporcionar objetos con rompecabezas, libros de colorear lápices de colores, pegamento etc. - Realizar lecturas de libros o cuentos</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Produce diversión y causa relajación. • Ayuda al niño a sentirse más seguro en un ambiente extraño. • Reduce algo el estrés de la separación y los sentimientos de nostalgia. • Es un vehículo excelente para liberar tensiones y expresar sentimientos. • Estimula la interacción y el desarrollo de actitudes positivas hacia los demás. • Da una salida expresiva a ideas y aficiones recreativas. • Coloca al niño en un papel activo y le da oportunidad de optar y de controlar. <p>(Whaley & Wong, 572, 573)</p>
<p>INTERVENCIÓN No 4. TIPO DE INTERVENCIÓN.</p> <ul style="list-style-type: none"> ❖ Se evaluará al final del turno los cambios que ha adquirido con respecto a su conducta y se anotarán en un control para evaluar los logros obtenidos en las 8 horas que dure el turno. 	

EVALUACIÓN:

En hospitalización existen diferentes tipos de actividades que los niños pueden realizar dependiendo de el diagnóstico y los cuidados que tienen, se valora el que puedan trasladarse a sitio adaptados para actividades recreativas como son el arca y el solarío, cuando los niños no pueden trasladarse, las voluntarias, el personal del arca llevan actividades a sus servicios para que ellos se entretengan y puedan olvidar un poco en donde están, también reciben visitas de personajes que salen en la televisión y que para los niños son muy importantes, las interrupciones de el personal del equipo de salud hacen que el paciente se muestre irritable y no acepte participar con nosotros, el personal de este servicio nos facilito el tiempo y las instalaciones para realizar nuestras actividades pero no fue posible por el estado de

ánimo que en todo momento presentó Axel por las múltiples interrupciones que se dieron durante la práctica.

REALIZACIÓN

DIAGNÓSTICO:

- ❖ Deterioro de la interacción social relacionado con ausencia de personas significativas en hospitalización (familiares directos, abuelos, tíos, primos), manifestado por observación de malestar en situaciones sociales, informes familiares de cambio de estilo o patrón de interacción.-

FECHA DE IDENTIFICACIÓN: 19 octubre 2006

TIPO DE DIAGNÓSTICO: real.

NIVEL Y GRADO DE DEPENDENCIA: nivel 3, dependencia parcial transitoria.

FUENTES DE LA DIFICULTAD.

- **DE FUERZA:** ya que en el hospital se mostraba renuente, ahora que esta en su casa se muestra mas agradable, pero aun se muestra con un poco de desconfianza.
- **DE VOLUNTAD:** se muestra renuente a personas extrañas.

ROL DE ENFERMERÍA: de ayuda.

TIPO DE PRIORIDAD: Alta

OBJETIVO:

- ❖ Axel mostrará una actitud de bienestar frente al personal de salud y en el momento de regresar a su entorno familiar en casa, mediante técnicas de interacción familiar durante la hospitalización.

INTERVENCIONES:

INTERVENCIONES	FUNDAMENTOS
INTERVENCIÓN No.1. TIPO DE INTERVENCIÓN: INDEPENDIENTE. ❖ APOYO A LA FAMILIA. (NIC 7140) - Asegurar a la familia que al paciente se le brindan los mejores cuidados posibles. - Valorar la reacción emocional de la familia frente a la	- Escuchar atentamente es escuchar de forma activa, usando todos los sentidos, a diferencia de escuchar pasivamente, solo con los oídos. - Durante la fase de trabajo de una relación asistencial, la enfermera, el paciente y el

<p>enfermedad del paciente.</p> <ul style="list-style-type: none"> - Escuchar las inquietudes, sentimientos y preguntas de la familia. - Facilitar la comunicación de inquietudes/sentimientos entre el paciente y la familia o entre los miembros de la misma. - Favorecer una relación de confianza con la familia. - Aceptar los valores familiares sin emitir juicio. - Respetar y apoyar los mecanismos de adaptación utilizados por la familia para resolver problemas. - Asesorar a los familiares sobre las técnicas eficaces adicionales para su propio uso de resolución de problemas. - Proporcionar recursos espirituales, según lo precisen en el hospital. - Incluir a los miembros de la familia junto con el paciente en la toma de decisiones acerca de los cuidados, cuando resulte apropiado. - Animar la toma de decisiones en la planificación de los cuidados del paciente a largo plazo que afecten a la estructura y la economía familiar. - Facilitar oportunidades de visita a los miembros de la familia, según sea posible. 	<p>cuidador primario empiezan a verse uno al otro como individuos únicos. Empiezan a valorar esta autenticidad y se aprecian, comparten un interés común, profundo y auténtico por el bienestar de otra persona, la enfermera ayuda a analizar ideas, sentimientos, y acciones para cumplir con objetivos preestablecidos. (kozier 383).</p>
<p>INTERVENCIÓN No. 2 TIPO DE INTERVENCIÓN: INDEPENDIENTE.</p> <ul style="list-style-type: none"> ❖ FOMENTAR LA IMPLICACIÓN DE TODOS LOS MIEMBROS DE LA FAMILIA EN EL CUIDADO DE AXEL: (NIC 7110) - Establecer una relación personal con el paciente y los miembros de la familia que estarán implicados en el cuidado. - Identificar la capacidad de los miembros de la familia para implicarse en el cuidado del paciente. - Determinar los recursos físicos, emocionales y educativos del cuidador primario. - Identificar la disposición de los miembros de la familia para implicarse con el paciente. - Identificar las expectativas de los miembros de la familia respecto al paciente. - Animar a los miembros de la familia y al paciente a ser asertivos en sus relaciones con el personal de salud. - Observar la estructura familiar y sus roles. - Observar la implicación de los miembros de la familia en el cuidado del paciente. - Favorecer los cuidados por parte de los miembros de la familia durante su hospitalización. - Facilitar la comprensión de aspectos médicos del estado de salud del paciente a los miembros de la familia. - Reconocer los síntomas físicos relacionados con el estrés de los miembros de la familia: <ul style="list-style-type: none"> o Llanto. o Nauseas. o Vómito. 	<ul style="list-style-type: none"> - Sólo mediante la unión de todos se conseguirá mejorar la condición de el paciente y, en consecuencia, hacer que las familias vivan esta realidad como un problema pero nunca como una tragedia. - La familia es el principal recurso para responder a las necesidades propias y las de su familiar enfermo. Porque la familia no es sólo un grupo pasivo demandante y receptor de apoyos y recursos. También constituye el principal recurso para responder a las necesidades de todos sus miembros. - La familia constituye un referente para el proceso de integración de su paciente. Tanto en el entorno más próximo, como en una reivindicación social, no tiene sentido demandar actitudes positivas, - En tercer lugar, y precisamente por ese papel esencial que la familia juega, sus componentes, padres y hermanos, constituyen a su vez un objetivo de atención. La orientación a la familia supone compartir sus preocupaciones. De hecho, una asociación es un espacio para compartir esas preocupaciones. (kozier 296)

<ul style="list-style-type: none"> ○ Estado de distracción. - Identificar la percepción por parte de los miembros de la familia de la situación y los sucesos desencadenantes, sentimientos del paciente y conductas del paciente. - Identificar otros factores relacionados con el estrés sobre la situación para los miembros de la familia. - Animar a la familia a que se centre en cualquier aspecto positivo de la situación del paciente. - Identificar las dificultades del afrontamiento del paciente junto con los miembros de la familia. - Identificar las capacidades y habilidades del paciente junto con los miembros de la familia. - Informar a los miembros de la familia de los factores que pueden mejorar el estado del paciente. - Animar a los miembros de la familia a mantener relaciones familiares. 	
<p>INTERVENCIÓN No 3 TIPO DE INTERVENCIÓN: INDEPENDIENTE.</p> <ul style="list-style-type: none"> ❖ FOMENTAR LA NORMALIZACIÓN FAMILIAR PARA LA INTEGRACIÓN DE AXEL A SU ESTILO DE VIDA PREVIO A SU ENFERMEDAD. (NIC 7200). - Fomentar el desarrollo de la integración del niño en el sistema familiar sin que el paciente se convierta en el centro de la familia. - Ayudar a la familia a que vea al niño afectado primero como un niño, en lugar de como a una persona enferma crónica o con discapacidad. - Dar la oportunidad al niño para que tenga experiencias normales a su etapa de desarrollo. - Fomentar la interacción con otros niños sanos. - Animar a los padres a que hagan parecer al paciente los mas sano posibles. - Establecer las adaptaciones necesarias para acomodar las limitaciones del niño, para que pueda participar en actividades normales propias de su edad. - Animar a los padres a que dispongan de tiempo para el cuidado de sus necesidades personales. - Animar a la familia a mantener una red social y un sistema de apoyo habituales. - Animar a la familia a mantener los hábitos, rutinas y rituales normales. 	<ul style="list-style-type: none"> - La familia es la unidad básica de la sociedad. Se ha producido un resurgir del interés sobre la unidad familiar y su impacto en la salud, los valores y la productividad de cada uno de los miembros de la familia. - Las enfermeras comprometidas en el cuidado centrado en la familia involucran tanto al individuo enfermo como a la familia en el proceso de Enfermería. Las enfermeras pueden proporcionar apoyo e información mediante la interacción con las familias. Se aseguran que no solo el individuo, sino también cada uno de los miembros de la familia comprende la enfermedad, su tratamiento y el efecto de estos dos factores sobre el funcionamiento de la familia.(kozier 300)
<p>INTERVENCIÓN No.5 TIPO DE INTERVENCIÓN: INDEPENDIENTE.</p> <ul style="list-style-type: none"> ❖ TERAPIA FAMILIAR. (NIC 7150). - Compartir el plan de terapia con .la familia. - Determinar el rol habitual del paciente dentro del sistema familiar. - Estudiar los límites familiares como forma de intentar cambiar la distancia con los demás miembros de la familia no implicados directamente en el cuidado del niño. 	<ul style="list-style-type: none"> - Al valorar la disposición y la capacidad de la familia para proporcionar un cuidado mantenido bajo la supervisión en el hogar se cumplen los objetivos para la reintegración del paciente a la sociedad en compañía de sus seres queridos. - Se les da a las familias la oportunidad de demostrar su capacidad para proporcionar cuidados bajo la guía y apoyo de la enfermera. Las enfermeras y las familias al trabajar conjuntamente, pueden crear medios que restablezcan o reorganicen el

	funcionamiento de la familia durante su enfermedad y a lo largo de todo el proceso de recuperación. (kozier 301).
INTERVENCIÓN No. 6 TIPO DE INTERVENCIÓN: INDEPENDIENTE. ❖ AUTOEVALUACIÓN: - Se realizarán al término de cada semana visitas domiciliarias con el fin de observar el comportamiento de Axel , sus papás y demás familiares para valorar la interacción de todos en conjunto y de cómo esto ayuda a el bienestar del paciente.	

EVALUACIÓN:

La mamá de Axel comenta que a partir de que fue dado de alta, sus relaciones tanto como papás, y con sus familiares se vieron beneficiadas, ya que tanto Axel, como ellos se habían distanciado mucho por que ellos requerían quedarse en el hospital, se tuvo apoyo por parte de los papas de Axel para valorar los cambios obtenidos en esta necesidad, ya que dentro del hospital nos fue un poco difícil realizar las actividades planeadas por falta de tiempo y por el estado de salud de Axel ya que no tenia permitido tener muchas visitas por riesgo infecciones. A `partir de que Axel es dado de alta, este queda en un nivel 1 de independencia.

COMUNICACIÓN

DIAGNÓSTICO:

- ❖ Deterioro de la comunicación verbal y no verbal relacionado con barreras psicológicas (falta de estímulos), manifestado por negativa voluntaria a expresarse.

FECHA DE IDENTIFICACIÓN: 20 noviembre 2006.

TIPO DE DIAGNÓSTICO: Real

NIVEL Y GRADO DE DEPENDENCIA: Nivel 3.

FUENTES DE LA DIFICULTAD.

- **DE FUERZA:** por su diagnóstico y el estado de salud en el que se encuentra solo pueden estar con el sus papás, no puede recibir muchas visitas (no puede haber mucha afluencia de personas)

- **DE VOLUNTAD:** no quiere hablar ni con sus papás, se muestra renuente tanto con sus papas, como con el personal del equipo de salud.

ROL DE ENFERMERÍA: de ayuda.

TIPO DE PRIORIDAD: alta.

OBJETIVO:

- ❖ Axel entablará una comunicación acorde a su edad (1ª 9/12) con sus padres , familiares y personal de salud, a través de actividades que se implementaran mientras se encuentre hospitalizado.

PLANEACIÓN:

INTERVENCIÓN	FUNDAMENTO
<p>INTERVENCIÓN No. 1 TIPO DE INTERVENCIÓN: INDEPENDIENTE. ❖ ENTABLAR CONTACTO FISICO CON AXEL DURANTE SU HOSPITALIZACIÓN.(NIC 5460).</p> <ul style="list-style-type: none"> - Dar un abrazo de afirmación. - Colocar el brazo alrededor de los hombros del paciente. - Coger la mano del paciente para dar apoyo emocional. - Golpear suavemente la espalda en sincronía con la respiración del paciente. - Averiguar las acciones comunes de los padres utilizadas para aliviar y calmar al niño. - Animar a los padres a tocar a su hijo. - Animar a los padres a que den un masaje a su hijo. 	<ul style="list-style-type: none"> - La comunicación se lleva a cabo, habitualmente, de dos modos: verbal y no verbal. La comunicación verbal utiliza palabras habladas y escritas; la comunicación no verbal utiliza otras formas, como gestos o expresión facial y el tacto. Si bien es cierto que ambos tipos de comunicación tienen lugar al mismo tiempo, la mayoría de la comunicación (algunos dicen que el 80 al 90%) es no verbal. - Las manos son muy expresivas. Pueden comunicar sentimientos en cualquier momento. Proporcionar formas apropiadas de tacto que refuercen los sentimientos afectuosos. Puesto que el contacto directo varía considerablemente entre individuos, familias y culturas, la enfermera tiene que ser sensible a las diferencias en actitudes y prácticas del paciente y de si mismo. (Kozier 399).
<p>INTERVENCIÓN No 2. TIPO DE INTERVENCIÓN: INDEPENDIENTE. ➤ DISMINUCIÓN DE LA ANSIEDAD. (NIC 5820).</p> <ul style="list-style-type: none"> - Establecer claramente las expectativas del comportamiento del paciente. - Explicar todos los procedimientos, incluyendo las posibles sensaciones que se han de experimentar durante los procedimientos. - Tratar de comprender la perspectiva del paciente sobre una situación estresante. - Permanecer con el paciente para promover la seguridad y reducir el miedo. - Animar a los familiares a permanecer el mayor tiempo posible. - Proporcionar objetos que simbolicen seguridad, por ejemplo, su juguete preferido (peluche, pelota, carrito) - Crear un ambiente que facilite la confianza: 	<ul style="list-style-type: none"> - Los padres tienen que saber que los niños pequeños experimentan una ansiedad de separación aguda, miedo y frustración que acompaña a las ausencias parentales, el abandono es su mayor temor. - Los niños que empiezan a caminar pueden volverse muy ansiosos cuando se les separa de sus padres al ingresar en el hospital. - La regresión puede observarse por el hecho de volver a usar un lenguaje de bebé, el personal de Enfermería puede apoyar a los padres ayudándolos a entender que su comportamiento es normal e indica que los niños están intentando establecer sus posiciones en la familia.(kozier 628)

<p>llamar a el paciente por su nombre y tratarlo con confianza y respeto teniendo la edad que sea, siempre llamarlo por su nombre y explicarle lo que se le va a hacer.</p> <ul style="list-style-type: none"> - Identificar los cambios en el nivel de ansiedad. - Observar si hay signos verbales y no verbales de ansiedad. • las pupilas se dilatan • La producción de sudor (diaforesis) aumenta • El ritmo cardiaco se incrementa. • La piel se torna pàlida. • La presiòn sanguinea se incrementa. 	<ul style="list-style-type: none"> • Para incrementar la percepciòn visual cuando surgen amenazas graves para el cuerpo. • Para controlar la elevaciòn de la temperatura corporal producida por el aumento del metabolismo. • Lo que produce un incremento de la frecuencia cardiaca para transportar. • A causa de la constricciòn de los vasos sanguineos perifericos, un efecto de la noradrenalina.
<p>INTERVENCIÒN No.3 TIPO DE INTERVENCIÒN: INDEPENDIENTE. ➤ ESTAR PRESENTE EN MOMENTOS DE TENSION Y ESTRÉS (NIC 5340).</p> <ul style="list-style-type: none"> - Mostrar una actitud de aceptaciòn. - Comunicar oralmente simpatía o comprensiòn por la experiencia que esta pasando el paciente. - Ser sensible con las tradiciones y creencias del paciente. - Establecer contacto físico con el paciente y familiares. - Establecer una consideraciòn de confianza y positiva. - Estar físicamente disponible como elemento de ayuda. - Permanecer físicamente presente sin esperar respuesta de interacciòn. - Permanecer con el paciente para fomentar seguridad y disminuir miedos. - Reafirmar y ayudar a los padres en su papel de apoyo hacia su hijo. - Permanecer con el paciente y transmitirle sentimientos de seguridad y confianza durante los periodos de ansiedad. 	<ul style="list-style-type: none"> - El compartir las preocupaciones y expresar las emociones pueden reducir los sentimientos del paciente en cuanto a sentirse solo y abrumado por las situaciones estresantes.(kozier 895). - Al proporcionar una presencia reafirmante de la sensaciòn de soledad del paciente se le da apoyo en su afrontamiento de la situaciòn. (kozier 895). - Al transmitir solicitud y comprensiòn, el profesional de Enfermería puede apoyar a reducir el estrés. Una fuente de apoyo para las personas estresadas es el sentimiento de que alguien està preocupado por ellos. Con frecuencia los familiares presisan tiempo para hablar sobre sus preocupaciones y ansiedades, tras lo cual se sienten màs seguros y menos estrasados. (kozier 896).
<p>INTERVENCIÒN No 4. TIPO DE INTERVENCIÒN: INDEPENDIENTE. ➤ TERAPIA DE ENTRETENIMIENTO PARA POTENCIAR SUS CAPACIDADES SOCIALES (NIC5360).</p> <ul style="list-style-type: none"> - Ayudar a explorar el significado personal de las actividades recreativas favoritas.. - Comprobar las capacidades físicas y mentales para participar en actividades recreativas. - Explicar los beneficios de la estimulaciòn para una variedad de modalidades sensoriales. -Comprobar la respuesta emocional, física y social a las actividades recreativas. <p>* proporcionar juguetes adecuados a su edad, incluidos algunos juguetes lo suficientemente desafiantes para motivarle y no tan difíciles que le provoquen un fracaso. (el fracaso intensificara los sentimientos de duda y</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Antes de que puedan aceptarse a si mismos, los niños necesitan sentirse queridos y aceptados. Los adultos pueden demostràrsele tomàndose tiempo para estar con el niño, escucharle, leer, jugar, o simplemente para estar con el. (kozier 870).

<p>vergüenza).</p> <ul style="list-style-type: none"> * Hacer sugerencias positivas en vez de mandar. Evitar crear un clima emocional de negativismo, culpa y castigo. * Dar al niño a elegir entre varias posibilidades, todas seguras; sin embargo, limitar el número de 2 a 3. * Cuando el paciente tenga un cambio de humor, asegurarse que no esta en peligro, y entonces dejarle solo. * Ayudar al niño a desarrollar un control interno, estableciendo y reforzando límites coherentes y razonables. * Elogiar los logros del paciente. 	
<p>INTERVENCIÓN No. 5. TIPO DE INTERVENCIÓN: INDEPENDIENTE. ➤ UTILIZAR TÉCNICAS DE COMUNICACIÓN TERAPÉUTICA.</p> <ul style="list-style-type: none"> - Usar el silencio: usar pasusas o silencio que puedan durar varios segundos o minutos sin que se interponga ninguna respuesta verbal. - Proporcionar pistas generales: Usar afirmaciones o preguntas que a) animen al cliente a expresarse con palabras; b) escojan un tema de conversación; c) faciliten una expresión verbal continua. - Ser concreto y probar: Hacer declaraciones concretas más que generales, y de prueba más que absolutas. - Usar preguntas abiertas: Formular preguntas amplias que inviten o hagan que el cliente analice (elabore, aclare, describa, compare o ilustre) ideas y sentimientos. Las preguntas abiertas solo hacen referencia al tema a tratar e invita a que den respuestas más largas que una o dos palabras. - Usar el tacto: proporcionar formas apropiadas de tacto que refuercen los sentimientos afectuosos. Puesto que el contacto directo varía considerablemente entre individuos, familias y culturas, la enfermera tiene que ser sensible a las diferencias en actitudes del paciente y de sí mismo. 	<p>- las técnicas de comunicación terapéutica facilitan la comunicación y se centran en los problemas del paciente y sus familiares. (kozier 397).</p>
<p>INTERVENCIÓN No 6. TIPO DE INTERVENCIÓN: INDEPENDIENTE. REEVALUACIÓN: Se evaluarán los logros obtenidos cada 3 días con ayuda de los cuidadores primarios, observando el comportamiento de Axel en presencia de sus papas y en presencia del personal de salud llevándose un registro de cada cambio encontrado.</p>	

EVALUACIÓN:

Las instalaciones del servicio en el que se encuentra hospitalizado nuestro paciente no son las mas propicias para llevar a cabo nuestro plan de atención, ya que continuamente Axel es sometido a estudios que requieren de punciones que limitan el contacto con el personal de salud, ya que se siente agredido y en consecuencia se muestra a la defensiva, por parte del personal de salud de dicho servicio se mostró en todo momento con la disposición para que lleváramos a cabo nuestras intervenciones y nuestro plan de actividades, por lo que se llevará a cabo al momento en el que Axel sea dado de alta y se pueda llave a cabo en su domicilio.

OXIGENACIÓN

DIAGNÓSTICO:

- ❖ Riesgo de alteración del patrón respiratorio relacionado con hospitalización prolongada (contacto con factores de riesgo de infecciones intrahospitalarias, reposo prolongado en cama).

OBJETIVO:

- ❖ El paciente mantendrá un patrón respiratorio eficaz durante el tiempo que dure su estancia hospitalaria.

FECHA DE IDENTIFICACIÓN: 4 octubre 2006.

TIPO DE DIAGNÓSTICO: Riesgo

NIVEL Y GRADO DE DEPENDENCIA. Nivel 2.

FUENTES DE LA DIFICULTAD. Se encuentra en independencia

ROL DE ENFERMERÍA. De ayuda.

TIPO DE PRIORIDAD. Alta.

PLANEACIÓN

INTERVENCIÓN	FUNDAMENTO
INTERVENCIÓN No 1 TIPO DE INTERVENCIÓN. ❖ MONITORIZACIÓN DE LOS SIGNOS VITALES. (NIC 6680) - Vontrolar periódicamente presión sanguínea, pulso, temperatura y estado respiratorio. - Controlar periódicamente la frecuencia y ritmo	- La ventilación de los pulmones se consigue a través de la respiración (inspiración o inhalación y espiración o exhalación) . el grado de expansión del tórax durante la ventilación es mínimo con la respiración normal, pero puede alcanzar capacidades máximas durante la actividad muy intensa.

<p>respiratorios (profundidad y simetría).</p> <ul style="list-style-type: none"> - Controlar periódicamente sonidos pulmonares. - Observar si se producen esquemas respiratorios anormales (Cheyne-Stokes, Kussmaul, Biot, apneustico, atáxico y suspiros excesivos) - Observar periódicamente el color, temperatura y la humedad de la piel. - Observar su hay presencia de cianosis distal o periferica. - Observar llenado capilar. - Comprobar periódicamente la precisión de los instrumentos utilizados para la recogida de los datos del paciente. 	<ul style="list-style-type: none"> - La hiperventilación suele deberse a un aumento de la frecuencia y profundidad de las respiraciones. Un tipo particular de la hiperventilación que acompaña a la acidosis metabólica es la respiración de kussmaul, mediante la cual el organismo intenta compensar (eliminar el exceso de ácidos del organismo) - Respiración de Cheyne_Stokes: ascenso y descenso rítmicos muy marcados de las respiraciones, desde respiraciones muy profundas a muy superficiales y apnea temporal (cese de la respiración); algunas de las causas más frecuentes son insuficiencia cardíaca congestiva, aumento de la presión intracraneal y sobredosis de fármacos. - Respiración apneústica: boqueada inspiratoria prolongada seguida de una espiración muy corta, habitualmente insuficiente; asociada a trastornos del sistema nerviosa central. - Respiración de biot: respiraciones superficiales interrumpidas por apnea; pueden verse en personas sanas y en clientes con trastornos del sistema nervioso central. (kozier 1195, 1200)
<p>INTERVENCIÓN No 2. TIPO DE INTERVENCIÓN.</p> <ul style="list-style-type: none"> ❖ CAMBIOS DE POSICIÓN. (NIC 0840) - Vigilar estado de oxigenación antes y después de un cambio de posición. - Colocar en posición terapéutica especificada. - Ayudar al paciente a adoptar una postura adecuada para respirar o toser. - Indicar al paciente que tome una posición cómoda en la cual pueda girar los hombros hacia arriba y atrás. Esta posición permite que el diafragma se mueva con libertad. - Apoyar la espalda y la cabeza con la almohada. Tener cuidado de no inclinar la cabeza hacia delante, ya que puede ocluirse las vías respiratorias. 	<p>La posición alta de Fowler permite la máxima expansión del tórax para la ventilación. (kozier 1209). Esta posición permite una expansión más adecuada de los pulmones y el uso más eficiente de los músculos respiratorios.</p> <ul style="list-style-type: none"> - En reposo, la presión entre los pulmones y la atmósfera es la misma
<p>INTERVENCIÓN No 3. TIPO DE INTERVENCIÓN.</p> <ul style="list-style-type: none"> ❖ VIGILANCIA DE LOS DATOS DEL PACIENTE PARA LLEVAR UN REGISTRO Y DETECTAR SIGNOS Y SÍNTOMAS DE DETERIORO DEL PATRÓN RESPIRATORIO. (NIC6650) - Facilitar la frecuencia de recogida e interpretación de los datos. - Vigilar el patrón respiratorio ineficaz normal. <ul style="list-style-type: none"> • frecuencia respiratoria de 12 a 20 por minuto. • Respiración sin esfuerzo (sin utilización de los músculos auxiliares). • Expansión simétrica del tórax con la 	<ul style="list-style-type: none"> - La valoración del patrón respiratorio proporciona datos basales para calibrar la eficacia de las intervenciones enfermeras. - La presencia de la enfermera proporciona tranquilidad y apoyo durante periodos de dificultad respiratoria en caso de que se presenten.

<p>inspiración.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Ausencia de cianosis. • Gases en sangre arterial normales. • Respirar por la nariz 													
<p>INTERVENCIÓN No.5. TIPO DE INTERVENCIÓN: INDEPENDIENTE: ❖ PREVENCIÓN DE INFECCIONES NOSOCOMIALES (NIC6540)</p> <ul style="list-style-type: none"> - Limpiar adecuadamente el ambiente y material después de cada uso por parte del paciente. (material de curación, cuna). - Cambiar el equipo de cuidados del paciente según el protocolo del hospital (equipo de venopak, llaves de tres vías, bombas de infusión). - Mantener técnicas de aislamiento al realizar procedimientos con cada paciente. - limitar el número de visitas. - Enseñar a los familiares el lavado de manos apropiado. <table border="1" data-bbox="224 772 789 1455"> <tr> <td>TÉCNICA:</td> </tr> <tr> <td>• Use agua y jabón antimicrobiano líquido. (clorhexidina 7%)</td> </tr> <tr> <td>• Mojar las manos con agua, tome de 3 a 5 ml de jabón líquido</td> </tr> <tr> <td>• Cubra todas las superficies de manos, dedos y uñas, llegando hasta 10 cm por debajo del pliegue de las muñecas.</td> </tr> <tr> <td>• La fricción inicia entre el dorso y palma de la mano</td> </tr> <tr> <td>• Se friccionan espacios interdigitales</td> </tr> <tr> <td>• Enjuagar con abundante agua</td> </tr> <tr> <td>• Las manos se secan con toallas de papel desechables.</td> </tr> <tr> <td>• Para el cierre de la llave use la misma toalla, para evitar la recontaminación.</td> </tr> <tr> <td>• Deseche toalla en bote de basura municipal</td> </tr> <tr> <td>• El tiempo total para el procedimiento es de aproximadamente 30" segundos.</td> </tr> <tr> <td> </td> </tr> </table> <ul style="list-style-type: none"> - Ordenar a las visitas que se laven las manos al tener contacto con el paciente y al salir del hospital. - Lavarse las manos antes y después de cada actividad de cuidados del paciente. - Poner en práctica precauciones universales. <ul style="list-style-type: none"> ❖ uso de guantes. ❖ Uso de cubrebocas ❖ Gorros. - Dar a conocer al familiar directo los métodos de transmisión de infecciones: <ul style="list-style-type: none"> - Indirecta. - Directa. - Por el aire 	TÉCNICA:	• Use agua y jabón antimicrobiano líquido. (clorhexidina 7%)	• Mojar las manos con agua, tome de 3 a 5 ml de jabón líquido	• Cubra todas las superficies de manos, dedos y uñas, llegando hasta 10 cm por debajo del pliegue de las muñecas.	• La fricción inicia entre el dorso y palma de la mano	• Se friccionan espacios interdigitales	• Enjuagar con abundante agua	• Las manos se secan con toallas de papel desechables.	• Para el cierre de la llave use la misma toalla, para evitar la recontaminación.	• Deseche toalla en bote de basura municipal	• El tiempo total para el procedimiento es de aproximadamente 30" segundos.		<p>Los microorganismos patógenos son transportados por las manos del personal desde pacientes colonizados o infectados, y representan un importante modo de transmisión de gérmenes y de dispersión de infecciones</p> <p>El lavado de manos es el método más efectivo para prevenir la transferencia de microorganismos entre el personal y pacientes dentro del hospital (Albuquerque)</p> <ul style="list-style-type: none"> - La nariz /boca a través del estornudo, la tos , la respiración o la conversación, son reservorios humanos potenciales para la transmisión de infecciones de las vías respiratorias. - las precauciones específicas para transmisión por vía aérea son para prevenir
TÉCNICA:													
• Use agua y jabón antimicrobiano líquido. (clorhexidina 7%)													
• Mojar las manos con agua, tome de 3 a 5 ml de jabón líquido													
• Cubra todas las superficies de manos, dedos y uñas, llegando hasta 10 cm por debajo del pliegue de las muñecas.													
• La fricción inicia entre el dorso y palma de la mano													
• Se friccionan espacios interdigitales													
• Enjuagar con abundante agua													
• Las manos se secan con toallas de papel desechables.													
• Para el cierre de la llave use la misma toalla, para evitar la recontaminación.													
• Deseche toalla en bote de basura municipal													
• El tiempo total para el procedimiento es de aproximadamente 30" segundos.													

<p>- Dar a conocer las precauciones universales para la transmisión de infecciones de las vías respiratorias:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Precauciones por gotas: <p>Se utilizan cuando la transmisión del microorganismo infectante ocurre en partículas mayores a cinco micras que son generadas al hablar, toser y/o estornudar, hasta un metro de distancia, quedando suspendidas en el aire.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Precauciones estándar: seguir las indicaciones de este tipo de aislamiento. • Habitación individual: pacientes con un mismo tipo de germen pueden compartir la misma habitación y /o ser ubicados a una distancia no menor de un metro. • Uso de mascarilla corriente: para contacto directo con el paciente (a menos de un metro de distancia) o para realizar cualquier procedimiento. • Transporte limitado del paciente: si es necesario, se debe colocar la mascarilla corriente al paciente. • Guantes y bata: se usan solamente si hay riesgo de salpicadura. <ul style="list-style-type: none"> • Limpieza y desinfección de la habitación y equipos utilizados según la guía de técnica aséptica 	<p>la propagación de infecciones o de microorganismos potencialmente infecciosos. (kozier 719).</p>
<p>INTERVENCIÓN No 4. TIPO DE INTERVENCIÓN: ❖ IDENTIFICAR LOS FACTORES QUE PUEDEN AFECTAR LA FUNCIÓN RESPIRATORIA:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Desarrollo: los lactantes tienen un tórax pequeño y unas vías aéreas cortas. - Medio ambiente: ya que se encuentra en un medio hospitalario. - Estilo de vida: Se encuentra en inactividad por reposo absoluto. - Estado de salud: un trastorno cardiovascular que afecta a la oxigenación es la anemia. Puesto que la hemoglobina transporta oxígeno y anhídrido carbónico, la anemia puede afectar a la liberación de éstos hacia las células corporales y desde ellas. 	<ul style="list-style-type: none"> - Esto predispone a la aspiración de objetos extraños que pueden bloquear las vías aéreas. - La altitud, el calor, el frío y la contaminación ambiental afectan a la oxigenación. - Los patrones de actividad constituyen un factor importante. Las personas que no tienen actividad física carecen de expansión alveolar. - Un trastorno cardiovascular que afecta a la oxigenación es la anemia. Puesto que la hemoglobina transporta oxígeno y anhídrido carbónico, la anemia puede afectar a la liberación de estos hacia las células corporales y desde ellas.
<p>INTERVENCIÓN No 5. TIPO DE INTERVENCIÓN: INTERDEPENDIENTE. ❖ VALORACIÓN DE FUNCIÓN RESPIRATORIA MEDIANTE :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Exploración física. - Estudios diagnósticos <ul style="list-style-type: none"> o Muestras de sangre: recuento hemático completo (RHC) que incluye hemoglobina y hematocrito; recuento leucocitario; recuento eritrocitario. o Pruebas de función pulmonar. o Toma de gases en sangre arterial normal. - Se valorará la función respiratoria durante el turno, en busca de datos que alteren la función respiratoria. 	<ul style="list-style-type: none"> - La exploración física se realiza en busca de datos acerca de problemas respiratorios y cardiovasculares actuales y pasados. Los estudios diagnósticos para valorar el estado respiratorio, la función y la oxigenación. - Las pruebas de función pulmonar miden el volumen y la capacidad pulmonares. (kozier 1202-1207)

EVALUACIÓN

La familia de Axel se mostró muy interesada en aprender a detectar en caso de que existan signos de deterioro del patrón respiratorio. El personal del servicio se mostró accesible para poder explicarle al familiar el objetivo de nuestra valoración y las instalaciones fueron propicias para dicho plan. Al final de la valoración Axel se encuentra en un nivel 1 de independencia.

ELIMINACIÓN

DIAGNÓSTICO:

- ❖ Riesgo de estreñimiento relacionado con actividad física insuficiente, debilidad de los músculos abdominales, disminución de la motilidad del tracto gastrointestinal.

FECHA DE IDENTIFICACIÓN: 10 octubre 2006

TIPO DE DIAGNÓSTICO: de riesgo

NIVEL Y GRADO DE DEPENDENCIA: Nivel 2

FUENTES DE LA DIFICULTAD.

- **DE FUERZA:** física, por reposo en cama absoluto por cirugía reciente.
- **DE VOLUNTAD:** pobre ingesta de líquidos y alimentos en general.

ROL DE ENFERMERÍA: De ayuda.

TIPO DE PRIORIDAD: Alta

OBJETIVO:

- ❖ El paciente estará libre de estreñimiento en el durante el tiempo que dure su estancia en el hospital.

PLANEACIÓN.

INTERVENCIONES	FUNDAMENTOS
INTERVENCIÓN No. 1 TIPO DE INTERVENCIÓN: INDEPENDENTE ❖ REALIZAR ENTRENAMIENTO INTESTINAL UNA VEZ POR TURNO. (NIC 0440) - Planificar un programa intestinal con el paciente y familiares.	- La eliminación de los productos de desecho de la digestión del organismo es esencial para la salud. Los productos de desecho excretados se denominan heces o materia fecal. La defecación es la expulsión de las heces del ano y del recto. La frecuencia de la defecación depende de cada

<ul style="list-style-type: none"> - Enseñar al familiar los principios de la educación intestinal. - Asegurar una ingesta educada de líquidos. - Disponer de intimidad. - Asegurarse de que se realizan los ejercicios adecuados. 	<p>persona, oscila de varias veces al día a 2-3 veces por semana. Normalmente la defecación se inicia por dos reflejos defecatorios: reflejo intrínseco de la defecación y reflejo parasimpático de la defecación.</p> <ul style="list-style-type: none"> - Normalmente las heces son de color marrón, principalmente por la presencia de esterocolina y urobilina, que derivan de la bilirrubina (un pigmento biliar rojo) - La intimidad durante la defecación es extremadamente importante para muchas personas. Por consiguiente, la enfermera debe proporcionar la mayor intimidad posible para dichos clientes - Una ingesta insuficiente de líquidos reduce la fluidez del quimo que penetra en el intestino grueso y da lugar a heces más secas y duras. (kozier 1251) 						
<table border="1"> <thead> <tr> <th data-bbox="220 411 367 432">EDAD</th> <th data-bbox="375 411 881 432">CARACTERÍSTICAS POR EDAD</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td data-bbox="220 432 367 789">RECIEN NACIDO EVACUACIÓN DE 15-40 GR.</td> <td data-bbox="375 432 881 789"> <ul style="list-style-type: none"> - 8-72 hr. Su primer evacuación es el meconio, consta de una mezcla de líquido amniótico y de secreciones de la glándulas intestinales, es de color verde oscuro, así como gruesa y pegajoso. - Primer semana: cambian, se ablandan y adquieren un color verde amarillento con moco, llamadas "heces transicionales" - Segunda semana: depende su color al tipo de lactancia, gradualmente son amarillo claro, suaves y pastosas - Pueden tener de 4 a 7 evac diarias </td> </tr> <tr> <td data-bbox="220 789 367 999">LACTANTE: 30-40 GR.</td> <td data-bbox="375 789 881 999"> <ul style="list-style-type: none"> - varían de acuerdo al tipo de alimentación, los alimentados al seno materno son amarillo claro, suaves y pastosas, en la lactancia artificial las heces son de color amarillo pardo y son menos frecuentes, de 1-4 evac y son sólidas. </td> </tr> </tbody> </table>	EDAD	CARACTERÍSTICAS POR EDAD	RECIEN NACIDO EVACUACIÓN DE 15-40 GR.	<ul style="list-style-type: none"> - 8-72 hr. Su primer evacuación es el meconio, consta de una mezcla de líquido amniótico y de secreciones de la glándulas intestinales, es de color verde oscuro, así como gruesa y pegajoso. - Primer semana: cambian, se ablandan y adquieren un color verde amarillento con moco, llamadas "heces transicionales" - Segunda semana: depende su color al tipo de lactancia, gradualmente son amarillo claro, suaves y pastosas - Pueden tener de 4 a 7 evac diarias 	LACTANTE: 30-40 GR.	<ul style="list-style-type: none"> - varían de acuerdo al tipo de alimentación, los alimentados al seno materno son amarillo claro, suaves y pastosas, en la lactancia artificial las heces son de color amarillo pardo y son menos frecuentes, de 1-4 evac y son sólidas. 	<ul style="list-style-type: none"> - En pacientes con reposo en cama prolongado, la debilidad muscular generalizada se extiende a los músculos del abdomen, diafragma y suelo pélvico, que se utilizan para la defecación. Indirectamente asociada a la falta de ejercicio está la falta de apetito con lo consiguiente posible falta de fibra. (kozier 1252) - La impactación fecal, se debe a retención y acumulación prolongada de materia fecal, en general, son causas comunes el hábito intestinal deficiente, inactividad, deshidratación, alimentación inadecuada(en especial, ingestión insuficiente de líquidos) (Hamilton p. 89)
EDAD	CARACTERÍSTICAS POR EDAD						
RECIEN NACIDO EVACUACIÓN DE 15-40 GR.	<ul style="list-style-type: none"> - 8-72 hr. Su primer evacuación es el meconio, consta de una mezcla de líquido amniótico y de secreciones de la glándulas intestinales, es de color verde oscuro, así como gruesa y pegajoso. - Primer semana: cambian, se ablandan y adquieren un color verde amarillento con moco, llamadas "heces transicionales" - Segunda semana: depende su color al tipo de lactancia, gradualmente son amarillo claro, suaves y pastosas - Pueden tener de 4 a 7 evac diarias 						
LACTANTE: 30-40 GR.	<ul style="list-style-type: none"> - varían de acuerdo al tipo de alimentación, los alimentados al seno materno son amarillo claro, suaves y pastosas, en la lactancia artificial las heces son de color amarillo pardo y son menos frecuentes, de 1-4 evac y son sólidas. 						
<p>INTERVENCIÓN No. 2 TIPO DE INTERVENCIÓN: INDEPENDIENTE LLEVAR UNA TERAPIA DE EJERCICIOS: CONTROL MUSCULAR UNA VEZ POR TURNO PARA EVITAR EL ESTREÑIMIENTO..(NIC 0226)</p> <ul style="list-style-type: none"> - Colaborar con fisioterapeuta en la realización de un programa de ejercicios y número de veces que se deben realizar por turno. <ul style="list-style-type: none"> A) lavarse las manos. B) Colocar al paciente en posición semifowler. C) Apoyar ambas manos extendidas por debajo del ombligo D) Comenzar a oprimir en los cuadrantes inferiores con presión suave y lenta.} E) Utilizar movimientos circulares aumentando lentamente la profundidad de la presión. - Poner en marcha medidas de control del dolor antes de comenzar los ejercicios en caso necesario (ketorolaco 3mg PRN) - Vigilar cantidad y consistencia de evacuaciones y llevar registro de estas para valorar resultados de ejercicios. (evacuación mínimo 1 vez cada 24 horas) 	<ul style="list-style-type: none"> - La dieta que necesita un paciente para la eliminación normal regular varía dependiendo del tipo de heces que el paciente tenga actualmente, de la frecuencia de la defecación y de los tipos de alimentos. - Las dietas bandas o con bajo contenido de fibra, 						
<p>INTERVENCIÓN No.3. TIPO DE INTERVENCIÓN: INTERDEPENDIENTE. ◆ MANEJO DE LA ALIMENTACIÓN PARA AYUDAR A DEFECACIÓN (NIC 1100).</p> <ul style="list-style-type: none"> - Preguntar alergias del paciente. - Determinar preferencias de las comidas del paciente. 							

<ul style="list-style-type: none"> - Asegurar ingesta de alimentos ricos en fibra (ciruelas, fruta cruda, productos de salvado, pan, cereales de grano entero). - Se debe aumentar la ingesta diaria de líquidos e instruir al familiar para que beba líquidos calientes y zumos de frutas, sobre todo zumo de ciruela. - 	<p>carecen de residuos y, por consiguiente, originan insuficientes productos e desecho para estimular el reflejo de la defecación. Los alimentos pobres en residuos como el arroz, los huevos y la carne magra, se mueven más lentamente a través del tracto gastrointestinal. Aumentar la ingesta de fluidos de dichos alimentos aumenta su velocidad de tránsito. (kozier 1257)</p>
<p>INTERVENCIÓN No 4. TIPO DE INTERVENCIÓN: INDEPENDIENTE.</p> <ul style="list-style-type: none"> - Valorar al término del turno el número, características de las evacuaciones y llevar un registro de estas. 	

EVALUACIÓN:

Axel mantiene un patrón de evacuación intestinal adecuado (2-3veces) en 24 horas, la mamá a estimulado a el paciente para que su ingesta de aliemntos sea superior a la que realiza habitualmente en el hospital. Las instalaciones son adecuadas ya que se encuentra iluminado y eso facilita que se pueda apreciar los alimentos que se le traen y eso lo estimule a ingerirlos. El personal se mostró accesible para poder explicar a los familiares sobre la importancia de la alimentación y los ejercicios para una eliminación adecuada.

VESTIDO Y DESVESTIDO

DIAGNÓSTICO:

- ❖ Alteración en el cuidado: vestido y desvestido relacionado con debilidad, cansancio, barreras físicas (catéter central, herida dehiscence, catéter periférico)

FECHA DE IDENTIFICACIÓN: 27 Noviembre 2006.

TIPO DE DIAGNÓSTICO: Real

NIVEL Y GRADO DE DEPENDENCIA.: nivel 4.

FUENTES DE LA DIFICULTAD.

- **DE FUERZA:** Se encuentra con debilidad generalizada para poder ayudar en su vestido.
- **DE VOLUNTAD:** Se muestra renuente para cooperar en esta necesidad.

ROL DE ENFERMERÍA: de ayuda.

TIPO DE PRIORIDAD: Media.

OBJETIVO:

- ❖ Axel será independiente en la necesidad de vestido y desvestido con ayuda de sus papás y el personal de enfermería durante y después de su estancia hospitalaria.

INTERVENCIONES

INTERVENCIONES	FUNDAMENTOS
<p>INTERVENCIÓN No 1. TIPO DE INTERVENCIÓN: INDEPENDIENTE.</p> <ul style="list-style-type: none">❖ AYUDA CON LOS AUTOCUIDADOS: VESTIR/ARREGLO PERSONAL. (NIC 1802)- Informar al familiar del paciente de la vestimenta disponible por parte del hospital.- Disponer de las prendas del paciente en una zona accesible (al pie de la cama).- Proporcionar las prendas personales que pueda utilizar el paciente sin que interfieran en el cuidado que se realiza por parte del personal de salud.- Estar disponible para ayudar en el vestir.- Mantener la intimidad mientras el paciente se esta vistiendo.- Colocar la ropa sucia en el contenedor de ropa sucia.- Reafirmar los esfuerzos del familiar a la hora de que este ayude en esta actividad.	<p>- Ropa de Hospital Son generalmente de manga corta y talla holgada para facilitar su retiro. De algodón o bajos conductores de electricidad, absorbentes, cómoda. Bata o pijama. Es importante cambiarla con frecuencia, sobre todo si existen heridas que la manchen. ¹ www.laneta.apc.org/rci/organiteg/ear.html</p>
<p>INTERVENCIÓN No.2. TIPO DE INTERVENCIÓN: INDEPENDIENTE</p> <ul style="list-style-type: none">❖ VESTIR.- Observar la capacidad del familiar del paciente a la hora de vestir a su familiar.- Vestir al paciente después de completar su aseo personal.- Identificar las áreas en las que el paciente necesita ayuda en el vestir.- Vestir al paciente con ropas que no le aprieten.- Vestir al paciente con ropas personales.- Vestir primero las zonas afectadas (catéter periférico, abdomen).- En las áreas que tenga dificultad (en abdomen, catéter periférico, catéter central) en caso de no poder realizarse en forma completa cubrir solo por encima de la parte afectada.- Es importante que en esta etapa se utilicen ropas coloridas, con figuras, dibujos, para estimular la visión al niño.	<p>- La ropa en esta etapa es de fácil uso para estimular al niño en la participación de su vestido y desvestido. www.saludinfantil.com</p> <p>- La forma de vestir y acicalarse es parte importante de la personalidad de un individuo, es un rasgo particular que le hace ser diferente a los demás.</p> <p>Dentro de la Historia clínica se tomaran en cuenta principalmente:</p> <ul style="list-style-type: none">■ Edad.■ Conocimiento, fuerza y voluntad para elegir la ropa y vestirse.■ Gustos y tradición de la ropa.■ Nivel socioeconómico. <p>(kozier 532)</p>

<p>El tipo de tela debe de ser suave, ya que los movimientos que realiza el niño hace fricción y puede provocar rozaduras. Debe de ser holgada para permitir la actividad física libremente. No debe de tener accesorios que puedan lesionar su piel.</p> <p>La ropa de preferencia debe de ser fácil de quitar, para no molestar al niño, se recomiendan prendas de cierre oculto, broches de presión de preferencia en la parte de debajo de la prenda para ayudar a cambiar el pañal del bebe sin descubrirlo todo.</p>	
<p>INTERVENCIÓN No 3. TIPO DE INTERVENCIÓN:</p> <ul style="list-style-type: none"> ❖ AUTOEVALUACIÓN: Se pedirá al cuidador primario que intervenga en el momento de el baño y al momento de vestir a Axel con el fin de motivarlo a que participe activamente en su cuidado, se evaluará diario los avances que se han obtenido al momento de que lo realice la mamá o el papá y las habilidades que han obtenido tanto ellos como Axel al momento de ayudarnos y que el coopere con mas entusiasmo. 	<p>- al estimular al cuidador primario a que participe activamente en la realización de esta necesidad, nos da pauta para verificar con que entusiasmo participa activamente en la realización de esta necesidad y cual es la respuesta de Axel a la cooperación de su mamá.</p>

EVALUACIÓN.

El servicio de cirugía general cuenta con la ropa suficiente y de acuerdo a la edad para Axel, se nos mostró el área en la cual esta resguardada y se nos indicó que en el momento que nuestro paciente requiera cambio de ropa se puede tomar, la mamá no cuenta con ropa propiedad de Axel en el hospital porque por su estado de salud aun no puede utilizarla, pero en el momento que se tenga permiso ella puede traer la necesaria, Axel se mostró mas entusiasmado para ayudar a su vestido cuando la mamá apoyaba para esta actividad y lo hacia de buen agrado. Axel se muestra con más disponibilidad para la realización de esta necesidad con el apoyo de su mamá por lo que queda en un nivel 1 de independencia.

HIGIENE

DIAGNÓSTICO:

- ❖ Independencia en la necesidad de higiene

FECHA DE IDENTIFICACIÓN: 13 diciembre 2006

TIPO DE DIAGNÓSTICO: de salud

NIVEL Y GRADO DE DEPENDENCIA: se encuentra en independencia

FUENTES DE LA DIFICULTAD: Se encuentra en independencia

ROL DE ENFERMERÍA: de ayuda

TIPO DE PRIORIDAD: baja

OBJETIVO

- El paciente mantendrá su independencia en la necesidad de higiene, llevando a cabo las actividades de la vida diaria durante y después de dado de alta hospitalaria con ayuda del cuidador primario.

INTERVENCIONES	FUNDAMENTO
<p>INTERVENCIÓN No. 1. TIPO DE INTERVENCIÓN: INDEPENDIENTE. ❖ CUIDADOS DEL CABELLO/CABEZA (NIC1670).</p> <ul style="list-style-type: none">- Inspeccionar la cabeza diariamente en busca de lesiones, protuberancias, higiene, olores extraños.- Aplicar aceite mineral en cuero cabelludo.- Utilizar productos para el cuidado del cuero cabelludo de preferencia de propiedad del paciente. Shampoo, jabón, que tengan pH neutro.- Al lavar el cuero cabelludo utilizar el agua a una temperatura de 40.5 °C- Masajear sistemáticamente todas las zonas de la cabeza con la yema de los dedos, por ejemplo empezando por delante y avanzando hacia la parte posterior de la cabeza.	<ul style="list-style-type: none">- el aspecto el cabello refleja a menudo el sentimiento de bienestar de una persona. Una persona que se siente enferma no se arreglará el cabello como antes. El cabello también puede reflejar el estado de salud (p.ej. el uso de ciertos medicamentos: citotóxicos; afectan el esquema de crecimiento). (kozier 804)- El aceite mineral evita la rotura del cabello y la sequedad del cuero cabelludo. (Kozier 806).- Los jabones disminuyen la tensión superficial y de esta manera ayuda a la limpieza. Algunos jabones contienen agentes antibacterianos, que puede alterar la flora bacteriana normal. (kozier 780).- El agua a esta temperatura resulta más agradable y no daña el cuero cabelludo.- El masaje estimula la circulación de la sangre en el cuero cabelludo. Se utilizan las yemas de los dedos para evitar que las uñas ocasionen rasguños en el cuero cabelludo. (kozier 816)
<p>INTERVENCIÓN No. 2 TIPO DE INTERVENCIÓN: INDEPENDIENTE. ❖ CUIDADOS DE LOS OJOS. (NIC1650).</p> <ul style="list-style-type: none">- Observar si hay enrojecimiento, exudado o ulceración.- Informar al cuidador que tenga cuidado de que el paciente no se toque los ojos.- Observar el reflejo corneal.	<ul style="list-style-type: none">- Los ojos no requieren de una higiene especial, ya que el líquido lagrimal limpia los ojos constantemente y los párpados y las pestañas impiden que entren partículas extrañas. En la valoración física, se inspeccionan todas las estructuras del ojo para detectar signos de inflamación, drenaje excesivo, objetos extraños. (kozier 814).
<p>INTERVENCIÓN No. 3 TIPO DE INTERVENCIÓN: INDEPENDIENTE. ❖ CUIDADOS DE LAS UÑAS (NIC1680).</p> <ul style="list-style-type: none">- Controlar o ayudar en la limpieza de las uñas de acuerdo con la capacidad de el cuidador primario.- Controlar o ayudar a cortar las uñas de acuerdo con la capacidad del cuidador primario.- La mano se pone a remojar. Si es necesario y se seca, se corta una uña o se lima, recta a lo largo y	<ul style="list-style-type: none">- Mantener las uñas limpias y secas ayuda a evitar la aparición de bacterias y otros organismos patógenos debajo de ellas. (www.elmundo.esYodonablog/2006/03/06/.)- Los aceites y cremas son utilizadas para hidratar la piel, reduce la sequedad.(kozier 794).- El agua ablanda las uñas y libera los residuos que hay debajo de éstas.

<p>más allá de la punta del dedo de la mano. Evitar hurtar o cortar en las esquinas laterales de la uña. Después del corte o limado inicial, la uña se lima para redondear las esquinas, y se limpian por debajo. Se trata el siguiente dedo de la mano de la misma manera. Esta técnica se debe realizar valorando cada vez que el paciente se baña el largo y las condiciones en las que se encuentran las uñas (limpieza)</p>	<ul style="list-style-type: none"> - El cortar las uñas en las esquinas laterales predispone al paciente a tener uñas encarnadas. - El limpiar las uñas elimina el exceso de residuos que pueden albergar microorganismos.(kozier 794) 		
<p>INTERVENCIÓN No. 4. TIPO DE INTERVENCIÓN: INDEPENDIENTE. ❖ CUIDADOS DE LOS PIES: (NIC1660).</p> <ul style="list-style-type: none"> - Inspeccionar si hay grietas, irritación, lesiones, callosidades, deformidades o edema en los pies. - Secar cuidadosamente los espacios interdigitales. - Aplicar loción (por ejemplo una mezcla de lanolina y aceite mineral) o cremas - Limar las uñas de los pies en lugar de cortarlas, para evitar lesiones de la piel. Limar las uñas rectas a lo largo de la punta de los dedos. Si las uñas son demasiado gruesas o deformes para poder limarlas, consultar con un podólogo. Limpiar las uñas con un palillo de naranjo o el extremo romo de un palillo. Esto se realiza valorando el paciente, el cuidador primario, junto con el personal de Enfermería el crecimiento de las uñas y la limpieza, se realiza junto con el baño. - Instruir al cuidador primario en la importancia del cuidado de los pies. - Comprobar el nivel de hidratación de los pies. - Observar si hay edema en piernas y pies. - Enseñar al paciente a vigilar la temperatura de los pies con el dorso de la mano. - Hacer ejercicios con los pies varias veces al día: dirigir la punta de los pies hacia arriba, hacia abajo, y moverlos en círculos. 	<ul style="list-style-type: none"> - Los pies son esenciales para la deambulación, y merecen atención incluso cuando los pacientes están postrados en cama. Cada pie tiene 26 huesos, 107 ligamentos, y 19 músculos, estas estructuras funcionan juntas, tanto para sostener el cuerpo, como para caminar.(kozier787) - Normalmente los dedos son rectos y planos, los problemas comunes de los pies incluyen los callos, ojos de gallo, olores desagradables, verrugas plantares, fisuras entre los dedos e infecciones por hongos, como el pie de atleta. (Kozier 790-791). - Los aceites y cremas son utilizadas para hidratar la piel, ablandan los callos, reduce la sequedad.(kozier 794). - El limpiar las uñas elimina el exceso de residuos que pueden albergar microorganismos.(kozier 794) - El agua ablanda las uñas y libera los residuos que hay debajo de éstas. - El ejercicio estimula la circulación. (kozier 794) 		
<p>INTERVENCIÓN No 5 TIPO DE INTERVENCIÓN: INDEPENDIENTE. ❖ AYUDA EN EL MOMENTO DEL BAÑO (1801).</p> <ul style="list-style-type: none"> - Proporcionar los objetos personales deseados tales como jabón, cepillo de dientes. - Facilitar el aseo de dientes realizado por el familiar 3 veces al día enseñándole una técnicas adecuada para dicho procedimiento. 	<ul style="list-style-type: none"> - Los dos problemas más frecuentes que afectan a los dientes son la caries dental y la enfermedad periodontal. Ambos problemas se asocian generalmente a depósitos de placa y sarro.(kozier 798) 		
<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="text-align: center;">CUIDADO DE LOS DIENTES.</td> </tr> <tr> <td style="padding: 5px;"> <ul style="list-style-type: none"> - De 0 - 2 años 1. Exploración de la cavidad oral (dientes de inicio, malformaciones u otras alteraciones). 2. Seguimiento de la erupción de la dentición primaria. Se considerará anormal la falta de erupción de la primera pieza a los 15 meses y la erupción de dientes malformados. Asimismo, se considerará anormal la falta de alguna pieza (20 en total) a los 30 meses. 3. Profilaxis de la caries: </td> </tr> </table>	CUIDADO DE LOS DIENTES.	<ul style="list-style-type: none"> - De 0 - 2 años 1. Exploración de la cavidad oral (dientes de inicio, malformaciones u otras alteraciones). 2. Seguimiento de la erupción de la dentición primaria. Se considerará anormal la falta de erupción de la primera pieza a los 15 meses y la erupción de dientes malformados. Asimismo, se considerará anormal la falta de alguna pieza (20 en total) a los 30 meses. 3. Profilaxis de la caries: 	<p>-Una buena higiene bucal incluye la estimulación diaria de las encías, el cepillado mecánico, el enjuague de la boca y las revisiones regulares por un dentista. El profesional de Enfermería está a menudo en una buena posición para poder ayudar a las personas a mantener la higiene bucal, ayudándoles o enseñándoles a limpiarse los dientes. El cepillado meticuloso de los dientes es importante para prevenir su deterioro, elimina las partículas de los alimentos que</p>
CUIDADO DE LOS DIENTES.			
<ul style="list-style-type: none"> - De 0 - 2 años 1. Exploración de la cavidad oral (dientes de inicio, malformaciones u otras alteraciones). 2. Seguimiento de la erupción de la dentición primaria. Se considerará anormal la falta de erupción de la primera pieza a los 15 meses y la erupción de dientes malformados. Asimismo, se considerará anormal la falta de alguna pieza (20 en total) a los 30 meses. 3. Profilaxis de la caries: 			

<ul style="list-style-type: none"> • Prevención de la caries rampante de los incisivos: Se desaconsejará firmemente endulzar el chupete y dejar dormir al niño con un biberón de leche o zumo en la boca. • Inicio del cepillado dental. En niños menores de 2 años el cepillado deben realizarlo los padres, con agua y sin pasta dentífrica. • Suplementos de flúor por vía oral, según el contenido en flúor del agua de consumo, en niños de riesgo a partir de los 6 meses. <p>4. Información a los padres sobre alimentos cariogénicos. Los hidratos de carbono son los principios inmediatos más cariogénicos, debido a su capacidad de favorecer el crecimiento de ciertas bacterias y subsecuente formación de ácidos.</p> <p>6. Vigilar la aparición de:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Gingivitis (por falta de cepillado, maloclusiones, medicaciones). • Maloclusiones (mordida abierta) evitando hábitos perjudiciales (chupete, succión del pulgar, deglución atípica y respiración oral). <p>7. Profilaxis de la fluorosis dental.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Teniendo en cuenta que el exceso de flúor sistémico antes de la erupción dental es el responsable de la fluorosis dental, el consejo debe estar dirigido a evitar la administración de agua de abastecimiento público o envasada con concentraciones de flúor superiores a 1,5 mg/l, tanto para la bebida como en la preparación del biberón y de las comidas. • Si se prescribe algún complejo vitamínico, vigilar si lleva flúor asociado. 	<p>pueden albergar e incubar bacterias, estimula la circulación de las encías, manteniendo de ese modo su firmeza (kozier 800)</p>
<p>- Facilitar al familiar y ayudar a el baño del paciente enseñando la técnica correcta para este procedimiento.</p>	
<p>BAÑO DE ESPONJA</p> <ul style="list-style-type: none"> - Preparar el entorno y al paciente, invitar a uno de los padres o familiar a que participe si lo desean. - Cerrar puertas y ventanas para asegurarse que no haya corrientes de aire - proporcionar intimidad cerrando cortinas y puertas - Colocar al paciente en una posición adecuada (elevada). - Retirar las ropas de cama de encima y sustituirlas por sábanas de baño -Lavar la cara iniciando con los ojos solo con agua y secarlos (utilizar una esquina diferente de la toalla para cada ojo. <p>Lavar, enjuagar y secar el resto de la cara, el cuello y las orejas siempre preguntando si el paciente quiere que se utilice jabón en esta zona del cuerpo.</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Los objetivos del baño son eliminar los microorganismos transeúntes, las secreciones y las excreciones corporales, y las células muertas. - Producen una sensación de bienestar. - Estimula la circulación de la piel. - Promueve la relajación y la comodidad. - Previene o elimina los olores corporales desagradables. - Valora el estado de la piel, color, textura y turgencia, presencia de manchas pigmentadas, temperatura, lesiones, excoriaciones, y abrasiones); cansancio; presencia de dolor y necesidad de medios coadyuvantes.

<ul style="list-style-type: none"> - Lavar, enjuagar y secar el brazo, empleando pasadas largas y firmes desde la zona distal hacia la proximal (desde el punto más lejano del cuerpo hasta el más cercano). Lavar la axila, repetir con el otro brazo, ir con cuidado si hay una perfusión intravenosa, y compruebe su flujo después de mover el brazo.. 	<ul style="list-style-type: none"> - Las pasadas firmes desde las zonas distales hacia las proximales incrementan el retorno venoso de la sangre.(kozier 784-785) -
<ul style="list-style-type: none"> - Colocar una toalla directamente sobre lacama, sumergir las manos para lavarlas, enjuagarlas y secarlas prestando esécial atención a los espacios interdigitales. - Doblar la sabana de baño hacia abajo, hacia la zona pubiana del paciente, colocar la toalla a lo largo del tórax y abdomen. - lavar, enjuagar y secar el tórax y abdomen, prestando una atención especial a los pliegues de debajo de las mamas. Mantener el tórax y abdomen cubiertos con una toalla entre el lavado y enjuagado - Colocar de nuevo la sábana de baño cuando las zonas estén secas - Envolver una de las piernas y pies del paciente en una sabana asegurándonos de que la zona pubiana esté bien cubierta. Colocar una toalla de baño longitudinalmente debajo de la otra pierna y lavarla, empleando pasadas largas, uniformes y firmes, al lavar desde el tobillo hasta la rodilla y hasta el muslo, enjuagar y secar la pierna, repetir el procedimiento en la otra pierna. - Lavar los pies, sumergiendolos en la palangana con agua. Secar los pies, prestar atención especial a los espacios entre los dedos. -Ayudar al paciente a girarse hacia la posición decúbito prono o lateral, de espaldas a usted, colocar la sabana longitudinalmente a lo largo de la espalda y las nalgas. Lave y seque la espalda, las nalgas y la parte superior de los muslos, prestando atención a los pliegues de los gluteos - Ayudar al paciente a girarse hacia el lado contrario de donde esta la ropa limpia, alzar la barandilla lateral cercana al paciente. - Si no hay barandillas laterales puede ayudar el familiar a sostener al paciente colocándose en el otro lado de la cama. - Aflojar las ropas de abajo del lado de la cama, donde esta la ropa limpia. - Doblar en acordeón las sabanas travesera y bajera en el centro de la cama, tan cerca del paciente como sea posible. Al hacer esto la mitad más próxima de la cama queda libre para cambiarla. - Colocar la sabana bajera limpia sobre la cama, y doblar verticalmente, en forma de acordeón, la mitad que se va a utilizar para el lado más 	<ul style="list-style-type: none"> - - Los objetivos de el tendido de cama ocupada son: <ul style="list-style-type: none"> - - Preservar la energía del paciente y mantener su estado actual de salud. - - Promover la comodidad del paciente. - - Proporcionar un entorno limpio y ordenado al paciente. - - Proporcionar una base de descanso uniforme y sin arrugas, minimizando así las fuentes de irritación cutánea.

<p>apartado de la cama, tan cerca del paciente. Colocar la travesera limpia sobre la cama con el pliegue central en el centro de la cama, doblar en forma de acordeón sobre el centro de la cama y meter el extremo más próximo bajo ese lado del colchón.</p> <ul style="list-style-type: none"> - Ayudar al paciente a darse la vuelta hacia nosotros, sobre el lado limpio de la cama, levantar la barandilla lateral antes de dejar ese lado de la cama. - retirar ropa usada, colocarla en la bolsa de ropa sucia, estirar y alisar la funda del colchón para eliminar las arrugas, desdoblar la sabana bajera doblada, estando enfrente del lateral de la cama, utilizar las dos manos para estirar la sabana bajera, remeter la parte sobrante debajo del lateral del colchón. - Volver a colocar al paciente en el centro de la cama, colocar y completar las ropas de encima. levantar las barandillas laterales. 	
<p>INTERVENCIÓN No.6. TIPO DE INTERVENCIÓN: ❖ AUTOEVALUACIÓN:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Verificar ala hora del baño las actividades en las cuales el familiar nos apoyará. - Establecer una rutina de actividades de autocuidado. - Realizar las anotaciones necesarias en el registro de Enfermería durante el turno. 	

EVALUACIÓN:

El servicio de cirugía cuenta con las instalaciones adecuadas para la realización de las actividades de higiene, como son los baños, y el material necesario que al momento de solicitarla se nos proporcione (librillos a palanganas para realizar los baños), el personal nos apoyó al momento de realizar nuestras actividades y de despejarnos nuestras dudas durante nuestra rotación por este servicio. Al término de nuestra rotación, la mamá de Axel nos apoyaba entusiastamente y con disposición para aprender en el cuidado de axel, tanto en el baño, como en mencionar las técnicas que se utilizan para lograr la independencia en esta necesidad, quedando Axel en un nivel 2 de independencia.

VALORES Y CREENCIAS

DIAGNÓSTICO:

- ❖ Independencia en la necesidad de valores y creencias.

FECHA DE IDENTIFICACIÓN: 06 octubre 2006

TIPO DE DIAGNÓSTICO: De salud.

NIVEL Y GRADO DE DEPENDENCIA: Nivel 1

FUENTES DE LA DIFICULTAD. Se encuentra en independencia.

ROL DE ENFERMERÍA: De apoyo.

TIPO DE PRIORIDAD: Baja.

OBJETIVO

- ❖ La familia de Axel mantendrá su independencia en la necesidad de valores y creencias para ofrecer a este apoyo espiritual durante su hospitalización y en su recuperación.

INTERVENCIONES

INTERVENCIONES	FUNDAMENTACIÓN
<p>INTERVENCIÓN No 1 TIPO DE INTERVENCIÓN: INDEPENDIENTE. ❖ APOYO ESPIRITUAL DURANTE LA HOSPITALIZACIÓN(NIC5270)</p> <ul style="list-style-type: none"> - Utilizar la comunicación terapéutica para establecer confianza y demostrar empatía. - Tratar al individuo con dignidad y respeto. - Animar a participar en interacciones con miembros de la familia, amigos y demás. - Proporcionar privacidad y momentos de tranquilidad para actividades espirituales. - Fomentar la participación en grupos de apoyo. - Estar abierto a las expresiones de preocupación del individuo. - Estar dispuesto a escuchar los sentimientos del paciente y familiares. 	<ul style="list-style-type: none"> - la enfermera debe mostrar respeto para poder contar con la disposición del paciente y su familia y así muestren confianza hacia ella. (kozier 384). - Es importante respetar las creencias del paciente y sus familiares y conservar una relación asistencial, algunos hospitales cuentan con capilla o cuartos tranquilos que se usan para meditación. (kozier 349).
<p>INTERVENCIÓN No2. TIPO DE INTERVENCIÓN: INDEPENDIENTE. ❖ FACILITACIÓN DEL CRECIMIENTO ESPIRITUAL(NIC5426).</p> <ul style="list-style-type: none"> - Mostrar asistencia y consuelo pasando tiempo con el paciente, con la familia del paciente y otras participaciones significativas. - Fomentar la participación en servicios piadosos, retiros y programas especiales de oración. 	<ul style="list-style-type: none"> - Las creencias espirituales y religiosas son algo importante en la vida de muchas personas. Pueden influir en el estilo de vida, en las actitudes y en los sentimientos relativos a la enfermedad y la muerte.(kozier 340).

<p>- Fomentar la exploración del cuidador primario de su compromiso espiritual según sus creencias y valores.</p>	
<p>INTERVENCIÓN No 3. TIPO DE INTERVENCIÓN: INDEPENDIENTE. ❖ POTENCIACIÓN DE LA AUTOESTIMA.(NIC5400). - Determinar la confianza del cuidador primario en sus propios juicios. - Animar a identificar sus virtudes. - Abstenerse de realizar criticas negativas o de quejarse. - Mostrar confianza en la capacidad del familiar para controlar una situación. - Facilitar un ambiente y actividades que aumenten el autoestima.</p>	<p>- las creencias espirituales pueden cobrar mayor importancia en momentos de enfermedad que en cualquier otro momento de la vida de la persona y sus familiares directos,, algunos pacientes ven la enfermedad como una prueba de fe. (kozier 340).</p>
<p>INTERVENCIÓN No 4. TIPO DE INTERVENCIÓN: INDEPENDIENTE. ❖ AYUDAR A LA FAMILIA DE AXEL EN LA CLARIFICACIÓN DE VALORES .(NIC5480). - Tener en cuenta los aspectos éticos y legales de la libre elección, dada a situación particular, antes de comenzar una intervención. - Crear una atmósfera de aceptación. - Animar al cuidador primario a realizar una lista de valores ue guíen la conducta en distintos ambientes y tipos de situaciones. - Animar al cuidador primario a que haga una lista de lo que es y no es importante en la vida y el tiempo que ocupa para esto.</p>	<p>- Los profesionales de Enfermería tienen que respetar el derecho que poseen las personas de tener sus propias creencias espirituales y de comunicarlas o no a los demas. - El dolor espiritual puede reflejarse en una serie de conductas, incluyendo depresión, ansiedad y expresión verbal de temor hacia la muerte, por eso es importante que se anime a el familiar en este casoa que exprese ya sea verbal o no verbal sus sentimientos que le causan el hecho de estar en un ambiente hospitalario. (kozier 349).</p>
<p>INTERVENCIÓN No 5. TIPO DE INTERVENCIÓN: ❖ EVALUACIÓN DE LAS INTERVENCIONES: INDEPENDIENTE. - Se valorará en forma de observación directa sobre las conductas que expresan los familiares hacia Axel, si existen cambios en su conducta, al momento de tener contacto directo con el paciente y familiares se observara sus cambios de animo y de ver la enfermedad.</p>	<p>- La evaluación de las intervenciones y acciones realizadas para fomentar la independencia hacen que se lleve un seguimiento más veraz de lo que se esta logrando con nuestras intervenciones.</p>

EVALUACIÓN:

Durante la valoración de esta necesidad se contó con la aceptación por parte del personal y el familiar directo para la realización de este tipo de preguntas, se informo de los servicios religiosos que existen en el hospital, comentando el familiar de que ya tenía conocimiento de la existencia de estos pero que nunca había mostrado interes en acudir anteriormente, a los 7 días de dicha entrevista se observo una estampa de una imagen en las cosas personales del familiar y comento que ya había

acudido en una ocasión a la capilla del hospital, comenta que fue por curiosidad y que le pareció un lugar agradable y que pretendía volver a visitar. Comentan que cuentan con el apoyo tanto físico como espiritual de los demás familiares (tios, primos, abuelos.), se mantiene en independencia.

3. ANALISIS CUALITATIVO DE LAS VARIABLES ESTUDIADAS.

Los antecedentes que se tienen para la utilización de los modelos de Enfermería nos han despertado el interés de utilizarlos en la práctica diaria, ya que como por ejemplo el estudio que realizaron Sánchez Linares y Carmen Sanz en el que describen como esto facilita las actividades de nosotros como profesionales y tratan de protocolizar estas con la misma finalidad, o el estudio que realizaron Cetrina Mtz, A. Cañadas, E. Rdz. Y Sara Tomel en el que describen las dificultades que se presentan a la hora de realizar las valoraciones de Enfermería y al realizar nuestros planes. Tomando en cuenta estos antecedentes nos enfocamos a realizar nuestro estudio de caso sabiendo de antemano los pros y los contras a los que nos enfrentamos como gremio de Enfermería en nuestras actividades diarias.

Al hacer un análisis de nuestro caso y comparándolo con algunos publicados anteriormente, como es el caso que presenta la enfermera V. Sánchez que tiene como similitud el que se realiza en edad pediátrica, pero con la diferencia de que se encuentran en etapas diferentes (este caso es de un lactante mayor y el de referencia es de un adolescente), se comparan las barreras que representan las edades, ya que un adolescente ya puede colaborar más en su cuidado y su recuperación y en un lactante juegan un papel muy importante los papás o cuidadores primarios.

Otro caso que tomamos como referencia es el que presentan Meneses V. y Franco M. en el que valoran a un lactante mayor en el que nos deja claro que para proporcionar cuidados de Enfermería se requiere la adquisición de conocimientos y habilidades en el estudio de caso para resaltar la importancia de la formulación de

diagnósticos de Enfermería y lo cual comprobamos al realizar nosotros mismos la práctica de estos en nuestro caso clínico. Además de que para el logro de sus objetivos se utilizaron los mismos instrumentos (historia clínica, consentimiento informado, reportes diarios, etc.), lo que nos hace comprobar que son instrumentos que apoyan para una valoración eficaz y que nos podemos apoyar en estos.

El estudio de caso publicado que se toma como referencia, es de un recién nacido pretérmino el cual nos menciona que las actividades de Enfermería fueron puestas en práctica desde el primer contacto con el paciente y se fueron desarrollando hasta llegar a la mayor dependencia posible, en nuestro caso, Axel empezó con renuencia, pero se inició su cuidado desde el primer contacto, hasta este momento las necesidades en independencia, que en un principio eran solo 2, son en estos momentos 11, dándonos cuenta que nuestras intervenciones fueron acertadas gracias a los apoyos de los instrumentos utilizados acertadamente.

El modelo conceptual de Virginia Henderson y el Proceso Atención de Enfermería permitieron orientarnos y una valoración, ejecución, planeación, y posterior revaloración de nuestros planes e intervenciones, y con esto comprobamos que el llevar una estrategia que implemente nuestras acciones, fundamentando correctamente estas, nos dan resultados y beneficios para el paciente que son lo que buscamos y a lo que queremos llegar.

Al revisar los resultados obtenidos, se llegó a la conclusión de que algunas necesidades requieren de mayor atención para su pronta independencia como son la de nutrición, seguridad y protección y realización, ya que afectan directamente a la pronta recuperación de la salud de Axel. Algunas necesidades como la de movimiento y postura, descanso y sueño, solo se llegaron a su independencia cuando egreso a su domicilio, así como la de aprendizaje, vestido y desvestido. Cabe mencionar que el diagnóstico principal, el de nutrición aun no ha alcanzado su independencia, pero a partir de su egreso, se ha visto un avance más significativo, ya que su recuperación se ha desarrollado con más rapidez y eso hace que los papas

se vean más optimistas. Las necesidades que se encontraban en independencia se lograron mantener en ella.

4. CONCLUSIONES

El Proceso Atención de Enfermería es un método que se hace indispensable para el quehacer diario de la enfermera como profesional, ya que nos va orientando en forma sistemática sobre como nos desenvolvemos en nuestras actividades y con estos nos facilita implementar acciones con el objetivo de llegar a un resultado esperado , en el menor tiempo posible y con menos secuelas para el futuro de nuestro paciente con el fin de que se pueda integrar a su vida familiar de una manera más satisfactoria.

Se debe tomar en cuenta que para poder llevar a cabo nuestro proceso Atención de Enfermería de una manera adecuada, este se debe complementar con un modelo, que en este caso nos basamos en el modelo de Virginia Henderson en el que valora a el individuo en 14 necesidades básicas en las que enfoca todo como ser único y con esto adaptarnos a la realización de nuestras actividades, esto nos facilita saber que necesidades se encuentran en dependencia y cuales en independencia, cuales en riesgo y cuales son potenciales, nos guiamos en cuales son sus debilidades en las fuentes de dificultad y así llegar a un diagnóstico de Enfermería veraz con el fin de en ese momento iniciar con nuestros planes, todo esto con los instrumentos que requerimos y que se nos proporcionaron para mejorar nuestras valoraciones (hojas de reporte diario, consentimiento informado, historia clínica y plan de alta), logramos adaptar nuestro caso clínico y así lograr nuestros objetivos planteados al inicio de nuestra práctica y que se pueden utilizar en nuestro quehacer diario como trabajadores del sector salud.

Al inicio se plantearon los objetivos a alcanzar en nuestro estudio de caso los cuales se alcanzaron en un 90 %, ya que la necesidad de nutrición aún está en proceso su recuperación. La necesidad de comunicación se ha ido valorando aun más despacio

porque Axel aun tiene desconfianza al entrar al hospital, pero se muestra más sociable y ahora ya nos reconoce, al darse de alta hospitalaria, los seguimientos se espaciaron en tiempo y cantidad ya que solo se tenía contacto cuando acudía a consultas y comunicación por telefono, después fue dado de vigilancia con lo que la comunicación solo es por teléfono, el último seguimiento fue en mayo al acudir a realizarse una TAC de control.

SUGERENCIAS:

- ❖ se sugiere que las generaciones egresadas, como a la futuras generaciones que se aplique el Proceso Atención de Enfermería y el modelo de Virginia Henderson en nuestros campos de trabajo, ya que se ha demostrado que son una herramienta muy útil al momento de realizar nuestras intervenciones de Enfermería.
- ❖ Se sugiere que se de mayor difusión de los casos publicados en revistas y documentos del área de salud con el fin de orientar y promover que sea mayor el número de enfermeras que estudien una carrera a nivel posgrado, como es la revista de Enfermería Infantil, para despertar el interés de la utilización de modelos enfermeros.

BIBLIOGRAFÍA

- Alfaro R. Aplicación del Proceso Enfermero. Madrid- España, Mosby-Doyma 1992.
- Antón J. Plan Estandarizado de Cuidados para el Paciente intervenido de Artroscopia de Rodilla. Universidad Autónoma de Barcelona.
- Bellido J. Actuación Enfermera en Heridas Accidentales no Complicadas. Revista de Enfermería Basada en la Evidencia. 2006;3(10):
- Bernat R., García B., Inajeros L., Bardaji D. Enfermo Crítico: Valoración Global para Identificar Necesidades. Enfermería Clínica 1997; 2(4): 32-38.
- Castillo E., Domínguez M. Planificación del alta de un Enfermo con Trasplante Renal. Investigación y Dirección en Enfermería. 1999;3(4):
- Comisión Interinstitucional de Enfermería. Código de Ética para las Enfermeras y Enfermeros de México. Secretaria de Salud de México. Subsecretaria de Innovación y Calidad 2001.
- Cuidados de Enfermería. Virginia Henderson (en línea) (consulta 2 Diciembre 2006) (pag 1-10) Disponible en:http://html.rincondelvago.com/cuidados-de-enfermeria_virginia-henderson.html
- Dueñas R. Diagnósticos de Enfermería. El Proceso Atención de Enfermería(en línea)(consulta)(pp) disponible en [:www.terra.es/personal/duenas/pae.htm](http://www.terra.es/personal/duenas/pae.htm).
- Espinoza V., Franco M. Cuidados de Enfermería a las Necesidades Básicas de un Lactante con neumonía. Desarrollo Científico de Enfermería 2003;1(11): 24-29. 14. Partera C., Molina F., Begoña J. Atención de Enfermería a una Niña con Pancreatitis y Relación de Ayuda a la Madre. Revista de Enfermería Clínica. 2003; 13(5): 313-320.

- Franco M., Benitez A. Proceso del Cuidado a un Paciente con VIH. *Enfermería Universitaria* 2004; 1(3): 13-23.
- Guallart M., Roca N., Cuidados de Enfermería a un Recién Nacido Pretérmino. *Revista de Enfermería Clínica*. 1998,8(2): 84-89.
- Isidorareyes@hotmail.com
- Iyer P. Proceso y Diagnóstico de Enfermería. México. McGraw-Hill Interamericana 1997:228-231
- Jiménez C, Villegas. La Importancia de la Enfermería Moderna en la Atención Integral del Paciente Quirúrgico. *Revista Mexicana de Enfermería Cardiológico*. 1999: 7(14): 28-35.
- Kosier B. Fundamentos de Enfermería. McGraw-Hill-Interamericana.
- López R. PAE en Personas con Heridas Vasculares Complejas y/o Pie Diabético, Desarrollo Científico en Enfermería.
- Luis M., Fernández, Navarro M. De la Teoría a la Práctica. El Pensamiento de Virginia Henderson en el Siglo XXI . Barcelona. Masson, 1998.
- Magdalena R., Salvador A., Becerril S. Programa Computacional para la Valoración de las Necesidades de los Pacientes
- Marquez A., Enriquez Q., Benitez S., Proceso Atención de Enfermería a Usuarios con Peritonitis, Insuficiencia Renal Crónica, Hipertensión Arterial Sistémica y Alteración de sus diferentes Necesidades. *Enfermería Universitaria*. 2004;1(2): 16-22.
- Marriner T. Teorías y Modelos de Enfermería. Madrid- España. Mosby-Doyma 1994.
- Martínez C., Cañadas A., Rodríguez E., Tornel S.. Dificultades en la Valoración de Enfermería. *Revista de Enfermería Clínica* 2003; 13(4): 195-201.
- Mc Closkey J. Bulechek G. Proyecto de Intervenciones IOWA. Clasificación de Intervenciones en Enfermería (CIE) Madrid- España. Mosby-Doyma. 1999.
- Ortega C. Valoración de Enfermería al Paciente Posoperado de Cirugía Cardiovascular con el Enfoque Conceptual de Virginia Henderson. *Revista Mexicana de Enfermería Cardiológico*. 2001;9(4): 18-23.

- Ostiguin R. Método de Trabajo Enfermero y Modelo de Orem, Una Propuesta de Implementación. Desarrollo Científico de Enfermería. 2000; 8(1):8-25.
- Parra A. Proceso Atención de Enfermería a un Paciente con Estenosis Aortica Crítica. Revista Mexicana de Enfermería Cardiológico. 2003;11(2): 66-71.
- Phaneuf M. La Planificación de los Cuidados Enfermeros. México.Mc-Graw-Hill Interamericana,1999.
- Roldán A., Fernández M. Proceso Atención de Enfermería (en línea)(consulta)(pp) disponible en : www.cone.udea.edu.co/revista/sep99/proceso.htm.
- Sánchez A, Sanz C. Protocolizar las Actividades de Enfermería. Revisión Bibliográfica. 2001; 24(1): 67-74
- Sánchez V. Cuidados Básicos de un Paciente con Necesidad de Moverse y Mantener Buena Postura. Revista de Enfermería del IMSS. 2001;9(2): 91-96.
- Universidad de Virginia (en línea) (consulta “ diciembre 2006) Disponible en :www.healthsystem.virginia.edu/UVAHealth/peds_oncology_sp/hepato.cfm

A
Z
E
X
O
S

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

Reporte Diario.

Nombre _____ del _____ alumno: _____
Fecha _____ Servicio _____
Nombre del paciente _____ Edad _____ Reg. De
Expediente _____

Valoración focalizada de la necesidad de: _____

Datos subjetivos:

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

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

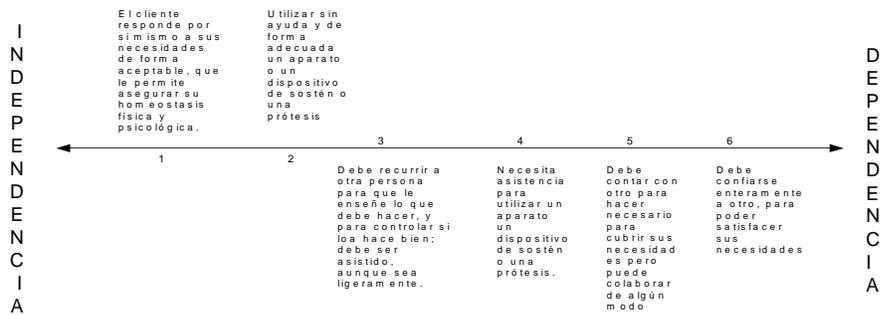
Diagnósticos de Enfermería:

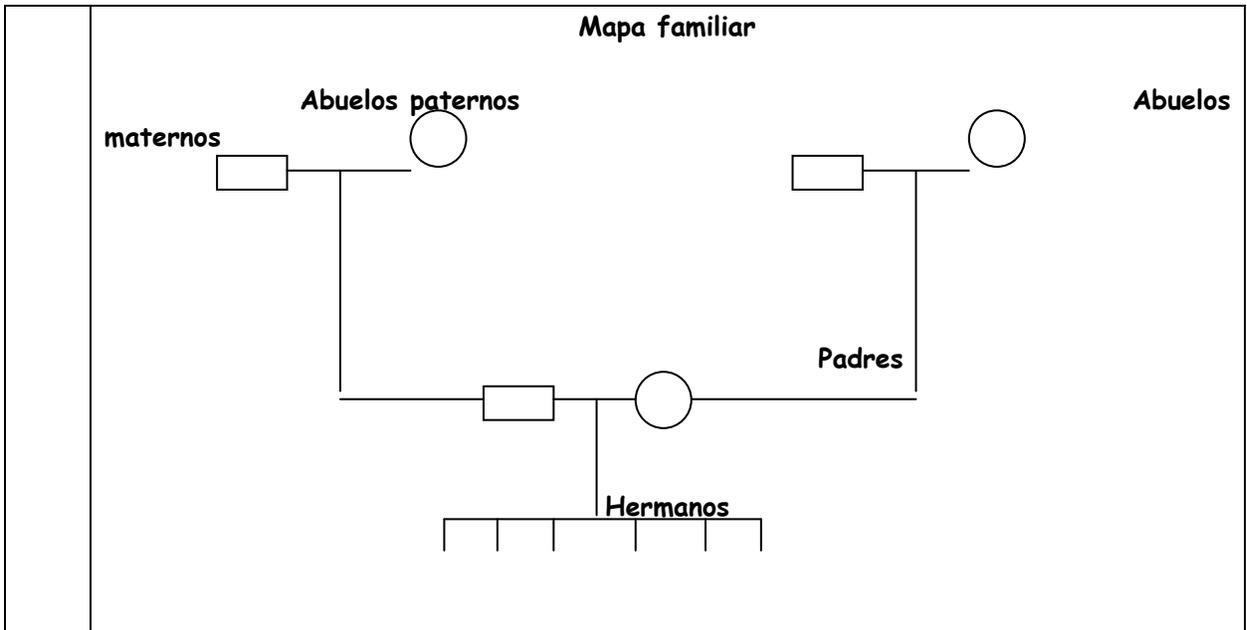
1.

2.

Comentarios:

Continuum Independencia-Dependencia





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

Nombre	Edad	Sexo	Escolaridad	Relac. afectiva	Enfermedades

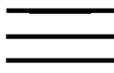
Simbología

Hombre 

 Mujer 

 Pacientes problema  

Fallecimiento  

 Relaciones fuertes 

Relaciones débiles 

 Relaciones con estrés 

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

Cantidad de alimentos:		Desayuno	Comida	Merienda			
Cereales	_____	_____	_____	_____			
Frutas	_____	_____	_____	_____			
Vegetales	_____	_____	_____	_____			
Carne	_____	_____	_____	_____			
Tipo de líquidos: vía oral _____		Vía parenteral _____					
Hábitos en los alimentos: _____							
A que edad le salieron los dientes: _____							
Eliminación							
Evacuaciones	orina	en el pañal	en orinal	en el baño	día	noche	
_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____	
Consistencia en las heces: formadas _____		Pastosa ____	Blanda ____	Líquida ____			
Semilíquida ____		Espumosa__	Con sangre_____	Con parásitos____	Grumosa _____		
Color: Amarilla _____		Verde ____	Café _____	Negra _____	Blanca _____		
N	Olor: Ácida ____		Fétida__	Otros: Moco _____		Sangre _____	Restos alimenticios _____
	Dolor al evacuar: _____		Orina: Color _____	Olor _____	Con sangre _____	Sedimento _____	
Pus ____		Dolor al orinar _____	Edema palpebral _____	Maleolar _____	Anasarca _____		
Otros: _____							
Hábitos _____							
Descripción de genitales: _____							
Sudoración _____							

ω	<p style="text-align: center;">Oxigenación</p> <p>Somatometría: Peso _____ Talla. _____ Perímetros: Cefálicos _____ Abdominal: _____ Torácico. _____ Branquial. _____ Signos vitales: Tensión arterial: _____ Frecuencia cardíaca: _____ Pulso. _____ Regular: _____ Irregular: _____ respiración: _____ Regular: _____ Irregular: _____ Aleteo nasal: _____ Retracción xifoidea _____ Disociación toraco abdominal _____ Ruidos respiratorios: _____ Lado derecho: _____ Lado izquierdo. _____ Ventilación: _____ Respiración asistida: _____ Controlada: _____ Secreciones bronquiales: cantidad consistencia color olor _____ _____ _____ _____ _____ Tubo traqueal _____ _____ _____ _____ Cavidad oro nasal Humidificación y oxigenación _____ _____ Tiene dificultades para respirar: cuando come _____ camina _____ otros: _____ Coloración de la piel: Color _____ Integridad _____ Diaforesis _____ Petequias _____ Rash _____ Escoraciones _____</p>
	↳

51	<p style="text-align: center;">Vestido</p> <p>Condiciones de la ropa de vestir: _____</p> <p>Higiene: _____ Costumbres en el cambio de ropa: _____</p> <p>Tiene ropa necesaria para la hospitalización: _____ Otros enseres: _____</p> <p>Se viste solo: Sí _____ No _____ Con ayuda _____</p>
6	<p style="text-align: center;">Termorregulación</p> <p>El niño es sensible a los cambios de temperatura: _____ A qué hora del día es mas sensible a los cambios de temperatura: _____</p> <p>Cuando tiene fiebre, ¿Cómo se la controla?: _____</p>
7	<p style="text-align: center;">Movimiento y postura</p> <p>A qué edad fija la mirada: _____ siguió objetos con la mirada: _____</p> <p>Se sentó: _____ Se paró: _____ Caminó: _____ Saltó con un pie: _____</p> <p>Salta alternando los pies: _____ camina con la punta de los pies: _____</p> <p>Camina con los talones: _____ Sobre escaleras: _____ Camina solo. _____</p> <p>Camina con ayuda: _____ Con aparato ortopédico: _____</p> <p>Qué postura adopta el niño al sentarse: _____ Al caminar: _____</p> <p>Al dormir: _____ Al pararse: _____ Se mueve en cama: _____</p> <p>Cambios de posición con ayuda: _____</p>

	Comunicación
8	Responde al tacto: _____ Voltea con los sonidos fuertes. _____
	Sigue la luz. _____ Hace gestos con algún movimiento: _____
	A qué edad sonrío: _____ A qué edad balbucea: _____ - A qué edad ijo sus primeras palabras: _____ Habla dialecto: _____ ¿Cuál? _____
	Quién lo cuida: _____ Con quién juega: _____
	Quién habla con el niño: _____ cómo considera que es el niño: Alegre _____ Irritable _____ Independiente _____ Dependiente _____ Tímido _____
	Agresivo _____ cordial _____ Uraño _____ desordenado _____
	Qué hace el niño para consolarse a si mismo _____
	Qué hace usted para consolarlo cuando hace berrinche: _____ _____

	Higiene
9	Condiciones higiénicas de la piel: _____
	Hora en la que se acostumbra el baño: _____ Al niño le gusta el baño: _____
	Frecuencia del baño: _____ Cuantas veces al día se cepilla los dientes: _____
	Frecuencia del cambio de ropa: _____
	Recreación
10	Al niño le gusta que lo levanten en brazos: _____ la música: _____
	Tiene alguna preferencia por: los juegos _____ Los objetos _____
	Los animales _____ Las personas _____ Juega solo: _____
	Con otros niños: _____ Con adultos: _____
	Religión
11	¿Qué prácticas religiosas le gustaría que se respetaran?: _____

12	<p style="text-align: center;">Seguridad y protección</p> <p>Ha consultado usted a otras personas sobre la salud de su hijo: _____</p> <hr/> <p>Cómo ha programado las visitas en el hospital: _____</p> <hr/> <p>Describa los miedos sobre la enfermedad del niño: _____</p> <hr/> <p>Los cambios importantes en la familia son: Cambios de domicilio: _____</p> <p>Quedarse sin trabajo: _____ separarse de la pareja: _____ enfermedad crónica de un familiar: _____ Otros: _____</p> <p>Cómo ha reaccionado el niño a estos cambios y a su estado de salud: _____</p> <hr/> <p>Existe la posibilidad que haya contacto con niños que padecen alguna enfermedad contagiosa en:</p> <p>Casa: _____ guardería. _____ O con algún familiar o amigo: _____</p> <p>Si l respuesta es sí, diga cuál: _____</p> <p>El niño toma medicamentos en casa: Sí _____ No _____</p> <p>Si los toma, diga los nombres, dosis y cuando tomó la última dosis_</p> <table border="0" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <thead> <tr> <th style="text-align: left; width: 40%;">Nombre del medicamento</th> <th style="text-align: left; width: 30%;">Dosis</th> <th style="text-align: left; width: 30%;">Vía</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>_____</td> <td>_____</td> <td>_____</td> </tr> <tr> <td>_____</td> <td>_____</td> <td>_____</td> </tr> <tr> <td>_____</td> <td>_____</td> <td>_____</td> </tr> </tbody> </table> <p>De que forma acostumbra dárselos: _____</p>	Nombre del medicamento	Dosis	Vía	_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____
Nombre del medicamento	Dosis	Vía											
_____	_____	_____											
_____	_____	_____											
_____	_____	_____											
13	<p style="text-align: center;">Aprendizaje</p> <p>Quién cuida al niño: _____ en donde: _____</p> <p>Asiste a la guardería: _____ Está acostumbrado a que lo paseen _____</p> <p>¿Qué hábitos nuevos ha adquirido su hijo?: _____</p> <p>¿Ha estado hospitalizado antes? Sí _____ No _____ si la respuesta es sí, ¿Por qué? _____</p> <p>_____ ¿Cómo reaccionó?: _____</p> <p>¿Qué sabe usted de la enfermedad de su hijo?: _____</p> <hr/> <p>Señale que temas le gustaría que la enfermera le enseñara. _____</p> <p>_____</p> <p>_____</p>												

14	Realización
	¿Qué aspiraciones tiene usted de su hijo?: _____

	Su hijo participa en los juegos: Sí _____ No _____ ¿Con quién?: _____
	Comparte juguetes: _____
	Hace amistad con otros niños y adultos: _____
	Imita a su papá, a usted o a algún pariente: Sí _____ No _____ Si la respuesta es sí, explique por que y como: _____

Otros datos: _____	

UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE MÉXICO
ESCUELA NACIONAL DE ENFERMERIA Y OBSTETRICIA
DIVISIÓN DE ESTUDIOS DE POSGRADO
ESPECIALIZACION EN ENFERMERIA INFANTIL
SEDE HOSPITAL INFANTIL DE MEXICO
"FEDERICO GÓMEZ"

Consentimiento informado para estudio de caso

Yo _____ declaro libre y voluntariamente
aceptar que mi hijo(a) _____ participe en el estudio de caso _____

_____, cuyo objetivo principal es: _____

_____ y que los

procedimientos de enfermería que se realizaran me han sido explicados ampliamente, así como sus
beneficios, consecuencias y posibles riesgos, con garantía de recibir respuesta preguntas y
aclaraciones en cualquier momento; los procedimientos consisten en: _____

_____ y contestar en forma verbal y anónima las preguntas referentes al estado de salud de mi hijo(a).

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

Nombre y firma del responsable del estudio _____

Firma

Nombre del padre o tutor _____

Firma

Testigos

Nombre _____ Nombre _____

Firma _____ Firma _____

Domicilio _____ Domicilio _____

México, D.F. a _____ de _____ del 200_____